

REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Vol. XXV. Núms. 1 y 2. Año 2020.

Editorial

- *V. Pastor. Director.*

Firma invitada

- «La pandemia de la COVID-19: Breve relato siguiendo la estructura de las etapas del duelo y soñando con un mundo mejor».
Martín Moreno JM.

Originales

- «Benchmarking estratégico aplicado a la gestión de riesgos asistenciales en Quirónsalud».
Marañón Hermoso N, Martínez Rodríguez I, García Fernández L, Díaz Avendaño N, Albarracín Serra A, Díaz Sánchez R, Moral Iglesias L.
- «Grado de conocimiento y aceptación de una serie de recomendaciones “No hacer” por parte de médicos de Atención Primaria del área de salud de Elche - Hospital General».
Ramírez Gil J, Guijarro Esclapez JJ, Angell Valdés S, Conesa García EM, Garberí i Juan G, Tercero Maciá C.

Originales breves

- «Importancia de las aportaciones de Ignaz Semmelweis en la higiene de manos y contexto histórico-científico».
Rodríguez-Villar S, Gil Conesa M, Rodríguez Villar D, Gil de Miguel A.
- «Recomendaciones para la Recuperación de las Segundas Víctimas del SARS-CoV-2».
Mira Solbes JJ, Cobos Vargas A, Astier Peña MP, Pérez Pérez P, Carrillo Murcia I, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM (en nombre del Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2).

Protocolos y documentos de interés

- «Certificados de estado serológico».
Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH).

Revisión

- «Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España».
Informe técnico de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH).

Cartas al Director

- «La necesidad de contar con sistemas resilientes: A propósito de la creación de una unidad de gestión clínica para la reorganización de un hospital de tercer nivel durante una emergencia sanitaria».
Artiga-Sainz LM, Quintana-Díaz M, Martínez-Alés G, Gutiérrez-Sancerni B, Arcos-Rueda MM, Hernán MA
- «Bacterias Multirresistentes. Revisión del Estado Actual».
Ballesta Garcia N, Prados Siles IM, García Jabalera I, Mohamed Mohamed M, Garcia Agudo L, Romera Garrido P.

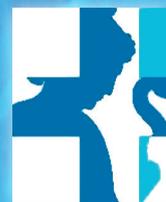
Noticias de la Sociedad

- «Avance de Programa de Congreso Nacional de la SEMPSPH». Ávila, julio de 2020.
- «Premios UAM-ASISA sobre Gestión Sanitaria y Economía de la Salud».
- «In Memoriam. Juliana Fariña en el recuerdo: una médica heterodoxa».
Sainz Martín M.

Recensión bibliográfica

- «Los virus de la gripe: pandemias, epidemias y vacunas», del profesor Raúl Ortiz de Lejarazu».
Gil de Miguel A.

Incluida en las bases de datos I.M.E. (Índice Médico Español), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Elsevier Bibliographic Databases, Medes, Latindex y Scopus



Sociedad Española
de Medicina Preventiva
y Salud Pública

Recomendaciones para la Recuperación de las Segundas Víctimas del SARS-CoV-2

J.J. Mira Solbes, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Univ. Miguel Hernández, Alicante.
Ángel Cobos Vargas, Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.
M^a Pilar Astier Peña, Centro de Salud “La Jota”, Zaragoza.
Pastora Pérez Pérez, Sociedad Española de Calidad Asistencial.
Irene Carrillo Murcia, Universidad Miguel Hernández, Elche.
Susana Lorenzo Martínez, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
Carlos Aibar Remón, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
Jesús M. Aranz Andrés, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid,
en nombre del Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2*

*Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2.

Olga Beatriz Martínez García¹, M^a José Bueno Domínguez², Mercedes Guilabert³, Virtudes Pérez-Jover³, César Fernández Peris³, M. Asunción Vicente Ripoll³, Julián Vitaller Burillo⁴, Juan Francisco Herrera Cuenca⁴, Antonio Guilabert Giménez⁵, Matilde Lahera Martín⁶, Carmen Silvestre Bustos⁶, Isabel María Galán Meléndez⁷, Ascensión Sánchez Martínez⁸, María Luisa Torijano Casalengua⁹, Jimmy Martín-Delgado¹⁰, Bárbara Marco¹⁰, Cristina Abad¹¹, Auxiliadora Javaloyes¹², Inmaculada Palazón¹², José Navarro¹², Isabel Galán¹³, Carlos Mora Lourido¹⁴, José Valencia¹⁵, Jorge de Vicente Guijarro¹⁵.

