

SER+Contra COVID-19

Recomendaciones en la post-crisis sanitaria

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

[Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2](#)



SER+CONTRA COVID

Por qué este documento

La pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado globalmente a la humanidad. España ha sufrido particularmente los efectos de esta pandemia con un importante número de fallecidos.

La COVID-19 ha supuesto un **reto** sin precedentes para nuestro Sistema de Salud.

La presión asistencial ha sido desigual en el conjunto del país y para las distintas especialidades.

Los **procedimientos** y la **organización** del trabajo tradicionales, tanto en hospitales como en atención primaria, se han visto alterados, cuando no rotos por completo.

Los profesionales han adquirido un protagonismo notable sin proponérselo. La autonomía y el liderazgo clínico han determinado la capacidad y efectividad de la respuesta ante el reto de la COVID-19.

La pandemia de COVID-19 ha causado, hasta el 21 de junio, más de 461.274 muertos en todo el mundo, **28.323** en España. El número de profesionales enfermos de COVID-19, particularmente en España, es elevado, por encima del 25% del total de personas infectadas.

[+INFO](#)



El inevitable impacto de esta situación sin precedentes sobre los profesionales sanitarios, y otro personal de apoyo a la labor sanitaria, se ha traducido en reacciones de estrés agudo, alteraciones afectivas y psicósomáticas de intensidad y duración variables.

El malestar emocional de los profesionales, con independencia de su origen, supone un riesgo que afecta directamente a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben.

Posibles respuestas tras exposición de los profesionales a estrés agudo

El modo en que los profesionales sanitarios responden a periodos prolongados de estrés agudo puede variar en función de la situación, las manifestaciones individuales y sus causas.

Es posible identificar cuatro respuestas: síndrome del quemado o burnout, fatiga por compasión, trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y daño moral. La conceptualización del problema, la atribución causal y las intervenciones resultan diferentes en cada caso a pesar de que la sintomatología experimentada sea similar. Estas respuestas no son excluyentes.

Respuestas tras períodos de estrés agudo en profesionales sanitarios

La conceptualización del problema, la atribución de causas y las intervenciones son diferentes en cada caso aunque la sintomatología experimentada por el profesional sea similar.

Síndrome del Quemado – Burnout⁷. Proceso insidioso caracterizado por cansancio emocional, abatimiento, malestar físico y mental, frustración, desinterés por la actividad profesional que puede incluir despersonalización, síntomas de ansiedad y depresión en una fase avanzada. Considerado como trastorno adaptativo.

Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)^{9,10}
Trastorno que aparece tras haber vivido en primera persona o presenciado un acontecimiento impactante, amenazante o peligroso. El TEPT puede iniciarse hasta varios meses después de la experiencia. Los síntomas pueden incluir revivir mentalmente la experiencia de forma recurrente, pesadillas y angustia o pánico, junto a pensamientos intrusivos repetitivos que recuerdan el suceso y que alteran el equilibrio emocional. Los síntomas pueden variar e incluyen irritabilidad, cambios de estado de humor, abatimiento y pérdida de la capacidad profesional. Considerado como trastorno mental.

Daño moral^{11,12}. Proceso agudo de distrés psicológico causado por decisiones o actuaciones, o por la ausencia de ellas, que violan principios morales, éticos y normas de conducta del profesional (en este caso, priorizar una óptima atención a los pacientes). Considerado como conflicto ético que enfrenta al profesional con la institución sanitaria.

Fatiga por Compasión (o desgaste por empatía)¹³. Estado de agotamiento, acompañado de un sentimiento profundo de compasión y empatía por el sufrimiento de un paciente junto al compromiso personal por hacer lo posible por resolverlo. Se manifiesta como sensación de cansancio que provoca una disminución generalizada de la habilidad percibida y la energía para ayudar a otros. Se considera una alteración biopsicosocial fruto de la exposición prolongada al estrés por compasión, cuya persistencia en el tiempo puede dar lugar al desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

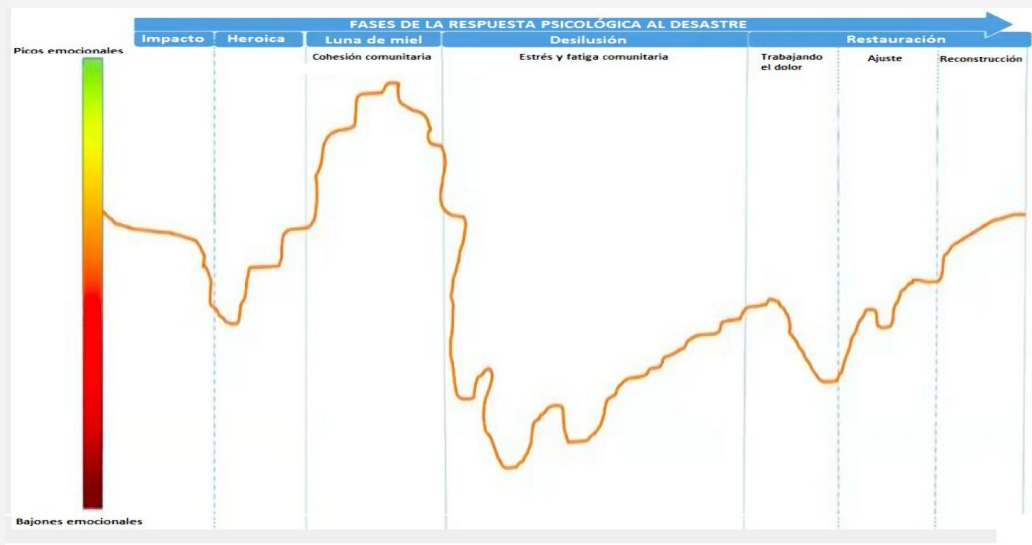
OBJETIVOS DURANTE LA FASE CRÍTICA DE LA PANDEMIA:	OBJETIVOS EN ESTA FASE POSTERIOR:
Mantener un nivel de prestación sanitaria aceptable, incluso ante el reto sin precedentes que se estaba viviendo.	Asegurar la calidad asistencial y la seguridad de pacientes.
Prevenir la ruptura de los equipos de trabajo.	Reparar el Sistema Sanitario tras el esfuerzo.
Evitar que sucumbiera la moral laboral.	Reconocer la actividad y el esfuerzo realizado por los profesionales de primera línea.
Ofrecer recursos para soportar la sobrecarga emocional y el sobreesfuerzo que la atención a pacientes COVID-19 en condiciones adversas suponía.	Reforzar la gestión y liderazgo clínicos.
	Lograr profesionales resilientes que presten una asistencia de óptima calidad.

POSTCRISIS

Fases de la respuesta psicológica al desastre

Cuando una comunidad se enfrenta a una **situación catastrófica** equiparable a la ocasionada por la pandemia del SARS-CoV-2 en todo el mundo, la respuesta sigue una trayectoria predecible que requiere de intervenciones diferentes en función del momento de evolución de la crisis.

[+INFO](#)



Fuente: Office of Well-Being by George S. Everly, Jr., PhD, Carolyn J. Fowler, PhD, MPH; Albert W. Wu¹, MD, MPH and Deborah Dang, PhD, RN

Recuperación de las plantillas de los centros Focos de atención que requieren respuesta

RECOMENDACIONES PARA AUMENTAR LA RESILIENCIA A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN Y A NIVEL INDIVIDUAL

Nivel de la Organización [+INFO](#)



Nivel individual [+INFO](#)



- 1) Acciones para incrementar la resiliencia de la organización [+ INFO](#)
- 2) Acciones para fortalecer la capacidad de resiliencia de los profesionales [+INFO](#)
- 3) Otras acciones a valorar por el centro. [+INFO](#)

A NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN

1. Reconocer de forma manifiesta y pública la labor y el rol desempeñado por este personal.

Los trabajadores son el pilar básico de las organizaciones sanitarias. La clave del éxito se basa en su compromiso, como se ha podido comprobar en esta pandemia en innumerables ejemplos.

