

ORIGINAL

Impacto laboral y psicológico de las segundas víctimas entre los profesionales sanitarios hospitalarios



A. González-González^{a,*}, O. Redondo-González^b, I. Domínguez-Osorio^c,
V. Quero Palomino^d, M. León Velasco^d y F. Polo Montes^d

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Recibido el 26 de febrero de 2023; aceptado el 7 de junio de 2023

Disponible en Internet el 6 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

Notificación de incidentes hospitalarios; Seguridad del paciente; Personal sanitario; Trastorno de estrés postraumático; Adaptación psicológica

Resumen

Objetivo: Analizar las consecuencias psico-laborales sufridas por los trabajadores sanitarios que se consideran segundas víctimas (SV).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal entre los sanitarios de un hospital universitario. Se evaluaron las respuestas recogidas en un cuestionario diseñado *ad hoc* sobre consecuencias psico-laborales y el resultado de una escala de estrés postraumático, «Escala Revisada de Impacto del Estrés (versión española)». La comparación de las variables entre los grupos se realizó con la prueba Chi-cuadrado (o el test exacto de Fisher) cuando ambas eran cualitativas y con la T de Student para datos independientes (o el test U de Mann-Whitney), cuando una de ellas era cuantitativa.

Resultados: El 75,5% (148/207) de los participantes del estudio sufrió algún evento adverso (EA) y de estos, el 88,5% (131/148) se consideraron SV.

Los/as médicos/as tuvieron 2,2 veces más riesgo de sentirse SV que los/as enfermeros/as (IC 95%: 1,88-2,52). El grado de las consecuencias del EA sobre el paciente explicó que los profesionales implicados en el mismo se sintieran SV ($p=0,037$).

El 80,6% ($N=104$) de las SV presentaron estrés postraumático. Las mujeres presentaron 2,4 veces más probabilidad de padecerlo (OR: 2,4; IC 95%: 1,5-4,0).

Los pensamientos intrusivos en las SV resultaron casi 3 veces más frecuentes cuando el daño sufrido por el paciente fue permanente o falleció (OR: 2,5; IC 95%: 0,2-3,6).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abgonzalezgonz@saludcastillayleon.es (A. González-González).

Conclusiones: Muchos sanitarios, especialmente los médicos, se consideraron SV y gran parte de estos sufrieron estrés postraumático. El grado del daño que ocasionó el EA fue un factor de riesgo para ser SV y para sufrir consecuencias psicológicas.

© 2023 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Hospital incident reporting;
Patient safety;
Health personnel;
Post-traumatic stress disorder;
Psychological adaptation

Professional and psychological impact of second victims among hospital healthcare professionals

Abstract

Objective: To analyze the occupational and psychological consequences suffered by healthcare workers who are considered second victims (SV).

Material and methods: Observational, descriptive and cross-sectional study among the healthcare workers of a university hospital. The answers collected in a specifically designed questionnaire about psychological consequences at work and the result of a post-traumatic stress scale, "Impact of Event Scale-Revised (IES-R, *spanish version*)" were evaluated. The variables between the groups were compared using the Chi square test (or Fisher's exact test) when both were qualitative and with the Student's T (or the Mann-Whitney U test for independent data), when one of them was quantitative. The level of statistical significance was $P < .05$.

Results: 75.5% (148/207) of the participants in the study suffered some adverse event (AE) and, of these, 88.5% (131/148) were considered SV.

Physicians had a 2.2 times higher risk of feeling SV than nurses (95% CI: 1.88-2.52). The impact on the patient related to the AE explained why the professionals involved in it felt SV ($P = .037$).

80.6% ($N = 104$) of the SVs presented post-traumatic stress. Women were 2.4 times more likely to suffer from it (OR: 2.4; 95% CI: 1.5-4.0).

Intrusive thoughts in the SV were almost three times more frequent when the damage suffered by the patient was permanent or death (OR: 2.5; 95% CI: 0.2-3.6).

Conclusions: Many healthcare workers, especially physicians, considered themselves to be SV, and many of them suffered from post-traumatic stress. The impact on the patient related to the AE was a risk factor for being SV and for suffering psychological consequences.

© 2023 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define un incidente relacionado con la seguridad del paciente como «cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho»¹. Cuando ante un incidente se ha producido un daño; que puede ser temporal, permanente o muerte, y que puede o no estar asociado a un error clínico, se habla de evento adverso (EA)².

