

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA**

“Santa María de los Buenos Aires”

FACULTAD DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA LEGAL

**SEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD,  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**AUTOR: Margarita Aída Saenz, Capitán de Fragata Médico,  
Dirección de Sanidad de la Armada**

DIRECTOR: Doctor Carlos Navari

AÑO 2022

Dedicado a mi profesor y guía en la carrera y en el ejemplo, el doctor Darío Carlos E. Sachetti, cuya impronta marcó mis pasos en la profesión.

En agradecimiento a aquellos que me enseñaron la especialidad y compartieron su propia experiencia enriqueciendo mis conocimientos.

Dra. Varinia Frau Alveal

Dr Carlos Navari

Dr Fabian Vítolo

## CONTENIDO

Abreviaturas.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo	
1. Seguridad del personal sanitario, seguridad del paciente.....	7
2. Factores de riesgo asociados.....	7
2.1 Factores psicosociales.....	8
2.2 Factores psicosociales de riesgo.....	8
2.3 Riesgo psicosocial laboral.....	8
3. ¿Qué es el estrés y como afecta al trabajador de la salud?.....	8
4. El error médico.....	9
4.1 El error diagnóstico.....	10
4.2 Las distracciones.....	11
4.3 Causas de error médico.....	12
4.4 Síndrome de Burnout.....	13
4.5 Impacto de la fatiga en la seguridad de los pacientes.....	15
4.6 Sistemas de detección de errores.....	16
5. Rol de la OMS en la seguridad del paciente .....	20
5.1 ¿Por qué se producen daños a los pacientes?.....	21
5.2 Algunas cifras que nos hacen pensar.....	22
6. Antecedentes de pandemias que debió enfrentar el sistema de salud.....	22
7. Efectos de la pandemia por COVID 19 sobre el sistema de salud.....	23
7.1 Organización de la atención primaria en tiempos de pandemia.....	24
8. Impacto en la salud mental del personal de salud.....	29
9. Pandemia COVID 19, ¿que hemos aprendido en este tiempo?.....	34
9.1 Efectos colaterales de la pandemia.....	34
10. Impacto en la atención primaria en tiempos de pandemia.....	35
10.1 Efectos psicológicos de la pandemia en el personal del ámbito sanitario.....	36
11. Estrategias para mejorar la seguridad del paciente.....	43
11.1 Datos y cifras.....	43
11.2 Iniciativas de la OMS hasta la fecha.....	44
11.3 Estrategias de cambio.....	45
11.3.1 Estrategias a nivel del sistema.....	45
11.3.2 Estrategias de los sistemas para mejorar la comunicación y coordinación de la atención.....	46
11.3.3 Estrategias del médico.....	47
11.3.4 Estrategias de educación del paciente.....	48
11.3.5 Estrategia de prácticas clínicas seguras.....	48
12. Actividad de la OMS para la seguridad del paciente.....	51
Conclusiones.....	52

Resumen.....	53
Bibliografía.....	54

## ABREVIATURAS

2019-nCoV: nuevo brote de coronavirus.

ACGME: Consejo de Acreditación para Educación Médica de Graduados

AP: Atención Primaria

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COVID: acrónimo del inglés *coronavirus disease -2019*

ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización

ESPII: emergencia de salud pública de importancia internacional.

IOM: Institute of Medicine

MBI: Maslach Burnout Inventory

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS Organización Mundial de la Salud.

PSA: Autoridad de Seguridad del Paciente de Pensilvania

RSI reglamento sanitario internacional 2005

TEP: tromboembolismo pulmonar

TEPT: trastorno de estrés post traumático

UCI: unidad de cuidados intensivos.

## INTRODUCCIÓN

“Seguridad del personal sanitario, seguridad del paciente” es el lema elegido por la OMS para honrar el día Mundial de la Seguridad del Paciente (1).

“La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las enormes dificultades a las que se enfrentan actualmente los trabajadores sanitarios en todo el mundo incluidas las infecciones asociadas a la atención sanitaria, violencia, estigmatización, trastornos psicológicos y emocionales, enfermedad, y muerte. Además, trabajar en entornos estresantes hace que los trabajadores de la salud sean más propensos a cometer errores que pueden perjudicar al paciente”. Por esta razón, se creó El Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que aborda como tema la seguridad del personal sanitario. Sostiene como lema que un Personal sanitario seguro, genera pacientes seguros. Como símbolo, en septiembre de 2019 la ciudad de Ginebra, donde se encuentra la sede de la OMS, se unió a más de 80 ciudades del mundo para iluminar plazas y monumentos en color naranja como celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente (1).

Ya en el siglo XX se había reconocido que una labor tan altruista como la que realiza el personal de salud, trae aparejados riesgos muy bien descriptos para quien la ejerce. Existen innumerables artículos al respecto que reflejan distintos matices de esta compleja situación.

Del mismo modo, se ha entendido que “Errar es humano”. Con este mismo título se elaboró un estudio de referencia publicado por el Institute of Medicine (IOM) en 1999, el cual estimó que los errores diagnósticos eran responsables del 17% de los episodios adversos en un hospital. Este informe identificó a las interrupciones y distracciones como uno de los principales factores contribuyentes al error médico.

Dentro de este escenario, donde el personal de la salud ha debido enfrentar el aumento de la demanda de atención sin la respuesta adecuada del sistema, debió hacer frente a un nuevo desafío, las pandemias.

En los últimos veinte años, el planeta ha sufrido reiteradas pandemias, como lo fue el brote de SARS-CoV-1 en 2003, H1N1 en 2009, MERS-CoV en 2012 y ébola en 2014. Estas situaciones pusieron a prueba una vez más a un sistema de salud ya exhausto (2).

Estos desafíos han llevado a la comunidad médica a recopilar información y aprender de lo sucedido. De este modo, se ha llegado a la conclusión que reforzar la AP es la primera prioridad para hacer frente a esta y a futuras emergencias, tal como lo afirma la OMS.

Uno de los objetivos de esta monografía es analizar algunas de las consecuencias del modo de trabajo en el sistema sanitario para luego poder describir los efectos de la pandemia sobre el personal de la salud observados en distintas publicaciones.

Abordaremos cuáles han sido los principales cambios organizativos en el primer nivel asistencial y describiremos, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, las consecuencias para pacientes y profesionales de la atención prioritaria de los casos COVID-19.

Finalmente, plantearemos cómo incorporar el conocimiento adquirido durante la pandemia, analizando las ventajas y desventajas de las medidas adoptadas, para mantener en lo posible una Atención Primaria segura, accesible y de calidad.

## **1. “SEGURIDAD DEL PERSONAL SANITARIO, SEGURIDAD DEL PACIENTE”**

Este es el lema que ha ideado la OMS como meta para el día de la seguridad del paciente en 2019, sin imaginar que el escenario sería mucho más complejo de lo aprendido hasta ese momento.

### **¿QUÉ ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?**

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió ante la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consecuente aumento de los daños a los pacientes. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Un pilar fundamental de esta disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

La seguridad del paciente es imprescindible para prestar servicios sanitarios de calidad. Hay un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas.

### **¿PORQUE SE PRODUCEN DAÑOS A LOS PACIENTES?**

El entorno de salud se ha convertido en un sistema tan complejo que hace al personal de salud más propenso a cometer errores. Por ejemplo, un paciente hospitalizado puede recibir un medicamento equivocado por una confusión con otra medicación de aspecto similar. La receta pasará por diferentes niveles de atención, empezando por el médico, luego la farmacia y terminando por el enfermero que administra la medicación equivocada al paciente. Si hubiera un proceso que garantice la seguridad en los diferentes niveles, este error se podría haber identificado y corregido rápidamente. En este caso, la falta de procedimientos estandarizados para el almacenamiento de medicamentos que se parecen, la escasa comunicación entre el personal, la falta de verificación antes de la administración del medicamento y la falta de participación de los pacientes en su propio cuidado podrían ser factores subyacentes que hicieron posible este error. El efector que cometió activamente el error (error activo) asumiría la culpa del incidente y podría ser juzgado por ello. Como desventaja, este enfoque no permite considerar los factores del sistema que condujeron al error (errores latentes). Cuando se alinean múltiples errores latentes, el error activo afecta al paciente.

Para poder comprender la magnitud del desafío, repasaremos algunos conceptos acerca de los efectos psicológicos de la práctica médica sobre el personal de salud en las condiciones actuales.

Actualmente es reconocido que la sobrecarga de trabajo y el estrés sostenido producen agotamiento en los profesionales a corto plazo. A esto se añaden posteriormente problemas de salud mental como estrés postraumático, depresión, ansiedad y disminución de la empatía. No es sólo un problema de salud laboral, sino que afecta a la calidad y la seguridad de la atención. Como recordaba la OMS en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente de 2020, la seguridad de los pacientes y la de los trabajadores de la salud son las dos caras de la misma moneda (3).

## 2. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS:

Se han identificado distintos factores que inciden sobre este problema. La importancia de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores se ha ido reconociendo cada vez más. Esta preocupación comenzó en la década de 1970, y desde entonces su importancia ha ido creciendo, al mismo tiempo que el tema ha ganado amplitud, y complejidad. Estos factores se pueden dividir en tres grupos: 1) factores psicosociales, 2) factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés y 3) riesgos psicosociales. Aunque son términos muy similares, hay diferencias notables entre ellos (4).

**2.1 Factores Psicosociales:** los factores psicosociales en el trabajo consisten en las interacciones entre 2 grupos: la organización por un lado y el trabajador por el otro. La organización estará representada por el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización. El trabajador aportará a esta interacción sus capacidades, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Todo esto puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo.

**2.2 Factores psicosociales de riesgo:** cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresas son disfuncionales, provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés. Estas situaciones pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés. Los factores psicosociales cuando tienen la probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador son factores de riesgo, es decir, cuando actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés laboral. Estos factores de riesgo, son factores organizacionales con riesgo de dañar la salud del trabajador.

**2.3 Riesgo psicosocial laboral:** es el hecho, acontecimiento o situación que se produce como consecuencia de la organización del trabajo. Tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador. Sus consecuencias suelen ser importantes. Los riesgos psicosociales, a diferencia de los factores psicosociales, no son condiciones de la organización sino hechos, situaciones o estados del organismo con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores. Es decir, son contextos laborales que dañan la salud del trabajador.

Estos tienen algunas características en común: afectan los derechos del trabajador, pueden afectar la salud física y mental del trabajador y tienen forma de cobertura legal.

También se han descrito **los riesgos laborales**. De ellos, lo más importante es identificar y evitar el riesgo. Se ha generado alarma ante las consecuencias inmediatas de los riesgos físicos, enfermedades y accidentes, mortales en algunos casos. Esto ha llevado a la población trabajadora a insistir sobre los riesgos inmediatos. El riesgo laboral se hace mayor cuando su objeto principal es la vida de los trabajadores. Todos los datos indican que son riesgos reales, inmediatos, a medio y largo plazo para la salud y para la vida de los trabajadores. Se ha observado un aumento de riesgos laborales en el sector servicios y esto abarca al sistema de salud y sus trabajadores.

## 3. ¿QUÉ ES EL ESTRÉS Y COMO AFECTA AL TRABAJADOR DE LA SALUD?



La comisión europea define al estrés laboral como “un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento frente a ciertos aspectos adversos del contenido del trabajo, organización del trabajo y medio ambiente del trabajo”.

Se puede identificar 2 tipos de estrés laboral:

- 1) Cuando las demandas laborales superan los recursos del trabajador.
- 2) Cuando el trabajador se ve expuesto a eventos críticos.

Cuando las demandas laborales superan al trabajador, se produce un evento de desajuste. Cuando el trabajador se ve expuesto a un evento crítico, este puede descompensarse.

En este sentido, el estrés como riesgo psicosocial, es un estado de agotamiento que dificulta significativamente las respuestas funcionales y adaptativas de la persona. Produce un deterioro importante en el rendimiento del trabajador y en la misma organización laboral como totalidad. El estrés puede ser agudo o crónico, y ambos tendrán marcadas consecuencias sobre la salud del trabajador.

Es conocido el rol del estrés en el ambiente de la salud y sus consecuencias sobre el trabajador y sobre los pacientes.

#### **4. EL ERROR MÉDICO**

¿Cuál es el riesgo de ignorar el estrés laboral y sus consecuencias? El mayor riesgo es que se produzca un error médico y que este cause un daño al paciente.

El Código Civil y Comercial de la Nación, en su Libro tercero; Derechos Personales, Capítulo V, artículo 1725; Valoración de la Conducta, dicta: “Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias”. (5)

En el caso del personal de salud, se estima el grado de responsabilidad por la condición especial del agente.

Para configurar la responsabilidad civil se requieren los cuatro presupuestos de la reparación: el daño, la antijuricidad, el factor de atribución y la relación de causalidad.

Cuando la conducta médica es analizada con el frío texto de la ley, deja afuera a todas las circunstancias que llevan al límite de su resistencia al personal de salud, las consecuencias físicas y psicológicas con las que convive, incluso el altruismo con el que se entrega a su tarea. De ahí la importancia y la necesidad de reconocer aquellos factores personales y laborales que llevan al personal de salud a convivir con situaciones de estrés crónico, con daño a su salud psicofísica y consecuencias en su entorno laboral y familiar.

