

Segundas Víctimas en el Servicio de Urgencias

Second Victims in the Emergency Department

Segundas Víctimas no Serviço de Emergência

Ariana Cerón-Apipilhuasco¹ ; Jorge Loria-Castellanos² ; Thalía Lucero Luna-Jiménez³ ; Juan Rodrigo Mendoza-Carrillo³ ; Jonathan Minian-Okon³ ; Andrés Santiago Pérez-Giráldez³ ; Natalia Bueno-Muñoz³ 

¹ Directora Centro Anáhuac de Simulación Clínica, Universidad Anáhuac México.

² Red nacional de educadores en simulación clínica, . Ciudad de México, México.

³ Centro Anáhuac de Simulación Clínica, Universidad Anáhuac México.

RESUMEN

Introducción: La atención sanitaria conlleva la posibilidad del error humano, cuando estos ocurren, los pacientes no son los únicos afectados, el personal se convierte en una segunda víctima que requiere estrategias de apoyo para que enfrentarlo adecuadamente. **Objetivo:** Explorar el impacto del fenómeno de segunda víctima en el servicio de urgencias, así como las opciones de estrategias para enfrentarlo. **Métodos:** Revisión de la literatura científica relacionada con el impacto de los efectos adversos que ocurren en el departamento de urgencias y del personal médico como segundas víctimas. Se realizó una búsqueda usando MeSH en Pubmed incluyendo las palabras clave “Segundas víctimas” y “Urgencias”. **Resultados:** Ante los errores médicos se presenta angustia emocional que requiere apoyo, el cual no se materializa comunmente, tanto por la falta en su identificación como por el desconocimiento de estrategias de apoyo. **Conclusiones:** El establecimiento de estrategias para la atención a segundas víctimas es una necesidad que deben implementar los programas de calidad y mejora continua de las instituciones de salud, principalmente en los servicios de urgencias. Estrategias educativas para mejorar el manejo de emociones ante eventos adversos, hasta prácticas diseñadas en entornos de simulación que permitan minimizar el error, son ejemplos de posibles estrategias.

Palabras clave: Segundas Víctimas; Urgencias; Calidad en Salud; Eventos Adversos; Debriefing; Red de Apoyo.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare involves the possibility of human error. When these occur, patients are not the only ones affected; healthcare personnel may become a second victim and require support strategies to cope with the situation appropriately. **Objective:** To explore the impact of the second victim phenomenon in the emergency department, as well as the possible strategies to address it. **Methods:** A review of the scientific literature related to the impact of adverse events occurring in the emergency department and healthcare personnel as second victims was conducted. A search using MeSH terms was performed in PubMed including the keywords “Second Victims” and “Emergency”. **Results:** Medical errors generate emotional distress that requires support, which is often not provided, both due to the lack of identification of second victims and the lack of knowledge about support strategies. **Conclusions:** The establishment of strategies to support second victims is a need that should be implemented within quality and continuous improvement programs in healthcare institutions, particularly in emergency services. Educational strategies to improve emotional management after adverse events, as well as practices designed in simulation environments to minimize errors, are examples of possible strategies.

Keywords: Second Victims; Emergency department; Healthcare Quality; Adverse effects; Debriefing; Support Network.

Recibido: 2025-10-18 • **Aceptado:** 2025-03-03

Autor corresponsal: Ariana Cerón-Apipilhuasco

E-mail: ariana.ceron@anahuac.mx

Cómo citar: Cerón-Apipilhuasco A, Loria-Castellanos J, Luna Jiménez TL, Mendoza-Carrillo JR, Jonathan Minian-Okon J, Pérez-Giráldez AS, Bueno- Muñoz N. Segundas Víctimas en El Servicio de Urgencias. Lajec . 2026;6(1): <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.267>.