Se define como segunda víctima (SV) a todo proveedor de servicios sanitarios que participa de alguna forma en un EA a consecuencia del cual queda emocional y profesionalmente traumatizado^{3,4}. Las publicaciones existentes sobre esta figura entre distintos trabajadores sanitarios, en diferentes niveles de la estructura sanitaria, hacen sospechar una prevalencia probablemente elevada de este problema (el 62%, en el caso de los profesionales de atención primaria [AP], y el 72%, en el de los hospitalarios, de los trabajadores sanitarios sufrieron una experiencia como SV, directamente o en su entorno cercano, según un estudio nacional⁵); además de las repercusiones nefastas sobre la vida emocional y profesional del afectado. Esto se debe a que, con frecuencia, las SV se sienten responsables de los resultados

sufridos por los pacientes^{6,7}, y esto tiene un impacto negativo que aumenta la probabilidad de error en el futuro y que influye en la implantación de una medicina defensiva con consecuencias nefastas para el sistema sanitario.

El objetivo de este trabajo fue identificar y analizar las características, así como las consecuencias laborales y psicológicas de los profesionales sanitarios que se consideran SV tras un EA.

Material y métodos

Diseño y población de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal, basado en las respuestas a una encuesta anónima, diseñada *ad hoc*, y realizada a todos los profesionales de enfermería y medicina que trabajaban en las unidades médicas y quirúrgicas de un hospital universitario. El muestreo se realizó de forma consecutiva durante el periodo de recogida de datos: del 1 de abril al 30 de octubre de 2020. El único motivo de exclusión fue la negativa a participar en el estudio.

Descripción de las variables

Las variables a evaluar fueron recogidas en unos cuadernos de recogida de datos (CRD) diseñados específicamente, distribuyéndose en:

- Una pregunta inicial, ¿conoce el término «segunda víctima» y su significado. Una escala de estrés postraumático, «Escala Revisada de Impacto del Estrés, versión española (EIE-R)»⁸, de 22 ítems, para la que se consideró punto de corte diagnóstico de estrés postraumático a una puntuación ≥ 20 . Esta escala fue cumplimentada únicamente por los profesionales que se consideraron SV.
- Tres bloques de preguntas. Las variables integradas en los 2 primeros fueron analizadas en un trabajo previo sobre eventos adversos⁹. Las del tercero, fueron las evaluadas en este estudio:
 - ¿Considera que en algún momento de su trayectoria profesional ha sido una SV?
 - Después del EA:
 - ¿Se mostró excesivamente vigilante en sus acciones y/o en su toma de decisiones?
 - ¿Sintió ansiedad o miedo cuando llegaba a su puesto de trabajo?
 - ¿Tuvo pensamientos no deseados involuntarios (intrusivos)?
 - ¿Se planteó cambiar de centro de trabajo o, incluso, de tipo de trabajo después del EA?
 - Tras el EA:
 - ¿Solicitó algún tipo de ayuda?
 - ¿Recibió algún tipo de ayuda por parte de alguna persona u organización de su centro de trabajo? (solicitada u ofrecida sin pedirla).
 - Si ha contestado a la pregunta previa afirmativamente, señale por parte de quien se sintió apoyado (unidad en la que trabajaba, servicio de prevención de riesgos laborales, dirección o subdirección del hospital, sindicatos o ayuda informal por parte de sus compañeros de trabajo).

En el cuestionario se incluía, previo a la repuesta de este bloque, la definición de SV.

En los CRD se recogieron además, las variables que describían las características socioeconómicas y laborales de los profesionales: sexo (mujer/varón); profesión (medicina/enfermería); especialidad o unidad de trabajo (médica/quirúrgica); tiempo de ejercicio profesional (años); formación MIR o EIR (sí/no); si realiza guardias (en medicina) o tiene turnicidad (en enfermería); tiempo que llevaba trabajando cuando le ocurrió el EA (en años); grado de las consecuencias del EA en el paciente (temporal, permanente, muerte).

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue revisado por el CEIm del centro donde se realizó el trabajo, que concluyó que no necesitaba una aprobación por su parte (por el tipo de tra-

bajo que era) ni tampoco la solicitud de consentimiento informado a los participantes, porque iba implícita con la contestación al CRD.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características que determinan la autopercepción como SV de los profesionales sanitarios que se habían visto implicados en algún EA, así como de las consecuencias psicológicas y laborales de dichos EA. Estas variables se describen mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las cualitativas.

Se realizó un análisis bivalente para determinar las características que podrían explicar la percepción de los profesionales como SV, y el impacto emocional y apoyo recibido en la categoría enfermera vs. médica; así como para evaluar el conocimiento del concepto de SV y de su significado entre los profesionales, y la ocurrencia de estrés postraumático en los que fueron SV. Estas 2 últimas estimaciones se analizaron diferenciando entre varones/mujeres y según la profesión. Dichos análisis bivariantes de realizaron mediante la prueba Chi-cuadrado (o el test exacto de Fisher si el número de efectivos esperados lo requería) cuando ambas eran cualitativas, y con la prueba T de Student si la variable dependiente era cuantitativa (o el test U de Mann-Whitney en caso de distribución no paramétrica).

