



# Impacto de una intervención con simulación sobre el fenómeno de segundas víctimas en urgencias

*Impact of a simulation intervention on the phenomenon of second victims in the emergency room*

David Acuña,\* Jerónimo Rojas,\* Óscar Navea,\* Jordi Bañeras<sup>†</sup>

**Palabras clave:**  
segundas víctimas,  
SVEST, eventos  
adversos, seguridad  
del paciente,  
simulación clínica.

**Keywords:**  
*second victims,  
SVEST, adverse  
events, patient safety,  
clinical simulation.*

## RESUMEN

**Introducción:** el término segunda víctima se refiere al personal sanitario que participó de un evento adverso y sufre las consecuencias psicológicas y físicas de haber cometido un error. Se desconoce el mejor método para abordar este fenómeno. En nuestro trabajo proponemos el uso de la simulación clínica como herramienta para generar un impacto temporal en las segundas víctimas. **Objetivo:** estudiar el impacto temporal de una intervención en simulación sobre el fenómeno de segundas víctimas en profesionales de urgencias. **Materia y métodos:** estudio prospectivo, observacional y analítico de cohortes, donde un grupo de profesionales de los servicios de urgencia de la red de salud UC-Christus participó en una simulación clínica y otro en una clase lectiva. Mediante la SVEST (Second Victim Experience Support Tool) se miden los resultados antes y siete días después de la exposición. **Resultados:** se reclutaron 70 profesionales, 40 participaron de la clase y 30 de la simulación. Siete días después de la simulación se observa una disminución de los síntomas físicos (media de  $2.99 \pm 1$  vs  $2.74 \pm 1$   $p < 0.05$ ) y psicológicos (media de  $3.87 \pm 0.8$  vs  $3.35 \pm 0.8$   $p < 0.05$ ), se reconoce el apoyo de pares como la mejor alternativa de ayuda con 95.8% de acuerdo para el grupo de simulación y 75.7% para el de la clase. **Conclusiones:** la simulación clínica genera un impacto temporal sobre el fenómeno de segundas víctimas, lo que se traduce en una disminución de los síntomas psicológicos y físicos. La simulación clínica favorece los mecanismos de apoyo entre los compañeros de trabajo.

## ABSTRACT

**Introduction:** the term second victim refers to health personnel who participated in an adverse event and suffer the psychological and physical consequences of having made a mistake. The best method to deal with this phenomenon is unknown. In our work we propose the use of clinical simulation as a tool to generate a temporary impact on second victims. **Objective:** to study the temporal impact of a simulation intervention on the phenomenon of second victims in emergency professionals. **Material and methods:** prospective, observational, and analytical cohort study, where a group of professionals from the emergency services of the UC-Christus Health Network participated in a clinical simulation and another in a teaching class. Using the SVEST (Second Victim Experience Support Tool), the results are measured before and seven days after exposure. **Results:** 70 professionals were recruited, 40 participated in the class and 30 in the simulation. Seven days after the simulation, a decrease in physical symptoms (mean  $2.99 \pm 1$  vs  $2.74 \pm 1$   $p < 0.05$ ) and psychological symptoms (mean  $3.87 \pm 0.8$  vs  $3.35 \pm 0.8$   $p < 0.05$ ) was observed. Peer support is recognized as the best help alternative with 95.8% agreement for the simulation group and 75.7% for the class group. **Conclusions:** clinical simulation generates a temporary impact on the phenomenon of second victims, which translates into a decrease in psychological and physical symptoms. Clinical simulation favors support mechanisms among co-workers.

\* Sección Medicina de Urgencia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>†</sup> Departamento de Cardiología. Vall Hebrón Centro de Simulación clínica avanzada. Hospital Vall Hebrón. Barcelona, España.

