

## SEGUNDA VICTIMA: EXPERIENCIA Y MEDIDAS DE APOYO PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS

MARÍA VICTORIA BRUNELLI<sup>1</sup>, SILVINA ESTRADA<sup>1</sup>, CONSTANZA CELANO<sup>1</sup>,  
CRISTINA BANDRIWSKYJ<sup>2</sup>, REINALDO J. RIQUELME<sup>3</sup>, ANA ORTEGA<sup>4</sup>,  
ESTELA G. GONZALEZ<sup>5</sup>, IVANA E. MONSERRAT<sup>6</sup>, BELÉN MESURADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencia Biomédicas, Universidad Austral, <sup>2</sup>Hospital Alemán,  
<sup>3</sup>Hospital Universitario Austral, Universidad Austral, <sup>4</sup>Hospital Materno Infantil  
Florencio Escardó, <sup>5</sup>Centro Médico Accord Montserrat,  
<sup>6</sup>Sanatorio Mater Dei, Buenos Aires, Argentina

**Dirección postal:** María Victoria Brunelli, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Av. Perón 1500, 1629 Derqui, Provincia de Buenos Aires, Argentina

**E-mail:** vbrunell@austral.edu.ar

**Recibido:** 31-III-2023

**Aceptado:** 7-VIII-2023

### Resumen

**Introducción:** Las segundas víctimas son aquellos profesionales que, ante un error, quedan traumatizados, cuestionándose sus habilidades profesionales y personales. El conocimiento de su experiencia permite a las instituciones entender las consecuencias del error en los profesionales para realizar acciones de atención a los profesionales involucrados mejorando la seguridad de atención. El objetivo de este estudio es caracterizar el fenómeno de segundas víctimas y conocer las medidas de apoyo percibidas.

**Métodos:** Estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal. Participaron profesionales de la salud de cinco instituciones de alta complejidad a través de un muestreo por conveniencia. El instrumento de recogida de datos fue el *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) validado en Argentina, compuesta por dimensiones de impacto (psicológico, físico y de habilidades profesionales) de apoyo recibido (colegas, supervisores, institucional y medidas no relacionadas al ámbito laboral) y dos dimensiones de resultado (abandono profesional y ausentismo).

**Resultados:** Participaron 1134 profesionales. El 56% manifestó haber cometido un error y completó el SVEST. La media del SVEST fue de 2.5 predominando la dimensión de impacto psicológico ( $\bar{x} = 3.4$ ). Como parte de las medidas de apoyo los profesionales percibieron mayor

apoyo en familiares y amigos ( $\bar{x} = 3.1$ ). A mayor impacto menor percepción de las medidas de apoyo (Rho:  $-0.8$ ,  $p = 0.047$ ).

**Discusión:** Más de la mitad de los profesionales refieren ser segundas víctimas con un impacto psicológico importante, los cuales, a pesar de trabajar en instituciones que cuentan con protocolos de seguridad del paciente, reciben el apoyo principalmente de entornos no relacionados al trabajo

**Palabras clave:** segunda víctima, seguridad del paciente, evento adverso, SVEST

### Abstract

*Second victim experience and support from health professionals*

**Introduction:** The second victims are those professionals who, when faced with a mistake, are traumatized, questioning their professional and personal skills. Knowledge of their experience allows institutions to understand the consequences of error in professionals to carry out care actions for the professionals involved, improving care security. The objective of this study is to characterize the phenomenon of second victims and to know the perceived support measures.

**Method:** Cross-sectional descriptive observational quantitative study. Health professionals from five highly complex institutions participated through convenience sampling. The data collection instrument was the *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) validated in Argentina, composed of impact dimensions (psychological, physical and professional skills) of support received (colleagues, supervisors, institutional and measures not related to the workplace) and two outcome dimensions (professional abandonment and absenteeism).

**Results:** 1134 professionals participated and 56% said they had made a mistake. The mean STEVS was 2.5, with the psychological impact dimension predominating ( $\bar{x} = 3.4$ ). As part of the support measures, professionals perceived greater support from family and friends (not related to work) ( $\bar{x} = 3.1$ ). The greater the impact, the lower the perception of support measures (Rho: -0.8,  $p = 0.047$ ).

