

# Afrontamiento de los errores clínicos durante la formación médica especializada: el fenómeno de la segunda víctima

Coping with clinical errors during medical specialist training: the second victim phenomenon

Óscar Valer Monterde<sup>1</sup>  0009-0003-6334-9306

Carlos Aibar Remón<sup>2,3</sup>  0000-0001-9714-8105

<sup>1</sup>Médico Residente en Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

<sup>2</sup>Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina, Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública, Zaragoza, España.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, C. de San Juan Bosco, 15, 50009-Zaragoza. España.

---

## Fechas · Dates

Recibido: 28/06/2024  
Aceptado: 04/11/2024  
Publicado: 8/11/2024

---

## Correspondencia · Corresponding Author

Óscar Valer Monterde  
oscarvalermonterde@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** Las consecuencias de los errores en medicina se extienden más allá del paciente afectado, impactando también en los profesionales involucrados y las instituciones donde se producen. El objetivo de este estudio fue analizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en médicos internos residentes (MIR), las repercusiones sobre su salud como segundas víctimas, el apoyo recibido, y posibles factores asociados.

**Método:** Estudio transversal mediante una encuesta en línea distribuida en enero de 2023 a todos los MIR de dos hospitales de Zaragoza, a través de sus comisiones de docencia. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial mediante pruebas paramétricas y no paramétricas.

**Resultados:** Los 43 (10,2%) residentes que participaron presentaron al menos un incidente relacionado con la seguridad del paciente. Un 9,3% presentó más de un evento adverso, siendo superior en residentes de últimos años ( $p=0,01$ ). Los síntomas y manifestaciones más frecuentes como segunda víctima fueron ansiedad, dudas ante decisiones clínicas, hipervigilancia, cansancio y culpa. La probabilidad percibida de recibir apoyo tras un error

clínico fue superior en los MIR de especialidades médicas que de las quirúrgicas ( $p=0,002$ ), y un 20,9% constató no haber recibido ningún apoyo tras un error clínico.

**Conclusiones:** Los errores clínicos son una preocupación para los médicos en formación y requieren acciones en varios niveles. Esto implica mejorar la formación en seguridad del paciente y gestión de errores, así como establecer planes de apoyo entre pares y especializado para los profesionales involucrados, donde los servicios de Salud Laboral deben tener un papel relevante.

---

**Palabras clave:** Patient safety, Second victim, Profesionales sanitarios, Médicos internos residentes, Hospitales.

---

## Abstract

**Introduction:** The consequences of medical errors extend beyond the affected patient, impacting both the professionals involved and the institutions where they occur. The aim of this study was to analyze incidents related to patient safety involving medical residents, the repercussions on their health as second victims, the support received, and possible associated factors.

**Method:** Cross-sectional study using an online survey distributed in January 2023 to all medical residents at two hospitals in Zaragoza, through their graduate medical education committees. A descriptive and inferential analysis was carried out using parametric and non-parametric tests.

**Results:** All 43 (10.2% response rate) residents who participated had had at least one incident related to patient safety, and 9.3% reported more than one adverse event, being higher in more senior residents ( $p=0.01$ ). The most frequent symptoms and manifestations as a second victim were anxiety, doubts regarding clinical decisions, hypervigilance, fatigue and guilt. The perceived probability of receiving support after a clinical error was higher in residents in medical specialties than those in surgical specialties ( $p=0.002$ ), and 20.9% indicated not receiving any support following a clinical error.

**Conclusions:** Clinical errors are a significant concern for medical trainees and require actions at multiple levels. This includes enhanced training in patient safety and error management, as well as establishing peer and specialized support plans for the professionals involved, where occupational health services should play a relevant role.

---

**Keywords:** Patient safety, Second victim, Healthcare professionals, Medical residency and traineeship, Hospitals

---

# Introducción

Existen dos referencias indispensables cuando se aborda la magnitud y trascendencia de los daños relacionados con la atención sanitaria. La reflexión de Arthur Bloomfield (1888-1962) que afirmó “Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar”<sup>(1)</sup> y el Informe del Instituto de Medicina de los EEUU en el que se estimó una frecuencia de 44.000 a 98.000 muertes al año relacionadas con los errores médicos en dicho país<sup>(2)</sup>.

La frecuencia y repercusiones de los eventos adversos en España se ha estudiado a nivel nacional, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria y los centros sociosanitarios. Se estima que, a nivel hospitalario, la incidencia de eventos adversos se sitúa entre el 9 y el 11% de los pacientes atendidos, considerándose evitables entre el 43 y el 48%<sup>(3,4,5)</sup>.