Cuando un personal de salud que enfrenta un reclamo legal, no solo se pone en observación su conducta como médico frente a un hecho puntual, sino que también se pone en riesgo su capacitación y su fuente laboral. Se transforma en el eslabón más débil de la cadena.

El estudio de los factores que pueden aliviar esta carga y convertir el ejercicio de la medicina en una actividad reconocida y saludable, permitirá iniciar cambios de fondo tendientes a transformar la tarea médica en una tarea más justa.

Siguiendo este hilo conductor, se publicó un informe, denominado “Errar es Humano”. Este fue elaborado por el Institute of Medicine de EEUU, publicado en el año 1999 y representó un momento decisivo para el sistema de salud de ese país. Este documento analizó lo publicado hasta ese momento y concluyó que, de cada 33,6 millones de admisiones hospitalarias, se producirían de 44.000 a 98.000 muertes evitables. Este informe estimó que los errores diagnósticos eran responsables del 17% de los episodios adversos en el hospital. Una revisión de más de 30.000 historias clínicas de hospitales de Nueva York halló que el 14% de los errores fueron diagnósticos y que la mayoría eran no solo prevenibles, sino también por negligencia. El problema fue igualmente grave con los pacientes ambulatorios.

Desde entonces, se han desarrollado y adoptado intervenciones altamente eficaces para las infecciones adquiridas en el hospital y la seguridad en el manejo de los medicamentos, aunque el impacto de estas intervenciones varía debido a su implementación y práctica inconsistentes. En las últimas dos décadas, se han identificado áreas adicionales de riesgo de la seguridad de los pacientes y se han dirigido acciones. Aun así, la frecuencia de daños evitables sigue siendo alta. Son necesarios nuevos enfoques científicos y de políticas para abordar las áreas de riesgo anteriores y emergentes. Con la creciente disponibilidad métodos informáticos de recolección de datos, será necesario realizar inversiones en el desarrollo y prueba de métodos para medir de forma rutinaria y continua la frecuencia y los tipos de daño al paciente e incluso predecir el riesgo de daño para casos específicos (6).

#### 4.1 EL ERROR DIAGNÓSTICO

Un **error diagnóstico** es cualquier equivocación en el proceso diagnóstico que lleve a la conclusión incorrecta, falta de diagnóstico o retraso en el mismo. El error diagnóstico puede causar o no daño al paciente, pero su consecuencia más importante será el retraso en el tratamiento.

Las condiciones más comúnmente diagnosticadas erróneamente incluyen distintos tipos de cáncer, infecciones, fracturas, infarto de miocardio, embolias, enfermedades neurológicas y aneurismas.

Investigaciones demuestran que la mayoría de los médicos arriban a 2 o 3 diagnósticos diferenciales en minutos, sin advertir que están elaborando una hipótesis con muy poca información disponible. Para lograr esto utilizan atajos cognitivos, denominados **heurística**.

A modo de resumen describiré algunas de las heurísticas o atajos más utilizadas:

- **Heurística de disponibilidad:** es la tendencia a aceptar un diagnóstico por la similitud con otro ya conocido. La información está disponible, pero puede dar lugar a un diagnóstico erróneo.
- **Heurística de representatividad:** es la tendencia a encajar. Si un paciente se presenta con un cuadro típico para la patología que sospechamos, este atajo puede evitar que consideremos otros diagnósticos diferenciales con cuadros de presentación similares.
- **Cierre prematuro:** consiste en reducir a pocas opciones las hipótesis diagnósticas pudiendo dejar afuera al diagnóstico correcto.
- **Heurística de anclaje:** es la situación donde el médico queda anclado al diagnóstico erróneo que se realizó inicialmente sin cuestionarse otros diagnósticos diferenciales sesgando su interpretación. Se queda anclado a la primera interpretación que realizó.

- **Heurística de contexto:** se produce cuando un paciente tiene antecedentes médicos que sesgan la búsqueda en el cuadro actual de modo que el personal que atiende al paciente no considera otros diagnósticos diferenciales.

Existen otros factores asociados a la producción del error médico, como la comunicación. Por ejemplo, un paciente será evaluado por varios profesionales y a su vez, se realizará distintos estudios indicados por ellos. De no haber una adecuada comunicación entre los distintos eslabones de esa cadena, se perderá información aportada por el paciente y a su vez, se perderá la oportunidad diagnóstica. La participación del paciente y su familia se están reconociendo como un aspecto vital en las prestaciones de salud. Ello a su vez, nos lleva a la importancia de destinar tiempo a la comunicación con el paciente y sus familiares a fin de que comprendan las indicaciones y especialmente, las pautas de alarma (7).

## 4.2 COMO OPERAN LAS DISTRACCIONES

La atención médica implica en su labor diaria, el procesamiento de grandes cantidades de información en forma constante y dinámica. Cuando el profesional de la salud es confrontado con nueva información, su mente debe ser capaz de centrar su atención y almacenar esa información para ser recuperada más tarde. El desvío de la atención durante estos puntos clave de almacenamiento o recuperación puede derivar en errores humanos. Las interrupciones y distracciones provocadas por los teléfonos celulares, por los pedidos de colegas y por los pacientes o sus familiares generan distracciones y esto puede poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

En 2013, la agencia para la seguridad del paciente del Estado de Pennsylvania (Pennsylvania Patient Safety Authority, EE.UU) busco en su base de datos eventos que le habían sido reportados entre los años 2010 y 2011. El 60% de los eventos analizados corresponde a errores de:

- Medicación: tanto de dosis como de vía de administración.
- Procedimientos
- Tratamientos
- Estudios complementarios
- Error de lado comprometido.

¿Como operan las distracciones? Habitualmente recibimos información del medio, aquella a la cual le prestamos atención se almacenará en parte. Existe una forma más específica de memoria, la memoria del trabajo, donde se procesa pequeños tramos de información y se almacena rápidamente, para evitar que se pierda. Si, en el momento que se está procesando y almacenando esta información surge una distracción, esta va a interferir en la memoria y se podrá perder información que no alcanzo a internalizarse. Por ejemplo, se emite una consigna: reevaluar al paciente a las 16:00 horas. Si hubo una distracción en el momento que el agente recibía esa indicación, no será un verdadero olvido, o descuido, sino que no almacenó esa información. Desde el análisis de la situación, recibió una instrucción y esta no fue cumplida.

Los recordatorios basados en horarios obligan a la autorrecuperación de la información y es muy probable que se pierdan si no se los relaciona con eventos, lo cual puede hacerse mediante alarmas. De esa forma, la instrucción de “apagar la bomba de infusión a las 17:00 horas” se transforma en “apagar la bomba de infusión cuando suene la alarma”. Para ser efectivos, los recordatorios basados en eventos deben contener suficiente información acerca de lo que debe hacerse y estar

disponibles a la hora en que se los necesita.

Otro factor que atenta contra la atención es el multitasking. La multiplicidad de tareas, también conocida como “**multitasking**”, es habitual y constante en la atención de la salud. La capacidad de procesar de manera continua la información entrante mientras se establecen prioridades y se completan las tareas necesarias, es una habilidad esencial para los trabajadores de la salud. Independientemente de la capacidad individual de tolerar el multitasking, algunas personas tienen una capacidad innata mayor que otras para realizar varias tareas al mismo tiempo. Pero todos somos vulnerables a los efectos de las interrupciones y distracciones.

Se han diseñado estudios para evaluar el mecanismo y el costo del multitasking para nuestro rendimiento. Un estudio realizado con RMN funcional examinó los efectos de cambiar de tareas: los sujetos realizaron una sola tarea repetidamente o dos tareas entremezcladas en un bloque de ensayos. Los tiempos de respuesta fueron más lentos durante los bloques de cambio de tarea y los patrones cerebrales reflejaron este efecto. Se evaluó 3 focos cerebrales, dos los cuales estaban más activos durante los bloqueos de cambio, lo que revela un aumento de las demandas neurocognitivas asociadas con el cambio. A su vez se observó que las personas mayores frecuentemente exhiben habilidades reducidas para atender selectivamente y comprometer el control cognitivo dirigido a un objetivo. Esto hace que el cambio de tareas sea particularmente desafiante para los adultos mayores. La disminución de la capacidad de realizar multitareas de los adultos mayores se asoció con una conectividad reducida entre las redes cerebrales de atención, control y memoria, en comparación con los adultos jóvenes.

La multitarea no es gratuita: pagamos un precio en el aumento de la demanda de nuestros sistemas y, por lo general, se produce un déficit de rendimiento (8).

Un trabajo reciente ha demostrado que los estudiantes aprenden menos cuando envían mensajes de texto o usan las redes sociales mientras asisten a conferencias (9).

También se ha demostrado que el dominio de la lectura y la precisión de las tareas disminuyen en la medida que las personas realizan múltiples tareas con mensajería y programas informáticos.

### 4.3 CAUSAS DE ERROR MÉDICO

Las causas del error médico son multifactoriales y surgen de la interacción de diversos elementos: cognitivos, actitudinales, comunicacionales y sistémicos.

- **Factores cognitivos:** al definir un diagnóstico, el profesional rara vez está en una situación de confort y tiempo necesarios. Por el contrario, le será requerido resolver muchos pacientes y en poco tiempo, y esto lo lleva a utilizar la heurística o atajos cognitivos.
- **Factores actitudinales:** hay dos actitudes principales que pueden derivar en error diagnóstico: una de ellas es el exceso de confianza, donde el profesional considera que sabe lo necesario y que no requiere asignar más energías al caso que está tratando. La otra actitud es la complacencia, donde se tolera el error subestimando su frecuencia, impacto y la posibilidad de evitarlo. Ambos factores se asocian a menor capacitación y deficiente comunicación.
- **Factores comunicacionales:** nos encontramos en un sistema que apoya la autonomía y la individualidad. Un paciente que requiere apoyo multidisciplinario tendrá más

profesionales interviniendo en su terapéutica con mayor posibilidad de errores debido a la insuficiente comunicación. Por ejemplo, un cardiólogo indica a su paciente un antihipertensivo que contiene diuréticos. Luego otro profesional detecta hiponatremia. En lugar de estudiar su causa, asume que es el diurético y se lo retira sin consultar con su colega. El paciente perderá el control de su hipertensión y probablemente tenga otra causa asociada a su hiponatremia que no será estudiada ni tratada, por ejemplo, SIHAD y tumor cerebral.

- **Factores sistémicos:** son los factores que dependen del sistema de salud; como por ejemplo, el rotulado y transporte de muestras, la notificación de resultados, el pase de pacientes entre colegas.

#### 4.4 SINDROME DE BURNOUT

Este síndrome fue declarado por la OMS en el año 2000 como un factor de riesgo laboral, entendido como una respuesta inadecuada a la situación de estrés crónico.

El síndrome de Burnout fue descrito por el psiquiatra Herbert Freudenberger en el año 1974, debido a un cuadro psicopatológico observado en sus colegas de una clínica neuropsiquiátrica destinada a la recuperación de pacientes toxicómanos. Este médico observó entre sus compañeros un progresivo agotamiento, signos de anhedonia, desinterés por el ambiente laboral y e incluso agresividad.

Observo también que el ambiente laboral en estos casos, generaba una sobrecarga de responsabilidades, demanda de energías y compromiso afectivo con la tarea.

Luego, en 1976, la psicóloga e investigadora Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley agrupó sus observaciones en 3 pilares:

- Cansancio físico y emocional con progresivo agotamiento, falta de entusiasmo, anhedonia, desmotivación generalizada, y sensación de escasos recursos para cumplir con el trabajo.
- Despersonalización que se caracteriza por trato indiferente y reducción a objetos de las relaciones con pacientes, familiares de pacientes y colegas. En ella, el profesional los trata con una marcada indiferencia emocional como respuesta defensiva a la sobrecarga que encuentra en el trabajo.
- Falta de realización personal. Esta conlleva a una serie de valoraciones negativas hacia su persona lo que le trae aparejado inseguridad e insatisfacción frente al desempeño de sus tareas.

Esta descripción nos muestra con claridad un terreno fértil para cometer errores médicos o incluso sin cometerlos, tener una mala relación médico paciente que deje lugar a dudas en su desempeño, o al menos insatisfacción del paciente y sus familiares. Estas situaciones pueden ser utilizadas por intereses oportunistas en detrimento del agente de salud.

En 1982 Cristina Maslach y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI), un cuestionario para diagnosticar este padecimiento en el personal de salud. Desde entonces, investigadores han señalado que puede aplicarse a

trabajadores de la salud.

En 2019 se realizó un estudio para adaptar la versión española del inventario de Burnout de Maslach en una muestra de 544 psicólogos y psiquiatras argentinos. Se concluyó que el MBI-HSS era una escala fiable y válida para la evaluación del Burnout. (10).

Salanova y col. detectaron este síndrome en otras profesiones (educadores, policías, estudiantes) y lo definieron como un síndrome caracterizado por (11)(12)(13):

- 1) Agotamiento (relacionado con crisis en las relaciones entre la persona y el trabajo en general).
- 2) Distancia mental, que incluye tanto el cinismo (actitudes distantes hacia el trabajo en general) como la despersonalización (actitudes distantes hacia las personas con las que se trabaja).
- 3) La ineficacia profesional (sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo)

Según la Organización Mundial de la Salud, el Síndrome de desgaste ocupacional es "resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito" y aclara que "se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida".