**Discussion:** More than half of the professionals refer to being second victim with a significant psychological impact, who, despite working in institutions that have patient safety protocols, received support from non-work-related environments.

**Key words:** second victim, patient safety, adverse events, SVEST

### PUNTOS CLAVE Conocimiento actual

- El error impacta en los pacientes, pero también en los profesionales y en las instituciones. Las segundas víctimas presentan impacto personal, profesional que afecta también en la atención en salud

### Contribución del artículo al conocimiento actual

- El impacto del error en los profesionales es alto, con consecuencias psicológicas y en su desarrollo profesional. Perciben mayor apoyo de amigos y familia. Cuentan con respaldo institucional y en menor grado en sus colegas. Es necesario fortalecer las instituciones en la gestión sanitaria para ofrecer un entorno laboral de contención para los profesionales

El sistema de salud requiere de profesionales especializados para responder a las demandas cada vez más

complejas. Aun con los avances en la atención sanitaria, los profesionales no están exentos de participar involuntariamente en un evento adverso, a pesar de la alta preparación que pueden tener<sup>1,2</sup>. Las consecuencias del error pueden ser devastadoras para el propio profesional además de tener consecuencias en la atención de salud.

Se define segunda víctima (SV) como cualquier trabajador de la salud, directa o indirectamente involucrado en un evento adverso imprevisto, error de atención médica no intencional o lesión del paciente, y que se convierte en víctima en el sentido de que también se ven afectados negativamente<sup>3</sup>.

Las consecuencias en el personal sanitario se manifiestan en distintos planos. En ocasiones presentan alteraciones físicas (insomnio<sup>4</sup>, cambios en el apetito, dolor de cabeza, náuseas<sup>4,5</sup>), psicológicos (sentimientos de culpa, angustia, miedo y vergüenza<sup>6-9</sup>). También experimentan inseguridad ante sus habilidades profesionales sintiéndose en algunos casos incapacitados para seguir atendiendo paciente o con deseos de dejar la profesión<sup>6,10</sup>. Pueden además observarse situaciones de estrés postraumático<sup>11</sup>, *burnout*<sup>12</sup>, abuso de sustancias<sup>12</sup> como consecuencia del evento. Infrecuentemente se han reportado casos de suicidio<sup>13</sup>.

Las consecuencias también se manifiestan en aspectos económicos y de gestión de recursos humanos afectando a las instituciones, ya que aumentan las tasas de ausentismo y la intención de cambiar de trabajo<sup>8,14</sup>. Formar un profesional en cada institución lleva tiempo y costos que, si no se gestiona, ante un error cometido, se corre el riesgo de perderlo y de este modo incrementar el ausentismo, la rotación de personal y el ingreso de nuevos profesionales con la necesidad de capacitarlos para la función en la que se desempeñarán.

Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de trabajar con los profesionales que cometen un error y con el equipo. Las medidas de soporte a la SV son variadas y pueden estar dadas por los propios colegas<sup>8</sup>, el personal de gestión (supervisores, coordinadores)<sup>7</sup>, o el ámbito institucional<sup>14</sup>. Además, en algunos casos las SV buscan apoyo en su familia o amigos, aunque sean ajenos al ámbito laboral<sup>5</sup>.

Como parte de esta realidad es necesario contar con instrumentos de medición que permitan conocer la experiencia de la SV y las medidas de apoyo recibido. Por ello Burlison y col., desarrollaron el SVEST (*Second Victim Experience and Support Tool*) que busca medir la experiencia de SV y la calidad de recursos de apoyo de las instituciones<sup>5</sup>. El cuestionario fue validado en varios países<sup>5,9,15-21</sup> y en Argentina<sup>22</sup>.

A partir de allí, varios estudios permitieron conocer la prevalencia y características del fenómeno, principalmente en Europa<sup>23, 24</sup> y Asia<sup>6, 25, 26</sup>. En Latinoamérica los estudios son escasos<sup>27</sup> y es necesario abordarlo a fin de conocer cómo se comporta el fenómeno a nivel local. Por ello, el objetivo de este estudio fue caracterizar la experiencia de la SVs y conocer las medidas de apoyo percibidas en instituciones públicas y privadas de la Argentina.

