



Check for updates

TRABAJO DE INGRESO

Prevalencia del síndrome de segunda víctima y sus repercusiones en urólogos chilenos

Prevalence of second victim's syndrome and its repercussions in Chilean urologists

Miguel Lagos^{1,*}, Viviana Rivera² y María Kappes³

¹Servicio de Urología, Hospital de Puerto Montt; ²Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital de Puerto Montt; ³Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad San Sebastián, Puerto Montt. Los Lagos, Chile

Resumen

Antecedentes: Una segunda víctima de un evento adverso sufrido por un paciente es el propio profesional involucrado, quien experimenta efectos psicológicos, físicos, merma en su autoestima y busca apoyo en sus cercanos, pudiendo resultar tanto fortalecido como derrumbado. **Objetivo:** Revisar la prevalencia del síndrome de segunda víctima en urólogos(as) chilenos. **Método:** Estudio observacional, de corte transversal. Se aplicó la herramienta SVEST-E (Second Victim Experience and Support Tool en español, versión argentina) a 162 profesionales. Se analizaron características sociodemográficas y se midió el impacto del evento en los tres componentes que definen el síndrome: consecuencias personales, percepción de soporte y resultados de salida. **Resultados:** Ciento cuarenta y un profesionales declararon haber experimentado algún evento adverso. Los principales efectos fueron psicológicos (54%) y la merma en la autoeficacia (23%). El apoyo de colegas se percibe como inadecuado en solo un 12%. Un 77% declaró inadecuado soporte institucional. Un 12% señaló desear abandonar la profesión. El ausentismo fue del 6%. Las urólogas experimentaron mayor prevalencia de secuelas que los urólogos ($p = 0,037$), mientras que percibieron mejor el soporte familiar ($p = 0,005$). Hubo una leve correlación inversa entre los años de ejercicio y la declaración de repercusiones ($p = 0,015$). **Conclusiones:** Tras un evento adverso, los(as) urólogos(as) chilenos(as) tienen una alta prevalencia de consecuencias personales, en que además se marcan diferencias de género. El abandono y el ausentismo son bajos. Pares y familia son el principal soporte. Faltan políticas institucionales estructuradas, con perspectiva de género, que permitan respaldar al profesional afectado por un evento, minimizar sus consecuencias y reinsertarlo precozmente, disminuyendo el riesgo de ocurrir uno nuevo.

Palabras clave: Segunda víctima. Evento adverso. SVEST. Seguridad del paciente. Urólogos. Urólogas.

Abstract

Background: A second victim of an adverse event experienced by a patient is the professional involved, who experiences psychological and physical effects, a decrease in self-esteem, and seeks support from those closer, potentially resulting in either being strengthened or completely collapsed. **Objective:** To review the prevalence of the second victim syndrome among Chilean urologists. **Method:** Observational, cross-sectional study. The SVEST-E (Second Victim Experience and Support Tool, Argentine version) tool was applied to 162 professionals. Sociodemographic characteristics were analyzed, and the impact of the event was measured across the three components that define the syndrome: personal consequences, perception of support, and outcome results. **Results:** One hundred-forty-one professionals reported having suffered an adverse event. The main effects

*Correspondencia:

Miguel Lagos

E-mail: mlagos71@gmail.com

Fecha de recepción: 17-09-2024

Fecha de aceptación: 21-10-2024

DOI: 10.24875/RECHURO.24000037

Disponible en internet: 05-12-2024

Rev Chil Uro. 2024;89(4):153-163

www.revistachilenadeurologia.com

0716-0429 / © 2024 Sociedad Chilena de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

were psychological (54%) and a decrease in self-efficacy (23%). Support from colleagues was perceived as inadequate by only 12%. Seventy-seven percent reported inadequate institutional support. Twelve percent expressed a desire to leave the profession. Absenteeism was at 6%. Female urologists experienced a higher prevalence of sequelae compared to male urologists ($p = 0.037$), while they perceived better family support ($p = 0.005$). There was a slight inverse correlation between years of practice and the reporting of repercussions ($p = 0.015$). **Conclusions:** After an adverse event, Chilean urologists have a high prevalence of personal consequences, with notable gender differences. Rates of leaving the profession and absenteeism are low. Peers and family provide the main support. There is a lack of structured institutional policies with a gender perspective to support professionals affected by an event, minimize its consequences, and reintegrate them early, thus reducing the risk of another occurrence.

Keywords: Second victim. Adverse event. SVEST. Patient safety. Male urologists. Female urologists.

Introducción

Un evento adverso es el daño o lesión no intencionada producida a un paciente durante su atención clínica¹. No se relaciona con las comorbilidades, con la enfermedad propiamente o con las complicaciones derivadas de su evolución natural. Ocurren en el contexto de la administración de un medicamento, durante algún procedimiento diagnóstico o terapéutico o durante una cirugía y pueden determinar una estadía hospitalaria más prolongada, una secuela (transitoria o permanente) o incluso la muerte.