En 2019 el término burnout fue incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, lo que permitirá que médicos y centros de salud, incluso aseguradoras podrían tratar los síntomas a partir del año en curso.

Hasta esta revisión de la OMS, el "burnout" estaba incluido entre los "problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida" (Z73.0), dentro de la categoría genérica de "personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias".

Con la nueva clasificación, el síndrome de desgaste profesional se incluye en el capítulo 24: "Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud" dentro de la subcategoría de "**problemas asociados con el empleo y el desempleo**" y es codificado como **QD85: Síndrome de desgaste ocupacional**.

Este nuevo concepto permite mejorar la identificación del síndrome, así como su prevención y tratamiento, facilitando su diagnóstico y prevención. Según la CIE-11, el síndrome de desgaste profesional es el "resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres manifestaciones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización."

Considerar el origen laboral de este síndrome acerca un paso más a reconocer la importancia de los riesgos psicosociales de origen laboral. Este síndrome conduce a una situación disfuncional en el entorno de trabajo, ya que "el síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida" (OMS, 2019). Por lo expuesto, las estrategias de prevención primaria en el ámbito de la psicología laboral son fundamentales para evitar el desarrollo del síndrome de burnout.

Se realizó una investigación en España y América Latina sobre personal de salud, con el objetivo de evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout. El estudio se denominó Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. Se halló que su prevalencia fue de: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador.

En España, el burnout no es una enfermedad profesional, pero hay sentencias que lo reconocen como un accidente de trabajo. Esto lleva a considerar que sería importante modificar la legislación para incorporar este síndrome dentro de las enfermedades profesionales (14).

#### **4.4 IMPACTO DE LA FATIGA SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES:**

La fatiga es otro de los factores que pueden conducirnos a cometer un error médico y en consecuencia, daño al paciente. La fatiga es la sensación subjetiva de la necesidad de dormir. En ella, aumenta el impulso fisiológico para conciliar el sueño. Esto genera una disminución del estado de alerta, lo que trae consigo errores en la toma de decisiones y en las destrezas adquiridas previamente. La falta de sueño incide directamente en el rendimiento de las personas, haciendo ineficiente su tarea. A medida que aumenta la fatiga, se enlentecen más los procesos cognitivos y los tiempos en que el individuo responde a una tarea. Este estado afecta la memoria a corto plazo y disminuye el estado de alerta. La privación de sueño se asoció además de la fatiga, con ansiedad, ira, hostilidad y depresión.

Philibert et al publicó en 2005 un metaanálisis de 60 estudios publicados desde 1971 acerca de los efectos de la privación del sueño en médicos y otros profesionales de la salud. Su análisis confirmó que la falta de sueño tiene efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo y clínico. Hasta hace relativamente poco, no existía mucha información disponible acerca de la correlación real entre la falta de sueño y los errores médicos. En 2007, un artículo publicado en Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety indicó que la evidencia sugiere que los turnos prolongados de trabajo aumentan significativamente la fatiga, perjudicando el rendimiento de los profesionales y la seguridad de los pacientes (15).

Los efectos acumulativos a largo plazo de la privación del sueño se han asociado con consecuencias dañinas para la salud, con mayor riesgo de hipertensión, diabetes, obesidad, depresión, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

El impacto neuroconductual de la falta de sueño se observa desde la atención y tiempo de reacción hasta errores mucho más complejos en el juicio y la toma de decisiones, como los errores médicos.

La reducción de las horas de trabajo del personal en las unidades de cuidados intensivos reduce los errores médicos. Los efectos de la pérdida de sueño en el rendimiento incluyen los siguientes:

- ✓ Se producen microsueños involuntarios.
- ✓ La atención con desempeño intensivo es inestable, con aumento de errores por comisión u omisión.
- ✓ El enlentecimiento cognitivo se produce en las tareas a ritmo normal. Cuando se realizan bajo presión, se produce un aumento de errores cognitivos.

- ✓ El tiempo de respuesta se hace más lento.
- ✓ Disminuye el rendimiento en el recuerdo a corto plazo de la memoria de trabajo, la información no llega a internalizarse y se pierde.
- ✓ Aunque las tareas se realicen correctamente, el rendimiento se deteriora a medida que aumenta la duración de las tareas.

La atención y el tiempo de reacción se ven alterados por la pérdida de sueño evidenciada en forma experimental. Esto conduce a un deterioro acumulativo de la atención y el tiempo de reacción. El deterioro se mide en parte mediante la tarea de vigilancia psicomotora, una prueba que requiere atención continua para detectar estímulos que ocurren al azar y que no se ve alterada por la aptitud y el aprendizaje.

Los médicos residentes trabajan más horas que prácticamente todos los demás grupos ocupacionales. Durante el primer año, los médicos residentes suelen trabajar en turnos de 24 horas cada tres noches, es decir, 96 horas a la semana.

Dos estudios encontraron que los residentes de cirugía privados de sueño cometen hasta el doble de errores en una cirugía laparoscópica simulada. La evidencia más sólida que relaciona los errores médicos con la fatiga relacionada con el sueño por las horas de trabajo extendidas proviene de un ensayo de intervención diseñado para limitar las horas de trabajo de los residentes.

En su artículo *Fatiga y Seguridad del Paciente*, publicado en 2019, el doctor Fabián Vítolo resume que los trabajadores que trabajan de manera tradicional, con turnos recurrentes de 24 horas se encuentran más expuestos a:

- Producir 36% veces más daños prevenibles graves que los residentes que no trabajan más de 16 horas consecutivas.
- Cometen cinco veces más errores diagnósticos serios.
- Tienen el doble de faltas de atención cuando trabajan de noche.
- Tuvieron un 61% más de accidentes corto-punzantes luego de 20 horas consecutivas de trabajo. Presentaron deterioro de su rendimiento en relación a otros residentes.
- Reportaron 300% más eventos adversos fatales atribuibles a la fatiga.

Luego de haber trabajado cuatro noches seguidas, una persona debe hacer una pausa de 48 horas para permitir que se recupere el sueño. Actualmente es reconocido el impacto negativo de la privación del sueño y la fatiga sobre el rendimiento.

Una revisión de la literatura que abarcó desde 2016 a 2017, buscó demostrar el impacto del trabajo por turnos en la salud mental. Este trabajo de revisión halló que el trabajo por turnos está asociado con alteración del sueño, del estado de ánimo y la ansiedad. También se lo vinculó con el uso de sustancias, las deficiencias cognitivas, la calidad de vida más baja e incluso la ideación suicida. El trabajo por turnos puede tener consecuencias físicas, mentales y de seguridad (16).

Una publicación, “El impacto cognitivo de los turnos de guardia en los médicos”, es un estudio observacional descriptivo. Se diseñó con el objetivo de evaluar en el personal médico los cambios en las funciones cognitivas después de un turno de guardia. La población estudiada incluyó a médicos españoles a los que se les pidió que completaran antes e inmediatamente después de su turno de guardia distintos test. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los resultados del período anterior y posterior a la guardia. Este estudio concluye que, el haber realizado una guardia, se asoció con menor rendimiento cognitivo, en



especial las tareas asociadas a la función ejecutiva y la atención (17).

#### **4.5 SISTEMAS DE DETECCIÓN DE ERRORES**

Se han diseñado estudios para detectar errores y eventos evitables que concluyeron en daño para los pacientes. La Autoridad de Seguridad del Paciente de Pensilvania (PSA) es una agencia estatal independiente fundada en 2002 por la Ley de Disponibilidad de Atención Médica y Reducción de Errores, conocida como Ley MCARE. La PSA se encarga de tomar medidas para reducir y eliminar los errores médicos identificando problemas y recomendando soluciones que promuevan la seguridad del paciente. Requiere que los Centros de salud de Pensilvania le informen hechos graves (son hechos que han causado daño a los pacientes) e incidentes (eventos que no han causado daño a los pacientes). El rol de PSA no es regulatorio ni punitivo. Analiza esos informes para evitar la recurrencia de eventos. Contiene una de las bases de datos de seguridad del paciente más grandes del mundo, con más de 4 millones de informes de eventos (18).

La PSA abordó por primera vez el tema del error de diagnóstico en 2010 al publicar un artículo, “Diagnostic Error in Acute Care”. Los errores relacionados con diagnósticos no realizados o tardíos son una causa frecuente de lesión del paciente y, por ello, son causa de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Una serie de autopsias que abarca varias décadas revela tasas de error diagnóstico del 4,1% al 49,8%. De ellos, 4% revelaron errores diagnósticos letales que, con una detección oportuna, la muerte podría haberse evitado. Los errores de diagnóstico se producen en todas las especialidades. Son más bajos, menos del 5%, para las algunas especialidades como por ejemplo, radiología, patología y dermatología. Estas especialidades tienen en común que dependen en gran medida en el reconocimiento e interpretación de patrones visuales. La tasa de error en otras especialidades clínicas es más alta, oscilando del 10% al 15%. De acuerdo con el artículo “Diagnostic Error in Acute Care”, los errores diagnósticos son con frecuencia la primera o segunda causa de demandas por mala praxis en Estados Unidos. Este estudio concluyó que la tasa de error en el departamento emergencias se encuentra entre 0,6% y 12%.

Los estudios han demostrado que los errores cognitivos y las fallas en la comunicación, contribuyen al error de diagnóstico. Este artículo revisó las causas más comunes de error diagnóstico y los diagnósticos clínicos más frecuentemente implicados.

Un diagnóstico que pesquió fue la detección de tromboembolismo pulmonar (TEP) fatal en una sola institución en un período de 5 años. De 67 pacientes que murieron de TEP, el diagnóstico no fue sospechado clínicamente en 37 de ellos, es decir, el 55%.

Continuando con su descripción, se revisaron todos los casos de un centro médico en un período de 7 años y detectaron que, de 23 casos de aneurismas abdominales, el diagnóstico de ruptura no fue realizado en 14 de ellos, es decir, el 61%.

En pacientes que consultaron por dolor torácico, el diagnóstico de aneurisma disecante de aorta proximal fue obviado en el 35% de los casos.

En el caso de la hemorragia subaracnoidea, aproximadamente el 30% de los casos no fue diagnosticado en su primera evaluación.

Se realizaron estudios de autopsia en un solo hospital y hallaron que, de 250 neoplasias halladas, 111 no habían sido diagnosticadas o su diagnóstico era incorrecto.

En el 20% de estos casos, la muerte del paciente había estado relacionada con la neoplasia detectada.

Cincuenta centros de salud accedieron a revisar 79 mamografías de pacientes, de las cuales 45 tenían cáncer de mama. En el 21% de los casos, no se había diagnosticado el cáncer.

Se realizó una segunda revisión de 5.136 muestras biopsia; luego de esto, el diagnóstico cambió en el 11% de los casos (1,1% de benigno a maligno, 1,2% de maligno a benigno y 8% tuvo un cambio en el grado del tumor).

Se realizó un estudio retrospectivo en 12 hospitales de pacientes con dolor abdominal operados por diagnóstico presuntivo de apendicitis. De los 1.026 operados, no había apendicitis en 110 de ellos (10,5%). A su vez, de 916 pacientes con diagnóstico final de apendicitis, no se había hecho el diagnóstico en 170 (18,6%) y fue un hallazgo intraoperatorio.

Se realizó el estudio de 129 niños con diagnóstico final de botulismo en California durante un período de 5 años. Sólo el 50% de los casos fueron sospechados al momento de la admisión hospitalaria.

En la Unión Europea, la frecuencia de eventos adversos en los pacientes ingresados se encuentra entre el 8% y el 12%, produciéndose 1 muerte por cada 100.000 habitantes al año como consecuencia de dichos efectos. Esto produce alrededor de 5.000 muertes al año. Sin embargo, estas cifras también podrían estar subestimadas porque se basan en datos registrados por los profesionales. Entonces quedarían afuera los casos no detectados como eventos adversos.

Una publicación, el “Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización” (Estudio ENEAS), realizó un estudio retrospectivo de una cohorte de 5.624 pacientes ingresados en 24 hospitales públicos españoles. Como requisito, los mismos debían haber permanecido internados durante más de 24 horas. El total de estadías hospitalarias controladas fue de 42.714 días de internación. La incidencia eventos adversos observada en pacientes y que estaba relacionada con la asistencia sanitaria fue de 9,3%. Se calculó una incidencia de 1,2 eventos adversos por 100 pacientes por día de internación.

Del total de eventos detectados, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones intrahospitalarias de cualquier tipo representaron el 25,3%. Un 25% de los eventos adversos al paciente, estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento.

El 45% de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,9% moderados y el 16% graves.

De la totalidad de los eventos observados, el 42,8% se consideraron evitables.