## Material y métodos

Estudio observacional descriptivo, transversal. La población estaba compuesta por profesionales de salud de atención directa de cinco instituciones de alta complejidad de Buenos Aires. En cada una de ellas se incluyeron al personal que se encuentre involucrado en el proceso de administración de medicamentos (indicación, dispensación, preparación, administración y registro) Todas las instituciones participantes tienen un equipo de trabajo en el ámbito de seguridad, poseen sistema de reporte de error y presentan protocolos de actuación sobre el paciente ante un EA (eventos adversos). Ninguna cuenta con protocolo de atención de SV.

La encuesta fue entregada a todo el personal y se los invitó a participar de forma voluntaria. La misma fue anónima, en formato papel y depositada en una urna destinada a ese fin. Estuvo estructurada en dos partes. La primera parte compuesta por variables sociodemográficas y preguntas acerca del conocimiento de SV y la experiencia de error. En este caso, a aquellos que contestaron que cometieron error se los invitó a completar la segunda parte que estaba compuesta por el SVEST en su versión local<sup>13</sup>.

El SVEST cuenta con 28 ítems organizados en 9 dimensiones. Tres de las dimensiones miden las consecuencias del evento en el profesional (a nivel psicológico, físico y autoeficacia profesional), cuatro dimensiones caracterizan las medidas de soporte percibidas (colegas, supervisor, institucional, no relacionado al trabajo) y dos dimensiones valoran los resultados de la experiencia (deseo de abandono y ausentismo). Cada dimensión contiene variables que se puntúan con una escala de Likert de 1 a 5, donde el 1 representa poco y el 5 mucho. Altas puntuaciones suponen consecuencias mayores y alta percepción de apoyo inadecuado por parte de cada uno de los participantes<sup>5</sup>.

Se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS, calculando frecuencia y porcentaje de variables categóricas y la media y DE cada dimensión. Para la asociación entre variables categóricas y cuantitativas se realizó test Kruskal Wallis y a través de la prueba U Mann Whit-

ney se determinó la diferencia entre los distintos grupos. Finalmente, la asociación entre variables cuantitativas se correlacionó a través de la Rho de Spearman. Para las pruebas de asociación se buscó un nivel de significancia con un  $p = 0.05$ . El grado de acuerdo para cada dimensión fue calculado a partir de aquellos porcentajes que habían completado la escala con un puntaje  $\geq 4$  de cada ítem de la dimensión<sup>5</sup>.

El estudio fue autorizado por los comités de ética y las instituciones participantes.

## Resultados

Contestaron la encuesta 1190 profesionales, de los cuales el 88.6% trabajaba en una institución privada. Del total, el 56.1% manifestó estar involucrado en un evento adverso y completó el SVEST. Predominaron los profesionales de enfermería (66.4%) (Tabla 1). El promedio de antigüedad fue de 9.1 años (DE  $\pm$  8.0). Se observó una asociación significativa ( $p \leq 0.01$ ) entre la antigüedad y haber cometido participado de un incidente.

De aquellos profesionales que cometieron un evento adverso ( $n = 651$ ), el 67.1% eran enfermeros y el 49.6% conocía el término segunda víctima. La mayoría de ellos (38.1%) cometió el error hace más de tres años y un 90.2% informó el error en el ámbito de trabajo (Tabla 1). Se eliminaron 16 cuestionarios porque no se encontraban completos en el SVEST.

La media del total del SVEST fue de 2.5 puntos. Las dimensiones de medidas de soporte presentaron un promedio de 2.7 puntos y las que representaban las consecuencias (daño psicológico, físico y profesional) 2.6 puntos, mientras que las dimensiones de resultado obtuvieron un promedio de 1.7 puntos (Tabla 2).

