

El fenómeno de segunda víctima en Latinoamérica: una revisión de alcance

Maria Victoria Brunelli¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6960-1766>

Ana V Fajreldines²

 <https://orcid.org/0000-0002-8044-0617>

Lucía Catalán^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-7060-473X>

María Kappes⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-8101-3898>

Destacados: **(1)** Segunda víctima es el profesional que se ve afectado por un evento adverso imprevisto. **(2)** Las alteraciones son psicológicas, físicas y en el desempeño profesional. **(3)** Las medidas de apoyo están dadas por colegas, supervisores y acciones institucionales. **(4)** Las estrategias de afrontamiento ayudan a la recuperación de las segundas víctimas. **(5)** No hay publicaciones de programas de apoyo a segundas víctimas en Latinoamérica.

Objetivo: mapear la evidencia existente sobre el fenómeno de segunda víctima en países latinoamericanos. **Método:** se llevó a cabo una revisión exploratoria según lineamientos de *Joanna Briggs Institute* que incluyó estudios sobre la segunda víctima en personal sanitario y estudiantes de salud en Latinoamérica. La búsqueda se efectuó en las bases *Scopus*, *PubMed*, *Ebsco*, *ProQuest*, *Journal Storage*, Biblioteca Virtual de Salud y *Google Scholar*. Se consideraron estudios cuantitativos, cualitativos, mixtos, editoriales y reportes de casos, publicados entre 2014 y 2025 en inglés, español y portugués. **Resultados:** se incluyeron 25 estudios, la mayoría conducidos en Brasil (52,0%). Los estudios se centraron en diversos profesionales sanitarios y estudiantes. Las principales consecuencias psicológicas fueron la culpa, pensamientos recurrentes y alteraciones del sueño. Destacó la falta de estudios de programas de apoyo estructurados en Latinoamérica. **Conclusión:** el fenómeno de segunda víctima es frecuente en Latinoamérica, con predominio del impacto psicológico en el personal sanitario. Resalta la falta de intervenciones regional y la necesidad de programas de apoyo específicos. Se subraya la importancia de estrategias de afrontamiento y apoyo institucional para fortalecer el bienestar, la retención y la cultura de seguridad del paciente.

Descriptores: Estrés Psicológico; Personal de Salud; Evento Adverso; Seguridad del Paciente; América Latina; Revisión de Alcance.

¹ Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomedicas, Derqui, Pcia de Buenos Aires, Argentina.

² Hospital Aleman, Departamento de Calidad y seguridad del paciente, Buenos Aires, Argentina.

³ Universidad San Sebastian, Facultad de Ciencias para el cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Santiago, Chile.

⁴ Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería, Santiago, Chile.

⁵ Universidad San Sebastian, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Puerto Montt, Chile.

Cómo citar este artículo

Brunelli MV, Fajreldines AV, Catalán L, Kappes M. The second victim phenomenon in Latin America: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4828 [cited _____. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7978.4828>

año mes día

URL

Introducción

Se proyecta que para 2030 existirá un déficit estimado de 18 millones de trabajadores de salud, predominantemente en países de ingresos bajos o medianos bajos⁽¹⁻²⁾. Esta problemática se atribuye principalmente al envejecimiento de la población, la mayor demanda de atención y el aumento de enfermedades crónicas⁽³⁾. Además, la escasez de personal se vio agravada por las 115.000 muertes de personal sanitario que dejó la pandemia por COVID-19 y por la migración internacional de profesionales hacia países de altos ingresos, lo que perpetúa las desigualdades en la atención sanitaria en regiones de menores recursos, como es el caso de Latinoamérica⁽¹⁻²⁾. Habitualmente, en países de ingresos medianos y bajos los sistemas sanitarios funcionan bajo condiciones laborales precarias que incluyen sobrecarga de trabajo, bajos salarios y entornos más inseguros, que contribuye a la mayor escasez del personal sanitario y una mayor rotación de este, si se compara con países de altos ingresos⁽¹⁻²⁾. Por lo tanto, en esos contextos es fundamental promover la formación de personal sanitario, así como también ofrecerles mejores condiciones de trabajo, como salarios justos, condiciones seguras, apoyo emocional y oportunidades de desarrollo profesional, para facilitar su permanencia en sus funciones⁽¹⁻²⁾.

El reconocimiento del fenómeno de segunda víctima (SV) juega un rol fundamental en la retención del personal sanitario, ya que varios estudios evidenciaron que ser SV predice significativamente el ausentismo y una mayor intención de rotación en el personal de salud⁽⁴⁻⁵⁾. Este fenómeno se refiere a cuando el personal de salud experimenta alteraciones emocionales y/o físicas por verse involucrado en un evento adverso (EA)⁽⁶⁻⁸⁾. Las principales alteraciones son trastornos del sueño, vergüenza, culpa, depresión o deseos de abandonar la profesión⁽⁷⁻⁹⁾, e incluso problemas más graves, como estrés postraumático⁽¹⁰⁻¹¹⁾, intento de suicidio^(7,12) y consumo excesivo de sustancias⁽¹³⁻¹⁴⁾. Por lo tanto, a pesar de que se han implementado múltiples estrategias para evitar EA durante la atención sanitaria⁽¹⁵⁾, estos seguirán ocurriendo y es importante conocer la prevalencia y características de este fenómeno para diseñar estrategias que promuevan la resiliencia del personal de salud y eviten el abandono de sus funciones.

La evidencia disponible del fenómeno de SV se concentra principalmente en Asia⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, Estados Unidos de América (EE.UU.)^(8-9,19-20) y Europa^(6,8,11,21-22) donde la prevalencia oscila entre 25% y 45,2%^(8,23). En Latinoamérica, donde la brecha de personal de salud es mayor⁽²⁾, no se identifican revisiones que sintetizen la evidencia disponible sobre esta temática. Según la

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las desigualdades en el acceso a la salud y la calidad de la atención generan contextos laborales que pueden intensificar las dificultades a las que se enfrenta el sistema sanitario⁽²⁴⁾. En consonancia con ello, recientemente la OPS destacó en un documento que la escasez crónica de profesionales de la salud en América Latina y el Caribe se ve intensificada por la precariedad laboral, la ausencia de apoyo psicosocial y la limitada seguridad psicológica en el trabajo, factores que afectan la retención de profesionales⁽²⁵⁾. Además, el ausentismo y abandono laboral que deriva del fenómeno de SV⁽⁴⁾ contribuye a profundizar la escasez de personal calificado, incrementando las dificultades operativas de los sistemas de salud de la región. En este escenario, visibilizar la existencia de este fenómeno en el contexto sociocultural propio, puede ser un paso clave para impulsar la generación de datos oficiales sobre la magnitud de este problema, que impulsen políticas orientadas a la retención del personal y creación de entornos laborales con mayor seguridad emocional y psicológica. También, una búsqueda preliminar en los registros internacionales de protocolos de revisión, *Open Science Framework* (OSF) y PROSPERO, no identificó estudios publicados o registrados con un enfoque equivalente, lo que evidencia la ausencia de antecedentes sistematizados sobre esta temática y justifica la pertinencia de la presente revisión. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es mapear la evidencia existente sobre el fenómeno de segunda víctima en países latinoamericanos. Esto permitirá identificar brechas de investigación y proporcionará evidencia para formulación de políticas y programas de intervención más precisos y contextualizados.

Método

Tipo de estudio

Se realizó una revisión de alcance según la guía de *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽²⁶⁾ y el reporte PRISMA-ScR 2020 (por sus siglas en inglés *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*)⁽²⁷⁾. Las revisiones de alcance o *scoping reviews* buscan mapear y resumir la evidencia identificando lagunas de conocimiento o investigación⁽²⁶⁾, y resulta una metodología apropiada para evaluar, comprender y mapear la extensión de un conocimiento determinado. Este estudio buscó presentar la evidencia del fenómeno de SV en el contexto latinoamericano. El protocolo de esta revisión fue registrado en OSF bajo el título: *Second victim in Latinoamérica*⁽²⁸⁾; doi 10.17605/osf.io/q6sh.