Se estableció como nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

Los características sociodemográficas y laborales de la muestra fueron descritas previamente⁹.

La tasa de participación en el estudio, respecto al total de la plantilla durante el periodo del estudio, fue de 113/500 (22,6%) en medicina y de 94/1.006 (9,34%) en enfermería.

De los 207 trabajadores que participaron en el estudio, el 75,5% (N=148) estuvo involucrado en algún EA (ratio de participación en la encuesta: mujeres/varones=1,9 y de medicina/enfermería=1,2). De estos, un 88,5% (131/148) se consideraron SV; es decir, el 63,2% de los profesionales encuestados (uno no contestó a esta pregunta).

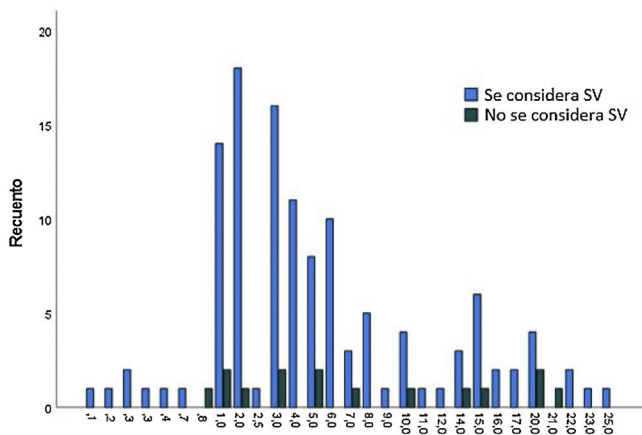
El 20,8% (N=43) de los trabajadores afirmó conocer bien el término SV y su significado; un 16,4% (N=34) conocía el término, pero no su significado y el 62,8% (N=130) desconocía ambas cosas (tabla 1). Encontramos diferencias significativas entre los profesionales de la categoría médica y de enfermería respecto al conocimiento del concepto de SV y/o su significado. Así, el 46% de los profesionales médicos, y algo menos del 27% de los de enfermería, conocía el término y su significado, o al menos solo el término ($p=0,014$).

El 60% (78/131) de los EA se produjo entre el 1.º y 6.º año de ejercicio profesional; y el 37% (49/131) en los 3 primeros años. El tiempo que los profesionales que se consideraron SV llevaban trabajando cuando les ocurrió el EA era de media 2,3 años menor, aunque no significativamente diferente ($p=0,355$), respecto a los que no se sintieron SV ($p=0,355$). Respecto a las SV, El 64,9% de las SV fueron muje-

Tabla 1 Conocimiento del concepto de SV en población total de profesionales sanitarios y en subpoblaciones demográficas

	Conocimiento del concepto SV y de su significado				
Variables sociodemográficas. N (%)	Sí	No	Sé algo, no su significado	Total	p-valor
<i>Sexo</i>					
Mujer	28 (20,6)	88 (64,7)	20 (14,7)	136 (100)	0,622
Varón	15 (21,1)	42 (59,2)	14 (19,7)	71 (100)	
<i>Profesión</i>					
Enfermería	15 (16,0)	69 (73,4)	10 (10,6)	94 (100)	0,014
Medicina	28 (24,8)	61 (54,0)	24 (21,2)	113 (100)	
SV: segundas víctimas.					

SV: segundas víctimas.

**Figura 1** Tiempo que el profesional sanitario llevaba trabajando cuando le ocurrió el EA.

res (85/131) y el 61,1%, profesionales médicos (81/131). El 89,8% (115/128) de los profesionales SV trabajaba a turnos o hacía guardias (fig. 1 y tabla 2).

El hecho de conocer previamente o no el significado de SV no influyó sobre la percepción de sentirse SV ($p=0,117$). Tener completada la formación EIR ó MIR no influyó sobre la ocurrencia de EA ($p=0,715$) ni sobre la percepción de sentirse SV ($p=0,689$); las diferencias tampoco fueron encontradas al analizar por separado a los profesionales de enfermería ($p=0,554$) y a los de medicina ($p=0,226$). Asimismo, tampoco encontramos diferencias entre los que se consideraron SV y los que no en cuanto a sexo, edad, tiempo de ejercicio profesional, la turnicidad o el hacer guardias (tabla 2). La ocurrencia de EA, así como la percepción de SV no difirieron entre los que trabajaban en una unidad médica o son especialistas médicos y los que lo hacían en una quirúrgica o eran especialistas quirúrgicos ($p=0,977$ y $p=0,303$; respectivamente).

