

Salud Segura



ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 8, Número 2
2º trimestre
ABRIL-JUNIO 2020

NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071

<http://www.murciasalud.es/saludsegura>

Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, M^oDolores Beteta, Antonia Ballesta, José Blanco, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

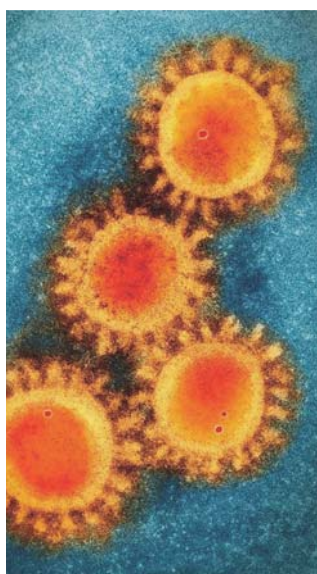
Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: saludsegura.area1.sms@carm.es

EN ESTE NÚMERO:

- *Seguridad del paciente en tiempos de coronavirus*
Núcleo de Seguridad
- *Las segundas víctimas: otro problema relacionado con la seguridad del paciente.*
Inmaculada Vidal-Abarca.
- *Proceso de atención a segundas víctimas en el Área 1 Murcia-Oeste Arrixaca*
Inmaculada Vidal-Abarca, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Lola Beteta
- *Profesionales sanitarios ¿segundas víctimas del COVID19?*
Joaquín León

Seguridad del paciente en tiempos de coronavirus

Núcleo de Seguridad



La seguridad del paciente es una de las dimensiones básicas de la calidad asistencial, ya que agrupa todo lo relacionado con la prevención de la iatrogenia y, por tanto, condiciona los resultados en todas las demás. La llegada de la pandemia por COVID19 ha sacudido con fuerza a todos los procesos asistenciales, y hemos tenido que reorganizar cómo atender a los pacientes en este nuevo contexto. Parece que en el Área 1 – Arrixaca no lo estamos haciendo nada mal, pues hemos sido capaces de adoptar cambios rápidos dentro y fuera del hospital que nos han permitido pasar con nota el “test de estrés” hasta “aplanar la curva”. Sin embargo, cabe

preguntarnos ¿qué ha pasado entretanto con la seguridad de los pacientes?

- En primer lugar, nos debe hacer pensar. Nos ha hecho ver la escasa efectividad que hemos tenido en nuestro intento secular de crear una adecuada cultura de seguridad y de implantar y elaborar prácticas

seguras. Una pandemia ha sido mucho más útil en concienciar sobre la absoluta necesidad de realizar una correcta higiene de manos que todos nuestros (muchos) esfuerzos anteriores, por ejemplo. No hemos sabido transmitir el peligro del lobo sin que éste mostrara sus orejas. Ciertamente, en el futuro habrá que ensayar otras aproximaciones.

- Además, está el lugar de la seguridad en los pacientes durante esta crisis. ¿Hemos sido capaces de rediseñar su atención garantizándola de forma adecuada, haciéndola un eje consciente de nuestra atención? Esto tanto en los pacientes COVID (ensayo de medicamentos sin evidencia suficiente y con potenciales efectos secundarios, como azitromicina e hidroxicloroquina, por poner un ejemplo) y en los No-COVID (atención de procesos graves o urgentes, por poner otro). ¿Qué hemos hecho bien y qué no? Hay que meditar sobre esto.
- Por fin, no se puede dejar de pensar en las segundas víctimas. El estrés y el cansancio favorecen los errores asistenciales en los profesionales, que además han tenido que hacer frente a decisiones que pueden condicionar el pronóstico de pacientes y/o de terceros. El impacto en ellos no es baladí, máxime cuando además el riesgo de contagio y de pasar a ser primera víctima es patente. Deberíamos estar preparados para prevenir, detectar y gestionar estas situaciones lo mejor posible.

En conclusión, la pandemia nos ha servido para demostrar puntos fuertes y áreas de mejora en la seguridad de los pacientes que atendemos. Aprovechemos ambos.

Las segundas víctimas: otro problema relacionado con la seguridad del paciente

Inmaculada Vidal-Abarca

Médico. Unidad de Calidad Asistencial

En estos días especialmente duros y llenos de incertidumbre, queremos hablaros del impacto físico y emocional que un incidente de seguridad o evento adverso (EA), que ocurra (dentro o fuera del contexto de la pandemia COVID-19), puede provocar en los profesionales sanitarios involucrados.