Pregunta de investigación

La pregunta se estructuró en base al marco: población, contexto y concepto (PCC)⁽²⁶⁾. En relación a la población (P) las publicaciones incluyeron personal sanitario que se encuentre afectado por un EA o error médico no intencional que se desempeñan en cualquiera de las áreas del sistema de salud, incluyendo también a estudiantes. El contexto (C) se restringió a publicaciones cuyos participantes fueron de Latinoamérica, lo cual se refiere a países del continente americano en los que se hablan lenguas derivadas del latín (español, portugués o latín)⁽²⁹⁾. El concepto (C) de SV de esta revisión fue el propuesto por el grupo ERNST (*The European Researchers' Network Working on Second Victim*), es decir, cualquier trabajador de atención que presenta un impacto negativo por estar involucrado, directa o indirectamente, en un evento adverso imprevisto, error médico involuntario o lesión del paciente⁽³⁰⁾. Con ello, la pregunta que guió esta revisión fue: ¿Qué evidencia existe en la literatura sobre el fenómeno de la segunda víctima en personal sanitario y estudiantes de ciencias de la salud en países latinoamericanos, según la definición propuesta por el grupo ERNST?

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios cuantitativos, estudios cualitativos, diseños mixtos, editoriales y reporte de casos. También se incluyeron tesis cuando estas tenían recolección de datos en el campo. Fueron excluidos reportes de conferencias, resúmenes de congresos y síntesis de noticias. Las revisiones previas identificadas no se incluyeron como fuentes principales de datos porque el objetivo fue mapear la literatura primaria. Siguiendo las directrices del JBI⁽³¹⁾, se consideraron únicamente como insumo complementario para la discusión y para verificar

referencias de estudios potencialmente relevantes no detectados en la búsqueda inicial. El periodo de análisis comprendió publicaciones realizadas entre 2014 y 2025, seleccionado con el propósito de abarcar un marco temporal lo suficientemente reciente que garantizara la inclusión de la literatura más actual y pertinente en relación con la temática investigada.

Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda siguió el enfoque de tres fases recomendado por JBI⁽³¹⁾: una búsqueda inicial limitada en bases de datos relevantes (*PubMed-Scopus*) para identificar palabras clave y términos de indexación; una segunda fase que amplía la búsqueda incorporando dichos términos en todas las bases de datos mencionadas; y una tercera fase que examina las listas de referencias de los estudios recuperados para localizar fuentes adicionales.

Entre septiembre a octubre del 2024, con una actualización en julio del 2025, se realizó la búsqueda en 7 bases de datos electrónicas: *Scopus*, *PubMed*, *Ebsco*, *ProQuest*, *Journal Storage* (JSTOR), Biblioteca Virtual de Salud (BV) y *Google Scholar*. Los descriptores utilizados fueron (segunda víctima) AND (evento adverso) OR (error médico). En todos los casos se agregó a los términos conceptuales, el contexto para poder limitar la búsqueda a las publicaciones latinoamericanas. A través de la filiación de los autores se buscó los términos "Latinoamerican" y con el OR cada uno de los nombres propios de los países en estudio que eran: Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Colombia, Bolivia, Paraguay, Perú, Ecuador, Venezuela, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana, México. Finalmente, la búsqueda se restringió a publicaciones entre los años 2014 y 2025. La estrategia de búsqueda se encuentra disponible en la Figura 1.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
<i>PubMed</i>	("second victim"[Title/Abstract] OR "second victims"[Title/Abstract]) AND ("Mexico"[Affiliation] OR "Panama"[Affiliation] OR "Puerto Rico"[Affiliation] OR "Dominican Republic"[Affiliation] OR "Nicaragua"[Affiliation] OR "Honduras"[Affiliation] OR "Guatemala"[Affiliation] OR "El Salvador"[Affiliation] OR "Cuba"[Affiliation] OR "Costa Rica"[Affiliation] OR "Venezuela"[Affiliation] OR "Peru"[Affiliation] OR "Ecuador"[Affiliation] OR "Colombia"[Affiliation] OR "Brazil"[Affiliation] OR "Uruguay"[Affiliation] OR "Paraguay"[Affiliation] OR "Bolivia"[Affiliation] OR "Chile"[Affiliation] OR "Argentina"[Affiliation]) AND ("2000/01/01"[Date - Publication] : "2025/07/31"[Date - Publication])
BVS	("segunda victima") OR ("second victim") Límites: País de afiliación: Brasil , Argentina; Colombia; Chile
CINAHL (EBSCO)	S1: T1 ("second victim") OR AB ("second victim"). Limiters - Hidden NetLibrary Holdings Expanders - Apply equivalent subjects Subject Geographic - Chile OR Argentina OR Brazil OR Costa Rica
<i>ProQuest</i>	"second victim" AND (location("Argentina") OR location("Chile") OR location("Uruguay") OR location("Brazil") OR location("Colombia") OR location("Bolivia") OR location("Paraguay") OR location("Peru") OR location("Ecuador") OR location("Venezuela") OR location("Costa Rica") OR location("Cuba") OR location("El Salvador") OR location("Guatemala") OR location("Honduras") OR location("Nicaragua") OR location("Panama") OR location("Puerto Rico") OR location("Dominican Republic") OR location("Mexico"))

(continúa en la página siguiente...)

Base de datos	Estrategia de búsqueda
JSTOR	("second victim" OR allintitle:(“segunda víctima” OR “segunda victima” OR “segundas víctimas” OR “segunda víctima” OR “segundas víctimas”)) AND (disciplines:(“Health Policy” OR “Health Sciences” OR “Latin American Studies” OR “Management & Organizational Behavior” OR “Psychology” OR “Public Health”))
Scopus	Title-abs-key(“second victim”) AND (affilcountry(“Mexico”) OR affilcountry(“Panama”) OR affilcountry(“Puerto Rico”) OR affilcountry(“Dominican Republic”) OR affilcountry(“Nicaragua”) OR affilcountry(“Honduras”) OR affilcountry(“Guatemala”) OR affilcountry(“El Salvador”) OR affilcountry(“Cuba”) OR affilcountry(“Costa Rica”) OR affilcountry(“Venezuela”) OR affilcountry(“Peru”) OR affilcountry(“Ecuador”) OR affilcountry(“Colombia”) OR affilcountry(“Brazil”) OR affilcountry(“Uruguay”) OR affilcountry(“Paraguay”) OR affilcountry(“Bolivia”) OR affilcountry(“Chile”) OR affilcountry(“Argentina”)) AND pubyear > 1999
Google Scholar	(“second victim” OR “segunda víctima” OR “segunda victima” OR “segundas víctimas” OR “segunda víctima” OR “segundas víctimas”) AND (Argentina OR Chile OR Brazil OR Colombia OR Mexico OR Uruguay OR Paraguay OR Bolivia OR Peru OR Ecuador OR Venezuela OR “Costa Rica” OR Cuba OR “El Salvador” OR Guatemala OR Honduras OR Nicaragua OR Panama OR “Puerto Rico” OR “Dominican Republic”) Limites: 2000-2025

Figura 1 - Estrategias de búsqueda utilizadas. Buenos Aires, Argentina, 2025

Selección de los artículos

Los resultados de la búsqueda fueron importados a la plataforma *Covidence*. Esta es una plataforma de *software* de colaboración basada en la *web* que agiliza la producción de revisiones sistemáticas y de otro tipo de literatura⁽³²⁾. Tres investigadores de forma independiente chequearon los títulos y resúmenes teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Posteriormente, dos investigadores de forma independiente evaluaron los textos completos seleccionados en base a los criterios establecidos. Cuando los investigadores estuvieron en desacuerdo, un tercer revisor resolvió el desacuerdo. Los tres evaluadores contaban con formación en la metodología utilizada, además de tener antecedentes de investigación sobre el fenómeno de SV y contar con experiencia asistencial previa y conocimiento de los sistemas de salud. La información fue recopilada en el diagrama PRISMA-ScR⁽²⁷⁾.

