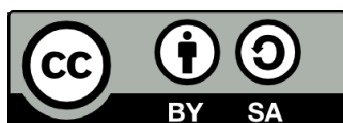




UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto

Maria Soledad Kappes



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartitqual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartitqual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto

Maria Soledad Kappes



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Programa de Doctorado

Enfermería y Salud

Línea de Investigación

Práctica clínica avanzada, epidemiología y biomedicina

El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto

Tesis Doctoral

María Soledad Kappes

Directores

Dra. Pilar Delgado Hito

Dra. Marta Romero García

Tutora

Dra. Pilar Delgado Hito

Barcelona, 2024

Agradecimientos

Agradezco a los hospitales de Chile que aceptaron participar de este estudio. A las enfermeras supervisoras de Unidades de Cuidado Intensivo por colaborar en difundir la investigación y a todos los profesionales que aceptaron participar de este estudio.

A mis directoras de Tesis por su invaluable orientación y guía para concretar este trabajo.

Esta tesis está dedicada a:

A Jaime por su eterno apoyo, entusiasmo y amor. A Catalina, Sofia y Francisco por darme aliento a continuar cuando veía el camino difícil.

A mis padres, que siempre han acompañado y apoyado mi vida y decisiones.

Contenido

Resumen	1
Abstract	4
1.- Introducción	7
1.1 Calidad y seguridad clínica	7
1.2 Eventos Adversos	8
1.3 Las víctimas de un evento adverso	15
1.4 Las segundas víctimas de un evento adverso	16
1.5 Signos y síntomas del fenómeno de segunda víctima	20
1.6 Soporte para segundas víctimas	24
2. Justificación del estudio	27
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo general fase cuantitativa	29
3.1.1 Objetivos específicos fase cuantitativa	29
3.2 Objetivo general fase cualitativa	29
3.2.1 Objetivos específicos fase cualitativa	30
4.- Metodología	31
4.1 Diseño del estudio	31
4.2 Fase I: Estudio cuantitativo	31
4.2.1 Método	31
4.2.2 Ámbito del estudio	31
4.2.3 Población y muestra	32
4.2.4 Variables del estudio	34
4.2.5 Instrumentos de medida	37
4.2.6 Procedimiento de recogida de datos	39
4.2.7 Análisis de los datos	40
4.3 Fase II: Estudio Cualitativo	41
4.3.1 Posición Paradigmática	41
4.3.2 Método	42
4.3.3 Ámbito del estudio	42
4.3.4 Participantes	42
4.3.5 Técnicas de obtención de la información.	44

4.3.6 Procedimiento de recogida de los datos.....	46
4.3.7 Análisis de los datos.....	47
4.3.8 Criterios de calidad y rigor	48
4.4 Aspectos éticos	50
5.- Resultados	55
5.1 Síntesis de los resultados	55
5.2 Artículos derivados de la tesis.....	57
5..2.1 Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review	58
5.2.2 Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations	72
5.2.3 Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory	82
6.- Discusión	91
6.1 Prevalencia del fenómeno de segundas víctimas y sentimientos generados en las enfermeras de UCI	91
6.2 Trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de las enfermeras de UCI como segundas víctimas.....	94
6.3 Soporte para enfermeras de UCI como segundas víctimas	96
6.4 Implicancias para la práctica enfermera.....	99
6.5 Limitaciones en el estudio	100
7.- Conclusiones	101
8.- Referencias	103
9.- Anexos	121
9.1 Anexo encuesta datos sociodemográficos.....	121
9.2 Instrumento SVEST	124
9.3 Checklist sobre cultura de seguridad y política institucional	126
9.4 Consentimiento informado fase cuantitativa	128
9.5 Consentimiento informado fase cualitativa	131
9.6 Actas de aprobación comités ético-científicos	134
9.7 Entrevista fase cualitativa	149

Resumen

Introducción: Los eventos adversos en hospitales son un problema de relevancia global debido a la morbilidad y mortalidad, así como a los costos que generan para la salud pública. En un evento adverso, la primera víctima es el paciente y su familia, la segunda víctima es el profesional de la salud y la tercera víctima es la institución. El fenómeno de la segunda víctima puede tener graves repercusiones emocionales y físicas para el profesional e influir negativamente en la cultura de calidad y seguridad de la institución.

Objetivos: Determinar el nivel de experiencia y apoyo para las segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos en Chile, y describir la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de las segundas víctimas en enfermeras que laboran en estas unidades.

Metodología: Diseño: Un estudio de enfoque mixto, con una primera fase cuantitativa (multicéntrica, descriptiva, correlacional) y una segunda fase cualitativa basada en la teoría fundamentada. Alcance del estudio: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico en Chile, que incluyó las 47 Unidades de Cuidados Intensivos para Adultos de hospitales públicos en todo el país durante el período 2021-2023. Población: Enfermeras en unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos en Chile. Muestra: 308 enfermeras. Tipo de muestreo: probabilístico, aleatorio por conglomerados. En la segunda fase cualitativa, se utilizó el método de teoría fundamentada con técnicas de 11 entrevistas en profundidad y un grupo de discusión, estructuradas según los resultados de la primera fase cuantitativa. Tipo de muestreo: muestra de voluntarios hasta saturación de los datos. Participaron en esta fase aquellos sujetos identificados en la primera fase como segundas víctimas según los instrumentos de medición.

Para el análisis cuantitativo de los datos sociodemográficos y laborales, se distribuyeron en tablas de frecuencia y porcentaje. La prevalencia del fenómeno de

segundas víctimas y sus dimensiones se midió con el instrumento SVEST con puntaje medio y su desviación standard. Para verificar la relación entre variables se utilizó el test de chi cuadrado y el test exacto de Fisher con un nivel de confianza del 95%. Se consideró que la relación fue estadísticamente significativa cuando el valor de p fue $\leq 0,05$.

Para el análisis cualitativo, se utilizó el enfoque de teoría fundamentada. Luego de realizadas las entrevistas y transcritas se procedió al análisis línea por línea en codificación abierta. En la codificación axial los datos fueron reorganizados en categoría y subcategorías. Una última etapa de codificación selectiva permitió integrar la información y que emerja una categoría principal. Como criterios de rigor, se utilizaron los criterios de confiabilidad, autenticidad, triangulación y reflexividad. Las estrategias usadas para cumplir estos criterios fueron triangular diferentes técnicas para la recolección de los datos, comparar entre investigadores y utilizar notas de campo. Se envía la transcripción de las entrevistas a los entrevistados para confirmar su contenido y luego se discute en grupo entre los entrevistados.

En los aspectos éticos, esta investigación adhiere a la ley 20.120 de investigación en Chile. Además, contempla aspectos de las normas CIOMS y fue analizada según los principios éticos de E. Emanuel

Resultados: En una muestra de 326 enfermeras de 7 hospitales de alta complejidad en Chile, el 90.18% informó su participación en eventos adversos, con un 67%(n=294) experimentando angustia psicológica como resultado. El síntoma psicológico más prevalente fue la vergüenza (69% (n=202)). Solo un 2.8%(n=8) indicó que su organización tenía un plan de acción para profesionales en caso de un incidente adverso grave. En cuanto a la percepción del apoyo hospitalario, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,075$ y $0,000$) basadas en la antigüedad laboral y el hospital, respectivamente. Además, se observó que la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de las enfermeras de cuidados intensivos como segundas víctimas difiere con la descrita en la literatura. Los síntomas psicológicos se identificaron como los más prevalentes y factores

influyentes en este fenómeno. La percepción de apoyo después de un evento adverso surgió como la categoría principal, determinando en última instancia si el resultado implicaba estancamiento o superación del fenómeno de la segunda víctima.

Conclusiones: Este estudio sobre enfermeras de cuidados intensivos en hospitales públicos en Chile revela que estos profesionales predominantemente experimentan el fenómeno de la segunda víctima a través de signos y síntomas psicológicos, enfrentando una baja percepción de apoyo institucional. Se observan diferencias significativas en la percepción de apoyo según la experiencia laboral y el hospital específico. El estrés psicológico supera al estrés físico en este contexto, valorándose altamente el apoyo de pares. La percepción de apoyo luego del evento adverso por parte de pares y superiores determina la posibilidad de superar el fenómeno, o el estancamiento. Además, el fenómeno de la segunda víctima implica la pérdida de confianza profesional, actuando como iniciador de nuevos eventos adversos. No se encuentra una relación significativa entre el fenómeno y variables como la edad, la experiencia laboral o el género.

Palabras clave: Eventos adversos; seguridad del paciente; Enfermería

Abstract

Introduction: Adverse events in hospitals are a globally significant problem due to the morbidity and mortality they cause, as well as the costs they generate for public health. In an adverse event, the first victim is the patient and their family, the second victim is the healthcare professional, and the third victim is the institution. The phenomenon of the second victim can have serious emotional and physical repercussions for the professional and can negatively influence the institution's culture of quality and safety.

Aim: To determine the level of experience and support for second victims among nurses working in intensive care units in public hospitals in Chile and to describe the natural recovery trajectory of second victims among nurses working in these units.

Methodology: Design: A mixed-method study, with a first quantitative phase (multicenter, descriptive, correlational) and a second qualitative phase based on grounded theory. Study scope: A multicenter study was conducted in Chile, including all 47 Adult Intensive Care Units in public hospitals throughout the country from 2021 to 2023. Population: Nurses in intensive care units in public hospitals in Chile. Sample: 308 nurses. Sampling type: probabilistic, cluster random sampling. In the second qualitative phase, grounded theory method was used with in-depth interviews and focus group discussions, structured according to the results of the first quantitative phase. Sampling type: volunteer sampling until data saturation. Participants in this phase were those identified in the first phase as second victims according to the measurement instruments.

For the quantitative analysis of sociodemographic and employment data, they were distributed into frequency and percentage tables. The prevalence of the second victim phenomenon and its dimensions were measured using the SVEST instrument with mean scores and standard deviation. Chi-square test and Fisher's exact test with a 95% confidence level were used to verify the relationship between variables. A relationship was considered statistically significant when the p-value was ≤ 0.05 .

For the qualitative analysis, grounded theory approach was used. After conducting and transcribing interviews, a line-by-line analysis was performed using open coding. In axial coding, data were reorganized into categories and subcategories. A final stage of selective coding allowed integration of information to emerge a main category. Reliability, authenticity, triangulation, and reflexivity criteria were used for rigor. Strategies used to meet these criteria included triangulating different data collection techniques, inter-rater comparisons, and using field notes. Interview transcripts were sent to participants for content confirmation and then discussed in groups among the interviewees.

Ethically, this research adheres to Chile's Law 20.120 on research. Additionally, it considers aspects of CIOMS norms and was analyzed according to E. Emanuel's ethical principles.

Results: In a sample of 326 nurses from 7 high-complexity hospitals in Chile, 90.18% reported their involvement in adverse events, with 67% (n=294x) experiencing psychological distress as a result. The most prevalent psychological symptom was shame (69% (n=202x)). Only 2.8% (n=8x) indicated that their organization had an action plan for professionals in case of a serious adverse incident. Regarding hospital support perception, statistically significant differences ($p=0.075$ and 0.000) were found based on work experience and hospital, respectively. Additionally, it was observed that the coping trajectory of intensive care nurses as second victims differs from that described in the literature. Psychological symptoms were identified as the most prevalent and influential factors in this phenomenon. The perception of support after an adverse event emerged as the main category, ultimately determining whether the outcome involved overcoming or stagnating the second victim phenomenon.

Conclusions: This study on intensive care nurses in public hospitals in Chile reveals that these professionals predominantly experience the second victim phenomenon

through psychological signs and symptoms, facing a low perception of institutional support. Significant differences in support perception were observed based on work experience and specific hospital. Psychological stress surpasses physical stress in this context, with peer support highly valued. Perception of support from peers and superiors after an adverse event determines the possibility of overcoming the phenomenon or stagnation. Additionally, the second victim phenomenon implies a loss of professional confidence, acting as an initiator of new adverse events. No significant relationship was found between the phenomenon and variables such as age, work experience, or gender.

Keywords: Adverse events; patient safety; Nursing

1.- Introducción

1.1 Calidad y seguridad clínica

La calidad y seguridad clínica han adquirido mucha importancia en los últimos años. Existe registro que los primeros documentos con relación a ello datan de 1960 ⁽¹⁾. Luego, en 1988 con la publicación del libro *“To err is human”* en Estados Unidos se produjo un auge en este tema. La publicación determinó que se producían 98.000 muertes al año en hospitales de ese país por fallas en la seguridad clínica ⁽²⁾. Este dato fue muy significativo, puesto que suponía que morían más personas en los hospitales de Estados Unidos por errores médicos que los pacientes que morían por accidentes en carretera, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o por cáncer de mama. También se estableció que en ese momento morían más personas por errores de medicación que por accidentes del trabajo ⁽²⁾. Este libro puso por primera vez sobre la mesa el tema de los errores en medicina, no de una forma punitiva, sino que estableciendo que se debía poner atención a este tema y sugiriendo medidas para la prevención de errores.

A pesar de todos los esfuerzos, el tema de calidad y seguridad sigue siendo un problema para todos los hospitales del mundo, especialmente para países de medianos o de bajos ingresos. Por ejemplo, una publicación del 2018 en base a los datos de 137 países da cuenta que en países de bajos ingresos se producen más muertes por malos servicios sanitarios que por no tener acceso a ellos ⁽³⁾.

La organización mundial de la salud (OMS) ha llamado a priorizar la calidad y seguridad clínica, dando énfasis a la prevención de errores de medicación, que son el evento adverso más frecuente. También ha establecido un día, desde el año 2019, donde se conmemora la seguridad del paciente en todo el mundo, el 17 de septiembre. El fin de conmemorar este día es unir esfuerzos a nivel mundial a adoptar medidas para la seguridad del paciente ⁽⁴⁾.

En cada país existe regulación respecto a la forma en que se incluye la calidad y seguridad clínica en el ámbito sanitario. De esta forma, en Estados Unidos existen varias agencias que regulan a prestadores de salud individuales e institucionales. Uno de ellos es la agencia *National Association for Healthcare Quality (NAHQ)*. Esta agencia que fue fundada en 1976, entrega una certificación de calidad que acredita la calidad de atención médica ⁽⁵⁾.

En España, es el Ministerio de Sanidad quien asume, a través de la Subdirección de calidad asistencial, la tutela de la calidad y seguridad clínica en el ámbito sanitario ⁽⁶⁾.

En Chile, el Ministerio de Salud, es el ente que dicta las normas y protocolos que rigen el ámbito asistencial en calidad y seguridad clínica para centros sanitarios de atención abierta y cerrada. También existe un sistema de acreditación que evalúa que se cumplan los estándares mínimos de calidad que son fijados por el Ministerio de Salud en concordancia con los requerimientos de la OMS ⁽⁷⁾.

1.2 Eventos Adversos

En este contexto sanitario, se han ido incorporando políticas de calidad y seguridad clínica en los centros de salud. Dentro de las políticas de calidad y seguridad clínica, especial atención merecen los eventos adversos. Éstos, pueden llevar a la muerte o incapacidad permanente de pacientes. Los eventos adversos se definen como “un hecho inesperado ocurrido en el contexto de la atención sanitaria que no está relacionado ni con la enfermedad o motivo de consulta del paciente ni con sus complicaciones” ⁽⁸⁾. Estos eventos adversos son variados y están relacionados con errores en la administración de medicamentos (los más comunes), caídas de pacientes, infecciones asociadas a la atención de salud y otros relacionados con los procesos de atención sanitaria ⁽⁹⁾.

En cuanto a los tipos de eventos adversos, la OMS los define como aquella circunstancia que puede ser la causa del daño o potencial daño de un paciente

durante la atención. Así, la OMS identifica los siguientes como categorías para eventos adversos dentro del contexto hospitalario:

- Administración clínica
- Proceso/procedimiento clínico
- Documentación
- Infección asociada a la atención en salud
- Medicación/ líquidos para la administración I.V.
- Sangre/productos sanguíneos
- Nutrición
- Oxígeno/gases/vapores
- Dispositivos/equipos médicos
- Comportamiento
- Accidentes de los pacientes
- Infraestructura local/ instalaciones
- Recursos/ gestión de la organización ⁽¹⁰⁾.

Con relación a este tema, el Consejo de la Unión Europea en el 2009 lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes”, en particular la prevención y lucha contra las infecciones asociadas a la atención en salud. Previo a ello, el año 2008 se publicó una revisión sistemática que mostraba que la incidencia media de eventos adversos asociados a la hospitalización era del 9,2% (IC95%: 4,6 - 12,4%). De ellos, el 43,5% (IC95%: 39,4 - 49,6 %) eran prevenibles. Además, el 7,4% de estos eventos se podía relacionar directamente con la causa de muerte del paciente ⁽¹¹⁾.

En la Unión Europea, los eventos adversos fluctúan entre 8-12% de los pacientes que ingresan. Este dato, puede estar subestimado ya que se basa en lo que registran los profesionales en la historia clínica ⁽¹²⁾.

El estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), realizado en España el año 2005, ⁽¹³⁾ reúne los datos de 24 hospitales, 5 de los cuales son hospitales de más de 500 camas. En este estudio la incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% (525/5.624), (IC 95%: 8,6% -10,1%). La densidad de incidencia fue de 1,2 eventos adversos por 100 pacientes-día (IC95%: 1,1 – 1,3). Del total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones asociadas a la atención en salud representaron el 25,3% y un 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. El 45% de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,9% moderados y el 16% graves. En total, el 42,8% de los eventos adversos se consideraron evitables. Siendo los errores de medicación el evento adverso más frecuente. En este punto es importante destacar que los errores se pueden producir en cualquier etapa asociada a la medicación: prescripción, dispensación, preparación, administración, entre otros ⁽¹³⁾.

Con todo ello, se ha estimado que uno de cada diez pacientes resultará con daño con motivo de la atención médica que recibe ⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, el estudio sobre la seguridad de pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS), fue realizado en 58 hospitales de cinco países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú donde se censaron 11.555 pacientes. La prevalencia para todos los países en estudio de eventos adversos fue del 10,5%. Dentro de los hospitales, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan una alta prevalencia de eventos adversos. En las UCI los eventos adversos más frecuentes son aquellos relacionados con la atención (26%), infecciones asociadas a la atención en salud (24%) y medicación (12%) ⁽¹⁵⁾.

El estudio español SYREC (Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva Seguridad y riesgo en el enfermo crítico) realizado en 76 hospitales españoles,

establece que el riesgo de sufrir un evento adverso en una UCI es del 40%. De los eventos adversos detectados el 60% resulta prevenible, para lo cual las acciones que se planifiquen para ello son fundamentales ⁽¹⁶⁾.

En el contexto Latinoamericano, una revisión sistemática publicada el 2021 buscó factores que se relacionan con los eventos adversos. Esta revisión incluyó 41 artículos donde el 43,9% correspondía a estudios realizados en Brasil, 19,5% México, Colombia 17%, Chile 2,4% y otros países 17,2%. Las variables que se asocian a eventos adversos se agruparon en factores del paciente, de la organización y del personal de salud. En relación con este último grupo, destacan la sobrecarga laboral, ausencia de reportes de eventos adversos y las fallas en el diligenciamiento de la ficha clínica. Con relación a los factores de la organización, destacan que existan medidas punitivas ante los errores y guías clínicas desactualizadas o incompletas ⁽¹⁷⁾.

En Chile hay dos estudios importantes, uno en un hospital público que no está publicado, pero se puede encontrar citado en la página web de la Superintendencia de Salud de Chile, del año 2008. Este reporta una incidencia de eventos adversos de 6,3% ⁽¹⁸⁾. Otro estudio realizado en un hospital privado y publicado en el 2014 muestra una incidencia de 6,2% con un 67,6% de eventos adversos considerados evitables, con la mayor incidencia ocurrida en la UCI ⁽¹⁹⁾.

Para instalar una cultura de aprendizaje en torno a los eventos adversos es muy importante la actitud del profesional frente a ellos ⁽²⁰⁾. En un estudio realizado en Brasil en 7 hospitales, el 89,4% de las enfermeras coordinadoras está de acuerdo en que la mayoría del personal teme las consecuencias de la notificación de los eventos adversos ⁽²¹⁾. Por otro lado, la Agencia de investigación y calidad en salud de EEUU el año 2016 documenta que el 55% del personal de salud de los hospitales cree que se responde de manera punitiva a los errores ocurridos ⁽²²⁾. Por ello, es conocido que las cifras mostradas de eventos adversos está subestimada, ⁽²³⁾ sobre todo de aquellos eventos sin daño o con daño en pacientes con múltiples patologías donde es más difícil determinar el papel del evento adverso en el estado de salud del paciente. Se debe sumar a ello, la debilidad de algunos hospitales en los

sistemas de notificación lo que genera datos menos robustos al buscar retrospectivamente las cifras de eventos adversos ⁽²⁴⁾.

Otro documento relevante es la estrategia de seguridad del paciente 2015-2020 de España. Este documento fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el 2015 y elaborado en conjunto con numerosas sociedades científicas de España. En él se define evento adverso “como un incidente que produce daño al paciente”. Evento centinela es un incidente imprevisto que produce muerte, lesión es físicas o psicológicas graves o bien existe el riesgo que se produzcan con motivo de este incidente ⁽²⁵⁾.

Los eventos centinelas, por su gravedad, son eventos que deben ser analizados en forma individual ya que se espera que no se repitan. De esta forma, en el año, 2001, se acuña el término “*never event*” para dar el énfasis que un evento centinela debe producir un profundo aprendizaje institucional que permita que no se produzca nuevamente este evento. Luego, el año 2006 se llegó a un consenso que permitió publicar un listado de eventos centinelas agrupados en 6 categorías. En el año 2011, este listado fue actualizado agregándose una nueva categoría de eventos radiológicos ⁽²⁶⁾.

En Chile, la normativa y el sustento teórico de los eventos adversos se basa en dos pilares:

- La ley 20584 que expresa los deberes y derechos de los pacientes en la atención. Dicha ley en su título II párrafo 1° indica “Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos” “toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquél haya ocasionado” y “en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas”⁽²⁷⁾.

- Resolución exente N° 1031 del Ministerio de Salud de Chile del 17 octubre del 2012 que aprueba la normas y protocolos para la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Esta resolución establece que todos los prestadores de salud en Chile (públicos o privados) deben cumplir con la implementación, seguimiento, monitorización de las normas y protocolos que el Ministerio de salud en Chile ha definido. Asimismo, cada norma contiene los indicadores definidos para la medición y seguimiento de los eventos adversos en Chile que deben ser informados al nivel central ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, la norma técnica N°154 del año 2013, da las directrices acerca del programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud. En esta norma se establece que es la Subsecretaría de redes asistenciales en Chile la responsable del control y actualización de esta norma, la que está vigente hoy en día. De acuerdo con la entrada en vigencia de esta norma, se estableció que cada hospital en Chile debía contar con una oficina de calidad y seguridad clínica y se debía comunicar a la Subsecretaría de redes la confirmación de ésta y su encargado ⁽²⁹⁾.

Los contenidos técnicos de esta norma son:

- Protocolos sobre sobre seguridad del paciente para prestadores públicos y privados
- Normas de calidad y seguridad para el reporte de eventos adversos y eventos centinela
- Norma de aplicación de lista de chequeo de cirugía
- Norma de análisis de reprogramaciones quirúrgicas no programadas
- Norma de prevención de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos
- Norma de prevención de Lesiones por presión en pacientes hospitalizados
- Norma de reporte de caídas en pacientes hospitalizados
- Norma de pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo
- Norma de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

De cada uno de los componentes anteriores en la Norma técnica N°154 se describen los indicadores con los que se medirá, los responsables y las labores de cada oficina de calidad y seguridad local en el reporte al nivel central ⁽²⁹⁾.

A pesar de todo esto, en Chile hay pocos estudios acerca de eventos adversos y se desconoce la magnitud de la subnotificación ⁽³⁰⁾. Desde el año 2011 en Chile se ha implementado un sistema de vigilancia de eventos adversos ⁽³¹⁾. Hasta el año 2009 sólo se vigilaban las infecciones asociadas a la atención en salud. La norma asociada al nuevo sistema de vigilancia, a pesar de que expresa la dificultad en la obtención de los datos evidencia la importancia de contar con un sistema que permita aprender locamente de los errores ⁽³²⁾. Entonces, el año 2011 se realiza la primera medición a nivel nacional con los indicadores propuestos en el borrador de la norma. Así, por ejemplo, en el año 2011 el porcentaje de pacientes en que se aplicaba lista de chequeo previo a la cirugía era sólo del 67% ⁽³⁰⁾. Este estudio realizado en Chile, centrado en evento adversos en el área de anestesiología de un Hospital Universitario de alta complejidad determina la ocurrencia de 297 eventos en 6 años (2008-2014). De ellos, un 28% resultó con daños graves o la muerte del paciente ⁽³⁰⁾.

Tal como se mencionó anteriormente, las UCI son los servicios clínicos donde se producen con mayor frecuencia eventos adversos, determinándose que los incidentes/eventos adversos pueden alcanzar el 31% en estas unidades. Las razones para esta alta incidencia de eventos adversos radican en las características de vulnerabilidad de los pacientes, frecuencia de procedimientos invasivos, urgencia con la que se realizan los procedimientos médicos y de enfermería ⁽³³⁾. Un estudio realizado en Brasil demostró que la frecuencia de eventos adversos está relacionada con aumento de los días de hospitalización y mayor mortalidad. (OR = 2,047; IC95%: 1,172-3,570) ⁽³⁴⁾. Así también, en otro estudio prospectivo de 7 años realizado en Francia, se demostró que el refuerzo de turnos enfermeros logra reducir la tasa de eventos adversos (razón de riesgo de incidencia 0.60 (95% intervalo de confianza, 0.36–1.01, p = 0.05) ⁽³⁵⁾. Además, existe evidencia de que la distribución de las enfermeras está relacionada directamente con la ocurrencia de

eventos adversos, a mejor distribución de las enfermeras, menor es la ocurrencia de eventos adversos ⁽³⁶⁾.

Sumado a lo anterior, se ha determinado que la mejor forma de evitar los eventos adversos es que el hospital cuente con una sólida cultura de calidad y seguridad ⁽³⁷⁾. Parte de esta cultura está determinada por el aprendizaje a contar de los errores y también por el cuidado que las organizaciones establecen con los profesionales que cometen errores.

1.3 Las víctimas de un evento adverso

Una vez que ha ocurrido un evento adverso se ha descrito que la primera víctima es el paciente y su familia. El paciente, como se ha señalado, puede no sufrir daño o puede llegar a secuelas graves o incluso la muerte. Luego, se ha descrito una segunda víctima, que es el profesional de salud que se vio involucrado en el evento adverso y que puede sufrir un trastorno denominado “fenómeno de segunda víctima” caracterizado por signos y síntomas físicos y psicológicos. Estos son de intensidad y duración variable. También se ha descrito una tercera víctima que es la organización (hospital o centro de salud) donde ocurrió el evento adverso. Este puede quedar muy estigmatizado e inmerso en batallas legales de larga duración ⁽³⁸⁾.

En relación con las terceras víctimas, hay poca investigación de las consecuencias de los eventos adversos para los hospitales. Un estudio realizado en España en el 2015, en 8 de las 17 comunidades autónomas donde se entrevistó a dirigentes de salud, dio cuenta que el 71% reconoció que en sus hospitales no había un protocolo de atención a segundas víctimas. Además, un 35% de los hospitales no contaba con un plan de gestión ante eventos adversos graves ⁽³⁹⁾.

Recientemente, se ha descrito una cuarta víctima. Esta sería el paciente que será atendido por el profesional de salud que fue segunda víctima y que, al no resolver

el fenómeno, tuvo perdida de su confianza profesional y queda más expuesto a volver a cometer errores ⁽³⁸⁾.

1.4 Las segundas víctimas de un evento adverso

Muchas profesiones del área de salud han sido descritas como potenciales segundas víctimas luego de un evento adverso. Es así como se ha descrito en médicos (residentes, médicos de urgencia, cirujanos) enfermeras, matronas ^(40,41). El término “segunda víctima” fue introducido en el año 2000 por Albert Wu ⁽⁴²⁾. En esta publicación el mismo autor se preguntaba (a raíz de una situación donde a un médico se le recrimina y juzga por un error) si no podría ser el mismo el que podría haber pasado por ello. Esto, ya que se reconoce que los errores son involuntarios y que su ocurrencia puede suceder en cualquier momento. Entonces, Wu se preguntaba por la falta de empatía de quienes juzgaban a quien cometió el error pensando en que cualquiera se puede convertir en la segunda víctima del error médico ⁽⁴²⁾.

Luego, las segundas víctimas fueron definidas por según Scott ⁽⁴³⁾ como:

“Un proveedor de atención sanitaria involucrado en un evento adverso o error médico, donde el proveedor se convierte en víctima ya que se encuentra traumatizado por el evento”. Con frecuencia las segundas víctimas se sienten personalmente responsable de los resultados inesperados del paciente y sienten como si hubieran fallado a sus pacientes, de acuerdo con sus habilidades clínicas y conocimientos ⁽⁴⁴⁾.

El término segunda víctima ha sido cuestionada últimamente por varios autores, ⁽⁴⁵⁾ pero aún no existe otro término que describa mejor las reacciones que manifiesta el profesional luego de un evento adverso. El cuestionamiento a este término nace, fundamentalmente, ya que su uso masificado ha parecido poner en el foco al profesional y no al paciente que es quien sufre el daño ⁽⁴⁵⁾. Además, el

cuestionamiento no es a reconocer el fenómeno en sí, ya que es aceptado que los profesionales que sufren un evento adverso pueden necesitar ayuda para superar el trauma que ello puede provocar. El foco de la discusión es al término “víctima” ya que al designar al profesional como una víctima se puede interpretar que los errores cometidos son azarosos y por ello, no susceptibles de prevenir.

Con todo ello, se producen muchas reacciones del profesional luego de un evento adverso. Estas reacciones han sido descritas como psicológicas y físicas. Las reacciones psicológicas recogen: estrés emocional, la depresión y/o ansiedad y las reacciones físicas, taquicardia, perturbación del sueño y falta de apetito ⁽⁴⁶⁾. Además a nivel profesional se describe despersonalización de la relación terapéutica, incapacidad para el desarrollo profesional y burnout ⁽⁴⁷⁾.

Una revisión sistemática que analizó 32 artículos de investigación estimó que la prevalencia de segunda víctima luego de un evento adverso fluctúa entre un 10.4% a un 43.3%,⁽⁴⁴⁾. Si bien se han publicado revisiones sistemáticas de unidades específicas, ⁽⁴⁸⁾ existe también variación de un país a otro. Otros estudios han estimado el fenómeno en USA de un 10-60%, Dinamarca 35-49%, Francia 64% y España 66-75%. No existe mucha evidencia del fenómeno de segundas víctimas en Latinoamérica. Hay un estudio realizado en Argentina, donde se validó el instrumento para su medición en idioma español ⁽⁴⁹⁾. En México existe un estudio realizado a nivel de atención primaria ⁽⁵⁰⁾ y en Chile uno que compara algunos centros públicos con privados de salud en cuanto al fenómeno de segundas víctimas ⁽⁵¹⁾.

A nivel mundial, el fenómeno ha sido descrito como más prevalente en mujeres ⁽⁵²⁾, y en enfermeras que en otras profesiones ⁽⁵³⁾.

Para la medición del fenómeno de segundas víctimas, se han usado varios instrumentos. Uno de estos instrumentos es el cuestionario modificado Standord para el clima de seguridad del paciente (*Modified Standord Patient Safety Climate Survey= MSI-06*) ⁽⁵⁴⁾. Este instrumento consta de 38 Ítems que miden dimensiones del clima de seguridad del paciente. Otro instrumento que se ha utilizado para medir el fenómeno de segundas víctimas es el cuestionario de servicios de apoyo de

trauma inducidos por atención médica (*Medically induced trauma support services survey*) ⁽⁵⁵⁾. Esta herramienta permite calificar la estructura de apoyo que existe en la organización para el personal sanitario que sufre un evento adverso. También se ha utilizado el cuestionario hospitalario en cultura de seguridad del paciente (*Hospital survey on patient safety culture*), contiene 10 dimensiones en cultura de seguridad y mide 4 variables de resultado: frecuencia de notificación de eventos adversos, percepción general de la seguridad del paciente y total de notificaciones ⁽⁵⁶⁾.

Sin duda que uno de los instrumentos más específicos para medir el fenómeno de segunda víctima en español es el validado por Brunelli et al. en Argentina ⁽⁴⁹⁾. Éste, está basado en el instrumento de experiencia y apoyo para segundas víctimas, el *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) desarrollado por Burlinson et al. en un hospital pediátrico de Estados Unidos desde el año 2013 y publicado el 2018. Este instrumento se desarrolló en respuesta a que el fenómeno ya había sido descrito y se necesitaba un instrumento que pudiera valorar no sólo los signos y síntomas desarrollados por las víctimas sino también el apoyo de la organización ⁽⁵⁷⁾.

La validación de este instrumento fue realizada con una población que incluía médicos, enfermeras, farmacéuticos, y técnicos médicos. Quedó conformado con 7 dimensiones y dos variables de resultado. Las dimensiones son:

- Estrés psicológico
- Estrés físico
- Soporte de pares
- Soporte de supervisor
- Soporte institucional
- Soporte no relacionado con el trabajo
- Autoeficacia profesional
- Intención de cambio (variable de resultado)
- Ausentismo (variable de resultado)

Cada dimensión y variable de resultado fue puntuada con una escala de Likert de 1 a 5 puntos. Donde, donde las puntuaciones más altas representan una mayor cantidad de respuestas de segunda víctima, el grado en que los recursos de apoyo se perciben como inadecuados y el alcance de los resultados laborales negativos relacionados con la segunda víctima (es decir, intenciones de rotación y ausentismo) ⁽⁵⁷⁾.

En la investigación donde se validó el instrumento original participaron 305 profesionales de un hospital pediátrico y la opción de soporte más valorada fue la de conversar de lo sucedido con un par. Presenta una consistencia interna medida a partir de α Cronbach con un rango de 0,61 a 0,89 para todas las dimensiones.

El instrumento SVEST muestra que la aceptación para cada ítem es con puntaje igual o mayor a 4 y se mide con promedio y desviación estándar. Así, puntajes iguales o mayores a 4 en la medición del instrumento SVEST muestran una mayor respuesta de segunda víctima y mayor percepción de inadecuado soporte luego del fenómeno ⁽⁵⁷⁾. Hay también algunos ítems redactados en sentido inverso. Para ellos un puntaje de 2 o menor indica el fenómeno de segunda víctima⁽⁵⁷⁾.

Luego, este instrumento fue validado también en Corea donde fue probado con 305 enfermeras como participantes. Para esta versión el estudio de consistencia interna obtuvo un rango entre 0,87 y 0,88 en todas las dimensiones. Uno de los ítems se determinó con menor validez ("Me he tomado un tiempo libre después que uno de estos casos ocurre"), debido a la cultura coreana donde se comenta que las enfermeras coreanas trabajan a pesar de la enfermedad por la ausencia de mano de obra o por la forma como interpretan la responsabilidad ⁽⁵⁸⁾. En China el instrumento se validó aplicando a 642 enfermeras, reportando un α de Cronbach para la escala total de 0.86, y un rango para cada una de las dimensiones entre 0.71 a 0.89 ⁽⁵⁹⁾.

Recientemente, el instrumento fue validado también para enfermeras de UCI neonatal. Este estudio se realizó con 316 proveedores de atención sanitaria de UCI neonatal. Se agregó una variable (resiliencia) y la medición final para todas las

dimensiones con α Cronbach obtuvo un rango de 0,66 a 0,86 para todas las dimensiones ⁽⁶⁰⁾.