La primera víctima es el propio paciente y su familia. Sin embargo, existe una segunda víctima: el profesional de la salud involucrado. A partir del evento, el médico, enfermera o cualquier otro profesional directamente relacionado con el evento adverso y sus consecuencias puede experimentar graves efectos físicos y psicológicos, experimentando culpa, trastornos del sueño, del apetito, cuestionando sus capacidades y destrezas e incluso su vocación².

En el año 2000, Wu, académico de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore, EE.UU., definió el concepto de síndrome de segunda víctima (SVS, por sus siglas en inglés)³. En este síndrome se describe el estado de ánimo del profesional de la salud cuyo paciente sufrió un evento adverso, identificando que los médicos se convierten entonces en segundas víctimas al sentirse responsables, cuestionando sus conocimientos y competencias. Mientras mayor es el daño sufrido por el paciente, mayores síntomas puede experimentar el profesional involucrado.

Los eventos adversos impactan también el prestigio de las instituciones de salud, que se convierten en una tercera víctima⁴, siendo estigmatizadas y sujetas a prolongados conflictos legales. Finalmente existe una cuarta víctima: el siguiente paciente que debe ser

atendido por el profesional que ha perdido la confianza en sus destrezas, conocimientos, capacidades e incluso su vocación, y está más susceptible entonces a sufrir también un evento adverso.

En la historia natural del SVS se describen distintas etapas^{5,6}:

- El caos y respuesta al accidente: el médico envuelto en el evento adverso sufre un torbellino de emociones que transcurren en paralelo a su atención en estabilizar y sacar adelante al paciente.
- Reflexiones intrusivas: se realiza una revisión repetida de las posibles causas, dudándose también de las propias competencias profesionales.
- Restablecimiento de la integridad personal: donde se busca apoyo en personas de confianza (familiares, amigos, colegas y supervisores).
- Soportando la inquisición: posterior a centrar la atención en el paciente, el profesional presenta el miedo a las repercusiones legales y la incertidumbre sobre su futuro profesional.
- Búsqueda de ayuda psicológica-emocional: las segundas víctimas solicitan ayuda afectiva de distintas formas, teniendo algunas reticencias hacia quién confiar al sentirse expuestos.
- Etapa de resolución, la cual tiene tres posibles salidas: aprender del error y salir adelante fortalecido con la experiencia (progreso), mantener las consecuencias psicológicas persistiendo derrumbado (estancamiento) o la posibilidad de dejar la profesión (abandono).

Las organizaciones, por su parte, tienen un rol fundamental en el apoyo del profesional en desgracia. Algunas tienen una cultura de calidad y seguridad que, junto con determinar estrategias de revisión y planes de mejora para los siguientes pacientes, permiten re establecer la confianza del profesional y encauzarlo de regreso a sus actividades. Otras centran el interés punitivo en el error en sí, en las consecuencias para el

paciente y no tienen considerado planes para el profesional que los enfrenta⁷.

El fenómeno de segundas víctimas cuenta con diversos reportes en la literatura internacional⁸⁻¹¹. En nuestro país, sin embargo, hay pocas revisiones al respecto^{7,12}. Se han enfocado principalmente en enfermeras de unidades de paciente crítico, concluyendo que en estas unidades este síndrome tiene una alta prevalencia, que las etapas iniciales se pueden mezclar, que la familia ha sido un apoyo incondicional y que por su parte, los pares y supervisores han sido tanto fuente de apoyo como también de incomprendión y falta de empatía. Concluyen que hay una baja percepción de apoyo institucional, que incluye la falta de planes de soporte.

Evidentemente los médicos de especialidades quirúrgicas, y entre ellos los urólogos, también están expuestos a convertirse en segundas víctimas. No importa cuántos avances haya logrado la especialidad, los resultados inesperados graves después de un procedimiento o de una cirugía son inherentes a su práctica diaria^{13,14}. La commoción que tiene un evento adverso, además de la falta de estudios al respecto en nuestro medio, hacen relevante revisar el fenómeno de segundas víctimas en los especialistas urólogos nacionales.

El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia del SVS y sus repercusiones en urólogos chilenos. Los objetivos secundarios son caracterizar sociodemográficamente a quienes han presentado el síndrome, conocer la percepción respecto al impacto del evento adverso y conocer la percepción en cuanto a la calidad de las medidas de soporte recibidas posterior al suceso.

Método

Diseño del estudio

Estudio de tipo observacional, descriptivo típico, de corte transversal, con elementos de enfoque cuantitativo y exploratorio siguiendo las recomendaciones STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Se consideró la voluntariedad, el consentimiento informado de los participantes y el resguardo de la confidencialidad, así como también el contar con el informe favorable por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Reloncaví, al cual pertenecen los investigadores.