Recibido: 10/07/2025

Aceptado: 02/10/2025

doi: 10.35366/122069

## INTRODUCCIÓN

En el año 2000, el doctor Albert Wu usó por primera vez el término “segunda víctima” para referirse a que, en un evento adverso, hay una primera víctima, que es el paciente, y una segunda víctima, que es el profesional de la salud

que protagonizó el error.<sup>1,2</sup> Se ha descrito que el fenómeno de segundas víctimas puede traer síntomas y consecuencias bastante serias, con manifestaciones psicológicas, cognitivas y reacciones físicas que tienen un impacto personal negativo que se manifiesta en ausentismo laboral, riesgo de desarrollar estrés postraumático y hasta suicidio.<sup>3-6</sup>

**Citar como:** Acuña D, Rojas J, Navea Ó, Bañeras J. Impacto de una intervención con simulación sobre el fenómeno de segundas víctimas en urgencias. Rev Latinoam Simul Clin. 2025; 7 (3): 106-112. <https://dx.doi.org/10.35366/122069>



Las segundas víctimas existen en todos los ambientes sanitarios; posterior a la pandemia del COVID-19, esto se ha hecho más notorio.<sup>7</sup> La mayoría de los reportes de casos de segundas víctimas vienen de unidades hospitalarias de alta complejidad como emergencia y cuidados críticos. Hasta un 62% de los reportes en un hospital infantil venían del servicio de urgencia.<sup>8</sup>

Para evaluar los efectos sobre el personal de salud y la calidad de sus redes de apoyo, se desarrolló la SVEST (Second Victim Experience and Support Tool).<sup>9</sup> Esta herramienta psicométrica permite evaluar la experiencia del personal de salud como segundas víctimas. También se puede aplicar antes y después de una intervención para medir la percepción y eficacia de ésta. La SVEST está validada y ha sido traducida a varios idiomas, entre ellos el castellano.<sup>10-14</sup> Con la evidencia actual podemos reconocer el problema de segundas víctimas y, gracias a la encuesta SVEST, podemos medirlo.

No conocemos la mejor estrategia para enfrentar el problema de segundas víctimas. Sabemos que el apoyo de pares es importante; también es clave generar una cultura reparativa en vez de punitiva frente al error.<sup>15,16</sup>

En un ambiente laboral donde se desconoce el fenómeno de segundas víctimas, una forma tradicional de tratar el tema es una clase lectiva. Estas tienen limitaciones, como el hecho de que la retención del conocimiento es baja o que se pierde la atención de los adultos a los 20 minutos aproximadamente. En cambio, con un escenario simulado, se logra mantener la atención por más tiempo, una mayor retención de conocimientos y se pueden lograr objetivos de mayor orden dentro de la escala de Bloom, generando un aprendizaje más cercano al cambio de conductas, un conocimiento que está descrito como llevadero a la práctica clínica.<sup>17</sup>

En nuestro conocimiento, no existen estudios que hayan evaluado la simulación clínica como herramienta para abordar el fenómeno de segundas víctimas y hay poca evidencia que compare métodos tradicionales de enseñanza con la simulación.<sup>18</sup> Nuestro objetivo es estudiar el impacto temporal de una intervención en simulación sobre el fenómeno de segundas víctimas en profesionales de urgencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se hizo un estudio prospectivo, observacional y analítico de cohortes, donde comparamos una

simulación clínica con una clase lectiva. El ámbito de estudio fueron los servicios de urgencia de la red de salud UC-Christus en Santiago de Chile. Estos son centros de alta complejidad, con disponibilidad de especialistas y tratamientos de última generación. El estudio se realizó de marzo a mayo del año 2022.

Como variable dependiente se utilizaron los puntajes de la SVEST; como variables independientes la edad, sexo, cargo, años de experiencia y la participación en clase o simulación. Nuestra población diana fueron médicos, enfermeras y técnicos de enfermería de los servicios de urgencia. Para el cálculo muestral se consideró un error alfa de 0.05 y un poder de 0.8 para detectar una diferencia de 0.3 entre la clase lectiva y la simulación. El tamaño muestral necesario se determinó en  $n = 56$ . Se calculó una pérdida de hasta un 20% de los participantes, por lo que se determinó un  $n = 70$  para suplir esta pérdida.

Los grupos se dividieron en un escenario simulado o clase lectiva. Para incluir a la mayoría del personal clínico que trabaja en urgencias, se decidió hacer la intervención durante el horario de trabajo. Decidimos hacer las intervenciones en días separados para disminuir las influencias entre un grupo y el otro. Se dividió la intervención en dos turnos: lunes y miércoles, para la clase lectiva, y martes y jueves, para el escenario simulado.