En resumen, este instrumento ha sido traducido y validado en varios países como Argentina ⁽⁴⁹⁾, China ⁽⁵⁹⁾, Corea ⁽⁵⁸⁾, Malasia ⁽⁶¹⁾, España ⁽⁶²⁾, Italia ⁽⁶³⁾, Alemania ⁽⁶⁴⁾ y Dinamarca ⁽⁶⁵⁾.

Para la versión latinoamericana, en el año 2018 los autores Brunelli et al. realizaron en Argentina la adaptación cultural de este instrumento en español con las 7 dimensiones, dos variables de resultado y 29 ítems ⁽⁴⁹⁾. Se probó en 452 enfermeras (50,2% enfermeras profesionales con promedio de 10 años de experiencia laboral) y se obtuvo una consistencia interna medida por α Cronbach de 0.80 para la escala total. Destaca en esta investigación que el 65,7% desconocía el término de segunda víctima. A pesar de ello, el 60,1% reconoce haber cometido algún error en su trabajo como enfermera ⁽⁴⁹⁾.

Dentro de las dimensiones evaluadas, la dimensión que tuvo mayor prevalencia para el fenómeno de segunda víctima fue estrés psicológico con un 67,8%. Por otra parte, las que tuvieron menor prevalencia para el fenómeno de segunda víctima fueron el ausentismo (2,6%) y la intención de cambio o abandono (5,8%) ⁽⁴⁹⁾.

1.5 Signos y síntomas del fenómeno de segunda víctima

Para el fenómeno de segunda víctima se han descrito signos y síntomas psicológicos y físicos. La investigación de Burlinson et al, quien desarrolló el instrumento SVEST, ya señaló que los signos y síntomas psicológicos eran los más prevalentes en el fenómeno ⁽⁵⁷⁾. Luego, otros investigadores han evidenciado lo mismo ^(49,58,59,61,63,65).

Específicamente se han descrito los sentimientos de culpa, rabia y vergüenza en la esfera psicológica ⁽⁶⁶⁾. Estos se producirían inmediatamente luego del evento adverso con duración e intensidad variable ⁽⁴³⁾. Scott et al. describió la historia

natural del fenómeno de segundas víctimas y evidenció que no todos los profesionales podrían vivir todas las etapas ni en el orden que allí se describen. En la primera etapa, se describe posterior al evento adverso con un proceso de caos. El profesional sufre con la llegada de un torbellino de muchas emociones y síntomas mezclados con las acciones para verificar la salud o estado del paciente. Los síntomas que se generan pueden predominar unos más que otros en diferente intensidad y vuelven como pensamientos intrusivos, que son característicos de la segunda etapa. En esta etapa se caracteriza a un profesional que tiende a autoaislarse, abrumado por los pensamientos intrusivos. Existiría un continuo repaso del evento adverso en busca de explicaciones o intentos de revivir el error en busca de explicaciones a él. En la tercera etapa, el profesional buscará apoyo en un colega o supervisor, y comienza el temor por su carrera profesional y por lo que sus colegas puedan pensar de lo que pasó. La cuarta etapa está marcada por el temor a procesos legales o la forma en la organización responderá ante el error. Una quinta etapa está caracterizada por la búsqueda de ayuda emocional. No siempre encontrarán la ayuda que buscan y ello puede perpetuar los síntomas de segunda víctima ⁽⁴³⁾.

En esta historia natural que se ha descrito previamente, el fenómeno puede determinar 3 posibles desenlaces: “Prosperar”, que significa aprender del error y, eventualmente, enseñar a otros. Este es el resultado más deseable. Otro resultado es “abandonar”, que puede determinar el abandono de la profesión o del servicio donde trabaja. El último desenlace se ha descrito como “sobrevivir” donde el profesional puede continuar mucho tiempo con los signos y síntomas del fenómeno, sin superarlos completamente ⁽⁴³⁾.

En cuanto a los signos y síntomas físicos, éstos han sido descritos como menos prevalentes que los psicológicos ⁽⁵⁷⁾. Dentro de ellos se han descrito principalmente los trastornos del sueño y de la alimentación ⁽⁵⁷⁾. En relación con los trastornos de sueño, estos también han sido descritos como muy frecuentes sólo por trabajar en una unidad de alta demanda como es la UCI. Un estudio realizado en UCI y urgencia de Alemania evidencia puntuación alta en “dificultad para conciliar el sueño o dormir

toda la noche, “aumento del sueño” y “cansancio o sensación de falta de energía”⁽⁶⁷⁾. En consecuencia, al sumarse la labor en una unidad de alta demanda como la UCI, donde los profesionales ya enfrentan cargas laborales significativas y riesgo de burnout⁽⁶⁸⁾, se añade la posibilidad de desarrollar trastornos del sueño y de alimentación. Esto se agrava cuando se presenta un evento adverso grave en un paciente, lo que puede aumentar notablemente la prevalencia de síntomas de segunda víctima.

En particular, en lo que respecta a las repercusiones de un evento adverso para los profesionales, un estudio realizado en Corea aborda los trastornos que experimentan los médicos. En este estudio los resultados muestran que de 895 médicos que participaron del estudio, un 24,6% y un 24% presentaron trastornos del sueño y de alimentación, respectivamente, luego de un evento adverso⁽⁶⁹⁾.

En cuanto a la duración de los síntomas de las segundas víctimas, se ha evidenciado que existe una relación entre la duración de los síntomas y su prevalencia con relación a la severidad del daño ocasionado a la víctima⁽³⁸⁾. Así, al existir daño permanente o muerte del paciente se relaciona con nueve veces mayor probabilidad de que los síntomas de segunda víctima duren más de 6 meses en comparación con los síntomas de las segundas víctimas en que el paciente cursó sin daño⁽⁷⁰⁾. También en la hipervigilancia, como síntoma habitual de las segundas víctimas, existe diferencia en cuanto al daño al paciente. Así, si el daño al paciente fue temporal, la duración de la hipervigilancia es menor en el profesional a si el daño fue permanente o causó la muerte al paciente⁽⁷⁰⁾.

Según Nydoo et al.⁽⁷¹⁾ la sintomatología de segunda víctima puede ser tan intensa que el personal de salud afectado puede desarrollar ideación suicida o incluso no recuperarse nunca completamente. En esta investigación se detallan varios factores de riesgo que pueden influenciar la gravedad del fenómeno de segundas víctimas. Algunos de estos factores son:

- La relación que existe entre el paciente y el profesional previo al evento adverso
- Cuando hay eventos adversos que afectan a pacientes pediátricos

- Cuando hay eventos adversos que afectan varias vidas al mismo tiempo
- Grado de responsabilidad por el evento adverso que auto perciba el profesional
- Reacción del paciente y su familia por el evento adverso ante el profesional.

Todos estos factores pueden influir en la severidad de los síntomas que desarrolle el profesional como segunda víctima. Los eventos adversos graves en pacientes pediátricos o bien en obstetricia (donde puede afectar a la madre y al feto o recién nacido) pueden desarrollar síntomas más intensos en los profesionales ⁽⁷²⁾. Un estudio realizado en un hospital de Atlanta, Estados Unidos, en UCI pediátrica da cuenta que un tercio de los profesionales dudaban de su habilidad profesional desde la ocurrencia de un segundo evento adverso. Además, un 42% reportó síntomas psicológicos luego del evento adverso ⁽⁷³⁾.

En España se realizó un estudio que exploró las diferencias como segundas víctimas entre parteras y obstetras. La muestra de este estudio estuvo constituida por 719 profesionales. La prevalencia global de segunda víctima en este grupo fue de 62,6%, sin diferencia significativa entre obstetras y parteras. Los síntomas más prevalentes fueron los psicológicos con diferencia significativa entre parteras y obstetras. Así las parteras se sienten más afectadas por los síntomas psicológicos (principalmente culpa) que los obstetras luego de un evento adverso ⁽⁷⁴⁾.

Por todo ello, otros autores como Ozeke et al. ⁽³⁸⁾ asimilan la sintomatología de segundas víctimas con la que sufren los pacientes en el síndrome de estrés post traumático. Así, en casos de eventos adversos graves, se determina que los síntomas pueden durar meses o años dependiendo de la gravedad del evento adverso. Se señala también que los síntomas pueden generar efectos a largo plazo para los profesionales, en su carrera profesional o bien en su vida personal. A los factores que pueden influir en la gravedad del fenómeno de segunda víctima Ozeke et al agrega aquellos pacientes que por alguna característica (física, emocional u otra) le pueden recordar a un familiar o a alguien querido al profesional. Un evento adverso grave en estos pacientes puede generar sentimientos más intensos de segunda víctima ⁽³⁸⁾.

De esta forma, existe descripción de signos y síntomas que desarrollan las segundas víctimas. Se desconoce si la trayectoria natural de afrontamiento que enfrentan las enfermeras de UCI como segundas víctimas es igual.

1.6 Soporte para segundas víctimas

En relación con el manejo para segundas víctimas, en España un 58,4% de los hospitales declara no tener un protocolo para tratar segundas víctimas⁽⁷⁵⁾ y afrontar el impacto social que puede significar un evento adverso grave. Llama la atención que el término segunda víctima ha sido acuñado hace más de 15 años, pero aún muchos hospitales no tienen protocolizado un manejo para segundas víctimas, o no se conoce la magnitud de este evento localmente.

En Argentina, un 54,4% de las enfermeras que participaron del estudio donde se midió prevalencia de segundas víctimas, reconoció que el hospital donde trabajaba no contaba con un departamento de seguridad del paciente ⁽⁴⁹⁾.

Los hospitales donde se han implementado protocolos de soporte para segundas víctimas son en aquellos países donde se ha realizado más investigación. Un ejemplo es el Hospital Johns Hopkins. En este Hospital de Estados Unidos se desarrolló un programa de soporte para segundas víctimas denominado *RISE (Resilience In Stressful Events)*. Este programa se desarrolló primero como un programa piloto y luego fue implementado en todo el hospital. La misión de este programa era brindar apoyo a los empleados que se enfrentaran a eventos adversos estresantes relacionados con el paciente. Para este programa se consideraron las siguientes fases ⁽⁷⁶⁾:

- Desarrollo conceptual del programa (Desde el año 2010)
- Reclutamiento y entrenamiento de pares respondedores (desde el año 2011)
- Implementación de programa piloto en departamento de pediatría (2011 al 2012)

- Implementación del programa en todo el hospital (2012 al 2016)

Para el desarrollo del programa se trabajó con un equipo multidisciplinario y se tomaron en cuenta las preferencias de los profesionales en cuanto a soporte en una encuesta que se administró previamente. Esta encuesta determinó que los profesionales en su mayoría prefieren en apoyo de sus propios pares luego de un evento adverso. Por ello, la siguiente etapa contempló el reclutamiento y entrenamiento de profesionales para responder a sus pares luego de eventos adversos. Para establecer el equipo de pares respondedores se tomó en cuenta que uno de los objetivos del programa era establecer una cultura de seguridad en que los profesionales fueran capaces de apoyarse unos a otros luego de la ocurrencia de un evento adverso ⁽⁷⁶⁾.

Para el reclutamiento de los respondedores se siguió la recomendación de los líderes quienes nominaron a los que tenían un perfil afín. En una segunda etapa se trabajó con voluntarios ⁽⁷⁶⁾.

Los resultados de este programa contemplan que las solicitudes al programa fueron aumentando desde la aplicación del piloto (15 solicitudes) hasta la aplicación del programa en todo el hospital (40 solicitudes). Los profesionales que más solicitaron el servicio fueron enfermeras generales y especialistas (58,5%). La mayoría de las solicitudes fueron luego de eventos adversos, referidas por el jefe directo del involucrado o por autorreferencia. En el 45% de los casos la solicitud fue luego de la muerte de un paciente. La respuesta de los pares respondedores se realizó en sesiones individuales y grupales. Como resultado global, los pares respondedores evaluaron que en más de un 80% las solicitudes fueron respondidas con una sesión exitosa y cumplieron con las necesidades del profesional que lo solicitó ⁽⁷⁶⁾.

Otro programa desarrollado por un Hospital de Ohio en Estados Unidos contempló un programa de soporte a segundas víctimas denominado *“you matter”* (tú importas) ⁽⁷⁷⁾. Este programa fue basado en otro programa que se ejecutó anteriormente dependiente de la Universidad de Missouri ⁽⁷⁸⁾. Como mejora a este programa previo, el programa *“you matter”* implementó informes electrónicos del soporte brindado por pares a las segundas víctimas. La experiencia de implementación y el

desarrollo del programa en dos años fue publicado por Merandi et al. ⁽⁷⁷⁾. Entre los resultados se evalúan 232 encuentros de soporte, de los cuales 21 fueron grupales. Las áreas clínicas que más solicitaron soporte para segundas víctimas fueron el servicio de urgencias, farmacia y la UCI. El 32% de las segundas víctimas que requirieron soporte eran enfermeras y la razón más común de solicitud fue la muerte de un paciente. A medida que el programa se fue desarrollando, se incluyó personal no clínico al determinar que el presenciar eventos adversos graves también puede afectar a otro personal como guardias y otros empleados del hospital ⁽⁷⁷⁾.

A medida que se ha ido investigando más acerca del fenómeno de segundas víctimas se ha ido visibilizando la necesidad de soporte. Así, hay algunas experiencias reportadas de experiencias de soporte en especialidades como la de Anestesia. En un departamento de anestesia académico se realizó apoyo de pares con un total de 130 encuentros de apoyo documentados. Más del 90% de los usuarios que participaron lo evaluaron como muy beneficioso y recomendarían el programa a un colega ⁽⁷⁹⁾.

Una revisión integrativa, que incluyó 25 estudios en su análisis, agregó además las acciones que se toman luego de los eventos adversos relacionado a primera, segunda y tercera víctima. En relación con la primera víctima las acciones más descritas son ⁽⁸⁰⁾:

- Consideraciones al revelar un evento adverso
- Comunicación luego del evento adverso
- Apoyo a la primera víctima
- Forma de emitir una disculpa al paciente y familia.

A menudo se señala que muchas veces el paciente y familia no se enteraron del evento adverso (cuando no suponía gravedad para el paciente, especialmente) o que no existía una forma de emitir una disculpa al paciente o familia ⁽⁸⁰⁾.

Para las segundas víctimas, las acciones que se realizan se pueden resumir en:

- Tipo de apoyo a segundas víctimas
- Estrategias de afrontamiento

- Protocolos de apoyo a segundas víctimas
- Cambios después de los eventos adversos
- Aprendizaje sobre los eventos adversos

Se determina que existen apoyo formales e informales para las segundas víctimas. También se evidencia la importancia de comunicar los hechos por canales formales. Esto evitaría los rumores que afectan más aun al profesional involucrado. Se establece el énfasis del apoyo emocional a las segundas víctimas ⁽⁸⁰⁾.

Para las terceras víctimas, se evidencia la importancia de una estrategia organizacional que contemple el plan luego de un evento adverso grave. Los puntos más relevantes fueron una comunicación abierta y empática y la responsabilidad de todos los miembros en ello. Se agrega la capacitación y el aprendizaje del personal luego de un evento adverso ⁽⁸⁰⁾. También, los hospitales que han implementado programas de soporte a segundas víctimas han fortalecido sus sistemas de notificación y luego de ellos los eventos adversos tienden a disminuir ⁽⁸¹⁾.

Otro antecedente importante es que se ha planteado que los hospitales, como organizaciones, deben éticamente prestar atención al fenómeno de segundas víctimas ya que es un fenómeno ya conocido y documentado ⁽⁸²⁾.

Entonces, existen experiencias de soporte a segundas víctimas, pero son experiencias aisladas, y en muchos países no se han implementado. Las principales fuentes de soporte están constituidas por programas de soporte de pares, pero se desconoce si hay más herramientas de soporte para las segundas víctimas.

2. Justificación del estudio

Tal como se ha señalado, el fenómeno de segundas víctimas puede generar profundos sentimientos negativos en las enfermeras. Una trayectoria natural de recuperación de afrontamiento deficiente en este fenómeno puede generar alteraciones en la vida personal y profesional, y además influir negativamente en la

cultura de calidad y seguridad clínica de la organización. Existe gran variabilidad del fenómeno en otros países, en prevalencia, duración y características de los signos y síntomas presentados.

Por todo lo expuesto, es un fenómeno que es importante estudiar sobre todo en países como Chile donde se desconoce la prevalencia de este fenómeno entre enfermeras de UCI. También es relevante determinar las dimensiones más alteradas, la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento y los mecanismos que las enfermeras utilizan para lidiar con este fenómeno.

Países que han estudiado el fenómeno de segundas víctimas han logrado introducir programas de soporte en sus hospitales, lo que ha demostrado ser un aporte a la cultura de calidad y seguridad clínica, esto resulta en menos eventos adversos a futuro y mejor afrontamiento para las enfermeras de este fenómeno

Existe además un imperativo profesional y ético, a contar de que este fenómeno que ya es conocido y descrito, de ocuparse del estado emocional de los profesionales que enfrentan este fenómeno de segundas víctimas. No sólo es correcto, es además necesario ya que los profesionales de salud son el recurso más importante con que cuentan los hospitales.

Por todo lo anterior, poder describir y explicar en profundidad este fenómeno entre enfermeras de UCI de Chile puede permitir un mejor entendimiento de las segundas víctimas y puede contribuir a futuro en programas de soporte.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general fase cuantitativa

Determinar el nivel de experiencia y apoyo para segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos de Chile.

3.1.1 Objetivos específicos fase cuantitativa

- Comparar la prevalencia global del nivel de experiencia y apoyo para segundas víctimas del fenómeno de segunda víctima entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos.
- Comparar la prevalencia de estrés, soporte, autoeficacia y resultados de segunda víctima entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos.
- Determinar la relación entre el nivel de experiencia y apoyo para segundas víctimas y las variables sociodemográficas y laborales.

3.2 Objetivo general fase cualitativa

Describir la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos de Chile.

3.2.1 Objetivos específicos fase cualitativa

- Explorar el contexto personal, profesional e institucional de segunda víctima de enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos.
- Identificar las etapas de la trayectoria natural de recuperación de segundas víctimas entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos.
- Describir las vivencias de segundas víctimas de enfermeras de unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos.

4.- Metodología

4.1 Diseño del estudio

Se utilizó una metodología de investigación mixta. Para ello, el diseño fue explicativo secuencial en dos fases: CUANTITATIVO con secuencia a CUALITATIVO ⁽⁸³⁾.

En este sentido, en la primera fase se obtuvieron los datos cuantitativos, mediante un estudio descriptivo y correlacional. Posteriormente, en la segunda fase, se realizó un estudio cualitativo utilizando el método de la teoría fundamentada. Esta fase fue construida en base a los hallazgos de la fase cuantitativa.

4.2 Fase I: Estudio cuantitativo

4.2.1 Método

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y multicéntrico.

4.2.2 Ámbito del estudio

Se realizó un estudio multicéntrico, en Chile. Para ello, se incluyeron las 47 Unidades de Cuidados Intensivos Adulto de hospitales públicos de todo el país durante el período de tiempo 2021-2023. El país se distribuye en XVI Regiones tal como se muestra en la Tabla 1. Este dato se obtuvo a través del Departamento de estadísticas e información de salud, dependiente del Ministerio de Salud de Chile ⁽⁸⁴⁾. Para ello se describieron el número total de camas de Unidades de cuidado Intensivo adulto y la asignación de enfermeras según el número de camas.

Tabla 1: Distribución de camas UCI adulto y enfermeras asignadas Hospitales Públicos por regiones Chile.

Región	Número de camas UCI adulto	Número de enfermeras asignadas
XV Arica y Parinacota	11	7
I Tarapacá	11	7
II Antofagasta	11	7
III Atacama	11	7
IV Coquimbo	22	7
V Valparaíso	66	21
Región metropolitana	187	119
VI O'Higgins	33	21
VII Maule	33	21
XVI Ñuble	11	7
VIII Bio Bío	33	21
IX Araucanía	33	21
XIV Los Ríos	11	7
X Los lagos	33	21
XI Aysén	11	7
XII Magallanes	11	7
TOTAL	528	308

4.2.3 Población y muestra

El Universo de camas de Unidades de Cuidados Intensivos Adulto en Chile es de 528 (sólo hospitales públicos). La asignación de enfermeras en Chile es de 1 por cada 3 camas ⁽⁸⁵⁾. Se suma por cada unidad, dos enfermeras en cargo diurno y una

supervisora. Se agrega a ello, los contratos parciales y con ello, el universo de enfermeras que trabaja en UCI adulto de hospitales públicos es de 516.

Con esta población y un nivel de confianza del 95%, fue necesaria una muestra de 221 enfermeras. Se estimó una posible tasa de deserción del 15%, por lo que la muestra mínima final necesaria fue calculada en 254 enfermeras.

El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio por conglomerados. Los conglomerados fueron designados como **zona norte, zona centro y zona sur**. Esto se realizó de esta forma ya que comúnmente el país es dividido en estas zonas según sus características geográficas, demográficas y culturales.

El conglomerado zona norte abarcó las regiones: XV, I, II, III, IV, V. Conglomerado zona centro: Región metropolitana, VI, VII. Zona sur: XVI, VIII, IX, XIV, X, XI y XII.

Lo primero fue determinar el universo de enfermeras. Tal como se señaló este dato se solicitó al ministerio de salud chileno. Los hospitales públicos en que trabajan las enfermeras fueron muestreados en una muestra por conglomerados (zona norte, centro y sur) y las regiones aleatorizadas dentro de estos conglomerados. Luego, las enfermeras de cada hospital (se conocía el número de enfermeras asignadas a cada hospital) fueron identificadas con un código alfanumérico y aleatorizadas para la muestra con la ayuda de la herramienta disponible en randomizer.org

Los sujetos considerados para el estudio fueron todas las enfermeras que trabajaban en UCI adulto de hospitales públicos de Chile durante los meses de julio 2021 a enero 2022

Criterios de inclusión:

Enfermeras trabajando más de 6 meses en UCI de hospitales públicos de Chile con cualquier tipo de contrato.

Criterios de exclusión:

Enfermeras que se encontraban con licencia médica, prenatal o post natal.

Reclutamiento de participantes

Para el reclutamiento de participantes se realizó una fase de difusión previa del estudio entre las enfermeras jefes de UCI de hospitales públicos de Chile. Se solicitó que el objetivo del estudio fuera difundido en reuniones de enfermería (a través de un video proporcionado por la investigadora). Una vez realizada esta etapa se determinaron los sujetos elegibles para el estudio según criterios de inclusión. A aquellos que eran elegibles les fueron enviados los consentimientos informados y entre quienes aceptaron participar se entregaron los instrumentos de investigación para su respuesta por vía electrónica con la aplicación survey monkey en su versión privada. En aquellos casos que por ubicación geográfica fue posible, la investigadora dejó los consentimientos en forma física en el hospital y luego fueron retirados. De igual forma se procedió con los instrumentos para esos hospitales.

4.2.4 Variables del estudio

Las variables del estudio se encuentran separadas en dos bloques:

- Variables relativas a los datos sociodemográficos y laborales relacionadas con los eventos adversos. La Tabla 2 muestra dichas variables, así como la definición conceptual y las categorías.

Tabla 2. Variables sociodemográficas y laborales.

Variable	Definición conceptual	Categorías
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencian hombre de mujer	Mujer Hombre
Edad	Edad expresada en rango de años al momento del estudio	Rangos: 20 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años 46 a 50 años Más de 51 años
Tiempo de permanencia en UCI	Experiencia de trabajo en UCI medida en rangos de meses y años	Rangos: < a 6 meses de 6 meses a 1 año de 1 a 2 años de 2 a 3 años > a 3 años
Conocimiento término SV	Si el participante conoce el termino segunda victima	Si No
Antecedente error de medicación	Si durante la atención de pacientes ha cometido un error de medicación, con o sin daño	Si No
Si durante la atención de pacientes ha cometido un error de medicación, con o sin daño	Si ha experimentado un evento adverso (cualquier tipo) con daño para el paciente	Si No

Tiempo transcurrido desde el evento adverso con daño al paciente	Tiempo que ha transcurrido desde el error de medicación o evento adverso con daño para el paciente	Rangos: < de 1 año de 1 a 3 años > a 3 años no recuerda
Informe acerca del error de Medicación o evento adverso con daño al paciente	Si informó a jefatura/organización por el error/evento adverso ocurrido	Si No

UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), SV (Segundas Víctimas), EA (Evento Adverso)

- Variables relativas a la experiencia y apoyo para segundas víctimas: Se incluyeron 7 variables relacionadas con Estrés psicológico, Estrés físico, Soporte de colegas, Soporte de superiores, Soporte institucional, Apoyo familiar y Autoeficacia profesional; y 2 variables de resultado (intención de cambio o abandono y ausentismo).

Estas variables se evaluaron con una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta: desde muy en desacuerdo puntuando un punto, a muy de acuerdo, puntuando 5 puntos. La Tabla 3 muestra dichas variables y la definición conceptual.

Tabla 3 Definición conceptual de las variables relativas a la experiencia, síntomas psicológicos, físicos y soporte brindado tras un Evento Adverso y variables de resultado

Variable	Definición conceptual
Estrés psicológico	Sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y tristeza por el evento ocurrido
Estrés físico	Trastornos del sueño del apetito y otras por el evento ocurrido
Soporte de colegas	Acciones de pares que sirven de ayuda a la segunda víctima
Soporte de superiores	Acciones de superiores que sirven de ayuda a la segunda víctima
Soporte institucional	Acciones de la institución que sirven de ayuda a la segunda víctima
Apoyo familiar	Acciones de la familia que sirven de ayuda a la segunda víctima
Autoeficacia profesional	Autopercepción de la capacidad profesional
Intención de cambio o abandono	Intento de cambio o abandono del lugar de trabajo
Ausentismo	Ausencia al puesto de trabajo

4.2.5 Instrumentos de medida

Se utilizaron dos instrumentos:

- Se aplicó un formulario ad-hoc que recoge los datos sociodemográficos y laborales (Anexo 9.1) donde se registraba:
 - Nombre del hospital
 - Región a la que pertenece

- Número de camas UCI habilitadas
 - Número de camas UCI en uso al momento de responder la encuesta
 - Variables sociodemográficas y laborales de la Tabla 2
-
- Instrumento de experiencia y apoyo para segundas víctimas-SVEST (*Second Victim Experience and Support Tool*), en su versión en español ⁽⁴⁹⁾. Como se ha señalado, es un instrumento que evalúa la experiencia de segunda víctima con reporte de signos y síntomas psicológicos, físicos y soporte brindado (colegas, superiores e institucional) luego de un evento adverso. Cuenta con 29 ítems distribuidos en 7 dimensiones y dos variables de resultado (ver mayor detalle del instrumento en el punto 1.4):
 - Estrés psicológico (número de ítems: 4)
 - Estrés físico (número de ítems:4)
 - Soporte de colegas (número de ítems:5)
 - Soporte de superiores (número de ítems: 4)
 - Soporte institucional (número de ítems:2)
 - Apoyo familiar (número de ítems:2)
 - Autoeficacia profesional (número de ítems:4)
 - Intención de cambio o abandono (variable de resultado, número de ítems: 2)
 - Ausentismo (variable de resultado, número de ítems: 2)

Cada ítem es medido por el participante con una escala de Likert que va desde 1 punto que indica “muy en desacuerdo” hasta 5 puntos “muy de acuerdo” (Anexo 9.2).

Junto con el instrumento SVEST se aplicó el Checklist de actuaciones relacionadas con la cultura de seguridad y política institucional. Este checklist está recomendado por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas, 2015,⁽⁸⁶⁾ para explorar la cultura de calidad y seguridad de la organización (aplicado a cada hospital). Este grupo de investigación ha desarrollado recursos para profesionales y centros sanitarios luego de la investigación que han hecho en este tema. El proyecto de investigación que desarrollaron fue financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER (referencias PI13/0473 y PI13/01220), por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (referencia FISABIO/2014/B/006) y por la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Generalitat Valenciana (ayuda complementaria, referencia ACOMP/2015/002)⁽⁸⁶⁾. Los ítems que evalúa este checklist son dicotómicos (sí/no), y están recogidos en el Anexo 9.3.

4.2.6 Procedimiento de recogida de datos

Una vez que el estudio fue aprobado por el comité de ética (anexo 9.6), se tomó contacto con las enfermeras jefes de las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales públicos para dar a conocer el protocolo de la investigación y solicitar su colaboración. Luego, se hizo llegar un breve video con la descripción del proyecto para que sea compartido en reunión de enfermería o compartido con cada enfermera de la unidad de cuidados intensivos adulto del hospital. Se hicieron llegar los consentimientos informados (Anexo 9.4 y 9.5) por correo postal y se recogieron de la misma forma. Luego cada participante en privado decidió si participaba o no de la investigación. A aquellos sujetos que aceptaron participar (luego de recibir los consentimientos informados) se les enviaron los instrumentos por correo electrónico con la aplicación *survey monkey* en su versión privada. En aquellos hospitales cercanos, la investigadora llevó los consentimientos informados, luego los recogió y de la misma forma, distribuyó los instrumentos para respuesta de los participantes.

(Figura 1) Para aquellos participantes que se envió por correo electrónico el instrumento se envió un recordatorio a los 15 días y luego a los 30 días. Aquellos instrumentos que se entregaron en forma presencial se recogieron a los 7 y a los 15 días luego de entregados.

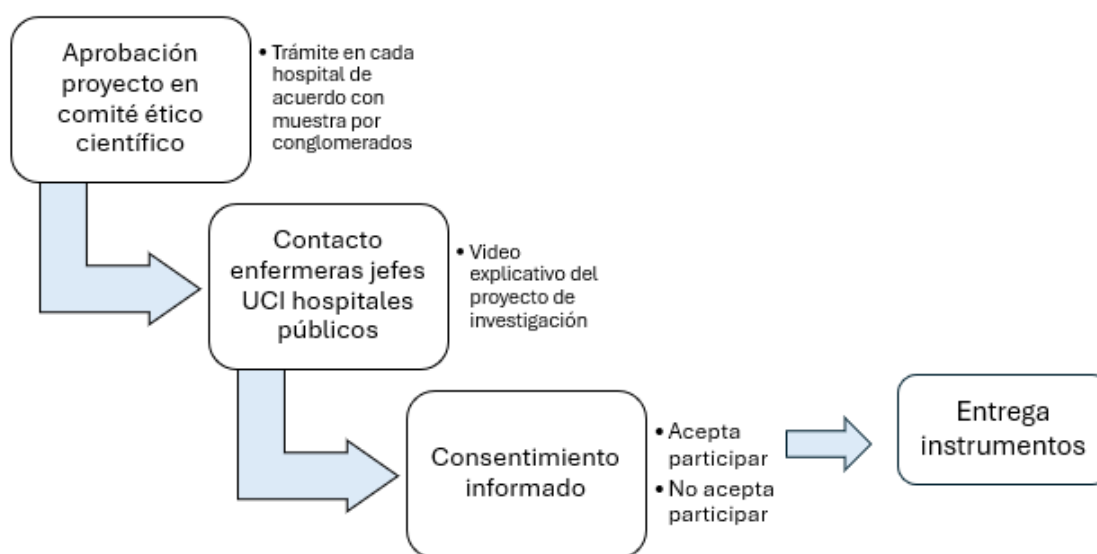


Figura 1: Procedimiento de recogida de los datos.

4.2.7 Análisis de los datos

Se realizó primero un análisis de estadística descriptiva. Los datos demográficos y laborales de los participantes (anexo 9.1) se distribuyeron en tabla de frecuencia y porcentajes.

Para los datos del instrumento SVEST (anexo 9.2) y checklist de actuaciones relacionadas con la cultura de seguridad y política institucional (anexo 9.3) se planificó aplicar primero un test de normalidad de Kolmogorv- Smirnov (50 datos) y Levene con el fin de verificar igualdad de varianzas. Para verificar si la diferencia entre los valores observados y esperados fue por casualidad o por una relación entre las variables, se usó el análisis chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95%. Asimismo, para la relación entre dos variables categóricas, la prueba de exacta de Fisher se utilizó con un nivel de confianza del 95% cuando los valores teóricos de frecuencias fueron menores que 5. Se consideró que la relación fue estadísticamente significativa cuando el valor de p fue $\leq 0,05$. Los cálculos fueron realizados con el software SPSS v.22.0.

4.3 Fase II: Estudio Cualitativo

4.3.1 Posición Paradigmática

Desde el punto de vista ontológico, donde se analiza la forma, naturaleza de la realidad y la naturaleza del conocimiento. En este análisis ontológico nos preguntamos acerca de la naturaleza de la realidad y lo que podemos saber acerca de ella ⁽⁸⁷⁾. Para esta investigación, se tomó como punto de partida el relativismo. Para el relativismo, las realidades son modificadas en base a un constructo local y específico. Esta forma de analizar la realidad permite una explicación de fenómenos que pueden variar de un individuo a otro y de una cultura a otra ⁽⁸⁸⁾.

Epistemológicamente, el conocimiento se fue construyendo a medida que se avanzó en la fase cualitativa. Se construyó una relación estrecha entre el investigador y el fenómeno investigado, de forma que el conocimiento fuera capaz de emerger en un contexto subjetivo y holístico ⁽⁸⁹⁾.

Desde el punto de vista metodológico, donde se analizan los caminos para acercarse a la realidad, esta investigación se consideró como hermenéutica y

dialéctica. Las construcciones de conocimiento nacieron de la interacción entre el investigador y los sujetos que participaron de la investigación ⁽⁸⁸⁾.

Todo lo señalado anteriormente respondió a comprender, explicar un fenómeno desde el punto de vista constructivista- interpretativo que buscó el conocimiento en un proceso emergente y flexible.

4.3.2 Método

En esta segunda fase se realizó un estudio cualitativo siguiendo el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin ⁽⁹⁰⁾. Este método busca desarrollar teorías explicativas en base a la conducta humana, fundamentando con datos sus hallazgos en un análisis interpretativo. Es un método que se centra en cuestiones de proceso, con descripción de fenómenos que pueden tener cambios o fases a lo largo del tiempo ⁽⁹¹⁾.

4.3.3 Ámbito del estudio

Tal como se ha señalado, la fase cualitativa fue construida en base a los resultados de la fase cuantitativa por lo cual el ámbito de estudio pertenece también a las Unidades de cuidado Intensivo Adulto de hospitales públicos de Chile.

4.3.4 Participantes

La población para esta fase fue la misma que en la fase anterior. Vale decir, las enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de Hospitales

públicos de Chile. Para la muestra, determinada por perfiles (en base a los elementos de estructura social que resultaron de la primera fase de la investigación), se consideraron las enfermeras que en la fase cuantitativa hayan experimentado el fenómeno de segunda víctima. Los perfiles que se determinaron en la primera fase de la investigación fueron:

- a) Perfil sin experiencia en eventos adversos: corresponde a los profesionales que no se han enfrentado a eventos adversos en la atención a pacientes. Para ello, en el instrumento encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 9.1) pregunta 9, contestaron “no”
- b) Perfil con experiencia en eventos adversos: corresponde a profesionales que se han enfrentado a eventos adversos. Para ello, en el instrumento encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 9.1) pregunta 9, contestaron “sí”. Dentro de este grupo existen dos sub-perfiles:

- b.1 No presenta signos ni síntomas de segunda víctima según medición con instrumento SVEST.

- b.2 Presenta signos y síntomas de segunda víctima según medición con instrumento SVEST.

Entonces, para esta fase de la investigación se consideraron los participantes que constituyen el perfil b.2. En base a este perfil el total de participantes que eran elegibles era de 167. Así, la técnica de muestreo fue no probabilístico, teórico o conceptual, donde el investigador elige unidades que contribuyan al desarrollo del tema que dirige la investigación ⁽⁸⁸⁾.