Población y muestra

Muestreo no probabilístico, por conveniencia, siendo la población de interés médicos urólogos(as) que se desempeñan en nuestro país y que cumplían con los criterios de características:

Criterios de inclusión:

- Desempeñarse tanto en instituciones públicas como privadas.
- Tener atención directa con pacientes.
- Haber firmado el consentimiento informado de participación.

Criterios de exclusión:

- No haber contestado la encuesta en su totalidad.
- Tener menos de seis meses de experiencia laboral.

Instrumento de medición

Se aplicó un instrumento estructurado en dos partes. La primera parte incluyó variables sociodemográficas y preguntas acerca del conocimiento de SVS y la experiencia de evento adverso. A quien contestó haber estado involucrado en un evento adverso, se le aplicó la segunda parte que corresponde al SVEST (*Second Victim Experience and Support Tool*) en su versión argentina, SVEST-E. Esta es la única herramienta que existe actualmente para medir el fenómeno de segundas víctimas y ha sido validada y utilizada previamente en diferentes contextos y países como España y Argentina, entre otros¹⁵⁻¹⁷.

La escala SVEST-E utilizada se compone de 28 ítems distribuidos en nueve dimensiones de las cuales tres miden las consecuencias del evento en el profesional afectado (a nivel psicológico, físico y competencias profesionales), cuatro dimensiones caracterizan las medidas de soporte percibidas (por colegas, por supervisor, por la institución, por externos no relacionados con el trabajo) y dos dimensiones valoran los resultados de la experiencia (deseo de abandonar la profesión y ausentismo). Cada dimensión contiene variables que se puntúan con una escala de Likert de 1 a 5, donde el 1 representa «poco» o «totalmente en desacuerdo» y 5 «mucho» o «totalmente de acuerdo».

Con este instrumento, una respuesta media ≥ 4 indica la presencia de una segunda víctima, excepto para los ítems que corresponden a las dimensiones de soporte, en que cuando es percibido como inadecuado (≤ 2 puntos) también indica la presencia de SVS ([Tabla 1](#)).

Tabla 1. Encuesta SVEST-E Argentina/Escala tipo Likert

Frente al evento adverso usted experimentó	Poco		Mucho		
	1	2	3	4	5
1. Sentí vergüenza por ese incidente	1	2	3	4	5
2. Sentí miedo de que me vuelva a pasar 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 estrés 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 afectó mi 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. Mi supervisor/jefe actúa para resolver la situación	1	2	3	4	5
14. Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas	1	2	3	4	5
15. Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	1	2	3	4	5
16. Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	1	2	3	4	5
17. Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	1	2	3	4	5
18. 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
19. Cuando me equivoqué busqué a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional	1	2	3	4	5
20. El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
21. Despues de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
22. Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	1	2	3	4	5
23. Despues de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo	1	2	3	4	5
24. Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
25. Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1	2	3	4	5
26. 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
27. Mi experiencia con un evento adverso o error ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1	2	3	4	5
28. Me hubiese gustado tomarme un o unos días sin trabajar después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5

SVEST-E: *Second Victim Experience and Support Tool* en español, versión argentina.

Recolección de datos

Durante los meses de julio a septiembre de 2024 se envió la encuesta SVEST-E a médicos urólogos(as) chilenos mediante aplicaciones electrónicas (e-mail y redes sociales). Junto con el cuestionario se envió el formulario de consentimiento informado, siendo este

requisito necesario para la posterior aplicación del instrumento SVEST-E.

Análisis

Utilización de programa STATA v18. Se realizó un análisis descriptivo calculando medidas de distribución

de frecuencia para variables cualitativas y mediana, media (\bar{x}) y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Se determinó la diferencia entre los distintos grupos mediante la prueba de U de Mann-Whitney o t-Test. La asociación entre variables cuantitativas se relacionó por medio de la Rho de Spearman. Se consideró un nivel de significancia (p) de 0,05.

Resultados

Un total de 162 urólogos(as) respondieron el cuestionario general. En el análisis por género, el 84% fueron hombres. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el comprendido entre los 51 y los 60 años. Los años de ejercicio profesional promedio fueron 20 años. El 64% se desempeña principalmente en establecimientos públicos. El 84% señaló trabajar en establecimientos de alta complejidad. De quienes contestaron el cuestionario general, 141 (87%) respondieron haber estado involucrados en un evento adverso, y fueron quienes continuaron contestando la encuesta SVEST-E. De este grupo, la mayoría (46%) había experimentado el evento hacia más de tres años y el 73% informó haberlo reportado a las respectivas instancias de su lugar de trabajo. El término «segundas víctimas» es conocido por el 17% de estos 141 profesionales (Tabla 2).