[+INFO](#)

2. Incrementar la autonomía de los clínicos.

[+INFO](#)

3. Mantener líneas abiertas con referentes clínicos.

para plantear dudas y para afrontar reformas organizativas puede ser clave para avanzar con soluciones estables y sostenibles. [+INFO](#)

4. Identificar la actividad no realizada durante la pandemia.

[+INFO](#)

5. Reforzar los canales de comunicación con los profesionales.

[+INFO](#)

6. La constitución de equipos multidisciplinares

que perseguían la atención integral del enfermo ha supuesto una ventaja competitiva para afrontar esta crisis. Estos equipos deben continuar con nuevos objetivos en patologías No COVID19. [+INFO](#)

7. Reforzar los niveles de autogestión.

La gestión clínica que ha hecho posible la respuesta a las exigencias organizativas y terapéuticas que los pacientes COVID19 requerían. [+INFO](#)

8. La celebración de sesiones clínicas.

[+INFO](#)

9. Ofrecer seguridad jurídica

a los profesionales con asesoramiento legal cuando así lo requieran las circunstancias.

[+INFO](#)

10. Habilitar un repositorio guías práctica revisadas tras COVID por cada especialidad

Repositorio de guías: <https://wfccn.org/covid-19/>.

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 son ahora aconsejables mantener

en el tiempo, qué puede y debe dejarse de hacer por no aportar valor a los pacientes. Esto supone tener en mente **establecer los cauces de comunicación con las asociaciones de pacientes** para transmitir las razones de los cambios y contar con su apoyo en la recuperación del centro.

13. Poner en marcha, o reforzar si existía previamente, un programa de Bienestar laboral.

[+INFO](#)

A NIVEL INDIVIDUAL

14. Medir el estrés agudo.

La Escala de Estrés Agudo “EASE CoVID-19” mide el nivel de estrés experimentado por el profesional y le orienta hacia recursos de ayuda en función de la gravedad.

[+INFO](#)

15. Romper la cadena del silencio

busca ayudar a reconocer los signos del impacto del estrés agudo en los profesionales. [+INFO](#)

16. La institución no solo debiera preocuparse por sus profesionales. También debería prestar atención a las necesidades de sus familiares para contribuir a su bienestar.

Los profesionales que lideren el programa del bienestar pueden ser responsables de diseñar y poner en marcha las acciones para dar una respuesta eficaz a las necesidades de las familias de los profesionales afectados. [+INFO](#)

17. Crear equipos de profesionales sanitarios de diferentes perfiles y disciplinas a quienes se entrene de manera específica para proporcionar apoyo a colegas que lo necesiten

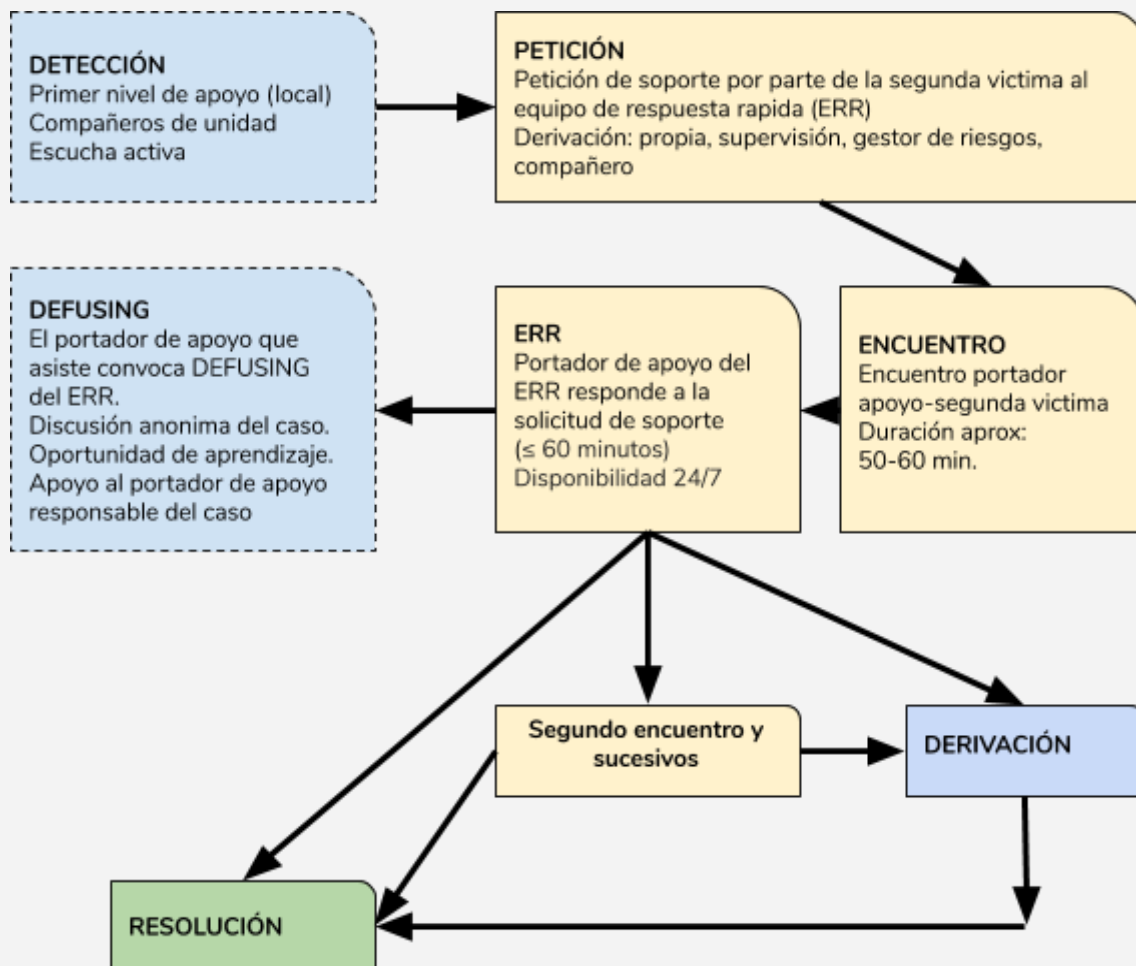
con el fin de facilitar la recuperación de su moral y bienestar emocional como consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2¹. Estos equipos pueden formar parte recursos o programas más amplios instaurados en el centro, como por ejemplo los ya constituidos en los programas de atención a segundas víctimas.



¿En qué se fundamenta?

Los programas ForYou, Modelo de Apoyo en Tres Niveles², y Resilience In Stressful Events (RISE)³ constituyen la base de esta propuesta para recuperar y fortalecer la resiliencia de los profesionales ante las situaciones de estrés agudo derivadas de la asistencia a pacientes COVID19.