No obstante, los profesionales de la medicina tuvieron 2,2 veces más riesgo de sentirse SV tras un EA que los profesionales de la enfermería (OR: 2,2; IC 95% 1,9-2,5). Además, el grado de las consecuencias del EA sobre el paciente explicó también de manera significativa el hecho de que los profesionales que se vieron implicados en el mismo se sintieran SV ($p=0,037$). Así, entre los profesionales que se consideraron SV tras un EA, el 25% (31/124) de los pacientes afectados

habían fallecido o bien, sufrido un daño permanente. En cambio, entre los profesionales que no se consideraron SV, el desenlace exitus o daño permanente en el paciente solo ocurrió en el 5,9% (1/17).

La escala de estrés (escala revisada de impacto del estrés) fue cumplimentada por el 98,5% de las SV (129/131). El 80,6% ($N=104$) de las SV presentaron estrés postraumático. Las mujeres SV fueron más afectadas por estrés que los varones SV ($p=0,046$). En este sentido, las profesionales mujeres SV presentaron 2,4 veces más probabilidad de padecer estrés postraumático que los profesionales varones SV (OR: 2,4; IC 95%: 1,5-4,0).

Como la profesión y el grado de consecuencias que sufre el paciente influyeron significativamente en el hecho de ser SV o no, analizamos el impacto emocional y laboral de las SV desagregado en enfermería/medicina y, por otro lado, separando a las SV en las que los pacientes habrían sufrido consecuencias temporales vs. permanentes-exitus.

El 83,8% de profesionales SV mostró vigilancia excesiva tras el EA, el 69,4% sintió ansiedad al volver a su puesto de trabajo, el 42% tuvo pensamientos intrusivos y el 17,6% se planteó cambiar de puesto de trabajo. Aunque la probabilidad de ser SV fue significativamente superior en la categoría médica ($p=0,008$), no se encontraron diferencias significativas entre los profesionales médicos y enfermeros, en cuanto al impacto emocional y laboral producido por este hecho y respecto al apoyo recibido (tabla 3). Aunque de forma no significativa, la vigilancia excesiva posterior tras el EA fue un 6,3% superior ($p=0,346$) y el planteamiento de cambio de puesto de trabajo un 12,2% más frecuente ($p=0,074$) en la categoría médica; en cambio, la categoría enfermera experimentó un 14,7% más ansiedad que la médica ($p=0,086$).

Pese al elevado porcentaje de estrés postraumático que sufren las SV, solo el 4,0% de profesionales de enfermería y el 6,3% de los de medicina solicitaron ayuda. Entre los primeros, la recibieron el 32,7%; y entre los segundos, el 26%.

El 59% de los profesionales de enfermería y el 41% de los de medicina que solicitó ayuda, la recibió de los compañeros de trabajo. La tercera parte de ambos grupos sanitarios encontró apoyo en su servicio o unidad de trabajo, y solo el 11% de los médicos fue apoyado desde el servicio de PRL (fig. 2). Ningún grupo encontró apoyo en la dirección del centro de trabajo.

Tabla 2 Características que determinan la autopercepción como segundas víctimas de los profesionales sanitarios que se han visto implicados en algún EA

Variables explicativas. N (%)	¿Se considera segunda víctima?		p-valor
	Sí (N = 131)	No (N = 76)	
<i>¿Conocía el término de SV y su significado?</i>			
Sí	30 (69,8)	13 (30,2)	0,117 ^a
No	76 (58,5)	54 (41,5)	
Algo, pero no sé su significado	25 (75,8)	8 (24,2)	
<i>Sexo</i>			
Mujer	85 (63,0)	50 (37,0)	0,796 ^a
Varón	46 (64,8)	25 (35,2)	
<i>Edad (años)</i>			
Media $\pm$ DE	40,1 $\pm$ 9,4	37,8 $\pm$ 11, 2	0,145 ^b
Mediana; RI	40,0 $\pm$ 33,0-46,0	37,5; 28,0-46,3	
<i>Profesión</i>			
Enfermería	50 (53,8)	43 (46,2)	0,008 ^a
Medicina	81 (71,7)	32 (28,3)	
<i>Especialidad (medicina) y/o unidad de trabajo (enfermería)</i>			
Médica	110 (62,5)	66 (37,5)	0,303 ^a
Quirúrgica	21 (72,4)	8 (27,6)	
<i>Formación MIR y/o EIR</i>			
Sí	28 (60,9)	18 (39,1)	0,689 ^a
No	100 (64,1)	56 (35,9)	
<i>Tiempo de ejercicio profesional (años)</i>			
Media $\pm$ DE	15,2 $\pm$ 9,3	13,0 $\pm$ 10,9	0,089 ^c
Mediana; RI	15; 8-20	9; 3-21	
<i>Guardias (medicina) o turnicidad (enfermería)</i>			
Sí	115 (63,5)	66 (36,5)	0,463 ^a
No	13 (72,2)	5 (27,8)	
<i>Ha conocido EA que le ha afectado directamente</i>			
Sí	131 (88,5)	17 (11,5)	< 0,001 ^a
No	0 (0)	58 (100,00)	
<i>Tiempo que llevaba trabajando cuando le ocurrió el EA (años)^e</i>			
Media; DE	6,2 $\pm$ 6,0	8,5 $\pm$ 7,6	0,355 ^c
Mediana; RI	4,0; 2,0-8,0	5,0; 2,0-15,0	
<i>Grado de las consecuencias del EA en el paciente</i>			
Daño temporal	93 (85,3)	16 (14,7)	0,037 ^d
Daño permanente	8 (88,9)	1 (11,1)	
Éxitus	23 (100)	0 (0)	