Con el fin de establecer un lenguaje común para los estudios de seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud propuso la utilización de una taxonomía de uso generalizado. En ella clasificó los errores clínicos o incidentes relacionados con la seguridad del paciente entre cuasi incidente (eventos y circunstancias que no alcanzan al paciente), incidentes sin daño (aquellos que alcanzan al paciente, pero no causan ningún daño apreciable) y eventos adversos (cuando estos llegan a producir daño de menor o mayor gravedad)<sup>(6)</sup>.

En cualquier caso, las repercusiones de los eventos adversos van más allá del paciente que lo sufre, alcanzando a los profesionales involucrados en el proceso de atención y los centros en que acontecen<sup>(7)</sup>. Con el fin de expresar el sufrimiento y las consecuencias adversas que pueden tener para los profesionales el hecho de estar involucrado en un evento adverso, Albert Wu introdujo el término de segunda víctima en un artículo seminal de hace más de veinte años<sup>(8)</sup>. Las manifestaciones más comunes asociadas a dicho fenómeno de la segunda víctima son la ansiedad, estrés, hipervigilancia, culpa y afectación en el desempeño laboral<sup>(9-12)</sup>.

Actualmente se utiliza el concepto de segunda víctima para referirse a la afectación negativa, el sufrimiento, los daños y las consecuencias que padecen aquellos profesionales sanitarios que se han visto involucrados en un incidente relacionado con la seguridad del paciente. También, con resultados deficientes inesperados de la atención prestada durante el curso clínico de una enfermedad u otro proceso que haya requerido atención por parte del sistema sanitario<sup>(13)</sup>.

El conocimiento sobre los factores que contribuyen a que algunos profesionales sanitarios experimenten el fenómeno de segunda víctima y otros no es muy escaso. Sin embargo, la vergüenza y la culpa son dos de los elementos que parecen relevantes en su desarrollo<sup>(13,14)</sup>. Con respecto al impacto que supone, Cabilan detectó como entre un 30 y un 60% de los médicos desarrollaron este fenómeno a lo largo de su vida profesional<sup>(15)</sup>. Mientras que Rinaldi y Stametz observaron cómo se llegan a alcanzar cifras superiores al 40% entre médicos durante su formación especializada<sup>(10,12)</sup>.

A pesar de la magnitud y trascendencia del problema de la seguridad del paciente, la atención que se presta en la formación de grado y especializada es muy limitada, y no incluye habitualmente todos los temas recomendados en la Guía Curricular de la Organización Mundial de la Salud. Y concretamente los relativos al trabajo en equipo eficaz y la comprensión y aprendizaje a partir de los errores<sup>(16,17)</sup>.

Todo esto ha hecho que en los últimos años se hayan propuesto y desarrollado diversas iniciativas orientadas a afrontar este fenómeno como el "HOPE team", la estructura del modelo "For you" o el proyecto MISE (Mitigando el Impacto en Segundas Víctimas), desarrollado por el grupo español de investigación en segundas víctimas<sup>(18,19,20)</sup>.

El objetivo de este estudio fue analizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y errores clínicos en médicos internos residentes (MIR), las repercusiones sobre su salud como segundas víctimas, el apoyo recibido ante este tipo de situaciones, y posibles factores asociados.

## Métodos

Se realizó un estudio transversal. La población diana estaba formada por los MIR que estaban realizando su formación especializada en enero de 2023 en dos hospitales universitarios de Zaragoza: Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, con 263 y 163 médicos residentes, respectivamente. Ambos centros disponen de servicios de Salud Laboral propios, aunque no de un programa específico de atención al fenómeno de las segundas víctimas, así como sus repercusiones sobre los mismos.

Para la recogida de la información se realizó una encuesta utilizando el cuestionario "Consulta para profesionales en hospitales" (<http://www.segundasvictimas.es/cuestionario>) como referencia. Dicho instrumento fue desarrollado por el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas y la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) (<https://fisabio.san.gva.es/es/>), con el objetivo de conocer y disminuir el impacto que los errores clínicos tienen sobre los profesionales y las instituciones<sup>(21)</sup>.

Para su implementación entre los médicos residentes en formación se adaptó la redacción de algunas preguntas, sustituyendo la palabra "hospital" por "especialidad médica" y la de "profesional" por "médico interno residente" para su mejor comprensión.

De esta encuesta se utilizaron los apartados referidos a experiencia y percepciones respecto a frecuencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, modos de afrontarlos, sufrimiento de síntomas y emociones propias del fenómeno de las segundas víctimas. Se añadió la sensación de hipervigilancia, descrita en estudios más recientes como uno de los principales síntomas<sup>(10,12)</sup>.