Esquema de funcionamiento del programa por parte del Equipo de Respuesta Rápida (ERR) [+INFO](#)



OTRAS RECOMENDACIONES

Las terapias cognitivo-conductuales de exposición prolongada y su combinación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

como sertralina y paroxetina cuentan con un adecuado nivel de evidencia para recomendar su aplicación.⁴

[+INFO](#)

Organizar, cuando las circunstancias lo permitan, encuentros entre los familiares de los fallecidos y los profesionales

que estuvieron al cuidado de su ser querido en sus últimos momentos de vida. [+INFO](#)

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Lista de Comprobación

Recomendaciones	✓
Reconocer por la Dirección y mandos intermedios los riesgos y facilitar que se hable abiertamente de las preocupaciones y miedos relacionados con un posible contagio de SARS-CoV-2 durante la jornada laboral	
Revisar el Plan de Seguridad del Paciente del Centro para incorporar nuevas medidas con las que evitar eventos adversos a partir de la experiencia en el tratamiento de pacientes COVID19 (lecciones aprendidas)	
Identificar por la Comisión de Calidad y Seguridad del Centro el impacto de la pandemia de COVID19 en la cultura de seguridad en el Centro promoviendo las medidas apropiadas	
Realizar en los servicios sesiones clínicas sobre las actuaciones y decisiones adoptadas en los distintos momentos de la pandemia	
Definir indicadores que permitan monitorizar la evolución de la pandemia y el volumen de actividad que supone para que el conjunto de profesionales del centro esté debidamente informado	
Reforzar los canales de comunicación y de coordinación de los equipos para potenciar la gestión clínica de servicios y unidades, fomentando su autonomía	

y estableciendo métricas apropiadas para monitorizar el resultado de las decisiones de gestión

Extender las funciones de los equipos multidisciplinarios para revisar otros procesos asistenciales distintos a la COVID19 buscando una atención integral de los pacientes en un entorno seguro

Establecer comisiones de trabajo para identificar cambios organizativos y de **procedimientos** que, ahora, convendría mantener para ofrecer una mejor respuesta a la demanda de asistencia de los próximos meses (lecciones aprendidas)

Definir un plan de comunicación para dar a conocer (interna y externamente) la **labor realizada** durante los meses de marzo a mayo con motivo de la atención a pacientes COVID19

Informar al conjunto del personal de la disponibilidad de EPI, uso **correcto** y reposición de material prevista conforme los riesgos identificados

Informar a todo el personal de todos los estamentos de la política del centro para evitar **infección nosocomial**, incluida la política respecto del personal (evitando presentismo)

Compartir con el personal un **balance** de la actividad realizada, tanto para prepararse para los efectos de la pandemia, como para el tratamiento de pacientes COVID19 durante los meses de marzo a mayo

Agradecer a la **totalidad** del personal (sanitario y de apoyo a la labor asistencial) el trabajo realizado, considerando todas sus facetas e incluido el apoyo y comprensión de sus familiares durante este período excepcional

Reforzar los canales de comunicación verticales para atender a las necesidades de **información** de todos los colectivos profesionales del Centro

Programar sesiones sobre avances en **gestión clínica** en la era post COVID19 para fomentar nuevos estilos de gestión

Habilitar un repositorio fácilmente **accesible** de consulta de guías clínicas y protocolos que actualiza para cada especialidad la evidencia disponible

Habilitar un **repositorio** de buenas prácticas de unidades y servicios para compartir sus experiencias y promover un entorno de innovación y práctica basada en evidencia

Establecer **criterios** para una Telemedicina libre de riesgos para el paciente

Contar con un plan de formación para entrenar adecuadamente al personal sanitarios que recurre a Telemedicina por primera vez para aprovechar la potencialidad de la **tecnología** en la atención a pacientes con los criterios de calidad especificados por el centro (lo que debe incluir que los **profesionales** se sientan cómodos y seguros al recurrir a estas tecnologías y comprueben que se ofertan adecuados de calidad en un entorno suficientemente seguro)

Establecer un programa de **Bienestar en el Trabajo** en el centro

Definir cómo monitorizar la sensación de **Bienestar Laboral** del conjunto de profesionales del centro.

Establecer un programa de **Bienestar Laboral** que contemple el impacto de las actuaciones considerando diferencias de género

Establecer tiempos extras breves de **descanso** durante la jornada laboral para fomentar la recuperación del personal

Contar con personal entrenado para conducir la técnica **Defusing** si se requiriera en alguno de los servicios o unidades

Establecer canales de **comunicación** para atender las necesidades de las **familias** de los profesionales del centro fallecidos y de familiares de profesionales que hayan enfermado de COVID19 (si los hubiera)

Informar del previsible **impacto**, demorado en el tiempo, de las **reacciones** más habituales de estrés agudo asociado a la **atención** a pacientes COVID19 y sus consecuencias a todos los colectivos profesionales

Compartir con los mandos intermedios **información** sobre cómo actuar cuando observan que los profesionales de sus unidades o servicios se muestran afectados por la vivencia de Daño Moral, Fatiga por Compasión o la aparición de respuestas afectivas o de ansiedad entre los profesionales a raíz de su implicación en el tratamiento de pacientes COVID19

Adoptar actuaciones preventivas de posibles consecuencias por la vivencia de Daño Moral, Fatiga por Compasión o la aparición de respuestas afectivas o de ansiedad entre los profesionales a raíz de su **implicación** en el tratamiento de pacientes COVID19

Contar con la estructura y medios apropiados para ofrecer una respuesta proporcional y **adecuada** a las consecuencias del estrés agudo derivado de la atención a pacientes COVID19 entre los profesionales

Disponer de intervenciones breves (primeros auxilios psicológicos) para el apoyo a profesionales que muestran **afectación** por Daño Moral, Fatiga por Compasión o Estrés Postraumático

Establecer un programa de **apoyo** a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 en el Centro

Identificar en unidades y servicios profesionales **voluntarios** de referencia con quienes compartir **preocupaciones** y **dudas** sobre la actuación profesional con pacientes COVID19 (nivel 1 programa de apoyo a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 del Centro)

Entrenar a personal voluntario para actuar como **portadores de apoyo** como parte del programa de apoyo a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 del Centro

Establecer los canales de **contacto** apropiados para respetar **anonimato** de los profesionales que solicitan participar en el programa de apoyo a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 del Centro

Definir el circuito más apropiado para la **derivación** de tercer nivel (Salud Laboral) en el programa de apoyo a las segundas víctimas del SARS-CoV-2 del Centro

Valorar si existen **circunstancias** que aconsejan organizar alguna actuación (por ejemplo, encuentro) para la **recuperación emocional** de las familias de pacientes fallecidos en el centro y de los profesionales que les atendieron

ESCALA DE ESTRÉS AGUDO¹

Escala de auto-evaluación que puede ayudar a los profesionales sanitarios a identificar y asumir sus reacciones de estrés ante la situación actual.