Fuente de financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.267>

RESUMO

Introdução: A assistência em saúde envolve a possibilidade de erro humano. Quando ocorrem eventos adversos, os pacientes não são os únicos afetados; os profissionais de saúde podem tornar-se “segundas vítimas” e necessitam de estratégias de apoio para lidar com essas situações. **Objetivo:** Explorar o impacto do fenômeno da segunda vítima nos serviços de emergência e identificar possíveis estratégias para enfrentá-lo. **Métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura sobre o impacto dos eventos adversos ocorridos nos serviços de emergência e seus efeitos nos profissionais de saúde como segundas vítimas. A busca foi realizada no PubMed utilizando termos MeSH, incluindo as palavras-chave “Second Victims” e “Emergency”. **Resultados:** Erros médicos frequentemente geram sofrimento emocional entre os profissionais de saúde, exigindo apoio institucional. No entanto, esse apoio muitas vezes não ocorre devido à dificuldade de identificar as segundas vítimas e ao desconhecimento das estratégias de apoio disponíveis. **Conclusões:** A implementação de estratégias de apoio às segundas vítimas é essencial e deve ser incorporada aos programas de qualidade e melhoria contínua das instituições de saúde, especialmente nos serviços de emergência. Estratégias educativas para melhorar o manejo das emoções após eventos adversos, juntamente com treinamentos baseados em simulação destinados a reduzir erros médicos, são possíveis abordagens.

Descritores: Segunda Vítima; Serviços Médicos de Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde; Eventos Adversos; Debriefing; Rede de Apoio.

Introducción

La calidad en la prestación de servicios de salud es un pilar esencial, y no solo representa un objetivo deseable, sino una necesidad imperante en los sistemas sanitarios actuales. Más allá de asegurar el bienestar individual y colectivo, una atención sanitaria de calidad garantiza la óptima utilización de recursos humanos y materiales en salud. Aunque diversos profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en este proceso, la naturaleza humana conlleva el riesgo inherente de cometer errores que impactan en los pacientes y, consecuentemente, en la calidad de la atención. La Organización Mundial de la Salud define la calidad en salud como el grado en que los servicios ofrecidos aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados, destacando la eficacia y la seguridad como características clave.¹

Existen diversos tipos de eventos adversos que impactan en la calidad de los servicios de salud al poner en riesgo a los pacientes con consecuencias no directamente vinculadas a su enfermedad, sino exclusivamente al proceso de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud clasifica estos eventos en tres categorías principales:²

1. **Cuasifalla:** Se refiere a un suceso que podría haber afectado directamente la salud y seguridad del paciente, pero que no llegó a causar daño, ya sea debido a una detección oportuna o a una simple casualidad.
2. **Evento Adverso:** Implica un suceso que ocurre y afecta al paciente, provocando un daño leve o moderado.
3. **Evento Centinela:** Se trata de un suceso que sucede y afecta al paciente causando un daño grave o incluso la muerte, sin guardar relación directa con la historia natural de la enfermedad del paciente.

Esta clasificación es ampliamente adoptada por instituciones de salud a nivel internacional. Se utiliza para identificar y analizar los servicios de salud a través de estrategias de mejora continua, centrándose en la calidad de la atención ofrecida.³

Desde la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” en noviembre de 1999, se han implementado programas orientados a reducir los errores humanos y su impacto en la salud de los pacientes. Estos programas han demostrado notables resultados en los sistemas sanitarios a nivel mundial.⁴ Actualmente, los programas de calidad adoptados por las instituciones se centran en minimizar los errores que afectan a los pacientes. Sin embargo, es importante señalar que no todos los programas de calidad en el ámbito de la salud consideran las consecuencias que puede experimentar el personal de salud al asumir la responsabilidad de un error que afecta al paciente.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a diario se registran eventos adversos en instituciones de salud, afectando a uno de cada diez pacientes hospitalizados con daños no directamente relacionados con su enfermedad de ingreso.⁵ Este fenómeno se refleja a nivel internacional, con estimaciones que oscilan entre el 4 % y el 17 % de eventos adversos en hospitales, siendo aproximadamente la mitad considerada potencialmente evitable en países como EE. UU., Reino Unido, Canadá y Australia.⁶ No obstante, estas estadísticas corresponden a contextos de salud diferentes a los de América Latina en cuanto a recursos y cargas de enfermedades. En la región, el estudio IBEAS, realizado en México, Perú, Costa Rica y Argentina, reveló una incidencia de eventos adversos del 11.85 %, con al menos el 65 % considerado evitable. Entre estos eventos, las infecciones nosocomiales lideraron los informes (37.14 %), seguidas por problemas en los procedimientos (28.69 %).⁷ Este estudio también evidenció que estos eventos aumentaron la estancia hospitalaria en promedio 16 días.