A dicha encuesta se añadieron dos apartados nuevos. Uno sobre formación universitaria durante el grado, donde se les preguntó si creían que se fomenta el trabajo en equipo en dicha formación, si creían que la posibilidad de cometer errores

y su afrontamiento se aborda, y que si hubieran obtenido mejores habilidades comunicativas/clínicas prácticas durante el grado de medicina podrían haber evitado sus errores como residentes. Y otro apartado con dos preguntas abiertas, una sobre propuestas ante el afrontamiento de sus errores clínicos y otra sobre los factores no mencionados en la encuesta general que pudieran haber contribuido a la consecución del error clínico.

La encuesta, de carácter anónimo y voluntaria, fue distribuida a través de las Comisiones de Docencia de los hospitales mediante un correo electrónico en el que se informaba de los objetivos del estudio. Tras el primer envío en enero de 2023, se realizó un segundo correo de recuerdo un mes después.

Las variables recogidas sobre los residentes se agruparon en 6 categorías: 1) variables sociodemográficas (edad, sexo, especialidad y año de residencia que estaban cursando en el momento de la encuesta); 2) experiencia profesional sobre incidentes relacionados con la seguridad del paciente (cuasi incidentes, incidentes sin daño y eventos adversos). Con respecto a los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, únicamente se tuvieron en cuenta los sufridos durante el año de formación MIR en curso del residente involucrado en el error clínico; 3) síntomas asociados a segunda víctima ante eventos adversos; 4) área asistencial y factores contribuyentes de los errores; 5) apoyos recibidos para afrontar cualquier incidente relacionado con la seguridad del paciente; y 6) formación previa sobre errores clínicos y su afrontamiento.

Con el fin de estimar la frecuencia de aparición de incidentes, esta se categorizó en "nunca", "una vez" y "más de una vez". Respecto a los síntomas asociados a segundas víctimas se recogieron inicialmente como "nunca", "alguna vez", "casi siempre" y "siempre". Para facilitar su análisis estadístico posterior se agruparon las dos primeras en "poco frecuente" y las dos últimas en "muy frecuente". Para las variables relacionadas con la percepción sentida por parte del residente, tanto de la consecución de errores clínicos como de encontrar apoyo, se utilizó una variable cualitativa ordinal que categorizó su probabilidad en "baja", "media" o "alta".

## **Análisis estadístico**

Además del análisis descriptivo de la información obtenida, se realizó un análisis inferencial. Se comprobó la normalidad de la distribución de variables a través de la prueba de Shapiro-Wilk. En el caso de variables cualitativas dicotómicas se utilizó la prueba Ji-cuadrado. Sin embargo, para los casos en los que no se pudo utilizar esta prueba debido a la falta de cumplimiento de los criterios de aplicabilidad, se utilizó el contraste de Fisher. En caso de distribuciones no normales se utilizaron como pruebas no paramétricas la prueba de H de Kruskal-Wallis para más de dos muestras independientes y la prueba de U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

Este trabajo de investigación se realizó tras obtener el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (Resolución del 11 de enero de 2023, Acta N.º 01/2023, PI22/580) y la autorización de la Comisión de Docencia de los hospitales incluidos en el estudio.

## Resultados

Participaron en el estudio un total de 43 residentes (Tabla 1), siendo la tasa de respuesta del 10,2%. El 67,4% eran mujeres, y la edad media fue de 27,1 años. La mayoría eran residentes de especialidades médicas (72,1%), y se encontraban en tercer, cuarto o quinto año de residencia (60,5%).

**Tabla 1.** Características de los médicos residentes participantes en el estudio. Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

Variables		n	(%)
Sexo	Mujer	29	(67,4)
	Hombre	14	(32,6)
Edad (años), media (DE)		27,1	(1,64)
Especialidad	Médica	31	(72,1)
	Quirúrgica*	12	(27,9)
Año de residencia	Primero	8	(18,6)
	Segundo	9	(20,9)
	Tercero	14	(32,6)
	Cuarto/quinto	12	(27,9)
TOTAL		43	(100,0)

DE = desviación estándar; \*Incluye 3 MIR de especialidades médico-quirúrgicas.

Todos los residentes refirieron haber presentado al menos un incidente relacionado con la seguridad del paciente, y al menos un cuasi incidente. Cinco residentes (11,6 %) refirieron no haber tenido ningún incidente sin daño, y 19 (44,2%) ningún evento adverso. De acuerdo con la gravedad de los incidentes, el 83,7% de los residentes refirió haber participado en un cuasi incidente más de una vez, un 58,1% en más de un incidente sin daño y el 9,3% estuvo involucrado en un evento adverso más de una vez. Si tenemos en cuenta el año de residencia en curso, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en la consecución de eventos adversos. Observando una mayor frecuencia de estos entre los últimos años (Tabla 2).

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de errores clínicos en relación con la especialidad, ni tampoco entre hombres y mujeres, y el área donde se produjeron con mayor frecuencia los errores clínicos fue en urgencias (datos no mostrados).