	NO ME ESTÁ PASANDO	ME PASA EN OCASIONES CONCRETAS	ME PASA A MENUDO	ESTOY ASÍ CONTINUAMENTE
No puedo evitar que me vengan a la cabeza situaciones críticas recientes. No logro desconectar del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He perdido por completo el gusto por las cosas que antes me producían tranquilidad o bienestar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me mantengo distante, me molesta el trato con la gente, estoy irascible incluso en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que estoy descuidando a muchas personas que requieren de mi ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dificultades para pensar y tomar decisiones, tengo muchas dudas, he entrado en una especie de estado de bloqueo emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, falta de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

respiración, insomnio, etc.) relacionadas con la situación actual de crisis.				
Me siento en estado de alerta permanente. Creo que mis reacciones ahora ponen en riesgo a otros pacientes, a mis colegas o a mí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La preocupación por no caer enfermo me provoca una tensión difícil de soportar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo miedo por si voy a contagiar a mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dificultades para empatizar con el sufrimiento de los pacientes o conectar con su situación (distanciamiento emocional, anestesia afectiva).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DAÑO MORAL

	NO ME ESTÁ PASANDO	ME PASA EN OCASIONES CONCRETAS	ME PASA A MENUDO	ESTOY ASÍ CONTINUAMENTE
Me siento mal por decisiones que me he visto obligado/a a tomar en relación con pacientes con COVID19 porque las recuerdo ahora y sé que no son adecuadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>He visto que en mi Servicio/Unidad/centro se tomaban decisiones en relación con los pacientes con COVID19 que chocaban contra principios éticos profesionales.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Me siento mal porque la calidad de la atención sanitarias a pacientes con COVID19 se ha visto muy reducida por la falta de medios adecuados básicos.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>A raíz de lo que he vivido en relación con los pacientes con COVID19, he perdido la confianza en mi hospital/Sistema de Salud.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Me siento mal por las decisiones y prácticas asistenciales que se han visto obligados a hacer algunos compañeros/as del trabajo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de la que no se disponen datos de validación por el momento

**SER+Contra COVID-19–
Recomendaciones en la poscrisis sanitaria**

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

[Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2](#)



**DESARROLLO DE LAS REFERENCIAS RÁPIDAS EXPUESTAS
ANTERIORMENTE**

Por qué hablamos de segundas víctimas del SARS-CoV-2

El término “**segunda víctima**”⁶ aplicado al personal sanitario ha sido utilizado en las últimas dos décadas para hacer referencia al malestar emocional que llegan a experimentar los profesionales sanitarios al cuestionarse su participación en un incidente de seguridad que ha provocado un daño al paciente o bien cuando observa que el paciente a su cargo no evoluciona adecuadamente y se cuestiona sus decisiones y actuaciones.

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** 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 encuentran la alarma social, la sobrecarga de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo”**.

Al igual que en muchos otros países, la pandemia por SARS-CoV-2 en España ha requerido del sistema sanitario una respuesta para la que no estaba preparado. En consecuencia, el escenario asistencial ha pasado, de forma abrupta, de un estado de cierto equilibrio a otro caracterizado por una **presión asistencial extrema**, toma de decisiones en situaciones de conflicto ético y en ausencia de protocolos y guías, movilizar recursos humanos no suficientemente entrenados. A esto se le ha sumado, prestar la atención con carencias significativas en materiales y equipos. Ofrecer los niveles de calidad y seguridad en la atención habituales, no ha sido posible en todos los casos [Volver](#)

Quiénes somos

Somos un grupo de trabajo integrado por profesionales de diverso perfil (académicos, clínicos y gestores) cuya actividad se desarrolla en los ámbitos de seguridad del paciente, atención a enfermos críticos, salud laboral y salud mental. Trabajamos en centros de ocho comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla La-Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Navarra). [Volver](#)

José Joaquín Mira, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Julián Vitaller Burillo, Juan Francisco Herrera Cuenca, Inspección Médica, Alicante.

Ángel Cobos Vargas, Olga Beatriz Martínez García, Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

Antonio Guilabert Giménez, Hospital de Yecla, Servicio Murciano de Salud, Yecla.

M^a José Bueno Domínguez, Grup SAGESSA, Reus.

Matilde Lahera Martín, Carmen Silvestre Bustos, Osasunbidea, Pamplona.

Susana Lorenzo Martínez, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

M^a Pilar Astier Peña, Centro de Salud “La Jota”, Zaragoza.

Ascensión Sánchez Martínez, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Pastora Pérez Pérez, Sociedad Española de Calidad Asistencial.

María Luisa Torijano Casalengua, Servicio de Salud Castilla-La Mancha, Toledo.

Irene Carrillo Murcia, Mercedes Guilabert, Virtudes Pérez-Jover, César Fernández Peris, M. Asunción Vicente Ripoll, Universidad Miguel Hernández, Elche.

Jimmy Martín-Delgado, FISABIO, Alicante.

Bárbara Marco, Cristina Abad, Zona de salud de Calatayud, Zaragoza.

Carlos Mora Lourido, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Auxiliadora Javaloyes, Inmaculada Palazón, José Navarro, Hospital General Universitario de Alicante.

Carlos Aibar Remón, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Jesús M. Aranaz Andrés, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Síndrome del Quemado – Burnout⁷. Proceso insidioso caracterizado por cansancio emocional, abatimiento, malestar físico y mental, frustración, desinterés por la actividad profesional que puede incluir despersonalización, síntomas de ansiedad y depresión en una fase avanzada. Considerado como trastorno adaptativo.

Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT)^{9,10}

Trastorno que aparece tras haber vivido en primera persona o presenciado un acontecimiento impactante, amenazante o peligroso. El TEPT puede iniciarse hasta varios meses después de la experiencia. Los síntomas pueden incluir revivir mentalmente la experiencia de forma recurrente, pesadillas y angustia o pánico, junto a pensamientos intrusivos repetitivos que recuerdan el suceso y que alteran el equilibrio emocional. Los síntomas pueden variar e incluyen irritabilidad, cambios de estado de humor, abatimiento y pérdida de la capacidad profesional. Considerado como trastorno mental.

Daño moral^{11, 12}. Proceso agudo de distrés psicológico causado por decisiones o actuaciones, o por la ausencia de ellas, que violan principios morales, éticos y normas de conducta del profesional (en este caso, priorizar una óptima atención a los pacientes). Considerado como conflicto ético que enfrenta al profesional con la institución sanitaria.

Fatiga por Compasión (o desgaste por empatía)¹³. Estado de agotamiento, acompañado de un sentimiento profundo de compasión y empatía por el sufrimiento de un paciente junto al compromiso personal por hacer lo posible por resolverlo. Se manifiesta como sensación de cansancio que provoca una disminución generalizada de la habilidad percibida y la energía para ayudar a otros. Se considera una alteración biopsicosocial fruto de la exposición prolongada al estrés por compasión, cuya persistencia en el tiempo puede dar lugar al desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

Posibles respuestas tras la exposición de los profesionales a situaciones de estrés agudo

Fuentes de estrés y situaciones problema que hemos identificado como críticos durante la fase cruda de la crisis que ahora pueden tener un defecto demorado en el tiempo en las plantillas de los centros^{14 15}

Para saber más sobre las fuentes de estrés durante la fase cruda de la crisis, pulsa en: [+INFO](#)

Objetivos en esta fase posterior:

- 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 liderazgo clínicos.
- Lograr profesionales resilientes que presten una asistencia de óptima calidad:
 - Resolver los conflictos asociados con el daño moral^{3,4} experimentado.
 - Prevenir la aparición de trastornos emocionales y la progresión hacia cuadros de Estrés Postraumático⁵
 - Ofrecer asesoramiento en el caso de litigios con motivo de la atención durante
 - la fase crítica de la pandemia⁶. [Volver](#)

3 Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE Second Victim Support Programme at the Johns Hopkins Hospital: A Case Study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.

4 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116]. United Kingdom: NICE;2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng116

5 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]

Fuentes de estrés y situaciones problema que hemos identificado como críticos durante la fase cruda de la crisis que ahora pueden tener un defecto demorado en el tiempo en las plantillas de los centros^{16 17}

Recibir instrucciones que cambian rápidamente (sin clara asignación de tareas), sumadas a inconsistencias en la cadena de mando.