DE: desviación estándar; EA: evento adverso; EIR: enfermero interno residente; MIR: médico interno residente; RI: rango intercuartílico; SV: segundas víctimas.

^a Chi-cuadrado de Pearson.

^b T-Student para muestras independientes.

^c Prueba U de Mann-Whitney.

^d Razón de verosimilitud Chi-cuadrado.

Aunque la probabilidad de sentirse SV tras un EA es mayor cuando el daño que sufre el paciente tras un EA es permanente o este fallece ($p=0,037$), no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la vigilancia posterior, la ansiedad al volver al trabajo, el estrés postraumático, el planteamiento de puesto de trabajo o la solicitud de ayuda entre los profesionales SV en los que el paciente sufre daño permanente o fallece respecto a las SV cuando el paciente sufre daño temporal. Sin embargo, la probabilidad de que los profesionales SV tengan pensamientos intrusivos tras un EA es 2,5 veces superior cuando el paciente falleció o quedó afectado por un daño permanente respecto al hecho de que dicho daño fuese temporal (OR: 2,5; IC 95%: 0,2-3,6;

$p=0,030$). Asimismo, cuando el daño del paciente es permanente o fallece, las SV reciben un 26% más de ayuda ($p=0,017$) (tabla 4).

Discusión

El 76% de los sanitarios que participaron en este estudio había sufrido algún EA en su ejercicio profesional, destacando que algo más del 60% de dichos participantes se consideraron SV. La percepción de SV tras un EA es el doble de frecuente entre los médicos, y se asocia con la gravedad de las consecuencias del EA sobre el paciente. La ocurrencia

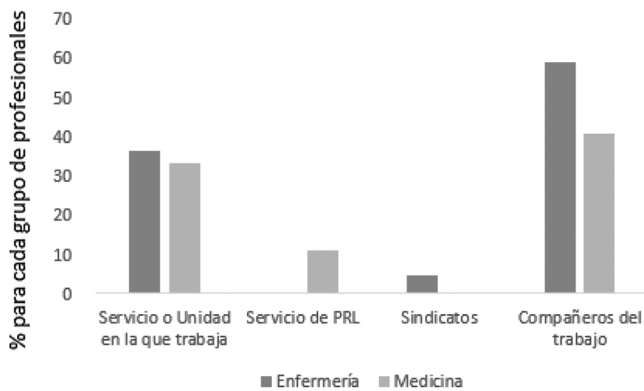


Figura 2 ¿De quién recibieron ayuda los profesionales sanitarios que fueron SV?

de pensamientos intrusivos en las SV es casi 3 veces superior cuando el paciente sufre un daño permanente o fallece a consecuencia de EA. Aunque algo más del 80% de los profesionales SV sufrieron estrés postraumático y cerca del 18% se planteó cambiar de puesto de trabajo, poco más del 5% buscaron ayuda, y de estos, solo la recibieron un 29%.

El porcentaje de SV que hemos encontrado es más elevado que el referido en alguna publicación sobre el mismo tema, en la que se expone que hasta un 50% de los profesionales de la salud experimentan el impacto como SV al menos una vez en su carrera¹⁰, pero está en consonancia con el detectado en un estudio nacional (participaron profesionales de 8 de las 17 comunidades autónomas), en el que un 62,5% de los profesionales de AP y un 72,5% de los hospitalarios (médicos/as y enfermeros/as) informaron que habían vivido personalmente, o en su entorno laboral, síntomas como SV¹¹. En nuestro estudio, la profesión y el grado del daño sufrido por el paciente resultaron variables explicativas del riesgo de sentirse SV. Respecto a la relación de SV con la profesión, Mira et al. también encontraron una mayor afectación en medicina frente a enfermería, pero solo entre los profesionales de AP, no así entre los trabajadores hospitalarios¹¹. Respecto a la relación de SV con el grado del daño al paciente, Vanhaecht et al. hallaron, en un estudio realizado sobre una gran muestra de profesionales sanitarios (4.369: 1.619 médicos/as y 2.750 enfermeros/as), que muchos de los síntomas sufridos en el profesional tras un EA eran más duraderos en el tiempo cuando el paciente sufrió daño tras el incidente¹².