Un EA es aquel "daño o complicación no intencionada que resulta de la asistencia sanitaria, y no responde a la enfermedad o al estado subyacente del paciente, y que provoca una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte". A pesar de que uno de las dimensiones integrantes de la calidad asistencial es mejorar la seguridad del paciente y un objetivo importante del Área, la ocurrencia de un incidente de seguridad durante la práctica asistencial con repercusión relevante para el paciente es, en ocasiones, inevitable.

Sabemos que los más perjudicados cuando se produce un EA son, evidentemente, el paciente y sus familiares (les podemos llamar primeras víctimas), pero no son ellos los únicos que sufren sus consecuencias. También son víctimas los profesionales sanitarios que se ven involucrados, directa o indirectamente, en el EA y sufren emocionalmente a consecuencia de ello (las segundas víctimas, SV) así como las instituciones sanitarias afectadas y que son las denominadas terceras víctimas.

En el año 2000, Wu comenzó a usar el término de segundas víctimas refiriéndose con él a "todo profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación". Más tarde Scott et al. ampliarían esta definición a "**todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso**".

A pesar de los esfuerzos del Núcleo de Seguridad y los Equipos Directivos, en más ocasiones de las que nos gustaría, el abordaje de un EA en los servicios, unidades o equipos aún se realiza desde un enfoque punitivo o centrado en la persona. Esto es, se "achaca" directamente ese EA a fallos directos del o de los profesionales involucrados. Se habla entonces de despistes, olvidos, imprudencias, desmotivación, etc. Esta manera de pensar lleva, erróneamente, a creer que lo importante es averiguar quién ha cometido el error. Identificado el "culpable", se pueden tomar medidas disciplinarias. No se contempla de ningún modo el aprendizaje basado en la experiencia.

Cuando sucede un evento adverso la pregunta que debemos hacernos no es "¿quién ha sido?", sino "¿qué ha pasado?"

**¿QUIÉN HA SIDO?
¿QUÉ HA PASADO?**

Sin embargo, es imprescindible que entendamos que una correcta gestión de riesgos debe seguir el modelo sistémico, que propone la comunicación abierta como herramienta principal para conocer "qué, cómo y porqué" ha sucedido un EA. Así, podemos aprender de nuestros errores e implementar nuevas "barreras de seguridad" en el sistema creando un ambiente cada vez más seguro para la atención de nuestros pacientes.

ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Según algunos estudios realizados en los últimos años, se estima que en España el 60% de los profesionales sanitarios de atención primaria y el 70% de los de hospital han vivido, ellos mismos o de manera indirecta, una experiencia como segunda víctima, y que aproximadamente el 15 % de todos los profesionales sanitarios han estado involucrados en un EA grave.

Las consecuencias físicas y emocionales que algunos de estos incidentes generan en las SV son diversos y de intensidad variable, según las características individuales de cada profesional. Estos síntomas surgen no sólo de la sensación de culpabilidad que el profesional siente por el daño generado en el paciente (en ocasiones irreparable y permanente), sino por el duelo paralelo que sufren de sus propios compañeros y de la institución para la que trabajan y que en ocasiones le llevan a cuestionar su capacidad para la toma de decisiones clínicas e incluso para continuar ejerciendo su profesión. Pueden durar solo unos días o unas semanas, pero en ocasiones estos síntomas permanecen meses o incluso toda la vida.

Para conocer la situación real de nuestros profesionales y con la intención de dar una respuesta adecuada tras un EA grave, en el año 2015 se creó una página web en la Comunidad Valenciana (<http://www.segundasvictimas.es>), que incluye, entre otros documentos, una "**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" elaborada por un grupo de investigación liderado por el Dr. Mira.

Según este grupo, una entrevista inicial hecha lo más pronto posible, con un compañero de su entorno laboral más cercano, con la intención de escuchar, donde el profesional pueda expresar sus sentimientos sin un enfoque punitivo, sino de ayuda franca, es un magnífico punto de partida para valorar la situación emocional tras el incidente y su capacidad para afrontar las consecuencias del mismo.

La identificación temprana de signos o síntomas de alarma que indiquen la necesidad de una ayuda más especializada y continua en el tiempo, así como proporcionar un adecuado asesoramiento jurídico ante las dudas de las consecuencias legales que se puedan generar, además de reorganizar la asistencia laboral disminuyendo la carga, variando turnos o incluso posibilitando una baja laboral temporal si fuese necesaria, son algunas de las medidas recomendadas por estos expertos que deberían estar implantadas y disponibles tanto en los hospitales como en los centros de salud de nuestro sistema sanitario. No hay que olvidar tampoco el papel activo que deben tener los equipos directivos para restablecer y contribuir a mantener la reputación de los profesionales sanitarios y de la propia institución.