- Reducción del recurso humano, por bajas de profesionales con exposiciones de riesgo y su sustitución por personal sin preparación para esa tarea.
- Disolución de equipos de trabajo consolidados. Problemas en la dinámica de los equipos que se ven sometidos a demandas de alta exigencia.
- Falta de conocimiento científico de la fisiopatología de la enfermedad y falta de evidencia científica de tratamientos efectivos.
- Trabajar en ámbitos asistenciales para los que no se ha recibido el entrenamiento adecuado, bien por nueva incorporación, o por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad.
- 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 y tomar decisiones reservadas a situaciones de grandes catástrofes con alto componente de conflicto ético.
- Comprobar que pacientes de otras patologías no COVID-19 no reciben la atención que precisan.
- 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.
- Irritabilidad al observar comportamientos imprudentes en pacientes y acompañantes y fallos propios por cansancio, sobrecarga emocional o imposibilidad de concentración en la tarea.

- Verse desbordados emocionalmente sin atreverse a compartir esa vivencia con los demás. Especialmente al conocer que otros compañeros han enfermado o fallecido.
- Miedo a contagiar a la familia y/o entorno cercano al regresar a casa.

FASE POST-CRISIS

Recuperación de las plantillas de los centros. Focos de atención que requieren respuesta

- **Nivel de Organización** [Volver](#)
 - o Mismo personal que ha atendido pacientes con COVID19 ahora tiene que: seguir atendiendo estos pacientes, estar atentos a nuevos brotes, atender pacientes que han visto interrumpida su asistencia, nuevos pacientes con patologías asociadas al confinamiento y carga asistencial derivada de problemas sociales por pérdida bienestar económico.
 - o Recuperar la confianza en la institución
 - o Reforzar la cultura de seguridad para ofrecer una atención óptima a pacientes
 - o Posibilidad de litigios que, al final, involucran a profesionales.
 - o Promesas incumplidas en el pasado que no hace ser optimistas ahora.
 - o En caso de rebrote las fuerzas (físicas y psicológicas) están disminuidas.
- **Nivel individual.** [Volver](#)
 - o No conoce los síntomas y les pasan desapercibidos, no son diferentes a los experimentados otras veces salvo por su intensidad y extensión.
 - o Reacio a reconocerse afectado emocionalmente.
 - o No sabe cómo afrontar el malestar emocional.
 - o Vergüenza al ser el primero en pedir ayuda.
 - o Persiste miedo al contagio.

Fases de la respuesta psicológica al desastre²

Las fases de la respuesta psicológica de quienes se han visto afectados de forma colectiva por la pandemia cabe esperar sean: impacto, heroica (intensificación de esfuerzos), luna de miel (optimismo), desilusión (fatiga), restauración (recuperación niveles pre-crisis)¹. Los datos en España con participación de 685 profesionales del conjunto del país confirman esta tendencia. La exigencia de recuperar la actividad asistencial interrumpida con el mismo personal puede alterar la secuencia de estas fases.

Tras dos meses de impacto, intensificación de esfuerzos y una contenida relajación por la reducción en el número de casos, nos hallamos en riesgo de iniciar un periodo de desilusión y decepción

En la fase de desilusión las fuerzas se han ido agotando progresivamente y comienzan a emerger las manifestaciones más extremas del impacto psicológico y las dudas y cuestionamiento sobre la ética profesional. [Volver](#)

En consecuencia, es imprescindible planificar y organizar la respuesta a esta situación para favorecer la entrada en la fase de restablecimiento lo antes posible y sin dejar a nadie atrás.

[Volver](#)

Por qué esta crisis es diferente a otras

- El impacto de la pandemia ha alcanzado a todos los centros, de todo el país y a todos los países.
- Ha provocado que todas las noticias de forma continuada se centren en la pandemia y la proliferación de noticias negativas ha sido común en todos los medios de comunicación de todo el mundo.
- No han existido ni protocolos ni guías que establezcan cómo actuar hasta hace poco.
- Las consecuencias persisten al distanciarse del origen del estrés.
- Al volver a casa, queda el miedo a contagiar a familiares o aquellos con quienes se convive de forma continua en las distintas fases de la poscrisis.
- La presión asistencial de forma continua tras el final de la fase más crítica de la pandemia.
- Ha habido interrupción de la atención a pacientes durante un lapso temporal prolongado y la reorganización y asignación de nuevas tareas para las que no siempre no se ha recibido el entrenamiento adecuado han alterado el funcionamiento de todos los centros.
- Las medidas de protección ante el riesgo que suponía la amenaza (riesgo biológico) no han estado siempre presentes, o cuando lo han estado han sido insuficientes.
- Puede aparecer daño moral en el personal como consecuencia de la toma de decisiones urgentes no apoyada por comités de ética.
- Existe irritabilidad hacia sectores de la ciudadanía con un comportamiento irresponsable que puede conducir a un rebrote.

Recomendaciones del Grupo de Segundas Víctimas del SARS-CoV-2 para la fase de poscrisis

1. Acciones para incrementar la resiliencia de la organización [Volver](#)

Reconocer la labor de los profesionales sanitarios al afrontar la crisis sanitaria

¿Por qué esta recomendación?

Los profesionales han dado un paso adelante para dar respuesta a las **necesidades asistenciales** de la población.

Esta pandemia de COVID19 ha puesto de manifiesto que **la labor de los líderes clínicos es clave en el funcionamiento de los centros asistenciales**, por lo que incrementar la autonomía de los clínicos es la forma adecuada para lograr una **óptima calidad asistencial**.

1. Reconocer de forma manifiesta y pública la labor y el rol desempeñado por este personal.
2. Incrementar la autonomía de los clínicos.
3. Mantener líneas abiertas con referentes clínicos
4. Identificar la actividad no realizada durante la pandemia

Proporcionar medios adecuados en los tiempos apropiados

Prepararse para un posible rebrote de la infección requiere de la colaboración de todo el personal.

Este reconocimiento puede lograrse, también, **difundiendo un balance de los resultados de la actividad asistencial, tanto internamente como a la sociedad.** Aunque se ha difundido una gran cantidad de datos sobre la pandemia, probablemente exista una gran desinformación sobre el volumen de la actividad COVID y no COVID realizada en los centros sanitarios. Es también muy posible que los propios profesionales de los centros desconozcan el volumen de esta actividad.

Este *feedback* de información reforzará la moral laboral y el sentimiento de haber realizado una labor relevante en función del conocimiento y de los medios disponibles.

Llevar a cabo un análisis de cómo se ha afrontado esta crisis en cada centro con participación de los profesionales y aprender de la propia experiencia sirve para identificar a qué no debe volverse otra vez, una vez hayan pasado los momentos críticos y se hayan olvidado las promesas que se hicieron.