En cuanto a las medidas de soporte, el apoyo no relacionado al trabajo fue la de mayor predominio ( $\bar{x} = 3.1$ ). Considerando las consecuencias, la dimensión psicológica presentó el mayor daño. ( $\bar{x} = 3.4$ ). Finalmente, el abandono profesional fue la dimensión que menor puntaje obtuvo ( $\bar{x} = 1.7$ ) (Tabla 2).

Por otro lado, se observó una relación significativa entre las consecuencias y las medidas de apoyo, por lo que a mayor daño menor percepción de las medidas de apoyo (Rho: -0.8,  $p = 0.047$ ). Además, los profesionales que percibieron mayor impacto presentaron mayor ten-

**Tabla 1** | Variables sociodemográficas

	Todos los profesionales	Profesionales que completaron el SVEST	Profesionales que no completaron el SVEST
<b>Carácter de la institución</b>			
	N (%)	N (%)	N (%)
Privado	1043 (88.6)	575 (88.3)	456 (87.9)
Público	134 (11.4)	64 (9.8)	63 (12.1)
Perdidos	13 (0.9)	12 (1.8)	1 (0.2)
Total	1190 (98.1)	651 (100)	520 (100)
<b>Rol que desempeña</b>			
	N (%)	N (%)	N (%)
Auxiliar de enfermería	72 (6.1)	22 (3.4)	48 (9.2)
Enfermero	786 (66.4)	434 (67.1)	342 (65.9)
Médico	271 (22.9)	162 (25.0)	103 (19.8)
Farmacéutico	15 (1.3)	10 (1.5)	59 (1.0)
Auxiliar de farmacia	18 (1.5)	11 (1.7)	7 (1.3)
Otro	22 (1.9)	8 (1.2)	14 (2.7)
Perdidos	6 (0.5)	4 (0.6)	1 (0.2)
Total	1190 (100)	651 (100)	520 (100)
<b>Cometió un error</b>			
	N (%)		
NO	520 (43.9)		
SI	665 (56.1)		
Perdidos	5 (0.4)		
Total	1190 (100)		
<b>Conoce el termino SV</b>			
	N (%)	N (%)	N (%)
NO	597 (50.6)	325 (50.4)	266 (51.2)
SI	582 (49.4)	320 (49.6)	251 (48.3)
Perdidos	11 (0.9)	6 (1.1)	3 (0.6)
Total	1190 (100)	651 (100)	100 (520)
Antigüedad	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
	9.1 (8.0)	10.6 (8.4)	7.4 (7.3)
<b>Hace cuánto tiempo cometió el error</b>			
		N (%)	
Menos de 1 año		136 (20.9)	
Entre 1 y 2 años		125 (19.2)	
Más de 3 años		248 (38.1)	
No recuerda		135 (20.7)	
Perdidos		7 (1.1)	
Total		651 (100)	
<b>Informó el error</b>			
		N (%)	
NO		62 (9.8)	
SI		573 (90.2)	
Perdidos		16 (2.5)	
Total		651 (100)	

SV: Segunda Víctima

dencia a variables de resultados (abandono y ausentismo) (Rho: 0.5,  $p < 0.001$ ) (Tabla 3). Más específicamente se encontró asociación estadística entre el daño psicológico y la percepción de medidas de apoyo de colegas (Rho: -0.2,  $p = 0.000$ ) y el no relacionado al trabajo (Rho: -0.2,  $p = 0.000$ ), así como con el ausentismo (Rho: 0.1,  $p = 0.001$ ) y el abandono profesional (Rho: 0.2,  $p = 0.000$ ). Igualmente, el cuestionamiento de las habilidades profesionales (impacto) también se asoció significativamente al ausentismo (Rho: 0.6,  $p = 0.000$ ) y el abandono profesional (Rho: 0.3,  $p = 0.000$ ).

Asimismo, se encontró asociación entre el SVEST y algunas variables sociodemográficas. Por ejemplo, el puntaje total del SVEST se relacionó con una mayor antigüedad (Rho = 0.1,  $p = 0.001$ ) y a más tiempo en que se cometió el error ( $p = 0.02$ ) (Tabla 4).