Extracción de datos y síntesis

Usando la plataforma *Covidence* los datos fueron extraídos de forma independiente por dos revisores. La extracción de datos incluyó la siguiente información: Información general (año, país donde se desarrolló el estudio, tipo de publicación, tipo de estudio, objetivo general), además datos del contexto de la publicación (participantes-número y características: profesión, ámbito de ejercicio profesional), las consecuencias en

los profesionales, las medidas de soporte recibidas y las estrategias de afrontamiento reportadas. Todos los artículos incluidos pasaron por el proceso de extracción de datos. No se realizó un análisis de calidad de los artículos incluidos, de acuerdo con la metodología establecida por JBI para revisiones de alcance⁽²⁶⁾. Los resultados se resumen en las Tablas 1 y 2 y Figura 3 y se presentan utilizando un abordaje narrativo para dar respuesta al objetivo de esta revisión.

Aspectos éticos y uso de Inteligencia Artificial

Esta investigación siguió los principios de la declaración de Helsinki para investigación. Los autores declaran el uso de ChatGPT-4 para el orden de las referencias, según las instrucciones de la revista, y para resumir algunos párrafos muy extensos. La creación y edición de todo el manuscrito es exclusiva de los autores.

Resultados

Se importaron 254 artículos, de los cuales 39 fueron eliminados por estar duplicados. Los 215 documentos restantes se examinaron en base a su título y resumen, siendo excluidos 177 por no cumplir los criterios de inclusión. Posteriormente, se realizó una lectura a texto completo de los artículos restantes y se excluyeron 13, resultando finalmente en 25 estudios incluidos. La Figura 2 presenta el flujograma de selección de estudios.

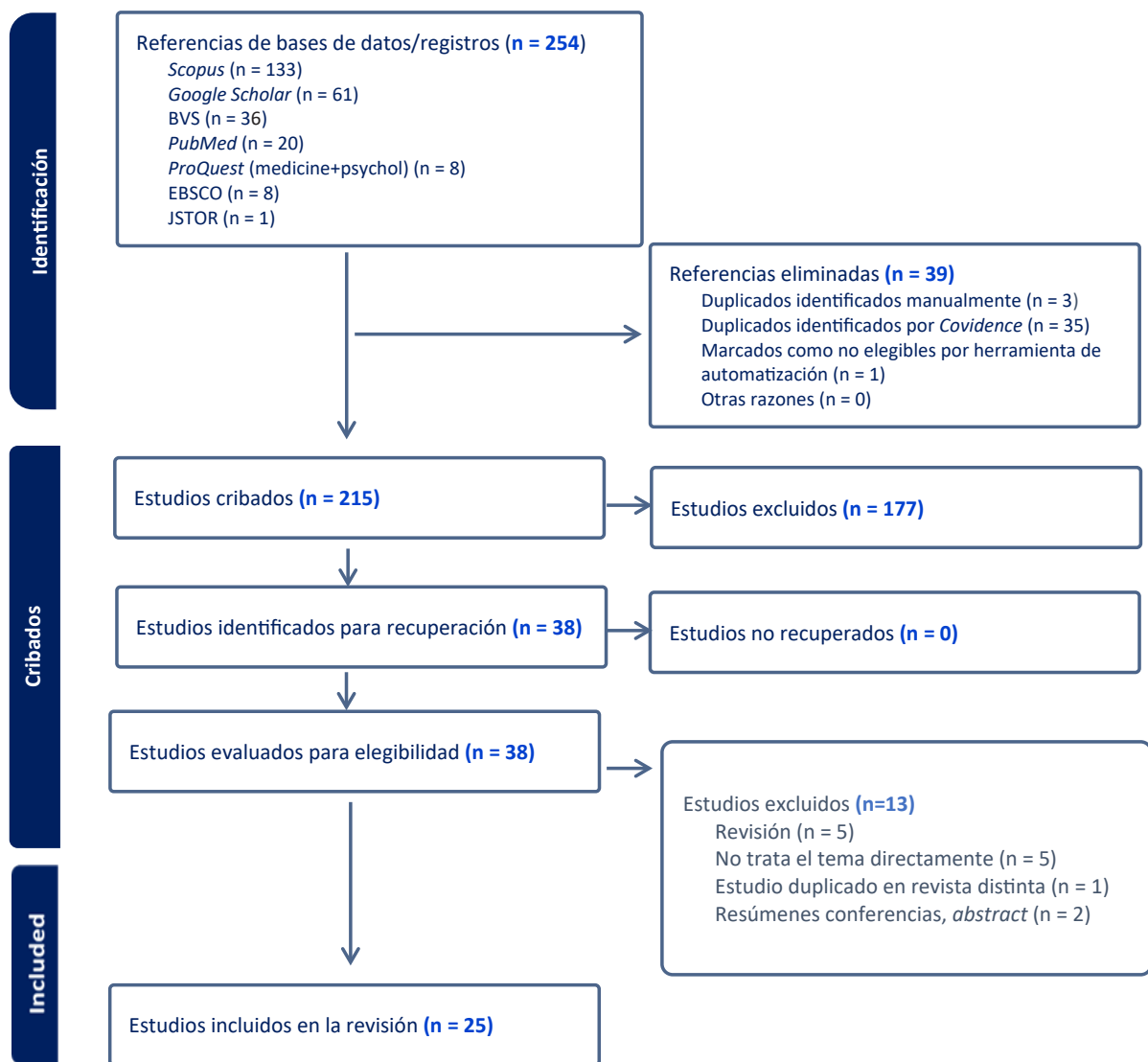


Figura 2 - Flujograma de la selección de estudios. Buenos Aires, Argentina, 2025

Características de los estudios

La Tabla 1 presenta las características generales de los estudios. El 52,0% de los estudios fueron conducidos en Brasil (n=13)⁽³³⁻⁴⁵⁾. La población de estudio principalmente se

caracteriza por ser distintos profesionales de la salud en el mismo estudio (36,0%; n=9)^(36,41,46-52) o exclusivamente personal de enfermería (40,0%; n=10)^(35,37-39,42-44,53-55) y dos estudios se centra en estudiantes de enfermería como SVs^(40,45). Se aprecia un incremento de publicaciones desde el año 2022 (Tabla 1).

Tabla 1 - Características de los estudios. Buenos Aires, Argentina, 2025

Variable	N* (%)†
País	
Brasil	13 (52,0)
Argentina	5 (20,0)
Chile	3 (12,0)
Colombia	2 (8,0)
Ecuador	2 (8,0)
Tipo de publicación	
Artículo original	17 (68,2)
Tesis	4 (16,0)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	N* (%)†
Comentario	2 (8,0)
Editorial	1 (4,0)
Otros: Guía nacional	1 (4,0)
Tipo de estudio	
Cuantitativo	11 (44,0)
Cualitativo	9 (36,0)
Mixto	1 (4,0)
No es un estudio de investigación	4 (16,0)
Años	
2018	1 (4,0)
2019	2 (8,0)
2020	1 (4,0)
2021	2 (8,0)
2022	6 (24,0)
2023	7 (28,0)
2024	5 (20,0)
2025	1 (4,0)
Profesionales en estudio	
Enfermeros	10 (40,0)
Profesionales de la salud	9 (36,0)
Otros	3 (12,0)
No se aplica	3 (12,0)

*N = Frecuencia absoluta; †% = Frecuencia relativa

Dentro de los estudios incluidos, el 44,0% (n=11) corresponde a estudios con enfoque cuantitativo. De los 11 estudios cuantitativos^(36,41,43-44,46-50,53,55), 7 utilizan el instrumento SVEST (por sus siglas en inglés "*Second Victim And Support Tool*") como herramienta de recolección de datos^(35,40,44,46-47,53,55), otros dos estudios desarrollaron instrumentos *ad hoc* y los restantes dos artículos^(43,48), toman instrumentos preexistentes y los modifican para fines propios⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾. Diez de los 11 estudios cuantitativos buscan en el instrumento el reporte del propio profesional de salud como SV^(40,43-44,46,48-49,52-53,55), el restante indaga sobre la experiencia de otros en el ámbito laboral⁽⁵⁰⁾. Se encontró una publicación que ofrece

una Guía Nacional⁽⁵²⁾ para la atención de las SV y no se detectó ningún estudio que reporte programas de atención dirigidos a las SV.