**Tabla 2.** Frecuencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente durante el periodo de formación MIR. Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

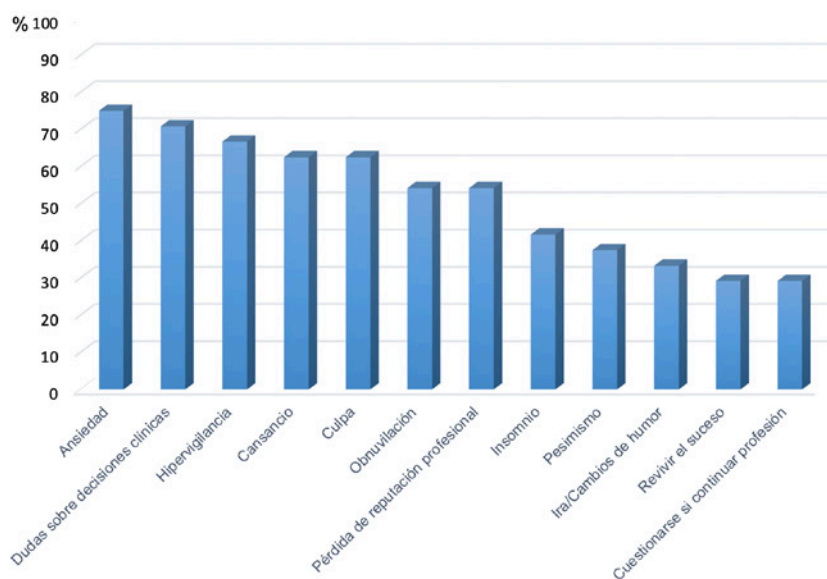
Tipo de incidente	Frecuencia	Año de residencia MIR			p
		Primeros años* n (%)	Últimos años** n (%)	Total n (%)	
Cuasi incidente	Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,84
	Una vez	3 (17,6)	4 (15,3)	7 (16,2)	
	Más de una vez	14 (82,3)	22 (84,6)	36 (83,7)	
Incidente sin daño	Nunca	3 (17,6)	2 (7,6)	5 (11,6)	0,42
	Una vez	6 (35,2)	7 (26,9)	13 (30,2)	
	Más de una vez	8 (47,0)	17 (65,3)	25 (58,1)	
Evento adverso	Nunca	12 (70,5)	7 (26,9)	19 (44,2)	0,01
	Una vez	4 (23,5)	16 (61,5)	20 (46,5)	
	Más de una vez	1 (5,8)	3 (11,5)	4 (9,3)	
TOTAL		17 (39,5)	26 (60,4)	43 (100,0)	

\*Primeros años = primer y segundo año de la residencia MIR (R1 y R2); \*\* Últimos años= tercer, cuarto y quinto año de la residencia (R3, R4 y R5).

Los residentes que tuvieron al menos un evento adverso fueron 24 (55,8%). Los síntomas asociados al fenómeno de la segunda víctima que más frecuentemente se manifestaron en los residentes tras los eventos adversos fueron ansiedad, dudas constantes sobre las decisiones clínicas tras el suceso, hipervigilancia, cansancio y sentimientos de culpa por el error clínico (Figura 1).

El análisis de los síntomas que se mostraron asociados a segunda víctima muy frecuentes mostró diferencias entre especialidades, se observó una mayor proporción de residentes de especialidades quirúrgicas con sentimientos de pesimismo que aquellos de especialidades médicas ( $p=0,02$ ). En contraposición, el sentimiento de culpa apareció en mayor proporción en especialidades médicas ( $p=0,02$ ). Por otro lado, el 77,8% de los residentes de especialidades quirúrgicas reportaron preocupación por la pérdida de la reputación profesional, inferior entre los residentes de especialidades médicas, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,07$ ). La ansiedad, las dudas en las decisiones clínicas y la hipervigilancia fueron los síntomas más frecuentes tanto en las especialidades quirúrgicas como las médicas (Tabla 3).

Un 88% ( $n=38$ ) de los residentes que participaron en la encuesta refirió conocer a más de un compañero de residencia con sufrimiento por sus errores clínicos (datos no mostrados).