¿Y EN LA ARRIBACA?

Siendo conscientes de la importancia de este tema, con la intención de mejorar la cultura de seguridad de nuestro entorno y de dar un apoyo activo e integral a nuestros profesionales, el Núcleo de Seguridad ha elaborado y aprobado la puesta en marcha del "PROCESO DE ATENCIÓN SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL ÁREA 1 MURCIA-OESTE" que esperamos esté activo tras el verano.

Proceso de Atención a segundas víctimas en el Área 1 Murcia-Oeste - Arrixaca

Immaculada Vidal-Abarca, Julio López-Picazo, Juana M^a Marín, Lola Beteta
Núcleo de Seguridad

El Núcleo de Seguridad y la Dirección aprueban la puesta en marcha del proceso de atención a segundas víctimas.

El término "segundas víctimas" hace referencia al profesional sanitario, cuando ésta queda traumatizado por estar involucrado en un evento adverso. Incluye también a aquellos profesionales que no se ven capaces de afrontar emocionalmente las consecuencias en un evento grave.

Estas reacciones incluyen confusión, dificultades de concentración en las áreas, obnubilación, dificultades de concentración, sentimientos de culpa, ansiedad, pérdida de autoestima, dificultades para disfrutar de un sueño reparador, se revive el evento una y otra vez, cambios de humor, primero en casa y luego en el trabajo, y dudas sobre las decisiones clínicas que debe adoptar a partir de ese momento. También tienen miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación que les puede acarrear. Estas sensaciones pueden durar solo unos días o unas semanas, pero en ocasiones pueden durar meses o toda la vida.

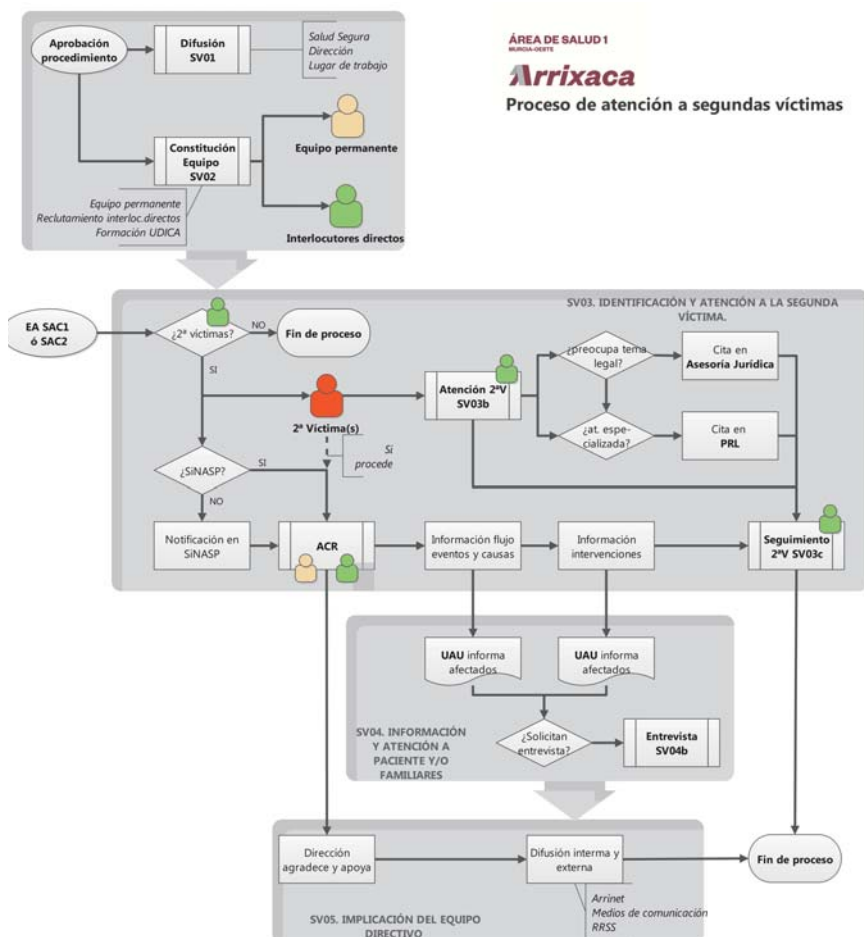
Un grupo de trabajo del núcleo de seguridad ha desarrollado un proceso para atender a estos compañeros, que esperamos esté activo después del verano.