Segunda víctima: consecuencias, estrategias de afrontamiento y apoyo percibido

Los resultados de los estudios se reportan en tres ámbitos: aquellos que mencionan las consecuencias en las segundas víctimas, aquellos que presentan las estrategias de afrontamiento y quienes reportan las medidas de apoyo percibidas por los profesionales. En la Figura 3 se encuentran los artículos incluidos en esta revisión.

País	Año	Primer autor	Tipo de publicación	Enfoque del estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	n*	Principales resultados	
Argentina	2018	Brunelli MV ⁽⁵⁵⁾	Artículo original	Cuantitativo	Psicométrico de adaptación transcultural	Realizar la adaptación transcultural del SVEST [†] y evaluar las características psicométricas en la población argentina.	Enfermeros	452	El 82% declaró el error después de cometido. Se utiliza el SVEST [†] siendo la dimensión psicológica la más afectada por los participantes. Se presenta la validación mostrando la versión en español del SVEST [†] .	
	2019	Brunelli MV ⁽⁵⁶⁾	Comentario	Comentario	No aplica		No aplica	-	Los profesionales de salud se impacian negativamente luego de un EA [†] . No hay mecanismos de apoyo suficientes.	
	2021	Rocabado CN ⁽⁵⁷⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Explorar las perspectivas de instrumentadores quirúrgicos identificados como segundas víctimas.	Instrumentadores	3	Se describe angustia y culpa luego de un EA [†] . Se describe la falta de comunicación y adherencia a protocolos como causas de los EA [†] .	
	2023	Brunelli MV ⁽⁴⁶⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional-Analítico	Caracterizar el fenómeno de segundas víctimas y conocer las medidas de apoyo percibidas.	Profesionales de la salud	1190	56% cometió un error y predominan los síntomas psicológicos (SVEST [†]). Perciben más apoyo de familiares y amigos.	
	2024	Brunelli MV ⁽⁵¹⁾	Artículo original	Cualitativo	Fenomenológico	Explorar la experiencia de las segundas víctimas en los profesionales de Argentina.	Profesionales de la salud	7	La experiencia de segunda víctima se produce en un entorno dinámico donde la organización y el entorno es importante para afrontar el EA [†] .	
Brasil	2019	Bohomol E ⁽³³⁾	Comentario	No aplica	No aplica		No aplica	-	Hay desconocimiento del término segunda víctima y los profesionales temen por medidas punitivas luego de un EA [†] .	
	2020	Tartaglia A ⁽³⁴⁾	Editorial	No aplica	No aplica		No aplica	-	Define el fenómeno de segunda víctima en cualquier profesional de salud y enfatiza la necesidad de soporte.	
	2021	Souza VS ⁽³⁵⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Comprender la experiencia de judicialización luego de un error desde la perspectiva del profesional de enfermería.	Enfermeros	2	La falta de apoyo institucional agrava los síntomas de segunda víctima como sensación de injusticia y frustración.	
	2022	De Sordi LP ⁽³⁶⁾	Artículo original	Cuantitativo	Psicométrico de adaptación transcultural	Adaptar y analizar transculturalmente la evidencia de validez de contenido del SVEST [†] para el idioma portugués hablado en Brasil.	Profesionales de la salud	30	SVEST [†] es una herramienta válida y confiable en el contexto brasileiro.	
	2022	Quadros DV ⁽³⁷⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Describir el soporte recibido por las segundas víctimas en las caídas de pacientes adultos hospitalizados desde la perspectiva del equipo de enfermería.	Enfermeros	21	Predominan sentimientos de culpa y angustia luego del EA [†] . Escaso apoyo de la institución y destaca apoyo de familiares y amigos.	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

País	Año	Primer autor	Tipo de publicación	Enfoque del estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	n*	Principales resultados	
Brasil	2022	Quadros DV ⁽³⁸⁾	Artículo original	Mixto	Mixto	Analiza las caídas de adultos hospitalizados y su repercusión en los enfermeros como segundas víctimas.	Enfermeros	21	Los profesionales involucrados en eventos de caídas experimentaron sentimientos de culpa, miedo, angustia e impotencia.	
	2022	Ribeiro RN ⁽³⁹⁾	Tesis	Cualitativo	Exploratorio	Analizar las estrategias adoptadas por los gestores de enfermería para el soporte de las segundas víctimas en el contexto de la pandemia por coronavirus.	Enfermeros	8	La institución y los supervisores de enfermería deben prestar apoyo a los profesionales luego de un EA ⁺ .	
	2022	Tavares APM ⁽⁴⁰⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Mapear los factores que están involucrados en los incidentes con daño y que contribuyen al fenómeno de segunda víctima entre los estudiantes de enfermería.	Estudiantes	23	Hay múltiples factores que influyen en la prevalencia de EA ⁺ . Se debe educar a los estudiantes de carreras de la salud en seguridad del paciente.	
	2023	Lima APA ⁽⁴¹⁾	Tesis	Cuantitativo	Psicométrico de adaptación transcultural	Realizar la traducción y adaptación del SVEST-R ⁸ en el portugués brasileño.	Profesionales de la salud	146	La adaptación del instrumento fue exitosa para entorno de Brasil.	
	2023	Silveira SE ⁽⁴²⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Comprender los impactos sobre los profesionales de enfermería como segunda víctima de los incidentes de seguridad del paciente	Enfermeros	20	Los enfermeros después de un EA ⁺ experimentan culpa, ansiedad y disminución de la confianza profesional, lo que puede comprometer su bienestar y la calidad de la atención que brindan.	
	2024	Alevi JO ⁽⁴³⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional-Analítico	Describir la prevalencia de enfermeros recién graduados como segundas víctimas de eventos adversos y conocer las condiciones de apoyo recibidos en las instituciones de salud.	Enfermeros	138	Luego de un EA ⁺ el 94,6% experimentó sufrimiento emocional, incluyendo sentimientos de frustración, culpa, tristeza, estrés, incapacidad, vergüenza e inseguridad en el desempeño de sus funciones laborales.	
	2024	Rodrigues FM ⁽⁴⁴⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional Descriptivo	Comprender la experiencia y las percepciones de los profesionales de enfermería sobre SV.	Enfermeros (técnicos y profesionales)	46	Los hombres mostraron mayor sufrimiento psicológico e interés en medidas de apoyo. El apoyo de colegas fue el más deseado.	
	2024	Abrantes M ⁽⁴⁵⁾	Artículo original	Cualitativo	Exploratorio	Comprender la percepción de los estudiantes de enfermería sobre el fenómeno de SV.	Estudiantes de enfermería	29	No conocían el término ni sus implicancias. Destacaron que no se discute el tema y no se conocen estrategias para su afrontamiento.	
	2022	Maltea Salazar F ⁽⁴⁷⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional-Analítico	Determinar la relación que existe entre las consecuencias de un EA ⁺ sobre las SV y la calidad de las medidas de soporte percibidas en instituciones de salud públicas y privadas de la Región Metropolitana de Chile durante el segundo semestre del 2018.	Profesionales de la salud	301	Luego de un EA ⁺ , el 73% se identificó como segunda víctima. Se encontró una relación inversa significativa entre la calidad del soporte percibido y las consecuencias psicológicas y laborales derivadas del EA ⁺ .	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Pais	Año	Primer autor	Tipo de publicación	Enfoque del estudio	Tipo de estudio	Objetivo	Población	n*	Principales resultados
Chile	2023	Kappes M ⁽⁴³⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional- Analítico	Determinar la prevalencia de la segunda víctima en las enfermeras de las UCII chilenas y su relación con el apoyo otorgado por sus instituciones.	Enfermeros	326	90,1% de las enfermeras de UCII ⁽¹⁾ declaró haber sufrido un EA ⁺ . La vergüenza fue el síntoma psicológico más prevalente, reportado por el 69% de los participantes. A mayor antigüedad laboral se percibe más apoyo.
	2024	Kappes M ⁽⁴⁴⁾	Artículo original	Cualitativo	Teoría Fundamentada	Describir la estrategia de afrontamiento de las segundas víctimas que trabajan en UCII en un hospital público de Chile.	Enfermeros	11	La percepción de apoyo luego de un EA ⁺ es lo más importante para determinar la superación del fenómeno de segunda víctima.
Colombia	2023	Florez F ⁽⁴⁰⁾	Artículo original	Cuantitativo	Observacional- Analítico	Estimar la prevalencia de eventos adversos y describir sus manifestaciones en el personal asistencial, con el fin de evidenciar el fenómeno de las segundas víctimas en un hospital de alta complejidad.	Profesionales de la salud	412	De los involucrados en EA ⁺ que se reportan como segunda víctima experimentaron dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa, cansancio, ansiedad y dudas sobre sus decisiones clínicas.
	2024	Rodriguez Gallo E ⁽⁴²⁾	Guía nacional	No aplica		Establecer un conjunto de recomendaciones y estrategias, construidas con base en la experiencia, el conocimiento y la evidencia disponibles, con el fin de mejorar la identificación de las segundas víctimas y proporcionar el apoyo requerido para la superación de la situación y para promover el aprendizaje organizacional.	Profesionales de la salud	No aplica	Esta guía reconoce el fenómeno de segunda víctima como importante y prevalente. Propone estrategias de afrontamiento y destaca la cultura de calidad y seguridad dentro de las instituciones de salud.
	2023	Flores Garcia SL ⁽⁴⁸⁾	Tesis	Cuantitativo	Observacional- Analítico	Determinar el conocimiento de segunda víctima y su repercusión en el personal de salud del Área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suarez.	Profesionales de la salud	88	Hay desconocimiento del termino segunda víctima. Los profesionales de la salud que participaron en eventos adversos experimentaron sentimientos de temor, cuestionamiento de su capacidad para brindar atención, ansiedad e inseguridad.
Ecuador	2023	Fuentes E ⁽⁴⁹⁾	Tesis	Cuantitativo	Observacional- Analítico	Disminuir la incidencia de eventos adversos a través de la sensibilización, el seguimiento y la promoción del bienestar de los profesionales de la salud como segunda víctima que laboran en el Área de emergencia del Hospital General Francisco de Orellana enero-agosto 2023.	Profesionales de la salud	66	Hay alta ocurrencia de EA ⁺ y falta de notificación de ellos. Hay desconocimiento del termino segunda víctima.