1 Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

2 Grup SAGESSA, Reus.

3 Universidad Miguel Hernández, Elche.

4 Inspección Médica, Alicante.

5 Hospital de Yecla, Servicio Murciano de Salud, Yecla.

6 Osasunbidea, Pamplona.

7 Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

8 Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

9 Servicio de Salud Castilla-La Mancha, Toledo.

10 FISABIO, Alicante.

11 Zona de Salud de Calatayud, Zaragoza.

12 Hospital General Universitario de Alicante.

13 Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

14 Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

15 Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

RESUMEN

Objetivo. Enunciar un conjunto de recomendaciones para incrementar la resiliencia de las organizaciones y los profesionales sanitarios frente al impacto de la crisis ocasionada por la pandemia de SARS-CoV-2.

Método. Estudio cualitativo para la búsqueda de consenso con participación de 30 profesionales de diferentes disciplinas (medicina preventiva, calidad asistencial, seguridad del paciente, atención primaria, psiquiatría y psicología).

Principales resultados. Tras la identificación de las principales fuentes de estrés y la definición de los objetivos de la fase de recuperación, se consensaron un total de 17 recomendaciones, 13 de ellas con foco organizacional y las cuatro restantes, centradas en profesionales.

Conclusiones. La recuperación del sistema sanitario tras la pandemia por la COVID19 pasa por restaurar la moral y el bienestar de sus profesionales, de lo contrario la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes se verán comprometidas. Estas recomendaciones pretenden ser un punto de partida en esta dirección.

Palabras clave: SARS-CoV-2, COVID19, personal sanitario, estrés agudo, trastornos por estrés postraumático, daño moral.

ABSTRACT

Objective. To provide a set of recommendations to increase the resilience of health care organizations and professionals to the impact of the SARS-CoV-2 pandemic crisis.

Method. Consensual qualitative study with the participation of 30 professionals from different disciplines (preventive medicine, quality of care, patient safety, primary care, psychiatry and psychology).

Main results. After the identification of the main sources of stress and the definition of the objectives of the recovery phase, a total of 17 recommendations were agreed upon, 13 of them with an organizational focus and the remaining four focused on professionals.

Conclusions. The recovery of the health system after the COVID19 pandemic requires restoring the morale and well-being of its professionals, otherwise the quality of care and patient safety will be compromised. These recommendations are intended as a starting point in this direction.

Key Words: SARS-CoV-2 virus, CoVID-19 outbreak, medical staff, Acute stress, Post-traumatic stress disorders, Moral Injury.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado globalmente a la humanidad. España ha sufrido particularmente los efectos de esta pandemia. El Sistema Sanitario ha tenido que responder a situaciones para las que no estaba preparado. La autonomía y el liderazgo clínico han determinado la capacidad y efectividad de la respuesta ante el reto sobrevenido de la COVID-19. El inevitable impacto sobre los profesionales sanita-

rios, y otro personal de apoyo a la labor sanitaria, se ha traducido en reacciones de estrés agudo, alteraciones afectivas y psicosomáticas de intensidad y duración variables.

En esta síntesis se describen las principales causas del estrés agudo entre profesionales sanitarios durante la pandemia de COVID-19 y se revisan alternativas para afrontar sus consecuencias en el medio plazo.

SEGUNDAS VÍCTIMAS DEL SARS-COV-2

En el escenario actual, donde el profesional sanitario no ha contado con los medios apropiados para cuidar y curar a los pacientes, recurrimos al concepto de segunda víctima (término acuñado por Albert Wu¹) para hacer referencia a “todo profesional sanitario, o de

apoyo, implicado en la atención a personas afectadas por COVID-19, que presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuen-

tran la alarma social, la sobrecarga de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo” (<https://segundasvictimas-covid19.umh.es/p/inicio.html>).

El cuadro 1 recoge las principales fuentes de estrés agudo que experimentaron los profesionales durante la atención a pacientes COVID-19.

Disolución de equipos de trabajo consolidados. Bajas de profesionales por contacto estrecho, infección o fallecimiento.

Instrucciones inconclusas e inconsistencias en la cadena de mando.

Desconocimiento científico de la descripción fisiopatológica de la enfermedad y carencia de tratamientos farmacológicos con evidencia científica demostrada.

Trabajar en ámbitos asistenciales para los que no se ha recibido el entrenamiento adecuado.

Impotencia al ver cómo pacientes al saberse enfermos por COVID-19 han de estar solos, sin acompañantes y, en algunos casos, mueren en soledad.

Verse en la obligación de aplicar sistemas de triaje con un alto conflicto ético.