Llama la atención, con estos niveles de prevalencia, que exista un gran desconocimiento sobre el concepto de SV, aunque, como hemos analizado, este hecho no influye sobre la percepción de sentirse como tal. De hecho, el 65% de los participantes del presente estudio no conocían ni el término ni su significado, así como los mecanismos de información y apoyo disponibles en estos casos. En esta línea, en un estudio realizado entre gerentes y coordinadores de seguridad del paciente de 8 comunidades autónomas españolas se encontró que el 70% de los participantes de hospitales y el 66% de los de AP reconocieron que en sus centros no existían programas de ayuda o soporte a las SV².

El impacto de los EA en los profesionales sanitarios suele manifestarse con afectación a nivel personal y profesional, en forma de síntomas en la esfera física y psicosocial. A

pesar de que la sintomatología que suele desarrollarse es parecida, la intensidad de la presentación de los síntomas, su duración y especificidad dependerán de otros factores como: el tipo de EA, los rasgos propios de personalidad del profesional involucrado y las estrategias propias de manejo y gestión frente al mismo¹³. En este sentido, la experiencia de SV se encuentra vinculada con la semiología que forma parte del trastorno de estrés postraumático, aunque con algunas consideraciones diferenciales: la preocupación y las dudas respecto al hecho de informar sobre lo acontecido, junto con la preocupación por repercusiones legales y a nivel profesional¹⁴.

La utilización en nuestro estudio de la versión española de la EIE-R nos ha permitido analizar el malestar subjetivo y las principales consecuencias laborales y psicológicas que acompañan a la experiencia de SV de los profesionales de la salud de nuestro hospital. Destaca el elevado porcentaje de estrés postraumático entre los profesionales que se consideraron SV, siendo más afectadas las mujeres. Actualmente, esta escala es un instrumento muy utilizado para investigar sintomatología postraumática en adultos, atendiendo a 3 dimensiones: Intrusión referida a los pensamientos, imágenes, sentimientos y recuerdos recurrentes relacionados con el evento; Evitación, referida a la negación del estresor y todo lo relacionado con el mismo junto con embotamiento emocional; e Hiperexcitación, referida a las respuestas de activación fisiológica e hipervigilancia. La escala ha sufrido múltiples adaptaciones en función de los criterios diagnósticos imperantes, la adaptación a las diversas poblaciones y versiones, así como en función de su uso único o complementariedad con entrevistas semi o estructuradas, lo que ha demarcado el uso y elección de diferentes puntos de corte. Van Gerven et al.¹⁵ ya utilizaron este instrumento (una versión previa de 15 ítems) para medir el impacto psicológico de un EA en 913 profesionales sanitarios belgas y al igual que en nuestro estudio, el impacto psicológico fue mayor entre mujeres, pero su recuperación (algo no medido por nosotros) fue mejor. Las causas de estas diferencias de género que ya han sido descritas, en el mismo sentido, en trastornos del ánimo y de la ansiedad, no son conocidas^{16,17}.

Aparte de la escala de estrés postraumático, se decidió interperlar a las SV sobre 4 síntomas concretos tras el EA: si se mostraron excesivamente vigilantes en su toma de decisiones, si sintieron ansiedad o miedo al llegar a su trabajo, si tuvieron pensamientos intrusivos y si se plantearon cambiar de centro de trabajo, e incluso de tipo; porque estos eran síntomas muy comúnmente referidos por las SV en estudios previos. Así, Vanhaecht et al.¹² identificaron la hipervigilancia como síntoma más prevalente, al igual que Harrison et al.¹⁸, que encontraron que el 81,5% de los 1.463 médicos que habían tenido contacto con un EA refirieron como el síntoma más frecuente la ansiedad sobre potenciales futuros errores (algo asimilable a la hipervigilancia) y el 68% reconocieron haber sufrido ansiedad en general. Nosotros hemos encontrado que el 84% de las SV presentaron síntomas de hipervigilancia. Sin embargo, en una pequeña muestra de 8 enfermeros/as evaluada por Chan et al.¹⁹ a través de una exhaustiva entrevista se destaca como efecto psicológico principal el insomnio debido a pensamientos recurrentes sobre el incidente. Aunque en nuestro estudio solo el 42% de las SV refirieron pensamientos intrusivos, más del 80% de los profesionales evaluados por Rinaldi et al.⁶ refirieron