*n = Tamaño poblacional; ¹SVEST = Second Victim Experience and Support Tool; ^{EA} = Evento adverso; ⁵SVEST-R = Second Victim Experience and Support Tool Revised; ¹UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Figura 3 - Descripción de los artículos según país, año, autor, tipo de publicación, enfoque, objetivo, población, tamaño de la población y principales resultados. Buenos Aires, Argentina, 2025

Como se mencionó anteriormente, 7 artículos utilizaron el SVEST como instrumento de medición objetiva del fenómeno de SV^(36,41,44,46-47,53,55). Uno de ellos solo reporta datos del análisis de validación del instrumento y no cuenta con la estadística descriptiva del estudio⁽⁴¹⁾. El reporte de los resultados descriptivos de los restantes 5 estudios que utilizan el SVEST puede observarse en la Tabla 2, faltando un estudio que no reporta media por dimensión⁽⁴⁴⁾. En todos los casos

predominan las consecuencias psicológicas, tales como culpa y vergüenza. En las medidas de soporte, en los estudios de Chile, el apoyo de los colegas ocupa el primer lugar^(47,53). Los deseos de ausentismo y abandono son los que presentan menor puntaje medio en todos los estudios que aplicaron SVEST, en relación a las otras dimensiones (Tabla 2). Destaca que en uno de estos estudios el 80% de los participantes no conoce el término de segunda víctima⁽⁵³⁾.

Tabla 2 - Reporte de los puntajes del SVEST* de los estudios. Buenos Aires, Argentina, 2025

Autor (año)	País	Psicológico	Físico	Cuestionamiento hab. prof.	Apoyo colegas	Apoyo supervisores	Apoyo institución	Apoyo amigos/familia	Ausentismo	Abandono
x [†] (DE) [‡]										
Brunelli (2018)	Argentina	4,0 (1,0)	2,2 (1,1)	2,2 (1,3)	3,1 (1,1)	3,4 (1,2)	2,3 (1,4)	3,0 (1,4)	1,2 (0,6)	1,5 (0,9)
Brunelli (2023)	Argentina	3,4 (1,0)	2,1 (1,0)	2,2 (1,2)	2,3 (1,1)	2,4 (1,0)	2,9 (1,2)	3,1 (1,4)	1,8 (0,9)	1,7 (1,0)
Lima (2023)	Brasil	3,5 (0,0)	2,8 (0,0)	2,6 (0,1)	1,7 (0,0)	2,4 (0,0)			2,3 (0,1)	2,3 (0,1)
Mallea-Salazar (2022)	Chile	4,0 (0,7)	3,1 (0,9)	2,0 (1,1)	3,9 (0,0)	3,4 (1,0)	2,9 (1,0)	3,9(1,1)	2,5 (1,1)	2,0 (1,0)
Kappes (2023)	Chile	3,7 (1,0)	3,8 (1,0)	3,3 (0,9)	3,6 (0,8)	3,3 (0,8)	2,3 (0,8)	3,3 (0,9)	2,6 (1,0)	2,8 (1,0)

*SVEST = *Second Victim Experience and Support Tool*; [†]x[†] = Promedio; [‡]DE = Desviación estándar

Consecuencias en las segundas víctimas

Entre las consecuencias que presentaron las SV se encuentra el daño emocional-psicológico reportado en todos los estudios. Los sentimientos predominantes son culpa y angustia^(35,41-44,46,49-50,56-57). En este caso en el reporte del SVEST predomina el impacto psicológico, y la culpa es uno de los ítems de esta dimensión que predomina en varios de los estudios^(44-47,53). La culpa se da por el posible daño que pudiera presentar el paciente^(42,57), así como por ausencia de acción para la prevención del error⁽³⁴⁾. Los sentimientos de culpa se dan incluso cuando la implicancia del incidente es a través del equipo debido a la comprensión y responsabilidad del compromiso en el grupo⁽⁴²⁾. Del mismo modo se reportan sentimientos negativos hacia el proceso de judicialización que se origina por el EA⁽³⁴⁾. También, aparece en varias ocasiones los pensamientos recurrentes^(37,51,53) e inseguridad para realizar tareas rutinarias^(42-43,48,51,57). Esto genera la sensación de imposibilidad de seguir trabajando⁽⁵⁷⁾ o concentrarse^(42,49) y el miedo a cometer nuevamente un error^(43,50-51), así como incertidumbre laboral^(43,56) y profesional^(42,49). Al mismo tiempo se destaca el miedo a la estigmatización^(42,51,57) como parte de los pensamientos que expresan las SV, lo que les hace pensar que pueden perder el prestigio profesional⁽⁵⁰⁾. Esto los lleva a tomar medidas para reforzar la seguridad en las tareas rutinarias⁽⁵¹⁾. Las manifestaciones físicas, especialmente alteraciones en

el sueño como insomnio o pesadillas también fueron reportadas por algunos autores^(51,57).

Estrategias de afrontamiento o reacciones de las segundas víctimas

Uno de los resultados destacados es el aprendizaje luego del EA^(51,57). Autores⁽⁴²⁾ agregan que, tras verse implicados en el EA, los profesionales señalaron que necesitaban tiempo para reflexionar y que este periodo era útil para aliviar el cuestionamiento interno y la pérdida de confianza en sí mismos, lo que puede ayudar a evitar nuevas situaciones de incidentes similares⁽⁴²⁾. Del mismo modo, otro autor destaca que los gestores valoraron la formación de las SV como estrategia de apoyo⁽³⁷⁾ a través de estrategias de formación continua y análisis de incidentes⁽³⁷⁾, lo que probablemente les ofrezca oportunidades de aprendizaje sobre lo ocurrido. En Argentina se reportan la experiencia de SV como un proceso en el cual los profesionales se ponen en marcha, intentan remediar la situación, aprender del evento y contribuyen en procesos de mejora y en el acompañamiento a colegas que pasan por la misma situación^(51,57).