Para la selección de los participantes, se tomó contacto con aquellos que en la fase cuantitativa fueron catalogados como segundas víctimas según el instrumento SVEST (n=167). Se enviaron correos electrónicos a los participantes invitando a participar de esta segunda fase cualitativa. Los interesados debían devolver un correo con el consentimiento informado de fase cualitativa (anexo 9.5) y luego de ello se acordaron detalles para la entrevista, como fecha, hora y si se realizaría en forma presencial o por plataforma Zoom.

El número de entrevistas se determinó según apareció saturación de los datos, basado en el concepto de muestreo teórico donde los datos, en un proceso de análisis continuo, van dejando que emerja la teoría.

4.3.5 Técnicas de obtención de la información.

La información se obtuvo por medio de entrevistas en profundidad y un grupo de discusión. La entrevista en profundidad fue estructurada en base a los resultados de la investigación cualitativa. En base a ello, las preguntas que formaron parte de la entrevista fueron (Anexo 9.7):

- ¿De qué forma describiría el proceso que ha vivido luego de enfrentarse a un evento adverso?
- ¿Qué recursos utilizó para afrontar el proceso que vivió luego del evento adverso?
- ¿Puede describir que sentimientos le generó enfrentarse a este evento adverso?
- ¿Cómo describe el papel que tuvieron sus colegas y supervisores luego del evento adverso?
- ¿Cómo describe la actuación de su institución luego del evento adverso?

Para las entrevistas se planificó la presencia del investigador y de un observador. El observador era una enfermera con experiencia en investigación cualitativa, quien apoyaría el proceso de reflexión y posterior análisis de los datos. Cada entrevista fue grabada e identificada con un número. Para cada entrevista se citó al entrevistado con 15 días de anticipación, ya sea en una entrevista presencial (sala de reuniones de enfermería en Hospital Base de Puerto Montt) o bien virtual por la plataforma Zoom (para aquellos hospitales de otras regiones). 2 días antes de la entrevista se envió un recordatorio por correo electrónico. Las entrevistas tuvieron una duración de 1 hora. Al inicio de la entrevista se hizo una introducción donde se le recordó al entrevistado que en cualquier momento podía retirarse de la

investigación con sólo expresar su voluntad, tal como estaba establecido en el consentimiento informado de esta fase cualitativa. De igual forma, se informó que la entrevista sería grabada y que el observador tomaría notas durante el transcurso de la entrevista. También se informó que los participantes si lo requerían tenían acceso a primeros auxilios psicológicos con un psicólogo sin costo. Se recordó que los datos de contacto están en el consentimiento informado que firmaron para aceptar su participación. Las entrevistas fueron transcritas con ayuda de la plataforma sonix.com ⁽⁹²⁾

También se tomaron notas en el diario de campo, a lo largo de toda la investigación como herramienta de registro de las observaciones, reflexiones, intuiciones (“*insights*”) e interpretaciones sobre el fenómeno estudiado. Esta herramienta permitió registrar apreciaciones del observador e investigador durante la entrevista (postura del entrevistado, silencios, emociones que exterioriza el entrevistado), también ideas del propio investigador que surgían a medida que se desarrollaba la investigación.

Para el grupo de discusión se juntaron en una reunión por vía videollamada a través de la plataforma *Microsoft Team* ⁽⁹³⁾ todos los participantes de la fase cualitativa. Se consideró la totalidad de los integrantes para enriquecer los hallazgos de las entrevistas individuales. El grupo focal validó los datos obtenidos en cada entrevista individual y profundizó la información sobre aquellos códigos que aún no estaban saturados.

Este grupo focal tuvo una duración de 60 min, y un observador, que ejerció el rol de moderador del grupo, anotó los comentarios de los participantes, para luego discutirlos con el investigador. Esta reunión no fue videograda a petición de los asistentes ya que algunos de ellos se conocían. (figura 2)

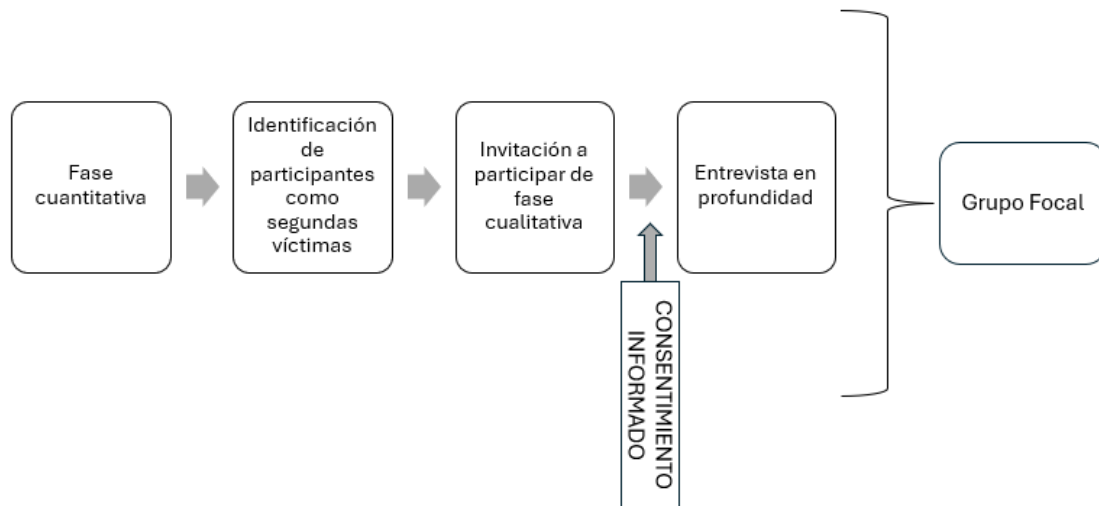
4.3.6 Procedimiento de recogida de los datos

Una vez que las entrevistas fueron coordinadas con los entrevistados se procedió primero con las entrevistas presenciales. Las Entrevistas presenciales fueron realizadas en sala de reuniones de enfermería del Hospital base de Puerto Montt. Sólo se encontraba el investigador, un observador y el entrevistado. Fuera de la sala se colocó un cartel de “reunión, no interrumpir” para permitir la privacidad de la entrevista. La grabación de la entrevista fue devuelta al entrevistado quien luego de revisarla podría también hacer alguna aclaración o alcance. Los detalles señalados por los entrevistados fueron anotados en el diario de campo por el investigador y observador. Las notas del investigador y el observador luego fueron comparadas y discutidas luego de cada entrevista.

Para las entrevistas realizadas a distancia, se utilizó la plataforma Zoom. El investigador y el observador se conectaron 5 minutos antes del inicio de la entrevista para estar preparados. El investigador fue quien guio la entrevista y ambos, investigador y observador, fueron tomando notas las cuales fueron comparadas después. Al igual que en la entrevista presencial al inicio del encuentro, se le indicó al entrevistado que podía retirarse de la investigación en cualquier momento con sólo expresar su voluntad. También se le comentó de la posibilidad de contactar un psicólogo para primeros auxilios psicológicos sin costo si era necesario (datos en el consentimiento informado)

El proceso de las entrevistas, su transcripción y análisis se hicieron en un proceso de análisis continuo, lo que permitió ir analizando los datos y reflexionando acerca de ellos al mismo tiempo.

Figura 02: Procedimiento de recogida de datos fase cualitativa



4.3.7 Análisis de los datos

El tipo de análisis fue el de la Teoría Fundamentada según Strauss & Corbin ⁽⁹⁰⁾. Una vez realizada la transcripción se realizó la codificación abierta, línea por línea, para encontrar conceptos que permitieran hacer la codificación preliminar. Así, los datos se separaron en unidades de análisis. Luego, se realizó la codificación axial, para remodelar la información que fue fragmentada durante la codificación abierta. Con ello, los datos fueron reorganizados y agrupados para encontrar relación de categorías y subcategorías con el fin de encontrar explicaciones más detalladas acerca de la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de segundas víctimas. Por último, se realizó la codificación selectiva para integrar y refinar las categorías y con ello permitir que emerja la teoría en respuesta a la fase cualitativa. En esta fase se identificó la categoría principal, donde todas las otras categorías se relacionan con la categoría principal.

Para todo el proceso de codificación se utilizó el software *Atlas.ti* ⁽⁹⁴⁾.

4.3.8 Criterios de calidad y rigor

Según Calderón ⁽⁹⁵⁾ existen varios enfoques para la evaluación de calidad de los estudios cualitativos. El enfoque más radical es asociado al constructivismo social y posmodernismo que indica que cada investigación sería irreproducible en sus resultados. El enfoque al que más se acercan los autores de estudios cualitativos de Ciencias de salud es la propuesta de Lincoln y Guba ⁽⁹⁶⁾ que se basa en los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad. (Criterios de confiabilidad). Además de los criterios de confiabilidad se describen criterios de autenticidad, triangulación y reflexividad.

El criterio de credibilidad se refiere a que los resultados sean realmente capaces de describir en forma verdadera el fenómeno de investigación ⁽⁸⁹⁾. Una de las estrategias para alcanzar este criterio es devolver a los participantes parte de los resultados de la investigación, para ver si reconocen su experiencia en ello. Por eso, en esta investigación se planificó luego de las entrevistas en profundidad y un grupo de discusión.

El criterio de transferibilidad se refiere al grado de aplicación o transferencia de los hallazgos bajo condiciones y contextos similares. Para resguardar este criterio es que en la investigación se describió el fenómeno y las condiciones en que se realizó la investigación en forma minuciosa ⁽⁹⁷⁾.

En cuanto al criterio de dependencia o consistencia, éste hace referencia a la estabilidad de los datos y su replicabilidad. Por la naturaleza de la investigación cualitativa, este criterio es difícil de cumplir, pero se puede resguardar especificando el contexto de la recolección de datos, explicando las condiciones ambientales, culturales y criterios de selección de los participantes, así como los instrumentos para la recolección de los datos y por medio de la triangulación de técnicas: en esta

investigación se ocuparon los métodos de entrevista en profundidad y grupo focal de discusión ⁽⁹⁸⁾.

La confirmabilidad permitiría a otro investigador, si se ha documentado bien cada paso de la investigación, seguir la “pista” de la investigación original y encontrar resultados similares. Para cumplir con este criterio de calidad se documenta y transcriben correctamente todos los datos, grabaciones y explicar adecuadamente la posición del investigador ⁽⁹⁹⁾.

Con respecto al criterio de autenticidad, se señala que bajo este concepto el proceso de investigación logra una construcción de acuerdo con las construcciones individuales de los participantes ⁽¹⁰⁰⁾. Por ello, para cumplir con este criterio se debe asegurar que todas las posiciones estén representadas. Para cumplir con este criterio se han aceptado enfermeras de diferentes hospitales y se ha propiciado el intercambio en un grupo de discusión.

En lo que respecta a la triangulación, este criterio sugiere aplicar varias técnicas para ver la realidad desde diferentes perspectivas, lo cual permite enriquecer la investigación ⁽⁹⁶⁾ Las estrategias utilizadas para cumplir con este criterio contempla la discusión entre los investigadores, comparar notas. En cuanto al análisis de los datos, el proceso de codificación fue hecho en forma independiente por dos investigadores y las diferencias resultas mediante la discusión. También los hallazgos de las entrevistas fueron luego fueron devueltos a los entrevistados para que confirmen su contenido.

En cuanto a la reflexividad, este criterio busca el análisis del propio pensamiento, percepciones e intereses del investigador acerca del tema de investigación ⁽⁹⁶⁾. Por ello, en esta investigación se consideró durante todo el proceso de investigación mediante el registro de notas por parte de los investigadores.

4.4 Aspectos éticos

Para la presente investigación se declara que se respetaron los principios éticos que conciernen a la investigación con seres humanos estipulados en la ley 20120 de Chile ⁽¹⁰¹⁾. En relación con esta ley, específicamente se tomó en consideración el artículo 10 que mandata que la investigación sea hecha por un profesional idóneo en la materia con una investigación justificada en su objetivo y metodología. El artículo 11 que obliga al uso de consentimiento informado para la investigación. De esta forma, se respetó el anonimato de los sujetos participantes y su participación voluntaria por medio de un consentimiento informado. También se consideró la ley 19628 ⁽¹⁰²⁾ en su título I de utilización de los datos personales. En esta ley, se contemplan específicamente los artículos 7 (acerca de la obligación de mantener confidencialidad de los datos recolectados) y artículo 9 (que mandata el uso de los datos sólo para lo que se consideró de forma primaria, en este caso la investigación)

También se han tomado en cuenta las normas CIOMS ⁽¹⁰³⁾ para la realización de esta investigación. Específicamente la pauta 1 que indica que es éticamente aceptable una investigación que aporte a proteger y promover la salud de las personas ⁽¹⁰³⁾. En el caso de esta investigación justamente se pretende proteger el recurso más valioso que tienen los centros de salud: sus profesionales. La pauta 4 que indica que para realizar la investigación los riesgos deben ser minimizados ⁽¹⁰³⁾. Tal como se señala más adelante en el análisis proporción favorable riesgo beneficio, la autora minimizó el riesgo que los participantes puedan tener al contestar el cuestionario de reflotar sentimientos negativos vividos ofreciendo dos profesionales expertos en primeros auxilios psicológicos para su consulta. Estos profesionales pudieron ser accedidos vía telemática, privada y sin costo por los participantes. En cuanto a la norma 10⁽¹⁰³⁾, se consideró que si se realizaba cualquier cambio en que sea necesario al consentimiento informado, éste debía ser aprobado por el comité de ética. Con relación a la norma 9⁽¹⁰³⁾, se considera que sólo se pediría el consentimiento luego de explicar suficientemente la investigación, por ello se envió un video para ser exhibido en reunión de enfermería donde se

detallaba el proyecto y se explicó el contexto de la investigación. Se recibieron por correos las dudas y luego del plazo estipulado se enviaron por correo postal los consentimientos. De esta forma se aseguró que no existía ninguna presión sobre los participantes para que su participación sea voluntaria. Relacionado a la norma 14⁽¹⁰³⁾, el investigador consideró el apoyo psicológico para los participantes que lo requirieron, gratuito. Por último, en relación con la norma 16⁽¹⁰³⁾, se respetó en todo momento la decisión del participante respecto a su participación en el estudio, no ejerciéndose ninguna presión para su participación o permanencia en el estudio.

De igual manera, se solicitó la evaluación de un comité de ética científico que avale el respeto por los principios éticos en la investigación. El proyecto también tuvo la valoración positiva de la comisión académica del programa de doctorado de Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona. Además, tal como establece la ley en Chile, en relación con la autonomía de los comités de ética, el estudio fue consultado en el comité de ética de cada hospital participante del estudio. Para ello, de cada comité de ética de los hospitales que participaron, se obtuvo un acta de aprobación de comité ético científico para esta investigación.

Para el desarrollo de la investigación se consideraron los principios éticos de E. Emanuel ⁽¹⁰⁴⁾, aplicándolos a esta investigación.

- Valor social: Esta investigación exploró el fenómeno de segundas víctimas en Chile. Por lo sucedido en otros países sabemos que los profesionales que afrontan el fenómeno de segundas víctimas pueden contribuir mucho a la cultura de calidad de hospitales en la medida que el fenómeno se conozca y pueda ser analizado. También al reconocer el fenómeno los hospitales serán capaces de establecer estrategias de soporte para prevenir y tratar este fenómeno. Se espera que la entrega de esta investigación permita a los hospitales establecer programas de soporte a segundas víctimas. Además, esta investigación cumplió con lo establecido en el código internacional de enfermería que insta a las enfermeras a “*Realizar y difundir investigaciones que muestren los vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica*”⁽¹⁰⁵⁾. También, el código de ética del colegio de enfermeras

de Chile mandata a las enfermeras a “*realizar investigación a fin de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería*”⁽¹⁰⁶⁾

- Validez científica: El presente proyecto contó con la dirección de dos directoras de tesis. Fue evaluado en cada etapa por un tribunal de la Universidad de Barcelona para asegurar que todos los aspectos metodológicos implicados en la investigación estén asegurados y con ello que los resultados que se obtengan fueran válidos.
- Selección equitativa del sujeto: Esta investigación consideró la elección de una muestra por conglomerados con el fin de que todas las regiones del país y las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos adultos tengan la oportunidad de participar.
- Proporción favorable riesgo beneficio: Los beneficios de esta investigación fueron el conocer el fenómeno de segundas víctimas en Chile con lo cual se aporta a entender localmente este fenómeno y poder sembrar estrategias de afrontamiento en Hospitales. También contribuir a la cultura de calidad y seguridad clínica de hospitales públicos. Para los participantes el beneficio consiste en poder relevar su experiencia y compartirla, y luego beneficiarse de las estrategias que los hospitales implementen a raíz de ello. Se considera como riesgo que los participantes puedan volver a sentir algún sentimiento negativo al responder el instrumento y recordar algún episodio vivido de evento adverso (superado o no). Por ello, se contempló tener la disposición de dos psicólogos, entrenados en entrega de primeros auxilios psicológicos en caso de necesidad y a disposición de los participantes. Los psicólogos pertenecen a la Universidad San Sebastián (Patricia Von Freeden Y Daniel Palma) y pueden ser contactados en cualquier momento por los participantes por vía telemática. Los detalles de contacto se especifican en el consentimiento informado. El consentimiento informado se firmó en dos copias, una de las cuales quedó en posesión del sujeto participante. De esta forma puede acceder a toda la información en cualquier momento.

- Evaluación independiente: Este proyecto fue evaluado por la Universidad de Barcelona y cuenta con el visto bueno evaluado en tribunal de la Universidad el 7 de octubre del 2020 que avala los aspectos metodológicos y éticos de la investigación. Sin perjuicio de ello, se sometió esta investigación a la revisión del Comité de ética científico de la Universidad San Sebastián de Chile, país donde se llevó a cabo la investigación con el fin de salvaguardar el respeto por los principios éticos y la protección de los sujetos que participan de la investigación. El acta de aprobación del comité se encuentra en anexo 6. Fue contactado además cada hospital participante para su evaluación ética (Anexo 9.6)
- Consentimiento informado: se realizó un consentimiento informado para cada fase de esta investigación de abordaje mixto. El primer consentimiento fue contemplado para la fase cuantitativa donde cada individuo que aceptó voluntariamente participar contestó dos instrumentos. El primero, contenía datos sociodemográficos y antecedentes acerca de eventos adversos. El segundo, el instrumento SVEST y checklist de preguntas dicotómicas acerca de la forma en que la organización donde trabaja enfrenta los eventos adversos.

El segundo consentimiento informado fue para aquellos individuos que fueron invitados a participar de la segunda fase del estudio, cualitativa. En esta fase el consentimiento estuvo dirigido a la grabación de una entrevista estructurada donde las preguntas se elaboraron de acuerdo con los hallazgos de la fase cuantitativa. (Anexo 9.7)

- Respeto por los sujetos inscritos. Esta investigación contempló el respeto por los sujetos inscritos no sólo con la firma del consentimiento informado, sino durante toda la realización de la investigación y después de ella. Durante el desarrollo de la investigación cualquiera de los participantes podía escribir a la investigadora para pedir más antecedentes de la investigación, de igual forma si por cualquier motivo revocaba su participación, podía hacerlo con sólo manifestar su voluntad y sin tener que dar explicación alguna al

respecto. Para ello, el consentimiento se firmó en dos copias, con lo cual cada sujeto tendría los datos de su participación si deseaba dejar de formar parte del estudio.

En el respeto por los sujetos inscritos también se garantizó que los datos de los participantes fueran siempre anónimos y que sólo fueran utilizados con fines de investigación y divulgación científica a través de publicaciones en revistas de corriente científica. Por otro lado, si durante el transcurso de la investigación hubieran surgido hallazgos que indiquen hacer alguna modificación al proyecto, los individuos que habían aceptado participar serían contactados para conocer y aceptar, eventualmente, las modificaciones al proyecto.

Los resultados de la investigación quedaron a disposición de los participantes una vez concluida la investigación. Para ello cada Unidad de cuidados intensivos adulto de hospital público que participó del estudio recibió los resultados de la investigación. Además, los resultados fueron presentados en el Congreso Chileno de Medicina Intensiva realizado en noviembre 2023 en la ciudad de Antofagasta.

Por último, se llevó estrecha vigilancia de los individuos durante la investigación y a todos ellos se les dio la oportunidad de consultar con los psicólogos que brindan primeros auxilios psicológicos.

5.- Resultados

5.1 Síntesis de los resultados

De la investigación participaron 326 enfermeras pertenecientes a 7 UCI de hospitales públicos de alta complejidad en Chile. El 80,9% (n= 264) eran mujeres y el 19,15 (n=62) hombres. En cuanto a la edad, el 47,8% (n= 156) se encontraba entre los 31 y 40 años. El 42% (n=137) llevaba más de 3 años trabajando en UCI al momento del estudio.

Destaca que el 82,8% (n=270) nunca había escuchado el termino de segunda víctima, si bien el 90,2%(n=294) declaran que habían sufrido un evento adverso en su ejercicio profesional. En la ocurrencia de este evento adverso, el 37,4% (n=110) responde que ocurrió hace 1 a 3 años. EL 34,4% (N=101) no reportó este evento adverso a su jefatura.

En cuanto a la prevalencia del fenómeno de segunda víctima, la dimensión más prevalente para el fenómeno fue la dimensión psicológicos con un 67% (n=167). Así, el sentimiento psicológico más prevalente reportado por los participantes fue la vergüenza con un 69% (n=202). En los síntomas físicos destaca la fatiga luego del evento adverso (67%, n= 197) y los trastornos del sueño (59%, n=173)

En relación al soporte luego del evento adverso, lo más valorado fue el soporte de colegas. Sólo un 16% (n= 47) estuvo en desacuerdo o muy desacuerdo que sus colegas no fueron una ayuda luego del evento adverso. En relación al soporte de la familia, también fue muy valorado. Un 18% (n=53) cree que un familiar o cercano fue de ayuda luego del evento adverso. El apoyo de supervisores no es bien valorado ya que el 43% (n= 126) de los participantes dice estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con que el supervisor actuó para resolver la situación.

Lo menos valorado por los participantes es el soporte institucional. El 57% (n= 168) está en desacuerdo o muy en desacuerdo que la institucion le apoya luego del evento adverso. En cuanto a la forma en que las enfermeras perciben el soporte de

la organización, existen diferencias estadísticamente significativas según la antigüedad laboral y el hospital. ($p=0,075$ y $0,000$ respectivamente)

En cuanto a las variables de resultado, no hay intención de abandono ya que sólo un 29% ($n= 85$) estaba de acuerdo o muy de acuerdo en que desearía dejar de atender pacientes luego del evento adverso. Tampoco hay mayor intención de ausentismo, sólo un 22% ($n=65$) manifiesta que le habría gustado tomar un día libre luego del evento adverso.

Por otra parte, en la fase cualitativa del estudio a contar de 11 entrevistas y un grupo focal se pudieron identificar 29 códigos iniciales. De estos 29 códigos se conformaron 6 categorías: percepción de apoyo ante un evento adverso, percepción de desamparo ante un evento adverso, iniciadores de evento adverso, respuestas ante un evento adverso, responsabilidad profesional y percepción del evento adverso. Luego, la percepción de apoyo ante un evento adverso surgió como categoría principal. Esto significa que dependiendo del apoyo percibido ante un evento adverso es lo que determina la superación o el estancamiento del fenómeno para las enfermeras de UCI.

5.2 Artículos derivados de la tesis

Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review

Publicado en International Nursing Review 2021(68):471-481
Journal Citation Report 1.93. Impact Factor : 4.1

Quartil 1 (Nursing 9/123)

Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations

Publicado en Nursing in critical care 2023(28) : 1022-1030

Journal Citation Report 0.88. Impact Factor : 3.0

Quartil 1 (Nursing 18/123)

Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory

Publicado en Australian Critical Care 2024 (In Press)

Journal Citation Report 0.83. Impact Factor : 3.3

Quartil 1 (Nursing 14/123)

5..2.1 Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review

Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review

Maria Kappes RN, MSc¹  | Marta Romero-García RN, MSc, PhD^{2,3,4}  |
Pilar Delgado-Hito RN, MSc, PhD^{2,3,4}

¹ Faculty of Healthcare Sciences, Nursing School, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile

² Fundamental Care and Medical—Surgical Nursing Department, School of Nursing, L'Hospitalet de Llobregat, University of Barcelona, Barcelona, Spain

³ IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Bellvitge Biomedical Research Institute, Barcelona, Spain

⁴ Collado Villalba, International Research Project—Proyecto HU-CI, Madrid, Spain

Correspondence

Marta Romero-García, Pavelló de Govern, 3^{er} pl., 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.
Email: martaromero@ub.edu

Abstract

Aim: To analyze personal and organizational strategies described in the literature for dealing with the second victim phenomenon among healthcare providers.

Background: The second victim phenomenon involves many associated signs and symptoms, which can be physical, psychological, emotional, or behavioral. Personal and organizational strategies have been developed to deal with this phenomenon.

Materials and methods: A systematic review was carried out in PubMed, Cochrane Library, Web of Science, Scopus, PsycINFO, Science Direct, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature databases, searching for evidence published between 2010 and 2019 in Spanish, English, German, and Portuguese.

Results: Seven hundred and eighty-three articles were identified. After eliminating duplicates, applying inclusion and exclusion criteria and critical analysis tools of the Joanna Briggs Institute, 16 research articles were included: 10 quantitative studies (design: descriptive, correlational, systematic, or integrative review) and six qualitative studies (descriptive, systematic review). There are several different personal and organizational strategies for dealing with the second victim phenomenon. Among these, peer support and learning from adverse events are highly valued. In personal strategies stands out the internal analysis of the adverse event that the professional performs to deal with the generated negative feelings. In organizational strategies, the most valued are second victim support programs with rapid response teams and made up of peers.

Conclusions: The main organizational coping strategies for tackling this phenomenon are online programs in countries such as the United States, Spain, and other European countries. Formal evaluation of these programs and research is required in Latin America.

Implications for nursing and health policies: Adequately coping with the second victim phenomenon allows health professionals and organizations to learn from adverse events. Furthermore, by supporting health professionals who suffer from the second victim phenomenon, the organization takes care of its most valuable resource, its human capital. This contributes toward building a culture of healthcare quality in organizations, which will reduce adverse events in the future.

KEYWORDS

adverse events, coping strategies, patient safety, second victims, support program, systematic review

INTRODUCTION

"Free from Harm" is a 2015 publication that highlights strategies for the patient's safety during healthcare (Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015). Although we would

like that the patient care would be risk-free, it is not, since the patient might be a victim of unexpected adverse events.

In terms of the context of the damage, adverse events may have more than one victim, which is why victims have been categorized into three groups: first victims, the patient and

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial License](#), which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

© 2021 The Authors. *International Nursing Review* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Council of Nurses



their family; second victims (SVs), the health professionals involved; and third victims, the organization (Seys et al., 2012).

Coined by Wu (2000) over 20 years ago, the term SV refers to health professionals who, after an adverse event, display various physical, psychological and/or behavioral responses that may even trigger suicide (Blacklock, 2012; Pratt et al., 2012).

In response to the harm that occurred to patients during care, the strategy of patient safety culture emerged. A patient safety culture can be defined as a group of initiatives that can be viewed as cogs in an overall system to enable safer care for patients (Wagner et al., 2019); and this culture has been a global concern for several decades. The publication of the report "To Err is Human" in 2000 gave figures of more than 80 000 deaths per year in the United States from adverse health events (Institute of Medicine, 2000). Twenty years later, the World Health Organization (WHO) revealed that, in high-income countries, one in 10 patients suffers an injury while receiving healthcare, and the reality is even more acute in low-income countries, where 2.6 million deaths occur per year, attributed to adverse events (World Health Organization, 2020). One publication that tracks this situation has analyzed studies carried out in 137 countries, in which 5 million people have died from deficient health services, compared to just 3.6 million deaths due to lack of access to health services (Kruk et al., 2018).

Adverse events are complex, varied, and multi-causal (Mohamadi et al., 2019). They include events related to care (pressure ulcers, patient falls, among others) related to medication, procedures, diagnosis, or infections associated with healthcare (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2016). The WHO proposes another international classification: "*The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*." In this document, the incidents are classified into clinical administration, clinical process/procedure, documentation, healthcare-associated infection, medication/intravascular fluids, blood/blood products, nutrition, oxygen/gas/vapor, medical device/equipment, behavior, patient accidents, infrastructure/building/ fixtures, and resources/organizational management (World Health Organization, 2009). Another important point is that adverse events generate great expense for public health systems as they increase the costs of hospital stays per day, procedures, and medication, among other factors (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2016). It is estimated that 43 million adverse events occur every year, which equates to over \$132 million in medical expenses (Hannawa et al., 2016). For example, a study carried out in Chile shows that the cost of each patient who has a permanent urinary catheter fitted and develops a urinary tract infection is equivalent to the cost of four patients with the same catheter who do not develop an infection (Kappes Ramirez, 2018).

So intense can SV's phenomena be that the signs and symptoms they develop have been standardized according to post-traumatic stress victims (Grissinger, 2014). The prevalence of the SV phenomenon has been documented in various ways. Some studies report that it occurs in approximately half of

health professionals who have to deal with an adverse event in their professional life (Bleazard, 2019). A systematic review found that the prevalence of the SV phenomenon varies from 10.4% to 43.3% and that women are more afraid of losing their professional confidence or reputation than men (Seys et al., 2013).

The SV phenomenon involves many associated signs and symptoms, which may be physical, psychological, emotional, or behavioral in nature. They may be limited to the workplace, affect the individual in their daily life, or lead them to leave the profession (Scott et al., 2009). Of the professionals who overcome a serious adverse event, 15% seriously consider quitting their job (Pratt et al., 2012). Even links with burnout and suicidal thinking have been reported, with a higher prevalence among doctors who make mistakes than among the general population (Lane et al., 2018; Schanafelt, 2011).

Physical signs and symptoms of the SV phenomenon include extreme fatigue, tachypnoea, tachycardia, muscle tension, sleep disturbance, and headache. The signs associated with the psychological aspect also vary, including flashbacks or repeated memories of the event, grief, frustration, difficulty concentrating, fear, or remorse, with doubt about professional capacity being the most prevalent sign (Rinaldi et al., 2016). Other symptoms described include feelings of guilt and anxiety (Mira et al., 2015).

In a sample of 4369 nurses and doctors, the most common symptom experienced by SVs was found to be hypervigilance (53%), followed by doubts about knowledge and skills (27%). Furthermore, the intensity and duration of the reported signs and symptoms were greater when the adverse event caused patient death (Rinaldi et al., 2016; Vanhaecht et al., 2019), and these symptoms were more prevalent, lasting, negative, and stronger among nurses than doctors (Harrison et al., 2015; Vanhaecht et al., 2019).

As far as we know, the SV phenomenon can last for years, and non-resolution can lead the health professional to make mistakes that cause new adverse events, producing a spiral that is perpetuated in health centers (Pratt & Jachna, 2015).

In the end, to take care of the SV, we have to manage adverse events effectively. While the ethical imperative to "do no harm" is a fundamental principle, it is taken very literally. This is unrealistic when viewed from the perspective of the adverse event, causing the professional involved to experience guilt, anger, or shame, among other responses (Paparella, 2011; Steven et al., 2014). In reality, adverse events not only occur due to the complexity of medical and nursing actions but also due to the limitations of human actions (Hall & Scott, 2012; Paparella 2013).

For all these reasons, both personal and organizational strategies have been developed to deal with the SV phenomenon (Reis et al., 2018) that not only contribute toward the professionals' own well-being but also influence the well-being of the people they serve (Quillivan et al., 2016).

Thus, the patient safety culture, adverse events, and particularly the phenomenon of SV have been studied more in recent years.

Aim

The aim of this systematic review was to analyze personal and organizational strategies described in the literature for dealing with the SV phenomenon among healthcare providers. The following question was posed in a PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) format: What strategies have been described for dealing with the physical and emotional symptoms of the SV phenomenon in health professionals who have encountered adverse events?

Ethical considerations

In this systematic review, the international research standards contained in the World Medical Association Declaration of Helsinki (2008) have been followed. As a systematic review without the participation of human beings, it is exempt from approval by an ethics committee.

METHODOLOGY

A systematic review was performed, following the recommendations set out in the *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins et al., 2019) and the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist (Liberati et al., 2009).

Search strategy

To develop an approach to the subject, we began a manual search of the journals *Revista de Calidad Asistencial* and the *Journal of Patient Safety*. Experts on the subject were consulted by email, who suggested two electronic resources (Second and third victims, 2018; ihi.org).

A search was then performed from November to December 2019 using the following terms from the MeSH thesaurus: medical error [OR] adverse event [OR] SV. Then, the terms nurse [OR] nurses [OR] healthcare professionals [AND] interventions [OR] support [AND] best practices were added. The PubMed, Cochrane Library, WOS, Scopus, PsycINFO, Science Direct, and CINAHL databases were reviewed with a search of evidence published between 2010 and 2019. Documents in Spanish, English, Portuguese and German were accepted.

Inclusion and exclusion criteria

Scientific articles that met the following criteria were included in this review:

- Articles on adverse events and SVs.
- Articles that report educational, administrative, psychological, individual, group, or organizational strategies for dealing with the SV phenomenon.

- Articles outlining strategies focused on nurses, doctors, or other health professionals, in primary care centers or hospitals.

Editorials and duplicate articles were excluded from this review.

Methodological quality assessment

To determine which critical analysis tools to use, we consulted “Critical Appraisal Tools and Reporting Guidelines for Evidence-Based Practice” (Bucchieri & Sharifi, 2017) and *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review* (Remington, 2020). Our decision was to use the critical analysis tools of the Joanna Briggs Institute since this tool is specially formulated for analyzing healthcare and nursing research (Hopia & Heikkilä, 2019). This appraisal tool is designed to evaluate the methodological quality of a study and identify any possibility of bias in its design. It consists of several items that can be assessed as “yes,” “no,” or “unclear.”

The instruments used for validation were analytical cross-sectional studies, qualitative research, and systematic reviews (Lockwood et al., 2017). Only studies that met at least 60% of the criteria were included. This standard was set based on the systematic review from Chan et al., 2016. The critical evaluation was performed by two independent reviewers. For each guideline, the items answered with “yes” are considered fulfilled and those answered with “no” or “unclear” are considered unfulfilled. The result was expressed as a percentage of compliance with the guideline.

Search results

A total of 783 articles were identified through the initial database search. The PRISMA flowchart for this search is shown in Figure 1.

Analysis of the results

The articles selected for this review were ordered in a table detailing the lead author, country in which the research was conducted, year of publication, type of study, participants, quality assessment (measured as the percentage of compliance with the Joanna Briggs Institute's criteria), and main results (Table 1).