El servicio de urgencias destaca por su versatilidad, operando las 24 horas del día y desempeñando roles diversos, desde atención primaria hasta cuidados críticos, lo que lo hace altamente vulnerable a eventos adversos.⁵⁻⁸ La falta de referencias nacionales sobre eventos adversos en urgencias contrasta con estudios internacionales, como el “Critical Incident Monitoring in Emergency Medicine Study”, que reveló que el 54 % de los eventos adversos en instituciones de urgencias en Australia estaban vinculados a errores en la medicación por parte del personal de salud.⁸ Estos datos son reveladores, evidenciando que el personal de salud enfrenta constantemente eventos adversos, en donde no solamente el paciente sufre consecuencias del evento adverso, sino que el mismo personal de salud también puede ser una segunda víctima.

El concepto “segundas víctimas” se refiere a profesionales de la salud que quedan traumatizados y/o enfrentan dificultades emocionales después de participar en eventos adversos que afectan al paciente.⁷⁻⁹ La presencia de segundas víctimas resulta en una disminución del rendimiento laboral de los equipos de atención, impactando negativamente la calidad de los servicios ofrecidos, por lo cual resulta fundamental prestar atención a los protocolos de atención brindados al personal sanitario para enfrentar estos problemas.⁹ El presente artículo tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre este concepto, así como las estrategias utilizadas para abordar a las segundas víctimas, destacando el debriefing clínico como una propuesta innovadora para brindar apoyo a estos profesionales.

Desarrollo

En el año 2000, Albert Wu introdujo por primera vez el término “Segundas Víctimas” al describir el impacto de los errores en los profesionales de la salud.¹⁰ Este concepto se refiere a los profesionales sanitarios implicados en eventos adversos, quienes quedan traumatizados por la experiencia o no logran afrontar emocionalmente la situación. Posteriormente, otros autores sugirieron que estas “segundas víctimas” podrían experimentar trastorno de estrés postraumático al enfrentar emocionales ocasionadas a la presión de mantener una imagen tradicional de perfección en el ámbito de la salud.¹¹

Después de años de investigación y dedicación a este problema, se ha alcanzado una definición más reciente basada en evidencia y consenso desarrollada por la European Researchers’ Network Working on Second Victims: “Cualquier trabajador de la salud, directa o indirectamente involucrado en un evento adverso imprevisto para el paciente, un error de atención médica involuntario o una lesión del paciente o que se convierte

en víctima en el sentido de que también se ve afectado negativamente”.¹²

Con frecuencia, estos profesionales experimentan una carga personal de responsabilidad por los resultados del paciente, sometiendo a cuestionamiento tanto sus habilidades clínicas como su base de conocimientos. Este proceso se manifiesta a lo largo de seis etapas que delinean la historia natural del fenómeno de la segunda víctima. Las tres primeras fases se desarrollan inmediatamente después del evento adverso, pudiendo experimentarse de manera simultánea o secuencial.¹³

1. **Confusión y respuesta al accidente:** En esta etapa, el personal sanitario reconoce el error cometido, enfrentándose a una confusión y agitación continuas que dificultan su capacidad para actuar con claridad y concentrarse en la situación de emergencia. La víctima se distrae, se sume en la autorreflexión y busca ayuda en colegas para estabilizar al paciente, experimentando sentimientos de autocastigo por no asumir la responsabilidad del incidente.
2. **Pensamientos intrusivos:** La segunda víctima comienza a revisar obsesivamente el escenario del evento, formulándose preguntas constantes como “¿qué hubiera pasado si...?”. Este proceso mental se traduce en períodos de aislamiento acompañados de sentimientos de incompetencia personal.
3. **Restauración de la integridad personal:** Aparecen el miedo y las dudas sobre el futuro profesional, con preguntas como “¿Qué pensarán los demás de mí?” y “¿Volverán a confiar en mí?”. La segunda víctima intenta restaurar su integridad personal aceptando lo sucedido y enfrentándose a los rumores en el entorno laboral, buscando apoyo en colegas, supervisores, amigos o familiares. Esta etapa es crucial ya que si los profesionales no encuentran apoyo o si el evento es seguido de “chismes departamentales negativos”, pueden quedar estancados en sus memorias sin capacidad de seguir adelante.
4. **Resistiendo al proceso:** El profesional debe comunicar lo sucedido al paciente y su familia, enfrentándose al miedo de posibles repercusiones laborales y de licencia que se puedan tomar contra él por lo sucedido. A partir de esta etapa se desarrollan síntomas físicos y psicosociales (ver tabla 1).
5. **Consiguiendo apoyo emocional:** Esta etapa se caracteriza por las acciones que la segunda

víctima realiza para obtener apoyo tanto en el ámbito personal como profesional.