Durante la actividad asistencial, se invitó a participar de manera voluntaria en los talleres. La clase lectiva se dictó en un tiempo de 25 minutos con apoyo de una presentación en PowerPoint de 17 diapositivas, revisada por una psicóloga experta en el tema. En ésta se explica la cultura de la seguridad y el fenómeno de las segundas víctimas. La simulación clínica duró 40 minutos, que incluyen preparación, prebriefing, simulación y debriefing.

Antes de tomar parte en la actividad, los participantes debieron completar un consentimiento informado y una encuesta con datos demográficos, y responder la SVEST. El consentimiento informado se entregó en formato de papel, mientras que la SVEST fue llenada en la plataforma Google Forms. Posterior a esto podían participar en la actividad, clase lectiva o simulación, según el día que correspondía. Siete días después de la actividad, se les solicitó a los participantes que volvieran a llenar la SVEST.

## Instrumento de medición

La herramienta que se aplicó para evaluar el impacto de la simulación fue la encuesta SVEST,

traducida al castellano. La SVEST está validada, ha sido sometida a pruebas de fiabilidad de sus escalas<sup>11,19</sup> y se ha traducido a varios idiomas. En nuestro estudio usamos la versión castellana facilitada por la Dra. María Victoria Brunelli,<sup>10</sup> que se le reporta un alfa de Cronbach de 0.826.<sup>19</sup> Esta herramienta está basada en preguntas que se valoran con escala de Likert de 5 puntos, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 completamente de acuerdo. Consta de 29 ítems agrupados en nueve subescalas, siete dimensiones y dos variables de resultado. De las dimensiones, las primeras tres miden angustia psicológica, angustia física e impacto en la autoeficacia profesional. Las cuatro siguientes evalúan la calidad del apoyo recibido por distintos actores. A mayor puntuación, indica mayor trauma en las primeras tres o peor calidad del apoyo en las cuatro siguientes. Las variables de resultado evalúan la intención de rotación y de ausentismo laboral.

Esta herramienta psicométrica permite evaluar la experiencia del personal de salud como segunda víctima, la calidad del apoyo que ésta recibe e identificar el tipo de apoyo preferido. Por último, se puede aplicar antes y después de una intervención para medir la percepción y eficacia de ésta, como explica Scott y su equipo, creadores de la herramienta.<sup>9</sup>

### Análisis estadístico

Para el análisis univariante, se exportaron los datos a Excel. Se reportó el perfil de respuestas de manera descriptiva, usando porcentajes y medias según correspondía. Las variables categóricas se

reflejan en porcentajes y tablas de frecuencia. Para los valores numéricos, se utilizan medidas de tendencia central y dispersión. Los 29 ítems de la herramienta SVEST se agrupan en nueve subescalas. Estas subescalas son el promedio de las respuestas a las preguntas que abarca cada una de ellas. Se representa también el porcentaje correspondiente para cada uno de estos ítems. El porcentaje se calculó como el porcentaje de las respuestas puntadas como 4 y 5 del total. Para el análisis comparativo, se exportaron los datos al software SPSS versión 28. Se utilizaron pruebas de Levene para el análisis de homogeneidad de varianzas. Para la comparación de los diferentes grupos, se realizó la prueba de t de Student o la prueba de Mann-Whitney, en caso de que la variable cuantitativa no siguiera una distribución normal. Cuando se compararon más de dos grupos de variable cualitativa, se utilizó el análisis de varianza (ANOVA).

### Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la red de salud UC-Christus (ID protocolo: 220117002). Los datos obtenidos no se pueden vincular con los participantes del estudio. No se reportó ningún evento adverso durante la investigación.

### RESULTADOS

Se reclutaron 70 profesionales de urgencia, 40 participaron en la clase lectiva y 30 en la simulación clínica. Siete días postintervención tuvimos 65 respuestas, lo que corresponde a un 7% de perdida. De estos, 35 participaron en la clase lectiva y 30 en la simulación clínica. En cuanto a las profesiones, 62.9% fueron médicos, 14.3% personal de enfermería y 22.9% técnicos de enfermería. Del total de participantes, 45.7% fueron hombres y 54.3% mujeres; la edad media fue de 29.24 años (rango de 20-53 años) ([Tabla 1](#)).