Due to the selected articles' heterogeneity regarding the type of design, participants, and results, it was not possible to perform a statistical analysis of the dataset. Therefore, a narrative analysis was performed as recommended when a combination of results is not feasible. In this case, results could not be combined in a meta-analysis and are presented in a table for a narrative review to summarize evidence. (Linares- Espinós et al., 2018)

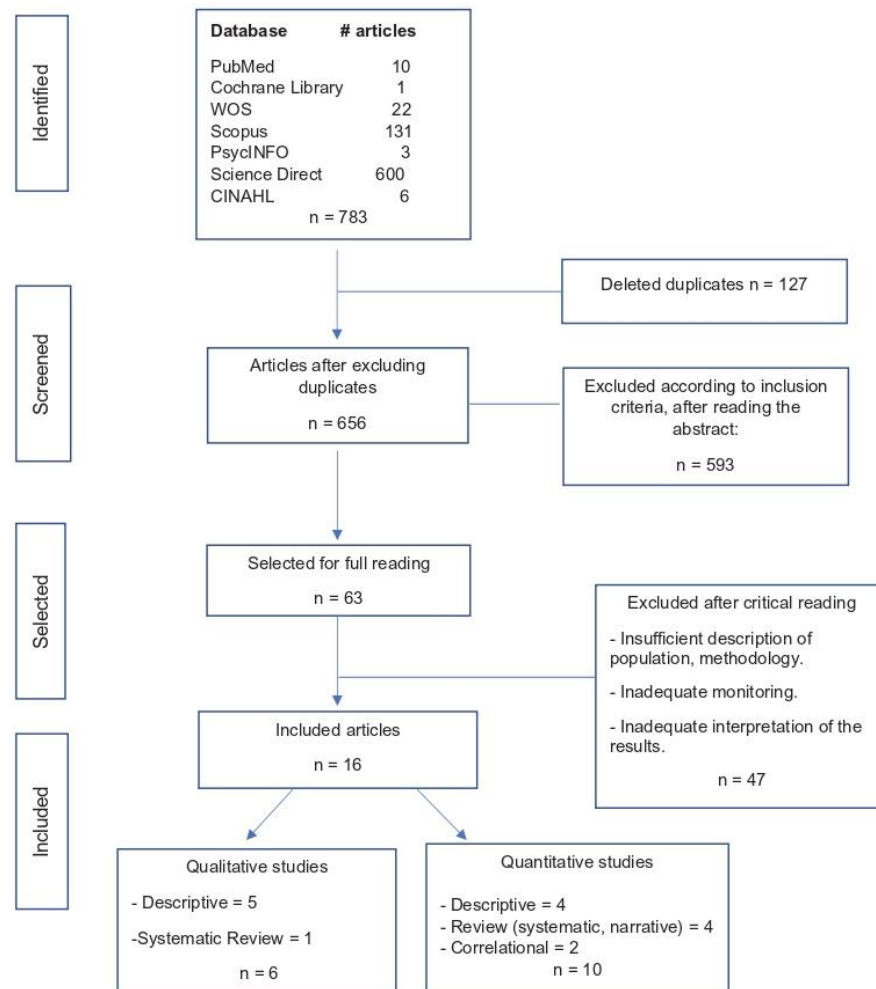


FIGURE 1 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses article selection flowchart

RESULTS

Of the selected 16 studies, three were carried out in the United States, three in Belgium, three in Spain, and two in Singapore. The rest were conducted in Iran, Italy, the United Kingdom, Australia, and China. Twelve were conducted after 2015. The highest frequency of publications occurred in 2016 (five of the selected studies). With respect to the research approach, 10 were quantitative (design: descriptive, correlational, systematic, or integrative review) and six were qualitative (descriptive, systematic review). Regarding the participants of the studies in qualitative studies, in three of the six studies, only nurses participated; and in the other three, doctors, nurses, and other health professionals. Of the 10 quantitative studies included, in five, only nurses participated, one had a hospital as a partner and four corresponded to reviews.

This review's main findings are detailed about personal and organizational strategies to face SVs' phenomenon

and the barriers that SVs encounter to approach this phenomenon.

Personal strategies for coping with the SV phenomenon

In general, several of the personal strategies for coping with the SV phenomenon are related to the stages of recovery described by Scott et al. (2009) in dealing with this.

In order, the first personal coping mechanism relates to the first stage, that is, error identification. This is usually immediate and, right from that moment, the professional may be unable to continue with direct patient care (Bleazard, 2019). Subsequently, in the second stage, professional self-reflection occurs, in which repeatedly reviewing the facts and attempting to understand what happened leads to self-learning. This brings comfort to SVs. In the third stage, despite the SVs' fears,

Table 1 Articles included in this review

Author	Country	Year of publication	Type of study	Participants/sample	Quality evaluation	Main results
Qualitative studies						
Mokhtari, Z. et al.	Iran	2018	Descriptive, qualitative	18 nurses	80/100%	Barriers to tackling the second victim (SV) phenomenon are bad administration, cultural and legal barriers, and inadequate information
Rinaldi, C. et al.	Italy	2016	Descriptive, qualitative	30 doctors, nurses and other health professionals	80/100%	80% of SVs feel that they were not listened to; 82% feel that there is no support for SVs; 76% of professionals agree with the idea of a psychological support system for SVs
Cabilan, C.J. et al.	Australia	2017	Qualitative systematic review	Nine qualitative studies carried out on nurses	100/00%	- SV nurses choose to speak to colleagues with similar experiences; - strategies should focus on overcoming the negative emotions that are generated
Chan, S.T. et al.	Singapore	2017	Descriptive, qualitative	Eight nurses	80/100%	- Participants use their own resources to deal with the emotions of the SV phenomenon; - there is a rejection of institutional support when it is provided by strangers; - religion is used as support to relieve symptoms in SVs
Ferrús, L. et al.	Spain	2016	Descriptive qualitative	27 doctors and nurses	70/100%	- Organizations must have a formal means of reporting adverse events; - SVs need support
Carrillo, I. et al.	Spain	2016	Descriptive, qualitative	Hospital and primary care centre managers and 1087 health professionals	62.5/100%	- Proposes design of an online SV intervention program; - design of a patient safety agenda for managers; - design of a web tool for adverse event solutions (BACRA: root-cause analysis); - SV website with 2579 visits in the first year
Quantitative studies						
Joesten, L. et al.	USA	2015	Descriptive, quantitative	365 doctors, nurses, and other health professionals	85/100%	10% to 30% of professionals say that there are support services, but 30%–60% say that these are not available; - only 37% of professionals believe that they can communicate the error without fear of retaliation
Harrison, R. et al.	United Kingdom–USA	2015	Descriptive, quantitative	265 doctors and nurses	62.5/100%	- Peer support is helpful; - strategies are perceived as useful when they allow the cause of the error to be solved; - discussion of the adverse event with peers or superiors is valued; - barriers to the use of institutional support: shame and fear due to the confidentiality of the information

(Continues)



Table 1 (Continued)

Author	Country	Year of publication	Type of study	Participants/sample	Quality evaluation	Main results
Van Gerven, E. et al.	Belgium	2014	Descriptive, quantitative	59 hospitals in Belgium	75/100%	-Few organizations have an SV support service; -rapid response to SVs from the organization is valued; -when there are no formal SV services, it is because it is not a priority for the organization, the support is informal, or the organization does not know how to implement formal support; -hospitals that have formal support systems recommend: 1. IHI White Paper; 2. the three-tiered model; -when there is a formal SV program, its performance has not been evaluated; -blaming the SV does not contribute to quality culture nor does it ensure that the error is not repeated
Quillivan, R. et al.	USA	2016	Descriptive, quantitative	378 nurses at a paediatric hospital	75/100%	-Nurses in a punitive environment develop more anguish and anxiety ($p < 0.001$); -non-punitive culture is associated with reduced SV distress; -support networks for SVs are important, especially peers; -SV support is required: short-, medium- and long-term actions; -professionals who do not know how to access support programs; -the role of peers in SV support is important;
Seys, D. et al.	Belgium	2013	Literature review	21 research articles, 10 non-research articles	70/100%	-Increasing the support of the organization decreases anxiety in SVs, intention of rotation and absenteeism;
Zhang, X.	China	2019	Correlational, cross-sectional	267 nurses	75/100%	-improvement in the quality culture of the organization contributes to the relief of SVs
Seys, D. et al.	Belgium	2012	Systematic review	32 research articles, nine non-research articles	80/100%	-Scott's proposed stages of SV recovery are recognized -coping strategies: define what happened and learn from the mistake, manage anxiety, guilt, rage, and fatigue, -the most widely used strategy is to seek social support
Lewis, E. et al.	USA	2013	Integrative review	21 articles	83.3/100%	-The experience of SV nurses is different from that of other professionals; -punitive environment generates less confidence and greater anxiety; -strategies to deal with the phenomenon: communicating the error to the patient and their family (11 studies find it to be an important milestone for SV), support for SV (nurses are more likely to make constructive changes after the adverse event if they have support)
Mira, J.I. et al.	Spain	2015	Correlational, cross-sectional	1087 nurses and doctors from eight autonomous communities in Spain	75/100%	-Nurses show greater solidarity with SVs in primary care than in hospitals ($p = 0.019$); -46.5% of professionals declare receiving support from their unit or department. Only 13.4% receive psychological counselling -90% of professionals state that they require advice to communicate adverse events to the patient and family; -90.1% of hospital professionals require training to face adverse events
Chan, S.T. et al.	Singapore	2016	Systematic review	30 quantitative, qualitative and mixed studies	72.7/100%	-12.4% of the studies are from the USA. -Three studies show that women and nurses develop more intense and negative feelings in response to the SV phenomenon; -coping strategies found: 1. facing and learning from the error is the basis for coping. It allows the SV to maintain their professional identity and move on; 2. the stages are recognized in line with Scott. For effective coping, it is important to stay away from work after the adverse event



they seek peer support. They are concerned about their professional reputation. In the fourth stage, SVs become concerned about the work and legal aspects that may affect their profession. They may have doubts about continuing in their job. In the fifth stage, SVs seek emotional support, without being sure how or where to find it. The sixth and final stage is determined by the result of the process: surviving (moving on without forgetting), abandoning (changing jobs or profession), or prospering (growth from the experience that is useful for the professional and others) (Scott et al., 2009, cited by Rinaldi et al., 2016).

Moreover, SVs also focus on the emotions generated by the adverse event that occurred, trying to manage the anguish, guilt, rage, or fatigue. For the initial management of these symptoms, they focus on analyzing the event, trying to objectify what happened, mentally repeating all the acts prior to the event (Seys et al., 2012). It is important to note that the more damage there is to the patient, the more intense the phenomenon (Rinaldi et al., 2016; Smetzer, 2012; Tamburri 2017). This difference is even more significant in women than in men (Van Gerven et al., 2014) with no difference between years of professional practice (Treiber & Jones, 2018).

Last, engaging in spiritual or religious help is also reported as a resource for coping personally. In this respect, prayer is described as a mechanism for alleviating distress and gaining strength (Chan et al., 2017).

Organizational strategies for coping with the SV phenomenon

All organizations should have SV support programs (Tamburri, 2017). Such support programs are valued by health professionals when they are equipped to provide a rapid response (Tamburri, 2017), such as the program documented by the University of Missouri with a team capable of responding 24 h a day and 7 days a week. They also include peer support, which is valued by SVs (Cabilan et al., 2018; Bleazard, 2019; Pratt et al., 2012; Quillivan et al., 2016; Seys et al., 2013) as well as systems for helping professionals to communicate the error to the patient and family, providing support throughout this process (Bleazard 2019; Brandom et al., 2011; Joesten et al., 2015; Lewis et al., 2013; Seys et al., 2013).

It is also interesting to note the importance of the non-punitive communication of adverse events within the healthcare quality culture. Many professionals fear retaliation in the work environment and, for this reason, SV programs must emphasize user confidentiality and promote a non-punitive culture of error-reporting (Harrison et al., 2015; Joesten et al., 2015; Lewis et al., 2013; Van Gerven et al., 2014). It is worth highlighting the conclusion of Ferrús et al. (2021), who points out that establishing formal channels for SV care in organizations reduces rumors and misinformation.

Last, in organizations that have SV support programs, there is a notable emphasis on the development of online support tools. These tools are either resources created to support SVs in the hospital or links to other tools developed by other orga-

nizations, such as the Institute for Healthcare Improvement (IHI; Conway et al., 2011), the Spanish SV Association (*Segundas y terceras víctimas*, 2018), or models such as the one proposed by Scott, the three-tiered model (University of Missouri, 2020). The advantage of these strategies is that they are permanently available, although the dissemination of such programs is often insufficient as shown in the case of the Johns Hopkins Hospital's Resilience in Stressful Events (RISE) program (Tamburri, 2017).

Barriers for SVs

It is striking that more than 50% of the studies included in this review directly or indirectly refer to the barriers that SVs face in terms of finding help or reporting errors in healthcare.

The most widely reported barriers faced by SVs to get help is the lack of availability of support services (Joesten et al., 2015; Seys et al., 2012), inadequate or insufficient information about support services (Mokhtari et al., 2018), and the lack of an atmosphere of help in the hospital for those who make mistakes (Rinaldi et al., 2016). Another difficulty is the professionals' fear of reporting errors, mainly due to the confidentiality of the information (Cabilan & Kynoch, 2017; Rinaldi et al., 2016), embarrassment (Cabilan & Kynoch, 2017), or fear of reprisals against them (Joesten et al., 2015). This behavior may be a response to the rejection that many SVs have encountered when reporting errors (Ferrús et al., 2021) or the punitive environment that generates even greater anxiety among professionals (Carrillo et al., 2016; Lewis et al., 2013).

DISCUSSION

This review shows that the more intense the SV phenomenon, the greater the harm to the patient (Rinaldi et al., 2016; Smetzer, 2012; Tamburri, 2017). This is because professionals experience more intense feelings such as shame, anger, and guilt when they perceive the harm done to the patient and family (Seys et al., 2012). No statistically significant differences have been found between the intensity of the symptoms and the experience of the professionals, as studies of medication errors show that the SV phenomenon occurs both in recent graduates and professionals with over 40 years' experience (Treiber & Jones, 2018).

It is also relevant that the SV phenomenon occurs to a greater extent among women than men (Van Gerven et al., 2014), and more among nurses than doctors (Harrison et al., 2015). This may be due to the fact that most nurses are women. Moreover, female SVs suffer more stress and greater fear of loss of confidence or security (Seys et al., 2012). However, women are more likely to discuss the error and attend training programs related to the issue (Seys et al., 2012).

Another important finding is that learning from errors is essential for SVs to develop effective coping strategies (Jones & Treiber, 2018). The expert consensus made by Pratt et al. (2012) shows that organizational learning is enhanced by



serious mistakes. In the study by Harrison et al. (2015), coping is only perceived as useful by the SV if, by studying the error, it is possible to identify its cause and resolve it (e.g., lack of personnel). Another author concluded that learning from errors is necessary for SVs to maintain their professional identity and move forward (Chan et al., 2016). The qualitative study by Chan et al. (2017) found that nurses are helped in the healing process as SVs by sharing experiences that can prevent other errors. Similarly, Seys et al. (2012) concluded that it is essential to review the error and learn from it. In addition, Lewis et al. (2013) reported that nurses are more likely to make constructive changes in their actions after receiving support. For this reason, learning from mistakes contributes not only to the quality culture of the organization but also to the SV's professional growth and healing process. This conclusion is directly related to the results of the SV process in which the learning result would be equivalent to the sixth and final stage of "prospering" described by Scott and cited by Rinaldi et al., 2016.

In response to the research question that started this study, of the various coping strategies, peer support is widely preferred by SVs (Cabilan et al., 2018; Bleazard, 2019; Pratt et al., 2012; Quillivan et al., 2016; Seys et al., 2013). Some studies report that the fact that support is provided by strangers is a barrier to the use of support programs (Chan et al., 2017). This is because there is greater empathy in peer support, as it is understood that peers undergo the same professional experiences and are more accessible. Thus, the implementation of peer "coaches" to support SVs has been well-appreciated. These coaches must be trained and have the ability to anticipate the steps that the organization follows when investigating adverse events, which reduces the SV's anxiety (Bleazard, 2019; Vanyo et al., 2017).

With respect to organizational coping mechanisms, it can be inferred that they are necessary and should include short-, medium- and long-term actions (Seys et al., 2012). One of the main problems is that few institutions have formal SV support programs, and those that do have formal programs do not always have the services available (Harrison et al., 2015; Joesten et al., 2015; Seys et al., 2012; Van Gerven et al., 2014). Other barriers to using organizational coping systems include the mismanagement of resources, cultural and legal barriers (Mokhtari et al., 2018), mistrust in safeguarding user confidentiality (Rinaldi et al., 2016), and poor program dissemination (Tamburri, 2017). However, several studies show that when organizational coping support services are available, professionals are willing to use them (Edrees et al., 2016; Harrison et al., 2015). This fact is important if analyzed from Denham's point of view, in terms of establishing the rights that SVs would have. The process that SVs undergo should give them the opportunity to learn and contribute to learning in relation to quality care (Denham, 2007). Another important aspect is the ethical imperative to support SVs, not only in terms of helping professionals but also promoting consistency between the organizations' stated values and practice (Monteverde & Schiess, 2017).

Of the coping strategies available to organizations, online systems are preferred, such as the support tools developed by

the Spanish SV Research Group (segundavictimitas.es, 2018), the IHI (Conway et al., 2011), and the RISE programs at Johns Hopkins Hospital (Edrees et al., 2016; Tamburri 2017), implemented by the University of Missouri (Tamburri, 2017). These programs have the advantage of being accessible and developing specific emotional support actions for SVs (Pratt et al., 2012). The great challenge is that very few of these programs have been evaluated to verify what is the real contribution to the SV healing process. In this sense, one of the few programs that have been evaluated is the RISE program, which showed a positive evaluation of use and results in 52 months (Tamburri, 2017). The countries that have developed these strategies most are the United States, Spain, and other European countries. There is very little evidence from Latin America, and a study carried out in Brazil identified the knowledge gap regarding SVs in Latin American countries, stating that there are few statistics available and still a strong punitive culture against adverse events (Bohomol, 2019).

One of the essential conclusions to draw from this review is that several authors emphasize that interventions to tackle the phenomenon of SVs must be global (Bleazard, 2019; Seys et al., 2012; Tamburri et al., 2017; Zhang et al., 2019). This means that efforts should be directed at the first victim (the patient and their family) with clear policies on how to communicate errors with victim support and assistance. They should also be aimed at SVs, with an organized and formal support system that helps them overcome the symptoms caused by the phenomenon and continue their career, having learned from the mistake. The organization must also integrate these experiences into its culture of quality and safety. In this respect, it has been shown that, by finding support, SVs reduce their anguish and, as a result, their tendency to change jobs or take time off work reduces (Zhang et al., 2019). Within this context, it is essential to devise and implement mechanisms that ensure health policies that shift toward systems that generate learning from medical and nursing errors.

The aim of this systematic review was to highlight the personal and organizational coping strategies available to SVs, show the state-of-the-art in different countries, and identify the most highly valued strategies.

The limitations of this review are caused by the heterogeneity of the studies analyzed, in terms of their design, scope, and methodology. Furthermore, these studies differ with respect to the type of adverse events and their severity.

New studies should be conducted, particularly in Latin America, to improve the understanding of the phenomenon and the support given to SVs.

Implications for nursing and health policies

Adverse events occur in every hospital in the world. However, hospitals differ in terms of how they deal with such events, and the most effective response comes from those that promote a culture of quality and safety, learning from mistakes and taking care of their most valuable resource: the professionals. Therefore, adequate knowledge and study of

the SV phenomenon, and its coping strategies, will enable this quality culture to be nurtured, and as a result, future adverse events will decrease.

A policy of support for SVs is necessary from the perspective of health institutions, as well as maintaining an open and non-punitive policy for adverse events. To this end, nurses must be involved in quality and clinical safety policies to formulate clear policies for supporting SVs and learning from medical and nursing errors.

International guidelines are needed to facilitate learning from adverse events, specifically to develop online systems, culturally adapted for each country, for supporting SVs. In addition, training should be given to professionals to enable them to provide support to their peers who become SVs.

CONCLUSION

The SV phenomenon is complex. There is consensus that SVs need support and there are alternatives for coping at a personal and organizational level. The support most valued by SVs is peer support while the learning achieved through the support process is fundamental. This learning allows SVs to maintain their professional identity and contribute toward the quality culture of the organization. Formal evaluation of the support programs in use (mostly online) is required, as well as implementing support systems in Latin America.

ACKNOWLEDGEMENTS

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the authors.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Study design and manuscript writing: Maria Kappes, Marta Romero-García, and Pilar Delgado-Hito. *Literature search:* Maria Kappes. *Article evaluation:* Maria Kappes and Pilar Delgado-Hito. *Study supervision:* Marta Romero-García and Pilar Delgado-Hito. *Critical revisions for important intellectual content:* Maria Kappes and Marta Romero-García.

ORCID

Maria Kappes RN, MSc  <https://orcid.org/0000-0001-8101-3898>

Marta Romero-García RN, MSc, PhD  <https://orcid.org/0000-0002-7093-5982>

REFERENCES

- Buchner, R.K. & Sharifi, C. (2017) Critical appraisal tools and reporting guidelines for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), 463–472. <https://doi.org/10.1111/wvn.12258>
- Boholm, E. (2019) Nurses as second victims: A Brazilian perspective. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 538–539. <https://doi.org/10.1111/nhs.12630>
- Blacklock, E. (2012) Interventions following a critical incident: developing a critical incident stress management team. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.04.006>

- Bleazard, M. (2019) Clinical nurse specialist practice interventions for second victims of adverse patient events. *Clinical Nurse Specialist*, 33(4), 167–176. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000459>
- Boston, MA: National Patient Safety Foundation (2015) Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after *To Err Is Human*. https://cdn.ymaws.com/www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf
- Brandom, B.W., Callahan, P. & Micalizzi, D.A. (2011) What happens when things go wrong? *Paediatric Anaesthesia*, 21(7), 730–736. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2010.03513.x>
- Cabilan, C.J. & Kynoch, K. (2017) Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(9), 2333–2364. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2016-003254>
- Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Torijano, M.L., Iglesias-Alonso, F., Astier, P., Olivera, G., Maderuelo-Fernández, J.A. & Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas (2016) Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales [Proposals for the study of the second victim phenomenon in Spanish Primary Care Centres and Hospitals]. *Revista de calidad asistencial*, 31(2), 3–10 (in Spanish). <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>
- Conway, J., Federico, F., Stewart, K. & Campbell, M.J. (2011) *Respectful management of serious clinical adverse events*, 2nd edition. IHI Innovation Series White Paper. Available at: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx> [Accessed 1st May 2020].
- Chan, S.T., Khong, P.C.B. & Wang, W. (2016) Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review*, 64(2), 242–262. <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
- Chan, S.T., Khong, B.P.C., Tan, L.P.L., He, H.G. & Wang, W. (2017) Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 165–172. <https://doi.org/10.1111/nhs.12397>
- Denham, C.R. (2007) TRUST: The 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107–119. <https://doi.org/10.1097/01.jps.00000236917.02321.f0>
- 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), e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Ferrús, L., Silvestre, C., Olivera, G. & Mira, J.J. (2021) Qualitative study about the experiences of colleagues of health professionals involved in an adverse event. *Journal of Patient Safety*, 17(1), 36–43. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000309>
- Grissinger, M. (2014) Too many abandon the “second victims” of medical errors. *P & T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, 39(9), 591–592.
- Hall, L.W. & Scott, S.D. (2012) The second victim of adverse health care events. *The Nursing Clinics of North America*, 47(3), 383–393. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.008>
- Hannawa, A.F., Shigemoto, Y. & Little, T.D. (2016) Medical errors: Disclosure styles, interpersonal forgiveness, and outcomes. *Social Science & Medicine*, 156, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.026>
- 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), 28–35. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182979b6f>
- Higgins, J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J. & Welch, V.A. (Eds.) (2019) *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.0 (updated in July 2019)*. London: Cochrane. Available at: www.training.cochrane.org/handbook
- Hopia, H. & Heikkilä, J. (2019) Nursing research priorities based on CINAHL database: A scoping review. *Nursing Open*, 7(2), 483–494. <https://doi.org/10.1002/nop.2428>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (Eds.) Washington, DC: National Academies Press (US). PMID: 25077248.



- Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno-Jones, S. & Dubose, E.R. (2015) Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *Journal of Patient Safety*, 11(2), 73–78. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000060>
- Jones, J.H. & Treiber, L.A. (2018) More than 1 million potential second victims: How many could nursing education prevent?. *Nurse Educator*, 43(3), 154–157. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000437>
- Kappes Ramirez, M.S. (2018) Urinary tract infection: Cost study. *Hospital Topics*, 96(2), 42–46. <https://doi.org/10.1080/00185868.2017.1406288>
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Joseph, N.T., Danaei, G., García-Saisó, S. & Salomon, J.A. (2018) Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Lane, M.A., Newman, B.M., Taylor, M.Z., O'Neill, M., Ghetti, C., Woltman, R.M. & Waterman, A.D. (2018) Supporting clinicians after adverse events: Development of a clinician peer support program. *Journal of Patient Safety*, 14(3), e56–e60 <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000508>
- Lewis, E.J., Baernholdt, M. & Hamric, A.B. (2013) Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 153–161. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1>
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Linares-Espínos, E., Hernández, V., Domínguez-Escrig, J.L., Fernández-Pello, S., Hevia, V., Mayor, J., Padilla-Fernández, B. & Ribal, M.J. (2018) Methodology of a systematic review. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 42(8), 499–506 <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.010>
- Lockwood, C., Porritt, K., Munn, Z., Rittenmeyer, L., Salmond, S., Bjerrum, M., Loveday, H., Carrier, J. & Stannard, D. (2017) Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris, E., Munn, Z. (Eds.) *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Available at: 19–21. <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+2%3A+Systematic+reviews+of+qualitative+evidence> [Accessed 1st May 2020].
- Ministry of Health, Social Services and Equality (2016) *Patient safety strategy of the National Health System period 2015–2020*. Available at: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf> (in Spanish) [Accessed 1st May 2020].
- Mira, J.J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J.A., Vitaller, J., Nuño-Solís, R., Astier, P. & Research Group on Second and Third Victims (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15, 151. <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), 134–145. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2018-0087>
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H. & Wu, A.W. (2018) Barriers to support nurses as second victim of medical errors: A qualitative study. *Australasian Medical Journal*, 12(12), 556–560 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Monteverde, S. & Schiess, C. (2017) Dealing with “second victims” as an organisational ethical task. *Ethic in der Medizin*, 29, 187–199 (in German) <https://doi.org/10.1007/s00481-017-0439-7>
- Paparella, S. (2011) Caring for the caregiver: moving beyond the finger pointing after an adverse event. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 263–265. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.01.001>
- Paparella, S. (2013). How did I miss that? The safety challenges of inattentive blindness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 358–359. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.03.005>
- Pratt, S., Kenney, L., Scott, S.D. & Wu, A.W. (2012). How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(5), 235–240. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(12\)38030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(12)38030-6)
- Pratt, S.D. & Jachna, B.R. (2015) Care of the clinician after an adverse event. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24(1), 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2014.10.001>
- 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), 377–384. AP1-AP2. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42053-2)
- Reis, C.T., Paiva, S.G. & Sousa, P. (2018) The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International journal for quality in health care*. *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Remington, R. (2020) Quality appraisal. In: Toronto, C. & Remington, R. (Eds.) *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Cham: Springer, pp 45–55. https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1_4
- 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(2), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>
- Scott, S., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J. & Hall, L.W. (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Second and third victims. Investigation project (2018) *Landing page*. Available at: <http://www.segundasvictimas.es/presentacion> (in Spanish) [Accessed 1st May 2020].
- Seys, D., Wu, A.W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S.D., Conway, J., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2012) Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135–162. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2013) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 678–687. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
- Shanafelt, T.D. (2011) Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54–62. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>
- Smetzer, J. (2012) Don't abandon the “second victims” of medical errors. *Nursing*, 42(2), 54–58. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000410310.38734.e0>
- Steven, A., Magnusson, C., Smith, P. & Pearson, P.H. (2014) Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education Today*, 34(2), 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.025>
- Tamburri, L.M. (2017) Creating healthy work environments for second victims of adverse events. *AACN Advanced Critical Care*, 28(4), 366–374. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017996>
- Treiber, L.A. & Jones, J.H. (2018) Making an infusion error: The second victims of infusion therapy-related medication errors. *Journal of Infusion Nursing*, 41(3), 156–163. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000273>
- University of Missouri (2020) The Scott three-tiered interventional model of second victim support. Available at: https://www.muhealth.org/sites/default/files/Scotts_Three_Tier_Support.pdf [Accessed 1st May 2020].
- Gerven, E.V., Seys, D., Panella, M., Sermeus, W., Euwema, M., Federico, F., Kenney, L. & Vanhaecht, K. (2014) Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 124(6), 313–320. <https://doi.org/10.20452/pamw.2297>
- Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M., Zeeman, G. & Dutch Peer Support Collaborative Research Group (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), e029923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
- Vanyo, L., Sorge, R., Chen, A. & Lakoff, D. (2017) Posttraumatic stress disorder in emergency medicine residents. *Annals of Emergency Medicine*, 70(6), 898–903. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.07.010>
- Wagner, C., Kristensen, S., Sousa, P. & Panteli, D. (2019) Patient safety culture as a quality strategy. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. & Quentin, W. (Eds.) *Improving healthcare quality in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen, Denmark: WHO. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549280/>
- World Health Organization (2020). *Patient safety*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> [Accessed 6th September 2020].
- World Health Organization (2009) *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Final Technical Report. Available at: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf [Accessed 1st February 2021].
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 320, 726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

- 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>

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito, P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*. 2021; 68:471–481. <https://doi.org/10.1111/inr.12694>

5.2.2 Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations

RESEARCH ARTICLE

Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations

Maria Kappes MSc¹  | Pilar Delgado-Hito PhD^{2,3,4} |
Verónica Riquelme Contreras MSc¹ | Marta Romero-García PhD^{2,3,4}

¹Faculty of Health Care Sciences, Universidad San Sebastian, Puerto Montt, Chile

²Fundamental and Clinical Nursing Department, Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain

³IDIBELL, Bellvitge Biomedical Research Institute, Avinguda de la Granvia, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁴International Research Project: Proyecto HU-CI, Collado Villalba, Spain

Correspondence

Pilar Delgado-Hito, Nursing School, Universitat de Barcelona, Pavelló de Govern, 3^a pl., 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.
Email: pdelgado@ub.edu

Abstract

Background: Health professionals can be 'second victims' of adverse patient events. Second victimhood involves a series of physical and psychological signs and symptoms of varying severity and is most prevalent among nurses and women and in intensive care units (ICUs). Previous research has described personal and organizational coping strategies.

Aim: The objective of this research is to determine the prevalence of second victimhood, focusing on psychological distress, among Chilean adult intensive care nurses and its relationship with the support provided by their organizations.

Study Design: A descriptive, correlational and cross-sectional study was conducted in seven intensive care units of Chilean hospitals.

Results: Of a sample of 326 nurses, 90.18% reported having been involved in an adverse event and 67% reported psychological distress resulting from the adverse event. Embarrassment was the most prevalent psychological symptom (69%). Only 2.8% reported that their organization had an action plan for professionals in the event of a serious adverse event. Participants who had spent longer working in an ICU reported more support from their organization around adverse events.

Conclusion: Two-thirds of Chilean adult intensive care unit nurses report psychological stress following an adverse event. These results should be assessed internationally because second victims have major implications for the well-being of health professionals and, therefore, for retention and the quality of care.

Relevance to Clinical Practice: Critical care leaders must actively promote a safe environment for learning from adverse events, and hospitals must establish a culture of quality that includes support programmes for second victims.

KEYWORDS

adverse events, nursing, patient safety, second victims

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2023 The Authors. *Nursing in Critical Care* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Association of Critical Care Nurses.

1 | INTRODUCTION

Second victimhood (SV) was first described more than 20 years ago¹ as a series of physical and psychological signs and symptoms² suffered by some health professionals (doctors, nurses, midwives, anesthesiologists and radiologists, among others)^{3,4} after being involved in an adverse patient event. This phenomenon can be very intense, lasting for years⁵⁻⁷ and can lead to quitting the profession^{8,9} or even suicide.^{10,11}

Several investigations have characterized professionals who suffer from SV, showing that the prevalence is highest in nurses,¹²⁻¹⁴ in women^{15,16} and in intensive care units (ICUs). These are high-complexity and specialized units that receive critically ill patients with multiple pathologies and invasive procedures. All of this translates into additional risk factors for adverse events.^{17,18} The prevalence of SV has been measured in several countries and health professions and has been shown to range from 9% to 50%.¹⁹ SV has mainly been measured using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) developed by Burlinson et al.²⁰ The SVEST has seven dimensions (psychological distress, physical distress, colleague support, supervisor support, institutional support, non-work-related support and professional self-efficacy) and two outcome variables (turnover intentions and absenteeism). This instrument has been translated and validated in Korea,²¹ China,²² Italy,²³ Denmark,²⁴ Germany,¹⁹ Argentina,²⁵ Malaysia²⁶ and Turkey,²⁷ with psychological distress being the most prevalent symptom. Another SV instrument measures post-traumatic stress. A Korean study using this instrument found that the most prevalent symptom of SV was disordered sleep.²⁸

SV is handled through both personal and organizational strategies. Regarding personal strategies, peer support is most valued.^{29,30} In terms of organizational strategies, hospitals that have an approach for handling SV have a better culture of quality and safety, which, in the long term, results in a decrease in adverse events.³¹ In addition, health professionals who experience SV value their organization's support.³²⁻³⁴ Hospitals in the United Kingdom have made progress in reporting errors, but the culture of repair remains a concern.³⁵ In the United States, of 38 hospitals in the state of Maryland, 16% have programmes for second victims and 13% are developing them.³⁶ Furthermore, in a subsequent study, participants agreed on the importance of implementing institutional programmes to support second victims.³⁷ A Spanish organization has disseminated information about the importance of second victimhood as a factor in quality and clinical safety, and has created a checklist of aspects that organizations should consider in supporting second victims.³⁸

In Latin America, the phenomenon of SV has been measured in different health professionals in Mexico,³⁹ Colombia,⁴⁰ Argentina⁴¹ and Chile. In Chile, a study with a sample of health professionals established a negative relationship between the presence of SV and the quality of perceived support from colleagues and supervisors.⁴² Adverse events are more prevalent in ICUs^{17,18} and among nurses, but there is no data about the prevalence of this phenomenon in ICU nurses in particular and its relationship with the organization's response.

What is known about the topic

- Following an adverse event, the nurse involved may experience a phenomenon known as the 'second victim', which is characterized by physical signs and symptoms.
- The phenomenon of second victim is more common among intensive care unit (ICU) nurses.
- Some hospitals have implemented support programmes specifically designed to assist second victims.

What this paper adds

- After an adverse event, psychological stress is the greatest consequence for ICU nurses.
- Embarrassment is the most prevalent psychological symptom experienced by ICU nurses who are second victims.
- Nurses who had spent longer working in an ICU reported more support from their organization around adverse events.

2 | AIM

The objective of this research is to determine the prevalence of SV, focused on psychological distress, among Chilean adult ICU nurses and its relationship with their perception of the organization's support.

3 | DESIGN AND METHODS

3.1 | Design

A multicentre, quantitative, cross-sectional and correlational study was conducted following the STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) guidelines.

3.2 | Scope

The study was conducted in Chile in the year 2022, focusing on adult ICUs of public hospitals. In Chile, there are 47 ICUs distributed across 16 regions. For the study, a random cluster sampling was established, which was divided into northern cluster (six regions in the northern part of the country), central cluster (three regions in the central part with higher population concentration) and southern cluster (seven regions in the southern part of the country). These clusters were determined based on how the country is commonly divided according to its geographical, demographic and cultural characteristics.

3.3 | Population and sample

The study population were nurses who at the time of the study had been working in the adult ICU in Chile for more than 6 months. Professionals who had a medical licence or who were on a replacement assignment in the unit were excluded. The total number of critical beds in public hospitals in Chile is 528⁴³ and the allocation of nurses is one for every three beds.⁴⁴ The nurse-to-critical-bed ratio is 3, resulting in 176 nurses. Additionally, Chilean regulation⁴⁴ establishes one supervisory nurse per unit (47 critical patient units nationwide) and two additional daytime nurses. Furthermore, there are partial contracts assigned to critical patient units, with 199 reported in the year 2020.⁴³ Taking all this information into account, the total number of nurses working in adult critical patient units in public hospitals is 516. With this population and a confidence level of 95%, a sample of 221 nurses is necessary. We estimated a 15% attrition rate, so the final minimum sample was 254 nurses.