#### **PRINCIPALES DATOS DEL ESTUDIO ENEAS (19):**

Tipo de evento adverso:

1. Relacionado con los cuidados: 7,63%

- a. Úlceras por presión
  - b. Quemaduras, erosiones, fracturas
  - c. Insuficiencia respiratoria
  - d. Otras consecuencias de inmovilización prolongada
2. Relacionados con la medicación: 37,4%
    - a. Náuseas, vómitos, diarrea
    - b. Rash, lesiones dérmicas secundarias a fármacos
    - c. Mal control de la glucemia
    - d. Hemorragia por anticoagulantes
  3. Relacionados con infección nosocomial: 25,34%
    - a. Infección de herida quirúrgica
    - b. Infección urinaria por instrumentación
    - c. Sepsis y shock séptico
    - d. Neumonía nosocomial
    - e. Bacteriemia asociada a dispositivo
  4. Relacionados con procedimiento: 25,04%
    - a. Hemorragia o hematoma relacionada
    - b. Lesión de órgano por procedimiento
    - c. Intervención quirúrgica incompleta
    - d. Desgarro uterino
  5. Relacionados con el diagnóstico: 2,75%
    - a. Retraso en el diagnóstico
    - b. Error diagnóstico
  6. Otros: 1,83

Con respecto al personal de enfermería, Roger et al encontraron que los enfermeros también son más propensos a cometer errores cuando trabajan más de 12,5 horas, cuando trabajan horas extras o cuando trabajan más de 40 horas a la semana. Los registros completados por 393 enfermeras del personal del hospital revelaron que los participantes trabajaban más de lo programado y que aproximadamente el 40 por ciento de los turnos de trabajo que registraron excedieron las doce horas semana. Este estudio fue uno de los primeros que estudió la relación entre la fatiga del personal de enfermería y la seguridad de los pacientes (20) (21).

Un profesional que se ve privado de sueño aumenta el riesgo de daño a los pacientes. Aun así, el trabajo en estas circunstancias, es una situación que se halla naturalizada en nuestro medio y que lleva ignorar los riesgos, hasta que estos se hacen realidad. El error médico se transforma entonces en algo difícil de concebir, ya que ahora tendrá un rostro, nombre, apellido y una familia doliente que reclama una explicación. Así es como cobró notoriedad el caso Libby Zion. Se trata de una adolescente de 18 años norteamericana, con antecedentes de depresión y consumo de cocaína, que recibía tratamiento con antidepresivos. Libby omitió sus antecedentes al ingresar al servicio de urgencias del New York Hospital. Falleció el 5 de marzo de 1984, ocho horas después de su ingreso a urgencias. Su padre, Sidney Zion abogado y corresponsal de asuntos legales del New York Times, demandó al hospital por negligencia médica.

Zion investigó porque su hija había recibido medicación que la perjudicó en contexto de su antecedente y los antidepresivos que recibía. Llegó a la conclusión que había sido el resultado de largas horas de trabajo asociadas a deficiente supervisión de los médicos con mayor experiencia. Luego de esto, descubrió que el promedio de horas de guardia de los médicos recién graduados en EE.UU. era de 100 a 120 a la semana y hasta 36 horas de guardia seguidas. El juicio comenzó en 1994 y, un año más tarde se dictó la sentencia que involucró a cuatro médicos en total, desde el residente hasta el jefe de sala.

Consecuencias del caso Libby Zion: en 1989, el estado de New York determinó que los médicos residentes no podían trabajar más de 80 horas a la semana o más de 24 horas consecutivas y que los médicos asistentes debían estar físicamente presentes en el hospital en todo momento.

En julio de 2003 el Consejo de Acreditación para Educación Médica de Graduados (ACGME) adoptó regulaciones similares para el resto de EE.UU.

A más de 40 años de este caso que abrió el debate, Argentina continúa asumiendo el riesgo de obrar más allá de los límites que nos impone nuestra propia biología.

A la comunidad médica le cuesta aceptar que existen límites físicos y que no estamos preparados fisiológicamente para hacer frente a muchas de las cosas que estamos habituados a hacer. Un gran número de trabajos científicos continúan diciendo lo mismo: una vez que se pasa un determinado punto, el riesgo de producir daños aumenta significativamente (20).

## **5. ROL DE LA OMS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Según lo relata la OMS, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las enormes dificultades a las que se enfrentan actualmente los trabajadores sanitarios en todo el mundo. Su desempeño en entornos estresantes hace que los trabajadores de la salud sean más propensos a cometer errores que pueden perjudicar al paciente. Por este motivo, se creó el Día Mundial de la Seguridad del Paciente para 2020. El tema que lo identifica es la “Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes” y su lema “Personal sanitario seguro, pacientes seguros” (22).

¿Qué es el Día Mundial de la Seguridad del Paciente?

Reconociendo que la seguridad de los pacientes era una prioridad de salud mundial, en mayo de 2019 los 194 Estados Miembros de la OMS reunidos en la 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud respaldaron el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que se celebrará anualmente el 17 de septiembre. Los objetivos del Día Mundial de la Seguridad del Paciente son despertar una mayor concienciación y participación de la sociedad, ampliar los conocimientos en todo el mundo y fomentar la solidaridad y la adopción de medidas para promover la seguridad del paciente a nivel mundial.

Como símbolo, en septiembre de 2019 la ciudad de Ginebra, donde se encuentra la sede de la OMS, se unió a más de 80 ciudades del mundo para iluminar plazas y monumentos en color naranja como celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente.

Nadie debería sufrir daños en la atención sanitaria y todavía...134 millones de eventos adversos se producen cada año por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y

medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes. El aumento del gasto hospitalario es un resultado directo de eventos adversos. En los países incluidos en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir (22).

La OMS ha publicado, en contexto del día mundial de la seguridad del paciente, cifras y datos preocupantes (23):

- Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
- En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.
- Cada año se producen 134 millones de eventos adversos en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- Se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte (conocidos como años de vida ajustados en función de la discapacidad) se producen en países de ingresos bajos y medios.
- A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de esos daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.
- En los países de la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalarios es un resultado directo de eventos adversos.

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución y el aumento de la complejidad de los sistemas de atención de la salud; y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante su atención. Un aspecto fundamental de esta disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

Existe un claro consenso de que la seguridad del paciente es fundamental, solo de esta forma se habrá prestado un servicio de calidad. Para la OMS, los servicios de salud deben ser eficaces, seguros y estar centrados en las personas.

## **5.1 ¿POR QUÉ SE PRODUCEN DAÑOS A LOS PACIENTES?**

La creciente complejidad de los entornos de atención sanitaria, que hace que los seres humanos sean más propensos a cometer errores. Por ejemplo, un paciente hospitalizado puede recibir un medicamento equivocado por una confusión con otro medicamento con un empaquetado similar. En este caso, la receta pasa por diferentes niveles de atención, empezando por el médico del ala correspondiente, pasando por la farmacia y terminando por el enfermero que administra el medicamento equivocado al paciente. Si hubiera existido un proceso de garantía de la seguridad en los diferentes niveles, este error se podría haber identificado y corregido rápidamente. En esta situación, la falta de procedimientos normalizados para el almacenamiento de medicamentos que se parecen, la falta de verificación antes de la administración del medicamento y la falta de participación de los pacientes en su propio cuidado podrían ser factores subyacentes que

condujeron al error.

Errar es humano, y esperar un rendimiento sin fallas de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista. Para evitar que se cometan errores hay que generar un espacio de trabajo a prueba de ellos en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén pensados para detectarlos. Ejemplo de ello es la indicación y administración de quimioterapia. Si esta actividad no se realizara con un sistema de doble control, no podría evitarse administración errónea de medicación extremadamente dañina y con potencial riesgo de vida a un paciente que no la necesita.

## 5.2 ALGUNAS CIFRAS QUE NOS HACEN PENSAR

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura. En el siguiente listado se señalan algunos datos emitidos por la OMS:

Los **errores de medicación** son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales.

Las **infecciones relacionadas con la atención sanitaria** afectan de 7 a 10 de cada 100 pacientes hospitalizados.

Los **procedimientos quirúrgicos poco seguros** provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella.

Los **errores diagnósticos** afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida.

Los **errores de irradiación** incluyen los casos por sobreexposición a la radiación y aquellos en los que se irradia al paciente incorrecto o la zona equivocada. Según un examen de los datos publicados a lo largo de 30 años sobre seguridad en radioterapia, se estima que la incidencia general de errores es de aproximadamente 15 por cada 10000 ciclos de tratamiento.

Se producen muchas infecciones causadas por **gérmenes resistentes** a los antibióticos, estas pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica si no son detectadas a tiempo. Se estima que anualmente se ven afectadas 31 millones de personas en todo el mundo, de las que más de 5 millones pueden fallecer.

Las **tromboembolias venosas** son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daño a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran entre 3,9 y 6 millones de casos por año.

## **6. ANTECEDENTES DE PANDEMIAS QUE DEBIO ENFRENTAR EL SISTEMA DE SALUD**

La última alerta sanitaria mundial previa a la aparición del COVID19 fue la producida por el virus Ébola. Se inició en diciembre de 2013 en Guinea y posteriormente se extendió por toda África Occidental. Actualmente hay 21.362 casos y 8.478 fallecidos en todo el mundo (fuente OMS al 11/01/2015). El primer contagio de virus Ébola en Europa se declaró en España en octubre de 2014. Se trataba de una auxiliar de enfermería que había estado en contacto con los dos misioneros repatriados. Otras dos enfermeras fueron contagiadas de la misma manera en EE.UU. Esto creó una importante alarma social y sanitaria sobre el posible fallo en las medidas preventivas en relación sobre todo al personal sanitario y los elementos de seguridad utilizados. Otras 2 pandemias fueron declaradas previamente en este siglo, el SARS y la gripe A (H1N1). En relación al SARS, la OMS declaró 8.098 casos entre noviembre de 2002 y Julio de 2003. De estos, 1.707(21%) eran trabajadores sanitarios. La gripe A, a fines de septiembre de 2009, afectó a nivel mundial a más de 343.298 con unas 4.108 muertes con un elevado porcentaje de personal de salud afectado (24).

En el caso de la gripe A, las medidas establecidas por los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) fueron:

- 1) Revisión y/o elaboración de planes de prevención de la pandemia por parte de los centros de salud así como informar de ellos al personal. El personal de salud a su vez, debe recibir capacitación sobre la enfermedad, la prevención, y el riesgo de complicaciones.
- 2) Reducir exposiciones potenciales al mínimo (limitar el transporte de pacientes, visitas, etc).
- 3) Diseñar controles físicos como por ejemplo tabicar las áreas de triage y atención de casos sospechosos o confirmados.
- 4) Promoción y provisión de la vacuna (debe ser gratuita, administrarse durante horas de trabajo, rellenar formulario de rechazo en su caso).
- 5) Proporcionar elementos de protección personal e instrucción para su adecuado uso (mascarillas N-95, guantes no estériles...)
- 6) Fomentar la higiene de manos y respiratoria.
- 7) Cuarentena (hasta 24 horas posterior a la desaparición de la fiebre sin antipiréticos) obligatoria para los trabajadores de salud que debían monitorizarse los signos/síntomas de la enfermedad. En referencia al SARS se siguieron las mismas medidas anteriormente descritas y además, se agregó que la cuarentena sería hasta las 48 horas del cese de la fiebre.

La presencia de una pandemia trajo repercusiones psicosociales entre el personal sanitario relacionadas con la preocupación por el contagio y sobre la salud de su familia. Todo esto produjo una carga de estrés que a su vez aumentó porque durante las epidemias hay un aumento importante en el volumen de consultas por la alarma general de la población. El sector sanitario es un grupo de riesgo elevado en situaciones de pandemia.

## **7. EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID19 SOBRE EL SISTEMA DE SALUD**

A esta compleja interacción entre factores personales, laborales, y propios de la profesión, se agregó un nuevo desafío, que cambio el paradigma de la atención médica y puso al descubierto las deficiencias del sistema de salud.

El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una pandemia en la que se ha identificado un virus de la familia coronaviridae como la causa de un brote de enfermedad respiratoria. Se detectó por primera vez en Wuhan, China el 17 de noviembre de 2019, pero fue notificado a la OMS el 31 de diciembre del mismo año. Luego de ello, el COVID-19 se convirtió en un evento público al extender su contagio a los cinco continentes. Según el sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud, al 7 de marzo de 2020, ya se habían confirmado más de 100 000 casos COVID-19 en todo el mundo. Desde entonces, se han producido muchos logros sobre COVID-19, incluido el mayor conocimiento del virus, sus características clínicas y su diagnóstico, la creación de vacunas, pero aún no se dispone de un tratamiento eficaz (25). Actualmente se está trabajando en 2 drogas antirretrovirales que serán aprobadas para su uso en casos graves donde se prevea que requerirá soporte respiratorio e inmunodeprimidos.

La aparición de esta pandemia ha generado la necesidad de cambios radicales en Atención Primaria, modificando la organización y las dinámicas de trabajo establecidas hasta entonces. Un rasgo distintivo es la velocidad con la que se instaló esta necesidad de adaptación. Repentinamente, se presentó un nuevo cuadro clínico, de etiología antes desconocida, con una dinámica propia. Los profesionales tuvieron que adaptarse rápidamente a la nueva situación para atender la creciente demanda, con la dificultad que impone el uso de medidas de aislamiento y la toma de medidas sobre los contactos. En forma paralela, el requerimiento habitual de atención continuaba vigente. Si bien algunas tareas pudieron retrasarse, como los controles en pacientes sanos, otras tareas fueron impostergables. Ejemplo de ellas fueron los pacientes oncológicos, los embarazos, las cirugías de urgencias y las infecciones. Al inicio de la pandemia se debió improvisar la forma de contener la atención y de fraccionar físicamente las guardias para que concurrir al hospital no se transformara en un riesgo en sí mismo. Las medidas se fueron ajustando sobre la marcha de modo de generar corredores seguros donde fueran contenidos los pacientes con sospecha de COVID así como los que consultaron por cuadros totalmente diferentes (26).