Tabla 3 Consecuencias de los EA en los profesionales sanitarios SV: impacto emocional y laboral y apoyo recibido en la categoría enfermera vs. médica

Variables explicativas N (%)	Profesionales SV (N = 131)			p-valor
	Enfermería (N = 50)	Medicina (N = 81)	Total (N = 131)	
<i>Consecuencias del EA en el profesional</i>				
<i>Vigilancia excesiva posterior</i>				
Sí	40 (36,7) (86,3%)	69 (63,3) (80%)	109 (100,0) (83,8%)	0,346
No	10 (47,6)	11 (52,4)	21	
<i>Ansiedad a la vuelta al puesto de trabajo</i>				
Sí	37 (43,5) (74%)	48 (56,5) (59,3%)	85 (100,0) (64,9%)	0,086
No	13 (28,3)	33 (71,7)	46	
<i>Pensamientos intrusivos</i>				
Sí	19 (36,5) (38,8%)	33 (63,5) (40,7%)	52 (100,0) (42%)	0,825
No	30 (38,5)	48 (61,5)	78	
<i>Plantear cambio de trabajo</i>				
Sí	5 (21,7) (10%)	18 (78,3) (22,2%)	23 (100,0) (17,6%)	0,074
No	45 (41,7)	63 (58,3)	108	
<i>Estrés postraumático</i>				
Sí	40 (38,5) (80,0%)	64 (61,5) (81,0%)	104 (100,0) (80,6%)	0,887
No	10 (40)	15 (60)	25	
<i>Solicitó ayuda</i>				
Sí	2 (28,6) (4%)	5 (71,4) (6,3%)	7 (100,0) (5,4%)	0,707 ^a
No	48 (39,0)	75 (61,0)	123	
<i>Recibió ayuda</i>				
Sí	16 (43,2) (32,7%)	21 (56,8) (25,9%)	37 (100,0) (28,5%)	0,410
No	33 (35,5)	60 (64,5)	93	

EA: evento adverso; SV: segundas víctimas.

^a Prueba exacta de Fisher.

tenerlos. El motivo para elegir estos 4 síntomas en el orden expuesto es porque pensamos que tenían un significado de gradación, en cuanto a consecuencias psico-laborales de los afectados. Los resultados de prevalencia de estos 4 síntomas en nuestra muestra muestran un orden decreciente: desde el 83,8% que mostró vigilancia excesiva tras un EA hasta solo un 17,6% que llegó a plantearse cambiar de centro de trabajo o de tipo, lo que apoya nuestra impresión de escala de grado de afectación planteada en el diseño del estudio. Aunque se detectaron algunas diferencias en cuanto a la prevalencia de estos síntomas en función del género o de la profesión de las SV o del grado de daño a los pacientes, la mayoría no llegaron a límites de significación estadística, salvo los pensamientos intrusivos, que sí fueron más frecuentes, como ya comentamos, cuando el paciente sufrió un daño permanente. Scott et al. lograron estructurar el proceso de recuperación de las SV en 6 etapas en las que persisten algunos de estos síntomas emocionales que hemos citado⁴.

No obstante, el impacto emocional de los EA va más allá de las repercusiones en los profesionales sanitarios, ya que

este a su vez repercute en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente. Así se pone de manifiesto en diversos estudios donde se plantea la existencia de un círculo vicioso entre el hecho de verse envuelto en un error y una disminución en la calidad y seguridad de la atención sanitaria, así como una disminución de confianza de los pacientes en el sistema sanitario²⁰.

Al tratarse de una encuesta en la que se invita a participar de manera voluntaria a todos los profesionales, podría haberse producido un sesgo de autoselección. Es decir, aquellos que aceptaron a participar voluntariamente, podrían ser, en cierta medida, diferentes a los que rehusaron. Por ejemplo, pudieron no participar aquellos más estresados y con menos tiempo para colaborar en el estudio, que a su vez serían aquellos con mayor probabilidad de sufrir EA o, por el contrario, ser estos, más sensibilizados al haber estado implicados en un EA, los más proclives a contestar. La existencia de escasos trabajos similares a este y el hecho de que los CRD fueron entregados individualmente a cada participante por parte de los autores, permitiendo «in situ» la aclaración de las dudas sobre su cumplimentación y, por

Tabla 4 Consecuencias de los EA en los profesionales sanitarios SV: impacto emocional y laboral y apoyo recibido, según el grado de las consecuencias para el paciente