Escasez de material, según centros y servicios, para prestar atención adecuada y contar con protección ante el riesgo biológico (mascarillas, gafas, pruebas, etc.).

No poder ofrecer los niveles de calidad y de seguridad habituales a los pacientes por la presión del momento, la falta de materiales y la incertidumbre clínica. Comprobar que pacientes de otras patologías no COVID-19 no reciben la atención que precisan.

Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano al regresar a casa.

Cuadro 1. Fuentes de estrés en la atención a pacientes COVID-19

Conforme al modelo de respuesta psicológica ante un desastre² cabe esperar que, tras dos meses de impacto, intensificación de esfuerzos y contenida relajación por la reducción en el número de casos, nos hallemos en el inicio del periodo de desilusión y decepción.

Los objetivos que se proponen para esta fase de recuperación son:

- Asegurar la calidad asistencial y la seguridad de pacientes.

- Reparar el Sistema Sanitario tras el esfuerzo.

- Reconocer la actividad y el esfuerzo realizado por los profesionales de primera línea.

- Reforzar la gestión y el liderazgo clínicos.

- Lograr profesionales resilientes que presten asistencia de óptima calidad:

- Resolver los conflictos asociados con el Daño Moral experimentado^{3,4}.

• Prevenir la aparición de trastornos emocionales y la progresión hacia cuadros de Estrés Posttraumático⁵.

• Ofrecer asesoramiento en caso de litigios con motivo de la atención durante la fase crítica de la pandemia⁶.

RECOMENDACIONES

Incrementar la resiliencia de la organización.

1. Reconocer de forma manifiesta y pública la labor y el rol desempeñado por los profesionales (sanitarios y no sanitarios), mandos intermedios y directivos. Elaborar un resumen de indicadores apropiados para que el personal y la sociedad conozca el volumen de actividad que se ha realizado y los resultados de dicha actividad, de tal forma

- que se visualice la evolución de los resultados, con veracidad, sencillez y transparencia.
2. Incrementar la autonomía de los clínicos. El comportamiento de los líderes clínicos de las unidades ha contribuido a cambios organizativos necesarios para afrontar esta pandemia y ha sido clave en la toma de decisiones.
 3. Mantener líneas abiertas con referentes clínicos para lograr mejores resultados y para afrontar reformas organizativas estables y sostenibles. La labor de los equipos de dirección pasa por saber aprovechar el talento humano y coordinar los esfuerzos de los diferentes niveles de responsabilidad. La implicación de los mandos intermedios y de los líderes clínicos es clave en esta etapa.
 4. Planificar la recuperación de la actividad con el concurso del personal sanitario y atendiendo a las necesidades y particularidades de cada servicios, unidad y centro.
 5. Reforzar los canales de comunicación con los profesionales, asegurar la transparencia y fiabilidad de la información y hacer partícipes a los mandos intermedios de la gestión de los stocks de materiales de protección individual. Es importante que los profesionales tengan la seguridad de que ante un rebrote de la epidemia el sistema estará más preparado para hacerle frente y dispondrá de los equipos de protección de personal necesarios.
 6. Promover el trabajo de los equipos multidisciplinares que han propiciado atención integral del enfermo COVID19 y que ahora deben continuar con nuevos objetivos en patologías NO COVID19.
 7. Reforzar los niveles de autogestión (gestión clínica) que han hecho posible la respuesta a las exigencias organizativas y terapéuticas que los pacientes COVID19 requerían.
 8. Resolver dilemas éticos mediante análisis del contexto en el que se adoptaron decisiones contribuiría a esa finalidad.
 9. Ofrecer seguridad jurídica a los profesionales con asesoramiento legal cuando así lo requieran las circunstancias.
 10. Habilitar un repositorio guías práctica actualizadas tras COVID19 por cada especialidad (<https://wfccn.org/covid-19/>) fácilmente accesible que permita una actualización sobre la evidencia científica actualizada sobre manejo clínico y tratamiento de la COVID19.
 11. Habilitar un repositorio de buenas prácticas en seguridad pacientes en el centro fácilmente accesible.
 12. Invitar a los servicios y unidades a proponer qué cambios organizativos y de procedimientos es aconsejable mantener, qué puede y debe dejarse de hacer por no aportar valor a los pacientes.
 13. Promover el bienestar en el trabajo, planificando e implementando medidas organizativas que proporcionen a los profesionales los recursos y ambiente adecuados para realizar su labor asistencial. Este programa de Bienestar Laboral debe considerar posibles diferencias de género habida cuenta de fenómenos culturales y sociales que inciden particularmente en la distribución de tareas fuera del ámbito laboral.
 14. Ayudar a los profesionales a tomar conciencia del nivel de estrés agudo soportado con motivo de la atención a pacientes COVID19. La Escala de Estrés Agudo “EASE CoVID-19”⁷ puede contribuir a este objetivo (disponible en iOS: <https://apps.apple.com/es/app/ser-positivo-contra-covid/id1512478131> y Android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.appandabout.defusing>).
 15. Ayudar a romper la cadena del silencio haciendo patente que experimentar ansiedad o síntomas efectivos es común entre muchos profesionales y que, en beneficio de pacientes, del equipo y de uno mismo, se puede acortar su impacto en el tiempo siguiendo algunos consejos.
 16. Debe prestarse atención a las necesidades de los familiares de los profesionales, especialmente en los casos de profesionales que han fallecido o que han enfermado.
 17. Establecer un programa estructurado para fortalecer resiliencia basado en el apoyo por pares (colegas que actúan como portadores de apoyo). Este programa puede basarse en las propuestas para el apoyo a las segundas víctimas forYOU⁸, RISE (Resilience in Stressful Events)⁹ y MISE (Mitigating Impact in Second Victims)¹⁰. El programa se estructura en 3 niveles: (1) canalización natural de las emociones y vivencia entre pares del propio servicio/unidad, perdiendo el miedo a hablar y compartiendo y normalizando las emociones y vivencias experimentadas por el grupo; (2) escucha activa y resolución de inquietudes por pares líderes (Equipo Respuesta Rápida); (3) atención indi-