### Resultados percepción basal de segundas víctimas

El ítem con mayor puntuación global en la encuesta, previo a la intervención, fue “aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme”, con un puntaje de  $4.24 \pm 1$  en una escala de 1-5. Dentro de las subescalas, la que tuvo mayor porcentaje de acuerdo fue “apoyo de los compañeros de trabajo”, con un

**Tabla 1: Tipo de taller.**

Demográficos	Clase lectiva N = 40 n (%)	Simulación clínica N = 30 n (%)	Total N = 70 n (%)
Edad [años], media ± DE	30 ± 6	28 ± 6	29 ± 6
Sexo			
Masculino	19 (47.5)	13 (43.3)	32 (45.7)
Femenino	21 (52.5)	17 (56.6)	38 (54.3)
Cargo			
Enfermería	8 (20.0)	2 (6.6)	10 (14.3)
Medicina	24 (60.0)	20 (66.6)	44 (62.9)
Técnicos de enfermería	8 (20.0)	8 (26.6)	16 (22.9)

DE = desviación estándar.

**Tabla 2: Resultados por dimensión antes y después de las intervenciones.**

	N	Media ± DE	p*
<b>Dimensión</b>			
1. Sufrimiento psicológico			0.015
Pre	70	3.87 ± 0.81	
Post	65	3.52 ± 0.84	
2. Sufrimiento físico			0.041
Pre	70	2.99 ± 0.97	
Post	65	2.62 ± 1.08	
3. Apoyo de los compañeros de trabajo			0.544
Pre	70	4.16 ± 0.86	
Post	65	4.25 ± 0.84	
4. Apoyo del supervisor			0.011
Pre	70	3.09 ± 0.88	
Post	65	2.72 ± 0.76	
5. Apoyo institucional			0.034
Pre	70	2.89 ± 0.87	
Post	65	2.58 ± 0.78	
6. Apoyo no relacionado con el trabajo			0.912
Pre	70	3.84 ± 1.05	
Post	65	3.86 ± 0.90	
7. Autoeficacia profesional			0.304
Pre	70	3.21 ± 1.23	
Post	65	3.00 ± 1.13	
<b>Variable de resultado</b>			
1. Intención de cambio de trabajo			0.198
Pre	70	2.29 ± 1.24	
Post	65	2.03 ± 1.10	
2. Absentismo			0.291
Pre	70	2.40 ± 1.17	
Post	65	2.60 ± 1.01	

DE = desviación estándar. \* Prueba t de Student.

78.9%. El ítem con menor puntuación global fue “mi experiencia con un evento adverso o error ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés”, con un puntaje de  $1.64 \pm 1.2$ . La subescala con menor puntuación global, previo a la intervención, fue “intención de cambio de trabajo”, con un puntaje de  $2.29 \pm 1.3$ . Con respecto a la dimensión “apoyo de la institución”, se mostró una media de  $2.44 \pm 1.27$ , siendo de las dimensiones con menos puntaje y la alternativa de apoyo menos valorada.

### Resultados posterior a las intervenciones

Al comparar las respuestas de la SVEST, antes y después de las intervenciones (*Tabla 2*), se mostró

un cambio hacia un reporte de menos síntomas psicológicos y físicos de segunda víctima. La dimensión “síntomas psicológicos” mostró una diferencia de 3.87 contra 3.52 después de la intervención, con un valor  $p < 0.05$ . La dimensión “síntomas físicos” muestra una diferencia de 2.99 contra 2.62 después de la intervención, con un valor  $p < 0.05$ . Se evidencian también diferencias significativas hacia la percepción de apoyo por parte del supervisor y la institución. Para la dimensión “apoyo del supervisor” cambia de una media de 3.09 a 2.72 y, para la dimensión “apoyo institucional”, cambia de 2.89 a 2.58. Ambas diferencias significativas, con un valor  $p < 0.05$ .

Los resultados de la SVEST posterior a la intervención se resumen en la *Tabla 3*. Se dividen entre los que recibieron la clase lectiva y los que participaron en la simulación clínica. El ítem con mayor puntaje para la clase fue “hablar con mis colegas de lo que pasó me genera alivio”, con un puntaje de  $4.09 \pm 1.17$  en una escala de 1-5. El ítem con mayor puntaje para la simulación fue “aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme”, con un puntaje de  $4.73 \pm 0.5$  en una escala de 1-5.

