



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Servicio Andaluz de Salud

Protocolo de Atención a Segundas Víctimas

Elaboración (versión): Mayo 2021

Revisión: Mayo 2026

Elaborado por: Unidad de Calidad

Validado por: Comisión Asistencial del HU Torrecárdenas

Autorizado por: Dirección Asistencial

1. Introducción	
1.1. Conceptos relacionados con la seguridad del paciente	3-4
1.2. Concepto de segundas víctimas	4
1.3. Proceso de recuperación de la segunda víctima	4-5
2. Justificación	6-8
3. Objetivos	8-9
4. Descripción del procedimiento	9-11
5. Conclusiones	11
6. Anexos	12
7. Bibliografía	

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptos relacionados con la seguridad del paciente

Desde la publicación en Noviembre de 1999 en Estados Unidos del *informe “To err is Human: Building a safer health system”* se puso de manifiesto que la atención sanitaria no está exenta de riesgos y que los profesionales sanitarios podían cometer errores, *“at least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented”*.

A partir de este momento se comenzó a trabajar en el concepto de seguridad del paciente y se definió el **daño asociado a la atención sanitaria** como el *“daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente”*.

Según el informe titulado Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la **seguridad del paciente** como *“la reducción de riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”*.

Un **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es *“un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”*. Este puede ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso).

- Una **circunstancia notificable** es una situación que tiene capacidad de causar daños pero no se produce ningún incidente.
- Un **cuasiincidente** es un incidente que no llega al paciente.

- Un **incidente sin daños** es un incidente que llega al paciente pero no le causa ningún daño apreciable o importante.
- Un **incidente con daños (evento adverso)** es un incidente que causa daño al paciente y tiene como consecuencia una lesión, una incapacidad, una prolongación de la estancia o la muerte del mismo. Estos incidentes son los que van a ocupar nuestro tema de estudio y trabajo.

Por último, cabe mencionar, que **los eventos centinela** son incidentes que producen la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas entre las que se incluyen la pérdida de una parte o función del cuerpo o el riesgo de las mismas.

1.2. Concepto de Segundas Víctimas

En el año 2000 Albert Wu introdujo por primera vez el término Segundas Víctimas que hace referencia a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación.

La sintomatología que experimenta una segunda víctima comprende sentimientos de culpa, ansiedad, revivir el evento adverso una y otra vez, miedo a las consecuencias legales... Se trata de un sufrimiento distinto al del paciente y familiares pero tiene un impacto negativo que incapacita al profesional y aumenta la probabilidad de nuevos errores lo que ocasiona un daño a la organización sanitaria y aumenta el gasto económico.

1.3. Proceso de recuperación de la segunda víctima

Con la realización de un estudio cualitativo titulado, *“The natural history of recovery for the health care provider second victim after adverse patient events”* se pudo describir el fenómeno de las segundas víctimas como un hecho que altera la vida del profesional y deja una huella permanente en el mismo. Todos los participantes describieron, tras la ocurrencia de un evento adverso, las mismas etapas de recuperación por las que atravesaron y en todos ellos se identificó el concepto de **triggering** que consiste en *revivir el suceso traumático*

cuando el recuerdo de este es activado por un estímulo externo relacionado con el evento experimentado como la localización exacta en la que vivió el evento adverso, el mismo nombre del paciente o un mismo diagnóstico o situación clínica. Esto tiene como consecuencia que el profesional vuelve a experimentar los mismos síntomas físicos y psicológicos que tuvo en el pasado.

En total se identificaron **6 etapas**, de las cuales, las 3 primeras ocurren justo después de la vivencia del evento adverso y pueden experimentarse de manera simultánea o de forma secuencial.