Su misión es atender y apoyar de forma integral a cualquier profesional sanitario que se ha visto involucrado directa o indirectamente en un evento adverso, para reducir su impacto y las consecuencias que le haya podido generar.

Además de las de otros clientes del proceso, se pretende dar respuesta a las siguientes necesidades y expectativas de los profesionales sanitarios:

- Protocolos de actuación claros y actualizados.
- Saber gestionar un evento adverso (¿quién informa?, ¿cómo?, ¿cuándo?).
- Cultura de seguridad adecuada.
- Atención inmediata y personalizada tras un EA.
- Asesoramiento jurídico.
- Respeto y comprensión por parte de compañeros, jefes y de la propia dirección
- No culpabilización ni rechazo.
- Mitigar las consecuencias que ha tenido el EA sobre el paciente y /o sus familiares.
- Implantar medidas que eviten que el error vuelva a ocurrir.

Podemos afirmar sin temor a equivocarnos que se trata de una herramienta pionera en nuestro país, que hace falta y que puede contribuir a mejorar la cultura de seguridad y por ello, la seguridad de los pacientes que atendemos.



En su diseño cuenta con la participación activa del propio núcleo de seguridad, la UCA y la UDICA, los referentes de calidad y seguridad de servicios y unidades, la dirección, el servicio de prevención de riesgos laborales, la asesoría jurídica, la unidad de atención al usuario, docencia y comunicación.

Como veis en la figura de la izquierda, se organiza alrededor de 5 procedimientos principales:

- 2 se ocupan de la creación de la estructura necesaria y su formación, y de dar a conocer a los profesionales este recurso;
- otros 2 de la detección, atención y seguimiento de las segundas víctimas y, por fin,
- un 5º, de la información debida al paciente o sus familiares.

Lo tenéis disponible en arrinet (calidad/seguridad del paciente).

Profesionales sanitarios ¿segundas víctimas del COVID19?

Joaquín León Molina

PhD, Documentalista; Enfermero Consulta Valoración Geriátrica de la Arrixaca, Grupo ENFERAVANZA (IMIB-Arrixaca).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por COVID-19, es una infección aguda potencialmente grave causada por un coronavirus identificado como la causa de un brote de neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan, China, en diciembre de 2019. La situación ha evolucionado hasta la situación de pandemia en marzo de 2020 de riesgo global como muy alto (1). La presentación clínica es la de una infección respiratoria con síntomas que varía desde una enfermedad leve similar al resfriado común hasta una neumonía viral grave que conduce al síndrome de dificultad respiratoria aguda potencialmente mortal (2, 3).

Las pandemias se han producido a lo largo de la historia; pero los planes de preparación aparecieron en la década de los 90 (4). Siguiendo la guía de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud de 2003 adoptó una resolución que pedía el desarrollo de planes de preparación para una pandemia mundial. El impacto global causado por el SARS en 2003 impulsó la adopción en 2005 del primer Reglamento Sanitario Internacional[1]. Ese mismo año, la OMS publicó su primera guía global y lista de verificación para la planificación de pandemias[2]. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) inició sus operaciones en mayo de 2005 e



hizo su preparación para la pandemia primera prioridad específica de la enfermedad[3]. A partir de la experiencia de la pandemia de N1H1 en 2009[4] y los aspectos de la preparación para la pandemia que deberían mejorarse se propusieron una serie de desarrollos basados en vacunaciones y planificación hospitalaria.

Aiello (6), en 2012, advierte de la posibilidad de una pandemia con alta mortalidad, altas demandas de atención médica, absentismo laboral de profesionales sanitarios (PS), racionamiento de atención médica y estrés psicológico en la población general y en los PS en particular.

Para salvar vidas durante una pandemia se requiere una atención especializada y exigente en una unidad de cuidados intensivos, donde el ingreso es largo y costoso (7). Es previsible que países enteros se enfrenten a importantes limitaciones y grave escasez de recursos de cuidados críticos de forma que algunos pacientes no podrían acceder a intervenciones básicas para mantener la vida. Devereux (8) en 2008 sugiere una serie de medidas de planificación destacando el triaje, la preparación del PS y la investigación. Ya en el año 2005 un artículo (9) advertía que, a pesar de experiencias y avisos, "lo más preocupante es la ignorancia y la apatía de la gente".

Búsqueda bibliográfica

Partiendo de que las principales víctimas de una pandemia son los pacientes y sus familiares, queremos testar si en anteriores pandemias los PS han sido también potenciales víctimas. Se ha realizado, en marzo y abril de 2020, una búsqueda en las bases de datos WOS y PUBMED, sobre pandemias del siglo XXI y cómo afectan a los PS.