6. **Resolución del proceso de recuperación:** En esta última etapa de recuperación, la segunda víctima resuelve su proceso y sigue hacia delante. Se plantean tres desenlaces:

- (a) **Abandono:** Se caracteriza por ausentismo laboral, solicitud de traslado a otra unidad de atención o incluso renuncia al ejercicio de la profesión sanitaria por sentimientos extremos de desconfianza y falta de competencia profesional.
- (b) **Supervivencia:** El profesional logra superar lo acontecido de manera parcial, continúa desempeñando sus funciones laborales, pero no logra sobreponerse completamente a la experiencia vivida. Los pensamientos intrusivos persisten, afectando la capacidad del individuo para liberarse de la carga emocional asociada al incidente.
- (c) **Superación:** Aquellas segundas víctimas que alcanzan esta fase logran mantener un equilibrio efectivo entre su vida personal y profesional. Esto les permite obtener una visión más clara y una perspectiva sobre el error cometido, además de aprender valiosas lecciones de la experiencia.

Además del impacto físico y psicosocial significativo experimentado por las segundas víctimas, estos eventos también tienen repercusiones notables en la calidad de la atención médica. Estas consecuencias afectan diversos aspectos fundamentales que inciden tanto en los profesionales de la salud como en los pacientes:¹⁴

1. **Disminución de la Seguridad del Paciente:** Las emociones negativas experimentadas por las segundas víctimas pueden comprometer su capacidad para prestar atención segura y efectiva. La distracción, la fatiga emocional y la falta de concentración aumentan el riesgo de cometer errores médicos, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
2. **Menor Calidad del Cuidado:** El estrés, la culpa y la ansiedad asociados con ser una segunda víctima influyen en el desempeño clínico y en la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Esto puede resultar en una atención de menor calidad, incluyendo una comunicación deficiente con los pacientes y decisiones clínicas subóptimas.

3. **Impacto en la Experiencia del Paciente:** La falta de empatía o compasión hacia los pacientes, derivada del trauma emocional de ser segundas víctimas, puede afectar negativamente la experiencia del paciente. Esto puede generar una sensación de desconexión o insatisfacción por parte de estos últimos.

4. **Costos Asociados:** Los errores médicos y eventos adversos conllevan costos económicos significativos, como gastos adicionales de tratamiento y compensaciones legales. Además, el apoyo y la rehabilitación necesarios para las segundas víctimas representan un costo emocional y financiero para las organizaciones de salud.

5. **Clima Organizacional:** El impacto en la calidad de la atención también se refleja en el clima organizacional. La falta de apoyo adecuado para las segundas víctimas puede generar desconfianza, disminuir la moral y aumentar el riesgo de burnout dentro del equipo médico, lo que afecta negativamente la colaboración y la eficacia general en la prestación de atención médica.

Apoyo a Segundas Víctimas en el Ámbito de la Salud: Estrategias Efectivas para el Bienestar Emocional y la Mejora del Cuidado del Paciente

En el exigente entorno de la medicina, los profesionales de la salud se encuentran constantemente en el frente de situaciones que pueden desencadenar una variedad extensa de respuestas emocionales, las cuales varían desde el estrés, culpa, enojo y ansiedad. Estas respuestas son conocidas también como Segundas víctimas, las cuales pueden desencadenarse tras enfrentarse a eventos adversos como errores en la atención médica, debido al desconocimiento, situaciones de alta presión, entre otras cosas. Es de suma importancia abordar estas respuestas emocionales de manera efectiva, ya que las mismas pueden tener un impacto directo tanto en el desempeño laboral de los profesionales de la salud como en la calidad del cuidado del paciente.