La tabla 3 resume los resultados de la aplicación del instrumento SVEST. Se señalan las prevalencias para cada pregunta y la prevalencia global de cada dimensión. En el componente de consecuencias, la dimensión más prevalente de SV fue el estrés psicológico, con un 54%. Dentro de esta categoría destacaron las sensaciones de miedo (74%) y tristeza (79%) en relación con el evento. Respecto a las manifestaciones físicas, su prevalencia global alcanza el 14%, siendo más frecuente el agotamiento (69%), seguido de problemas para dormir regularmente (40%).

En cuanto a las habilidades profesionales, se vieron afectados el 23% de los participantes, siendo las manifestaciones más frecuentes la inseguridad respecto a las propias habilidades (44%) y el temor a realizar procedimientos de alto riesgo (45%).

En cuanto al apoyo percibido, existe un alto nivel de desacuerdo con el soporte recibido por parte de la institución sanitaria (77%), tanto en la comprensión de que quienes cometen errores requieren ayuda, como también en la disponibilidad de recursos para ayudar a los profesionales a superar las consecuencias de un evento adverso. Respecto al apoyo percibido por parte de las jefaturas, el 36% presentó puntaje compatible con SV.

Tabla 2. Características de la población general y muestra

	n	%
Género		
Hombre	136	84%
Mujer	26	16%
Total	162	
Edad		
≤ 30	8	4%
31 a 40	43	27%
41 a 50	44	27%
51 a 60	48	30%
> 60	19	12%
Total	162	
Años de ejercicio especialidad		
≤ 10	43	27%
11 a 20	42	27%
21 a 30	41	26%
31 a 40	22	14%
> 40	10	6%
Total	162	
Tipo de establecimiento		
Público	103	64%
Privado	59	36%
Total	162	
Complejidad del establecimiento		
Alta	136	84%
Mediana	26	16%
Total	162	
¿Ha estado involucrado en un evento adverso?		
Sí	141	87%
No	21	13%
Total	162	
¿Recuerda hace cuánto tiempo?		
No recuerdo	14	10%
< 1 año	26	18%
1 a 2 años	36	26%
> 3 años	65	46%
Total	141	
¿El evento fue reportado o notificado?		
Sí	103	73%
No	38	27%
Total	141	
¿Conoce el término segundas víctimas?		
Sí	24	17%
No	117	83%
Total	141	

Dentro de esta dimensión, el 35% no está de acuerdo con la actuación de la jefatura para resolver la situación y el 28% percibe que la jefatura no tiene en cuenta la complejidad del paciente frente a estas situaciones. Por otra parte, el apoyo de colegas fue el mejor evaluado, con un grado de desacuerdo de solo el 12%, mientras que el apoyo familiar alcanzó un nivel de desacuerdo del 20%.

Tabla 3. Resultados cuestionario SVEST-E

Dimensiones y variables	Respuestas indicativas de SV (% ≥ 4 o ≤ 2 ítems inverso*)	Media y DE
Estrés psicológico		
Sentí vergüenza por ese incidente	51% (n = 72)	3,31 (1,45)
Sentí miedo de que me vuelva a pasar algún incidente	74% (n = 104)	4,01 (1,15)
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	79% (n = 111)	4,29 (0,97)
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	50% (n = 71)	3,41 (1,24)
Prevalencia global	54% (n = 76)	3,77 (0,92)
Estrés físico		
El estrés que me provocó fue agotador	69% (n = 97)	3,99 (1,09)
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	40% (n = 56)	3,04 (1,31)
La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p. ej., mareado o con náuseas, etc.)	12% (n = 17)	2,01 (1,19)
Pasar por estas situaciones afectó mi apetito	18% (n = 26)	2,21 (1,26)
Prevalencia global	14% (n = 20)	2,81 (0,95)
Apoyo de colegas		
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme*	18% (n = 25)	3,82 (1,28)
Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio*	14% (n = 20)	4 (1,78)
Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó*	9% (n = 12)	4,13 (1,11)
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores*	9% (n = 13)	4,09 (1,08)
Prevalencia global	12% (n = 17)	4,01 (0,95)
Apoyo del supervisor		
Mi supervisor/jefe actúa para resolver la situación*	35% (n = 49)	3,29 (1,45)
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas	6% (n = 9)	1,74 (0,96)
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones*	28% (n = 39)	3,64 (1,39)
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió*	21% (n = 30)	3,78 (1,32)
Prevalencia global	36% (n = 51)	3,12 (0,85)
Apoyo de la institución		
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda*	67% (n = 94)	2,12 (1,30)
Mi lugar de trabajo ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias*	82% (n = 116)	1,62 (1,01)
Prevalencia global	77% (n = 109)	1,87 (1,03)
Apoyo familiar		
Cuando me equivoqué busqué en mis amigos cercanos y familiares apoyo emocional*	24% (n = 34)	3,60 (1,45)
El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes*	13% (n = 19)	4,09 (1,27)
Prevalencia global	20% (n = 28)	3,85 (1,27)
Autoeficacia profesional		
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	44% (n = 62)	3,14 (1,28)
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	30% (n = 43)	2,76 (1,29)
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo	45% (n = 64)	3,11 (1,37)
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	32% (n = 45)	2,75 (1,34)
Prevalencia global	23% (n = 33)	2,94 (1,18)
Intención de abandono		
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	13% (n = 19)	2,01 (1,10)
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	17% (n = 24)	2,01 (1,28)
Prevalencia global	12% (n = 17)	2,01 (1,09)
Ausentismo		
Mi experiencia con un evento adverso o error ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	5% (n = 7)	1,50 (0,92)
Me hubiese gustado tomarme un o unos días sin trabajar después de lo que ocurrió	50% (n = 71)	3,18 (1,63)
Prevalencia global	6% (n = 9)	2,34 (1,07)