En ambas intervenciones, la subescala con mayor puntaje fue “apoyo de los compañeros de trabajo”, con un puntaje de  $3.96 \pm 1$ , para la clase, frente a un  $4.6 \pm 0.3$ , en la simulación. El ítem con menor puntaje, para la clase, fue “mi experiencia con un evento adverso o error ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés”, con un puntaje de  $1.57 \pm 1$ ; para la simulación, fue “mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias”, con un puntaje de  $1.6 \pm 0.8$ . La subescala con menor puntaje, para la clase, fue “intención de cambio de trabajo”, con un puntaje de  $2.16 \pm 1.2$ ; para la simulación, fue “apoyo institucional”, con un puntaje de  $1.7 \pm 0.6$ .

La subescala “apoyo de los compañeros de trabajo” mostró diferencias significativas en todos los ítems, con puntajes mayores para la simulación clínica ( $p < 0.05$ ). También se observaron diferencias significativas en el ítem “sentí miedo de que me vuelva a pasar algún incidente”, con un mayor sufrimiento psicológico reportado para la clase frente a la simulación ( $3.8 \pm 0.8$  vs  $3.3 \pm 1.1$ ,  $p < 0.05$ ). El ítem “me hubiese gustado tomarme uno o unos días sin trabajar después de lo que ocurrió”, de la subescala absentismo, presentó diferencias significativas, con una media de  $4.0 \pm 1.2$  para la simulación y  $3.17 \pm 1.6$  para la clase ( $p < 0.05$ ).

De los resultados que corresponden a la subescala “apoyo institucional”, el ítem con mayor puntaje fue “mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda” tanto para la clase como para la simulación, con un puntaje de  $2.4 \pm 1.1$  y  $1.77 \pm 0.8$ , respectivamente. El ítem con menor puntaje fue “mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias”, tanto para la clase como para la simulación, con un puntaje de  $2.26 \pm 0$  y  $1.6 \pm 0.8 = 1.2$  ( $p < 0.05$ ), respectivamente.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio se pudo reclutar a 70 profesionales, de los cuales 40 participaron en la clase lectiva y 30 en la simulación clínica. Tuvimos una distribución comparable por edad, sexo y profesión entre ambos grupos.

Identificamos algunas limitaciones, como que es un estudio unicéntrico o que la reciente pandemia pudo afectar nuestros resultados, aumentando los niveles basales de estrés y sus síntomas, pero también sensibilizando al personal sanitario con respecto a la necesidad de apoyo

psicológico. Para hacer comparaciones con el medio local, tenemos el estudio de Mallea Salazar y su equipo;<sup>19</sup> si buscamos estudios fuera de Chile, tenemos el de Bañeras y su equipo,<sup>20</sup> de España, y el de Thompson y su equipo,<sup>21</sup> los cuales tienen una representación similar en cuanto a género y edad, pero con una distribución por profesiones más equitativa que la nuestra.

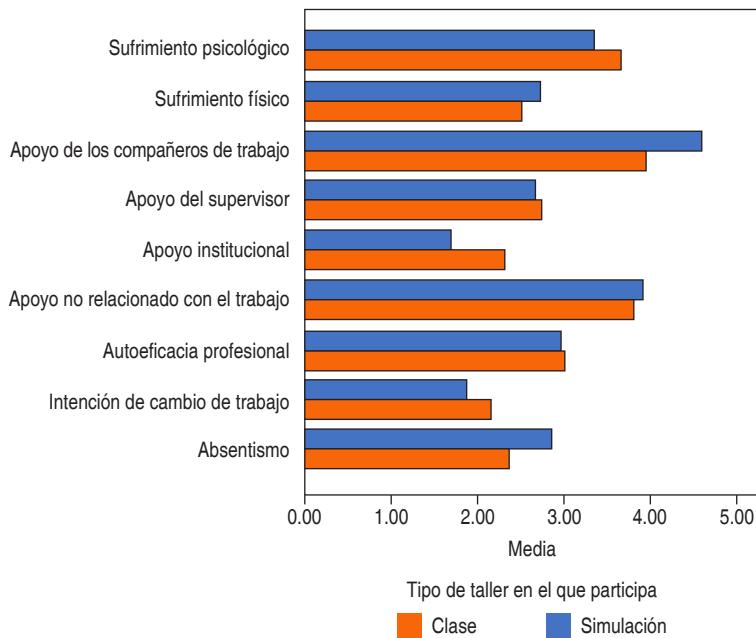
Al analizar la percepción basal del fenómeno de segundas víctimas, nos encontramos con que la subescala o dimensión con mayor puntaje fue “apoyo de los compañeros de trabajo”. Esto es algo que se ha visto en varios estudios que abordan el fenómeno de las segundas víctimas, como el estudio de Mallea Salazar y colaboradores<sup>19</sup> y el de Strametz y colaboradores,<sup>22</sup> en donde uno de los mecanismos más valorados para enfrentar este tipo de situaciones es el apoyo de los colegas.