Los trabajos identificados hablan del impacto en los PS ya que tienen un riesgo mucho mayor de infección que la población en general. Se incluyen el aspecto psicológico, social, riesgo de contagio, absentismo, preparación profesional, familia, etc... Suele tratarse de estudios en base a encuestas a los PS antes, durante y después de experiencias de pandemias. Esta búsqueda formará parte de un trabajo que el Grupo ENFERAVANZA (IMIB-Arrixaca) está realizando con los objetivos de explorar y describir el impacto psicosocial de la crisis del COVID-19 en PS en España, analizar la influencia del agotamiento físico y psicológico, la falta de recursos y medios de pro-

tección, miedo al contagio y a contagiar en el rendimiento y eficacia profesional y estudiar los efectos de trabajar expuesto a pacientes con COVID-19 en la salud a medio largo plazo de los profesionales sanitarios. Destacamos algunas aportaciones de la literatura sobre impacto en PS durante emergencias sanitarias recientes, como la de Covid-19 de 2020.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Riesgo de exposición y contagio

Los PS, al estar en el frente de la lucha contra las enfermedades infecciosas, corren el riesgo de contraerlas y han sido identificados como uno de los grupos de alto riesgo de infectarse durante una pandemia (10). La mayoría de PS se siente preparado personalmente, pero está preocupado por su exposición (11). Las enfermeras tienen un mayor riesgo (12-19).

Aumento de la demanda asistencial

Las emergencias sanitarias crean desafíos para un Servicio de Salud en términos de demanda asistencial clínica y de recursos disponibles (19). Cuando es causada por una enfermedad infecciosa, estos desafíos se magnifican para los PS, pues se espera que lideren la respuesta (20).

Rosoff (21) destaca que las organizaciones de salud y agencias gubernamentales, ante la posibilidad de una pandemia altamente virulenta, preparan información detallada y planes que contemplan una mayor necesidad de recursos médicos de los disponibles. Se prevé una situación tal que no todas las personas recibirán atención. Incluso si hubiera suficiencia de vacunas, camas de hospital, respiradores y antibióticos, se espera que haya un gran número de muertes y estrés. Los desafíos de cuidar a los incurables, a los PS y a los sobrevivientes y sus familias. Las demandas sin precedentes incluyen desafíos éticos y médicos.

Impacto psicológico

Los PS exhiben niveles de estrés debido al aumento en la carga de trabajo (20). Una revisión sistemática (22) examina el impacto potencial en el PS militar americano que apoyó la respuesta al ébola en África occidental y cómo podrían estar en riesgo, independientemente del nivel de exposición o de trastornos de salud mental (23). Los PS percibían mayor riesgo de padecer angustia psicológica, insomnio, abuso de alcohol, consumo de drogas, síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad. En un estudio (24) una muchos PS experimentaron niveles altos de preocupación y angustia psicológica por la pandemia (Influenza A H1N1). Otro (25) confirma que, en un entorno de pandemia, los nuevos episodios de trastornos psiquiátricos son más frecuentes entre PS con antecedentes; por ello es importante que los PS estén atentos a su riesgo personal para responder rápidamente a los síntomas emergentes de ansiedad o depresión. El Gaafary (26) encontró, en emergencia sanitaria, mayor estrés (laboral y no laboral) entre médicos que en enfermeras debido, posiblemente, a su preparación psicológica. Para Kilic (27), las enfermeras pueden mejorar su propia resistencia y reducir el estrés laboral a través del apoyo psicológico.

Impacto en familia y sociedad

Existe una clara disminución en la disposición a trabajar a medida que las familias se consideran en riesgo de enfermedad o muerte (28). Se evidencia así importante papel que juega la preocupación por la familia en la disposición y capacidad de trabajo del PS. Otras inquietudes eluden el ostracismo social para ellos y sus familias (11). Pocos PS restringieron sus contactos sociales, mientras que un bajo porcentaje tomaría un permiso para evitar la infección (24). Los gestores deberían pues aumentar la probabilidad de que las enfermeras cuiden a los pacientes a través de acciones que se centren en mantener

la seguridad tanto de la enfermera como de su familia (28).