**Figura 1.** Frecuencia relativa de los síntomas asociados a la segunda víctima reportados por los médicos internos residentes (MIR) participantes en la encuesta y que estuvieron involucrados en al menos un evento adverso durante la residencia (n=24). Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

**Tabla 3.** Síntomas asociados muy frecuentemente a segunda víctima tras evento adverso, según el tipo de especialidad. Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

Sintomatología (muy frecuente)	Especialidades MIR		Total (n=24) n (%)	p
	Médicas (n=15) n (%)	Quirúrgicas (n=9) n (%)		
Obnubilación	8 (53,3)	5 (55,6)	13 (54,2)	0,91
Culpa	12 (80,0)	3 (33,3)	15 (62,5)	0,02
Pesimismo	3 (20,0)	6 (66,7)	9 (37,5)	0,02
Cansancio	9 (60,0)	6 (66,7)	15 (62,5)	0,74
Ansiedad	10 (66,7)	8 (88,9)	18 (75,0)	0,22
Insomnio	6 (40,0)	4 (44,4)	10 (41,7)	0,83
Revivir suceso	4 (26,7)	3 (33,3)	7 (29,2)	0,72
Ira/ cambios de humor	4 (26,7)	4 (44,4)	8 (33,3)	0,32
Dudas sobre decisiones clínicas*	9 (60,0)	8 (88,9)	17 (70,8)	0,13
Pérdida de reputación profesional	6 (40,0)	7 (77,8)	13 (54,2)	0,07
Cuestionarse si continuar profesión	3 (20,0)	4 (44,4)	7 (29,2)	0,20
Hipervigilancia	9 (60,0)	7 (77,8)	16 (66,7)	0,37

\* Dudas constantes sobre si las decisiones clínicas son correctas.

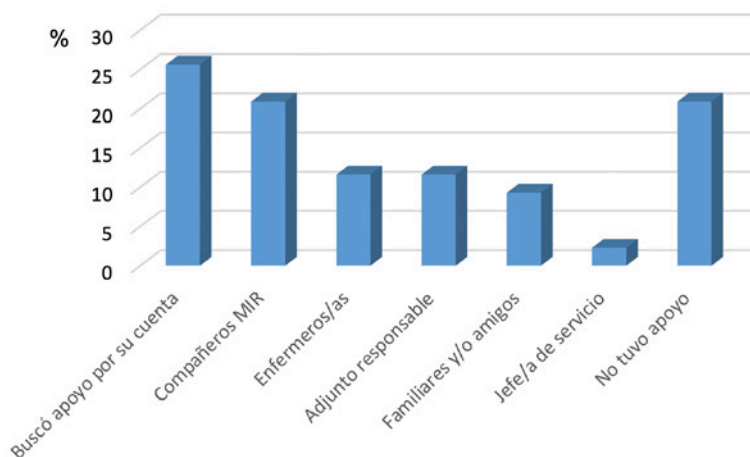
Con relación a los años de residencia, a partir del tercer año de residencia la frecuencia de sintomatología de segunda víctima fue superior para todos los síntomas, aunque esta diferencia solo fue estadísticamente significativa para el sentimiento de pérdida de reputación profesional ( $p < 0,05$ ), y solo la obnubilación mostró una diferencia estadísticamente significativa respecto al sexo ( $p = 0,04$ ) (datos no mostrados).

La probabilidad percibida por los residentes de apoyo ante un error clínico fue para la mayoría (60,5%) media o baja, siendo la proporción muy superior para los residentes de especialidades quirúrgicas (91,7%) que para los de especialidades médicas (48,4%) ( $p = 0,002$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Percepción de los residentes MIR sobre la probabilidad de recibir apoyo ante un error clínico, según su especialidad. Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

Probabilidad de apoyo ante un error clínico	Especialidades			P
	Médicas (n = 31) n (%)	Quirúrgicas (n = 12) n (%)	Total (n = 43) n (%)	
Baja	2 (6,5)	6 (50,0)	8 (18,6)	0,002
Media	13 (41,9)	5 (41,7)	18 (41,9)	
Alta	16 (51,6)	1 (8,3)	17 (39,5)	

En cuanto al tipo de apoyo recibido tras un evento adverso, un 25,6% de los residentes refirió que el apoyo lo buscaron por sí mismos. Los compañeros de residencia fueron la siguiente fuente de apoyo más frecuente (20,0%). El/la médico/a adjunto/a responsable directo del residente durante la rotación (tutor/a) o la guardia fue un recurso de apoyo al que recurrieron solamente un 10,0% de los MIR. El 20,9% refirieron que no habían tenido ningún apoyo tras un error clínico (Figura 2)



**Figura 2.** Frecuencia relativa de los principales apoyos ante errores clínicos reportados por los médicos internos residentes (MIR) participantes en la encuesta (n=43). Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, enero-febrero, 2023.

Respecto a la formación previa sobre los errores un 65% (n=28) de quienes respondieron la encuesta afirmaron que, si hubieran recibido mayor formación práctica, se habría podido evitar una parte de los errores clínicos. Asimismo, el 81% (n=35) consideraban que la posibilidad de cometer errores y cómo afrontarlos no se aborda durante su formación universitaria, y el 65% (n=28) que no se fomenta el trabajo en equipo durante la formación (datos no mostrados).