Medidas de apoyo reportadas

La contención de la familia y cercanos es señalada como importante⁽⁴⁶⁾. Así, se observa que gran parte de apoyo del ámbito laboral^(43,46,55-56) es de gran ayuda para

afrontar el evento⁽⁵⁴⁾. Este puede darse por los colegas, superiores o incluso la institución. El apoyo de colegas fue el más valorado por los profesionales de Chile que utilizaron el SVEST^(47,53). En Brasil se informa que el apoyo individual se da muchas veces por colegas y pareciera verse facilitado cuando existe una relación preexistente, promueve la acogida efectiva y reduce el sentimiento de juicio por estar involucrado en un EA⁽³⁶⁾. Sin embargo, en algún caso el apoyo por parte de los jefes no parece ser bien recibido por algunos participantes⁽⁵⁴⁾, mencionando que incluso intentaron ocultarlo y no lo reportaron. En consecuencia, en algunos casos, las medidas de apoyo del entorno laboral reportadas, son consideradas inadecuadas o insuficientes^(36,43) e incluso se informaron medidas punitivas^(40,43).

Además, el entorno laboral está marcado en todo el proceso de la SV, por una cultura institucional^(35,57). Como parte de la cultura institucional se evidencia que los estudiantes percibieron una cultura educativa deficiente y la falta de formación en aspectos clave de la seguridad del paciente en un estudio desarrollado en Brasil⁽⁴⁰⁾. De igual modo un estudio destaca que la cultura de seguridad es un pilar fundamental para estrategias de apoyo a las SV⁽³⁹⁾. Otro agrega que los sentimientos de culpa pueden verse reforzados por la cultura institucional⁽⁴²⁾.

Por otra parte, pareciera que cuando no hay apoyo institucional los sentimientos negativos perduran^(38,42). En cuanto al apoyo institucional, los estudios reportan la necesidad de apoyo estructurado con protocolos o procedimientos establecidos⁽³⁷⁾, e incluso con la posibilidad de contar con soporte de salud mental externo a la institución⁽³⁸⁾. De este modo, el desarrollo del Programa de atención de SV fue muy bien valorado por los participantes de un estudio en Argentina, donde encontraron contención, escucha abierta y espacio de reflexión⁽³⁶⁾.

En Brasil, los gestores encargados del servicio tuvieron en cuenta como estrategia el reconocimiento de la condición emocional causada por el error, destacando que esto es un paso importante para construir estrategias de apoyo a desarrollar y mejorar en las instituciones hospitalarias⁽³⁹⁾. Además, la acogida al profesional ocurre cuando el gestor reconoce la condición emocional de la SV, intenta comprender el suceso mediante la conversación, la escucha activa y la entrevista⁽⁴⁰⁾. Este proceso se basa en la empatía y un enfoque sistémico orientado a la resolución de problemas, en lugar de la búsqueda de culpables⁽⁴⁰⁾. Del mismo modo, la búsqueda de apoyo psicológico por parte de los supervisores hacia las SVs de su equipo se destaca entre las actitudes valoradas por los profesionales⁽³⁹⁾. Asimismo, otros autores coinciden en que sus participantes resaltaron la posibilidad de recurrir a ayuda profesional tras un evento adverso⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾. Por otro

lado, autores señalan que los participantes expresaron sentirse desprotegidos por instituciones y asociaciones profesionales⁽³⁵⁾.

Discusión

La evidencia sobre el fenómeno de SV en Latinoamérica muestra similitudes y diferencias claves en comparación con otras regiones del mundo. En cuanto a las similitudes, los estudios incluidos en esta revisión identificaron que el personal de salud de la región experimenta predominantemente sentimientos de culpa, pensamientos recurrentes y alteraciones del sueño, lo que concuerda con hallazgos descritos en Asia^(16,18-19), EE.UU.^(8,20) y Europa^(8,21-22). Sin embargo, a diferencia de dichas regiones, en Latinoamérica no se encontró evidencia sobre el desarrollo y evaluación de programas de intervención dirigidos a apoyar a las SV, lo que refleja una brecha relevante regional.

En esta revisión también destaca que la mayor cantidad de estudios de SV en Latinoamérica se han desarrollado en Brasil, lo cual puede explicarse porque la mayoría de la investigación en el ámbito de seguridad del paciente en los últimos 20 años se ha concentrado en ese país⁽⁵⁸⁾.

En cuanto a las consecuencias del fenómeno de SV, los estudios incluidos en esta revisión muestran un predominio del impacto psicológico en los profesionales sanitarios de Latinoamérica tras enfrentar un EA. Los síntomas que más comúnmente se generan luego de un EA en los profesionales son culpa^(35,38,46,50,53) y pensamientos recurrentes^(35,39,51,57). Este resultado es similar al reportado por otras investigaciones en otros países^(8,59-60) donde predominan la culpa y la angustia como síntomas de las SV. Un metanálisis encontró ansiedad y preocupación (76%, IC del 95% = 33-95), así como ira (75%, IC del 95% IC = 59-86) entre los síntomas más frecuentes de las SVs⁽⁸⁾. Del mismo modo el miedo, la vergüenza y la culpa fueron los síntomas que también predominaron en más del 50%⁽⁸⁾. La razón de ello puede radicar en el profundo sentido de responsabilidad al tener pacientes al cuidado. Por ejemplo, un estudio cualitativo destaca que cuando la responsabilidad del error es del propio profesional, mayor es la percepción de gravedad del EA⁽⁶¹⁾. Este sentimiento de culpa se puede generar por la empatía que naturalmente se desarrolla en el cuidado de pacientes^(35,45,51), así como también porque los profesionales son formados en la premisa del principio de la no maleficencia⁽⁶²⁾. En cuanto a los pensamientos recurrentes como un síntoma persistente, esto puede afectar la seguridad del paciente ya que puede mermar la autoeficacia profesional y favorecer nuevos

EA^(35,39,51,54). Esto coincide con revisiones previas en otros contextos geográficos. Así un metanálisis demostró que los recuerdos perturbadores predominaban en un 81% de los participantes de los estudios incluidos⁽⁸⁾. Además una revisión sistemática determinó que en enfermeras de UCI un 20% demoraba más de un año en recuperarse del fenómeno de SV, o bien, no se recuperaban completamente⁽⁶⁰⁾. En consecuencia, algunos autores recomiendan que tras un EA grave los profesionales sean temporalmente alejados de labores clínicas para reducir probabilidad de nuevos errores⁽⁶³⁾.

En relación con los síntomas físicos, en esta revisión se identificó como el síntoma más prevalente la perturbación del sueño^(36,43-44,53), lo que también ha sido documentado en otras investigaciones internacionales^(8,59). La falta de sueño puede agravar aún más los síntomas psicológicos del fenómeno de SV, intensificar la ansiedad⁽⁶⁴⁾, afectar la concentración y convertirse en un factor de riesgo adicional para nuevos EA⁽⁶⁴⁾.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los estudios latinoamericanos destacan el rol del apoyo de los pares como un recurso clave para superar el fenómeno^(38-39,47,53), reflejando que los profesionales buscan la aprobación de sus colegas tras un EA^(38,54). De manera complementaria, una revisión de alcance evidencia que, al implementar estrategias organizacionales de afrontamiento, las instituciones demuestran un compromiso con el bienestar del personal sanitario y con ello, el fortalecimiento de una cultura orientada a la seguridad del paciente⁽²⁰⁾.

