

Respuesta hospitalaria ante los eventos adversos: programa de apoyo entre compañeros



Hospital response to serious adverse events: Peer support program

Sra. Directora:

En el contexto sanitario, los eventos adversos (EA) graves pueden repercutir negativamente sobre los profesionales implicados. Cuando ocurre un incidente que causa daño grave al paciente, se pueden desarrollar en los profesionales síntomas traumáticos similares a los que se generan en las situaciones de crisis o catástrofes¹. El hecho de que el profesional no resuelva adecuadamente el impacto emocional puede, además, desembocar en nuevos incidentes. En España, desde hace más de una década, se está prestando atención a este aspecto. Sin embargo, el diseño y la puesta en marcha de acciones para dar respuesta a estas situaciones es aún un tema incipiente en muchos hospitales². La creación de planes de respuesta rápida ante los EA es una cuestión compleja dada la multidimensionalidad del incidente al ser contemplado desde un marco sistémico. En este sentido, puede ser enriquecedor compartir las intervenciones y las experiencias que van apareciendo, así como las acciones concretas para el manejo del impacto emocional de los profesionales.

Seguindo el modelo de Scott et al., se estima que la mayor parte de los profesionales implicados en EA graves se recuperan de forma natural al recibir la ayuda de los compañeros y familiares, este es el primer nivel de ayuda³. No obstante, algunos profesionales pueden desarrollar reacciones más intensas y prolongadas, lo que algunos autores han denominado el «síndrome de la segunda víctima»⁴, necesitando una atención más específica para recuperarse (segundo nivel de ayuda).

Desde hace algo más de un año, en el hospital de referencia de la Comunidad de las Islas Baleares (alrededor de 700 camas y 5.000 profesionales) se ha implantado un plan de respuesta que incluye un sistema de notificación propio (Not-i-Fic), diferentes grupos de análisis y gestión de los EA y el grupo de apoyo emocional a los profesionales afectados por EA. La constitución de este último, denominado grupo de apoyo de segundo nivel (*Grup de suport de segon nivell* [GS2]), se basa fundamentalmente en la metodología propuesta por Scott et al.³. Se trata de un grupo que cuenta con 10 profesionales, en su mayoría sanitarios. La incorporación al grupo es totalmente voluntaria, existiendo los siguientes requisitos: tener conocimientos avanzados de psicología, conocer el protocolo de actuación y firmar la declaración del compromiso de confidencialidad. El GS2 se reconoce como un grupo de mejora en el hospital, su función principal es ofrecer apoyo emocional «entre pares» a los profesionales implicados en EA. Por otro lado, también realiza talleres prácticos de primeros auxilios emocionales debido a su importancia en los primeros momentos tras el incidente.

La intervención se desarrolla cuando el profesional manifiesta la necesidad de ser atendido y solicita este recurso, puede hacerlo por contacto telefónico o a través de una

aplicación en la intranet del hospital. En líneas generales, la sesión de apoyo consta de los siguientes pasos: crear un entorno seguro y confidencial para favorecer la ventilación emocional del profesional, reforzar la autoestima personal y laboral, comentar las recomendaciones para restablecer el equilibrio emocional, facilitar el acceso *online* a la Escala de Impacto Emocional Revisada para su autoevaluación psicológica⁵ y ofrecer seguimiento o derivar a la atención especializada si es necesario.

La información sobre este servicio de apoyo ha sido difundida a través de sesiones con los responsables de los distintos servicios y unidades, el boletín de seguridad del paciente (publicación intrahospitalaria), los folletos informativos del GS2 y en los talleres para los profesionales.

Tras un año y pocos meses de la implantación del programa, se ha proporcionado apoyo a 5 profesionales y se ha realizado una sesión de *debriefing* grupal^{6,7}. Los profesionales han manifestado una valoración positiva después de recibir el apoyo y solo 2 han requerido un seguimiento. Posiblemente haya habido en este periodo más personas implicadas en EA que no han solicitado la ayuda al GS2. Esto podría deberse a numerosos aspectos señalados en la literatura, como el miedo a posibles consecuencias legales, la persistencia de la cultura punitiva, el desconocimiento del recurso o la creencia de pedir ayuda como signo de debilidad^{8,9}.

Para recoger la opinión sobre esta respuesta de apoyo ante los EA, se pasó una breve encuesta anonimizada a los 82 profesionales que habían sido informados sobre el GS2 en los talleres, sesiones o reuniones, de los cuales 45 respondieron (54,8%). Se preguntó si creían necesario contar con este recurso en el hospital, la facilidad de acceso al mismo y si recomendarían este grupo de apoyo a un compañero afectado.

El 95,5% (43 profesionales) manifestó que el GS2 es necesario o muy necesario. Respecto a si les parecía fácil solicitar el apoyo el 8,8% (4 profesionales) consideraron que no es fácil, el 35,5% (16 profesionales) opinó que es relativamente fácil y el 13,3% (6 profesionales) que es fácil o muy fácil. Finalmente, el 93,3% de los encuestados (42 profesionales) recomendaría el GS2 a los compañeros afectados.

Con todo ello, los siguientes pasos se dirigen a continuar haciendo difusión sobre el GS2 y la forma de solicitar el apoyo. Es importante fomentar la cultura de aprendizaje y prevención a través de la gestión de los EA y, por otra parte, es imprescindible objetivar la eficacia del apoyo prestado y el plan de respuesta ante los EA en general, para ello, se ha puesto en marcha un plan de evaluación similar al de otros centros utilizando un enfoque metodológico mixto¹⁰.

Grupo de apoyo de segundo nivel (*Grup de suport de segon nivell* [GS2])

Adelaida Albert Moral, Catalina Omar Amengual, Rosa Robles González y José Ángel Rubiño Díaz (Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Son Espases); María Dolores Alonso Llobregat (Servicio de Hematología, Hospital Universitario Son Espases); Carmen Bermúdez de la Puente e Iratxe Aguirre Orúe (Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Son Espases); María Jesús Hernández-Coronado Quintero (Subdirección Médica, Hospital Universitario Son Espases),

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.