Donde basalmente se vieron los menores puntajes fue en las variables que miden intención de cambio de trabajo e intención de absentismo. Esto se traduce en que, posterior a un evento adverso, los profesionales de la salud no refieren la necesidad de dejar de ver pacientes o abandonar su trabajo. Dentro de las alternativas de apoyo, tuvo menor aceptación la de apoyo institucional,

**Tabla 3: Resultados posterior a clase lectiva vs escenario simulado.**

	Tipo de taller	N	Media ± DE	p*
<b>Dimensión</b>				
1. Sufrimiento psicológico	Clase	35	3.67 ± 0.79	
	Simulación	30	3.35 ± 0.87	
2. Sufrimiento físico	Clase	35	2.52 ± 1.00	
	Simulación	30	2.74 ± 1.16	0.415
3. Apoyo de los compañeros de trabajo	Clase	35	3.96 ± 1.02	
	Simulación	30	4.60 ± 0.36	0.002
4. Apoyo del supervisor	Clase	35	2.76 ± 0.76	
	Simulación	30	2.68 ± 0.77	0.698
5. Apoyo institucional	Clase	35	2.32 ± 1.10	
	Simulación	30	1.70 ± 0.68	0.009
6. Apoyo no relacionado con el trabajo	Clase	35	3.81 ± 0.93	
	Simulación	30	3.92 ± 0.87	0.651
7. Autoeficacia profesional	Clase	35	3.02 ± 1.20	
	Simulación	30	2.98 ± 1.07	0.871
<b>Variable de resultado</b>				
1. Intención de cambio de trabajo	Clase	35	2.16 ± 1.26	
	Simulación	30	1.88 ± 0.89	0.322
2. Absentismo	Clase	35	2.37 ± 1.09	
	Simulación	30	2.87 ± 0.85	0.048

DE = desviación estándar. \* Prueba t de Student.



**Figura 1:** Comparación de clase lectiva versus simulación, posterior a la intervención según dimensión.

donde la mayoría de los participantes indicó estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación “mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda”. Nuestros resultados son comparables con los reportados en la literatura, donde se identifican bajas puntuaciones con respecto al apoyo percibido desde las instituciones.<sup>19</sup>

Al comparar los resultados antes y después de la intervención, vimos que se mantiene la preferencia por buscar apoyo entre los colegas. Al parecer, son los que mejor pueden comprender lo que está sucediendo dentro de un servicio y las características específicas del trabajo. Es así como entendemos la importancia de seguir avanzando en una cultura no punitiva, de comprensión y trabajo en equipo. La simulación resultó incrementar el aprecio por el apoyo de los pares en comparación con la clase lectiva, con una media de  $4.6 \pm 0.36$  frente a una de  $3.96 \pm 1$ , respectivamente ( $p < 0.01$ ). Esto facilita la generación de lazos de apoyo dentro de los equipos. No conocemos publicaciones que hayan estudiado la simulación como herramienta para enfrentar la problemática de las segundas víctimas, para poder comparar nuestros resultados.

Tanto con la simulación como con la clase se pudo apreciar una disminución en el sufrimiento físico y psicológico. Hubo una diferencia

significativa antes y después de la intervención. Con respecto a los síntomas, no hubo diferencias significativas entre dar una clase o hacer una simulación. Es probable que, con sólo hacer una intervención o hablar del fenómeno de segundas víctimas, ya se está generando un impacto.