En una encuesta realizada a más de 3,000 médicos, se validó que cuando se cometen errores médicos, prevalece la angustia, ansiedad y enojo, la cual requiere apoyo, mismo que no se brinda de forma efectiva.¹⁵ Dicha encuesta resaltó la necesidad de un compromiso y apoyo institucional para abordar las necesidades de las segundas víctimas, y la implementación de recursos y herramientas para el manejo de las mismas. Para que de esta forma se puedan implementar de forma efectiva.¹⁵

Tabla 1: Síntomas físicos y psicosociales más comúnmente reportados en personal de salud segunda víctima

Síntomas más comúnmente reportados	
Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga extrema (52 %) • Trastornos del sueño (45 %) • Taquicardia (42 %) • Aumento de la presión arterial (42 %) • Taquipnea (35 %)
Síntomas psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración (77 %) • Disminución de la satisfacción laboral (71 %) • Ira y tristeza extrema (68 %) • Dificultad para concentrarse con “flashbacks” (65 %) • Pérdida de la confianza (65 %) • Remordimiento (61 %) • Depresión (55 %) • Recuerdos repetitivos/intrusivos (52 %) • Ansiedad por regresar al trabajo y evitación del área de atención al paciente (32 %) • Miedo al daño a la reputación laboral (39 %)

Fuente: elaborado por los autores.

Resulta imprescindible poder reconocer posibles segundas víctimas y evaluar la eficacia de las intervenciones de apoyo. Para identificar y apoyar a estas “segundas víctimas”, se ha desarrollado el cuestionario “Herramienta de Apoyo y Experiencia de Segunda Víctima” (SVEST por sus siglas en inglés), una herramienta capaz de evaluar el impacto de las experiencias de la segunda víctima y los beneficios de las intervenciones de apoyo relevantes en las organizaciones de atención médica. El SVEST consta de 29 apartados, que representan siete dimensiones y dos variables de resultado (intención de renuncia y ausentismo). Las siete dimensiones incluyen: malestar psicológico, malestar físico, apoyo de colegas, apoyo del supervisor, apoyo institucional, apoyo no relacionado con el trabajo y autoeficacia profesional. Además, se incluyen apartados adicionales que evalúan las formas más deseadas de apoyo.¹⁶

En 2023 se llevó a cabo una revisión sistemática con el objetivo de estudiar la herramienta SVEST y sus resultados. En uno de los estudios de China, solo el 5,2 % de los encuestados percibieron el apoyo de su organización como adecuado, y solo el 1,1 % y el 1,5 % percibieron el apoyo de sus colegas y supervisores respectivamente. Asimismo, se encontró que la forma de apoyo más deseada en varios estudios es la de un colega respetado para discutir los detalles del evento.¹⁶ Estos datos representan la falta de apoyo que aún se percibe en el sector salud hacia estas víctimas, destacando la necesi-

dad de implementar nuevas herramientas que ayuden a sobrellevar los sentimientos de culpa que desarrollan los profesionales de la salud.¹⁷

Implementar el debriefing clínico emerge como una estrategia altamente efectiva para brindar apoyo a estas segundas víctimas. A continuación, se describen los pasos esenciales para integrar el debriefing en el abordaje de estas situaciones:¹⁸

1. **Identificación de Eventos:** Identificar eventos que requieran debriefing es el primer paso crucial. Estos eventos pueden incluir desde errores médicos específicos hasta situaciones de alta presión que hayan tenido un impacto significativo en el personal médico involucrado.
2. **Selección de participantes:** Seleccionar cuidadosamente a los participantes es fundamental para garantizar que la sesión de debriefing sea efectiva. Además del personal directamente involucrado en el evento, también se deben incluir a otros miembros del equipo que puedan haber sido afectados indirectamente.
3. **Preparación y Facilitación:** La preparación tanto de los participantes como del facilitador es esencial para el éxito de la sesión de debriefing. Proporcionar información clara sobre el propósito y la estructura del debriefing ayuda a establecer

expectativas y crear un ambiente de confianza. El facilitador debe estar capacitado en técnicas de debriefing y en habilidades de comunicación efectiva.