Prepararse para un posible rebrote de la infección requiere de la colaboración de todo el personal. [Volver](#)

RECOMENDACIONES

1. Reconocer de forma manifiesta y pública la labor y el rol desempeñado por este personal.

Los trabajadores son el pilar básico de las organizaciones sanitarias. La clave del éxito se basa en su compromiso, como se ha podido comprobar en esta pandemia en innumerables ejemplos. Reconocer de forma manifiesta y pública su labor durante todas las fases de la pandemia es una sencilla forma de que cada trabajador se sienta valorado y mantenga su nivel de implicación y compromiso con la organización. **Elaborar un resumen de indicadores** apropiados para que el personal y la sociedad conozcan el volumen de actividad que se ha realizado, la inversión de recursos humanos y técnicos y los resultados de dicha actividad, de tal forma que se visualice la evolución de los resultados, con veracidad, sencillez y transparencia. [Volver](#)

2. Incrementar la autonomía de los clínicos.

El comportamiento de los líderes clínicos de las unidades ha servido de ejemplo y ha orientado las pautas de comportamiento de los integrantes de las áreas clínicas en el logro de sus planes operativos. Ha contribuido a cambios organizativos relevantes para afrontar esta pandemia y ha sido clave en la toma de decisiones basadas en hechos. [Volver](#)

3. Mantener líneas abiertas con referentes clínicos

para plantear dudas y para afrontar reformas organizativas puede ser clave para avanzar con soluciones 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. [Volver](#)

4. Identificar la actividad no realizada durante la pandemia,

planificar la actividad a realizar, revisar la actividad pendiente y priorizarla (sospechas de malignidad y patología tumoral confirmada, lista de espera quirúrgica, lista de espera de consultas, etc.) son tareas que ahora deben llevarse a cabo con el concurso del personal sanitario. [Volver](#)

Proporcionar medios adecuados en los tiempos apropiados

¿Por qué esta recomendación?

La declaración del Estado de Alarma centralizó los niveles de decisión que habían sido transferidos a las Comunidades Autónomas (macrogestión), abarcando tanto cuestiones de organización del sistema sanitario como temas puntuales, ejemplo de las compras de material y equipos. Combinar el impacto de las decisiones de la política con las necesidades de la práctica clínica ha sacrificado la tradicional búsqueda de eficiencia de la Gestión Sanitaria en los centros y, en ocasiones (como las recomendaciones cambiantes sobre la adecuación de los EPI) ha podido generar desconfianza y desánimo entre los profesionales.

Recomendaciones

5. Reforzar los canales de comunicación con los profesionales, asegurar la transparencia y fiabilidad de la información que se difunde y haciendo partícipes a los mandos intermedios de la gestión de los stocks de materiales de protección individual. Identificar sus necesidades, atender sus preocupaciones y generar un marco de colaboración en lugar de desconfianza.

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. [Volver](#)

Dar cancha a la gestión clínica, nuevo rol de la alta dirección

¿Por qué esta recomendación?

Esta pandemia ha modificado las formas de actuar y puesto de relieve que hay alternativas organizativas que pueden incrementar efectividad, eficiencia y experiencia de pacientes.

El liderazgo de las jefaturas de servicios clínicos, de las supervisiones de enfermería y de los responsables de centros de salud ha sido determinante para responder al reto clínico y organizativo que la COVID19 representa. Se han alcanzado elevados niveles de autogestión en los servicios que han contribuido a afrontar los problemas causados por el coronavirus.

El papel de la alta dirección ha incluido, en esta ocasión, la coordinación de las decisiones de los clínicos en aras a asegurar una óptima calidad para los pacientes infectados y mantener los estándares de seguridad para los pacientes no contagiados. Es decir, ser facilitadores e integradores de nuevas formas organizativas.

Recomendaciones

6. La constitución de equipos multidisciplinares que perseguían la atención integral del enfermo ha supuesto una ventaja competitiva para afrontar esta crisis. Estos equipos deben continuar con nuevos objetivos en patologías No COVID19.

Esta crisis ha demostrado la extraordinaria utilidad de la comunicación y transparencia en la toma de decisiones. El papel de las comisiones y, por ende, de la gestión clínica, ha alcanzado unos niveles de autogestión no vistos anteriormente haciendo posible la respuesta a las exigencias organizativas y terapéuticas que los pacientes COVID19 requerían. Esta dinámica debe mantenerse.

Si entendemos la gestión como lograr unos resultados favorables mediante el esfuerzo coordinado, esta pandemia ha puesto de manifiesto que la coordinación es la función esencial de la dirección y que la autonomía de los clínicos es esencial y posible, sobre todo mediante equipos multidisciplinares, más allá del que se suele practicar en un servicio clínico. [Volver](#)

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. Desarrollar la función de coordinación de las iniciativas de los profesionales por parte de los directivos ha dado un resultado excelente, que debe ahora mantenerse.

Organizar un ciclo de seminarios online (webminars) a nivel nacional sobre novedades en gestión clínica con los que reforzar el rol de los mandos intermedios en la organización y que contribuya a alcanzar estos objetivos. [Volver](#)

Establecer mecanismos para revisar las decisiones adoptadas

¿Por qué esta recomendación?

Es previsible la proliferación del número de reclamaciones y litigios contra profesionales y servicios sanitarios una vez superada la crisis sanitaria. La clave para reducirlas también puede estar en la transparencia y la empatía y el alineamiento de los responsables del sistema en todos sus niveles (Directivos, colegios profesionales y organizaciones sindicales). Las organizaciones sanitarias deben saber responder ante los errores o disfunciones que hayan podido producirse, de forma proactiva.

El conocimiento y los medios disponibles en cada momento han condicionado las respuestas a las demandas sanitarias.

Recomendaciones

8. La celebración de sesiones clínicas, de sesiones de discusión de los equipos de trabajo y de comisiones clínicas de evaluación y análisis de la pandemia COVID19 orientadas a revisar las decisiones adoptadas, la efectividad de la labor realizada y la experiencia de los pacientes durante cada momento de la crisis sanitaria. Resolver los dilemas éticos surgidos mediante análisis del contexto en el que se adoptaron las decisiones contribuye a esa finalidad, teniendo por meta generar una organización que aprende y mejora. [Volver](#)

9. Ofrecer seguridad jurídica a los profesionales con asesoramiento legal cuando así lo requieran las circunstancias.

La Asociación Humanizando la Justicia promueve una iniciativa para invitar a quienes formulan una reclamación en relación a la gestión de la pandemia que, expresamente, excluya de la misma al personal sanitario (https://humanizandolajusticia.com/...). Esta petición se sustenta en que el señalamiento de profesionales sanitarios de primera línea en el curso de una reclamación solo se justificaría en los supuestos en que creyera hubieran realizado conductas dolosas o negligentes. [Volver](#)

Organizar y hacer accesible las guías de práctica clínica y de buenas prácticas

¿Por qué esta recomendación?

En el ejercicio clínico lo habitual es la toma de decisiones en poco tiempo y bajo presión, a este entorno hay que añadir el factor COVID19, que requiere rediseñar las guías de práctica clínica y protocolos para los entornos COVID/NO COVID, estableciendo estrategias para mantener las organizaciones sanitarias libres de COVID, salvo en las zonas dedicadas a ello.

Cabe esperar en los próximos meses diferentes valoraciones sobre el valor relativo de las opciones de tratamiento o de las estrategias diagnósticas de cada proceso, que irán cambiando conforme se aporten nuevas evidencias sobre la gestión de la enfermedad.

Es indispensable facilitar conocimientos que se ajusten a las necesidades clínicas (esquemas diagnósticos, explicaciones de opciones terapéuticas, etc.), lo que es lo mismo, información sencilla, adecuada al problema, válida, precisa, y aplicable al paciente concreto. Sin embargo, existe una falta de información científica sobre el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad y sobre la efectividad de tratamientos que dificulta esta tarea. Por ello, es importante, dar unas pautas comunes que se vayan actualizando para el conjunto de los profesionales.

Los profesionales precisan poder acceder de forma sencilla a la información contrastada sobre cómo actuar. La calidad y seguridad de los pacientes, y la seguridad jurídica de los profesionales y su satisfacción con la labor que realizan depende de ello.