Finalmente, en las preguntas abiertas los residentes fueron recurrentes en algunas ideas como posibles causas de sus errores. Las más repetidas fueron el poco tiempo disponible por paciente y la presión asistencial:

*"...Pocos minutos por paciente..."*

*"...La rapidez de toma de decisiones..."*

*"...Mal descanso durante la residencia..."*

*"...Desgaste, cansancio y presión de las guardias de 24 horas ininterrumpidas..."*

*"...Exceso de horas de trabajo..."*

la falta de supervisión por parte de los/as adjuntos/as:

*"...Miedo a preguntar al médico adjunto de referencia..."*

*"...Falta de supervisión del trabajo realizado..."*

*"...Miedo a recibir reproches o broncas..."*

y las dificultades de comunicación:

*"...Falta de trabajo en equipo..."*

*"...La falta de comunicación con compañeros y enfermeras..."*

*"...La falta de intercambio de experiencias entre los profesionales como aprendizaje..."*

## Discusión

Nuestro estudio pone de manifiesto, por un lado, que los errores forman parte de la actividad y de las preocupaciones entre los médicos durante su formación especializada y, por otro, la escasa atención que se presta al problema durante la formación de grado y especializada. Los últimos años de residencia destacan por la mayor probabilidad de cometer errores. Las causas de estos errores parecen recaer en la falta de tiempo de atención a los pacientes y la presión asistencial, las deficiencias en la supervisión de los/as residentes, y las dificultades de comunicación.

La prevalencia observada de segundas víctimas en nuestro estudio (55,8%) está dentro del rango de valores hallado en distintos estudios (43,5%-78,4%)<sup>(10,21-24)</sup>. Si bien no se han encontrado diferencias en la frecuencia de errores clínicos por especialidades, los residentes de especialidades quirúrgicas refieren sentir menor probabilidad de apoyo ante errores clínicos, así como una mayor preocupación

por perder el prestigio. Este hecho podría estar relacionado con la mayor prevalencia de burnout o desgaste profesional entre las especialidades quirúrgicas con respecto a las médicas destacada en otros estudios<sup>(22)</sup>. En este sentido, en una encuesta realizada a 7 409 residentes de cirugía general realizada en Estados Unidos, se concluyó que el maltrato era una experiencia frecuente para los residentes de cirugía, observándose incluso pensamientos suicidas hasta en un 4,5%<sup>(25)</sup>. Algunos autores como Lipkin<sup>(26)</sup> afirman que este riesgo autolítico es inferior entre residentes. Sin embargo, Lozano-Mundo<sup>(27)</sup> observó una prevalencia de ideación suicida más alta. Esto puede convertir a los residentes de especialidades quirúrgicas como un grupo más vulnerable para sufrir el fenómeno de segunda víctima y no obtener apoyo ante el proceso.

En el mismo sentido, el último informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha destacado la complejidad del trabajo de los profesionales sanitarios y la elevada prevalencia del burnout o desgaste profesional y las incapacidades temporales que genera, insistiendo en la importancia del fortalecimiento de los servicios de salud laboral de los centros sanitarios para mitigar el problema<sup>(28)</sup>.

Si bien el extenso abanico de síntomas, emociones y consecuencias profesionales y sociales, así como la diferente intensidad de los mismos dificulta dar cifras precisas del alcance del fenómeno<sup>(11,29)</sup>, consideramos importante destacar varios hechos observados en nuestro estudio. En primer lugar, se han encontrado diferencias entre las especialidades respecto al síntoma de pesimismo vital, observando una mayor proporción entre las quirúrgicas. Esto concuerda con otros estudios en los que el pesimismo y el agotamiento son dos de los síntomas más frecuentes<sup>(21)</sup>. Por otro lado, entre las especialidades y el sentimiento de culpa se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, hallando una mayor proporción de residentes de especialidades médicas con el síntoma de culpa. Este dato difiere de las publicaciones en las que el sentimiento de culpa entre los residentes de especialidades quirúrgicas es igualmente muy elevado, incluso llegando a ser el síntoma más frecuente<sup>(25)</sup>. En cualquier caso, es destacable que la presencia de una alta presión laboral, ansiedad e insomnio entre los residentes aumentan más del 90% la probabilidad de ideación suicida<sup>(24)</sup>.