4. **Estructura de la Sesión:** La sesión de debriefing sigue una estructura predefinida para garantizar que se aborden todos los aspectos relevantes. Desde la introducción donde se establecen las reglas básicas y se garantiza la confidencialidad, hasta el análisis del evento y la identificación de lecciones aprendidas, cada fase de la sesión es crucial para facilitar la reflexión y el aprendizaje.
5. **Cierre y Seguimiento:** Cerrar la sesión de manera reflexiva y ofrecer un espacio para compartir pensamientos finales ayuda a los participantes a procesar lo discutido y a sentirse apoyados. Además, realizar un seguimiento posterior es fundamental para evaluar el impacto del debriefing en el bienestar emocional y el desempeño laboral de los participantes.

Al integrar el debriefing clínico en el abordaje de segundas víctimas, se proporciona un espacio estructurado y seguro para procesar eventos adversos, expresar emociones y aprender de la experiencia. Esto no solo promueve el bienestar emocional del personal médico, sino que también contribuye a la mejora continua del cuidado del paciente en el ámbito de la salud.¹⁹

Conclusiones

La atención a segundas víctimas del proceso de atención sanitaria es un eslabón fundamental que debe ser considerado dentro de los programas de calidad y mejora continua de las instituciones de salud tanto públicas como privadas, principalmente en los servicios de áreas críticas como las unidades de urgencias. De la misma manera, los procesos de atención a segundas víctimas pueden recurrir a estrategias como el debriefing clínico para fomentar la canalización de emociones y el análisis de los acontecimientos en beneficio de la mejora continua de los equipos de trabajo y de los profesionales de la salud. Por otro lado, en el campo de la formación de profesionales de la salud es fundamental implementar estrategias como la simulación para que mejoren el manejo de emociones ante eventos adversos, así como fomentar la práctica de procedimientos para minimizar los eventos adversos que pudieran presentarse ante un paciente.¹⁹ Por último, es importante destacar que en Latinoamérica hacen falta estrategias nacionales que aborden la temática de segundas víctimas para conti-

nuar fortaleciendo al sistema de salud en beneficio de todos los mexicanos.

Referencias

1. World Health Organization. Calidad de la atención. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1. Accedido el 7 de febrero de 2024.
2. World Health Organization. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente: versión 1.1. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf. Accedido febrero 2024.
3. World Health Organization. Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 25 March 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
4. Neuhaus C, Grawe P, Bergström J, St. Pierre M. The impact of “To Err Is Human” on patient safety in anesthesiology: a bibliometric analysis of 20 years of research. *Front Med.* 2022;9:980684. doi:10.3389/fmed.2022.980684.
5. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre seguridad del paciente. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/. Consultado el 6 de febrero de 2024.
6. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322:517–9.
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38:261–71.
8. Echevarría Zuno S, Sandoval Castellanos F, Gutiérrez Dorantes S, Alcantar Bautista A, Cote Estrada L. Eventos adversos en cirugía. *Cir Gen.* 2011;33(3):163–169. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300005&lng=es.
9. Alcaraz Martínez J, et al. *Revista de Calidad Asistencial.* 2010;25:129–35.

10. Vinen J. Errors in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2000;7:1290–7.
11. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist.* 2016;31:1–2. doi:10.1016/j.cali.2016.02.005.
12. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320:726–7.
13. Wolf ZR. Stress management in response to practice errors: critical events in professional practice. *PA-PSRS Patient Saf Advis.* 2005;2:1–4.
14. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics.* 2004;11:568–76.
15. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdottir S, et al. European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST). An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(24):16869. doi:10.3390/ijerph192416869.
16. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Qual Saf.* 2009;18:325–330.
17. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomédica.* 2022;42(1):184–195. doi:10.7705/biomedica.6169.
18. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:467–76.
19. Dato Md Yusof YJ, Ng QX, Teoh SE, Loh CYL, Xin X, Thumboo J. Validation and use of the Second Victim Experience and Support Tool questionnaire: a scoping review. *Public Health.* 2023;223:183–192. doi:10.1016/j.puhe.2023.08.003.
20. 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. doi:10.1111/inr.12694.
21. Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: Talk© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care.* 2021;40:4–8. doi:10.1016/j.tacc.2021.07.004.
22. Krogh TB, Mielke-Christensen A, Madsen MD, Østergaard D, Dieckmann P. Medical students' experiences, perceptions, and management of second victim: an interview study. *BMC Med Educ.* 2023;23:786.