3.4 | Instruments and data collection

Three instruments were used in this research. The first instrument consisted of a sociodemographic survey about age, sex, knowledge about SV, length of time in the ICU, experience of an adverse event, how long ago the adverse event occurred and if hospital management was informed about it. The second instrument used was the SVEST in its validated Spanish version.²⁵ This instrument measures SV after an adverse event using a Likert scale (1–5, where 1 is 'strongly disagree' and 5 is 'strongly agree') for seven dimensions (psychological distress, physical distress, colleague support, supervisor support, institutional support, family support and professional self-efficacy) and two outcome variables (turnover intentions and absenteeism). With this instrument, a mean response ≥ 4 ('agree' or 'strongly agree') indicates the presence of second victimhood (e.g. 'I felt embarrassed about the incident'), except for reverse-score items (e.g. 'I appreciate the attempts of my co-workers to try to console me'), in which ≤ 2 points ('disagree' or 'strongly disagree') indicates the presence of SV. The third instrument used is a checklist created by a Spanish working group³⁸ that explores whether the organization has protocols for reporting adverse events and resources to support professionals who experience adverse patient events. This instrument consists of 13 dichotomous questions that explore formal aspects of responding to adverse events and supportive behaviours towards professionals who have experienced adverse events (Annexure 1). Each study participant first completed the sociodemographic instrument. If they reported experiencing any adverse events on this instrument, then each participant could respond to the SVEST instrument and the checklist, providing their personal assessment of the organization's protocols regarding adverse events and support for professionals who have experienced an adverse event.

TABLE 1 Characteristics of the sample.

Sex	n	%
Female	264	80.9%
Male	62	19.1%
Total	326	100.0%
Age		
20–30 years	119	36.5%
31–40 years	156	47.8%
41–50 years	39	12.0%
≥ 51	12	3.7%
Total	326	100.0%
Time working in an ICU		
<6 months to one year	68	20.9%
1–3 years	121	37.1%
>3 years	137	42.0%
Total	326	100.0%
Knows the term 'second victim'		
Yes	56	17.2%
No	270	82.8%
Total	326	100.0%
Involved in an adverse event		
Yes	294	90.2%
No	32	9.8%
Total	326	100.0%
How long ago was the adverse event?		
<1 year	96	32.7%
1–3 years	110	37.4%
>3 years	88	29.9%
Total	294	100.0%
Reported adverse event to management		
Yes	193	65.6%
No	101	34.4%
Total	294	100.0%

Note: Most participants were women, and the largest age group was 31–40 years old. In terms of experience, most had more than 3 years of experience in an ICU. Strikingly, 82.8% ($n = 270$) did not know the term 'second victim', while 90.18% ($n = 294$) declared having been involved in an adverse event. Of these, 34.3% ($n = 101$) did not report the adverse event to the management.

For the data collection procedure, once the permission of the ethics committee corresponding to each hospital was obtained, a video explaining the research was sent to each ICU and the nurses were invited to participate according to the inclusion criteria of the study. This video only provided explanatory information about the research, with practical aspects of the informed consent process and only defines what is understood by an adverse event. Those who agreed to participate and met the inclusion criteria received the three instruments to complete. At some hospitals the instruments were completed in paper and at some using an online survey.

TABLE 2 SVEST instrument results.

Dimensions and variables	Responses indicating SV (% ≥ 4 , or ≤ 2 for inverse items ^a)	Mean (SD)
Psychological distress		
1. I felt embarrassed about the incident	69% (n = 202)	3.73 (1.05)
2. I felt afraid that an incident would happen to me again	66% (n = 194)	3.76 (1.07)
3. I felt sad about the experience of the event	68% (n = 200)	3.90 (1.07)
4. I feel deeply guilty for having made a mistake	66% (n = 194)	3.93 (0.96)
Total	67% (n = 197)	
Physical distress		
5. The stress it caused me was exhausting	67% (n = 197)	3.83 (1.07)
6. I had problems sleeping regularly as a result of this type of incident	59% (n = 173)	3.52 (1.18)
7. The tension from these situations made me feel physical symptoms (e.g. queasy or nauseated, etc.)	41% (n = 120)	2.96 (1.10)
8. Going through these situations affected my appetite	45% (n = 132)	3.18 (1.24)
Total	53% (n = 156)	
Colleague support		
9. I appreciate the attempts of my co-workers to console me ^a	17% (n = 50)	3.62 (0.87)
10. Talking about what happened with my colleagues gives me relief ^a	15% (n = 44)	3.54 (0.83)
11. My colleagues showed their support for what happened ^a	9% (n = 26)	3.71 (0.91)
12. My colleagues help me feel that I am still a good professional despite the mistakes ^a	11% (n = 32)	3.57 (0.86)
13. My colleagues were indifferent to what happened ^a	22% (n = 65)	2.57 (0.81)
Total	16% (n = 47)	
Supervisor support		
14. My supervisor acts to resolve the situation ^a	43% (n = 126)	3.30 (0.84)
15. My supervisor individuals on the team when these things happen	24% (n = 71)	2.79 (0.91)
16. I feel that my supervisor considers the complexity of the patient when evaluating these situations ^a	28% (n = 82)	3.19 (0.95)
17. I feel that my supervisor understood me given what happened ^a	29% (n = 85)	3.23 (0.96)
Total	28% (n = 85)	
Institutional support		
18. My hospital understands that those who make mistakes may need help ^a	61% (n = 179)	2.33 (0.86)
19. My workplace offers different resources to help professionals who made a mistake to overcome the consequences ^a	53% (n = 156)	2.50 (1.01)
Total	57% (n = 168)	
Family support		
20. When I made a mistake I looked to my close friends and family to seek emotional support ^a	18% (n = 53)	3.31 (0.91)
21. The affection of my closest friends and family helps me overcome these incidents ^a	13% (n = 38)	3.79 (1.0)
Total	15% (n = 44)	
Professional self-efficacy		
22. After being involved in the incident I felt insecure about my professional skills	55% (n = 161)	3.32 (0.95)
23. This experience makes me wonder whether or not I am really a good professional	30% (n = 88)	2.96 (0.93)
24. After my experience, I was afraid to try to perform difficult or high-risk procedures	43% (n = 126)	3.14 (1.07)
25. These situations make me question my professional abilities.	33% (n = 97)	2.96 (1.01)
Total	40% (n = 118)	
Turnover intentions		
26. My experience with these incidents has led me to a desire to stop seeing patients	23% (n = 68)	2.66 (1.00)
27. Sometimes the stress of being involved in this type of situation makes me want to quit my job	35% (n = 103)	2.82 (1.07)
Total	29% (n = 85)	

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

Dimensions and variables	Responses indicating SV (% ≥ 4 , or ≤ 2 for inverse items ^a)	Mean (SD)
Absenteeism		
28. My experience with an adverse event or error has caused me to take a day off because of stress	22% (n = 65)	2.63 (1.07)
29. I would have liked to take a day or a few days off after what happened.	70% (n = 206)	3.71 (1.21)
Total	46% (n = 135)	
Cronbach's Alpha = 0.917 n = 294		

Note: Items here are back-translated into English from the validated Spanish version.

^aReverse-worded item. Score ≤ 2 (disagree or strongly disagree) indicates SV.

3.5 | Data analysis

We calculated descriptive statistics, including frequency and percentages, mean and standard deviation of each response and its item. To verify whether the difference between observed and expected values was because of chance or to a relationship between the variables, the sociodemographic variables were considered with respect to organizational support using chi-square analysis at a 95% confidence level. Likewise, for the relationship between two categorical variables, Fisher's Exact Test was used at a 95% confidence level when the theoretical frequencies were less than 5. The relationship was considered to be statistically significant when p -value $\leq .05$. The calculations were made with SPSS software v.22.0.

Regarding the ethical aspects, this research has received authorization from an accredited university ethics committee and, additionally, from the scientific ethics committee of each participating hospital.

4 | RESULTS

The generated results have come from seven highly complex hospitals. All the seven hospitals have all medical specialties and over 500 beds.

A total of 326 nurses met the inclusion criteria and responded to the sociodemographic survey. Among these nurses, 294 reported experiencing an adverse event, thus completing the following two instruments. The characteristics of the sample are detailed in Table 1.

Table 2 shows SV in relation to the dimensions studied.

According to the SVEST instrument, the most prevalent dimension of SV was psychological distress with 67% (n = 197). Within this dimension, the most prevalent symptom was feeling embarrassed about the incident with 69% (n = 202). Additionally, 53% (n = 156) had physical distress after the adverse event, and the most prevalent symptoms were stress (67%, n = 197) and sleep disturbances (59%, n = 173). In the dimension of professional self-efficacy, 40% (n = 118) of the participants' scores fell in the range of second victimhood. Within this dimension, 55% (n = 161) of the participants felt insecure in their professional abilities after the adverse event. In terms

TABLE 3 Institutional support.

Criteria	Yes	%
1. There is an agreed-upon procedure about how to issue an apology to the patient	108	36.7
2. There are recommendations to ensure transparency and preserve the legal certainty of professionals	28	9.5
3. Staff training workshops include information for patients who are victims of an AE and information about institutional actions to be taken in case of an AE	11	3.8
4. There is an action plan for what to do after an AE	190	64.6
5. The procedures for what to do in case of a serious or very serious AE are distributed to health professionals	8	2.8
6. Key figures have been assigned to ensure that activities are completed and performed properly	3	1.1
7. The effectiveness of AE procedures are evaluated periodically	8	2.8
8. Health professionals are trained in the care units to provide initial support to colleagues who are second victims	2	0.68
9. Professionals are trained as part of a crisis management team so that they can provide support to colleagues involved in an AE	1	0.4
10. Professionals who have been second victims are trained to provide support to colleagues in this situation	0	0
11. A crisis communication plan has been developed	2	0.68
12. Action plans and explanations of how they can benefit from them are distributed to professionals	1	0.4
13. A procedure for evaluating the effectiveness of the measures to attend to second and third victims is in place	1	0.4

Abbreviation: AE, adverse event.

of support, institutional support was the most precarious and, overall, 57% (n = 168) disagreed or strongly disagreed that the institution provided support. Within this dimension, 61% (n = 179) disagreed or

TABLE 4 Relationship of the sociodemographic variables of the participants with the organizational support.

Instrument criteria	Sex (Fisher)	Age (chi-square)	Time working in ICU (chi-square)	Hospital (chi-square)
	p-value*	p-value*	p-value*	p-value*
1. There is an agreed-upon procedure about how to issue an apology to the patient	0.092	0.352	0.014	0.000
2. There are recommendations to ensure transparency and preserve the legal certainty of professionals	0.449	0.227	0.477	0.000
3. Staff training workshops include information for patients who are victims of an AE and information about institutional actions to be taken in case of an AE	0.999	0.086	0.000	0.000
4. There is an action plan for what to do after an AE	0.502	0.192	0.000	0.000
5. The procedures for what to do in case of a serious or very serious AE are distributed to health professionals	0.881	0.815	0.102	0.000
6. Key figures have been assigned to ensure that activities are completed properly	0.867	0.030	0.221	0.000
7. The effectiveness of approved procedures in case of AE is periodically evaluated	0.649	0.418	0.075	0.000
8. Health professionals are trained in the care units to provide initial support to colleagues who are second victims	0.544	0.187	0.187	0.000
9. Professionals are trained as part of a crisis management team so that they can provide support to colleagues involved in an EA	0.163	0.487	0.507	0.004
10. Professionals who have been second victims are trained to provide support to colleagues in this situation	n/a	n/a	n/a	n/a
11. A crisis communication plan has been developed	0.474	0.270	0.240	0.000
12. Action plans and explanations of how they can benefit from them are distributed to professionals	0.999	0.249	0.295	0.000

Note: N/A: Not applicable because 100% of the population answers 'no'.

*A chi-square or Fisher's exact test value <0.05 rejects the null hypothesis at a 95% significance level.

strongly disagreed that their hospital understood that those who make mistakes may need help. Colleague support was the most valued, and only 16% ($n = 47$) disagreed or strongly disagreed that their colleagues' support was helpful to them after an adverse event. Family support was also highly valued, with only 15% ($n = 44$) disagreeing or strongly disagreeing that this kind of support was helpful.

Regarding the support of supervisors, 28% ($n = 85$) of participants' scores fell in the range of second victimhood. Within this dimension, 43% ($n = 126$) disagreed or strongly disagreed that the supervisor acted to resolve the situation. The scale obtained a Cronbach's α of 0.917.

In the outcome variables (turnover intentions and absenteeism) participants did not show an intention to quit. Only 29% ($n = 85$) agreed or strongly agreed that they wished to stop caring for patients or quit their job because of the adverse event. In the absenteeism variable, only 22% ($n = 65$) stated that they took a day off after the adverse event, despite the fact that 70% ($n = 206$) would have liked to do so.

Regarding the support provided by the organization, the results are presented in Table 3.

For 64.6% ($n = 190$) of the sample, the participant's hospital had an action plan for what to do after an adverse event, but only 36.7% ($n = 108$) said that there was an agreed-upon procedure for issuing an apology to a patient. Participants reported that support for professionals was scarce. Thus, only 9.5% ($n = 28$) agreed that there were recommendations to ensure transparency and preserve legal certainty for professionals. Additionally, 100% ($n = 294$) of the sample declared that their hospital did not train professionals who have experienced SV to be a source of support for other professionals and declared that a crisis communication plan has not been developed.

The relationship between sociodemographic variables and the support participants reported receiving from their organization is seen in Table 4.

Statistically significant variations exist among hospitals for all aspects pertaining to how professionals perceive organizational support. Furthermore, significant differences were observed among the duration of ICU work for certain aspects related to how organizations manage adverse events. Additionally, the item 'Key figures have been assigned to ensure that activities are completed properly' demonstrates a significant difference in terms of age. Additionally, there

were significant differences according to time working in an ICU for the criteria:

- There is an agreed-upon procedure for how to issue an apology to the patient
- Staff training workshops include information for patients who are victims of an AE and information about institutional actions to be taken in case of an AE
- There is an action plan after an adverse event.

5 | DISCUSSION

This study revealed that the vast majority of nurses working in adult ICUs have experienced an adverse event. Among them, a large part has reported experiencing psychological stress as a consequence of facing this adverse event. In this study, it was found that the dimension most affected among the participants was psychological stress, and nurses showed a tendency to agree with the statement 'I felt embarrassed about the incident'. This finding is very similar to that reported in a large study conducted in China with health care professionals. Therefore, we can emphasize that psychological stress was the most impacted dimension among the participants in this study.

In several countries where SV has been investigated, psychological distress also appears as the most prevalent dimension of the phenomenon.^{23,45,46} In a recent systematic review and meta-analysis, psychological distress and embarrassment appear to be very prevalent within the psychological signs and symptoms experienced by second victims.⁴⁷ In Argentina,²⁵ the prevalence of psychological distress had a mean score of 4.0. This consistency in the results for psychological distress can be explained by the natural history of SV first described by Scott et al.⁴⁸ The first stage of this phenomenon is characterized by the search for causes of the adverse event. This stage, defined as one of chaos, is closely associated with anxiety and other psychological symptoms. Given the storm of emotions that the professional can experience after an adverse event⁶ and the possibility that these symptoms can last for a long time,⁴⁸ it is unsurprising that psychological distress is the dimension that most characterizes SV. With this same perspective, recent studies have highlighted the need to normalize the use of resources (including psychological support resources) for health care professionals.⁴⁹

Regarding coping strategies, our participants valued colleague support most highly. A similar finding appears in a systematic review³⁰ and in a recent meta-analysis seeking advice from colleagues has a prevalence of 60% as a coping strategy.²⁹ This need to share one's experiences with peers makes sense given that peers understand the clinical environment in which adverse events occur, and thus they can better understand the circumstances surrounding them.⁵⁰ While also pointing to the need for support by relatives, many think that their relatives will not be able to understand the work circumstances in which the event occurs and/or want to protect the feelings of their relatives.⁶

The organization's support for second victims is very important to the organization's quality culture. In this research, it was

evidenced that organizations are focused on the adverse event, centred on the patient, but have not established plans for professionals who face adverse events. In this sense, reactions to adverse events provide support not only to the patient, but also to professionals. It has been pointed out that organizations that want to have a systematic approach to quality should have support plans for second victims.⁵¹ Support for ICU nurses is especially important because they tend to self-stigmatize in the face of depressive symptoms caused by SV.⁵² Our study reveals that organizations are taking some first steps, such as having an agreed-upon procedure for issuing an apology to the patient or organizing workshops so professionals will know how to act after an adverse event. However, there was a difference in how nurses perceived organizational support.

Nurses who had spent more time working in the ICU had a more positive perception of the organization's support, suggesting that the difference was because of greater clinical experience and knowledge of available organizational support. It also may be that greater ICU experience means that they had been involved in or witnessed more adverse events, leading them to grow as professionals.⁵³

Another important finding is that for all organizational support criteria there were significant differences between the seven hospitals included in this study. This reaffirms that each hospital can be a separate system shaped by its own culture. In this sense, significant differences between leadership styles and organizational culture have already been reported between hospitals in the same country.⁵⁴ Therefore, successful support programmes for second victims such as *Foryou*,⁵⁵ *RISE*^{56,57} and others^{58,59} should be considered as each country develops policies according to local culture. Notably, the World Health Organization has outlined in its patient safety plan 2021–2030 the need to protect health workers who face adverse events.⁶⁰

One limitation of this study is that while all the included hospitals are highly complex, with similar conditions in their ICUs (number of beds and procedures performed), there may be differences between hospitals that could influence nurses' responses and second victim experiences. All of this should be taken into account when interpreting the external validity of the study.

6 | CONCLUSION

Two-thirds of ICU nurses in Chile who experienced a patient adverse event reported psychological distress and there were statistically significant differences among hospitals in nurse perceptions of organizational support. These results should be considered in the Latin American and international context, because ICU nurses are the ones who suffer the most from SV, and SV has implications both for retention of nurses and for the quality of care.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ETHICS STATEMENT

This study has been conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki and has been approved by the scientific ethics committee. All procedures involving human subjects were performed with informed consent and adherence to the applicable regulations and guidelines.

PATIENT CONSENT

Participants in this cross-sectional study were recruited from a pool of nurses working in intensive care units and provided written informed consent in accordance with current ethical standards. All participants were informed of their rights and had the opportunity to ask questions about the study before consenting to participate.

ORCID

Maria Kappes  <https://orcid.org/0000-0001-8101-3898>

REFERENCES

- Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-727. doi:10.1136/bmj.320.7237.726
- Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;12(10):593-603. doi:10.2147/AMEP.S185912
- Kobe C, Blouin S, Moltzan C, Koul R. The second victim phenomenon: perspective of Canadian radiation therapists. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2019;50(1):87-97. doi:10.1016/j.jmir.2018.07.004
- Elizabeth MJ. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag (Harrow)*. 2019;26(6):36-43. doi:10.7748/nm.2019.e1872
- McDaniel LR, Morris C. The second victim phenomenon: how are midwives affected? *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(4):503-511. doi:10.1111/jmwh.13092
- Scott SD, McCoig MM. Care at the point of impact: insights into the second-victim experience. *J Healthc Risk Manag*. 2016;35(4):6-13. doi:10.1002/jhm.21218
- Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. 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*. 2019;9(7):e029923. doi:10.1136/bmjopen-2019-029923
- Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a "second victim" in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist*. 2016;31(Suppl 2):11-19. doi:10.1016/j.cali.2016.05.001
- Rinaldi C, Leigh F, Di Dio A, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Le seconde vittime in sanità: le fasi di recupero dopo un evento avverso [second victims in healthcare: the stages of recovery following an adverse event]. *Ig Sanita Pubbl*. 2016;72(4):357-370.
- Scott DA. Suicide and second victims. *Anaesthesia*. 2019;74(11):1351-1353. doi:10.1111/anae.14763
- Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(5):235-240. doi:10.1016/s1553-7250(12)38030-6
- Bohomol E. Nurses as second victims: a Brazilian perspective. *Nurs Health Sci*. 2019;21(4):538-539. doi:10.1111/nhs.12630
- Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F. Emergency nurses as second victims of error: a qualitative study. *Adv Emerg Nurs J*. 2017;39(1):68-76. doi:10.1097/TME.000000000000133
- Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He HG, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: a qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2018;20(2):165-172. doi:10.1111/nhs.12397
- Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):11. doi:10.1186/s12995-021-00300-8
- Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Healthcare professional as second victim in healthcare injuries. *Med Clin*. 2020;154(3):98-100. doi:10.1016/j.medcli.2019.09.005
- Winning AM, Merandi J, Rausch JR, et al. Validation of the second victim experience and support tool-revised in the neonatal intensive care unit. *J Patient Saf*. 2021;17(8):531-540. doi:10.1097/PTS.0000000000000659
- Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second victims in intensive care-emotional stress and traumatization of intensive care nurses in Western Austria after adverse events during the treatment of patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3611. doi:10.3390/ijerph19063611
- Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushuven S. Validation of the German version of the second victim experience and support tool-revised. *J Patient Saf*. 2022;18(3):182-192. doi:10.1097/PTS.0000000000000886
- Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf*. 2017;13(2):93-102. doi:10.1097/PTS.0000000000000129
- Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric properties of Korean version of the second victim experience and support tool (K-SVEST). *J Patient Saf*. 2020;16(3):179-186. doi:10.1097/PTS.0000000000000466
- Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric testing of the Chinese version of second victim experience and support tool. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1691-e1696. doi:10.1097/PTS.0000000000000674
- Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second victim experience and support tool: an assessment of psychometric properties of Italian version. *J Patient Saf*. 2022;18(2):111-118. doi:10.1097/PTS.0000000000000825
- Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, Schrøder K. Validation of the Danish version of the second victim experience and support tool. *Scand J Public Health*. 2021;50:497-506. doi:10.1177/14034948211004801
- Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1401-e1405. doi:10.1097/PTS.0000000000000497
- Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and validation of the Malay revised second victim experience and support tool (M-SVEST-R) among healthcare workers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2045.
- Koca A, Elhan AH, Genç S, Oğuz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the Turkish version of the second victim experience and support tool (T-SVEST). *Heliyon*. 2022;8(9):e10553.
- Choi EY, Pyo J, Lee W, et al. Nurses' experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020 Oct 31;10(10):e037741. doi:10.1136/bmjopen-2020-037741
- Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing with adverse events: a meta-analysis on second Victims' coping strategies. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e51-e60. doi:10.1097/PTS.0000000000000661
- Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2021;68(4):471-481. doi:10.1111/inr.12694

31. Chang HE, Jang H, Bak YI. Clinical nurses' recovery experiences after adverse events in South Korea: a qualitative study. *Collegian*. 2021; 29(4):456-464.
32. Mallea Salazar F, Ibáñez Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso [second victims: perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event]. *J Healthc Qual Res*. 2022;37(2):117-124. doi:10.1016/j.jhqr.2021.09.002
33. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, et al. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4717. doi:10.3390/ijerph17134717
34. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818-1825. doi:10.1111/jonm.12881
35. Johannsson H, Rook W. Avoiding blame and liability is vital to learning from errors and engineering a safer NHS. *BMJ*. 2018;360:k447. doi:10.1136/bmj.k447
36. Edrees HH, Morlock L, Wu AW. Do hospitals support second victims? Collective insights from patient safety leaders in Maryland. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017;43(9):471-483. doi:10.1016/j.jcjq.2017.01.008
37. Edrees HH, Wu AW. Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs. *J Patient Saf*. 2021; 17(3):e247-e254. doi:10.1097/PTS.0000000000000321
38. Mira J. Presentación-Proyecto de Investigación Segundas Víctimas. [online] Segundasvictimas.es. 2022 <http://www.segundasvictimas.es/presentacion>. Accessed May 16, 2022
39. Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, et al. Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Rev CONAMED*. 2018;23(2):66-72.
40. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomedica*. 2022;42(1):184-195.
41. Roson P, Rocabado C, Franco J, Garegnani L, Barraza A, Benítez F. Instrumentadores quirúrgicos como segundas víctimas en un hospital académico de Buenos Aires. *Rev Colomb Enf*. 2021;20(2):1-11.
42. Salazar F, Mallea I, Reinoso I, Reyes CV. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *J Healthc Qual Res*. 2022;37(2):117-124.
43. Ministry of Health. Regional Diagnostics in health [online]. 2020 <http://epi.minsal.cl/datos-drs/#/>. Accessed May 16, 2022
44. Saez E, Herrera AG. de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. 2004. *Rev Chil Med Intensiva*. 2004;19(4): 209-223.
45. Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, et al. Evaluation of a second victim peer support program on perceptions of second victim experiences and supportive resources in pediatric clinical specialties using the second victim experience and support tool (SVESST). *J Pediatr Nurs*. 2021; 61:312-317. doi:10.1016/j.pedn.2021.08.023
46. Yan L, Tan J, Chen H, et al. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: a cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(2):733-743. doi:10.1111/ppc.12843
47. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74. doi:10.1097/PTS.0000000000000589 Erratum in: *J Patient Saf* 2020 Sep;16(3):e211.
48. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5): 325-330. doi:10.1136/qshc.2009.032870
49. Norvell M, Connors CA, Wu AW. Helping without harm: providing emotional support to health care workers in 2023. *Pol Arch Intern Med*. 2023;133(4):16484. doi:10.20452/pamw.16484
50. Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):100. doi:10.1186/s12913-019-3936-1
51. Busch IM, Moretti F, Campagna I, et al. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5080. doi:10.3390/ijerph18105080
52. Riegel M, Klemm V, Bushuven S, Strametz R. Self-stigmatization of healthcare workers in intensive care, acute, and emergency medicine. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14038. doi:10.3390/ijerph192114038
53. Jeong S, Jeong SH. Effects of second victim experiences after patient safety incidents on nursing practice changes in Korean clinical nurses: the mediating effects of coping behaviors. *J Korean Acad Nurs*. 2021; 51(4):489-504. doi:10.4040/jkan.21089
54. ALFadhlah T, Elamir H. Organizational culture, quality of care and leadership style in government general hospitals in Kuwait: a multi-method study. *J Healthc Leadersh*. 2021;13:243-254. doi:10.2147/JHL.S333933
55. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a Systemwide second VictimRapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36:233-240.
56. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support Programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6:e011708.
57. Wu AW, Connors CA, Norvell M. Adapting RISE: meeting the needs of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Int Rev Psychiatry*. 2021;33(8):711-717. doi:10.1080/09540261.2021.2013783
58. Medically Induced Trauma Support Services. Clinician support tool kit for healthcare workers 2010. http://mitss.org/wp-content/uploads/2017/11/Clinician-Support-Tool-Kit-for-Healthcare_05-07-2012.pdf
59. Jarden RJ, Sandham M, Siegert RJ, Koziol-McLain J. Strengthening workplace well-being: perceptions of intensive care nurses. *Nurs Crit Care*. 2019;24(1):15-23. doi:10.1111/nicc.12386
60. Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

How to cite this article: Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care*. 2023; 28(6):1022-1030. doi:10.1111/nicc.12967

5.2.3 Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory



Contents lists available at ScienceDirect

Australian Critical Care

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aucc

Research paper

Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory

Maria Kappes, RN, MSc^a, Marta Romero-Garcia, RN, PhD^{b, c, d, *}, Maria Sanchez, RN, MSc^a,
Pilar Delgado-Hito, RN, PhD^{b, c, d}

^a Faculty of Health Care Sciences, Universidad San Sebastian, Puerto Montt, Chile; ^b Fundamental and Clinical Nursing Department, Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ^c IDIBELL, Bellvitge Biomedical Research Institute, Avinguda de la Granvia, L'Hospitalet de Llobregat, Spain;

^d International Research Project: HU-CI Project, Collado Villalba, Spain

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received 21 November 2023

Received in revised form

27 December 2023

Accepted 3 January 2024

Keywords:

Patient safety

Second victims

Intensive care unit

Grounded theory

ABSTRACT

A qualitative study that provides evidence of the institutional support required by intensive care unit (ICU) nurses as second victims of adverse events (AEs).

Background: The phenomenon of second victims of AE in healthcare professionals can seriously impact professional confidence and contribute to the ongoing occurrence of AEs in hospitals.

Objectives: The objective of this study was to describe the coping trajectories of second victims among nurses working in ICUs in public hospitals in Chile.

Methods: Conducting qualitative research through the grounded theory method, this study focused on high-complexity hospitals in Chile, using theoretical sampling. The participants consisted of 11 nurses working in ICUs. Techniques used included in-depth interviews conducted between March and May 2023, as well as a focus group interview. Analysis, following the grounded theory approach proposed by Strauss and Corbin, involved constant comparison of data. Open, axial, and selective coding were applied until theoretical data saturation was achieved. The study adhered to reliability and authenticity criteria, incorporating a reflexive process throughout the research. Ethical approval was obtained from the ethics committee, and the study adhered to the consolidated criteria for reporting qualitative research.

Results: From the interviews, 29 codes were identified, forming six categories: perception of support when facing an AE, perception of helplessness when facing an AE, initiators of AE, responses when facing an AE, professional responsibility, and perception of AE. The perception of support when facing an AE emerged as the main category, determining whether the outcome was stagnation or overcoming of the phenomenon after the AE.

Conclusions: For the coping process of ICU nurses following an AE, the most crucial factor is the support from colleagues and supervisors.

© 2024 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Background

An adverse event (AE) is characterised as an unforeseen incident that results in actual or potential harm or complications for a patient due to medical or nursing care.¹ Such events can significantly disrupt the lives and professional trajectories of nurses.² When an AE occurs, there are four categories of victims to be described.³ The

first victims include patients and their families. Patients may pass away or suffer serious physical and psychological effects due to an AE. The second victim is any healthcare professional who experiences a phenomenon characterised by physical and psychological signs and symptoms due to an AE.⁴ This phenomenon has been particularly described in women⁵ and in intensive care units (ICUs).^{6,7} The third victim is the institution where the AE takes place as it can become stigmatised and be involved in long legal procedures.⁸ The fourth victim is the healthcare professional delivering patient care, who, as the second victim, may lose professional confidence due to unresolved issues, potentially resulting in a subsequent AEs.³ The signs and symptoms of the second victims, which were first described by Wu in 2000,⁹ have been

* Corresponding author at: Fundamental and Clinical Nursing Department, Faculty of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

E-mail addresses: maria.kappes@uss.cl (M. Kappes), martaromero@ub.edu (M. Romero-Garcia), maripaz.sanchez@uss.cl (M. Sanchez), pdelgado@ub.edu (P. Delgado-Hito).

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>

1036-7314/© 2024 Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Please cite this article as: Kappes M et al., Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory, Australian Critical Care, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>

compared with post-traumatic stress disorder due to the consequences, duration, and severity.¹⁰

The phenomenon of the second victims has been researched in several countries such as Denmark,¹¹ Korea,¹² China,¹³ Malaysia,¹⁴ Argentina,¹⁵ and Chile,¹⁶ and psychological symptoms were concluded to be the ones that prevail the most. Shame and guilt¹⁷ stand out as an immediate response of the AE. Furthermore, there have been reports of showing regret for damaging the institution where they work or their own reputation and the reputation of other professionals.¹⁸ The frequent physical symptoms are sleep and appetite issues.¹⁹ Moreover, the more damage the patient presents,³ the more serious these signs and symptoms become, and these are more intense during the stage immediately after the AE has occurred. Even though several stages after an AE²⁰ have been described, not all professionals go through those stages in the same sequence or with the same intensity.²¹ Some professionals do not go through some stages, and these differences²² might be explained through cultural differences. The first stage after the AE is chaos; it is characterised by a whirlwind of emotions and the professional focuses on stabilising patients and their care. The second stage has been characterised by intrusive thoughts, in which the victim repeatedly reviews what happened in search of answers. The third stage is characterised by seeking the help of family, colleagues, or supervisors. The fourth stage is characterised by the fear of legal repercussions or the implications the AE can have on their professional career. In the fifth stage, the professional might seek psychological help, and the final stage is a resolution stage with three possible outcomes: the optimal outcome is for the professional to comprehend the error and provide guidance for others to learn from it (progress). Alternatively, the professional may persist despite the consequences from the process (survive). The ultimate outcome could be the professional leaving the profession altogether (abandon).²⁰

This phenomenon should be considered within the framework of the culture of clinical safety and quality of hospitals. A study conducted in Australia²³ showed that the negative comments that normally occur after an AE have a negative impact on the professional who has suffered such an event, and it does not promote relationships at work. Contrarily, a notable factor when determining the second victim's evolution is how the mistake is communicated.²⁴ The hospitals that have developed short-term support plans allow professionals to identify the second victim's phenomenon and get to know the available support possibilities in that process.²⁵

Even though this phenomenon has been previously described in Latin America,^{15,16,26} limited research exists that actually explains the subject in depth. Considering that cultural differences exist and that there is still a strong culture of punishing mistakes in Latin America,²⁶ this study describes the coping trajectories that nurses go through as second victims working in the ICUs of public hospitals in Chile.

2. Method

2.1. Research design

This study is part of a larger multicentre study that, in the first phase, determined the incidence of second victims among the nurses of the ICUs in Chile. The results of this study will be used to inform the development of interventions to reduce the incidence and impact of second victim syndrome.²⁷ From the results of the previous research, this second phase is prepared with a qualitative focus developed according to the grounded theory described by Strauss and Corbin.²⁸ With this type of design, the expectation is that the data contribute and construct an explanation for the

phenomenon under study²⁹ using a continuous and interpretative analysis of the data. The consolidated criteria for reporting qualitative research³⁰ guideline was followed to conduct the study and present the reports.

2.2. Participants

Based on a quantitative multicenter research in the adult ICUs in Chile,²⁷ the nurses who experienced the second victim phenomenon were identified. Through theoretical sampling, all the nurses who were identified as second victims and had worked in the ICU for more than 6 months ($n = 197$) were invited to participate in the qualitative research. The invitation was sent via email between March and May of 2023. Twelve nurses accepted the invitation to participate, and provided informed consent to being recorded during an in-depth interview. In the end, one of the nurses did not reach back to the research team to complete the interview. To safeguard the identity of the participants, each of the interviews was identified only with a number.

2.3. Data collection

For the in-depth interviews, a support questionnaire was prepared to explore the experience of each participant. The questions that guided the interviews were the following:

- How would you describe the process you experienced after facing an AE?
- What resources did you use to cope with the process you went through after the AE?
- Could you describe what feelings it caused you to cope with this AE?
- How would you describe the role of your colleagues and supervisors after the AE?
- How would you describe the intervention of your institution after the AE?

The interviews were audio recorded, and each interview lasted approximately 30 min. Simultaneously, the researcher took field notes that were included in the analysis. The interviews were conducted with an observer from the research team in a private office of the hospital or via video call for those hospitals that were far away or if the interviewee preferred to do so. After data saturation was achieved, the interviews were concluded.

Once the interviews were conducted, a focus group was formed with the participants via video call through the Microsoft Teams platform.³¹ The focus group validated the data obtained in the individual interviews and deepened the information on the non-saturated codes. This focus group lasted 60 min, and an observer noted down the participant's comments. The researcher's field journal was used as a support instrument for data collection that gathered different kinds of notes along the process, that is, theoretical, personal, descriptive/inferential, and methodological.

2.4. Data analysis

Data collection and analysis were performed simultaneously through constant comparison. The text of the interviews and focus group was transcribed using the Sonix³² platform, and it was later analysed along with the notes of the researcher's field journal. First, open coding was carried out that microanalysed the texts to generate codes. Second, axial coding was performed, where the codes were classified into categories. Finally, selective coding was used to establish the categories by subject and explain their meaning (Strauss and Corbin).²⁸ For easier analysis, the ATLAS.Ti

Windows software, version 23³³ was used. The process of analysis was performed independently by two researchers of the team, and it was discussed afterwards.

In this process, 39 initial codes were identified. After the two researchers reviewed the codes and conducted the focus group, some of the codes were recoded, resulting in 29 codes, from which six categories and one macro-category were formed.