vidualizada para aquellos casos que progresan hacia cuadros afectivos o de ansiedad que requieren de apoyo especializado (organizado desde Salud Laboral o el comité de seguridad y salud según los casos) (figura 1). El Equipo Respuesta Rápida estaría integrado por profesionales, de di-

ferentes perfiles y disciplinas, a quienes se entrena de manera específica para proporcionar apoyo a colegas que lo necesiten, con el fin de facilitar la recuperación de su moral y bienestar emocional como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2¹¹.

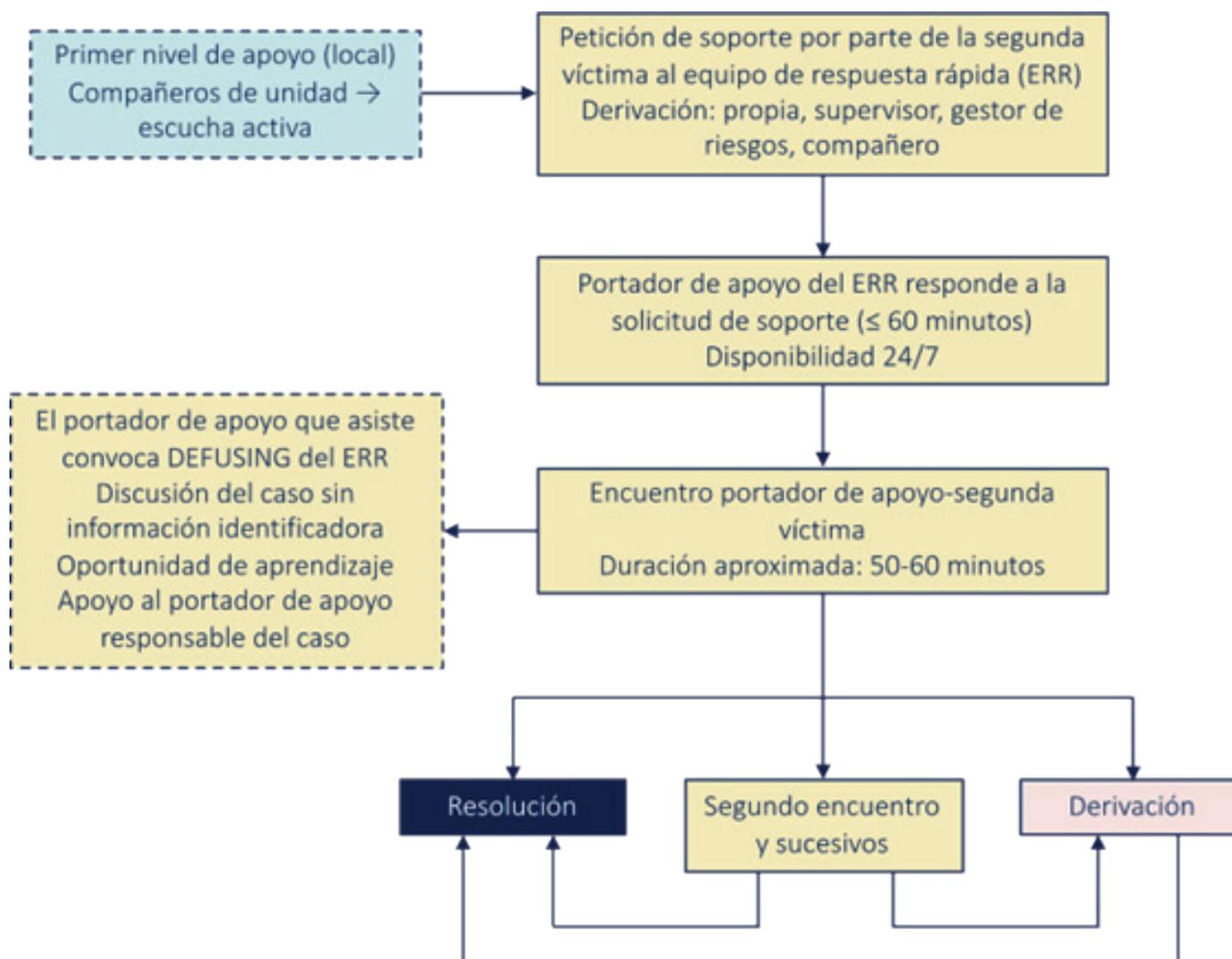


Figura 1. Programa de apoyo a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 para incrementar la resiliencia de los profesionales

DISCUSIÓN

La organización sanitaria no debe, ni puede, obviar el esfuerzo físico y mental que ha requerido dar respuesta a las necesidades de pacientes COVID19. La promesas olvidadas rápidamente de anteriores crisis orientan sobre lo que puede ocurrir en esta ocasión una vez se reduzca la presión mediática.

Existe coincidencia en los análisis sobre las causas del estrés agudo entre profesionales y sus previsi-

bles consecuencias, con similitudes con lo ocurrido en crisis previas¹². La calidad y seguridad de los pacientes pueden verse seriamente comprometidas si la moral y el bienestar laboral se ven afectados^{13, 14}. Este conjunto de recomendaciones busca contribuir a incrementar la resiliencia del conjunto de profesionales y particularmente dar una respuesta coherente, proporcional y factible a la problemática de las segundas víctimas del SARS-CoV-2.

REFERENCIAS

1. **Wu AW.** *Medical error: the second victim.* BMJ 2000;320:726-27.
2. **Myers D, Zunin L.** *Phases of disaster*, in DeWolfe D (Ed.), Training Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
3. **Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S.** *Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers During covid-19 Pandemic.* BMJ. 2020;368:m1211.