Recomendaciones

10. Habilitar un repositorio guías práctica revisadas tras COVID por cada especialidad (ej: <https://wfccn.org/covid-19/>) fácilmente accesible. [Volver](#)

11. Habilitar un repositorio de buenas prácticas en seguridad pacientes en el centro fácilmente accesible. [Volver](#)

Lecciones aprendidas

¿A qué nos referimos?

La presión debida a la COVID19 ha supuesto interrumpir la actividad asistencial No COVID19 excepto en consultas preferentes y urgencias. Se han llevado a cabo cambios organizacionales relevantes, se ha ampliado la telemedicina y reformulado los circuitos asistenciales.

Esta situación, sin precedentes, aporta la posibilidad de identificar lecciones aprendidas que, ahora, convendría en la fase de recuperación del sistema sanitario identificar y mantener en el tiempo. En especial, mantener aquellas nuevas prácticas que aportan valor y no recuperar aquellas prácticas inefectivas o incluso perjudiciales.

Recomendaciones

12. Invitar a los servicios y unidades a proponer qué cambios organizativos y de procedimientos son ahora aconsejables mantener en el tiempo, qué puede y debe dejarse de hacer por no aportar valor a los pacientes. Esto supone tener en mente **establecer los cauces de comunicación con las asociaciones de pacientes** para transmitir las razones de los cambios y contar con su apoyo en la recuperación del centro. [Volver](#)

Oficina de Bienestar en el Trabajo (Cuádruple Meta)

¿A qué nos referimos?

Recurso institucional dirigido a garantizar que el centro sea un lugar de trabajo productivo y saludable con el propósito de mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes al potenciar el bienestar laboral de los profesionales sanitarios.

Ejemplos de acciones desarrolladas en otros centros sanitarios son: reducir las cargas administrativas y el estrés para facilitar que los profesionales puedan dedicarse con mayor plenitud a las actividades asistenciales, establecer periodos y áreas de descanso, promocionar el bienestar y la salud laboral incorporando menús saludables en las cafeterías, actividades de ocio o programas para promover la actividad física y proporcionar la ayuda necesaria cuando la salud física o mental se debilita (p. ej. hipertensión, abatimiento, etc.)

¿Por qué esta recomendación?

La situación actual merma la capacidad de una prestación con un óptimo nivel de calidad al afectar directamente al bienestar del proveedor de salud, responsable de dicha prestación.

Es necesario, planificar e implantar medidas organizacionales que proporcionen a los profesionales los recursos y ambiente adecuados para realizar su labor asistencial.

El programa de Bienestar Laboral que se lleve a cabo 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.

¿Qué es la Cuádruple Meta?

Modelo que busca mejorar la calidad del desempeño de los sistemas sanitarios mediante el abordaje simultáneo de cuatro metas esenciales: mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud poblacional, reducir los costes en salud y garantizar la calidad de vida laboral y el bienestar de los profesionales sanitarios. El descuido de cualquiera de estos objetivos supone, inevitablemente, el detrimento de la calidad asistencial y el rendimiento de los sistemas sanitarios.

OBJETIVO CUÁDRUPLE META



Recomendaciones

13. Poner en marcha, o reforzar si existía previamente, un programa de Bienestar laboral.

Este programa podría incluir, entre otras, las siguientes medidas:

Manifiestar de forma fehaciente, acompañado de datos de la actividad realizada, el papel desempeñado por el conjunto del centro y el agradecimiento por el sobreesfuerzo.

Incluir en este reconocimiento al personal de refuerzo durante la fase más crítica de la crisis ampliando las actividades organizadas para incrementar el bienestar de los profesionales a este colectivo.

Establecer referentes COVID19 por servicios o áreas para canalizar propuestas y necesidades de los profesionales.

Establecer períodos de descanso breves adicionales en unidades críticas (como, por ejemplo: http://lcsi.umh.es/segvic/Infografia_pausas_recuperacion.pdf)

No asumir riesgos innecesarios, disponibilidad de EPI y asegurar cadena stock

Promover actividades lúdicas en horario laboral (breves conciertos, exposiciones, escenas teatrales breves, etc.). También ofertar oportunidades de ocio mediante conciertos con otras entidades.

Atención a las necesidades de formación de MIR y, en especial, a sus oportunidades de rotatorio si se han visto truncadas. [Volver](#)

2. Recomendaciones para fortalecer la capacidad de resiliencia de los profesionales

Monitorizar niveles de estrés agudo experimentados

¿A qué nos referimos?

Aprender a identificar las propias reacciones de estrés. Un primer paso para tomar conciencia del nivel de estrés agudo soportado es medir la experiencia de estrés con motivo de la atención a pacientes COVID19.

Recomendación

14. Medir el estrés agudo. La Escala de Estrés Agudo “EASE CoVID-19”⁷ mide el nivel de estrés experimentado por el profesional y le orienta hacia recursos de ayuda en función de la

gravedad. Está disponible en el [sitio web del proyecto](#) y en la App SER+ Contra COVID para dispositivos [Android](#) e [iOS](#). Esta escala ha sido validada en una muestra de 228 sanitarios españoles.

Primera ayuda psicológica

Romper la cadena del silencio. Videos de experiencias de profesionales

¿A qué nos referimos?

Sabemos que algunos profesionales no identifican las señales que indican que se ha sufrido daño moral o fatiga por compasión. Sencillamente notan que algo diferente ocurre y que las decisiones e interés en el ámbito profesional ya no son las de antes.

También que existe cierta resistencia a reconocer que se pasa por un mal momento emocional y que las propias fuerzas se han visto superadas por los acontecimientos y desconfianza acerca de la utilidad que la ayuda psicológica puede llegar a tener. [Volver](#)

Se calla y se sufre en silencio, pensando que pronto pasará. Esta situación pone en riesgo al propio profesional, compromete el rendimiento de los equipos de trabajo, la calidad asistencial y la seguridad de pacientes.

Recomendación

15. Romper la cadena del silencio busca ayudar a reconocer los signos del impacto del estrés agudo en los profesionales, hacer patente que experimentar esos signos no supone ser un mal profesional, que se trata de experiencia compartidas por una amplia mayoría y que, en beneficio de pacientes, del equipo y de uno mismo, se puede acortar su impacto en el tiempo siguiendo algunos consejos.

Asumir que el peligro existe y el miedo también.

Apoyo a las familias de los profesionales enfermos graves y fallecidos

¿A qué nos referimos?

51.482 profesionales habían resultado infectados (a fecha 28 de mayo), 631 habían requerido atención en UCI. 63 han fallecido. El impacto de la enfermedad afecta a todo su núcleo familiar y compañeros. [Volver](#)

Recomendaciones

16. La institución no solo debiera preocuparse por sus profesionales. También debería prestar atención a las necesidades de sus familiares para contribuir a su bienestar.

Los profesionales que lideren el programa del bienestar pueden ser responsables de diseñar y poner en marcha las acciones para dar una respuesta eficaz a las necesidades de las familias de los profesionales afectados.

¿Qué objetivo se persigue?

Hablar de la experiencia de haber estado enfermos graves para romper la cadena de silencio, aliviar la carga emocional y eliminar cualquier estigma. También para entender mejor a los pacientes.

Hablar de las personas/colegas enfermos o fallecidos para rendir tributo a su memoria, ventilar las emociones y afrontar los miedos y la rabia. También para entender mejor a los familiares de los pacientes fallecidos.