Durante esta etapa de cambios, surgió otra dificultad, los pacientes asintomáticos, un ejemplo de ello fueron aquellos que previo a su cirugía se hisoparon y resultaron ser positivos. Estos cambios en el requerimiento de atención médica, y en la gestión de pacientes, abrió lugar a futuros reclamos legales. Por ejemplo, al inicio de la pandemia, los casos sospechosos que serían aislados eran aquellos que tenían epidemiología compatible. Al inicio, los síntomas sospechosos eran limitados. Con el correr de los meses y el aumento de casos, se actualizó esa información y generó aislamientos que antes no se consideraban necesarios. Esto dio lugar a contagios en centros de salud, con pacientes que luego fallecieron.

## **7.1 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

Abordaremos cuáles han sido los principales cambios organizativos en el primer nivel asistencial y describiremos, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, las consecuencias para pacientes y profesionales de la atención prioritaria de los casos COVID-19.

La Atención Primaria ya estaba trabajando bajo tensión antes que apareciera la pandemia. Esta encontró al personal de salud con una carga de trabajo creciente y recursos humanos y materiales cada vez más escasos para hacerle frente.



De acuerdo con el artículo “Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia”, durante la primera ola de la pandemia, el 90% de los casos de infección por COVID-19 se atendieron y resolvieron en atención primaria. Este artículo fue publicado en España y describe el modo en que se administró la atención médica durante la primera ola. Los pacientes diagnosticados con test y tratados en los hospitales eran solo la punta del iceberg. Invisibles para los medios de comunicación y las estadísticas, en su domicilio, estaban la mayor parte de los afectados, tratados todos ellos por los profesionales del primer nivel de atención sanitaria.

A la vez que atendían a los pacientes con COVID-19, los profesionales de la salud continuaban atendiendo a los que presentaban otras patologías, casos que no podían demorar y urgentes. Entre ellos sumaban el 63.8% de las atenciones presenciales en los centros de salud. También atendieron, presencial y telefónicamente, a pacientes en los domicilios y en las residencias, entre los que había una alta prevalencia de COVID-19 (26).

En este artículo explica en forma descriptiva como se distribuyó la atención de los pacientes de acuerdo con los niveles de atención. Solo el 10% de los pacientes se atendieron en hospitales. El 90% de la demanda de atención se centró en centros de salud y comunidad, donde se impartió atención primaria. Del total de pacientes atendidos, dos tercios fueron no COVID y un tercio fueron pacientes afectados por COVID.

Esta gran presión asistencial fue asumida por los profesionales en un entorno epidemiológico rápidamente cambiante y con gran incertidumbre sobre la evidencia científica disponible acerca de la enfermedad. La rapidez con la que se instaló no permitió ajustar la provisión de equipo de protección personal acorde a la demanda.

Esta compleja situación tuvo un impacto negativo sobre los pacientes, el control de la pandemia, los profesionales y el sistema en su conjunto. Un ejemplo claro es la falta de provisión de test diagnósticos de la COVID-19 a los profesionales de atención primaria durante la primera ola. Este hecho llevó a la falta de identificación y rastreo de casos, así como a un aumento evitable de la sobrecarga de los servicios hospitalarios de urgencias, dado que debían aislar a cada caso sospechoso y a su vez, a aislarlos entre sí.

De acuerdo con este artículo español, el 24,1% de los casos de COVID-19 en la primera ola fueron profesionales sanitarios, resultando particularmente afectados los médicos de los centros de salud, con el doble de fallecimientos que los facultativos de otros niveles de atención. Los contagios, evitables con material y protocolos de protección adecuados, causaron numerosas bajas en el plantel de la atención primaria.

La situación de saturación asistencial se ha hecho especialmente crítica debido a recurrentes bajas en el personal sin reemplazo, debiendo absorber su trabajo el personal restante. A eso se le sumó la suspensión de los períodos de descanso, vacaciones y menor posibilidad de recreación fuera del ámbito laboral por las medidas de aislamiento social.

La aparición de las vacunas trajo nuevas esperanzas por un lado, pero una sobrecarga más por el otro, dado que el sistema de salud debió absorber la tarea de distribución, aplicación, control de efectos adversos y la carga de bases de datos.

En el verano de 2021, apareció una quinta ola en la que, por los efectos de la vacunación, casi todos los casos se han atendido en el nivel de atención primaria.

Esta situación de sobrecarga fue sostenida en el tiempo por la propagación de nuevas variantes del SARS-CoV-2 (más contagiosas y más resistentes a las vacunas) y el aumento de la accesibilidad con menos cautela en las medidas de prevención de la infección a los centros de salud.

El constante cambio de protocolos durante la pandemia, las difíciles condiciones de trabajo y la demora asistencial de otras patologías son factores que confluyeron en el aumento de la probabilidad de que se produzcan incidentes de seguridad. Al mismo tiempo, aumentó el riesgo legal para los profesionales dado que los pacientes pudieron sufrir un evento adverso, especialmente si tal evento era evitable antes de la pandemia. Las organizaciones sanitarias, a su vez, pueden convertirse en terceras víctimas no sólo por el incremento de litigios y pago de indemnizaciones, sino también por la pérdida de su prestigio y de la confianza de los pacientes en ellas.

La atención preferencial a pacientes con síntomas de COVID-19, junto a las dificultades de acceso y la negativa de los pacientes a acudir a los centros sanitarios por el riesgo de contagio, han provocado retrasos en el diagnóstico y tratamiento de otros problemas de salud. Ejemplo de ello son las complicaciones cardiovasculares y el cáncer.

Esta pandemia además afectó a los programas de prevención y diagnóstico precoz, así como la continuidad en la atención a pacientes frágiles, dependientes, inmovilizados o con enfermedades crónicas. Esto podría aumentar la mortalidad por causas prevenibles o incluso realizar diagnóstico en estadios más avanzados de enfermedades pasibles de diagnóstico precoz.

Todo lo descrito generó cambios organizativos en atención primaria, que por un lado brindaron soluciones parciales, pero por el otro, aumentaron la exposición del personal de salud al riesgo legal. Para poder atender la creciente demanda de casos de infección COVID-19 y sus contactos, la atención primaria tuvo que modificar precipitadamente su organización. Algunos de los cambios instaurados fueron:

- El **doble circuito asistencial**, con espacios diferenciados para separar la atención a pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 del resto. También hubo **reducción de la actividad presencial** para evitar contagios.
- Se incorporó el **triaje** para seleccionar a los pacientes que serían atendidos en uno u otro circuito. Este método no está exento de fallas de clasificación, un riesgo que puede disminuir destinando personal experimentado. Para cubrir los requerimientos de atención, se tuvo que improvisar el sistema con premura y escasez de personal, por lo que el triaje fue realizado en ocasiones por personal sin experiencia, aumentando el riesgo de error.
- El otro gran cambio para disminuir el número de contagios en las instalaciones de salud ha sido el aumento de la atención no presencial mediante consultas telefónicas o por telemedicina.

Tanto los recursos humanos como las líneas telefónicas y el soporte informático se han visto colapsados por la alta demanda generada en corto tiempo.

Al aceptar resolver las consultas por telemedicina, el médico está absorbiendo el riesgo legal con mayor posibilidad de error, ya que no puede revisar al paciente y muchos detalles se perderán al no poder captarse desde una videollamada. También esto puede representar un retraso diagnóstico para el paciente y un tratamiento más tardío.

La atención telefónica, universalmente implantada, tiene sus indicaciones y sus riesgos, como todo tipo de consulta.

Otra zona gris para el riesgo legal surgió al generar como vía de comunicación el mail. En muchos casos, paso de ser una vía válida para solicitar turnos u orientación, a ser un atajo para pacientes y médicos, donde la principal ventaja fue acortar el tiempo de una entrevista. Pero eso llevó a los pacientes a enviar los resultados de sus estudios por mail poniendo al médico en el compromiso de responder una conducta o incluso convocarlo si detectó una urgencia. El mail puede enviarse en cualquier momento, pero el médico lo verá en un tiempo determinado, diferido del tiempo en que fue consultado.

La amplia difusión de la atención no presencial fue necesaria para mejorar la accesibilidad y disminuir el riesgo de contagio, pero representó una sobrecarga de trabajo para los profesionales, dado que aumentó su lista de obligaciones. Experiencias previas a la pandemia evidencian que la atención a distancia no sustituye a la presencial: tras un corto descenso, las consultas presenciales vuelven a sus valores anteriores. Termina aumentando la carga de trabajo.

La accesibilidad a la atención médica aumenta ante la posibilidad de hacer consultas telefónicas o teleconsulta pero, al ser más fácil el acceso, también aumenta la demanda. Esta sobrecarga se ve en parte por consultas de menor relevancia que el usuario no haría si tuviera que ir al centro de salud. Sin el aporte del triaje, paradójicamente estas consultas no presenciales empeoran la accesibilidad al causar demoras por sobrecarga que retrasan la atención de los problemas más relevantes. Esto es la consecuencia entonces, cuando se mejora la accesibilidad sin planificar ni adecuar los recursos humanos y materiales.

La confección de recetas sin la entrevista, con base en el relato del paciente o en su historia clínica, pero sin los controles previstos previo a la pandemia, permitió por un lado que los pacientes no suspendieran sus tratamientos, pero por el otro perpetuó tratamientos inadecuados que debían ser actualizados. Desde el punto de vista de la seguridad y el riesgo legal, salvo en momentos de emergencia crítica y por el menor tiempo posible, las prescripciones no deben ser renovadas a ciegas por el centro tratante.

Reforzar la AP es la primera prioridad para hacer frente a esta ya futuras emergencias, como desde el inicio de esta pandemia insiste la OMS.

Los trabajadores de la salud atendieron a pacientes con COVID-19 en la primera línea de batalla. Enfrentaron diariamente un alto riesgo de infectarse y contagiar a otros colegas o a sus familias. Estuvieron expuestos a largas y angustiosas jornadas de trabajo para cumplir con los requerimientos que pesaron sobre ellos. Esto constituyó una fuente sostenida de angustia que pudo exceder sus herramientas para afrontamiento estos nuevos desafíos (27).

A pesar de que corrió el mensaje entre todos nosotros que debíamos privilegiar el cuidado de quienes nos cuidan, no se logró en la dimensión deseada, por su magnitud, rapidez, falta de contención previa, y más aún, no se había reconocido realmente la necesidad de contención del

personal de salud como una prioridad del sistema.

En los últimos años hemos visto peligrar nuestra salud por distintas pandemias. Nuestra salud como potenciales pacientes, pero también como trabajadores de la salud.

En Madrid, en el año 2015, se realizó un trabajo denominado “Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica” (28).

Este trabajo se ha desarrollado dentro del Programa Científico de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III de la Comunidad de Madrid.

Fue diseñado con el objetivo de conocer la evidencia científica existente en relación a:

- El comportamiento de los profesionales de la salud en situaciones de pandemia.
- Identificar puntos de trabajo para el fortalecimiento de los profesionales de la salud antes situaciones de pandemia.
- Otros objetivos fueron identificar el impacto psicosocial, la adopción y adhesión a medidas preventivas y a programas de vacunación.

Se realizó mediante revisión sistemática de la literatura científica buscada en las bases de datos MEDLINE (Pubmed), SCOPUS y Cochrane Library Plus hasta diciembre de 2014. Se detectó una importante carga de estrés por el miedo a enfermarse, contagiar a sus familias y la elevada carga laboral. También se observó baja adherencia a programas de vacunación y a la utilización de literatura científica. Como conclusión de este estudio, se propuso que sería recomendable mejorar la comunicación sobre las medidas preventivas en periodos de pandemia para aumentar su adherencia y dar apoyo psicológico al personal sanitario.

El jueves 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias convocado por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) se reunió en Ginebra, para tratar el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) en la República Popular China y los casos exportados a otros países. La función de este Comité es prestar asesoramiento al Director General, en quien recae la decisión final de declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Al momento de esta reunión, había en China 7711 casos confirmados y 12167 casos sospechosos. De los casos confirmados, 1370 eran graves y ya habían fallecido 170 pacientes. Se habían detectado 83 casos en 18 países. De esos, solo 7 pacientes no habían viajado a China (29).

De acuerdo con el informe de esta reunión, China identificó el virus rápidamente y compartió su secuencia, a fin de que otros países pudieran diagnosticarlo con rapidez y protegerse, lo que permitió a los distintos países crear rápidamente sus medios de diagnóstico.

El Comité consideró en ese momento que aún era posible interrumpir la propagación del virus, si los países aplicaban medidas sólidas para detectar pronto la enfermedad, aislar y tratar los casos, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento físico en las relaciones sociales. Estos objetivos estratégicos y las medidas para prevenir y reducir la propagación de la infección tuvieron un comportamiento dinámico y fueron adaptándose frente al aumento de los casos. El Comité acordó que el brote cumplía los criterios para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional y propuso los siguientes consejos como recomendaciones temporales.

La OMS emitió consejos para la República Popular China por un lado, y para el resto de los países por el otro.