4. **Williamson V, Murphy D, Greenberg N.** *COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers.* Occup Med (Lond). 2020;kqaa052.
5. **Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP.** *Mental Health Survey of Medical Staff in a Tertiary Infectious Disease Hospital for COVID-19.* Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020;38:192-5.
6. **Kelly AM.** Covid-19 And Medical Litigation – More Than Just The Obvious. Emerg Med Australas. 2020. doi: 10.1111/1742-6723.13548
7. **Mira JJ, Cobos A, Martínez-García O, Bueno-Domínguez MJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, et al.** *The Acute Stress Scale in healthcare professionals caring for patients with COVID-19.* Validation study. [enviado para publicar, pre-print]
8. **Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al.** *Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team.* Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36:233-40.
9. **Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylr H, Wu AW.** *Implementing the RISE Second Victim Support Programme at the Johns Hopkins Hospital: A Case Study.* BMJ Open. 2016;6:e011708.
10. **Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, et al.** *The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error.* J Med Internet Res 2017;19(6):e203.
11. **Wu AW, Connors C, Everly Jr GS.** *COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience.* Ann Intern Med. 2020; M20-1236. doi: 10.7326/M20-1236
12. **Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D.** *Occurrence, Prevention, and Management of the Psychological Effects of Emerging Virus Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review and Meta-Analysis.* BMJ. 2020; 369:m1642.
13. **Hall LH, Johnson J, Watt I, O'Connor DB.** *Association of GP Wellbeing and Burnout With Patient Safety in UK Primary Care: A Cross-Sectional Survey.* Br J Gen Pract. 2019;69:e507-14.
14. **Garcia CL, Abrey LC, Ramos J, Castro C, Smiderle F, Santos J, et al.** *Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis.* Medicina (Kaunas). 2019;55:553.