DE: desviación estándar; SVEST-E: *Second Victim Experience and Support Tool* en español, versión argentina.

Tabla 4. Puntajes SVEST expresados en media, mediana y percentil

Componente	Dimensiones	Media (DE)	Mediana	Percentil (0,25-0,75)
Consecuencias	Estrés psicológico	3,17 (0,84)	3,25	2,58-3,66
	Estrés físico	3,77 (0,92)	3	3,5-4,5
	Autoeficacia profesional	2,81 (0,95) 2,94 (1,19)	2,75 3	2,25-3,5 2-3,75
Medidas de soporte	Apoyo de colegas	3,21 (0,62)	3,19	2,81-3,56
	Apoyo del supervisor	4,01 (0,95)	4,25	3,5-4,75
	Apoyo de la institución	3,12 (0,85)	3,25	2,5-4
	Apoyo familiar	1,87 (1,03) 3,85 (1,27)	1,5 4,5	1-2,5 3-5
Resultados	Intención de abandono	2,18 (0,93)	2	1,5-2,75
	Ausentismo	2,01 (1,09) 2,34 (1,07)	1,5 2,5	1-2,5 1-3
TOTAL		3,09 (0,54)	3,1	2,79-3,46

DE: desviación estándar; SVEST: *Second Victim Experience and Support Tool*.

Finalmente, la intención de abandono laboral alcanzó solo un 12% y el ausentismo un 6%. En esta última dimensión, el 50% manifestó haber deseado tomarse algunos días libres después del evento, mientras que en el 5% de los casos el evento determinó haberse tomado ese día por estrés.

Analizando las respuestas como variables cuantitativas observamos que la \bar{x} total de SVEST fue de 3,09 con 0,54 de desviación estándar (DE). Las dimensiones de consecuencias presentaron una \bar{x} de 3,17 (DE: 0,84). Las medidas de soporte presentaron una \bar{x} de 3,21 (DE: 0,62), mientras que las dimensiones de resultado obtuvieron una \bar{x} de 2,18 (DE: 0,93). Dentro de las medidas de soporte, el apoyo de colegas fue el de mayor predominio (\bar{x} : 4,0; DE: 0,95) y entre las consecuencias, la dimensión psicológica representó el mayor daño (\bar{x} : 3,77; DE: 0,92) (Tabla 4).

En el análisis de asociación entre el resultado de SVEST y las variables sociodemográficas se observan diferencias según género y complejidad del establecimiento. En relación con el género se obtuvieron diferencias significativas en el componente consecuencias, con medianas (Md) mayores en sus tres dimensiones en el grupo mujeres (Md hombres: 3,16, Md mujeres: 3,83; $p = 0,037$), como también en el puntaje global SVEST (Md hombres: 3,07, Md mujeres: 3,55; $p = 0,004$). En el componente soporte, la dimensión apoyo familiar también resulta con mayores puntajes en el grupo mujeres (Md hombres: 4,5, Md mujeres: 4,75; $p = 0,005$). En cuanto a la complejidad de la institución, se observaron diferencias en la dimensión estrés psicológico (Md alta: 3,75, Md mediana: 4; $p = 0,03$) y autoeficacia profesional (Md alta: 2,75; Md

mediana: 3,75; $p = 0,007$), con un puntaje mayor en ambas dimensiones en establecimientos de mediana complejidad. No se observaron diferencias entre establecimientos públicos y privados (Tabla 5).

Con respecto a la antigüedad profesional se observa una correlación negativa débil en el resultado global. El estrés psicológico y el impacto en la autoeficacia se ven inversamente relacionados con la edad, así como también la percepción del soporte, siendo los profesionales de mayor antigüedad quienes presentan una percepción más favorable de las medidas de soporte de parte de colegas y supervisores (Tabla 6).