1. Para la República Popular China: aplicar una estrategia de comunicación de riesgos para informar a la población general sobre la evolución del brote, las medidas de prevención, y las medidas de respuesta adoptadas para la contención del virus.  
Colaborar con la OMS para llevar a cabo investigaciones que permitan entender la epidemiología y evolución del brote.  
Tratar de determinar el origen zoonótico del brote, y su potencial circulación, una vez detectado, compartir esta información con la OMS.  
Realizar pruebas de detección del virus en aeropuertos con el fin de limitar su expansión.
2. Para el resto de los países: prepararse para adoptar medidas de contención, detección temprana, aislamiento, manejo de los casos, seguimiento de contactos y prevención de la propagación del virus. Se recordó a los países que están jurídicamente obligados a compartir información con la OMS acerca de la pandemia. Al inicio el comité no recomendó imponer ninguna restricción a los viajes o al comercio.

## **8. IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD**

Inicialmente, la creencia que prevalecía era que el agotamiento es un problema médico y que aquellos que no pueden adaptarse al nuevo entorno deben continuar con el programa o irse. Algunos descartaron el problema considerándolo como una generación de médicos "antiguos". Recientemente, se ha descubierto que los millennials, los residentes e incluso los estudiantes de medicina están mostrando signos de agotamiento.

Tradicionalmente, los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud han visto su trabajo como una vocación. Tienden a entrar en su campo con un alto nivel de altruismo junto con un fuerte interés en la biología humana, centrado en el cuidado de los enfermos. Estos rasgos y objetivos conducen a una motivación intrínseca considerable. En un intento equivocado de mejorar el sistema médico, los reformadores de la atención médica pusieron en práctica varios motivadores extrínsecos positivos y negativos, sin darse cuenta de que en realidad erosionarían y destruirían la motivación intrínseca, lo que finalmente conduciría a la "desmotivación", en otras palabras, al agotamiento.

Una encuesta reciente de más de 15 000 médicos en 29 especialidades (Medscape National Physician Burnout and Suicide Report 2020), expuso que la mitad de los médicos dijeron que renunciarían al menos a \$20.000 de ingresos anuales para reducir sus horas de trabajo; estos médicos incluían a los millennials, que se encuentran entre los de ingresos más bajos. El agotamiento es dañino tanto para los pacientes como para los médicos, porque está asociado con la pérdida de empatía, el deterioro del desempeño laboral y el aumento de los errores médicos. A esto se agrega el agotamiento emocional que conlleva el descuido de la rutina familiar, amigos y actividades de recreación como escape saludable (30).

Con la pandemia de Covid-19, se alcanzó un nuevo punto de crisis. Los profesionales de la salud respondieron, cuidando a los pacientes a pesar del riesgo de un daño personal y familiar que esto podía acarrear. Durante la etapa crítica se observó un gran compromiso y altruismo. Son necesarios cambios de fondo, dado que los hospitales y los centros de atención sufren graves

pérdidas financieras y la mano de obra se ve disminuida por la enfermedad y el agotamiento. A medida que la crisis finalmente disminuya, será necesario evaluar lo que ha funcionado y lo que no ha funcionado en la reforma del sistema sanitario. No deberíamos volver al punto de partida.

Gagné y Deci postulan que hay tres pilares que sustentan la motivación intrínseca y el bienestar psicológico de los profesionales: autonomía, competencia y relación. Se realizó un metaanálisis publicado con el título: “Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis”. En este se incluyeron 19 estudios, con un total de 1550 médicos, edad media 40 años, 49% de ellos eran hombres. Se observó que las intervenciones realizadas se asociaron con pequeñas reducciones en el agotamiento. Para hacerlo objetivo, equivalente a una caída de 3 puntos en el dominio de agotamiento emocional del Inventario de agotamiento de Maslach, mencionado al hablar de Burnout (31).

La evidencia analizada en este metaanálisis sugiere que los programas de intervención diseñados recientemente para el agotamiento en los médicos se asociaron con pequeños beneficios. Este hallazgo respalda la opinión de que el agotamiento es un problema de toda la organización de atención de la salud, más que de los individuos.

Otro metaanálisis, el “Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis” fue diseñado para evaluar qué estrategia de intervención, dirigida por individuos u organizaciones, fue más efectiva para reducir el agotamiento de los médicos. También se ideó para proporcionar sugerencias de manejo de estrategias organizacionales que conduzcan a la reducción en el agotamiento de los médicos. Se incluyeron médicos de cualquier especialidad en el ámbito de cuidados primarios, secundarios o intensivos, incluidos los residentes. Las intervenciones elegibles fueron, cualquier intervención diseñada para aliviar el estrés y/o mejorar el desempeño de los médicos y los resultados de agotamiento ya informados. Incluso se pudieron utilizar las intervenciones dirigidas por el médico y las intervenciones dirigidas por la organización. Esta revisión mostró que:

- ✓ Las intervenciones dirigidas por la organización se asociaron con una reducción moderada en la puntuación de agotamiento.
- ✓ Las intervenciones dirigidas por médicos se asociaron con una pequeña reducción en la puntuación de agotamiento.
- ✓ Las intervenciones dirigidas por la organización redujeron más la despersonalización que las dirigidas por médicos.
- ✓ Las intervenciones dirigidas por la organización mostraron una mayor mejora de la realización personal que las intervenciones dirigidas por médicos.

De acuerdo con esto, el metaanálisis encontró que los médicos podrían beneficiarse de las intervenciones para reducir el agotamiento, especialmente de las generadas por las organizaciones (32).

El agotamiento del personal médico constituye una verdadera epidemia que puede afectar los pilares de la atención médica, incluida la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. Sin embargo, esta evidencia no ha sido cuantificada.

Se realizó otro metaanálisis, “Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis”. Este estudio se elaboró con el objetivo de examinar si el agotamiento de los médicos está asociado con un mayor riesgo de incidentes de seguridad del paciente, resultados de atención menores a los deseables y una menor satisfacción del paciente.

Como fuente de datos se realizaron búsquedas en las bases de datos de MEDLINE, EMBASE, y otras hasta octubre de 2017. Se incluyeron en el análisis 47 estudios realizados sobre 42.473 médicos, 59 % de ellos de sexo masculino; mediana de edad, 38 años. El agotamiento médico se asoció con un mayor riesgo de incidentes de seguridad del paciente, peor calidad de atención debido a la baja profesionalidad y reducción satisfacción del paciente. Se observó un mayor vínculo entre el agotamiento y la baja profesionalidad en médicos residentes y al comienzo de su carrera en comparación con los médicos con mayor experiencia (33).

Este metanálisis proporciona evidencia de que el agotamiento de los médicos puede poner en peligro la atención del paciente. Revertir este riesgo debe verse como un objetivo fundamental de la política de atención de la salud en todo el mundo.

Desde que el informe “Error es Humano” del IOM del año 2000 identificara a las interrupciones y distracciones como uno de los principales factores contribuyentes al error médico, se viene acumulando evidencia sobre su magnitud. Wiegman et al encontraron por su parte una relación lineal entre las interrupciones al flujo de trabajo en quirófano y los errores; cuanto más interrupciones hay, más errores se producen (34).

Westbrook, JI, Raban, MZ, Walter, SR y Douglas, H. (2018). Los errores de tarea de los médicos de emergencia están asociados con interrupciones, multitarea, fatiga y capacidad de memoria de trabajo: un estudio prospectivo de observación directa. *Calidad y seguridad de BMJ*, 27 (8), 655–663. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007333>

“Los errores de tarea de los médicos de urgencias están asociados con interrupciones, multitarea, fatiga y capacidad de memoria de trabajo”. Este es un estudio prospectivo de observación directa. Los médicos en forma individual aplican varias estrategias para administrar su carga de trabajo frente a demandas en su mayoría impredecibles y poder brindar una atención segura a los pacientes. El éxito de la gestión de sus tareas estará influenciado por sus elecciones individuales y la forma en que los miembros del equipo se interrelacionan con ellas. Hay poca evidencia de investigación acerca de estos comportamientos de gestión del trabajo. La investigación psicológica experimental ha tratado de identificar las formas en que el desempeño de una tarea de un individuo puede verse afectado por las interrupciones y la multitarea (35).

Los estudios de simulación de la distracción del conductor de vehículos han demostrado peligros significativos para el desempeño de tareas cuando los conductores intentan realizar múltiples tareas, desde escuchar a un pasajero hasta usar un teléfono móvil. Muy pocos estudios han intentado investigar estos mismos efectos entre los médicos. Una simulación mostró que las interrupciones a las enfermeras se asociaron con mayores errores en la administración de quimioterapia, y un segundo reporte encontró que respondieron de inmediato a una interrupción y no verificaron un producto sanguíneo antes de transfundir a un paciente. Un estudio que buscó evidenciar los efectos de la multitarea en la toma de decisiones diagnósticas, encontró un menor

rendimiento cuando se pedía a los sujetos que escucharan reportes verbales sobre otros pacientes, que debían recordar. Los estudios en entornos clínicos de la vida real requieren observación directa y es poco probable encontrarlos. La limitación a estos estudios implica un importante desafío, dada la dificultad para identificar errores de tareas que puedan medirse de manera repetible y confiable (36).

Las características individuales de las personas pueden influir en los errores de la tarea. Los experimentos muestran que la capacidad de la memoria de trabajo de un individuo está inversamente relacionada con los errores de tareas. La memoria de trabajo permite el almacenamiento temporal y el mantenimiento activo de información relevante para la tarea frente a las distracciones. Las interrupciones y la multitarea imponen demandas en la mencionada memoria al requerir que las personas procesen información no relacionada con su tarea principal y, por lo tanto, aumentan la carga cognitiva.

Las personas con mayor memoria de trabajo, tienen mayor capacidad de mantener activamente la información en el centro de atención y pueden recuperar de manera más eficiente la información desplazada debido a la interrupción. Por esta razón, esta capacidad ha sido implicada como una variable que influye en los efectos de interrupción y predice la capacidad de realizar múltiples tareas con eficacia. Se cree que las personas con puntajes de memoria más bajos pueden requerir mayores tiempos de tarea y tener más errores cuando se interrumpen. Esto es importante al momento de considerar la variabilidad individual entre los agentes de salud.

De modo similar, se ha demostrado que la fatiga reduce el rendimiento de las tareas durante los estudios de simulación clínica.

El COVID 19 ha tenido un devastador impacto sobre el sistema de salud en todas partes del mundo. A su vez, cada nueva variante presentó nuevos desafíos a un sistema ya afectado. Para medir sus efectos será necesario un seguimiento prospectivo para evaluar su impacto sobre la salud de la población general así como también sobre el sistema de salud. Un capítulo aparte será evaluar la repercusión de esta pandemia sobre el personal de salud (37).

En Australia se inició un proyecto para identificar su impacto en la práctica general. Se generaron de reportes que detectaron nuevas tendencias en cuanto a atención del COVID 19, diagnóstico, tratamiento, medicación y su impacto en los pacientes.

Monitoreo del impacto de las decisiones tomadas (directivas para población general y para el sistema de salud): la primera tarea fue identificar las áreas de impacto del COVID en la práctica general. Una vez identificadas estas áreas, se analizó. Como resultado directo se halló 7 reportes los cuales fueron publicados:

- La utilización de servicios de salud por teleconferencia
- El impacto socioeconómico uso de servicios por teleconferencia
- El impacto del COVID sobre el testeo de patología general en la población, con disminución del control de enfermedades crónicas.
- El impacto del COVID en los geriátricos e instituciones para pacientes de edad avanzada.
- El impacto del COVID sobre la practica general basada en el dosaje de Hb A1C en diabéticos tipo 2.



- El impacto de la pandemia en el screening de cáncer.

El número de teleconsultas aumentó de cero en 2019 a 95.357 en 2020. El número de mamografías realizadas disminuyó hasta un 32.2% comparado con 2019. Las fotos tomadas en distintos momentos de la pandemia, tanto la primera como la segunda ola permitieron diseñar medidores de impacto para realizar los procesos de monitoreo.

Los indicadores clínicos jugaron un rol muy importante. Sobre ellos, se confeccionaron estrategias para reducir el error diagnóstico. Se han propuesto dos tipos de medidas, las que se focalizan en el agente de salud y las estrategias dirigidas a modificar el sistema:

- La primera solución consiste en mejorar la capacitación del médico, mediante cursos, ateneos, confección de guías de manejo de patologías prevalentes. Otro modo de modificar el factor individual es generar médicos subespecialistas, acotando el área de desempeño y permitiendo que un mismo paciente sea evaluado por varios profesionales.
- Una segunda solución sería entrenar a los médicos en los atajos heurísticos más comunes. Los médicos que han sido capacitados acerca de los aspectos subconscientes del razonamiento clínico están mejor preparados para revisar de modo crítico el mismo planteando diagnósticos diferenciales o considerando el peor escenario. Por ejemplo, un paciente añoso puede consultar por náuseas y vómitos. El médico que lo atiende en guardia médica puede buscar un atajo limitándose a interpretar gastroenteritis o plantearse diagnósticos alternativos más severos como una hiponatremia sintomática o infarto agudo de miocardio, especialmente, si se trata de cara inferior.
- Una tercera solución sería aumentar el retorno de la información, es decir, si derivó un paciente, conocer el diagnóstico al cual se arribó, sea originado en guardia médica o en consultorio especialista. Sobre este punto se pierde mucha información dado que no se realizan autopsias diagnósticas por las claras implicancias legales que acarrear.