En cuanto a los programas de apoyo a las SV, en esta revisión destaca que en Latinoamérica no se encontraron esfuerzos concretos por programas de soporte. Se han esbozado guías⁽⁵²⁾, pero no se ha evaluado su efectividad aun. En cambio, en EE.UU. o Europa, no solo se evaluaron la estructura y el impacto de los programas de apoyo a SV^(20,65), sino que también se demostró su eficiencia económica para los sistemas de salud. Por ejemplo, un estudio realizado en Alemania evidencia que el programa de soporte entre pares puede generar un ahorro anual de más de 6 millones de euros para el hospital, al reducir costos asociados al ausentismo y la rotación del personal⁽⁶⁶⁾. Por otra parte, en EE.UU. los estudios muestran que el éxito de un programa de soporte a SV radica en la fidelización de los voluntarios y en la sostenibilidad del programa a lo largo del tiempo^(65,67). Sin embargo, varios estudios mencionan la importancia del apoyo institucional como parte de la recuperación de las SV^(38,39,47-48,53). Una revisión reciente detectó los programas y servicios de apoyo, presentes en 37 estudios (implementados predominantemente en Estados Unidos y España), se caracterizan por ofrecer acompañamiento inmediato y estructurado a

los profesionales tras un EA. Entre los más destacados figuran *forYOU*, que brinda apoyo en tres niveles según la gravedad del impacto; *Medically Induced Trauma Support Services* (MITSS), una organización sin fines de lucro con asistencia emocional y legal; y *Resilience in Stressful Events* (RISE), que utiliza equipos multidisciplinarios para dar soporte en el propio lugar de trabajo⁽²¹⁾. En conjunto, estas iniciativas priorizan la intervención temprana, la confidencialidad y el apoyo entre pares, contribuyendo a reducir el estigma, el ausentismo y favoreciendo la retención laboral. La misma revisión señala que, en Brasil, no se encontraron estudios que abordaran estrategias de apoyo para las SV, lo que refuerza la ausencia de estudios latinoamericanos sobre programas de atención a las SV⁽²¹⁾. Otra revisión agrega que los programas incluyen también herramientas para la comunicación con pacientes y familias, y un enfoque explícitamente no punitivo⁽⁶¹⁾. Si bien el apoyo entre pares es un aspecto muy valorado por los programas resulta insuficiente como solución única^(21,63). La cultura institucional es un factor mediador crítico, ya que la percepción de apoyo organizacional influye en la participación y la recuperación⁽⁶⁵⁾. Así, una revisión encontró que el apoyo institucional mostró mejoras significativas en los estudios que utilizaron el SVEST para medir la eficacia de las intervenciones propuestas⁽⁶⁵⁾. Estos hallazgos contrastan con la ausencia de intervenciones estructuradas en Latinoamérica y refuerzan la urgencia de adaptar estos modelos, considerando las limitaciones de recursos que predominan en la región. Esto puede explicarse debido a que Latinoamérica enfrenta desafíos adicionales para garantizar soporte a los profesionales sanitarios por falta de recursos y condiciones laborales más precarias⁽⁴³⁾ y a que el fenómeno de SV fue estudiado de forma más tardía. En este sentido, el primer estudio reportado en Latinoamérica data del 2018⁽⁵⁵⁾, cuando ya en el año 2013 autores presentaron una revisión con estudios primarios de SV en países europeos, Estados Unidos e Israel⁽⁵⁹⁾.

Este estudio destaca por su enfoque regional, metodología rigurosa y diversidad de fuentes, llenando una brecha importante en la literatura e identificando brechas de investigación existentes. La calidad metodológica de los estudios incluidos no se evaluó formalmente, en línea con lo propuesto por la guía del Instituto Joanna Briggs para las revisiones exploratorias. Por otra parte, entre las limitaciones destaca que debido a que el concepto de SV es un término relativamente nuevo en la literatura, es posible que haya evidencia que no se capturó mediante la estrategia de búsqueda utilizada o artículos que no se capturaron debido al límite de idiomas utilizado para esta revisión. Además, es importante señalar que algunos de los estudios incluidos correspondieron a investigaciones de

validación del instrumento SVEST, por lo tanto, los datos fueron generados en contextos diseñados principalmente para evaluar propiedades psicométricas del instrumento y la información obtenida a partir de dichos estudios debe ser interpretada con cautela. Finalmente, la heterogeneidad de la población incluida en los estudios, junto con la ausencia de información respecto al área de especialidad de los profesionales, limita la posibilidad de identificar con precisión las particularidades del fenómeno en las distintas profesiones y especialidades de la salud. No obstante, los hallazgos evidencian que se trata de una realidad presente en todos los ámbitos de la atención sanitaria.

Conclusión

Este estudio proporciona una visión integral del fenómeno de SV en Latinoamérica, destacando el predominio del impacto psicológico significativo en el personal de salud al igual que en otras regiones del mundo. A pesar de la falta de estudios de intervención en la región los hallazgos subrayan la necesidad urgente de desarrollar y adaptar programas de apoyo específicos. La implementación de estrategias de afrontamiento efectivas y el fortalecimiento del apoyo institucional son cruciales para mejorar el bienestar y la retención del personal sanitario, lo cual no implica un mayor endeudamiento del sistema sino más bien la capacidad de organizar a los equipos para dar el soporte necesario a las SV y generar un ambiente de seguridad psicológica que favorezca la contención y una mejor cultura de seguridad del paciente.

Agradecimientos

Agradecemos a la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Biomedicas de la Universidad Austral por su colaboración en la adquisición de los artículos y las estrategias de búsqueda empleadas.

Referencias

1. The Lancet Global Health. Health-care workers must be trained and retained. *Lancet Glob Health*. 2023;11(5):e629. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00172-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00172-9)
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>
3. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple

- case study research. *Health Policy*. 2015;119(12):1517-28. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>
4. Alfar Z, Hakamy E, Innab A. The impacts of second victim experiences on nurses' absenteeism and intention to leave: a multi-site cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2025;81(8):4817-27. <https://doi.org/10.1111/jan.16695>
5. Al Sabei S, Qutishat M. Second victim syndrome and turnover intention among critical care nurses. *Discov Ment Health*. 2025;5(1):110. <https://doi.org/10.1007/S44192-025-00256-9>
6. Klemm V, Rösner H, Bushuven S, Strametz R. The second victim phenomenon: what personnel in anesthesiology should know about it. *Anaesthesiologie*. 2023;72(11):803-8. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01337-6>
7. Magaldi M, Perdomo JM, Lopez-Baamonde M, Chanza M, Sanchez D, Gomar C. Second victim phenomenon in a surgical area: online survey. *Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed)*. 2021;68(3):123-9. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.11.009>
8. 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>
9. 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):195-9. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301>
10. Kruper A, Domeyer-Klenske A, Treat R, Pilarski A, Kaljo K. Secondary traumatic stress in Ob-Gyn: a mixed methods analysis assessing physician impact and needs. *J Surg Educ*. 2021;78(3):1024-34. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.08.038>
11. Wahlberg Å, Sachs MA, Johannesson K, Hallberg G, Jonsson M, Svanberg AS, et al. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG*. 2017;124(8):1264-71. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14259>
12. Grissinger M. Too many abandon the "second victims" of medical errors. P T [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 10];39(9):591-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159062/>
13. Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Dierickx S, Euwema M, Sermeus W, et al. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Med Care*. 2016;54(10):937-43. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000582>
14. 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):485-94. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.4.40970>
15. Busch IM, Moretti F, Campagna I, Benoni R, Tardivo S, Wu AW, et al. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5080. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>
 16. 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>
 17. Luk LA, Lee FKI, Lam CS, Soh Y, Wong YYM, Lui WSW. Healthcare professional experiences of clinical incident in Hong Kong: a qualitative study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:947-57. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S292875>
 18. Mok W, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-93. <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
 19. Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Physicians' difficulties due to patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *J Korean Med Sci*. 2020;35(17):e118. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e118>
 20. 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):642-52. <https://doi.org/10.1111/jonm.13198>
 21. Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03669. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
 22. 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;31(6):334-43. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.042>
 23. Carrillo I, Tella S, Strametz R, Vanhaecht K, Panella M, Guerra-Paiva S, et al. Studies on the second victim phenomenon and other related topics in the pan-European environment: the experience of ERNST Consortium members. *J Patient Saf Risk Manag*. 2022;27(2):59-65. <https://doi.org/10.1177/25160435221076985>
 24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2021 [Internet]. Santiago: CEPAL; 2022 [cited 2025 Feb 04]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/ddf540fc-6e83-4db9-9be5-ff5eb11c0e65>
 25. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [cited 2025 Mar 01]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>
 26. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(10):2119-26. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
 27. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 28. Victoria MSK, Fajreldines A. Second victim in Latinoamerica [Registration]. Open Science Framework. 2024 Aug 06 [cited 2025 Feb 13]. Available from: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q6SH5>
 29. Real Academia Española. Latinoamérica. In: Diccionario panhispánico de dudas [Internet]. Madrid: RAE; 2024 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.rae.es/dpd/Latinoamérica>
 30. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira JJ, Sigurgeirsdóttir S, et al. 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
 31. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM manual for evidence synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2024 [cited 2025 Jan 08]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
 32. Covidence [software]. Veritas Health Innovation. 2024 [cited 2025 Dec 20]. Available from: <https://www.covidence.org/>
 33. Bohomol E. Nurses as second victims: a Brazilian perspective. *Nurs Health Sci*. 2019;21(4):538-9. <https://doi.org/10.1111/nhs.12630>
 34. Tartaglia A, Matos MAA. Second victim: after all, what is this? *Einstein (Sao Paulo)*. 2020;18:eED5619. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ed5619
 35. Souza VS, Matsuda LM, Freitas GF, Marcon SS, Costa MAR. The hidden experience of nursing professionals sued for error. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03668. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019036703668>
 36. De Sordi LP, Lourenção DCA, Gallasch CH, Baptista PCP. The second victim experience: cross-cultural adaptation of an instrument for the Brazilian context.

