

Fátima Roso-Bas y Juan Marta Torres (Unidad de Calidad, Hospital Universitario Son Espases).

Bibliografía

1. McCay L, Wu AW. Medical error: The second victim. *Br J Hosp Med.* 2012;73:146–8, <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2012.73.Sup10.C146>.
2. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:12–5, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>.
3. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36:233–40.
4. Chung AS, Smart J, Zdradzinski M, Roth S, Gende A, Conroy K, et al. Educator toolkits on second victim syndrome, mindfulness and meditation, and positive psychology: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *West J Emerg Med.* 2018;19:327–31, <http://dx.doi.org/10.5811/cpcem.2017.11.36179>.
5. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. En: Wilson JP, Keane TM, editores. *Assessing Psychological Trauma and PTSD.* New York: Guilford; 1997. p. 399–411.
6. Scott SD, Hirschinger LE, McCoig M, Cox K, Hahn-Cover, Hall LW. The second victim. En: DeVita MA, Hillman K, Bellomo R, Odell M, Jones DA, Winters B, editores. *Textbook of rapid response systems.* New York: Springer; 2017. p. 301–8, <http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-92853-1>.
7. Mitchel JT, Everly GS Jr. Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: Evolutions, effects and outcomes. En: Raphael B, Wilson JP, editores. *Psychological debriefing: Theory practice and evidence.* New York: Cambridge University Press; 2000. p. 71–90, <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511570148.006>.
8. de Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting Second Victims of Patient Safety Events: Shouldn't These Communications Be Covered by Legal Privilege? *J Law Med Ethics.* 2013;41:852–8, [10.1111%2Fjlme.12095](http://dx.doi.org/10.1111%2Fjlme.12095).
9. Edrees HH, Ismail MNM, Kelly B, Goeschel CA, Berenholtz SM, Pronovost PJ, et al. Examining influences on speaking up among critical care healthcare providers in the United Arab Emirates. *Int J Qual Heal Care.* 2017;29:948–60, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx144>.
10. Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: A second victim support program in pediatrics: Successes and challenges to implementation. *J Pediatr Nurs.* 2018;41:54–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.011>.

F. Roso-Bas* y M. Torres Juan

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatima.roso@ssib.es (F. Roso-Bas).

<https://doi.org/10.1016/j.jhq.2019.04.007>
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La angustia moral en los profesionales sanitarios no médicos: un efecto colateral de la medicina defensiva



Moral distress among non-medical healthcare professionals: A collateral effect of defensive medicine

Sra. Directora:

Celebro la publicación del artículo de revisión «*Defensive practices among non-medical health professionals: An overview of the scientific literature defensive practice*»¹. Los autores determinan que la medicina defensiva (MD) «tiene lugar cuando los médicos se desvían de la buena práctica para prevenir reclamaciones de pacientes o cuidadores». Introducir el elemento «cuidadores» (*caregivers*) en lugar de la familia, que utilizan otras definiciones², aumenta la diversidad de elementos y tal vez devenga pertinente, porque la persona cuidadora comparte el sufrimiento del paciente y observa los cuidados que se le prestan. Sin embargo, no coincide necesariamente con quien ostenta la legitimidad activa para interponer demandas en su nombre, o incluso como perjudicado ante un resultado infausto.

Los autores se adhieren a una definición amplia de MD, de corte más europeo y alejado de su sentido genuino cir-

cunscrita al temor a la mala praxis³ y que ahonda en la motivación de evitar los conflictos y la crítica. No es una cuestión baladí ni azar que tal definición emerja en el contexto de otras profesiones sanitarias imbuidas por la ética del cuidado⁴.

Reconocen las limitaciones del estudio para correlacionar los factores y los efectos, o la extensión del problema por la dificultad de comparar datos no homogéneos, tanto por las limitaciones internas (encuestas *ad hoc*) como por las limitaciones externas (realidades geográficas diversas)¹ de cualquier estudio sobre MD, que dificultan su abordaje como problemática global. No en vano la ausencia de una definición única invita a redefinir y delimitar la MD⁵ para no adjetivar como prácticas defensivas las conductas que no lo son.

Enumeran las manifestaciones defensivas comunes entre el personal no médico y se apunta al temor a los litigios como la motivación de estas conductas¹. Sobresale aquí la recogida de información por exceso en la historia clínica, que en el 41,5% se realiza por las comadronas, junto con la persecución del documento de consentimiento informado en todos los procedimientos, lo que consume tiempo en detrimento del cuidado de las pacientes⁶.

Distinguen dos modalidades de prácticas defensivas: 1)seudoprotección del profesional, y 2)protección de la institución ante reclamaciones¹. No obstante, por coherencia con la definición utilizada no se puede compartir este segundo tipo que sugiere una peligrosa ampliación de la MD que no se justifica.