Otra cuestión que surge del estudio de segundas víctimas son las diferencias de género ya que algunos estudios reflejan mayor frecuencia de segundas víctimas entre mujeres<sup>(26,30)</sup>. Otros afirman que se debe tener en cuenta de forma urgente debido a una distribución diferencial en salud mental de determinadas patologías asociadas al fenómeno de segundas víctimas<sup>(31,32)</sup>. En nuestro estudio solo hemos encontrado diferencias significativas con respecto a la obnubilación tras el error clínico. Sin embargo, sí que debemos destacar que entre las mujeres predominan síntomas relacionados con la ansiedad y las dudas en las decisiones clínicas tras la consecución de un error clínico. Esto se corresponde con otros estudios en los que estos síntomas, además del cansancio, eran referidos con mayor intensidad en mujeres<sup>(21)</sup>. Por otro lado, en los hombres aparece referido con mayor frecuencia el insomnio.

Finalmente, en relación con el apoyo a segundas víctimas, los residentes encuestados destacaron que tras sus errores clínicos su principal ayuda la encontraron entre sus compañeros de la residencia y los enfermeros/as. Esto concuerda con los estudios publicados en los que los compañeros de trabajo se convierten sus principales apoyos<sup>(10,25,30)</sup>. Es evidente que los facultativos de los distintos servicios, los tutores y, sin duda, los servicios de Salud Laboral de centros sanitarios tienen una oportunidad de mejora en el abordaje del fenómeno.

Además, al analizar la implementación de un modelo de apoyo a profesionales conocido como forYOU en un hospital de Granada, se determinó que el 47,17% de los incidentes reportados no causaron daño al paciente. Sin embargo, por cada evento adverso, se vieron afectados de media 6 profesionales sanitarios<sup>(19)</sup>.

Hasta lo que sabemos, este es el primer estudio realizado sobre los errores clínicos y su afrontamiento en médicos residentes en España, y en el que se utilizó una herramienta ampliamente utilizada en el entorno sanitario para la recogida de datos. Sin embargo, este estudio adolece de limitaciones. En primer lugar, y la más importante de todas, es la escasa participación. Si bien para incrementar las respuestas se hicieron dos llamadas a la participación en ambos hospitales, aumentando la muestra de 29 participantes a 43 tras el segundo llamamiento, nuestra tasa de respuestas es el 10%. En cualquier caso, dadas las características de la encuesta (respuesta voluntaria, procedimiento de difusión de la misma, etc.) ésta podría considerarse aceptable, ya que utilizando como tasa de referencia las indicadas para encuestas de opinión, suele considerarse un buen índice cuando las respuestas oscilan entre el 5% y el 30% y excelente cuando superan el 50%<sup>(33,34)</sup>.

Así mismo, es posible que los sujetos que hayan sido expuestos a errores graves y sufrido alguna manifestación del fenómeno de segundas víctimas, o lo hayan presenciado en otros compañeros residentes, pudieron estar más motivados para contestar, incurriendo en una participación diferencial, lo que podría condicionar una sobrestimación de la diferencia real y por tanto un sesgo de selección. Desarrollar actuaciones orientadas a incrementar la respuesta a este tipo de encuestas por medio de mayor información previa, colaboración de tutores de residentes y jefes de servicio y algún incentivo que favorezca la respuesta, podría incrementar la validez de nuevos estudios en este grupo de población. Finalmente, el hecho de haber sido desarrollado en un ámbito geográfico y asistencial concreto dificulta su generalización a otras poblaciones.

A pesar de estas limitaciones, podemos concluir que la elevada frecuencia de incidentes relacionados con la seguridad del paciente que acontecen en los hospitales y la prevalencia del fenómeno de las segundas víctimas constituye una realidad incómoda que requiere atención a distintos niveles. En primer lugar, atendiendo a la necesidad sentida durante el grado y la formación especializada sobre la seguridad del paciente y el modo de afrontar los errores y los resultados desfavorables inesperados de la atención sanitaria. También, desarrollando planes de actuación y apoyo entre pares y especializado ante los profesionales involucrados en incidentes y eventos adversos dado que el mismo permite mejorar el curso evolutivo y la recuperación ante el sufrimiento, los daños y las consecuencias que pueden

padecer, tanto dentro de los propios servicios clínicos como por unidades de apoyo en las que los servicios de Salud Laboral deberían tener un papel destacado.

### **Agradecimientos**

A las Comisiones de Docencia de los hospitales incluidos en el estudio por su interés y colaboración en el desarrollo del estudio.

### **Financiación**

Sin financiación

### **Conflicto de intereses**

Ninguno

## **Bibliografía**

1. Carrillo R. El error en la práctica de la anestesiología. En Calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología. En: J. Aldrete. Calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología. Mexico: Editorial Alfil; 2024. p.30-36.
2. Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(11):1736-1743. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0738.
3. Ministerio de Sanidad. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). [citado 16 May 2024]. Disponible en: <https://seguridad-delpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/eneas.htm>
4. Ministerio de Sanidad. Estudio de efectos adversos en atención primaria (APEAS). [citado 16 May 2024]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/apeas.htm>
5. Ministerio de Sanidad. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2011. [citado 16 May 2024] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/earcas.htm>
6. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. [citado 16 May 2024] Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>
7. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603. doi: 10.2147/AMEPS185912.
8. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 2000;320:726-7. <https://doi.org/10.1136/BMJ.320.7237.726>.
9. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, De Hert M, Vanhaecht K. Serious reportable events within the inpatient mental health care:

Impact on physicians and nurses. *Rev Calid Asist.* 2016;31 Suppl 2:26-33. doi: 10.1016/j.cali.2016.04.004.