- Rev Gaucha Enferm. 2022;43:e20210010. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.en>
37. Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Dal Pai D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to nursing as a second victim. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3617. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>
 38. Quadros DV, Magalhães AMM, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker RS, Dal Pai D. Falls Suffered by Hospitalized Adult Patients: Support to the Nursing Team as the Second Victim. *Aquichan*. 2022;22(4):e2246. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>
 39. Ribeiro RN. Strategies to support nursing professionals as second victims during the covid-19 pandemic [thesis]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2021 [cited 2024 Dec 01]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/38501>
 40. Tavares APM, Barlem JGT, Rocha LP, Oliveira ACC, Avelino FVSD, Paloski GDR. Patient safety incidents and the second victim phenomenon among nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220005. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en>
 41. Lima APA. Tradução e validação da ferramenta de experiência e apoio à segunda vítima - revisada (SVEST-R) para o português brasileiro [thesis]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2023 [cited 2025 Jan 12]. Available from: <https://repositorio.bahiana.edu.br/bitstreams/147150d7-a25b-4413-a5db-06cac8b191da/download>
 42. Silveira SE, Tomashevski-Barlem JG, Tavares APM, Paloski GR, Feijó GS, Cabral CN. Patient safety incidents: second victim. *Rev Enferm UERJ*. 2023;31:e73147. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>
 43. Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GCS, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ, et al. The newly graduated nurse as a second victim. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02721. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024A00002721>
 44. Rodrigues FM, Santos LL, Costa MA, Garzin ACA, Hamano L, Garcia PC. Second Victim: Experience and Perception of Nursing Team Professionals. *Nursing (Ed Bras)*. 2025;29(321):10595-605. <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10595-10605>
 45. Abrantes MP, Montanari JVO, Garzin ACA. Undergraduate Nursing students' perception of the second victim phenomenon. *Nursing (Ed Bras)*. 2024;28(317):10226-31. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i317p10226-10231>
 46. Brunelli MV, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme RJ, Ortega A, et al. Segunda víctima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. *Medicina (B Aires)*. 2023;83(6):918-26. Available from: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol83-23/n6/918.pdf>
 47. Mallea-Salazar F, Ibaceta-Reinoso I, Vejar-Reyes C. Second victims: perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event. *Rev Chil Salud Pública*. 2021;25(1):76-85. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65197>
 48. Flores García SL. Evaluación del conocimiento sobre segundas víctimas y su repercusión en el personal de salud del Área Quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suárez, en el 2023 [dissertation]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2023 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/41075>
 49. Fuentes Chuquisala EP. Estrategia de apoyo y seguimiento a profesionales de la salud como segundas víctimas de eventos adversos del área de emergencia del Hospital General Francisco de Orellana enero-agosto 2023 [thesis]. Quito: Universidad de las Américas; 2023 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15382>
 50. 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>
 51. Brunelli MV, Seisdedos MG, Martinez MM. Second victim experience: a dynamic process conditioned by the environment. A qualitative research. *Int J Public Health*. 2024;69:1607399. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607399>
 52. Gallo EBR, Delgado MG, Solves JJM, Toquica CV, Ruiz JCM, Dimate AE, et al. Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud en Colombia [Internet]. Bogotá: Fundación Universitaria Sanitas; 2024 [cited 2025 Jan 02]. Available from: <https://repositorio.unisanitas.edu.co/bitstreams/454e683e-f11b-4691-bde4-924c208d7b92/download>
 53. Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care*. 2023;28(6):1022-30. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
 54. Kappes M, Romero-García M, Sanchez M, Delgado-Hito P. Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: a grounded theory. *Aust Crit Care*. 2024;37(4):606-13. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.001>
 55. 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. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000497>
 56. Brunelli V. Comentario del artículo: son demasiados los que abandonan a las "segundas víctimas" de los

errores médicos. *Enferm Neonatal* [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 03];30. Available from: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/comentario-del-articulo-son-demasiados-los-que-abandonan-a-las-segundas-victimas-de-los-errores-medicos/index.html>

57. Rocabado CN, Franco JVA, Garegnani-Pisi LI, Benitez FE, Roson-Rodriguez P, Barraza AD. Surgical Technologists as Second Victims in a Teaching Hospital in Buenos Aires: A Qualitative Study. *Rev Colomb Enferm*. 2021;20(2):e034. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i2.3118>

58. Aguirre MH. Scientific production on patient safety in the field of nursing in Latin America. *Salud Cienc Tecnol*. 2021;1:17. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202117>

59. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, 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>

60. Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: a systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLoS One*. 2023;18(10):e0292108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292108>

61. 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):471-83. <https://doi.org/10.1111/inr.12694>

62. Catalán L, Alvarado-Peña J, Torres-Soto G, Lorca-Sepúlveda B, Besoain-Cornejo AM, Kappes M. Second victim phenomenon among healthcare students: a scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2024;79:104094. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104094>

63. Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, et al. Evaluation of a second victim peer support program on perceptions of second victim experiences and supportive resources in pediatric clinical specialties using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs*. 2021;61:312-7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.023>

64. Chen L, Luo C, Liu S, Chen W, Liu Y, Li Y, et al. Excessive daytime sleepiness in general hospital nurses: prevalence, correlates, and its association with adverse events. *Sleep Breath*. 2019;23(1):209-16. <https://doi.org/10.1007/s11325-018-1684-9>

65. Ong TSK, Goh CN, Tan EKY, Sivanathan KA, Tang ASP, Tan HK, et al. Second victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions

and outcomes. *J Healthc Leadersh*. 2025;17:225-39. <https://doi.org/10.2147/JHL.S526565>

66. Roesner H, Neusius T, Strametz R, Mira JJ. Economic value of peer support program in German hospitals. *Int J Public Health*. 2024;69:1607218. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607218>

67. Connors CA, Dukhanin V, Norvell M, Wu AW. RISE: exploring volunteer retention and sustainability of a second victim support program. *J Healthc Manag*. 2021;66(1):19-32. <https://doi.org/10.1097/jhm-d-19-00264>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Maria Victoria Brunelli, Ana V Fajreldines, Lucía Catalán, María Kappes.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Maria Victoria Brunelli, María Kappes. **Supervisión y gestión del proyecto:** Maria Victoria Brunelli, Ana V Fajreldines, María Kappes. **Otros (Redacción del manuscrito y aprobación final):** Maria Victoria Brunelli, Lucía Catalán, María Kappes.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de Disponibilidad de Datos

Los conjuntos de datos relacionados con este artículo estarán disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Recibido: 25.03.2025
Aceptado: 04.10.2025

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:
Maria Victoria Brunelli
E-mail: vbrunell@austral.edu.ar
 <https://orcid.org/0000-0002-6960-1766>