Inquieta la enumeración de conductas defensivas del personal sanitario de los asilos de ancianos ante una inspección de los organismos oficiales, que no se percibe como una oportunidad de mejora y desarrollo profesional sino como un mecanismo represor que explora debilidades y sanciona la estructura organizativa. Esta percepción lleva a comportamientos oportunistas «como la falsificación u omisión de notas clínicas, o incluso tratamientos inadecuados, como la transferencia de pacientes agónicos a los servicios de emergencia o intentos de reanimación agresivos»¹.

Al respecto conviene discernir actuaciones según su alcance y grado de incorrección. La primera conducta, es decir, la falsificación de datos clínicos, constituye un incumplimiento del deber legal de autenticidad y del principio de calidad de los datos de la historia clínica (adecuados, exactos y pertinentes respecto a las finalidades legítimas)⁷. El segundo grupo de conductas incluye actuaciones defensivas *per se*: 1) omitir información en la historia clínica; 2) derivar y sobretratar, y 3) practicar reanimación agresiva. Estas conductas no merecen un menor reproche, aunque este sea de índole moral: resultan maleficientes, lesionan la autonomía del paciente y vulneran su dignidad (encarnizamiento terapéutico), y conculcan el principio de justicia por el sobreuso de los servicios médicos. En tal sentido, invitan a pensar en estrategias sociosanitarias para afrontar el desafío actual de prestar cuidados adecuados a la población envejecida o en situación de vulnerabilidad⁸.

En cuanto a los efectos, la adhesión rígida a las directrices se considera positiva cuando protege de los litigios y evita eventos adversos, salvo cuando devenga «una inflexibilidad tal que pierda de vista la centralidad del paciente»¹. Los efectos negativos apuntan al desgaste profesional (*burn out*) que hasta el momento se había identificado como determinante de MD y no como efecto^{9,10}. Se ilustra la MD en el campo obstétrico, donde el uso generalizado de la monitorización fetal identifica hallazgos que generan inquietud entre las matronas y aumentan las derivaciones. El incremento de la tasa de intervenciones con motivación defensiva produce efectos más allá del aumento del daño para la madre o del gasto sanitario, porque altera la relación entre matronas y médicos¹¹.

Dos conclusiones significativas pueden añadirse a las expresadas en el artículo. La primera es la angustia moral del personal sanitario no médico cuando discrepa del personal facultativo ante su práctica defensiva, en concreto en las especialidades de alto riesgo. Es decir, la causa de insatisfacción laboral deviene un efecto colateral de la MD sobre el colectivo de profesionales no médicos. Una segunda es una nueva delimitación del marco conceptual de la MD, que tampoco deriva de los resultados de la revisión, sino que se añade a la discusión¹² en un ejercicio de reflexión hermenéutica que anuncia investigaciones más sugerentes.

Bibliografía

- Rinaldi C, d'Alleva A, Leigheb F, Vanhaecht K, Knessea F, di Stanislao F, et al. Defensive practices among non-medical health professionals: An overview of the scientific literature. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019;34:97–108, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.12.005>
- Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians Widening the concept. *Fam Med*. 1994;26:27–9.
- Spaeth GL. Physicians are responsible for the practice of "defensive medicine". *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*. 1983;14:1009–10.
- Giligan C. In a Different Voice. Boston, MA: Harvard University Press; 1982.
- Cruz-Valiño AB. Medicina defensiva: significado vs medición. *An Sist Sanit Navar*. 2019;42:109–11, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0383>
- Surtees R. 'Everybody expects the perfect baby, and perfect labour, and so you have to protect yourself': discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/New Zealand. *Nurs Inq*. 2010;17:82–92, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00464.x>
- Seoane JA. ¿A quién pertenece la historia clínica? Una propuesta armonizadora desde el lenguaje de los derechos. *Derecho y Salud*. 2002;10:231–54.
- Consello de Bioética de Galicia. Ancianidad y Bioética. 2018: Santiago de Compostela. Disponible en: https://www.sergas.es/Bioetica/Documents/148/libro_DEF_ancianidade_190918.pdf.
- Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*. 2009;148:206–21, <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-60750-043-8-206>
- Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, et al. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. *Rev Calid Asist*. 2016;31:20–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
- Jameton A. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993;4:542–51.
- Fernández E, García AM. Sr Director: la importancia de las Cartas al Director. *Gac Sanit*. 2005;19:354–5.

A.B. Cruz-Valiño^{a,b}

^a *Facultade de Dereito, Universidade da Coruña, A Coruña, España*

^b *Grupo de investigación Filosofía, Constitución y Racionalidad, Universidade da Coruña, A Coruña, España*
Correo electrónico: ana.cvalino@udc.es

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.005>
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.