**10.** Rinaldi C, Ratti M, Russotto S, Seys D, Vanhaecht K, Panella M. Healthcare Students and Medical Residents as Second Victims: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(19):12218. doi: 10.3390/ijerph191912218.

**11.** Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135-62. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>.

**12.** Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, Raspe M. Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10594. doi: 10.3390/ijerph182010594.

**13.** Schiess C, Schwappach D, Schwendimann R, Vanhaecht K, Burgstaller M, Senn B. A Transactional «Second-Victim» Model-Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings: A Qualitative Metasynthesis. *J Patient Saf.* 2021;17(8):e1001-e1018. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000461>.

**14.** Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42(8):377-86. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42053-2.

**15.** Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(9):2333-64. <https://doi.org/10.11124/JBIS-RIR-2016-003254>.

**16.** Aranaz Andrés JM, Espinel Ruiz MA, Manzano L, De Jesus Franco F. Evaluating the Integration of Patient Safety in Medical Training in Spain. *Int J Public Health.* 2024;69:1607093. doi: 10.3389/ijph.2024.1607093

**17.** World Health Organization. Patient safety curriculum guide for medical schools. [citado 28 May 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598316>

**18.** Lee S. Implementation of a Second Victim Program: HOPE Team. Nursing Theses and Capstone Projects. [citado 27 abr 2024]; Disponible en: [https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing\\_etd/26](https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/26)

**19.** Cobos-Vargas A, Pérez-Pérez P, Núñez-Núñez M, Casado-Fernández E, Bueno-Cavanillas A. Second Victim Support at the Core of Severe Adverse Event Investigation. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(24):16850. doi: 10.3390/ijerph192416850.

**20.** Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, et al.; Spanish Second Victim Research Team. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emo-

tional Responses After a Clinical Error. *J Med Internet Res.* 2017;19(6):e203. doi: 10.2196/jmir.7840.

**21.** Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.; Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151. doi: 10.1186/s12913-015-0790-7.

**22.** Magaldi M, Perdomo JM, López-Baamonde M, Chanzá M, Sanchez D, Gomar C. Second victim phenomenon in a surgical area: online survey. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2021;68(9):504-12. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.11.009>.

**23.** Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf.* 2020;16(2):e61-e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>.

**24.** Flórez F, López L, Bernal C, Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica.* 2022;42(1):184-95. <https://doi.org/10.7705/BIOMEDICA.6169>.

**25.** Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med.* 2019;381(18):1741-52. <https://doi.org/10.1056/NEJMSA1903759>.

**26.** Lipkin M. When Suicide Happens in the Medical Community. *J Gen Intern Med.* 2019;34(2):317-9. <https://doi.org/10.1007/S11606-018-4734-X>.

**27.** Lozano-Mundo M, Patiño-Trejo J, Ramírez-Palomino J, Aldana-López J, Carmona-Huerta J. Ideación suicida y su relación con síntomas depresivos, desgaste laboral y consumo de sustancias en residentes médicos. *Salud Jalisco.* 2022;9(1):28-34.

**28.** Benavides FG, Utzet M, Serra C, Delano P, García-Gómez M, Ayala A, et al.; en nombre del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología de Salud Laboral. Salud y bienestar del personal sanitario: condiciones de empleo y de trabajo más allá de la pandemia. Informe SEESPAS 2024. *Gac Sanit.* 2024;38 Suppl 1:102378. doi: 10.1016/j.gaceta.2024.102378.

**29.** New L, Lambeth T. Second-Victim Phenomenon. *Nurs Clin N Am.* 2024;59(1):141-52. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2023.11.011>

**30.** Choi EY, Pyo J, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Nurses' experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(10):e037741. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-037741>.

**31.** Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Perspectiva de género en el fenómeno de segunda víctima. *Med Clin (Barc).* 2021;156(12):636. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2020.08.012>.

**32.** Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146-58. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2).

**33.** Lindemann N. What's the average survey response rate? [citado 14 May 2024]. Disponible en: <https://pointerpro.com/blog/average-survey-response-rate/>

**34.** Chung L. ¿Cuál es buen índice de respuesta en las encuestas a clientes en línea? [citado 14 May 2024]. Disponible en: <https://delighted.com/es/blog/average-survey-response-rate>