2.5. Ethical aspects

The research was approved by the ethical committee of clinical research of all the hospitals participating in the study. The nurses' participation was voluntary. The aim of the research was explained to the nurses verbally and in writing, and an informed consent was signed. Alphanumeric codes were used to guarantee the confidentiality of the information and ensure that the participants would remain anonymous.

2.6. Quality and rigour criteria

The reliability and authenticity criteria of Lincoln and Guba³⁴ were followed. Considering the necessary concept of rigour in the study, data triangulation was performed with the researchers and collection techniques. The transcriptions of the interviews and the focus group were sent to the participants via email for them to confirm the content. During the analytical process, the support for the analysis was the field notes. The researchers used reflectivity during the analysis to minimise possible biases related to their experience concerning the phenomenon under study. The data for coding and constructing categories are available upon request to the authors.

3. Results

The results are based on 11 participating nurses whose length of service in the ICU ranged from 1 to 23 years. All of them worked in the high-complexity ICUs. Table 1 presents the characteristics of the participants in detail.

From the coding process, the 29 final codes resulted in six categories—perception of support when facing AE, perception of helplessness before the AE, initiators of AE, professional responsibility, responses when facing an AE, and perception of AE.

One macrocategory arises, that is, perception of support when facing an AE (Table 2).

These build the coping trajectories of intensive care unit nurses who are second victims. This trajectory was graphed and explained in narrative form (Fig. 1).

3.1. AE initiators

Before the coping process of AEs, we start by searching for some conditions that contribute to generating the AE, and some of these factors are preventable. Some of the notable factors are attendance overload, insufficient rest, insufficient staff, fear of making mistakes, and overconfidence of professionals. The aforementioned factors can be represented in the following citations:

P004 "It is well known that during the pandemic, we worked at full capacity, but at a great cost".

P009 "It is good to perform the analysis because there we can see the overconfidence that sometimes some nurses and some teams have".

P005 "Due to the insufficiency of staff, we always have in the critical units".

Regarding insufficient rest, P011 mentions the following.

"Besides, there are various reasons to take a leave; when that happened, I wanted to take some days off to be able to rest my mind mostly". "But the thing is that you know you are leaving your colleagues with more work and that they won't have someone to cover for that, so we keep going".

Double attendance is interpreted based on the context where professionals while undergoing a process with the patient, blame themselves for not being with another patient (who can suffer the AE). It was stated as follows:

P009 "I mean, you cannot be in two places at the same time...".

P005 "...When we were in another cubicle making an admission, they called us to say that the lady had removed the restraints and she fell...".

3.2. Professional responsibility

Once the AE has occurred, the main feeling is described as "guilt". It is identified as the first response:

P004 "(...) I think the main feeling was guilt, feeling guilty, because I was responsible for that patient".

Table 1
Characteristics of the study participants.

Sex	Length of service in the ICU	Type of ICU	Type of AE	AE result
Female	5 years	Adult. Undifferentiated ICU, 22 Beds	Medication mistake	Severe hypotension
Male	15 years	Adult. Cardiovascular ICU, 16 beds	Medication mistake	Patient death
Female	21 years	Adult. Neurosurgical ICU, 16 beds	Accidental extubating	Patient death
Female	3 years	Adult. Undifferentiated ICU, 22 Beds	Patient fall	Severe brain-cranial trauma with sequels
Male	11 years	Adult. Undifferentiated ICU, 22 Beds	The patient fall while receiving mechanical ventilation	Serious patient damage with sequels due to hypoxia
Female	7 years	Adult. Undifferentiated ICU, 37 Beds	Tracheostomy tube extubating	Patient death
Female	7 years	Adult. Undifferentiated ICU, 16 Beds	CVC with vasoactive drugs accidentally removed	Severe hypotension
Female	23 years	Adult. Cardiovascular ICU, 16 Beds	Mistake during intubation process	Rupture of the windpipe and death of the patient
Female	20 years	Adult. Undifferentiated ICU, 37 Beds	Removal of ventricular drain (Central nervous system)	The patient needed replacement of the external ventricular drain
Female	5 years	Adult. Undifferentiated ICU, 37 Beds	Medication mistake (overdose)	Patient with respiratory depression required intubation and connection to mechanical ventilation
Female	1 year	Adult. Undifferentiated ICU, 22 Beds	Accidental extubating	The patient required reintubation

Please cite this article as: Kappes M et al., Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory, Australian Critical Care, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>

Table 2
Codes, categories, and macrocategory.

Final codes	Categories	Macrocategory
Institutional protocol when facing an AE (support)	Perception of support when facing an AE	Perception of support when facing an AE
Positive response chief nursing		
Health team backup		
Close nurses backup		
Family support		
Institutional protocol when facing an AE (helplessness)	Perception of helplessness when facing an AE	
Negative response chief nursing		
Health team abandonment		
Close nurses abandonment		
Double attendance	Initiators AE	
Assistance overload		
Insufficient staff		
Insufficient rest		
Overconfidence		
Fear of making mistakes		
Responsibility of other professional or technician	Professional responsibility	
Responsibility of student in charge		
Own responsibility		
Physical responses	Responses when facing an AE	
Feelings of relief up until guilt		
Medical licences		
Learning when facing an AE		
Notice culture		
Team learning		
Backup when facing an AE		
Overcoming when facing an AE		
Stagnation when facing an AE		
Low perception of seriousness when facing an AE	Perception of AE	
High perception of seriousness when facing an AE		

Abbreviations: AE: adverse event.

Guilt being the prevailing feeling and taking into consideration the responsibility in the event is influenced by the perception of support when facing an AE:

P001 "But when there is damage to the patient, obviously this impacts you more..."

In the category of "professional responsibility before an AE", how responsible the professional feels about the AE is described, and there are three subdimensions. When the responsible person is another professional or technician, it will be understood as "responsibility of the other professional or technician". There is one stage that is perceived as intermediate responsibility and is defined by the "responsibility of the student in charge":

P008 "...I thought it was unreasonable to be doing that when she (the student) was supposed to have already passed all the evaluation stages as a student".

When professionals are providing the care that triggers the AE, they perceive it as their own responsibility:

P001 "So, I have a responsibility anyway..."

P004 "But they don't understand that as nurses, we also have the obligation to anticipate those things..."

P005 "And since we could not prevent that, we could have prevented the fall of the patient..."

3.3. Perception of the AE

If the AE is perceived as a low seriousness event, there is support, and the responsibility corresponds to another professional or technician, so this leads to overcoming the AE:

P011 "Then, when we saw that the whole team arrived, the physical therapist, technician, and my other colleague, and we saw that the patient was ventilating, then I was calmer. If the patient had had a bradycardia or a respiratory arrest, I think I would have died there..."

When we talk about "own responsibility" or "responsibility of the student in charge", such as situations where students are doing their internships, along with "high perception of seriousness when facing an AE", it leads to "helplessness when facing an AE", which can cause a feeling of "stagnation when facing an AE". This can be considered as setting the context for a new AE. Some of the relevant quotes of the description above are as follows:

P008 "Finally, in court, we could reach a kind of agreement with the family. Right. So, I had to be signing every month for 1 year. That situation for me was very humiliating that me without having, let's say, eh. Although, I did feel that I had certain degree of responsibility for not being able to be more... Eh, more, have all eyes on her, with this student. I thought it was unreasonable to be doing that when she was supposed to have already passed all the evaluation stages as a student, and she was supposed to be on shift because she was already in the final stage".

P010 "The more serious the AE is, the more you feel that the world is falling apart".

P011 "We also feel vulnerable in that sense, like you do your job and everything is good, but if something turns out to be wrong, I don't know who will stand by you. Maybe your colleagues, maybe not. The bosses and the hospital; I don't think so, especially if something serious happens to the patient".

P006 "...I was about to give up and leave. Yes. Nobody asked me anything, I felt like a dot in infinity that nobody cared about, only my family". "I felt that my colleague supported me, telling me things like 'this is out of your reach, and nobody could anticipate that this was going to happen; nobody knew it was going to be like this,' so in that sense, good".

P010 "Yes, my colleagues, yes. We all feel like as a nursing team these things happen to us, so there is support. Furthermore, it feels like they look at you with pity because when you are in the place of

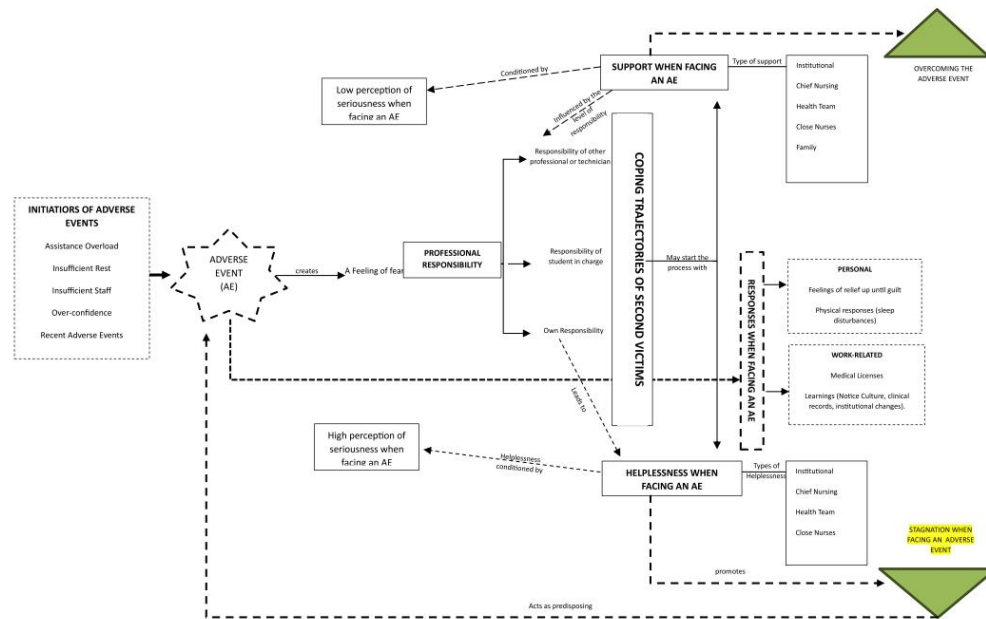


Fig. 1. Graphic representation. Coping trajectories of second victims facing AEs. Source. Prepared by the authors. Abbreviation: AE = adverse event.

seeing someone else going through the AE; you would not like to be there. It is sad".

3.4. Perception of support/helplessness when facing AE

The type of support participants receive when an AE occurs ranged from "institutional", chief nursing, "health team", and "close nurses", until reaching the non-work-related support, that is, the "family". When feeling helplessness when facing an AE, the "types of helplessness" are the same as the types of support, except for the "family", since it is perceived as an entity that never abandons the professional. An example of this is outlined in the following quotes:

P001 "I felt that I had support because it was a situation where we were struggling with the same patient; all day we were reporting the situation... So at least from my team, I received support, I felt supported... I only felt the support of my colleagues..."

P004 "From my supervisors, yes, I did feel some support, but there was a lot of concern about how the record was, and what the family of the patient said. Moreover, one feels that the supervisor is waiting to see if this can have legal consequences for the hospital or for the service, like that was the most important thing. Therefore, I did not feel rejection but also, I did not feel support. I think it was more indifference".

P008 "The attitude of my bosses was of complete indifference, I think that hurt me".

P009 "...There one feels that it depends on the person. I had supervisors who did not care about anything; they only cared that you work, even if you might be dying. Moreover, I can tell you that I think they didn't even care much about the patients. They only care about having a good shift with no mistakes. I had other supervisors

that did care, and you felt like they were doing their job, also thinking about the patients, their families, and us. But that varies a lot I think".

P008 "...my family, my husband, they supported me a lot. They listened to me, comforted me, and kept me company. Is to feel that they are by your side".

P007 "There is never a space to talk about what we feel, since everything is focused on the patient, and it is good that it is like that, but who takes care of us? We are not machines".

3.5. Responses when an AE occurs

An AE triggers responses that are described as "personal", highlighting feelings that range from relief (when the patient's situation improves) to guilt, and physical responses that are less intense than psychological symptoms, as mentioned in the following:

P002 "I mean, I was for a long time like, disoriented, to put it that way. Like to be walking in the middle of nowhere. But that was it. Physical? No, not really, only the days after that I couldn't sleep thinking about what happened..."

P003 "The next days, it was hard for me to sleep since I thought about what happened a lot. The thought that you could have done things differently crosses your mind. But it wasn't like that..."

P004 "What happened to me is that when I remembered this; I had a sensation of tachycardia, stomach pain, every time I remembered about what happened. And that lasted for a long time..."

When the patient suffers severe consequences, the nurses affirm the following:

P006 "I felt very guilty. I felt that this place was not for me, I felt that. I wanted to leave so badly, not be a nurse anymore. I questioned this profession a lot. It was like, is all this suffering worth it?"

Furthermore, after the AE occurs, work-related responses are generated such as managing a medical licence, which causes more guilt or contradictory feelings in some people:

P006 "I thought about seeing a psychiatrist, but then I didn't because if they give me a leave soon, since the holidays were coming, asking for a leave period was not going to look good..."

P002 "I had to take a leave for a couple of days. Even like that, I felt that it was not enough, and I was afraid of going back to work like that..."

P004 "Also what happened to me was that it was a long shift, and the next day, I had to go back again to the night shift, and I felt really bad that day. But no, I didn't have days off; I had to go, and I felt that facing again the patients and everything; I felt very insecure..."

There is also a learning response when exercising the role, greater attention is given to clinical records, being more aware of details in patient care, and maintaining an attitude of constant mistrust before activities, according to P001.

P001 "I have become a little pickier in my job. Much pickier. I protect myself in everything. I keep records of everything, I notify everything because at the end, that is the only backup that we have, the nursing record..."

P006 "Much more careful in everything compared to what we did before, and as they say, one has to be all eyes to perceive how is everything in the moment..."

P011 "...And be careful, you still have so many things in your head; I think that the possibility of making a mistake again is higher. Actually, when the thing I told you about happened, I wrongly marked some tests, and I had to take them again. Luckily, I realised this before sending them to the laboratory, and I don't want to justify myself, but I had a thousand things in my head after what happened; I was shaking even".

4. Discussion

The coping trajectories of the second victims described by Scott et al.²⁰ for health professionals may show some differences among professionals or due to cultural differences.²⁰ The results of this study suggest that the first stage of chaos and the second stage of intrusive thoughts may occur simultaneously for ICU nurses. One of the most frequently mentioned emotions in the interviews is guilt, with physical symptoms manifesting as sleep disturbance. This has also been reported in previous research.^{17,19,35,36} Moreover, the greater the damage perceived in the patient in the first stage is, the greater the symptoms that nurses present due to this phenomenon are. The manner in which the patient's damage conditions the intensity of the phenomenon on the second victim has also been described in another study.^{3,37} Therefore, irrespective of nurses' personal feelings, the paramount importance remains on the patient's condition,³⁸ reinforcing the age-old principle of "Primum non nocere" (First, do no harm). This responsibility can be perceived as a significant burden for nurses, particularly in a high-complexity unit, where the potential for the second victim phenomenon is well recognised.³⁹ This study showed that intrusive thoughts occur from the first moment of the AE. This disturbs the professional and may turn out to be an initiator of a new AE. Other studies have warned about the importance of having professionals step away from clinical duties during this stage because of the risk it represents to make a mistake again.^{25,37}

This study identified the relevance of having the support of colleagues and supervisors. Not having that support leads to a perception of helplessness that causes responses such as stagnation when facing the AE. This is different from what Scott et al.²⁰ described in their stages since they described two separate stages,

namely, seeking support from family and colleagues and fear of having legal or work-related repercussions. Our results show that these stages merge and occur simultaneously. As other research has demonstrated, family is always seen as a pillar of support, no matter the circumstances or the seriousness of the AE.⁴⁰

Another crucial finding of this research is that a stage for seeking help, as it was described in the natural history²⁰ of the second victim phenomenon, was not observed. The fact that seeking help is avoided might be influenced by the strong punishing culture that exists, fear of retaliation, and losing the respect of other colleagues. Similar results were reported in Brazil,²⁶ which shows how a cultural component may influence this behaviour.

Finally, the literature²⁰ describes three possible outcomes: abandoning, moving forward, or surviving. In our study, we only identified the outcomes of stagnation and overcoming. Stagnation involves living with the AE burden, with the symptoms of the second victim, and losing self-confidence. Overcoming the event can be identified with the learning experience the professional has that can be shared with others. In this sense, other researches have revealed the importance of this process in improving the quality and safety culture.⁴¹ By recognising the circumstances that occurred, AEs can be avoided in the long run. Australia has taken the initiative to discuss mistakes and help doctors, at least, to understand the process that professionals go through when they make a mistake.⁴² Such support initiatives of the program, among others, might be crucial to develop public health policies. Meanwhile, actions have to be taken in the ICU with multimodal strategies to prevent AEs. Some of the multimodal strategies and actions that can help prevent AEs include the following: involving family members in care, utilising electronic devices for medical orders, double-checking instructions, early patient mobilisation, and implementing checklist protocols.⁴³

This study identifies the trajectories of ICU nurses as second victims. It highlights that every professional goes through a different process and that the perception of support from colleagues and supervisors determines the way they will face the future.

One limitation of this study is that the nurses contacted for interviews may have been motivated by experiencing more severe AEs than other nurse working in the ICU. Another limitation is that details may have been omitted in the interviews due to recall bias or the legal implications AEs can have for nurses. Some interviews were conducted through virtual platforms where the interviewee's body language may not have been fully discernible by the researcher. Lastly, results may vary when attempting to extrapolate to another group of nurses with a different culture. Further studies should be conducted to expand the understanding of second victims among nurses in different countries.

5. Conclusions

The coping process of ICU nurses in the aftermath of an AE is significantly influenced by the support they receive from both colleagues and supervisors.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

CRediT authorship contribution statement

MK: Conceptualisation; Data curation; Formal analysis; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Software;

Supervision; Validation; Visualisation; Roles/Writing—original draft; Writing—review and editing.

MR-G: Conceptualisation; Formal analysis; Investigation; Methodology; Project administration; Supervision; Validation; Visualisation; Roles/Writing—original draft; Writing—review and editing.

PD-H: Conceptualisation; Formal analysis; Investigation; Methodology; Project administration; Supervision; Validation; Visualisation; Roles/Writing—original draft; Writing—review and editing.

MS: Conceptualisation; Data curation; Formal analysis; Investigation; Methodology; Resources; Software; Validation; Visualisation; Writing—review and editing.

Conflict of interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this manuscript.

Data availability statement

The data are available upon request from the authors.

Acknowledgements

The authors thank Crimson Interactive Pvt. Ltd. (Enago)—<https://www.enago.com/es/> for their assistance in manuscript translation and editing.

References

- [1] Mathehula LC, Fimalter CJ, Jordaan J, Heyns T. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: a cross-sectional study. *Health SA* 2022 Aug 29;27:1858. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1858>. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc9453125/>.
- [2] Shao Y, Li S, Wei L, Shan X, Zhou D, Zhang Y, et al. Nurses' second victim experience, job insecurity, and turnover intention: a latent profile analysis. *Res Nurs Health* 2023 Jun;46(3):360–73. <https://doi.org/10.1002/nur.22313>. PMID 37086263.
- [3] Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract* 2019 Aug 12;10:593–603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>. PMID 31496861, PMCID PMC6697646.
- [4] Vanhaecht K, Seys D, Rusotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S, et al. European researchers' Network Working on Second Victims (ERNST). An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Dec 15;19(24):16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc9779047/>. PMID: 36554750.
- [5] Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushoven S. Validation of the German version of the second victim experience and support tool-revised. *J Patient Saf* 2022 Apr 1;18(3):182–92. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000886>. PMID 34387250.
- [6] Ganahl S, Knaus M, Wiesenhueter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second victims in intensive care-emotional stress and traumatization of intensive care nurses in Western Austria after adverse events during the treatment of patients. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Mar 18;19(6):3611. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063611>. PMID 35329298, PMCID PMC8954101.
- [7] Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: a systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLoS One* 2023 Oct 3;18(10):e0292108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292108>. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc10547210/>.
- [8] Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Jun 30;17(13):4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>. PMID 32630041, PMCID PMC7369881.
- [9] Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320(7237):726–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>. PMID 10720336.
- [10] Grissinger M. Too many abandon the "second victims" of medical errors. *P T* 2014 Sep;39(9):591–2. PMID 25210409, PMCID PMC4159062.
- [11] Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, Schröder K. Validation of the Danish version of the second victim experience and support tool. *Scand J Public Health* 2022 Jun;50(4):497–506. <https://doi.org/10.1177/14034948211004801>. PMID 33860696.
- [12] Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric properties of Korean version of the second victim experience and support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf* 2020 Sep;16(3):179–86. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000466>. PMID 29443721.
- [13] Huang R, Sun H, Chen G, Li Y, Wang J. Second-victim experience and support among nurses in mainland China. *J Nurs Manag* 2022 Jan;30(1):260–7. <https://doi.org/10.1111/jonm.13490>. PMID 34592010.
- [14] Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and validation of the Malay revised second victim experience and support Tool (M-SVEST-R) among healthcare workers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Feb 11;19(4):2045. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042045>. PMID 35206235, PMCID PMC872429.
- [15] Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support Tool (SVEST). *J Patient Saf* 2021 Dec 1;17(8):e1401–5. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000497>. PMID 29733300.
- [16] Mallea Salazar F, Ibáñez Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso [Second victims: perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event]. *Spanish J Health Qual Res* 2022 Mar–Apr;37(2):117–24. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.09.002>. PMID: 34736804.
- [17] Stovall M, Hansen L, van Ryn M. A critical review: moral injury in nurses in the aftermath of a patient safety incident. *J Nurs Scholarsh* 2020 May;52(3):320–8. <https://doi.org/10.1111/jnu.12551>. PMID 32222036.
- [18] Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2019 Feb 6;19(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>. PMID 30728008, PMCID PMC6366082.
- [19] Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. *Nurs Open* 2022 Sep;9(5):2356–69. <https://doi.org/10.1002/nop2.1249>. PMID 35633515, PMCID PMC9374404.
- [20] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):325–30. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>. PMID 19812092.
- [21] Wands B. Second victim: a traumatic experience. *Am Assoc Nurse Anesth* 2021 Apr;89(2):168–74. PMID 33832578.
- [22] Seys D, Panella M, Rusotto S, Strametz R, Joaquín Mira J, Van Wilder A, et al. In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review. *BMC Health Serv Res* 2023 Jul 31;23(1):816. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09637-8>. PMID 37525127, PMCID PMC10391912.
- [23] Kable A, Kelly B, Adams J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: a qualitative study. *Nurs Health Sci* 2018 Jun;20(2):238–46. <https://doi.org/10.1111/nhs.12409>. PMID 29400421.
- [24] Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* 2017 Sep;15(9):2333–64. <https://doi.org/10.1111/jbis-rir-2016-003254>. PMID 28902699.
- [25] Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AI, Riggan KA, et al. Evaluation of a second victim peer support program on perceptions of second victim experiences and supportive resources in pediatric clinical specialties using the second victim experience and support tool (SVEST). *J Pediatr Nurs* 2021 Nov-Dec;61:312–7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.023>. PMID 34500175.
- [26] Bohomol E. Nurses as second victims: a Brazilian perspective. *Nurs Health Sci* 2019 Dec;21(4):538–9. <https://doi.org/10.1111/nhs.12630>. PMID 31264756.
- [27] Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care* 2023 Aug 23;28(6):1022–30. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967> [Epub ahead of print]. PMID 37614030.
- [28] Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: SAGE; 1990.
- [29] Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Lincoln YS, editor. *Handbook of qualitative research*. Denzin, CA: SAGE; 1994. p. 273–85. Thousand Oaks.
- [30] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PMID 17872937.
- [31] Halliday M, Mill D, Johnson J, Lee K. Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Res Soc Adm Pharm* 2021;17(12):2145–50. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003>. PMID 33653681.
- [32] Sign in to Sonix: the best automated transcription service in 2021 [internet]. Sonix. Available from: https://my.sonix.ai/accounts/sign_in.

Please cite this article as: Kappes M et al., Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory, *Australian Critical Care*, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>

- [33] Atlas.ti. Atlas.ti scientific software development GmbH. Qualitative data analysis. 2018. Version 8.0. Berlin.
- [34] Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Newbury Park: SAGE; 1985.
- [35] Allender EA, Bottema SM, Bosley CL, Holst SJ, Clark WJ, Weaver AL, et al. Use of the revised second victim experience and support tool to examine second victim experiences of respiratory therapists. *Respir Care* 2023;68(6):749–59. <https://doi.org/10.4187/respcare.10719>. PMID 37041030.
- [36] Herring JA. Complications: second victim. *J Pediatr Orthop* 2020 Jul;40(Suppl 1):S22–4. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001498>. PMID 32502066.
- [37] Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. 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* 2019 Jul 9;9(7):e029923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>. PMID 31292185, PMCID PMC6624045.
- [38] Sachs CJ, Wheaton N. Second victim syndrome. *StatPearls*. 2023. Jun 20:2023 Jan. PMID 34283460.
- [39] Cohen R, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. Addressing the second victim phenomenon in Israeli health care institutions. *Isr J Health Policy Res* 2023 Sep 4;12(1):30. <https://doi.org/10.1186/s13584-023-00578-5>. PMID 37667398, PMCID PMC10476320.
- [40] Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP* 2021 Apr 16;55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>. PMID 33886900.
- [41] White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: is “just culture” a reality? An integrative review. *Appl Nurs Res* 2020 Dec;56:151319. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151319>. PMID 32868148.
- [42] Newman S. The second victim – supporting JMOs through medical errors [cited Sep 27 2023]. Available from: <https://www.mdanational.com.au/>; 8 Dec. 2022. <http://www.mdanational.com.au/advice-and-support/library/articles-and-case-studies/2022/12/the-second-victim>.
- [43] Sucupe S, Bustillos PEP, Bracchiglione J, Requeijo C, Salas-Gama K, Solà I, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions to prevent adverse events in the intensive care unit: a review of systematic reviews. *Aust Crit Care* 2023 Sep;36(5):902–14. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.11.003>. PMID 36572576.

Please cite this article as: Kappes M et al., Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory, *Australian Critical Care*, <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>

6.- Discusión

Si bien los resultados y la discusión de cada uno de los artículos se señalan en las publicaciones respectivas, en este documento se hará la discusión de los artículos en su conjunto, con foco en los objetivos de la investigación, valorando el aporte de cada uno y las implicancias para la enfermería.

6.1 Prevalencia del fenómeno de segundas víctimas y sentimientos generados en las enfermeras de UCI

Esta investigación se centra en las segundas víctimas en enfermería puesto que ha sido señalada como una de las profesiones que más se ve afectada con este fenómeno ^(107,108). También se ha descrito más en mujeres ⁽¹⁰⁹⁾ y especialmente en UCI ⁽¹¹⁰⁾. Uno de los motivos que puede explicar la frecuencia de este fenómeno en las UCI es la carga laboral, y la complejidad de los procedimientos que allí se realizan ⁽¹¹¹⁾. También se ha descrito este fenómeno en forma más frecuente entre enfermeras que practican la obstetricia ^(112,113) o en servicios de emergencia ⁽¹¹⁴⁾, lo que refuerza que la rapidez y complejidad con que se debe atender al paciente grave puede ser un iniciador de eventos adversos. Otros factores que pueden influir son la rapidez con que se incorporan nuevos medicamentos, procedimientos o equipos en las UCI lo que determina que la competencia y exigencia hacia las enfermeras sea cada vez mayor ⁽¹¹⁵⁾.

No hay una explicación de porque el fenómeno en enfermeras afecta más a las mujeres. Si bien, en la mayoría de los estudios que se han realizado hay una mayor proporción de mujeres que hombres trabajando como enfermeras ⁽¹¹⁶⁾ en UCI. En el presente estudio, el 80,9% de las participantes fueron mujeres. Al respecto, se ha hecho una interesante reflexión, acerca de cómo el género de la segunda víctima podría influir en la decisión de pedir ayuda. Esto, ya que se ha evidenciado que los hombres tienden a pedir menos ayuda que las mujeres ⁽¹¹⁷⁾.

En relación con la edad de las enfermeras como segundas víctimas, los resultados del presente estudio muestran que la mayor prevalencia se encuentra entre los 31-40 años. Resultado similar muestra un estudio de Corea del Sur ⁽¹¹⁷⁾ donde el 72,5% de las enfermeras eran menor de 30 años. En la versión China de validación del instrumento de medición a segundas víctimas, la edad media de los participantes fue de 32.03 (5.96) años ⁽⁵⁹⁾. Se entiende que este rango de edad sea el más prevalente ya que las enfermeras requieren de una especialización luego de su grado de titulación para trabajar en UCI.

Esta investigación determinó que la prevalencia de segundas víctimas, en función de la dimensión psicológica, entre enfermeras de UCI fue del 67%. En puntaje medio para esta dimensión fue de 3.83 (1.03), medido en una escala de Likert donde 1 representa muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. Entonces, a mayor puntaje en esta dimensión, más afín al fenómeno de segunda víctima. En otros países la prevalencia del fenómeno se ha medido con mucha variabilidad desde el 10,4% al 43,3% ⁽⁴⁴⁾. Una revisión más reciente determinó que entre los trabajadores de UCI la prevalencia del fenómeno de segundas víctimas era de 58% ⁽⁴⁸⁾.

Otros estudios que han medido la prevalencia de segundas víctimas con el mismo instrumento también han determinado el estrés psicológico como la dimensión más alterada. En Dinamarca ⁽⁶⁵⁾ el puntaje medio para el estrés psicológico fue 3.10 (0.97). este estudio fue conducido en trabajadores de salud. En Turquía ⁽¹¹⁸⁾, el estudio fue hecho en médicos residentes y enfermeras y el estrés psicológico tuvo una puntuación media de 3.16(1.02) y el estrés físico de 2.79 (1.00). En Malasia ⁽⁶¹⁾, se midieron las puntuaciones medias más bajas con 2.48 (1.10) para estrés psicológico y 2.22 (0.85) para estrés físico. En este estudio el 93% de los participantes fueron enfermeras. En cuanto al país donde la puntuación media ha sido más alta es en Argentina. El estudio fue realizado en enfermeras y la puntuación media para estrés psicológico fue de 4.0 (1.0) y para estrés físico 2.2 (1.1) ⁽⁴⁹⁾. En Alemania la validación del instrumento incluyó médicos, enfermeras y otros profesionales con una puntuación media para estrés psicológico de 3.15 (1.07) y para estrés físico de 2.29 (0.98) ⁽⁶⁴⁾. Corea ⁽⁵⁸⁾ tiene resultados similares a China

⁽⁵⁹⁾. En ambos estudios participaron sólo enfermeras. En Corea el estrés psicológico tuvo un puntaje medio de 3.46 (0.75) ⁽⁵⁸⁾ mientras que en China fue de 3.27 (1.10) ⁽⁵⁹⁾. Para estrés físico Corea tuvo 3.03 (0.89) ⁽⁵⁸⁾ y China 2.70(1.11) ⁽⁵⁹⁾. En Italia, la puntuación media para estrés psicológico fue de 3.44 (0.79) mientras que para estrés físico fue de 2.48 (0.91) ⁽⁶³⁾. En España, el estudio fue hecho entre obstetras y matronas, entendiendo que la obstetricia también ha sido descrita como una de las especialidades que puede generar segundas víctimas con mayor frecuencia. El puntaje medio para estrés psicológico fue de 3.68 (1.08) y para estrés físico 3.16 (1.10) ⁽⁶²⁾. El estudio más reciente fue hecho en Irán con enfermeras. El puntaje medio para estrés psicológico fue de 3.55 (1.02) y para estrés físico 3.09 (1.12) ⁽¹¹⁹⁾.

Destacan entonces dos países latinoamericanos, Chile y Argentina con las más altas puntuaciones medias en la dimensión de estrés psicológico como consecuencia del fenómeno de segundas víctimas. Una explicación a este fenómeno puede ser por la fuerte cultura religiosa de Latinoamérica y Estados Unidos ⁽¹⁸⁾ que tiende a ser más castigadora que otras culturas. Esto también ha sido señalado por una investigación realizada en Brasil relacionada al tema ⁽⁵³⁾.

Con relación a la autoeficacia, en el presente estudio destaca que un 55% de las enfermeras están de acuerdo o muy de acuerdo con la aseveración de *“luego de verme envuelta en el incidente me sentí insegura de mis habilidades profesionales”*. Esta pérdida de la auto confianza ya ha sido descrita en otras investigaciones ^(52,109) y un reciente metaanálisis ha determinado que una de las principales tareas en las que se enfocan las enfermeras luego del evento adverso es poner mayor atención a los detalles y chequear personalmente datos o dosis de medicamentos ⁽¹²⁰⁾. Estas estrategias pueden llevar fácilmente a hipervigilancia, que ha sido frecuentemente descrita en el fenómeno de segundas víctimas. La hipervigilancia puede continuar por 6 meses o incluso más luego de sucedido el evento adverso ⁽¹²¹⁾. Un estudio realizado en los países bajos con 462 participantes (médicos y enfermeras) determinó que el síntoma más prevalente era la hipervigilancia al mes y a los 6 meses de ocurrido el evento adverso, y más prevalente mientras mayor es el daño al paciente ⁽⁷⁰⁾.

Los datos cualitativos del presente estudio también muestran que se genera desconfianza ante el propio trabajo luego del evento adverso. Otras investigaciones también han evidenciado la inseguridad que se produce ante el propio trabajo, como producto de la experiencia vivida ⁽⁷⁰⁾

En cuanto al estrés físico, el puntaje medio obtenido en nuestra investigación fue de 3.3 (1.14). En relación con los signos y síntomas físicos que caracterizan el fenómeno de segunda víctima, en el presente estudio la perturbación del sueño es el signo más prevalente. Otro estudio realizado en España también reporta el insomnio como el síntoma físico más prevalente junto al cansancio ⁽¹²²⁾. Si bien los signos y síntomas psicológicos tal como se ha mencionado son los más prevalentes, el hecho que la perturbación del sueño en nuestra investigación tenga un 59% de prevalencia se puede relacionar con la descripción de Scott et al ⁽⁴³⁾ en la historia natural de este fenómeno. En la segunda etapa están descritos los pensamientos intrusivos. Estos, fácilmente pueden perturbar el sueño ⁽¹²³⁾. Sin embargo, nuestra fase cualitativa mostró que la etapa de caos y etapa de pensamientos intrusivos suceden al mismo tiempo en nuestro medio. Esta fusión de etapas obedece a como el fenómeno se vive en culturas diferentes.

6.2 Trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de las enfermeras de UCI como segundas víctimas

La presente investigación en su fase cualitativa describió la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de las enfermeras de UCI como segundas víctimas. A diferencia de lo que se ha descrito en la literatura, encontramos sólo dos posibles desenlaces. Estos son superar el fenómeno o estancamiento.

La historia natural del fenómeno de segundas víctimas descrita previamente tenía como resultados posibles: sobrevivir, prosperar o abandonar ⁽⁴³⁾. No es del todo claro en la literatura lo que lleva a un desenlace u otro. Así, una revisión en relación con el fenómeno de segundas víctimas en anestesia ⁽¹²⁴⁾ da cuenta de la brecha de conocimiento de porque algunos profesionales son capaces de prosperar y ser

resilientes luego del fenómeno, mientras que otros pueden terminar por abandonar la profesión o incluso llegar al suicidio ⁽¹²⁵⁾. Nuestra investigación mostró que la percepción de apoyo ante el evento adverso es determinante para la superación del fenómeno. Influye también, fuertemente, la gravedad del evento adverso. Mientras más grave el evento adverso y menos apoyo percibe la enfermera, más probable es que se produzca estancamiento. Este estancamiento, además actúa como un nuevo iniciador de eventos adversos lo que contribuye a perpetuar el fenómeno. En este sentido, otros investigadores también han puesto foco en que el aprendizaje a contar de los eventos adversos puede ser una mejora para la cultura de calidad y seguridad en hospitales ⁽¹²⁶⁾.