Deteniéndonos en las dimensiones que reflejan las consecuencias se evidenció diferencia entre los grupos profesionales ( $p = 0.04$ ) y en el tiempo de haber transcurrido el evento ( $p = 0.05$ ). (Tabla 4). Por la prueba de Kruskal Wallis se observó que las diferencias significativas entre los grupos profesionales están en el daño psicológico ( $p < 0.001$ ) y físico ( $p < 0.001$ ). La diferencia de medianas es mayor en los enfermeros frente a los médicos, por lo que los profesionales de enfermería sufren más daño psicológico y físico que los médicos (Tabla 5).

En cuanto a las medidas de apoyo, los profesionales de mayor antigüedad laboral presentaron mayor percepción de las medidas de apoyo o soporte (Rho: 0.1,  $p < 0.001$ ). Y en esta línea los resultados indican que a mayor antigüedad profesional mayor percepción de apoyo

**Tabla 2** | SVEST: Promedio, mediana y percentiles

Componente	Dimensión	Media (DE)	Mediana	Percentil [0.25-0.75]
Consecuencias		2.6 (0.6)	2.5	2.0-3.0
	Psicológico	3.4 (1.0)	3.5	2.7-4.2
	Físico	2.1 (1.0)	2.0	1.2-2.7
	Cuestionamiento de habilidades profesionales	2.2 (1.2)	2.0	1.0-3.0
Medidas de Soporte		2.7 (0.0)	2.5	2.0-3.1
	Soporte colegas	2.3 (1.1)	2.2	1.2-3.0
	Soporte supervisor	2.4 (1.0)	2.2	1.6-3.0
	Soporte institucional	2.9 (1.2)	3.0	2.0-4.0
Resultados	Soporte no relacionado al trabajo	3.1 (1.4)	3.0	2.0-5.0
		1.7 (0.3)	1.4	1.0-2.0
	Abandono profesional	1.7 (1.0)	1.0	2.0-5.0
	Ausentismo	1.8 (0.9)	1.0	1.0-2.5
Total		2.5 (0.5)	2.4	2.0-2.8

DE: Desviación estándar. El puntaje de SVEST es de 1 a 5: los valores mayores implican mayor daño y medidas de soporte inadecuadas.

**Tabla 3** | Correlación entre las dimensiones

	Dimensiones de soporte		Dimensiones de resultados		Total	
	Correlación*	p	Correlación*	p	Correlación*	p
Componente de consecuencias	-0.078	0.047	0.472	0.001	0.796	<0.001
Componente de soporte			0.107	0.071	0.576	<0.001
Componente de resultados					0.586	<0.001

\*: Rho Spearman

**Tabla 4** | Pruebas de asociación entre las variables sociodemográficas y el SVEST

	Antigüedad profesional		Profesión		Hace cuanto cometió el error
	Correlación <sup>§</sup>	p	p*	p*	
Media Impacto	0.1	0.16	0.04	0.05	0.05
Media de soporte	0.1	0.00	0.13	0.00	0.00
Media resultados	0.0	0.25	0.73	0.30	0.30
SVETS Total	0.1	0.00	0.30	0.00	0.00

\*: Prueba de Kruskal Wallis; §: Rho Spearman

**Tabla 5** | Asociación entre las variables sociodemográficas agrupadas y las dimensiones individuales

	Antigüedad		Profesión			
	Rho de Sperman	p**	Enfermero	Medico	U*	p**
Psicológica	0.0	0.44	3.7	3.1	26223	<0.001
Física	0.0	0.43	2.0	1.5	23390	<0.001
Autoeficacia	-0.0	0.80	2.0	2.0	33075	0.54
Colegas	0.0	0.32	2.0	2.5	30467	0.03
Supervisor	0.1	0.00	2.5	2.2	31402	0.07
Institución	0.1	0.00	3.0	3.0	31175	0.06
No laboral	0.0	0.33	3.0	3.0	32631	0.34
Abandono	0.0	0.41	1.0	1.5	29412	0.00
Ausentismo	0.0	0.57	1.0	1.0	31122	0.08

Nota U \*: Prueba U de Mann Whitney, \*\*nivel de significación

del supervisor (Rho = 0.1, p = 0,000) y de la institución (Rho = 0.1, p = 0,000). La prueba de Mann Whitney agrega también diferencias significativas entre los grupos profesionales y el apoyo de colegas (p = 0.03) e intención de abandono profesional (p = 0,00), percibiendo en este caso, los médicos mayor apoyo por sus pares que los enfermeros, así como mayor deseo de abandonar la profesión (Tabla 5).