- **La primera** de ellas es denominada **confusión y respuesta al accidente**. Esta se caracteriza porque el profesional sanitario implicado se da cuenta del error cometido. Una vez que el evento adverso ha ocurrido el profesional responsable del mismo se adentra en una **continua confusión y agitación** que le impide actuar con claridad y concentrarse en la situación de emergencia para actuar de forma rápida y eficaz. Busca ayuda en otros profesionales sanitarios ya que el objetivo principal en este momento, es estabilizar al paciente y tiene como consecuencia un pensamiento de castigo por no haberse hecho responsable de la situación el mismo. Las preguntas más frecuentes que se plantea el profesional son: *¿Qué ha pasado? ¿Por qué ha ocurrido?*
- **La segunda** fase, se caracteriza por la aparición de **pensamientos intrusivos**. La segunda víctima comienza a reevaluar mentalmente el escenario donde ha ocurrido todo una y otra vez tratando de reconstruir el evento de forma obsesiva. Algunas de las preguntas que se formula son: *¿En qué he fallado? ¿Podría haberlo evitado?* Con frecuencia, estos se aíslan y aparecen sentimientos de incompetencia profesional.
- En **la tercera** etapa del proceso de recuperación, la segunda víctima intenta restaurar su integridad personal. Se produce una **aceptación** de lo ocurrido entre la estructura laboral y social. El profesional sanitario hace frente a los rumores que le surgen en el entorno profesional sobre lo sucedido y con frecuencia, aparece el miedo.

Una vez que el profesional ha atravesado estas tres etapas iniciales, empieza a tomar conciencia de la gravedad de lo ocurrido. Este realiza esfuerzos para responder a los múltiples por qué que se encuentran en su cabeza y comienza a interactuar con las diferentes personas que se encontraban presentes en el

evento adverso. El profesional debe afrontar en este momento la comunicación de lo ocurrido al paciente y su familia y puede aparecer el miedo sobre las posibles medidas que se puedan tomar contra él por lo sucedido.

- Las preguntas que se formula la segunda víctima en esta **cuarta fase** conocida como resistiendo al proceso son: *¿Cómo debo informar al paciente? ¿Qué va a pasar después de esto? ¿Con quién puedo hablar de lo sucedido? ¿Qué repercusión tendrá el evento adverso en mi trabajo?*
- La **quinta etapa** del proceso de recuperación es conocida como consiguiendo apoyo emocional y se caracteriza por los movimientos que realiza la segunda víctima para obtener apoyo tanto en el área personal como profesional. La segunda víctima se plantea la necesidad de recibir ayuda y comienza a preguntar a dónde debe dirigirse para conseguirla.
- La **sexta y última etapa** de recuperación consiste en cómo la segunda víctima resuelve su proceso de recuperación y sigue hacia delante. Se plantean tres desenlaces:
 - 1) **El Abandono** que hace referencia a ausentarse con frecuencia del trabajo, solicitar el traslado a otra unidad o centro diferente y la consideración de renunciar al ejercicio de la profesión sanitaria. La elección de esta opción se caracteriza por intensos sentimientos de falta de competencia por parte del profesional.
 - 2) **La Supervivencia.** Se caracteriza por superar lo ocurrido de un modo incompleto, aunque la segunda víctima continúa desempeñando su puesto de trabajo esta es incapaz de integrar de forma correcta lo vivido y no se deshace de los pensamientos intrusivos.
 - 3) **La Superación** es la forma más saludable y adaptativa de resolver el proceso de recuperación. Las segundas víctimas que alcanzan esta fase mantienen un equilibrio entre su vida personal y profesional, esto les permite ganar visión y perspectiva del error y aprender de lo ocurrido. Muchas de ellas se suelen implicar en desarrollar iniciativas para mejorar la seguridad del paciente.



2. JUSTIFICACIÓN

Una de las líneas estratégicas que propone la **Estrategia para la Seguridad del Paciente** del **Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA)**, es la implementación de **prácticas clínicas seguras**, siendo uno de sus objetivos el de promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de los eventos adversos graves en los centros sanitarios. En este objetivo, se hace referencia al concepto de **Segundas Víctimas** que son los profesionales sanitarios que también sufren las consecuencias de verse implicados en un evento adverso grave.

La segunda víctima implicada en un evento adverso, puede experimentar consecuencias personales tanto física como psicológicamente, en el ámbito personal y profesional.