Otro hallazgo importante es que en nuestra investigación las etapas descritas previamente en la historia natural del fenómeno de segundas víctimas ⁽⁴³⁾ se fusionan o algunas etapas no son identificadas. La primera y segunda etapa descrita previamente por Scott et al ⁽⁴³⁾ se fusionan en una sola donde los pensamientos intrusivos se producen desde el primer momento luego del evento adverso. Esto es relevante ya que estos pensamientos pueden ser muy dañinos. El daño que producen los pensamientos intrusivos ha sido descrito previamente y además ha sido ligado como iniciador de nuevos eventos adversos ^(70,127).

En el presente estudio no es identificable la etapa que describe Scott et al ⁽⁴³⁾ de búsqueda de ayuda. Es posible que esto esté influido por la cultura de nuestro país, similar a otras en Latinoamérica, donde los errores son mal vistos y se esperan reprimendas por haberlos cometido ⁽⁵³⁾. Además, una cultura punitiva se ha asociado a un peor reporte de eventos adversos, lo que a la larga también afecta las posibilidades de mejora en calidad y seguridad clínica ⁽¹²⁸⁾.

En nuestros resultados fue importante la intención de ausentismo. Un 70% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con que le habría gustado tomar unos días después del evento. En este punto es donde se pueden remarcar las diferencias culturales. Un ejemplo es el estudio realizado en Corea donde se midió el fenómeno de segundas víctimas con el mismo instrumento y la intención de ausentismo tuvo un puntaje medio de 1.55 (0.69) lo que indica que la mayoría estaba en desacuerdo o

muy en desacuerdo con tomar días luego del evento adverso ⁽⁵⁸⁾. Esta observación que los trabajadores de salud responden en forma diferente al estrés influido por la cultura ya había sido descrito ⁽⁶³⁾.

6.3 Soporte para enfermeras de UCI como segundas víctimas

Relacionado al soporte para las enfermeras que sufren el fenómeno de segundas víctimas, en esta investigación se determinó que lo más valorado es el apoyo de pares. Otras investigaciones han llegado a la misma conclusión ^(81,125,129,130) lo que determina que para las enfermeras el apoyo de sus colegas es parte de lo que reafirma su autopercepción como profesional. Parte de esta afirmación se debe a que la evidencia muestra que, en sentido contrario, uno de los factores que más afecta a las víctimas son los comentarios de desaprobación de sus colegas una vez que se ha cometido un error ⁽¹³¹⁾. En este sentido, recomendaciones como la de *Jonit Commission* son que las organizaciones deben tener un código de conducta para los empleados que se encuentre alineada con la cultura de calidad de la organización ⁽¹³²⁾. Las implicancias de esta definición es eliminar los comentarios en pasillos o informales acerca de eventos adversos y analizarlos formalmente con la perspectiva de aprendizaje para la organización.

Por otra parte, la fase cualitativa del estudio mostró que el proceso de afrontamiento de la enfermera en UCI luego de un evento adverso, lo más importante es el apoyo de colegas y supervisores. Entonces, ante la percepción de gravedad del evento adverso y en el contexto del apoyo percibido por la enfermera, puede determinar como resultado para la segunda víctima el apoyo o desamparo frente a este evento adverso. Este condicionamiento para el desenlace de la segunda víctima no ha sido descrito antes en la literatura. Lo que si ha sido descrito es que el desenlace pueda estar condicionado por la gravedad del evento adverso. Así, otras investigaciones han descrito ya que la intensidad del fenómeno de segunda víctima puede estar determinada por la gravedad del evento adverso ⁽¹³³⁾

El soporte de la familia para las segundas víctimas ha sido reconocido por otras investigaciones. En nuestro estudio se manifiesta que la familia es un apoyo fundamental, pero reconocido como básico por los participantes, El sentido de recurrir a la familia, sin duda es por la cercanía el amor incondicional que entrega la familia, si bien los afectados también reconocen que muchas veces no entienden el detalle de lo ocurrido o su gravedad.

El apoyo de los pares se percibe como cercano, al compartir las mismas situaciones. A diferencia de ellos, los supervisores se perciben como más lejanos y centrados en la gestión de enfermería: Al respecto, una revisión integrativa resalta entre sus hallazgos la importancia de políticas institucionales para segundas víctimas que incluyan comunicación abierta y protocolos de actuación ⁽⁸⁰⁾.

En cuanto al soporte de la organización, nuestro estudio evidenció que las enfermeras perciben como muy pobre el apoyo de su organización. Es comprensible, ya que ni siquiera es conocido el termino de segunda víctima a nivel organizacional. En este sentido, los programas de intervención con soporte a segundas víctimas ayudan a visibilizar este fenómeno. Así, uno de los resultados de estos programas es que se conozca el termino de segunda víctima y que los usuarios de los programas recomienden el acceso al programa para ellos mismos o para sus colegas luego de un evento adverso ⁽¹²⁷⁾. Este hallazgo se repite para otro estudio en el ámbito de anestesia. En este estudio se prueba un programa de intervención para segundas víctimas y se determina que la implementación del programa no logra modificar el fenómeno de segundas víctimas, pero si produce satisfacción en los usuarios al sentirse escuchados y acompañados ⁽¹³⁴⁾. Al analizar el éxito de algunos programas de soporte como el programa de la Universidad de Missouri, vemos que luego de 5 años, empezó a ser usado para otros incidentes que causaban estrés, no relacionados con eventos adversos, por lo cual se debió limitar su uso ⁽¹³⁵⁾. Esta situación está dada por la necesidad de las enfermeras (y los profesionales en general) de ser escuchados ante hechos que les afecten en su trabajo.

Por ello, la principal fortaleza de los programas de soporte para segundas víctimas sería justamente que los profesionales puedan ser escuchados en un ambiente de seguridad, comprensión y confianza.

Una revisión de alcance reciente, que incluye las intervenciones de hospitales de Canadá, Estados Unidos, y España evidencia que los programas implementados se basan en apoyo de pares o educación proactiva del tema. Un aspecto relevante es que la mayoría de los programas explicitaban asegurar la confidencialidad de los usuarios ⁽¹³⁶⁾. Este aspecto fue revisado en la revisión sistemática realizada como inicio de esta investigación. Aquí se detalla que una de las barreras para el uso del soporte organización (además que esté disponible) es justamente la desconfianza de los profesionales en que se respete la confidencialidad del usuario. Entonces, mantener la confidencialidad de los usuarios de los programas sería otra condición para que éstos resulten exitosos.

Otro hallazgo derivado de la investigación es que, a diferencia de otros países, en Chile la ocurrencia del evento adverso se ha centrado sólo en la investigación del evento. Al consultar a las enfermeras si su hospital tiene un plan de acción ante un evento adverso un 64,6% han contestado afirmativamente. En contraste, sólo un 0,4% de los participantes afirma que hay profesionales del equipo directivo que son formados para dar apoyo a colegas ante eventos adversos.

El involucramiento de la organización en afrontar los eventos adversos desde la perspectiva de las segundas víctimas no es sólo necesario para los profesionales. También se ha demostrado que se asocia a una mejor cultura de calidad y seguridad y reduce el agotamiento emocional de los profesionales ⁽¹³⁷⁾.

Uno de los resultados llamativos es que en nuestra investigación la percepción de las enfermeras del apoyo de la organización era estadísticamente significativa diferente para cada hospital. Esto reafirma lo expuesto por otros investigadores ⁽¹³⁸⁾ que existen diferencias culturales en los hospitales y éstas podrían influir en el fenómeno de segundas víctimas. Por ello, cada hospital debería incluir la medición del fenómeno y programas de soporte locales ajustados a su propia realidad.

6.4 Implicancias para la práctica enfermera

Dentro de la práctica enfermera es de vital importancia la formación de los profesionales. Formar a un profesional en UCI requiere de tiempo, recursos y dedicación. Esto determina que sean profesionales valiosos en términos de la administración de cuidados. Uno de los aspectos importantes del fenómeno de segundas víctimas es que el profesional puede perder su autoconfianza y quedar atormentado por un tiempo variable por sentimientos de culpa y otros. En estas condiciones, el profesional puede volver a cometer un error o puede decidir abandonar la profesión o el servicio clínico en el que trabaja. Desde este punto de vista, proporcionar soporte a las enfermeras que pueden sufrir este fenómeno no es sólo un imperativo ético, sino también una estrategia que puede permitir mantener a los profesionales en la UCI.

De esta forma, las políticas enfermeras deberían estar encaminadas a hacer un cambio en el paradigma de la forma en que se estudian los eventos adversos. Por una parte, esto implica fortalecer las acciones encaminadas hacia el paciente y su familia y, por otra parte, las acciones para el soporte de los profesionales.

Así, las políticas deberían contemplar que, ante un evento adverso, sin importar su magnitud, deberían existir siempre los dos enfoques que permitan también centrarse en el profesional y permitirle aprender del error de una forma no punitiva y en un ambiente de crecimiento profesional. Este ambiente debería extenderse a otros profesionales y comenzar a ver en los errores una oportunidad única de aprendizaje y crecimiento, en el entendido que deben prevenirse.

Otro aspecto importante es que se ha evidenciado que existen diferencias en la forma que cada hospital percibe su propia cultura de calidad, con base a las normas existentes. Esto implica que cada hospital debe analizar sus propios eventos adversos y de acuerdo a ello establecer programas de soporte locales. Se aconseja

estructurar programas de apoyo de pares, favoreciendo la escucha y el acompañamiento de los profesionales que han sufrido eventos adversos.

También los supervisores deben estar preparados para la respuesta ante un evento adverso al profesional. Deben estar entrenados para dar apoyo, escuchar y guiar al profesional en una pronta recuperación. También deberían poder derivar a aquellos profesionales que los signos y síntomas sean muy intensos o duraderos con un profesional que les pueda dar mayor soporte.

Sería esperable además que se puede mantener en cada hospital un registro de la investigación de los eventos adversos junto a las acciones de apoyo a los profesionales y mantener informes que puedan permitir observar la evolución del fenómeno y el impacto que puede tener, a largo plazo, En la disminución de los eventos adversos.

6.5 Limitaciones en el estudio

El fenómeno de segundas víctimas está aún siendo estudiado ya que es un concepto relativamente nuevo. Si bien esta investigación corresponde a una investigación mixta con un estudio multicéntrico, siguen apareciendo nuevos estudios que pueden modificar o agregar aspectos no cubiertos en esta investigación. Otras limitaciones específicas del estudio son:

1.- Contempla sólo las UCI de hospitales públicos. Existen también UCI en hospitales privados en Chile. Al estar conformada la muestra por hospitales públicos no es posible generalizar los resultados a todas las UCI del país.

2.- El estudio fue realizado durante la pandemia de COVID 19 por lo cual parte de los resultados pueden estar influidos por esta variable que escapa del control del investigador.

7.- Conclusiones

Las principales conclusiones de este estudio son:

- 1.- La prevalencia del fenómeno de segunda víctima es de 67% en su dimensión psicológica entre enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile.
- 2.- Las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile viven el fenómeno de segunda víctima con mayor prevalencia en signos y síntomas psicológicos y con baja percepción de apoyo de sus hospitales.
- 3.- Existen diferencias estadísticamente significativas entre la antigüedad laboral y el hospital, y la percepción de apoyo de cada hospital para enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile.
- 4.- Las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile presentan un estrés psicológico superior al físico en el fenómeno de segunda víctima.
- 5.- Las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile consideran que el soporte mejor valorado es el de pares. El soporte de pares y jefatura determinan la posibilidad de superación del fenómeno de segundas víctimas.
- 6.- Las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile expresan que el fenómeno de segundas víctimas produce pérdida de la confianza profesional que es un precursor de nuevos eventos adversos.
- 7.- La intención de ausentismo y abandono es baja entre enfermeras que sufren el fenómeno de segundas víctimas en UCI de hospitales públicos de Chile.
- 8.- No existe relación entre el fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile y la edad, la experiencia laboral o el sexo.
- 9.- Existen diferencias individuales en la intensidad con que se vive el fenómeno de segundas víctimas entre enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile.

10.- Las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile viven el fenómeno de segundas víctimas en diferentes etapas de lo relatado en la literatura, con desenlaces de estancamiento o superación.

11.- Las vivencias de las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile como segundas víctimas están determinadas por la percepción de apoyo ante el evento adverso lo que determina el estancamiento o superación del fenómeno.

12.- El sentimiento más prevalente generado por el fenómeno de segunda víctima entre las enfermeras de UCI de hospitales públicos de Chile es la vergüenza.

8.- Referencias

- 1.- Organización mundial de la salud. Consejo ejecutivo. Calidad de la atención: seguridad del paciente.[Internet] [citado 2024 Apr 3] 2001. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB109/seb1099.pdf
- 2.- America I of M (US) C on Q of HC in, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [citado 2021 Jan 8]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
- 3.- Kruk ME, Gage AD, Joseph T, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. www.thelancet.com [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 8];392:2203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/>
- 4.- World Health Organization. Día Mundial de la Seguridad Del Paciente [Internet]. [citado 2024 Apr 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day>
- 5.- NAHQ. About NAHQ L NAHQ [Internet].2023 [citado 2024 Apr 3]. Disponible en: <https://nahq.org/about-nahq/>
- 6.- Ministerio de Sanidad- Áreas- Calidad asistencial.Calidad Asistencial [Internet]. [citado 2024 Apr 3]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/home.htm>
- 7.- Ministerio de salud-Gobierno de Chile. Marco legal Y normativo [Internet]. citado 2024 Apr 3]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/seguridad-y-calidad-de-la-atencion-marco-legal/>
- 8.- Revuelta, R. Mingorance, M.J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Definición e importancia del problema. 2011. Enfermería del trabajo. 1 (1).221-228

9.- Labrague LJ, de los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. Journal of Nursing Management [Internet]. 2020 Nov 4 [citado 2022 Jan 8];28(8):2257–65. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12894>

10.- Organización Mundial de la Salud. Sistemas de notificación y aprendizaje sobre errores de medicación: el papel de los centros de farmacovigilancia. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [citado 1 Mayo 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276898/9789243507941-spa.pdf?ua=1>

11.- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008 Jun;17(3):216-23. doi: 10.1136/qshc.2007.023622.

12.- Health Care Quality Indicators : Patient Safety [Internet]. [citado 2021 Jan 8]. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>

13.- Ministerio de sanidad y consumo. Secretaria General de sanidad. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. [Internet] [citado Apr 3 2024] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/ENEAS.pdf>

14.- OECD iLibrary | The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. [citado 2021 Jan 8]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en

15.- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, Sarabia O, Inga R, Santivañez A, Gonseth-García J, Larizgoitia-Jauregui I, Agra-Varela Y, Terol-García E. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia

de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [IBEAS design: adverse events prevalence in Latin American hospitals]. Rev Calid Asist. 2011 May-Jun;26(3):194-200. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2010.12.001.

16.- Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso Á, Gutiérrez I; SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. Int J Qual Health Care. 2012 Apr;24(2):105-13.

17.- Araujo-Rosero , L. Guerrero-Lasso, P. Matabanchoy-Tulcán, S. Bastidas-Jurado C. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. Univ. Salud [Internet]. 2021 Dec [citADO 2024 Apr 03] ; 23(3 Suppl 1): 351-365. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000400351&lng=en. Epub Dec 03, 2021. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.249>.

18.- Superintendencia de Salud de Chile. Estudio de incidencia de eventos adversos del Hospital Padre Hurtado. 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-5647_HPH_Estudio.pdf

19.- Lancis-Sepúlveda ML, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. Revista de Calidad Asistencial. 2014;29(2):78–83.

20.- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2021 Jan 8];31(2):150–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.015>

21.- Aebc S, Mfp B, Françolin L, Silvia Gabriel C, Bernardes A, Elisa Bauer de Camargo Silva A, et al. Patient safety management from the perspective of nurses * Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros Gestión de la seguridad del paciente bajo el punto de vista de los enfermeros. Rev Esc Enferm USP · [Internet]. 2015 [citado 2021 Jan 8];49(2):275–81. Disponible en: www.ee.usp.br/reeuspwww.ee.usp.br/reeusp

- 22.- Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Human error, patient safety and medical training. *Educacion Medica*. 2019 Mar 1;20:169–74.
- 23.- Santos MM. A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica [Internet]. Vol. 1, Congresso Internacional de Enfermagem. 2017 Dec [citado 2021 Jan 8]. Disponible en: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5565>
- 24.- Aranaz, J. Limón, R. Aibar, C. Gea- Velasquez, M. Bolúmar, F. Hernandez-Aguado, I. Lopez, N. et al. Comparison of two methods to estimate adverse events in the IBEAS Study (Ibero-American study of adverse events): cross-sectional versus retrospective cohort design. *BMJ Open* 2017. 7: e016546. doi:10.1136/bmjopen-2017-016546
- 25.- Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad; 2016 [citado 1 Mayo 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- 26.- Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández-Martínez B, Ordóñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria [Identification of sentinel events in primary care]. *Rev Calid Asist*. 2017 Sep-Oct;32(5):269-277. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2017.03.003
- 27.- Ley 20584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [en línea]. Chile: Ministerio de Salud y Subsecretaria de salud Pública; 2012 [Citado 25 de mayo del 2020]. URL disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&idVersion=2012-10-01>
- 28.- Superintendencia de Salud: Seguridad del paciente y Calidad de la Atención para ser aplicados por los Prestadores Institucionales Públicos y Privados.

Resolución exenta 1031. Set 19 [citado 19 Septiembre 2019] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html>

29.- Ministerio de salud- Gobierno de Chile. Norma técnica N°154 Sobre programa nacional de calidad y seguridad clínica. [Internet] [citado Apr 3 2024] Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Norma-T%C3%A9cnica-N%C2%B0154.pdf>

30.- Marfán L. Pedemonte J. Sandoval D. Ferdinand C. Camus L. Lacassie H. De la anestesia a la seguridad de la atención: experiencia de 6 años en el análisis de reportes de incidentes en un hospital universitario. Rev. méd. Chile .2017. 145(4): 441-448.

31.- Intendencia de Prestadores de Salud. Unidad Técnica Asesora. Sistemas de vigilancia y notificación de Eventos Adversos. Nota Técnica. [Internet]. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud. 2011. [Citado 30 abril 2020] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-6921_recurso_1.pdf

32.- Resolución Exenta N° 1031 - Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [Internet]. [citado 2021 Jan 8]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html>

33.- Ribeiro G da SR, Silva RC da, Ferreira M de A. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing [Internet]. Vol. 69, Revista brasileira de enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem; 2016 [citado 2021 Jan 8]. p. 972–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>

34.- Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: Impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cadernos de Saude Publica [Internet]. 2016 Oct 1 [citado 2021 Jan 8];32(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

35.- Faisy C, Davagnar C, Ladiray D, Djadi-Prat J, Esvan M, Lenain E, et al. Nurse workload and inexperienced medical staff members are associated with seasonal peaks in severe adverse events in the adult medical intensive care unit: A seven-

year prospective study. International Journal of Nursing Studies. 2016 Oct 1;62:60–70.

36.- Gonçalves LA, Andolhe R, de Oliveira EM, Barbosa RL, Faro ACM e., Gallottia RMD, et al. Nursing allocation and adverse events/incidents in intensive care units. Revista da Escola de Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2021 Jan 8];46(SPL. ISS.):71–7. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp/

37.- Denham, Ch. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. J Patient Saf 2007. 3(2): 107-119

38.- Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care:current perspectives. Adv Med Educ Pract 2019 Aug 12;10:593e603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>.

39.- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, Silvestre C, Olivera G, Zavala E, Nuño-Solinís R, Maderuelo-Fernández JÁ, Vitaller J, Astier P; Research Group on Second and Third Victims. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Serv Res. 2015 Aug 22;15:341. doi: 10.1186/s12913-015-0994-x.

40.- Kobe C, Blouin S, Moltzan C, Koul R. The second victim phenomenon: perspective of Canadian radiation therapists. J Med Imaging Radiat Sci.2019;50(1):87-97. doi:10.1016/j.jmir.2018.07.004

41.- Elizabeth MJ. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. Nurs Manag (Harrow). 2019;26(6):36-43. doi:10.7748/nm.2019.e1872

42.- Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):726-7. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726.

43.- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. [citado 2021 Jan 8]; Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/>

- 44.- Seys D, Wu AW, Gerven E van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review [Internet]. Vol. 36, Evaluation and the Health Professions. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 2013 [cited 2021 Jan 8]. p. 135–62. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278712458918>
- 45.- Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term “second victim” [Internet]. Vol. 364, BMJ (Online). BMJ Publishing Group; 2019 [cited 2021 Jan 8]. Available from: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l1233>
- 46.- Mohamadi-Bolbanabad A, Moradi G, Piroozi B, Safari H, Asadi H, Nasser K, et al. The second victims’ experience and related factors among medical staff. International Journal of Workplace Health Management. 2019 Jun 3;12(3):134–45
- 47.- Lewis EJ, Baernholdt MB, Yan G, Guterbock TG. Relationship of Adverse Events and Support to RN Burnout. Journal of Nursing Care Quality [Internet]. 2015 Dec 1 [citado 2021 Jan 8];30(2):144–52. Disponible en: <http://journals.lww.com/00001786-201504000-00009>
- 48.- Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, Kamogawa M, Yoshihara S, Sakuramoto H. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. PLoS One. 2023 Oct 3;18(10):e0292108. doi: 10.1371/journal.pone.0292108. PMID: 37788270; PMCID: PMC10547210
- 49.- Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVESST). J Patient Saf. 2021 Dec 1;17(8):e1401-e1405. doi: 10.1097/PTS.0000000000000497.
- 50.- Jimenez, E. Alayola, A. Mancebo, A. Campos, M. Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. 2018. Revista Conamed. 23(2):66-72
- 51.- Mallea- Salazar, F. Ibaceta-Reinoso, I. Vejar-Reyes, C. Segundas víctimas: Calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias de evento adverso. 2021.Revista chilena de salud pública. 25(1): 76-85

- 52.- Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):11. doi:10.1186/s12995-021-00300-8
- 53.- Bohomol E. Nurses as second victims: a Brazilian perspective. *Nurs Health Sci*. 2019;21(4):538-539. doi:10.1111/nhs.12630
- 54.- Castel ES, Ginsburg LR, Zaheer S, Tamim H. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 Aug 14 [citado 2021 Jan 9];15(1):326. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0987-9>
- 55.- Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2011;121(4):101–7.
- 56.- Gupta B, Guleria K, Arora R. Patient safety in obstetrics and gynecology departments of two teaching hospitals in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine* [Internet]. 2016 Jul 1 [citado 2021 Jan 9];41(3):235–40. Disponible en: pmc/articles/PMC4919939/?report=abstract
- 57.- Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jan 9];13(2):93–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25162208/>
- 58.- Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf*. 2020 Sep;16(3):179-186. doi: 10.1097/PTS.0000000000000466.

- 59.- Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric Testing of the Chinese Version of Second Victim Experience and Support Tool. *J Patient Saf.* 2020 Mar 24. doi: 10.1097/PTS.0000000000000674
- 60.- Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, Gerhardt CA. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Patient Saf.* 2020 Mar 13. doi: 10.1097/PTS.0000000000000659.
- 61.- Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and validation of the Malay revised second victim experience and support tool (M-SVEST-R) among healthcare workers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2045
- 62.- Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2021 Mar 1:S1130-8621(21)00030-9. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.042.
- 63.- Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second victim experience and support tool: an assessment of psychometric properties of Italian version. *J Patient Saf.* 2022;18(2):111-118. doi:10.1097/PTS.0000000000000825
- 64.- Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushuven S. Validation of the German version of the second victim experience and support tool-revised. *J Patient Saf.* 2022;18(3):182-192. doi:10.1097/PTS.0000000000000886
- 65.- Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, Schrøder K. Validation of the Danish version of the second victim experience and support tool. *Scand J Public Health.* 2021;50:497-506. doi:10.1177/14034948211004801
- 66.- Stovall M, Hansen L, van Ryn M. A critical review: moral injury in nurses in the aftermath of a patient safety incident. *J Nurs Scholarsh* 2020 May;52(3): 320e8. <https://doi.org/10.1111/jnu.12551>. PMID 32222036.

- 67.- Riegel M, Klemm V, Bushuven S, Strametz R. Self-Stigmatization of Healthcare Workers in Intensive Care, Acute, and Emergency Medicine. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 28;19(21):14038. doi: 10.3390/ijerph192114038.
- 68.- Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, Albendín-García L. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 30;18(21):11432. doi: 10.3390/ijerph182111432.
- 69.- Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, Lee SI. Physicians' Difficulties Due to Patient Safety Incidents in Korea: a Cross-Sectional Study. *J Korean Med Sci*. 2020 May 4;35(17):e118. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e118
- 70.- Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. 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* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Jan 8];9(7):e029923. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
- 71.- Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review [Internet]. Vol. 48, *Scandinavian Journal of Public Health*. SAGE Publications Ltd; 2020 [cited 2021 Jan 8]. p. 629–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31405351/>
- 72.- Rivera-Chiauzzi E, Finney RE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Torbenson VE, Allyse MA. Understanding the Second Victim Experience Among Multidisciplinary Providers in Obstetrics and Gynecology. *J Patient Saf*. 2022 Mar 1;18(2):e463-e469. doi: 10.1097/PTS.0000000000000850.
- 73.- Wolf M, Smith K, Basu M, Heiss K. The Prevalence of Second Victim Syndrome and Emotional Distress in Pediatric Intensive Care Providers. *J Pediatr Intensive Care*. 2021 Jul 1;12(2):125-130. doi: 10.1055/s-0041-1731666.
- 74.- Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim

among Spanish midwives and obstetricians. *Nurs Open*. 2022 Sep;9(5):2356-2369. doi: 10.1002/nop2.1249.

75.- Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2021 Jan 8];54(4):402–9. Available from: <http://www.jem-journal.com/article/S0736467917311678/fulltext>

76.- Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 Sep 30;6(9):e011708. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011708.

77.- Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, Scott SD. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatr Qual Saf*. 2017 Jun 21;2(4):e031. doi: 10.1097/pq9.0000000000000031.

78.- Second Victim Support—the forYOU Team Model. 24th Annual National Forum of Quality Improvement in Health Care—Institute for Health Care Improvement (IHI). Orlando, Fla: December 10, 2012.

79.- Finney RE, Jacob A, Johnson J, Messner H, Pulos B, Sviggum H. Implementation of a Second Victim Peer Support Program in a Large Anesthesia Department. *AANA J*. 2021 Jun;89(3):235-244.

80.- Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, Turunen H, Tella S. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 30;17(13):4717. doi: 10.3390/ijerph17134717.

81.- Bleazard M. CLINICAL NURSE SPECIALIST PRACTICE INTERVENTIONS FOR SECOND VICTIMS OF ADVERSE PATIENT EVENTS. *Clinical Nurse Specialist* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Jan 9];33(4):167–76. Available from: <http://journals.lww.com/00002800-201907000-00007>

- 82.- Mokhtari Z, Hosseini MA, Khankeh HR, Fallahi-Khoshknab M, Nasrabadi AN. Barriers to support nurses as second victim of medical errors: A qualitative study. *Australasian Medical Journal*. 2018;11(12).
- 83.- Creswell, J. & Plano, V. *Designing and conducting Mixed Methods Research*. 2007. 3ra. Ed. Thousand Oaks.
- 84.- Ministerio de Salud Chile, Departamento de estadísticas e información de salud. Atención de la red asistencial. [Internet] citado [26 junio 2020] disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-redpublica/>
- 85.- Saez, E. Herrera, A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. 2004. *Rev chilena de medicina intensiva*. 19(4): 209-223.
- 86.- Grupo de investigación segundas y terceras víctimas. 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. [Internet] 2015. Madrid, España. Disponible en: https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
- 87.- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. 1994. (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- 88.- Guba, E. Lincoln, Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Martínez de Castro, I. editor. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. El colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora 2002. 113-145
- 89.- Do Prado, L. De Souza, L. Monticelli, M. Cometto, MC. Gómez, P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Organización Mundial de la Salud, serie Paltext. Washington, 2015. 4-10
- 90.- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: www.editorialudea.com

- 91.- Rodríguez, G. Gil, J. García, E. Metodología de la investigación cualitativa. 1996. Ed. Aljibe. Pág. 41
- 92.- Sign in to Sonix: the best automated transcription service in 2021 [internet].Sonix. Available from: https://my.sonix.ai/accounts/sign_in.
- 93.- Halliday M, Mill D, Johnson J, Lee K. Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. Res Soc Adm Pharm 2021;17(12):2145e50. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003>. PMID 33653681.
- 94.- Atlas.ti. Atlas.ti scientific software development GmbH. Qualitative data analysis. 2018. Version 8.0. Berlin.
- 95.- Calderón, C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. 2002. Revista española de salud pública. 76, 473-482
- 96.- Lincoln, Y. Guba, E. Naturalistic Inquiry. 1985. Newbury Park: Sage.
- 97.- Calderón, C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. 2009. Forum: Qualitative Social Research. 10(2) Art 17.
- 98.- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N. Rojas, J. Rebolledo-Malpica, D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 June 12] ; 12(3): 263-274. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en
- 99.- Castillo, E. Vásquez, M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa.2003. Colombia médica, 34(003) 164-167.
- 100.- Johnson S, Rasulova S. Qualitative impact evaluation: incorporating authenticity into the assessment of rigour. Centre for Development Studies, University of Bath. 2016 Mar. (Bath Papers in International Development and Wellbeing; 45).

- 101.- Ley-20120 22-SEP-2006 MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>
- 102.- Ley-19628 28-AGO-1999 MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
- 103.- Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 9]. Available from: www.paho.org/permissions
- 104.- Emanuel, E. In. Pellegrini Filho, Alberto; Macklin, Ruth. Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional. Santiago, Organización Panamericana de la Salud, oct. 1999. p.33-46, tab. (Serie Publicaciones, 1999).
- 105.- Código ético CIE – Gestión de Enfermería [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://www.gestiondeenfermeria.com/acerca-de/codigo-deontologico/cod-cie/>
- 106.- CODIGO DE ETICA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE - PDF Free Download [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from: <https://docplayer.es/51054844-Codigo-de-etica-del-colegio-de-enfermeras-de-chile.html>
- 107.- Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F. Emergency Nurses as Second Victims of Error: A Qualitative Study. Adv Emerg Nurs J. 2017 Jan/Mar;39(1):68-76. doi: 10.1097/TME.000000000000133. PMID: 28141612.
- 108.- Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He HG, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. Nurs Health Sci. 2018 Jun;20(2):165-172. doi: 10.1111/nhs.12397. Epub 2017 Dec 12. PMID: 29235228.

- 109.- Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Healthcare professional as second victim in healthcare injuries. *Med Clin (Barc)*. 2020 Feb 14;154(3):98-100. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2019.09.005. Epub 2019 Nov 25. PMID: 31780216.
- 110.- Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, Gerhardt CA. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Patient Saf*. 2020 Mar 13. doi: 10.1097/PTS.0000000000000659.
- 111.- Kaur AP, Levinson AT, Monteiro JFG, Carino GP. The impact of errors on healthcare professionals in the critical care setting. *J Crit Care*. 2019 Aug;52:16-21. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.03.001. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30951924.
- 112.- McDaniel LR, Morris C. The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *J Midwifery Womens Health*. 2020 Jul;65(4):503-511. doi: 10.1111/jmwh.13092. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32293795
- 113.- Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, Rivera-Chiauzzi EY. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *J Nurs Manag*. 2021 May;29(4):642-652. doi: 10.1111/jonm.13198. Epub 2020 Nov 18. PMID: 33113207; PMCID: PMC8079544.
- 114.- Marung H, Strametz R, Roesner H, Reifferscheid F, Petzina R, Klemm V, Trifunovic-Koenig M, Bushuven S. Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 28;20(5):4267. doi: 10.3390/ijerph20054267. PMID: 36901278; PMCID: PMC10001835.
- 115.- Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second" victim. *Nurs Forum*. 2012 Oct-Dec;47(4):286-91. doi: 10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x. PMID: 23127243.
- 116.- Kober J, Abello L. Gender differences within healthcare professionals as second victims. *Med Clin (Barc)*. 2021 Jun 25;156(12):634-635. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2020.04.036. Epub 2020 Jul 19. PMID: 32693923.

- 117.- Kim SA, Kim EM, Lee JR. Causes of Nurses' Second Victim Distress: An Objective Analysis. *Qual Manag Health Care*. 2022 Jul-Sep 01;31(3):122-129. doi: 10.1097/QMH.0000000000000330. Epub 2022 May 10. PMID: 35544767
- 118.- Koca A, Elhan AH, Genç S, Oğuz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the Turkish version of the second victim experience and Support Tool (T-SVEST). *Heliyon*. 2022;8(9):e10553. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10553>
- 119.- Sharif-Nia H, Hanifi N. Psychometric properties of the Persian version of the Second Victim Experience and Support Instrument. *Nurs Open*. 2023 Jul;10(7):4647-4655. doi: 10.1002/nop2.1713. Epub 2023 Apr 9. PMID: 37032535; PMCID: PMC10277394.
- 120.- Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *J Patient Saf*. 2020 Jun;16(2):e51-e60. doi: 10.1097/PTS.0000000000000661. PMID: 32168267.
- 121.- Yan L, Tan J, Chen H, Yao L, Li Y, Zhao Q, Xiao M. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Apr;58(2):733-743. doi: 10.1111/ppc.12843. Epub 2021 May 16. PMID: 33993485
- 122.- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Olivera G, Iglesias F, Zavala E, Maderuelo-Fernández JÁ, Vitaller J, Nuño-Solinís R, Astier P; Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015 Apr 9;15:151. doi: 10.1186/s12913-015-0790-7. PMID: 25886369; PMCID: PMC4394595.
- 123.- Harrington MO, Cairney SA. Sleep Loss Gives Rise to Intrusive Thoughts. *Trends Cogn Sci*. 2021 Jun;25(6):434-436. doi: 10.1016/j.tics.2021.03.001. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33727016.

- 124.- Daniels RG, McCorkle R. Design of an Evidence-Based "Second Victim" Curriculum for Nurse Anesthetists. *AANA J.* 2016 Apr;84(2):107-13. PMID: 27311151.
- 125.- Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012 May;38(5):235-40, 193. doi: 10.1016/s1553-7250(12)38030-6. PMID: 22649864
- 126.- White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: is "just culture" a reality?An integrative review. *Appl Nurs Res* 2020 Dec;56:151319. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151319>.
- 127.- Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, et al. Evaluation of a second victim peer support program on perceptions of second victim experiences and supportive resources in pediatric clinical specialties using the second victim experience and support tool (SVEST). *J Pediatr Nurs* 2021 Nov-Dec;61:312e7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.023>.
- 128.- Feeser VR, Jackson AK, Savage NM, Layng TA, Senn RK, Dhindsa HS, Santen SA, Hemphill RR. When Safety Event Reporting Is Seen as Punitive: "I've Been PSN-ed!". *Ann Emerg Med.* 2021 Apr;77(4):449-458. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.06.048.
- 129.- Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016 Aug;42(8):377-86. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42053-2. PMID: 27456420; PMCID: PMC5333492.
- 130.- Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2017 Sep;15(9):2333-2364. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003254. PMID: 28902699.
- 131.- Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual.* 2013 Apr-Jun;28(2):153-61. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1. PMID: 23222195.