Discusión

Un evento adverso puede tener resultados devastadores tanto para el paciente como para el profesional involucrado. La especialidad de urología, por su naturaleza predominantemente quirúrgica, implica un ritmo de trabajo rápido, de alta presión, largas jornadas sin pausas, todo lo cual ya de por sí estresa al cirujano. El advenimiento de nuevas técnicas y de procedimientos complejos agregan riesgos adicionales, que se confrontan con las ventajas y al mismo tiempo con las expectativas generadas en el paciente: una hospitalización más breve y una recuperación más rápida. Cuando no se cumplen estas expectativas, ambos (urólogo y paciente) pueden experimentar cierto grado de frustración. Existe además la creencia de que los especialistas quirúrgicos mantienen una distancia emocional y se afectan menos por los eventos adversos en comparación con otros especialistas, pero la

Tabla 5. Asociación SVEST-variables sociodemográficas

Componentes y dimensiones	Género				Tipo establecimiento				Complejidad			
		Hombre	Mujer	p		Público	Privado	p		Alta	Mediana	p
Consecuencias*	Md	3,16	3,83	0,037	Md	3,25	3,25	0,36	Md	3,16	3,66	0,04
	\bar{x}	3,08	3,64		\bar{x}	3,12	3,25		\bar{x}	3,10	3,47	
Estrés psicológico [†]	Md	4,0	4,5	0,044	Md	4	4	0,75	Md	3,75	4	0,03
	\bar{x}	3,69	4,09		\bar{x}	3,7	3,8		\bar{x}	3,68	4,09	
Estrés físico [†]	Md	2,5	3,25	0,035	Md	2,5	3	0,22	Md	2,75	3	0,79
	\bar{x}	2,74	3,22		\bar{x}	2,7	2,9		\bar{x}	2,81	2,8	
Autoeficacia profesional [†]	Md	2,75	3,87	0,024	Md	3	3,5	0,6	Md	2,75	3,75	0,007
	\bar{x}	2,8	3,62		\bar{x}	2,9	3,0		\bar{x}	2,8	3,5	
Soporte*	Md	3,18	3,31	0,2	Md	3,25	3,18	0,9	Md	3,18	3,18	0,7
	\bar{x}	3,18	3,36		\bar{x}	3,21	3,21		\bar{x}	3,20	3,25	
Apoyo de colegas [†]	Md	4,0	4,5	0,19	Md	4,25	4,12	0,82	Md	4,12	4,25	0,73
	\bar{x}	3,9	4,1		\bar{x}	3,97	4,07		\bar{x}	4,01	4,01	
Apoyo del supervisor [†]	Md	3,25	3,37	0,5	Md	3,25	3	0,3	Md	3,25	3	0,33
	\bar{x}	3,09	3,23		\bar{x}	3,16	3,02		\bar{x}	3,15	2,96	
Apoyo de la institución [†]	Md	1,5	1,0	0,46	Md	1,5	1,5	0,45	Md	1,5	1	0,72
	\bar{x}	1,8	1,77		\bar{x}	1,81	1,96		\bar{x}	1,85	1,94	
Apoyo familiar [†]	Md	4,5	4,75	0,005	Md	4,5	4,5	0,43	Md	4,5	4,5	0,37
	\bar{x}	3,76	4,31		\bar{x}	3,8	3,77		\bar{x}	3,79	4,1	
Resultados [†]	Md	2,0	2,25	0,2	Md	2	2,25	0,14	Md	2	2,25	0,09
	\bar{x}	2,13	2,42		\bar{x}	2,07	2,35		\bar{x}	2,12	2,43	
Intención de abandono [†]	Md	1,5	2,25	0,12	Md	1,5	2	0,3	Md	1,5	2	0,15
	\bar{x}	1,9	2,31		\bar{x}	1,9	2,16		\bar{x}	1,96	2,22	
Ausentismo [†]	Md	2,5	2,75	0,41	Md	2,5	2,5	0,13	Md	2,5	3	0,10
	\bar{x}	2,3	2,5		\bar{x}	2,2	2,5		\bar{x}	2,28	2,64	
Total*	Md	3,07	3,55	0,004	Md	3,03	3,19	0,32	Md	3,03	3,25	0,08
	\bar{x}	3,04	3,39		\bar{x}	3,06	3,15		\bar{x}	3,06	3,26	

^{*}Prueba t de Student.[†]Prueba U de Mann-Whitney.x: media; Md: mediana; SVEST: *Second Victim Experience and Support Tool*.

literatura muestra que los cirujanos se ven igualmente afectados, sufriendo depresión, ansiedad, culpa y pérdida de autoestima¹⁴.