- **En el aspecto personal**, la respuesta emocional se caracteriza por sentirse sólo, negativo y culpable. El profesional se avergüenza de sí mismo y se siente disgustado por lo ocurrido. Pueden aparecer respuestas de ansiedad, shock, desesperación, tristeza, ataques de pánico, impotencia, enfado, frustración, estrés y negación de lo ocurrido. La respuesta mental se caracteriza por la presencia de flashbacks en los que se revive la ocurrencia del evento adverso y a largo plazo, la depresión, el agotamiento y la sobrecarga en el trabajo por lo ocurrido "*síndrome del trabajador quemado*". También, pueden aparecer síntomas físicos como el insomnio, cefalea, vómitos, llanto incontrolado, dolor de estómago, pérdida de peso y apetito, nerviosismo y estrés.
- **En el ámbito profesional**, la respuesta emocional se puede manifestar con una disminución de la resiliencia en el profesional, es decir, una disminución de la capacidad del mismo para adaptarse de manera positiva al evento adverso cometido. Pueden aparecer la pérdida de confianza en sí mismo y en su criterio profesional, la incertidumbre ante cualquier decisión, la pérdida del disfrute de su trabajo y profesión, el estrés y el aislamiento tanto personal, como profesional y familiar.



La respuesta mental del profesional puede ser tanto positiva como negativa. Las respuestas positivas, se caracterizan por el aprendizaje del error cometido, se adquiere mayor conciencia de la responsabilidad de sus actos y su profesión, se toman más medidas de precaución, se adquiere una actitud más crítica y se presta mucha atención a las medidas de prevención. En definitiva, el profesional adquiere una actitud de cautela. Las respuestas negativas, se caracterizan por la pérdida de concentración en el trabajo, el miedo al futuro por las posibles consecuencias legales y profesionales que pueda tener el verse envuelto en un evento adverso, el miedo a la pérdida de la reputación, utilizar la medicina defensiva como método de trabajo y el adquirir una actitud suspicaz. Respecto a las respuestas físicas, se encuentra el miedo a no poder ejercer su profesión por no sentirse capaz de ello, el cambio de servicio o de hospital y la retirada de la profesión.

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo prioritario debe ir encaminado a disponer de **programas e intervenciones de apoyo** a los mismos, para poder informar abiertamente del evento sucedido y facilitar su reincorporación a la asistencia sanitaria sin secuelas físicas o psíquicas de lo sucedido.



3. OBJETIVOS

General:

- ❖ Elaborar un protocolo de actuación que describa las recomendaciones necesarias para atender de forma integral a las Segundas Víctimas ante la ocurrencia de un Evento Adverso en el Hospital Universitario Torrecárdenas.

Específicos:

- ❖ Contribuir al desarrollo de una cultura positiva y proactiva de seguridad del paciente y a una política institucional a través del abordaje en la atención a segundas víctimas.
- ❖ Aportar sugerencias que sirvan de soporte para reforzar la cultura de seguridad de los profesionales en nuestro centro, concienciar sobre la necesidad de adherirse a un sistema de notificación y contribuir a superar la barrera del recelo ante posibles consecuencias institucionales y legales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Pasos que se deben seguir para llevar a cabo un seguimiento del profesional afectado:

- 1) **Mantener una actitud no culpabilizadora** y tener un enfoque de fallo sistémico ante la ocurrencia de un evento adverso.
- 2) **Determinar el número de profesionales sanitarios involucrados** en el evento adverso.
- 3) **Ofrecer un apoyo inmediato por parte de un miembro del equipo de primera línea de ayuda a la segunda víctima.**

En Horario laboral de 8-15h, la primera asistencia será responsabilidad del Jefe de UGC/Supervisora de enfermería de UGC implicada, quienes lo pondrán en conocimiento de la Dirección asistencial.



En la franja horaria de 15-8h del día siguiente, así como festivos, será comunicado al Jefe de la Guardia/Supervisora de Guardia, quienes también deben de ponerlo en conocimiento de la Dirección Asistencial.