- 132.- Tamburri LM. Creating Healthy Work Environments for Second Victims of Adverse Events. AACN Adv Crit Care. 2017 Winter;28(4):366-374. doi: 10.4037/aacnacc2017996. PMID: 29212644
- 133.- Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee H. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. J Adv Nurs. 2022 Sep;78(9):2872-2883. doi: 10.1111/jan.15221.
- 134.- Thompson M, Hunnicutt R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN. Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. J Perianesth Nurs. 2022 Apr;37(2):167-173.e1. doi: 10.1016/j.jopan.2021.05.005.
- 135.- Stone M. Second victim support programs for healthcare organizations. Nurs Manage. 2020 Jun;51(6):38-45. doi: 10.1097/01.NUMA.0000662664.90688.1d.
- 136.- Wade L, Fitzpatrick E, Williams N, Parker R, Hurley KF. Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study. J Patient Saf. 2022 Jan 1;18(1):e61-e72. doi: 10.1097/PTS.0000000000000704.
- 137.- Sexton JB, Adair KC, Profit J, Milne J, McCulloh M, Scott S, Frankel A. Perceptions of Institutional Support for "Second Victims" Are Associated with Safety Culture and Workforce Well-Being. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2021 May;47(5):306-312. doi: 10.1016/j.jcjq.2020.12.001.
- 138.- ALFadhalah T, Elamir H. Organizational culture, quality of care and leadership style in government general hospitals in Kuwait: a multimethod study. J Healthc Leadersh. 2021;13:243-254. doi:10.2147/JHL.S333933

9.- Anexos

9.1 Anexo encuesta datos sociodemográficos

1.- Región de Chile a la que pertenece:

--- XV Arica y Parinacota

--- I Tarapacá

--- II Antofagasta

--- III Atacama

--- IV Coquimbo

--- V Valparaíso

--- Región metropolitana

--- VI O'Higgins

--- VII Maule

--- XVI Ñuble

--- VIII Bio Bío

--- IX Araucanía

--- XIV Los Ríos

--- X Los Lagos

--- XI Aysén

--- XII Magallanes

3.- Número de camas UCI adulto que tiene su unidad_____

4.- Número de camas ocupadas de su unidad al responder el instrumento_____

5.- Sexo:

--- mujer

---- hombre

6.-Edad en años

---20 a 25

---26 a 30

---31 a 35

---36 a 40

---41 a 45

--- 46 a 50

--- más de 51

7.- ¿Hace cuánto que trabaja en unidad de cuidados intensivos adulto?

---- menos de 6 meses

----- 6meses hasta 1 año

----- 1 hasta 2 años

----- 2 hasta 3 años

----- más de 3 años

8.- ¿Conoce el término **segunda víctima**?

---- si

----- no

9.- ¿Ha experimentado alguna vez en la atención de pacientes un error de medicación? (con o sin daño al paciente)

----Si

-----no

10.- ¿Ha experimentado alguna vez en atención de pacientes un **evento adverso** (caída de pacientes, error en identificación de paciente para un procedimiento, error en administración de hemoderivados u otro) que haya significado un daño para el paciente? (sin importar el tipo o la gravedad del daño)

---sí

---no

11.- Si respondió si a la pregunta 9 ó 10, hace cuánto tiempo fue?

---- menos de un año

---entre uno y 3 años

---- más de 3 años

---- no recuerda

8.- Si contesto sí a la pregunta 9 ó 10: ¿Informó a alguien (jefatura, colega, reporte anónimo, reporte en plataforma o intranet, o cualquier otro) de este error?

----sí

----no

Si alguna vez vivió la experiencia de un error en la atención (contesto si en preguntas 9 ó 10) continúe con las siguientes preguntas. En el caso de que no lo haya experimentado, no conteste el siguiente instrumento. Instrumento SVES

9.2 Instrumento SVEST

Para las siguientes afirmaciones por favor responda marcando en qué medida Ud. está o no de acuerdo considerando la siguiente escala de 1 a 5

1: muy en desacuerdo

2: En desacuerdo

3: ni de acuerdo ni en desacuerdo

4: de acuerdo

5: muy de acuerdo.

Frente al evento adverso Ud. experimentó:

1.- Sentí vergüenza por ese incidente	1	2	3	4	5
2.- Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo algún incidente	1	2	3	4	5
3.- Me sentí triste por la experiencia frente al evento	1	2	3	4	5
4.- Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	1	2	3	4	5
5.- El stress que me provocó fue agotador	1	2	3	4	5
6.- Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	1	2	3	4	5
7.- La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas, etc.)	1	2	3	4	5
8.- Pasar por estas situaciones me afectó el apetito	1	2	3	4	5
9.- Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme.	1	2	3	4	5
10.- Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio	1	2	3	4	5
11.- Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó	1	2	3	4	5
12.- Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores	1	2	3	4	5
13.- mis colegas fueron indiferentes a lo que sucedió	1	2	3	4	5
14.- Mi supervisor actúa para resolver la situación	1	2	3	4	5
15.- Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas.	1	2	3	4	5

16.- Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	1	2	3	4	5
17.- Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	1	2	3	4	5
18.- Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	1	2	3	4	5
19.- Mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias	1	2	3	4	5
20.- Cuando me equivoqué busque a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional	1	2	3	4	5
21.- El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
22.- Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
23.- Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	1	2	3	4	5
24.- Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	1	2	3	4	5
25.- Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
26.- Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1	2	3	4	5
27.- En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	1	2	3	4	5
28.- Mi experiencia con un evento adverso o error, ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1	2	3	4	5
29.- Me hubiese gustado tomarme un o unos día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5

9.3 Checklist sobre cultura de seguridad y política institucional

Checklist actuaciones recomendadas relacionadas con cultura de seguridad y política institucional; conteste sí o no en cada afirmación, de acuerdo a la realidad de su hospital.

- | | | |
|--|----|----|
| • Existe un argumento consensuado acerca de cómo emitir una disculpa al paciente | si | no |
| • Existen recomendaciones para asegurar transparencia y preservar la seguridad jurídica de los profesionales | si | no |
| • Se incluye en planes de formación del personal talleres sobre información al paciente víctima de un EA y sobre la actuación que en la institución debe llevarse a cabo en caso de EA | si | no |
| • Existe un plan de actuación tras EA | si | no |
| • Se difunde entre los profesionales los procedimientos de actuación en caso de EA con consecuencias graves y muy graves | si | no |
| • Se han asignado responsables claves para asegurar que las actividades se completan y realizan adecuadamente. | si | no |
| • Se evalúa periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de EA | si | no |
| • Se entrena en los Servicios y Unidades asistenciales a profesionales que puedan servir de apoyo en un primer momento a otro colega que sufre como segunda víctima | si | no |
| • Se entrena a profesionales para que puedan prestar apoyo a posibles colegas implicados en un EA y que integren un equipo para el manejo de situaciones de crisis | si | no |

- | | |
|--|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Se entrena a profesionales que hayan sido segundas víctimas para que sean apoyo de otros colegas en esta situación | <div>si</div> <div>no</div> |
|--|-----------------------------|

9.4 Consentimiento informado fase cuantitativa

____ Folio

Consentimiento Informado

Fase cuantitativa

Mediante este documento Ud. ha sido invitada(o) a participar de la investigación: **“El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto”** cuya autora principal es la enfermera matrona, docente de la Universidad San Sebastián, magíster en ciencias médicas y candidato a doctor por la Universidad de Barcelona Maria Soledad Kappes.

Este proyecto de investigación se realiza en el marco de tesis doctoral del Programa Enfermería y salud del cual la Sra. Kappes forma parte. Las directoras de tesis de este proyecto son la Dra. Pilar Delgado Hito, Vicerectora de la Universidad de Barcelona y Dra. Marta Romero García, Vicedecana de la Facultat de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Los objetivos de la investigación son: Determinar el nivel de experiencia y apoyo para segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos de Chile describir la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos de Chile. Se justifica la realización de este estudio ya que sabemos que la ocurrencia de eventos adversos en las Unidades de cuidados intensivos es un problema de salud pública, pero se desconoce en Chile los efectos que estos eventos producen en las enfermeras(os).

La duración total de la investigación se estima en 16 meses, la duración de esta primera fase cuantitativa es de 8 meses. Para ello esta investigación se realizará en dos fases. En esta primera fase se solicita su participación voluntaria para responder dos instrumentos. Para ello en común acuerdo con la enfermera jefe de su unidad se les enviará un video explicativo con lo que conocemos acerca del tema de las

segundas víctimas y el detalle de este estudio. Este video puede ser compartido en una reunión o en forma individual a cada enfermera. Los consentimientos se les harán llegar por correo postal, y luego serán recogidos de la misma forma.

Aquellas personas que deseen participar y firmen el consentimiento recibirán por correo electrónico los instrumentos. El primer instrumento contiene datos sociodemográficos y algunas preguntas acerca de su experiencia en eventos adversos durante su ejercicio profesional. El segundo instrumento ha sido validado internacionalmente y consiste en preguntas acerca de la forma en que ha enfrentado eventos adversos y sus consecuencias. La respuesta de ambos instrumentos le tomará aproximadamente 20 minutos y sólo deben marcar la respuesta que les parece correcta en cada caso planteado. En esta fase de la investigación, sólo se le solicitará su participación en la respuesta de los instrumentos antes mencionados.

Los beneficios esperados de esta investigación es describir el fenómeno de segundas víctimas en nuestro País y poner esta información a disposición de las autoridades de cada centro para que se puedan realizar estrategias de apoyo a los profesionales que sufren este fenómeno. Junto a los resultados del estudio se entregará un resumen de las estrategias que han implementado otros Países para afrontar con éxito este fenómeno.

El riesgo de sufrir algún síntoma negativo psicológico al recordar experiencias vividas en eventos adversos ha sido considerado en esta investigación y por ello se deja a disposición de los participantes dos psicólogos con experiencia en la entrega de primeros auxilios psicológicos durante todo el proceso. Cada participante puede libremente contactar a la Sra. Patricia Von Freeden correo: pvonfreeden@gmail.com ; patricia.vonfreeden@uss.cl celular: +569 66298507 o al Sr. Daniel Palma Burgos correo: d.f.palma@gmail.com celular: +56999647616, sin ningún costo para el participante.

Si el participante desea puede escribir a la autora al correo mkappera12@alumnes.ub.edu o al celular +56982190868 ante cualquier duda metodológica del proyecto o bien si desea ver el C.V. de la investigadora o de los psicólogos para contacto. Además, puede consultar dudas sobre los derechos al

participar en una investigación solicitando a la presidenta del CEC la información requerida, al correo alejandrina.arratia@uss.cl fono 22 260 6503

La participación en este estudio no tiene ningún beneficio económico, sólo el beneficio social que la investigación puede aportar.

Se deja constancia de la absoluta confidencialidad con que se tratarán los datos obtenidos de esta investigación, según ley 19628, donde se mantendrá el anonimato y sólo se podrán difundir los resultados generales para fines de investigación como publicaciones científicas o presentaciones en congresos. La información de esta investigación será resguardada por la investigadora en computador personal con clave.

Los resultados de esta investigación estarán disponibles a todos los participantes ya que se harán llegar a la unidad de cuidados intensivos en la cual Ud. trabaja y tendrá una copia disponible en su correo personal.

Si luego de terminada la primera fase del estudio, Ud. es elegible para la segunda fase se le contactará nuevamente y se le presentará un nuevo consentimiento informado para su eventual participación en la fase cualitativa del estudio.

Se deja constancia que el participante firma en dos copias este consentimiento, una de las cuales puede conservar.

Acepto participar de esta investigación:

----- Si _____ correo electrónico para recibir los instrumentos

----- No

9.5 Consentimiento informado fase cualitativa

____Folio

Consentimiento informado

Fase cualitativa

Ud. ha sido seleccionado(a) para participar de la segunda fase del estudio: **“El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto”** cuya autora principal es la enfermera matrona, docente de la Universidad San Sebastián, magíster en ciencias médicas y candidato a doctor por la Universidad de Barcelona Maria Soledad Kappes. Este proyecto de investigación se realiza en el marco de tesis doctoral del Programa Enfermería y salud del cual la Sra. Kappes forma parte. Las directoras de tesis de este proyecto son la Dra. Pilar Delgado Hito, Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad de Barcelona y Dra. Marta Romero García, docente del programa de doctorado de la Universidad de Barcelona. En esta segunda de la investigación el objetivo es describir la trayectoria natural de recuperación de afrontamiento de segundas víctimas en enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos de Chile. Para ello, aquellos participantes que acepten se les hará una entrevista, a cargo de la investigadora principal Maria Soledad Kappes, de una hora de duración la cual será grabada. Esta grabación sólo pretende poder analizar el discurso del participante y ser fiel a lo que ha contestado en cada pregunta. La entrevista se llevará a cabo en su lugar de trabajo, a no ser que el participante prefiera que se efectúe en otro lugar. Las preguntas de la entrevista se refieren sólo a la experiencia que el participante ha tenido en eventos adversos, no se registrará nombre ni datos personales del entrevistado.

Los beneficios esperados de esta investigación es describir el fenómeno de segundas víctimas en nuestro País y poner esta información a disposición de las

autoridades de cada centro para que se puedan realizar estrategias de apoyo a los profesionales que sufren este fenómeno. El riesgo de sufrir algún síntoma negativo psicológico al recordar experiencias vividas en eventos adversos ha sido considerado en esta investigación y por ello se deja a disposición de los participantes dos psicólogos con experiencia en la entrega de primeros auxilios psicológicos durante todo el proceso. Cada participante puede libremente contactar a la Sra. Patricia Von Freeden correo: pvonfreeden@gmail.com; patricia.vonfreeden@uss.cl celular: +569 66298507 o al Sr. Daniel Palma Burgos correo: d.f.palma@gmail.com celular: +56999647616, sin ningún costo para el participante. Si el participante desea puede escribir a la autora al correo mkappera12@alumnes.ub.edu o al celular +56982190868 ante cualquier duda metodológica del proyecto o bien si desea ver el C.V. de la investigadora o de los psicólogos para contacto.

La participación en este estudio no tiene ningún beneficio económico, sólo el beneficio social que la investigación puede aportar.

Los resultados de esta investigación estarán disponibles a todos los participantes ya que se harán llegar a la unidad de cuidados intensivos en la cual Ud. trabaja.

Se deja constancia que el participante firma en dos copias este consentimiento, una de las cuales puede conservar.

Acepto participar de esta investigación:

----- Si

----- No

9.6 Actas de aprobación comités ético-científicos

ACTA DE REVISIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nº 137, Versión 3

De : Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios

Para : Maria Soledad Kappes Ramírez, Shirley Rustom Cárdenas, Marta Romero García, Maria Pilar Delgado Hito.

Protocolo : El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto

Fecha de revisión : 8 septiembre 2022

Fecha de emisión : 9 de septiembre 2022

Estimado Investigador Responsable, Shirley Rustom Cárdenas:

Informamos a usted que el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios acreditado por la autoridad sanitaria, Resolución Exenta Nº 024667, de fecha 30 de octubre de 2019, ha efectuado la revisión de su Protocolo de Investigación denominado "El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto", en sesión centésima trigésima cuarta, la que se realizó en modalidad presencial.

La resolución del Comité Ético Científico realizado en base a los documentos presentados ha resultado: **APROBAR SU INVESTIGACION** - . La presente acta Nº 137 versión 3, reemplaza el acta Nº 137 versión 2 emitida el 29 de agosto 2022, dejando esta última sin efecto.

Se analizó y aprobó el proyecto en base a los siguientes documentos:

- 1) Formulario B: Presentación de Estudios Científicos en el Hospital San Juan de Dios por interesados que no pertenecen a la Industria Farmacéutica.
- 2) Protocolo de Investigación denominado: "El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto"
- 3) Resumen Ejecutivo Dirección Hospital San Juan de Dios.
- 4) Consentimiento informado cuantitativo.
- 5) Consentimiento informado cualitativo.

- 6) Carta de compromiso del Investigador: Shirley Ruston Cárdenas
- 7) Factibilidad de Jefatura
- 8) Curriculum Vitae Investigador Principal: María Soledad Kappes Ramírez
- 9) Curriculum Vitae Investigador Responsable: Shirley Ruston Cárdenas
- 10) Curriculum Vitae Co – Investigadores: Marta Romero y María Pilar Delgado.

Los documentos entregados por el investigador responsable para la presente resolución han sido analizados en relación a los postulados de la Declaración de Helsinki, Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que Involucra Sujetos Humanos CIOMS 2016 y de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas de ICH 1996.

Esta aprobación es válida por un plazo de 12 meses a contar de la fecha establecida en la presente carta. En caso de requerir mayor tiempo al establecido, se deberá solicitar extensión del mismo.

Dada la presente aprobación, el Comité Ético Científico solicita al Investigador Responsable:

- Notificar a este Comité cualquier evento adverso ocurrido en un plazo no mayor a 72 horas.
- Presentar un informe semestral sobre el progreso del estudio y un informe final con las principales conclusiones de su investigación
- En caso de publicación y/o exposición del protocolo individualizado en algún congreso, revista, libro y/u otro medio que usted estime conveniente, indicar de forma explícita que el protocolo fue aprobado por nuestro Comité Ético Científico, e informarnos mediante correo electrónico.
- Notificar a este Comité cualquier cambio y/o modificación en el protocolo de investigación presentado para la presente aprobación

Se incorpora nómina de los integrantes permanentes del Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios:

- Carolina Méndez Benavente, Presidenta CEC-HSJD – Médico
- Felipe Rosales Lillo, Vicepresidente CEC-HSJD - Fonoaudiólogo
- Iván Olea Silva, Secretario Ejecutivo CEC-HSJD – Químico Farmacéutico
- José Tomas Doña, Integrante CEC-HSJD - Abogado

- Mónica Acevedo Leyton, Integrante CEC-HSJD – Miembro de la comunidad
- Pedro Rojas Román, Integrante CEC-HSJD - Psicólogo
- Tamara Pulgar Varas, Integrante CEC-HSJD - Enfermera
- Walter Avendaño Jara, Integrante CEC-HSJD – Ingeniero Biomédico

Le saluda atentamente,



Dra. Carolina Méndez B
Presidenta Comité Ético Científico
Hospital San Juan de Dios

Comité Ético Científico – CEC
Hospital San Juan de Dios – HSJD –
Santiago Huérfanos 3255 – 10° piso
Fono: (+56)226086777 – correo: cec.hsjd@redsalud.gov.cl



SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Acreditado por Autoridad Sanitaria el 24.12.2014, R.E. N°940
Y re acreditado el 28.01.19, R.E. N°333
JCAH/Eca INT. N° 078/2021

ORD.: 2184*20.12.2021

ANT.: ESTUDIO HCVB
MAT.: APROBACIÓN DE ESTUDIO

DE: DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO SAN ANTONIO

A: SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Respecto del estudio de investigación titulado "El fenómeno de segundas víctimas en profesional de enfermería de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto", tengo el agrado de informar a Ud. que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio efectuó su evaluación ética científica, otorgando su aprobación en la sesión del día 15 de diciembre de 2021, de acuerdo a lo estipulado en la normativa legal vigente para investigación científica en seres humanos.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: ENFERMERA MATRONA MARIA SOLEDAD KAPPES RAMIREZ
DIRECTORAS DE TESIS: DRA. MARTA ROMERO GARCIA Y DRA. PILAR DELGADO HITO
TUTORA: DRA. PILAR DELGADO HITO
SITIO DE INVESTIGACIÓN: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA
FECHA DE APROBACIÓN: 15 DE DICIEMBRE DE 2021

- 1.- El Investigador, antes de iniciar la ejecución del estudio, deberá solicitar la autorización expresa del Director del Establecimiento donde se ejecutará la investigación, cuya respuesta debe ser emitida dentro de un plazo no superior a 20 días hábiles a contar de la fecha de evaluación conforme del Comité Ético Científico correspondiente (artículo 10 bis, del reglamento de la ley 20.120). Por lo contrario, se desprende del mismo artículo, que la negativa a esta autorización debe ser debidamente fundada.
- 2.- El Director del Establecimiento de Investigación, como garante de las fichas clínicas, deberá asegurar la reserva de la identidad del titular y resguardar la información personal, datos médicos, datos genéticos u otros datos de carácter sensible allí contenida, por lo tanto se deberá adoptar las providencias necesarias para que el investigador o sus colaboradores que accedan a toda esta información, la protejan y utilicen exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.
- 3.- El Director del Establecimiento al momento de autorizar la ejecución del protocolo de investigación es responsable de velar para que el estudio se desarrolle dentro del marco legal vigente.
- 4.- En el contexto de la Pandemia Covid-19, esta investigación se debe desarrollar bajo los protocolos determinados por el establecimiento para esta emergencia sanitaria y una vez que se confirme que no existen riesgos de contagio para los participantes ni para los investigadores.

MIEMBROS DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA

Santiago Parry Ramírez	Presidente	Médico Ginecólogo Obstetra
Mariana Torres Brito	Vicepresidente	Químico Farmacéutico
Mariana Cubillos Gómez	Secretaría Ejecutiva	Odontóloga Pediatra
Edith Cuadra Aravena		Secretaría Administrativa
Felipe Campos Araya		Trabajador Social
Sandra González Escudero		Abogada
Hellen Gutierrez Montoya		Miembro externo
Octavio Guzmán Aguilera		Trabajador Social
Elizabeth Hellman Sepulveda		Médico Nefrólogo
Fernando Moreno Astorga		Enfermero Universitario
María José Corvalán Kameid		Representante Comunidad

Saluda atentamente a Usted,



JUAN CARLOS ARANGUIZ HENRIQUEZ
DIRECTOR(S)

SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO SAN ANTONIO

DISTRIBUCIÓN:

- ☐ Investigadora Principal: María Soledad Kappes Ramirez, mkappera@alumnos.ub.edu
- ☐ Director Hospital Carlos Van Buren, Erika.gandolfo@redsalud.gov.cl
- ☐ Oficina Gestión Docente Hospital Carlos Van Buren, elizabeth.reyes@redsalud.gov.cl daniela.galaz@redsalud.gov.cl
- ☐ CEC SSVSA: comiteetico.ssvsa@redsalud.gov.cl
- ☐ Oficina de Partes.



SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE APROBACIÓN N°69/2021

INVESTIGADORA PRINCIPAL: ENFERMERA MATRONA MARIA SOLEDAD KAPPES RAMIREZ
DIRECTORAS DE TESIS: DRA. MARTA ROMERO GARCIA Y DRA. PILAR DELGADO HITO
TUTORA: DRA. PILAR DELGADO HITO
SITIO DE INVESTIGACIÓN: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA
FECHA DE APROBACIÓN: 15 DE DICIEMBRE DE 2021

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, certifica conocer los antecedentes presentados del protocolo de estudio titulado: **"El fenómeno de segundas víctimas en profesional de enfermería de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto"**. Se otorga su aprobación en la sesión del día **15 de diciembre de 2021** y de acuerdo a la normativa legal vigente para investigación científica en seres humanos:

- Posee validez científica y valor social.
- Razón riesgo/ beneficio fue estimada favorable.
- Solicitud de Dispensa cumple con los requisitos exigidos por el CEC.
- Existe respeto hacia los participantes y resguardo de la privacidad de los registros obtenidos.
- Los antecedentes curriculares de la investigadora principal señalan que posee la idoneidad necesaria para la conducción de este estudio dentro del marco ético y legal. Asimismo se compromete a enviar un avance del estudio a los seis meses de iniciada su ejecución y remitir sus resultados una vez finalizado.
- Evaluación ética científica independiente y declaración previa de conflictos de intereses de parte de los miembros de los CEC.

Consta que los miembros del Comité efectuaron la declaración de conflictos de Intereses previa evaluación, en la cual ninguno se inhabilitó. De acuerdo a lo estipulado en la normativa legal vigente para la investigación científica en seres humanos, se aprueba por decisión unánime, en sesión ordinaria del día **15 de diciembre de 2021** por los siguientes miembros: Elizabeth Hellman Sepúlveda, Sandra González Escudero, Edith Cuadra Aravena, Mariana Torres Brito, Octavio Guzmán Aguilera, Felipe Campos Araya, Fernando Moreno Astorga y María José Corvalán Kameid

DOCUMENTACIÓN APROBADA

Protocolo de investigación: "El fenómeno de segundas víctimas en profesional de enfermería de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto". Versión diciembre/2021

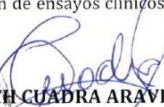
Consentimiento informado: "El fenómeno de segundas víctimas en profesional de enfermería de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto". Versión diciembre/2021

Consentimiento informado: Participantes. Fase Cualitativa

Consentimiento informado: Participantes. Fase Cuantitativa

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Este Comité de Evaluación Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975,1983,1989,1996,2000,2002,2004 y 2008), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1996, las Operacional Guidelines for Ethics Comités that Review, Biomedical Research (WHO, 2000) y por las Regulaciones Nacionales (Norma Técnica n° 57 del 04 de junio de 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos).


EDITH CUADRA ARAVENA
SECRETARÍA COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO





A: Sra. María Soledad Kappes Ramírez
Investigador Responsable
Hospital de Puerto Montt
Presente:

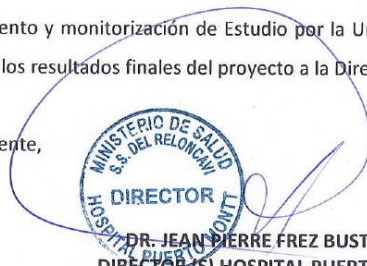
La Dirección Hospital Puerto Montt, autoriza la realización del estudio denominado: *"El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de UCI adulto de hospitales públicos de Chile: un abordaje mixto"*

Dicha autorización se establece considerando, la aprobación por parte del Comité Ético científico (CEC) de la Universidad San Sebastián n° código interno 04-2021-10, de fecha 04 de abril de 2021.

Toda vez que se cumpla, con las siguientes indicaciones dadas de igual manera por el Comité de Ético:

- Se hará seguimiento y monitorización de Estudio por la Unidad de Investigación, según protocolo y se informará de los resultados finales del proyecto a la Dirección Hospital de Puerto Montt.

Saluda Atentamente,



DR. JEAN PIERRE FREZ BUSTOS
DIRECTOR (S) HOSPITAL PUERTO MONTT

DR.JPF/APY/kfq

Puerto Montt, 17 de agosto de 2021



SERVICIO DE SALUD AYSÉN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ORD N°: 2 /

MAT.: Remite carta de aprobación del Comité Ético Científico, del Servicio de Salud Aysén, del Proyecto de Investigación, "El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto", presentado por la Enfermera Matrona María Soledad Kappes Ramírez, Magister en Ciencias Médicas, Doctorado (C) en Enfermería, Universidad de Barcelona.

Coyhaique, 16 de Febrero del 2022.

A: SR. JAIME LÓPEZ QUINTANA
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE.

DE: SRA. JEANNE MARIE LAPORTE MIGUEL
PRESIDENTA COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD AYSÉN.

De mi consideración:

En reunión del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Aysén, del día Miércoles 19.01.2022 a las 15:00 horas, se revisó el Proyecto de Investigación "El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto", presentado por la Enfermera Matrona María Soledad Kappes Ramírez, Magister en Ciencias Médicas, Doctorado (C) en Enfermería, Universidad de Barcelona, el cual fue aprobado, ya que se consideraron resguardados los requisitos éticos para la investigación con seres humanos.

Conforme a lo anterior, se solicita a Ud., tenga en bien en autorizar la ejecución del Proyecto de Investigación, "El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto", en el Hospital Regional de Aysén.

Sin otro particular, queda atentamente a Usted,



JEANNE MARIE LAPORTE MIGUEL
PRESIDENTA COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD AYSÉN

RVM / lbb

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección, Hospital Regional Coyhaique.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Regional Coyhaique.
- Enfermera Matrona María Soledad Kappes Ramírez, correo electrónico: mkappera12@alumnos.ub.edu
- Archivo, Secretaría de CEC.

INT.: 2



Escola de Doctorat

Vista l'informe de la Comissió de Seguiment de data 7 d'octubre de 2020 referent a la sol·licitud d'autorització del pla de recerca presentada per Sra. **Maria Soledad Kappes**.

La Comissió Acadèmica reunida en data 15 d'octubre de 2020, i en virtut de les competències atorgades pel que es disposa en l'article 33 de la Normativa reguladora del Doctorat a la UB,

ACORDA,

Primer. Acceptar la sol·licitud presentada pel Sra. **Maria Soledad Kappes**, i en conseqüència, acceptar el seu pla de recerca.

Segon. Notificar aquest acord al doctorand i comunicar al director de la tesi, al tutor i a la Secretaria d'Estudiants i Docència de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut (Bellvitge/Infermeria)

Coordinador/a programa de doctorat

GOBERNA
TRICAS
JOSEFINA -
39320883Z

Firmado digitalmente por GOBERNA
TRICAS JOSEFINA - 39320883Z
nombre de reconocimiento (DN):
cn=ES,
serialNumber=DCE5-39320883Z,
givenName=JOSEFINA, o=GOBERNA
TRICAS, cn=GOBERNA TRICAS
JOSEFINA - 39320883Z
Fecha: 2020.10.15 13:58:34 +02'00'

(Nom i cognoms i signatura electrònica)

Contra els acords presos per la Comissió Acadèmica referents a sol·licitud d'acceptació del pla de recerca establert en l'article 33.7 i contra l'avaluació anual del pla de recerca establert en l'article 34, es pot interposar recurs d'alçada davant del rector de la Universitat de Barcelona, d'acord amb el que disposa l'article 79 dels Estatuts de la Universitat de Barcelona. El recurs es pot interposar en el termini d'un mes, a comptar de l'endemà de la notificació segons s'estableix en els articles 121 i 122 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques.

** Veure informe adjunt de la comissió de seguiment*



Santiago, 04 de Abril de 2021

Código interno CEC USS	04-2021-10
Fecha 2da. Resolución	07/04/2021
Fecha Expiración Resolución	07/04/2021

Investigadora Responsable	María Soledad Kappes
Unidad Académica	Ciencias para el cuidado de la salud/ Escuela de Enfermería
Título del Proyecto	El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto
Patrocinador	Universidad de Barcelona. España
Fechas de adjudicación	No aplica
Lugar de Ejecución	15 Hospitales de diversas regiones de Chile

El Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián ha basado la evaluación del Proyecto tesis en la revisión de los siguientes documentos presentados por la investigadora responsable:

- Solicitud de revisión
- Carta de respaldo del Director de la Escuela de Enfermería.
- Currículos Vitae investigadora.
- Currículos Vitae de equipo de psicólogos de apoyo.
- Certificado de directoras de tesis.
- Proyecto *in extenso*
- Consentimientos informados (2), correspondientes a las dos etapas de la investigación.
- No se adjuntan cartas de aceptación de los(as) Directores(as) de los hospitales en que se realizará la investigación.

1. EVALUACIÓN ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO:

- 1.1 A nivel general el proyecto identifica el valor social de la investigación.
- 1.2 Falta incluir la autorización de los(as) Directores(as) de los hospitales antes de la aprobación del CEC; aspecto requerido para asegurar la factibilidad de la investigación.
- 1.3 Este proyecto corresponde a una tesis de doctorado, por tanto, su cientificidad es resguardada por la tutoría correspondiente. Se presenta un certificado de aprobación de la Comisión Académica de la Universidad de Barcelona, quienes aceptan los aspectos metodológicos de la investigación.
- 1.4 En lo referido al tipo de instrumento de recogida de datos, falta la validación del instrumento para la población de Chile.
- 1.5 En la segunda fase del proyecto se requiere enviar al Comité las preguntas que serán realizadas en la entrevista semiestructurada perteneciente a la fase cualitativa.

2. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ESPECÍFICOS

- 2.1 El proyecto incorpora tanto la normativa nacional entre ella, la Ley 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada y sobre protección de datos de carácter personal; como la normativa internacional, a la que se adhiere el Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián.
- 2.2 Se considera la **vulnerabilidad de las(os) participantes**, concerniente:
 - a la calidad de dependencia como trabajador(a) de una institución de salud pública
 - al tipo de estudio al que se les invitará.
- 2.3 Se ofrece un acompañamiento psicológico a las personas que acepten participar en la investigación.
- 2.4 En lo referido al **Consentimiento informado (CI)**:
 - 2.4.1 Identifica el valor social de la investigación, describe el fenómeno y la contribución en concreto del estudio.
 - 2.4.2 Declara quién efectuará la recolección de información (cuestionarios, entrevista).
 - 2.4.3 Define la duración general del estudio.
 - 2.4.4 Resguarda la confidencialidad de la información, según lo expuesto en la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada y sobre protección de datos de carácter personal.
 - 2.4.5 Refiere la forma de responder los instrumentos y el tiempo requerido.
 - 2.4.6 Describe el rol de los profesionales de psicología respecto a la atención que entregarán a los(as) participantes que lo soliciten.

- 2.4.7 Especifica que la información será resguardada por la investigadora a través de un computador personal.
- 2.4.8 Establece la forma en que los(las) participantes recibirán los resultados.
- 2.4.9 Informa sobre la presentación de los resultados en presentaciones, eventos académicos o publicaciones asociadas y el resguardo de la confidencialidad.
- 2.4.10 Indica el acceso a una copia del consentimiento informado.
- 2.4.11 Propone la posibilidad de consultar dudas sobre los derechos al participar en una investigación, solicitando a la presidenta del CEC la información requerida, al correo alejandrina.arratia@uss.cl; fono: 22 260 6503.

3.- DECISIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO¹:

El Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián considera que en general se cumplen las exigencias éticas requeridas.

La investigadora se compromete a hacer llegar al Comité las autorizaciones de los Directores(as) de los hospitales que participarán en la investigación; a reconocer las limitaciones de la falta la validación del instrumento para la población de Chile, y a enviar en la segunda fase del proyecto las preguntas de la entrevista semiestructurada perteneciente a la fase cualitativa.

Considerando las características de la investigación y el estado de vulnerabilidad de las personas que participarán, el CEC solicita un seguimiento a los 6 meses, al año y al término del proyecto.

Resolución: Proyecto aprobado.



Dra. Alejandrina Arratia Figueroa
Presidenta Comité Ético Científico
Universidad San Sebastián



Firma de la investigadora responsable

¹ El Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián adhiere a las exigencias internacionales contenidas en la Declaración de Helsinki y en las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). A nivel nacional cumple con la Ley 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana, con la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada y sobre protección de datos de carácter personal y con la Ley 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.



ROG

RESOLUCION COMITÉ ETICO CIENTIFICO

A: **MARÍA SOLEDAD KAPPES RAMÍREZ**
INVESTIGADORA PRINCIPAL

En relación a su a Protocolo de Investigación: “**El fenómeno de segundas víctimas en enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Hospitales Públicos de Chile: un abordaje mixto**”, el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Coquimbo, con fecha 07 de Enero lo revisó y analizó, aprobándolo en forma definitiva, además considera que es metodológicamente adecuado, guarda confidencialidad, valor social y científico.

Es necesario mencionar, que aún cuando este trabajo no tiene reparo éticos, su aprobación definitiva, queda en manos del director del establecimiento, acorde a la legislación vigente.

Saluda atentamente a Ud.




MARICELLA CERDA TAPIA
PRESIDENTA CEC
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

20 ENE. 2022

DISTRIBUCIÓN:

- María Soledad Kappes Ramírez.
- CEC

Comité Ético Científico
Servicio de Salud Coquimbo

9.7 Entrevista fase cualitativa

Código de participante: E00__

Sexo: Femenino__ Masculino__

Antigüedad en años como enfermera UCI:

1. Menor a 6 meses
2. 6 meses a 1 año
3. 1 a 2 años
4. 2 a 3 años
5. Mayor a 3 años

Preguntas:

- 1.- ¿De qué forma describiría el proceso que ha vivido luego de enfrentarse a un evento adverso?
- 2.- ¿Qué recursos utilizó para afrontar el proceso que vivió luego del evento adverso?
- 3.- ¿Puede describir que sentimientos le generó enfrentarse a este evento adverso?
- 4.- ¿Cómo describe el papel que tuvieron sus colegas y supervisores luego del evento adverso?
- 5.- ¿Cómo describe la actuación de su institución luego del evento adverso?