Absentismo

El grado de preocupación se asoció con absentismo intencional y restricción de los contactos sociales (24). El estudio de Martin SD (28) cuestiona que si bien la mayoría de los encuestados informaron estar dispuestos a trabajar durante una pandemia, pronosticó que según aumente la gravedad del evento, la disposición y la capacidad para trabajar disminuirán. Los resultados del estudio de Shiao (29) indican que, durante el brote de SARS en Taiwán, el aumento de la carga de trabajo y el estrés, las relaciones sociales dañadas debido al riesgo de infección y el riesgo percibido de muerte personal por SARS fueron predictores importantes para que el PS considerara seriamente dejar su trabajo. Existe disminución en la disposición a trabajar a medida que disminuye la disponibilidad de equipos de protección individual (28).

Formación e información

Abordar las preocupaciones y mejorar el nivel de preparación es crucial para fortalecer la respuesta del PS ante cualquier brote (11). Un estudio (26) proporciona una visión de temores y preocupaciones e información sobre la percepción de preparación de las enfermeras (19), reflejando la demanda de más información y cursos de capacitación sobre la naturaleza de la pandemia y sus consecuencias, complicaciones y métodos de prevención de infecciones. Aiello (6) aprovecha las lecciones aprendidas del impacto del SARS para mejorar la preparación en la pandemia de H1N1. Diez temas clave surgieron repetidamente de los comentarios del PS del hospital que asistió a una acción formativa:

- Equilibrio trabajo-familia;

- Profilaxis antiviral;
- Necesidad de información confiable, consistente y oportuna;
- Educación y preparación de las familias de empleados y la comunidad;
- Preocupaciones éticas y equidad;
- Visibilidad y presencia de liderazgo;
- Valorar las contribuciones del personal de primera línea;
- Abordar la desconfianza o el miedo a los trabajadores de la salud;
- Necesidad de información sobre cómo el personal puede ser redistribuido a tareas inusuales y áreas de trabajo;
- Necesidad de capacitación continua en resiliencia.

Las intervenciones para capacitar en control de infecciones y abordar las necesidades psicológicas de las enfermeras comunitarias podrían aumentar su disposición a brindar atención a los pacientes de la comunidad durante la pandemia de influenza H1N1 (10).

Wong (20) comparó las preocupaciones, el impacto percibido y la preparación para una pandemia de influenza entre los PS de atención primaria pública y los de atención médica terciaria. Los PS en los centros de ambos centros se sintieron preparados para una pandemia. Sus preocupaciones fueron los riesgos de enfermarse por la exposición y la posibilidad de ostracismo social de ellos y sus familias. Aunque los niveles de preparación eran altos, las preocupaciones del PS podrían afectar su efectividad en una pandemia, lo que debería abordarse incorporando estrategias ad hoc. Para Collado (30), sería recomendable mejorar la comunicación sobre las medidas preventivas en periodos de pandemia para aumentar su adherencia así como dar apoyo psicológico al PS.

Políticas de apoyo

El apoyo administrativo y emocional adicional para crear un entorno más favorable durante una pandemia es fundamental (29). Las políticas hospi-

talarias deberían tratar de satisfacer las necesidades de información de los PS a fin de proporcionar las mejores condiciones de trabajo posibles en momentos de extrema angustia del personal sanitario público (24). Los PS que se sienten bien apoyados y entrenados experimentan una mejor salud mental a largo plazo (25). Entre los PS que corren alto riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico por factores no modificables (menos experiencia o antecedentes de un trastorno psiquiátrico), los esfuerzos del hospital para ofrecer apoyo práctico y emocional y proporcionar capacitación en tareas novedosas y protección personal mejoran la resiliencia. Es vital que los gestores tengan en cuenta los temores y las preocupaciones de los PS (19). Así estarán en mejores condiciones para mejorar el ambiente de trabajo y brindar una atención más efectiva a la comunidad. Para analizar los efectos del estrés en PS y ayudar a manejar conflictos de roles difíciles durante los brotes de enfermedades infecciosas, O'sullivan realizó un estudio (31) con cinco grupos focales. Concluye que los apoyos sociales y organizacionales son críticos para ayudar a amortiguar los efectos del estrés en PS y ayudar a manejar conflictos. Matsuishi (32) examinó el estrés en los PS que respondieron a la pandemia H1N1 de 2009. Concluye que es esencial que hospitales y gobiernos realicen campañas públicas para proteger al PS. El suministro frecuente de información sobre la pandemia y los servicios psiquiátricos de enlace podría ayudar a reducir el estrés y el impacto psicológico en los PS. Según Kok (33), los PS percibieron muchos riesgos para sí mismos como resultado de su exposición. Identificó factores organizativos, individuales y demográficos clave que influyeron en sus percepciones de los riesgos. Los PS adoptan estrategias para mitigar sus riesgos de exposición. Las estrategias organizacionales, como aumentar su nivel personal de preparación, son vitales para reducir sus percepciones de riesgo. Un trabajo (34) sobre la pandemia (H1N1) 2009 destaca el desafío que su-

puso para el PS. Para mantener la función hospitalaria en situaciones de pandemia, es importante comprender los factores que aumentan y disminuyen la disposición al trabajo; algunos factores tienen efectos contradictorios porque aumentan la motivación y la duda. Dar a los PS la sensación de que están siendo protegidos es especialmente valioso, porque aumenta su motivación y reduce sus dudas para trabajar.