Las características, habilidades y conocimientos que deben reunir son:

- La capacidad de **escuchar de manera activa, la empatía, ser un persona reflexiva y no impulsiva, la capacidad de comunicación verbal**, sabiendo qué decir y qué no decir con una actitud respetuosa evitando la emisión de juicios de valor y no verbal, manejando adecuadamente el contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado y los silencios en modo reconfortante.
 - **Debe ser una persona respetada y con experiencia** en el centro, que mantenga una actitud de apoyo y resolutiva.
- 4) Se debe **evitar que el profesional se sienta rechazado** por sus compañeros de equipo y de centro.
 - 5) **No se deben realizar preguntas inquisitivas** sobre el evento para averiguar si el profesional cometió un error o no.
 - 6) **Se le debe escuchar y formularle preguntas** abiertas en las que pueda expresar sus sentimientos y emociones y ayudarle a reflexionar sobre lo que debe hacer y dónde puede encontrar apoyo.
 - 7) **Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales**, en caso de que se vea afectada su salud física o psíquica, y derivación para atención psicológica si precisa.
 - 8) **Identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso** hacía el profesional afectado. Valorar la necesidad de asistencia jurídica e informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución si fuera necesario.
 - 9) **Realizar un seguimiento en las semanas posteriores** a la ocurrencia del evento adverso y ver si el profesional sanitario es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias de un evento adverso.



- 10) **Mantener informado al profesional** sobre el proceso de información al paciente, y del análisis de situación que se haya iniciado. Valorar si el profesional puede participar en la entrevista de información al paciente y si puede participar en el análisis causa raíz del incidente.

5. CONCLUSIONES

- ❖ **Los eventos adversos están presentes en el sistema sanitario y casi la mitad de ellos son evitables.** La ocurrencia de un evento adverso tiene consecuencias en la “primera víctima”, el paciente y sus familiares, en la “segunda víctima”, los profesionales sanitarios involucrados en él y en la “tercera víctima”, la organización sanitaria.
- ❖ **Los profesionales sanitarios involucrados en un evento adverso pueden verse afectados** personalmente en la esfera física, ocasionándoles problemas de sueño, apetito e incluso taquicardia, en la esfera emocional y mental experimentando “triggering symptoms” entre otros y profesionalmente, llegando incluso a plantearse abandonar la profesión sanitaria.
- ❖ **Consideramos tercera víctima, a una organización de salud que sufre a consecuencia de un EA una importante pérdida de su reputación** entre los ciudadanos y pacientes, que llegan a desconfiar de los servicios que presta. Para paliar esta situación, se sugiere la elaboración de un plan de gestión de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución. En este sentido, las instituciones sanitarias y sus equipos directivos deben poner en práctica diversos tipos de intervenciones para prevenir y para paliar el impacto de los EA.



6. Anexos

6.1. Anexo I. Decálogo de buenas prácticas para ayuda a las segundas víctimas:

1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en sanidad.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM DM. (Institute of Medicine) To err is human: Building a safer health system. Washington, DC Natl Acad Press. 2000;
2. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. The conceptual framework for the international classification for patient safety, versión 1.1. Geneva WHO [Internet]. 2009; Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim"; after adverse patient events. Qual Saf Health Care [Internet]. 2009 Oct [Citado el 25 de Mayo de 2021];18(5):325–30. Available from: [33 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812092](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812092)
4. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event. Rev Calid Asist [Internet]. 2016;31(S2):11–9. Available from: www.elsevier.es/calasis
5. Bernal Nieto, A. M., & Parra Umaña, P. A. (2018). *Segundas víctimas: ¿qué dice la evidencia?* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario)
6. Díaz Pérez, C. (2019). Abordaje de los daños derivados de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de pacientes y segundas víctimas.
7. Bastidas, N., Echevarría, V., Ibaceta, I., Mallea, F., Millán, T., Núñez, D., & Ubilla, A. (2018). Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso.
8. Murcia, I. C. (2018). *El fenómeno de la segunda víctima en España: naturaleza, frecuencia, recomendaciones y herramientas de ayuda* (Doctoral dissertation, Universidad Miguel Hernández).



9. Pérez, C. D., Fuentes, P. S., & García, E. J. (2019). Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
10. Blanco-Vargas, C. (2019). ¿ Cómo puede verse afectado el personal de salud ante un error en la atención al sujeto de cuidado, que conlleve a la generación de un evento adverso centinela?. *MedUNAB*, 21(3), 306-307.
11. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):3–10. Available from: www.elsevier.es/calasis
12. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. p. 1–55.
13. Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B MRM et al. Cartas a la directora. Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):47–9. Available from: www.elsevier.es/calasis
14. Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio L CFL et al. Cartas a la directora. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31((S2)):49–52.