Las dimensiones que evaluaban el apoyo institucional y el apoyo de los superiores presentaron una disminución del apoyo de éstos después de las intervenciones. Esta diferencia se hizo mayor en los participantes de la simulación (*Figura 1*). Puede ser por el hecho de que la clase y la simulación las dirigieron personas que no están identificadas como superiores o jefes, ni tampoco fueron ordenadas desde la dirección del hospital, sino desde un proyecto académico de investigación. Esto podría cambiar en la medida en que la institución o las jefaturas se hagan parte y fomenten actividades de apoyo a las segundas víctimas. Cabe destacar que, en el trabajo de Mallory y colaboradores,<sup>21</sup> se implementó un programa institucional de apoyo por pares a segundas víctimas. En este encontraron una correlación entre los reportes de apoyo de la institución y de los superiores. Asocian la participación de éstos como esencial para el correcto desarrollo y mantenimiento de los programas de apoyo. De la misma manera, estos programas podrían disminuir las tasas de ausentismo laboral y cambio de trabajo.

## CONCLUSIONES

Con respecto a la percepción basal del fenómeno de segundas víctimas en el servicio de urgencia, destaca una alta presencia de síntomas psicológicos en los grupos de enfermería, medicina y técnicos de enfermería, así como una baja intención de rotación laboral y absentismo en los mismos grupos.

Después de un escenario de simulación clínica, se observa una mayor preferencia por el apoyo entre los compañeros de trabajo como alternativa para enfrentar una problemática de segundas víctimas.

La simulación clínica genera un impacto temporal sobre el fenómeno de segundas víctimas, lo que se traduce en una disminución de los síntomas psicológicos y físicos. También favorece los mecanismos de apoyo entre los compañeros de trabajo.

Consideramos necesario desarrollar programas institucionales de apoyo a segundas víctimas basados en el apoyo entre pares. Se recomienda el uso de la simulación clínica como herramienta docente dentro de estos programas.

Proponemos seguir avanzando en el estudio de las segundas víctimas con investigaciones experimentales que midan en un tiempo más prolongado los efectos de sus intervenciones.

## AGRADECIMIENTOS

A quienes trabajan en urgencias y especialmente a los que se dieron el tiempo de participar en este estudio.

## REFERENCIAS

1. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med.* 2000; 172 (6): 358-359.
2. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L, et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? *J Patient Saf.* 2020; 16 (1): 65-72.
3. 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 (3): 485-494.
4. Miller K, Dastoli A. Matt's story: learning from heartbreak. *Int J Qual Health Care.* 2018; 30 (8): 654-657.
5. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCraig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009; 18 (5): 325-330.
6. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, 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 (3): 195-199.
7. Joaquín Mira J, Carrillo I, Guilabert M, Mula A, Martín-Delgado J, Virtudes Pérez-Jover M, et al. Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain on behalf of the SARS-CoV-2 Second Victim Study Group. *BMJ Open [Internet].* 2020; 10: e42555. Available in: <http://bmjopen.bmjjournals.com/>
8. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, et al. Deployment of a second victim peer support program: a replication study. *Pediatr Qual Saf.* 2017; 2 (4): e031.
9. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf.* 2017; 13 (2): 93-102.
10. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2021; 17 (8): e1401-e1405.
11. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2021; S1130-8621(21)00030-9. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.042.
12. 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 (7): 1416-1422.
13. Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev.* 2021; 68 (1): 34-40.
14. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: a second victim experience and support tool survey. *J Nurs Manag.* 2021; 29 (4): 642-652.
15. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2019; 10: 593-603.
16. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2021; 68 (4): 471-481.
17. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. Revisiting 'A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009'. *Med Educ.* 2016; 50 (10): 986-991.
18. McGaghie WC. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med.* 2011; 86 (6): 706-711.
19. Mallea Salazar F, Ibáñez Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas?: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Rev Chil Salud Pública.* 2021; 25 (1): 76-85.
20. Bañeras J, Jorge-Pérez P, Bonanad C, López Lluva MT, Moll I, Fidel Kinori SG. Second victims and quality of support resources among cardiology professionals. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2022; 75 (8): 686-688.
21. Thompson M, Hunnicutt R, Broadhead M, Vining B, Aroke EN. Implementation of a certified registered nurse anesthetist second victim peer support program. *J Perianesth Nurs.* 2022; 37 (2): 167-173.e1. doi: 10.1016/j.jopan.2021.05.005.
22. Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, et al. 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.

### Correspondencia:

**Jordi Bañeras**

**E-mail:** jordi.baneras@vallhebron.cat