CONCLUSIONES

Las pandemias causan importantes pérdidas de vida y económicas. La bibliografía al respecto no es escasa y sirve de llamada de atención para la previsión de la gestión con la implementación de medidas. Sin embargo quedan muchas preguntas y mucho trabajo por hacer, y sobre todo voluntad política para implementarlas. El modelado en la preparación para futuros brotes y el conocimiento sobre la capacidad de respuesta debe basarse en la práctica basada en la evidencia.

Las preocupaciones de los autores se centran con frecuencia en el impacto en PS (psicológico, social, riesgo de contagio), en la necesidad de investigación y planteamientos de ordenación y planificación, y en la necesidad de información, formación, capacitación y preparación de los PS.

Es importante el compromiso de los Gobiernos, los Servicios de Salud y del PS en todos los niveles de atención para proporcionar toma de decisiones estratégicas y recursos suficientes. Cambio cultural en el pensamiento para la gestión y reconocer el impacto en PS que tienen que tomar decisiones.

Durante 2020 estamos experimentando la realidad de una pandemia de consecuencias hasta hoy impensables. Creemos vivir una distopía. Era una pandemia anunciada pero ¿estamos preparados para pandemias?

WEB:

OMS: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades: https://espanol.cdc.gov/enes/coronavirus/2019-ncov/index.html?CDC_AA_reVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Findex-sp.html

Ministerio Sanidad y Consumo: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe (año 2005):

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspa%20nol.pdf>

En Murcia:

<https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=455585>

<https://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=6514>

<https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=106861&IDTIPO=10&RASTRO=c5m122.70>