La enfermedad conocida como COVID-19 clínicamente se presenta con síntomas similares a los de la gripe, con fiebre, tos, disnea, mialgias y astenia. En un 80% de los pacientes los síntomas son leves y la recuperación con tratamiento sintomático es total; un 14% puede sufrir neumonía y necesitar tratamiento hospitalario y el 6% restante requerirá unidad de cuidados intensivos, al menos con los elementos terapéuticos de los que se dispuso a principios del 2020 (38).

El 11 de marzo de 2020 la OMS elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19 a la categoría de **pandemia internacional**, una situación que ha puesto a prueba al sistema sanitario español, y de otros muchos países. La cuarentena y el aislamiento son medidas de salud pública empleadas para prevenir la propagación de una enfermedad infecciosa. A menudo se utilizan como términos idénticos y equiparables en los medios de comunicación, aunque no son sinónimos.

- Por **cuarentena** se entiende la separación y restricción de movimientos de personas potencialmente expuestas a una enfermedad contagiosa hasta descartar que estén enfermas, para reducir así el riesgo de que infecten a otras.
- Por **aislamiento** se entiende la reclusión y separación de la persona que ha sido diagnosticada de una enfermedad contagiosa hasta que esté curada, para evitar contagiar a otras personas.

El impacto psicológico de la cuarentena y el aislamiento ante enfermedades infecciosas puede ser impredecible y prolongado. En general, los estudios informan que la reclusión, la pérdida de la rutina habitual y la reducción del contacto social y físico con otras personas acarrearán efectos psicológicos negativos, incluidos cambios o pérdidas de los hábitos de salud, autocuidado y relaciones interpersonales, síntomas de estrés postraumático, síndromes confusionales y trastornos del humor, trastornos por ansiedad excesivos y trastornos de conducta, que pueden persistir hasta 4-6 meses o años después. Entre los factores asociados a peores resultados se señalan la duración de la cuarentena, el temor a padecer la infección, la frustración y el aburrimiento, los suministros insuficientes, la información inadecuada, las pérdidas económicas y el estigma social que implica haber estado recluso.

La evaluación de la salud mental de las personas expuestas a los desastres naturales revela que los sobrevivientes suelen experimentar diversos trastornos de salud mental, como el TEPT, la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el abuso de sustancias. El sentimiento de ira surge típicamente en los sobrevivientes que experimentan un trauma emocional por los desastres y este sentimiento se considera un factor importante en el desarrollo del trastorno de estrés post traumático (TEPT) (39).

## **9. PANDEMIA COVID-19: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN ESTE TIEMPO?**

Desde que se declaró la pandemia COVID-19 hemos aprendido muchas cosas del coronavirus SARS-CoV-2, y de su papel en la enfermedad pediátrica. En un artículo publicado en España en noviembre 2021, se vio que los niños se infectaron en un porcentaje similar a los adultos, aunque en la mayoría de los casos sufrieron cuadros leves o asintomáticos. Alrededor de un 1% de infectados de población pediátrica española requirieron hospitalización, menos de un 0,02% requirió cuidados intensivos. La mortalidad pediátrica observada fue muy baja y generalmente en niños con comorbilidades. Los cuadros clínicos observados con mayor frecuencia fueron las infecciones respiratorias de vías altas o bajas, los cuadros gastrointestinales y con mayor gravedad el síndrome inflamatorio multisistémico. La mayoría de los episodios no requirieron tratamiento, salvo el síndrome inflamatorio mencionado. En ellos, el remdesivir fue empleado como tratamiento compasivo y aún está por definir su rol en el tratamiento de casos severos. También se observó que el recién nacido puede infectarse, si bien la transmisión vertical es muy baja, menor al 1%. En general las infecciones neonatales han sido leves (40).

### **9.1 EFECTOS COLATERALES DE LA PANDEMIA**

La disminución de actividad presencial en Atención Primaria y hospitales, la priorización en la asistencia a los pacientes con COVID, el cierre de escuelas, de actividades extraescolares, de servicios de rehabilitación y el confinamiento domiciliario han tenido consecuencias en el sector salud. Las más importantes de ellas fueron:

- Disminución de la vacunación obligatoria en los primeros meses de pandemia. No se sabe si a fecha se ha logrado regularizar el calendario de vacunación.

- Retraso en el acceso a pruebas complementarias, para arribar a un diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado. Para paliar esta situación es imprescindible la coordinación entre niveles de atención. Los niños que recibían atención temprana, estimulación precoz, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, logopedia, debieron interrumpir sus tratamientos. También se vio

retrasada la evaluación de los niños derivados para iniciar dichos tratamientos. Esta demora significa pérdida del momento oportuno para iniciar apoyo madurativo. Además del confinamiento general, se han producido muchos confinamientos locales con cierre de parques y actividades recreativas. Esto, y el miedo de las familias, ha llevado a una falta de oportunidades de socialización fuera del núcleo familiar. Según el momento en el que se haya producido, habrá dificultado la adquisición de habilidades sociales en los niños. En ellos deberá realizarse un seguimiento estrecho para diferenciar retrasos madurativos de verdaderos trastornos (40).

- Aumento de la obesidad, probablemente relacionada con el mayor sedentarismo resultante del confinamiento. Este grupo ha detectado también, al igual que en otros niveles asistenciales, un notable aumento de las consultas por enfermedad mental, algunas relacionadas con exceso del uso de tecnologías de la información y comunicación. Hay que considerar que muchas familias han perdido a alguno de sus miembros en condiciones de soledad y aislamiento, otras se han empobrecido y que el confinamiento ha podido actuar como detonante en entornos familiares violentos o disfuncionales. Los recursos dedicados al abordaje de esta patología son insuficientes.

- La pandemia ha causado el empobrecimiento de muchas familias. La saturación de los servicios sociales y el cierre de comedores escolares ha producido carencias en necesidades básicas de los niños. Durante la pandemia COVID se han producido situaciones que ponen en riesgo la salud física y mental de los niños y su impacto podrá percibirse a corto y largo plazo.

La crisis generada por el COVID-19 y las medidas adoptadas han generado cambios sociales en la población general. Estos cambios han impactado en especial a los trabajadores de la salud, que se encuentran frente a un paciente con infección sospechada o confirmada. Estudios recientes han detectado en ellos síntomas depresivos, ansiedad y síndrome de burnout, afecciones que alteraron su capacidad de respuesta durante la emergencia sanitaria. El artículo “Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos sobre Prueba y Consenso de Expertos” de realizó con el objetivo de generar recomendaciones de promoción y protección de la salud mental de los trabajadores y equipos de salud que se encontraban en la primera línea de atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 (41).

Esta pandemia ha generado también cambios sociales en la población general con aumento de estrés agudo, frustración, soledad, abuso de sustancias, insomnio, pérdida del control ante la gran incertidumbre e incluso aparición de síntomas depresivos y de ansiedad. Estos hallazgos podrían no solo ser una respuesta inmediata y transitoria, sino tener efectos a mediano y largo plazo. Esto se encontró en una revisión sistemática en la cual se evaluó de manera retrospectiva la experiencia de los profesionales que atendieron el brote de la enfermedad del Ébola, la pandemia de gripe A (H1N1), y las epidemias producidas por el síndrome respiratorio agudo grave y el síndrome respiratorio del Medio Oriente. Se identificó afecciones después de superada la emergencia sanitaria a mediano plazo tales como percibir una mayor estigmatización, más enojo, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza y preocupación y menos felicidad en comparación con la población en general. También encontraron que les llevó más tiempo para sobreponerse que el resto de la población. A largo plazo se encontró abuso y dependencia del alcohol, síntomas de depresión y estrés postraumático.

## **10. IMPACTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.**

A la vez que atendían a los pacientes con COVID-19, los profesionales sanitarios seguían atendiendo a los que presentaban otras patologías, casos que no podían demorar y las urgencias. Estos sumaban el 63,8% de las atenciones presenciales en los centros de salud. También atendieron en forma presencial y telefónica, a pacientes en los domicilios y en las residencias, entre los que había una alta prevalencia de COVID-19.

Este enorme aumento del requerimiento asistencial fue asumido por los profesionales en un entorno epidemiológico rápidamente cambiante y con gran incertidumbre sobre la evidencia científica disponible acerca de la enfermedad. Inicialmente los profesionales no contaron con material de protección suficiente. Luego se sumó a esto, un cambio constante instrucciones que se fueron modificando conforme se comprendía más de esta enfermedad (42).

### **10.1 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**

Existen muchos estudios epidemiológicos sobre la evaluación, tratamiento y diagnóstico de la enfermedad, pero pocos que investiguen los efectos psicológicos en esta población. Los estudios psicológicos para detectar los efectos pandémicos se remontan al siglo pasado, como la teoría de los significados, la escala de evaluación psicológica y el *Diferencial Semántico* propuesto por Osgood, Suci y Tannenbaum, en 1957. Esta escala permite medir la reacción de las personas expuestas a las palabras y conceptos que los llevan a ambos polos, estímulos positivos y negativos. Éste es uno de los métodos más utilizados en la investigación social debido a su eficacia (43).

Se realizó un estudio con el objetivo de analizar los efectos psicológicos que la actual pandemia de coronavirus tuvo sobre los profesionales del ámbito sanitario. El método utilizado fue un estudio descriptivo de una muestra de 1150 profesionales del ámbito sanitario, seleccionados al azar.

El personal sanitario de España trabajó para paliar esta pandemia. Las condiciones de trabajo se fueron deteriorando con el paso de los días ante la falta de equipos de protección individual, el reparto de mascarillas defectuosas y el aumento de la demanda asistencial. Se utilizó una encuesta que consta de 40 ítems de los cuales 31 se refieren a las emociones y autopercepción del personal de salud (44).

Se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico, un instrumento con el que se recolectó información de los participantes con respecto a su edad, sexo, orientación política (izquierda, derecha, centro, otro), número de hijos/as, profesión, número de personas con las que convive en su domicilio, tipo de contrato; y si trabajaba en una unidad en la que se traten pacientes confirmados o sospechosos de tener covid19.

Se realizaron preguntas como: “Como Personal del ámbito sanitario actualmente me siento...”

El cuestionario se finalizó con dos cuestiones que se consideraron necesarias dada la situación actual de pandemia: “Mi mayor miedo es (contagiarme - contagiar a otros)”;

“He percibido algún tipo de rechazo social, alejamiento o miedo al contagio por mi condición de personal sanitario”.

Las hipótesis previas se formularon en función de que los profesionales de la salud se sienten más víctimas que héroes y que han sufrido marginación social por miedo al contagio.

En relación al sexo del personal encuestado, se encontró que existían diferencias significativas en las dimensiones evaluadas como: con miedo/seguro, descuidado/cuidado, desprotegido/protegido, débil/fuerte, triste/alegre, nervioso/tranquilo, despreocupado/preocupado, estresado/relajado, mente confusa/mente clara, contagiarme/contagiar a otros y en las puntuaciones sobre sentir mayor rechazo social, de manera que los hombres puntuaban en todas las dimensiones positivas que las mujeres, excepto en preocupado y temor a contagiar a otros, en las que las mujeres exhibían mayores puntuaciones (44).

Como resultado se ha encontrado que, en general, el personal del ámbito sanitario se siente muy desprotegido, con miedo y estresado. Confieren más miedo al auto contagio que al contagio de otros. Se observó que el personal femenino sintió más el rechazo social. Percibieron su trabajo como eficaz, beneficioso, activo, útil y flexible. Este estudio encontró que las enfermeras, se sintieron más útiles, valientes e importantes que otras categorías sanitarias, entre las que figuran los médicos. En el caso de este estudio, las emociones que sentía el personal sanitario estaban fuertemente influidas por la orientación política que tuvieran.

La conclusión de este estudio sobre el efecto psicológico de la actual pandemia sobre los profesionales del ámbito sanitario, aporta diferencias significativas en función de la profesión, el contrato laboral, el sexo y la orientación política de los entrevistados (43).

El informe del Comité de la Organización Internacional del Trabajo y de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina del Trabajo “**Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención**” ya reconocía en 1984 que los factores psicosociales de riesgo generadores de estrés proceden de dos vías:

1. Por un lado, las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización.
2. Por otro lado, las capacidades y recursos del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo.

De esta manera, se reconocía la importante influencia de todos estos aspectos en la salud, rendimiento y satisfacción de nuestro personal sanitario, a través de sus propias percepciones y experiencias.

Los factores psicosociales laborales son “las condiciones de trabajo positivas o negativas y están presentes en todas las instituciones de servicios. Cuando los factores organizacionales y psicosociales son disfuncionales pueden provocar respuesta de inadaptación, de tensión o respuestas psicofisiológicas de estrés, siendo entonces, considerados como factores psicosociales de riesgo” (45).

Estudios recientes sobre los riesgos laborales de profesionales sanitarios en situación de alerta epidemiológica concluyen que se genera una importante carga de estrés por el miedo a enfermarse y contagiar a su familia, así como por la elevada carga laboral, para lo que recomiendan dar apoyo psicológico al personal sanitario (46).