Brunelli et al. señalan que la prevalencia global de SVS es de un 75% en España y de un 66% en EE.UU.¹⁶. Como ya se mencionó, hay pocos estudios en nuestro

país que revisen el fenómeno en médicos. Nuestra revisión demuestra que entre urólogos(as) chilenos(as) el SVS es prevalente. Se manifiesta principalmente mediante su impacto psicológico, alcanzando una prevalencia del 54%, coincidiendo con la literatura, donde también es la más frecuente. Predominan los sentimientos de

Tabla 6. Asociación SVEST-antigüedad profesional

Componentes y dimensiones	Antigüedad ejercicio profesional	
	Correlación*	p
Consecuencias	-0,20	0,015
Estrés psicológico	-0,22	0,007
Estrés físico	-0,04	0,579
Autoeficacia profesional	-0,21	0,011
Soporte	-0,27	0,001
Apoyo de colegas	-0,16	0,004
Apoyo del supervisor	-0,29	0,000
Apoyo de la institución	-0,02	0,777
Apoyo familiar	-0,15	0,071
Resultados	-0,05	0,485
Intención de abandono	-0,06	0,466
Ausentismo	-0,04	0,608
Total	-0,26	0,001

*Rho de Spearman.

SVEST: *Second Victim Experience and Support Tool*.

tristeza en primer lugar, seguida del miedo. La mayoría de los estudios disponibles en nuestro país son en enfermeras, y en ellas predomina la culpa y la vergüenza como primeras manifestaciones en esta dimensión^{7,17}. La sensación de culpa en nuestro estudio se ubicó en el cuarto lugar. El impacto físico, en cambio, tuvo una prevalencia baja (14%). Esta tendencia se ha visto en otras series que comparan las manifestaciones de SVS entre personal médico y de enfermería. Las enfermeras acusan mayor impacto psicológico y físico, especialmente las que trabajan en unidades de paciente crítico^{12,17}.

Al igual que en otras series, en la nuestra la segunda consecuencia destacada como SVS fue el impacto en la autoeficacia profesional. El miedo a enfrentar procedimientos difíciles y la inseguridad respecto a las propias capacidades que predominaron en esta revisión, merecen tanta atención como el impacto psicológico. Finney et al.¹⁸ reportaron que en enfermeras de obstetricia y ginecología esta consecuencia tuvo incluso mayor impacto que la psicológica. Existe consenso en que la pérdida de la autoestima y de la confianza en las habilidades adquiridas pueden incrementar el daño del profesional de la misma manera que el estrés psicológico, poniendo en riesgo a los siguientes pacientes si no se les presta suficiente atención y apoyo.

En el ámbito de soporte nuestros resultados muestran que hay una buena percepción del apoyo familiar y de los pares. Hay, en cambio, una moderada percepción del apoyo de los supervisores. La familia suele ser incondicional, por lo que es relevante entonces que los pares y supervisores sean también una fuente de amparo. El poder superar el evento adverso e incluso finalmente resultar fortalecido después de él sin duda se facilita si quienes comparten a diario con el afectado son empáticos, le refuerzan sus capacidades y le ayudan a revisar lo sucedido con el fin de establecer un plan de mejora que además beneficiará al equipo, a la institución y a los siguientes pacientes. Algunas series, especialmente las que involucran equipos de enfermería, muestran resultados disímiles señalando que los pares y supervisores han sido tanto una fuente de soporte como una fuente de indiferencia o incluso reproche, especialmente cuando estos últimos están más preocupados de las consecuencias legales del evento que del evento en sí¹⁹.

Existen instituciones que tienen una cultura de seguridad y educación continua de su personal, prestando auxilio a los afectados por SVS y de esta manera minimizando sus efectos y reincorporándolos prontamente a sus labores. Nuestros resultados revelan que entre los urólogos(as) chilenos(as) hay una baja percepción de apoyo institucional, lo cual se podría traducir en una sensación de desamparo, sumando esto al impacto psicológico y al impacto en la autoeficacia. Sin embargo, se observa al mismo tiempo que la intención de abandono y el ausentismo son bajos. Aunque no son predominantes merecen atención, toda vez que la falta de programas de apoyo institucional, educando y dando herramientas también a la primera línea de soporte (pares, supervisores), puede determinar en la víctima de SVS un estado de estancamiento o de abandono de la profesión. Esta consecuencia se ha reportado de manera notable en otros estudios²⁰.

Asociando las variables sociodemográficas con los tres grandes ámbitos del SVS (consecuencias personales, percepción de soporte, resultado final), se hicieron evidentes las diferencias de género en el ámbito de las secuelas y de la percepción de respaldo. Las colegas urólogas acusaron mayor impacto que sus pares varones en todas las dimensiones del primero: mayor estrés psicológico, mayor estrés físico y mayor deterioro en la percepción de autoeficacia, sin embargo también manifestaron sentirse más apoyadas por sus familias que el grupo de hombres. Tolin y Foa²¹ concluyen que en general las mujeres tienen más

probabilidades de cumplir criterios de SVS que los varones, pero por otro lado tienen menos probabilidades de experimentar eventos adversos. Wu et al.²² señalan que las profesionales mujeres experimentan más culpa y más miedo de perder la reputación que sus colegas varones, pero al mismo tiempo son capaces de manejar la situación de manera más constructiva y, por ejemplo, más proclives a discutir los errores y a implementar planes de mejora.