BIBLIOGRAFÍA

- Xu X. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *BMJ Best Practice*. 2020; 94. Accessible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168/pdf/3000168/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>
- Ren LL, Wang YM, Wu ZQ, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32004165>
- Shetty R, Ghosh A, Honavar SG, et al. Therapeutic opportunities to manage COVID-19/SARS-CoV-2 infection: Present and future. *Indian J Ophthalmol*. 2020. Accessible en: https://www.researchgate.net/publication/340251804_Therapeutic_opportunities_to_manage_COVID-19SARS-CoV-2_infection_Present_and_future [visitado 01/04/2020]
- Nicoll A, Brown C, Karcher F, et al. Developing pandemic preparedness in Europe in the 21st century: experience, evolution and next steps. *Bull World Health Organ*. 2012; 90(4): 311-7. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511829>
- Weber DJ, Sickbert-Bennett EE, Kanamori H, et al. New and emerging infectious diseases (Ebola, Middle Eastern respiratory syndrome coronavirus, carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, Candida auris): Focus on environmental survival and germicide susceptibility. *Am J Infect Control*. 2019; 47S: A29-A38. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132701/pdf/main.pdf> [visitado 01/04/2020]
- Aiello A, Khayeri MY, Raja S, et al. Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *J Contin Educ Health Prof*. 2011; 31(1): 15-20. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425355>
- Rodríguez González Moro J, Alvaro Álvarez D. Gripe A: la primera pandemia del siglo XXI. *Revista de patología respiratoria Órgano de difusión de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica*. 2009; 12(4). Accessible en: https://www.revistadepatologiasrespiratoria.org/descargas/pr_12-4_146-148.pdf
- Devereaux AV, Dichter JR, Christian MD, et al. Definitive care for the critically ill during a disaster. *Med*. 2016; 181(11): e1515-e31. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27849485>
- Fährnich C, Denecke K, Adeoye OO, et al. Surveillance and Outbreak Response Management System (SORMAS) to support the control of the Ebola virus disease outbreak in West Africa. *Euro Surveill*. 2015; 20(12). Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25846493>
- Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, et al. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010; 10: 322. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21062471>
- Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS, et al. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2008; 59(1): 91-5. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18182545>
- El Gaafary MM, Abd Elaziz KM, Abdel-Rahman AG, et al. Concerns, perceived impacts and preparedness of health care workers in a referral hospital in Egypt in facing influenza (H1N1) epidemic. *J Prev Med Hyg*. 2010; 51(3): 105-9. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21361114>
- Kilic N, Simsek N. Psychological first aid and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 9(3): 212-8. Accessible en: <Go to ISI>://WOS:000441613100010
- Martin SD. Nurses' ability and willingness to work during pandemic flu. *J Nurs Manag*. 2011; 19(1): 98-108. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21223410>
- Shiao JS, Koh D, Lo LH, et al. Factors predicting nurses' consideration of leaving their job during the SARS outbreak. *Nurs Ethics*. 2007; 14(1): 5-17. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17334166>
- Collado Hernández B, Torre Rugaría Y. Attitudes toward the risk prevention in health professionals in cases of epidemiological alert. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2015; 61(239): 233-53. Accessible en: <Go to ISI>://SCIELO:S0465-546X2015000200009
- O'Sullivan TL, Amarantunga C, Phillips KP, et al. If schools are closed, who will watch our kids? Family caregiving and other sources of role conflict among nurses during large-scale outbreaks. *Prehosp Disaster Med*. 2009; 24(4): 321-5. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19806556>
- Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012; 66(4): 353-60. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624741>
- Koh Y, Hegney DG, Drury V. Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases. *Int J Evid Based Healthc*. 2011; 9(4): 403-19. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22093389>
- Imai H, Matsuishi K, Ito A, et al. Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health*. 2010; 10: 672. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21050482>
- a framework for allocation of scarce resources in mass critical care: from a Task Force for Mass Critical Care summit meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. *Chest*. 2008; 133(5 Suppl): 51S-66S. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460506>
- Cuetos Martínez C, Ortiz FM. H5N1 ¿Segunda pandemia del siglo XXI? (Segunda y última parte). *Boletín Médico; Facultad de Medicina UAS*. 2005; 10(1). Accessible en: <https://bi-blat.unam.mx/hevila/BoletinmedicoCuliacanMexico/2004-05/vol1/no8-9/5.pdf>
- Wong EL, Wong SY, Kung K, et al. Will the community nurse continue to function during H1N1 influenza pandemic: a cross-sectional study of Hong Kong community nurses? *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 107. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433691>
- Wong TY, Koh GC, Cheong SK, et al. A cross-sectional study of primary-care physicians in Singapore on their concerns and preparedness for an avian influenza outbreak. *Ann Acad Med Singapore*. 2008; 37(6): 458-64. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18618056>
- Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, et al. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev*. 2000; 13(3): 385-407. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10885983>
- Guo YL, Shiao J, Chuang YC, et al. Needlestick and sharps injuries among health-care workers in Taiwan. *Epidemiol Infect*. 1999; 122(2): 259-65. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10355790>
- Horcajada JP, Pumarola T, Martínez JA, et al. A nosocomial outbreak of influenza during a period without influenza epidemic activity. *Eur Respir J*. 2003; 21(2): 303-7. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12608445>
- Ippolito G, Puro V, De Carli G. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. *Italian Multicenter Study. The Italian Study Group on Occupational Risk of HIV Infection. Arch Intern Med*. 1993; 153(12): 1451-8. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8512436>
- Li Y, Wang H, Jin XR, et al. Experiences and challenges in the health protection of medical teams in the Chinese Ebola treatment center, Liberia: a qualitative study. *Infect Dis Poverty*. 2018; 7(1): 92. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30134982>
- Salgado CD, Farr BM, Hall KK, et al. Influenza in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis*. 2002; 2(3): 145-55. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11944184>
- Sepkowitz KA. Tuberculosis control in the 21st century. *Emerg Infect Dis*. 2001; 7(2): 259-62. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11294719>
- McMullan C, Brown GD, O'Sullivan D. Preparing to respond: Irish nurses' perceptions of preparedness for an influenza pandemic. *International Emergency Nursing*. 2016; 26: 3-7. Accessible en: <Go to ISI>://WOS:000376459800002
- Wong TY, Koh GCh, Cheong SK, et al. Concerns, perceived impact and preparedness in an avian influenza pandemic--a comparative study between healthcare workers in primary and tertiary care. *Ann Acad Med Singapore*. 2008; 37(2): 96-102. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18327343>
- Rosoff PM. The ethics of care: social workers in an influenza pandemic. *Soc Work Health Care*. 2008; 47(1): 49-59. Accessible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956512>
- Vyas KJ, Delaney EM, Webb-Murphy JA, et al. Psychological Impact of Deploying in Support of the U.S. Response to Ebola: A Systematic Review and Meta-Analysis of Past Outbreaks. *Mil*