Variables explicativas N (%)	Consecuencias en el paciente		p-valor
	Daño temporal (N = 93)	Daño permanente o éxitus (N = 31)	
<i>Consecuencias del EA en el profesional SV</i>			
<i>Vigilancia excesiva posterior</i>			
Sí	78 (75,0) (68,6%)	26 (25,0) (83,9%)	0,903 ^a
No	14 (73,7)	5 (26,3)	
<i>Ansiedad a la vuelta al puesto de trabajo</i>			
Sí	59 (74,7) (63,4%)	20 (25,3) (64,5%)	0,914
No	34 (75,6)	11 (24,4)	
<i>Pensamientos intrusivos</i>			
Sí	33 (64,7) (35,9%)	18 (35,3) (58,1%)	0,030
No	59 (81,9)	13 (18,1)	
<i>Plantear cambio de trabajo</i>			
Sí	15 (71,4) (16,1%)	6 (26,6) (20%)	0,678
No	78 (75,7)	25 (24,3)	
<i>Estrés postraumático</i>			
Sí	22 (88,0) (16,1%)	3 (12,0) (10,0%)	0,101
No	70 (72,2)	27 (27,8)	
<i>Solicitó ayuda</i>			
Sí	5 (71,4) (5,4%)	2 (28,6) (6,5%)	0,833 ^a
No	87 (75,0)	29 (25,0)	
<i>Recibió ayuda</i>			
Sí	21 (60,0) (19,3%)	14 (0,40) (45,2%)	0,017
No	71 (80,7)	17 (19,3)	

EA: evento adverso; SV: segundas víctimas.

^a Prueba exacta de Fisher.

tanto, contribuyendo a aportar solidez a los resultados, son 2 de las fortalezas de este estudio.

En conclusión, la prevalencia de SV entre los profesionales sanitarios implicados en un EA en nuestro hospital es muy elevada. La percepción como SV es superior en el colectivo médico, y se asocia con la gravedad de afectación que produce el EA en el paciente. Ocho de cada 10 SV sufrieron estrés postraumático, siendo mayor el impacto psicológico en las mujeres y en los casos en los que el daño sufrido por el paciente fue más grave. Si se confirman nuestros datos sobre el escaso porcentaje de las SV que reciben ayuda y el probable impacto negativo que la percepción de SV puede tener en su atención al paciente, sería aconsejable que las instituciones sanitarias tomaran medidas para reforzar una cultura de seguridad, creando intervenciones que incluyan el abordaje de necesidades individuales de las SV cuando ocurran EA²¹.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.jhq.2023.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jhq.2023.06.002).

Bibliografía

1. WHO World Alliance for Patient Safety. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo. World Health Organization. 2009;1-160 [consultado 24 Oct 2022]. Disponible en: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2020/09/icps_full_report_es.pdf
2. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second

- and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:341, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>.
3. Wu AW. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;726–7, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>.
 4. 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, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>.
 5. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist.* 2016;31:1–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.005>.
 6. 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;31:11–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>.
 7. 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;19:100, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>.
 8. Puigcerver MJB, Soler EV, Mateo M, Díaz A, Roldán C, Reig RC. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (eie-r). *Anál modif Conducta.* 2001;27:581–604.
 9. González-González A, Domínguez Osorio I, Quero Palomino V, León M, Polo F, Lasso XT, et al. Eventos clínicos adversos en el ámbito hospitalario: caracterización desde el punto de vista del profesional sanitario. *Med Clín Soc.* 2022;6:20–5, <http://dx.doi.org/10.52379/mcs.v6i1.233>.
 10. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:678–87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>.
 11. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>.
 12. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs L, 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;9:e029923, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>.
 13. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Ovreteit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:325–31, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>.
 14. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: Current perspectives. *AMEP.* 2019;10:593–603, <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S185912>.
 15. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: A repeated measures analysis. *BMJ Open.* 2016;6:e011403, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011403>.
 16. Kober J, Abello L. Diferencias de género entre el personal sanitario como segunda víctima. *Med Clin.* 2021;156:634–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.036>.
 17. Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Perspectiva de género en el fenómeno de segunda víctima. *Med Clin (Barc).* 2021;156:636, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.08.012>.
 18. Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors’ experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. *Clin Med.* 2014;14:585–90, <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-585>.
 19. 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;20:165–72, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12397>.
 20. Alba L, Miceli MS, Brunelli MMV, Morán MB. Segundas Víctimas: Consecuencias Psíquicas y Apoyos. Argentina: Universidad Austral; 2020. p. 1–34 [consultado 24 Oct 2022]. Disponible en: https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/857/TIF_Moran.pdf?sequence=1
 21. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Research Group On Second And Third Victims. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and health-care organizations. *Int J Qual Health Care.* 2017;29:450–60, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx056>.