También destacaron las diferencias entre instituciones de distinta complejidad: los(as) profesionales que trabajan en instituciones de mediana complejidad son más propensos a experimentar impacto psicológico y merma en la autoeficacia en comparación con aquellos que trabajan en instituciones de alta complejidad. En cambio no hubo diferencias al comparar instituciones públicas y privadas, lo que ya se había reportado en nuestro país por los enfermeros Mallea et al.¹². En dicho estudio se hizo también especial énfasis en que en general en ambos espacios se adolece de adecuado soporte institucional.

Comparando las diferencias por edad, se demostró una débil asociación inversa entre los años de ejercicio profesional y el impacto tanto psicológico como en la autoeficacia. También se marcó una débil tendencia en que a mayor edad profesional, se percibe de mejor manera el soporte recibido de los pares y de los supervisores. El soporte institucional se mantiene percibido como inadecuado, independientemente de los años de ejercicio. Se podría considerar que a mayor experiencia, menor probabilidad de sufrir eventos adversos, y menores consecuencias en el profesional cuando finalmente ocurren, sin embargo los estudios de Brunelli y Yan no muestran lo mismo, encontrando una asociación entre la antigüedad y mayor puntaje SVEST, especialmente en la dimensión psicológica²³.

Algunas limitaciones de este estudio son el sesgo de memoria, el tratarse de un formulario autoaplicado y el muestreo por conveniencia. El evento adverso puede no recordarse con exactitud, al igual que la experiencia vivenciada; además la información recopilada depende del participante, sin contar con otro medio independiente para verificar lo declarado.

Finalmente, es importante resaltar que en nuestro país el grupo de urólogos es todavía pequeño y en general son más jóvenes que sus pares varones. En la medida que aumente la incorporación de más urólogos al ejercicio profesional y transcurran más años

de experiencia laboral, es posible que las diferencias observadas se modifiquen.

Conclusiones

El SVS entre urólogos(as) chilenos(as) es prevalente. Tiene consecuencias principalmente psicológicas y en la autoeficacia. El soporte de la familia y de los pares se percibe como alto, no así el de las instituciones, que se señala como inadecuado al carecer de planes de contención. Pese al estrés sufrido, el ausentismo y el abandono son bajos. Hay diferencias en el impacto psicológico entre profesionales varones y mujeres. Se debe trabajar en políticas institucionales y con perspectiva de género, en que se provea de herramientas a supervisores, pares y a la propia víctima para apoyarla, reinsertarla e incluso poder resultar fortalecida, lo que redundará en beneficios para el siguiente paciente, el equipo de trabajo y la propia institución.

Agradecimientos

A los pares urólogos(as) nacionales que se motivaron en llenar las encuestas enviadas, y que con entusiasmo e interés por los resultados nos animaban a completar pronto el estudio.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado algún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 11 sept 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Vanhaecht K, Seys D, Russotto 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;19:16869.
- Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med.* 2000;172:358-9.
- Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2019;12:593-603.
- 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;18:325-30.
- Kappes M, Romero-García M, Sanchez M, Delgado-Hito P. Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory. *Aust Crit Care.* 2024;37:606-13.
- 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;28:1022-30.
- 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;16:179-86.
- Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric testing of the Chinese version of second victim experience and support tool. *J Patient Saf.* 2021; 17:e1691-e1696.
- 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;18:111-8.
- 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.* 2021;50:497-506.
- Mallea-Salazar F, Ibaceta-Reinoso I, Vejar-Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Rev Chil Salud Pública.* 2021;25:76-85.
- Norvell M, Connors CH, Wu AW. Confronting the inevitable: When a urologist feels like a second victim. *Urol Oncol.* 2024;42:315-8.
- Houe R, Leon C, Zy-Yin N, Xian N, Ying A, Xiang Q, et al. Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: Understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surg.* 2024;229:5-14.
- Santana I, González H, Martín A. Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E). *Enferm Clin.* 2021; 31:334-43.
- Brunelli M, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2021;17:e1401-e1405.
- Brunelli M, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme R, Ortega A, et al. Segunda víctima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. *Medicina (B Aires).* 2023;83:918-26.
- Finney R, Torbenson V, Riggan K, Weaver A, Long M, Allyse M, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynecology: a second victim experience and support tool survey. *J Nurs Manag.* 2021; 29: 642-52.
- Kappes M. Segundas víctimas en enfermería y su desafío para Latinoamérica. *Rev Cubana Enfer.* 2024;40:e6073.
- Burlison J, Scott S, Browne E, Thompson S, Hoffman J. 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;13:93-102.
- Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* 2006;132:959-92.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA.* 1991;265:2089-94.
- Yan L, Tan J, Chen H, Yao L, Li Y, Zhao Q, et al. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;58:733-43.