[Volver](#)

Programa estructurado para fortalecer resiliencia

Apoyo por pares (colegas que actúan como portadores de apoyo)

Recomendación

17. Crear equipos de profesionales sanitarios de diferentes perfiles y disciplinas a quienes se entrene 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. Estos equipos pueden formar parte recursos o programas más amplios instaurados en el centro, como por ejemplo los ya constituidos en los programas de atención a segundas víctimas.

Intervención no debe ocurrir “fuera” del centro y no debe estigmatizar el profesional que ha hecho su trabajo con los medios que se han puesto a su disposición

¿En qué experiencias se basa?

Programas de apoyo a las segundas víctimas por incidentes de seguridad desarrollados en el ámbito de la seguridad del paciente.

Programas de apoyo:

Los más conocidos son:

Internacionalmente: forYOU⁸ (Universidad de Missouri)
+info

RISE⁹ (Resilience In Stressful Events) (Hospital John Hopkins de Baltimore).

En España, Grupo de Asistencia Sanitaria y Social de Cataluña (SAGESSA)

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

Hospital Universitario Son Espases de Mallorca.

Uno de los aspectos clave de estos programas es el apoyo proporcionado por pares.

¿En qué se fundamenta?

Los programas ForYou, Modelo de Apoyo en Tres Niveles, y *Resilience In Stressful Events* (RISE)⁹ constituyen la base de esta propuesta para recuperar y fortalecer la resiliencia de los profesionales ante las situaciones de estrés agudo derivadas de la asistencia a pacientes COVID19.



Se concreta en 3 niveles.

Canalización natural de las emociones y vivencia entre pares del propio

servicio/unidad. La mayoría de los profesionales se recuperan gracias a que “ventilan sus emociones” y comparten su experiencia con sus pares y prefieren hacerlo solo con sus compañeros del servicio o de la unidad.

Escucha activa y resolución de inquietudes por pares líderes (Equipo

Respuesta Rápida). Aproximadamente, un 10-15% requiere compartir sus dudas y preocupaciones sobre su actuación profesional con otros profesionales (líderes en su respectiva actividad) del propio centro. En este caso, este segundo nivel de apoyo integra a un equipo de pares entrenados en escucha activa. Se trata de un elemento central de estos programas y que se basa en la participación voluntaria de profesionales con mayor experiencia y que han vivido de cerca la misma situación.

Atención individualizada.

Existe un tercer nivel de atención para aquellos pocos casos (alrededor del 2-5%) que progresan hacia cuadros afectivos o de ansiedad que requieren de apoyo especializado (que recomendamos se oferte desde Salud Laboral). Quienes integran el segundo nivel han de estar conectados con esta red para derivar a aquellos colegas cuya respuesta emocional no evoluciona favorablemente tras recibir el apoyo de sus pares.

¿Aspectos clave para su implantación?

- Fomentar sesiones de *defusing*, **sesiones clínicas** para análisis de situaciones problema o animar a hablar de la experiencia vivida forman parte del primer nivel de actuación.
- Cuando un profesional solicita la ayuda del equipo de respuesta rápida (segundo nivel), la asignación del portador de apoyo se realiza teniendo en cuenta sus características profesionales y personales (perfil, edad, sexo, situación laboral, etc.) para **fomentar un sentimiento de identificación** que favorezca la relación de ayuda y el proceso de recuperación¹.

¹ Grupo de Investigación en 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. Disponible en: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_v21_impresion_v05.pdf

- El apoyo puede ser prestado en grupo o de manera individual, según las preferencias del profesional y las circunstancias. Las **sesiones grupales** son especialmente idóneas en las situaciones, como la actual, en las que varios profesionales se ven afectados^{13,14} por un mismo acontecimiento y presentan reacciones similares. El equipo se amplía paulatinamente con nuevos voluntarios que reúnan las características oportunas.
- Tras cada encuentro los miembros del equipo de respuesta rápida pueden **aplicar la técnica defusing**¹⁸ para compartir, con la confidencialidad oportuna, los aprendizajes extraídos del encuentro. Estas reuniones también se utilizan como espacio para apoyar al portador de apoyo en caso de que el encuentro haya sido intenso.
- En el marco actual, las instituciones han de **reforzar la capacitación de los miembros del equipo** de respuesta rápida mediante el entrenamiento de estrategias específicas para afrontar la casuística de respuestas emocionales derivadas de la situación vivida en los centros durante la pandemia de COVID19. [Volver](#)

3. Otras acciones a valorar por el centro

Programa de exposición prolongada

¿A qué nos referimos?

Algunos profesionales pueden experimentar reacciones y síntomas afectivos y de ansiedad, incluido estrés postraumático, en los meses posteriores a la superación de la actual crisis sanitaria. Es más probable entre las plantillas de los servicios críticos (Cuidados Críticos y Reanimación, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas), con mayor prevalencia en enfermería.

Esta situación es extensible a otros profesionales de los denominados en esta crisis, servicios esenciales, como personal de residencias de mayores o de empresas públicas o privadas de traslado sanitario urgente.

Otras Recomendaciones

La terapia cognitivo-conductuales de exposición prolongada y su combinación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como sertralina y paroxetina cuentan con un adecuado nivel de evidencia para recomendar su aplicación.²

¿Quién puede organizar este proceso asistencial?

Los servicios de Salud Laboral son, probablemente, quienes podrían organizar el acceso a este tipo de recursos, valorando cuando sea necesario, intervenciones individualizadas. En algunos centros esta estructura está integrada por profesionales de diferentes servicios (Medicina Preventiva, Salud Mental, Gestión de Personal, etc.) y es en quien debiera recaer organizar esta respuesta.

Duelo de los familiares de fallecidos

¿A qué nos referimos?

Las circunstancias en las que los familiares y seres queridos de las personas fallecidas durante la fase crítica de la epidemia (aislamiento, soledad, imposibilidad de despedida física, incomunicación, etc.) han dificultado el desarrollo natural de su duelo. [Volver](#)

Organizar, cuando las circunstancias lo permitan, encuentros entre los familiares de los fallecidos y los profesionales que estuvieron al cuidado de su ser querido en sus últimos momentos de vida.

Estas reuniones familiares-profesionales deberían organizarse cumpliendo criterios de confidencialidad, seguridad y voluntariedad de las partes.

¿Qué objetivo se persigue?

Para contribuir a la recuperación emocional de las familias de las víctimas de la epidemia y facilitar una elaboración adaptativa del duelo.

Es posible que estos encuentros tengan un doble efecto positivo, proporcionando alivio no solo a los familiares sino también a los profesionales que, previsiblemente, se encontrarán también inmersos en su propio proceso de recuperación emocional. [Volver](#)

² National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116]. United Kingdom: NICE;2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng116

Bibliografía

- 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: System
- 15 Mira JJ, Torijano ML, Abad C, Sánchez A, Lahera M, Cobos A, et al. Addressing acute stress among professionals caring for COVID-19 patients: Experience in Spain (March-April 2020). [enviado para publicar, pre-print]
- 16 Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2. SER+ contra COVID: Segundas víctimas del SARS-CoV-2 (COVID-19); 2020. Disponible en: <https://segundasvictimasCOVID19.umh.es/54>
- 17 Mira JJ, Torijano ML, Abad C, Sánchez A, Lahera M, Cobos A, et al. Addressing acute stress among professionals caring for COVID-19 patients: Experience in Spain (March-April 2020). [enviado para publicar, pre-print]
- 18 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.
- 19 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