## Discusión

Los principales hallazgos de este estudio fueron que los profesionales involucrados en un EA reciben daños psicológicos importantes, manifestados por tristeza y culpa. Expresan que se sienten inseguros y con miedo para seguir trabajando. Además, manifiestan que no perciben un apoyo fuerte por parte de los colegas, los coordinadores o la institución. A cambio lo encuentran en familiares y amigos.

En la población en estudio, la ocurrencia de incidentes se asoció con la antigüedad laboral. Esto

resulta un tanto paradójico, ya que se podría considerar que a mayor experiencia deberían existir menos posibilidades de participar de un EA. Sin embargo, no se debe olvidar que los profesionales de la salud están sujetos a error por su condición humana<sup>2</sup>, además de la complejidad del sistema de salud. Por lo tanto, reconocer esta realidad y trabajar sobre ella es parte de lo que se pretende con la cultura de seguridad<sup>27</sup>. Al mismo tiempo, aunque las consecuencias parecieran ser menores en los profesionales con mayor experiencia en el estudio de Yan y col.<sup>26</sup>, los resultados de este estudio no demuestran lo mismo, ya que se encontró asociación entre la antigüedad y el puntaje del total del SVEST.

El mayor daño experimentado por todos los profesionales que participaron en el estudio fue el psicológico, predominando la culpa. Algo similar ocurre con los estudios de otros países<sup>23, 25, 27, 28</sup>, en los que se agrega que, si bien se disminuye con el tiempo, no se resuelven por completo<sup>25</sup> y pueden asociarse con depresión y el suicidio posterior<sup>13, 29</sup>.

Por ejemplo, un estudio encontró que los profesionales con depresión habían tenido una tasa de errores de medicación seis veces mayor que la de los residentes no deprimidos<sup>30</sup>. Asimismo, se evidenció a mayores consecuencias (psicológicas, físicas y de habilidades profesionales) en quienes habían percibido menor apoyo por parte de colegas, supervisores e institucionales, situación que puede poner más en riesgo a las SVs. Esto pone de manifiesto la urgencia de crear un programa de atención a la SVs a fin de prevenir afecciones mayores en los profesionales.

No hay que dejar de lado otras afecciones de las SVs como el cuestionamiento de las habilidades profesionales. Los participantes de este estudio manifestaron que luego del evento se sentían inseguros y dudaban de sus capacidades para realizar su tarea. Finney y col. afirmaron que los profesionales de su estudio expresaron que esta dimensión es el impacto más alto, incluso por encima del psicológico<sup>5</sup>. Otros estudios coinciden en que, si bien no es la que más afecta a los profesionales, es una de las dimensiones más puntuada<sup>23,28</sup>. Es por ello que, sin ignorar las consecuencias psicológicas, es importante prestar atención a todas las dimensiones en que se afectan las SVs realizando un abordaje integral del fenómeno. Por ejemplo, la afirmación *luego del evento siento miedo de realizar procedimientos de alto riesgo* además de la inseguridad, ponen al profesional en una situación de estrés que si no se atiende y acompaña puede incrementar el daño. También se expone aún más a los pacientes cuando reciben la atención por parte de un profesional que manifiesta miedo e inseguridades y no se lo acompaña en su tarea.

Entre las medidas de soporte de las SVs, el apoyo brindado por familiares y/o amigos (no relacionado al entorno laboral) fue el más fuertemente percibido por los profesionales, del mismo modo que en otros estudios<sup>5</sup>. Algo contrario sucede en los enfermeros estudiados por Mok y col. en Singapur, donde predomina un fuerte apoyo institucional, seguido por colegas y los supervisores y donde el apoyo no relacionado al trabajo (amigos y familia) es la dimensión que menor valor adquirió en el cuestionario<sup>25</sup>. En segundo término, el apoyo institucional fue una medida valorada por los participantes de este estudio. Sin embargo, estos mismos profesionales no se sienten fuertemente apoyados

por sus supervisores y colegas. Esto resalta la importancia de trabajar en la cultura de seguridad y en la educación continua del personal. Varios autores señalan que, a mayor cultura de seguridad menores consecuencias en las SVs<sup>14,31</sup>. El apoyo institucional percibido refleja que las SVs sienten que la institución acompaña, pero no lo perciben en su entorno inmediato (colegas y supervisores) y en consecuencia lo buscan fuera del entorno laboral. Teniendo en cuenta que los primeros auxilios emocionales y que los programas de atención de las SVs recomiendan como primer nivel de atención los colegas<sup>7</sup>, resulta de vital importancia trabajar para que éstos cuenten con las herramientas para brindar sostén a las SVs y empatizar con la situación. Diversos estudios sostienen que gran parte de los profesionales hubiesen deseado recibir apoyo por parte de sus colegas<sup>8,27</sup> o que cuando se encontraron frente a una SV no supieron cómo brindarle acompañamiento<sup>32</sup>. Esta idea refuerza la necesidad de capacitar al personal en acciones de atención a la SV. De esta forma se fomenta una atmósfera positiva en la organización que facilita el afrontamiento y reduce los efectos en los profesionales<sup>31</sup>.

Si bien en este estudio el efecto en las SVs en el trabajo (ausentismo y abandono de la profesión) no parece predominar, encontramos profesionales que consideraron abandonar la profesión y otros que deseaban ausentarse. Esto fue reportado de forma más notable en otros estudios<sup>8,23,25,27</sup> y conviene prestarle atención en nuestro contexto. En nuestro estudio la intención de abandono se vio asociada con el daño psicológico y el cuestionamiento de las habilidades profesionales. Esto hace suponer, de acuerdo con Mok y col., que las SVs experimentan una situación de estrés que causa dudas sobre su desarrollo profesional y consideran dejar la profesión como medida de escape de esta situación<sup>25</sup>. También la intención de abandono puede ser impulsada por los colegas o los supervisores cuando los profesionales no se sienten apoyados<sup>25,27</sup>. Aunque el número de profesionales que está de acuerdo con abandonar la profesión no es alto, es importante considerarlo. Más aún si no se realizan acciones para incrementar el apoyo (tanto de los colegas como supervisores) este deseo de abandono podría incrementarse, lo que traería malas consecuencias para la fuerza de trabajo sanitaria.

Los profesionales que perciben soporte inadecuado pueden presentar consecuencias más graves, como mayor estrés. Además, si no se sienten apoyados tienden a no reportar el error por miedo a recibir represalias mayores. Esto constituye una barrera fundamental para la protección del personal y del paciente<sup>33</sup>. Y como consecuencia las SVs siguen desprotegidas y también las instituciones<sup>26</sup>. Por lo tanto, es imperativo, que trabajemos por contener a los profesionales, más cuando la gran mayoría de ellos trabaja en salud para ayudar a las personas, y cuando en esta intención han causado, sin desearlo un daño.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el sesgo de memoria inherente al fenómeno representa un aspecto fundamental. En este sentido, puede ocurrir que los profesionales que cometieron un error pueden no recordarlo o no haberlo detectado, más aún cuando no hay daño visible. Además, en caso de recordarlo pueden omitir sin intención algunas vivencias experimentadas. En segundo término, este estudio se desarrolló en instituciones de alta complejidad que cuentan con sistema de reporte de error. Ello supone una cierta cultura de seguridad de paciente, pero no se puede afirmar que los datos pueden extrapolarse a profesionales que se desempeñan en centros de primer

nivel de atención, como los centros de atención primaria. Finalmente, no hay que olvidar que se trata de datos obtenidos a través de una recolección de datos auto administrada y no se cuenta con datos que permitan verificarlos de forma independiente.

Aun así, el estudio contribuye a comprender la experiencia de la SVs en Argentina. En conclusión, los profesionales perciben falta de apoyo principalmente en el ámbito laboral (colegas, supervisores e institución). Además, presentan consecuencias psicológicas, cuestionándose sus habilidades profesionales. En menor medida también manifiestan deseos de abandono de la profesión. Las medidas de soporte más utilizadas se encuentran fuera del ámbito laboral, lo que muestra la importancia de establecer programas de contención en la SVs, en consonancia con el plan de acción mundial de seguridad de paciente propuesto por la OMS<sup>34</sup>, así como capacitar al personal sobre el fenómeno. Futuros estudios podrán incluir intervenciones y evaluar si éstas minimizan el impacto de la SVs y contribuyen a generar instituciones más seguras.

---

**Agradecimientos:** A todos los profesionales que han participado de esta investigación.

---

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Agrest A. Reflections on error in medicine. *Medicina (B Aires)* 2006; 66: 486.
2. Cremona L, Caeiro T. Error in medicine. *Medicina (B Aires)* 2004; 64: 471-3.
3. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, et al. 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.
4. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 2013; 36: 135-62.
5. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, 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.
6. 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.
7. Scott S, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010; 36: 233-40.
8. 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.
9. 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* 2022; 50: 497-506.
10. Santos JO, Silva AE, Munari DB, Miasso AI. Feelings of nursing professionals after the occurrence of medication errors. *Acta Paul Enferm* 2007; 20: 483-8.



11. Kerkman T, Dijkstra LM, Baas MAM, Evers R, Van Pampus MG, Stramrood CAI. Traumatic experiences and the midwifery profession: a cross-sectional study among dutch midwives. *J Midwifery Womens Health* 2019; 64: 435-42.
12. Van Gerven E, Vander ET, Vandebroek S, et al. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Med Care* 2016; 54: 937-43.
13. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I. *West J Emerg Med* 2019; 20: 485-94.
14. Burlison JD, Quillivan RR, Scott S, Johnson S, Hoffman JM. The Effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *J Patient Saf* 2021; 17: 195-9.
15. Scarpis E, Castriotta L, Ruscio E, et al. The second victim experience and support tool: a cross-cultural adaptation and psychometric evaluation in Italy (IT-SVEST). *J Patient Saf* 2022; 18: 88-93.
16. Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second victim experience and support tool: persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev* 2021; 68: 34-40.
17. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Verdú-Soriano J, Nolasco A, Martín-Martínez A. Validation and psychometric properties of the spanish version of the second victim experience and support tool questionnaire. *J Patient Saf* 2022; 18: 692-701.
18. Chen J, Yang Q, Zhao Q, Zheng S, Xiao M. Psychometric validation of the chinese version of the second victim experience and support tool (C-SVEST), *J Nurs Manag* 2019; 27: 1416-22.
19. 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; 18:182-92
20. Koca A, Elhan AH, Genç S, O uz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the turkish version of the second victim experience and support tool (T-SVEST), *Heliyon* 2022; 8: e10553.
21. Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman S. N, 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: 2045
22. 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: e1401-e5
23. 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; 9: 2356-69.
24. 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* 2021; 18: 111-8.
25. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag* 2020; 28: 286-93.
26. 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: 733-43.
27. Mallea Salazar F, Ibaceta Reinoso I, Vejar Reyes C. Second victims: perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event. *J Healthc Qual Res* 2022; 37: 117-24.
28. Cho DB, Lee W, Cha JM, et al. Second victim experience and perception discordance of the colonoscopic perforation. *Dig Dis Sci* 2022; 67: 2857-65.
29. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a "second victim" in health care: pathway of recovery after adverse event. *Revista Calid Asist* 2016; 31 (Suppl 2): 11-9.
30. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 488-91.
31. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott S, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2016; 42: 377-86.
32. Magaldi M, Perdomo JM, Lopez-Baamonde M, Chanza M, Sanchez D, Gomar C. Second victim phenomenon in a surgical area: online survey. *Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed)* 2021; 68: 504-12.
33. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009; 139: 9-15.
34. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. En: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>; consultado enero 2023.