El artículo “El impacto psicológico de COVID-19 y otras epidemias virales en los trabajadores de atención médica de primera línea y formas de abordarlo” refiere que los trabajadores de la salud de

primera línea se encuentran entre los grupos más vulnerables en riesgo de sufrir problemas de salud mental. El mismo expresa que es escasa la información sobre cómo prevenir mejor la angustia psicológica y qué pasos se necesitan para disminuir el daño a los trabajadores de la salud. En este estudio se utilizó una revisión sistemática de literatura para investigar el impacto psicológico en los trabajadores de la salud frente a epidemias o pandemias, utilizando tres bases de datos electrónicas (PubMed, MEDLINE y CINAHL). El período de tiempo analizado fue desde 2002 hasta el 21 de agosto de 2020 (47).

Los hallazgos sugieren que las implicancias psicológicas para los trabajadores de la salud son variables. Varios estudios demuestran que ser personal de salud implica un mayor riesgo de padecer trastornos relacionados con el estrés, depresión y ansiedad. El miedo a lo desconocido o a infectarse son los primeros desafíos a los que se enfrentaron. Ser enfermera y ser mujer pareció conferir mayor riesgo. El estigma percibido por los miembros de la familia del personal sanitario y la sociedad aumentó las implicaciones negativas; en especial el estrés y el aislamiento. Las estrategias utilizadas para afrontarlo variaron entre los distintos ambientes socioculturales y parecen ser diferentes entre médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Los cambios implementados y las sugerencias para la prevención en el futuro destacaron constantemente la necesidad de un mayor apoyo psicosocial y una difusión más clara de la información relacionada con la enfermedad.

Otra publicación, titulada “Una revisión rápida del impacto de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud: implicaciones para apoyar el bienestar psicológico” fue diseñada con el fin de identificar factores de riesgo asociados a efectos adversos sobre la salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia COVID19. Este trabajo se realizó sobre material extraído de la WHO y Cochrane. Buscaron en 14 bases de datos e incluyeron publicaciones de estudios observacionales que reportaron los efectos psicológicos de la pandemia sobre el personal de salud (48).

La mayoría de los artículos sobre los que se basó esta revisión fueron aportados por China, 18 de 24 reportes. Los resultados sugieren que el personal de enfermería puede tener un riesgo mayor de eventos adversos en su salud mental. Otros factores de riesgo identificados en este estudio fueron: enfermedad orgánica subyacente, género femenino, temor a infectarse, escases de equipo de protección personal y contacto estrecho con pacientes COVID19. También se identificaron factores protectores para la salud mental de los trabajadores, como el soporte institucional y el mayor conocimiento acerca del covid19.

La evidencia hasta la fecha sugiere que las enfermeras con contacto cercano con pacientes con COVID-19 podrían ser las más beneficiadas con la asistencia psicológica. De acuerdo con este artículo, es evidente que, para construir una fuerza laboral que se adapte a estos desafíos, se deben abordar los factores ocupacionales y ambientales. Esta revisión recomienda realizar más investigaciones que incluyan a los trabajadores sociales y el análisis de factores estructurales sociales más amplios.

Una revista española de psiquiatría publicó otro artículo, el “Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”. Este estudio se realizó con una muestra total de 421 profesionales de la salud del Departamento de Salud del País Vasco y Navarra, todos ellos profesionales en actividad en diferentes centros hospitalarios públicos y privados de dichas comunidades.

Para medir el impacto, se diseñó un cuestionario que contenía datos sociodemográficos (sexo y edad) y preguntas acerca de si vivían acompañados por alguna persona con enfermedad crónica, si habían tenido contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19, si tenían miedo de ir a trabajar y sobre su percepción del cumplimiento de las normas de confinamiento de la población. La depresión se evaluó con la versión española de la escala de depresión, ansiedad y estrés (49).

El personal sanitario se enfrentó a estresores laborales muy intensos, tales como jornadas laborales prolongadas, sobrecarga de trabajo, instrucciones y medidas de seguridad estrictas, necesidad permanente de concentración y vigilancia, escasez de equipamientos de protección y reducción del contacto social. Además de esto, tuvo que realizar tareas para las que muchos no estaban preparados. En esta situación de estrés, se puso en riesgo tanto su salud física como la mental, dando lugar a la posible aparición de síntomas de ansiedad, depresión o trastornos por estrés postraumático.

En las investigaciones previas sobre epidemias, ya se han observado reacciones psicológicas adversas entre los trabajadores sanitarios, por ejemplo, ante el brote de SARS, del MERS y actualmente COVID-19. Estos estudios mostraron que los trabajadores temían el contagio y la infección de sus familiares, amistades y colegas, y sentían incertidumbre y estigmatización, lo que podría derivar en consecuencias psicológicas a largo plazo. Además, tal como se ha demostrado en otras epidemias, el estrés y la ansiedad entre el personal no solo influyen directamente sobre su salud, sino en forma indirecta afectan al sistema de sanitario a consecuencia del ausentismo que generan. Los profesionales de la salud en China han mostrado una incidencia de ansiedad severa del 2,17%, moderada del 4,78% y leve del 16,09%.

Según otro estudio, los niveles severos de ansiedad, depresión y estrés en personal sanitario de China parecen ser especialmente altos (depresión 16,5%, ansiedad 28,8% y estrés 8,1%) en comparación con los resultados de otro estudio realizado en India y Singapur donde los niveles de depresión, ansiedad y estrés fueron más bajos. Otro aspecto que puede estar alterado por la sobrecarga de trabajo es el sueño, que ha mostrado ser un indicador clave de la salud, ya que además de mejorar la eficacia y el trato a pacientes, mantiene una función inmunológica óptima para prevenir las infecciones.

Un estudio reciente realizado en China ante la actual pandemia, ha revelado que las personas con mejor calidad de sueño padecen menos estrés postraumático. Existe una compleja relación entre estas variables. Por un lado, existe evidencia de que el estrés funciona como detonante de los síntomas de ansiedad y depresión en personal sanitario más joven. Tanto la sobrecarga de trabajo como el miedo a la posible infección podrían estar aumentando los niveles de estrés. Además, la incidencia de estos síntomas, por ejemplo, la ansiedad, suele ser mayor en el personal médico femenino que en el masculino. En cuanto a la edad, un estudio reciente sobre los efectos psicológicos de la pandemia en la población china, ha hallado que las personas más jóvenes (menores de 35 años) mostraban mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión. De acuerdo con lo expuesto, el objetivo del trabajo que analizamos, ha sido evaluar los niveles de estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño en el personal sanitario que trata a pacientes COVID-19 positivos.

El 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión y el 28,9% problemas de sueño. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad y estrés. En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés, ansiedad, insomnio y depresión. El 72,2% de la muestra señaló que no convivía con una persona con enfermedad crónica. El 71,5% sí había tenido contacto con personas infectadas por la COVID-19 y el 44,4% indicó que sentía miedo al contagio. Finalmente, el 88,4% percibía que la población estaba respetando las normas de confinamiento.

Los resultados indican que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad e insomnio. Por otro lado, aquellas personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 muestran mayores niveles de ansiedad, estrés e insomnio. Las personas que respondieron sentir miedo en su trabajo fueron también las que mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés presentaban. Por último, los profesionales que percibieron que en general la población no estaba respetando las medidas que se han impuesto respecto al confinamiento, son las que mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio presentaron. Del mismo modo, se halló que las personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 y que conviven con un enfermo crónico, muestran mayores niveles de estrés.

El personal de salud se enfrenta a una gran sobrecarga de trabajo, en condiciones psíquicamente exigentes, y con la sensación de disponer de pocos medios y apoyos. El estudio descripto tuvo como objetivo evaluar las diferencias en sintomatología en función del sexo y la edad, así como en relación a otras variables relevantes de la muestra. Los datos revelaron que un porcentaje alto de profesionales sanitarios señala sufrir síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño. Las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés resulto ser mayor a la hallada en estudios previos sobre otros eventos estresantes. Los niveles severos de ansiedad son incluso mayores a los hallados en China. Además, este estudio puso de manifiesto niveles de ansiedad, depresión, estrés e insomnio mayores en las mujeres. En lo que se refiere a la edad, y contrariamente a lo hallado en otros estudios, los profesionales de la salud de mayor edad, revelaron niveles más altos de toda la sintomatología evaluada. Si, además de trabajar con pacientes infectados por COVID-19, convivían con personas con enfermedad crónica, sus niveles de ansiedad eran aún mayores. Es evidente que el miedo al contagio está muy presente entre el personal sanitario que participó en el estudio (el 44% manifestó sentir miedo).

El miedo es una respuesta natural frente a la amenaza y el COVID-19 se vivió como tal, en gran medida, por el gran vacío de conocimiento al iniciar la pandemia. Esto despertó sentimientos de vulnerabilidad o pérdida de control, y preocupaciones sobre la salud personal, la de la familia y sobre el aislamiento.

Actualmente, el confinamiento y la distancia social (junto con las medidas de higiene) son las principales medidas de prevención con las que cuenta la población, y un alto porcentaje de los participantes (88,4%) percibían que la población las estaba respetando. Sin embargo, los trabajadores que percibían que no se estaban respetando fueron los que mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio presentaron. Si las medidas de prevención no se cumplen estrictamente, el riesgo de colapso sanitario es mayor, eso explica la preocupación del personal sanitario dado el rol que le cabe en esta situación social. Este estudio concluye que es necesario reducir el impacto psicológico del personal sanitario, y para ello, siguiendo las medidas que mostraron funcionar en China, recomienda aportar formación sobre el COVID-19, reforzar



medidas de seguridad y garantizar las necesidades básicas del personal, tales como alimento y sueño. Por ello, recomienda proveer de áreas de descanso y efectuar visitas periódicas de profesionales de la salud mental o asistencia psicológica telefónica. Estas recomendaciones se sustentan en que la sobrecarga de trabajo se mantiene en el tiempo y es necesario prevenir la aparición de estrés postraumático causado por esta pandemia.

Otro estudio, también realizado en España, fue el “Impacto psicológico del covid-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental”. El objetivo de este estudio fue conocer el impacto psicológico entre el personal sanitario de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-CoV-2 y compararlo con el resto de profesionales sanitarios, a través de una revisión sistemática artículos publicados en el ámbito occidental. Los estudios cuantitativos realizados en Europa y EE. UU. refirieron niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout. También se detectó en ellos estrategias de afrontamiento diversas y síntomas más frecuentes e intensos entre mujeres y personal de enfermería, sin resultados concluyentes por edad. En la primera línea de asistencia, el impacto fue mayor que en el resto de profesionales sanitarios y que en el ámbito asiático (50).

La declaración de la pandemia en marzo de 2020 y las medidas de confinamiento impuestas por el brote de SARS-CoV-2 generaron un estado de salud pública sin precedentes, con consecuencias para la salud mental de la población general. Varias revisiones literarias reflejaron el aumento en la prevalencia de estrés, ansiedad, depresión, insomnio o burnout entre profesionales de la salud durante la pandemia actual. El impacto en la salud mental del personal sanitario ya se había documentado durante los brotes de SARS-CoV-1 (2003), H1N1 (2009), MERS-CoV (2012) o ébola (2014), mostrando niveles altos de ansiedad, depresión, estrés postraumático y ausentismo. También mostraron mayor prevalencia de estos hallazgos entre profesionales de enfermería, los de menor edad y los que tuvieron contacto directo con pacientes contagiados.

En la crisis actual, la asistencia sanitaria en primera línea, especialmente en Servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Neumología, se asoció a mayor susceptibilidad para desarrollar afecciones psiquiátricas. Algunos autores asociaron el mayor impacto psicológico a las condiciones laborales (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados), aspectos sociales y familiares (distanciamiento social, miedo al contagio de seres queridos) y factores relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento y la muerte, conflictos éticos).

En el ámbito asiático, los estudios realizados exclusivamente con personal sanitario que se encontraban al frente de la atención de casos COVID19 indicaron la necesidad de promover el bienestar psicológico de los profesionales. Existe una necesidad urgente de estudiar los efectos psicológicos del COVID-19 en distintos ámbitos, conocer los riesgos asociados y posibles factores de protección, para poder diseñar estrategias eficientes de apoyo para la salud mental de los trabajadores de la salud.

Este estudio se basó en estudios descriptivos transversales realizados en Italia, España y Turquía, Reino Unido, Rumanía, Serbia y EE. UU. Las principales variables evaluadas fueron estrés, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y burnout. Se midieron con Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD), Inventario

de Ansiedad Estado-rasgo, Índice de severidad del insomnio, Índice de calidad del sueño de Pittsburg y el Índice de Burnout de Maslach. Los servicios que demostraron mayor nivel de estrés fueron las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias. Las especialidades médicas más afectadas fueron neumología y geriatría. El estrés psicológico tuvo intensidad variable, desde niveles leves y moderados hasta severos.

Entre un 25 y un 31% del total de profesionales sanitarios mostraron síntomas de depresión en Italia, mientras que en un estudio turco el porcentaje llegó al 65%, y de ellos, el 20% fue severo. En el Reino Unido, el 64% de la muestra total respondió “me siento bajo de ánimo, triste o deprimido”. La cuantificación de los síntomas de depresión mostró resultados variables en los diferentes estudios. Los más afectados fueron el personal de la primera línea de atención y, dentro de este grupo, la mayoría enfermeros. Las mujeres tuvieron problemas severos de insomnio en un 25%, frente al 4% de los hombres.

Con respecto al síndrome de burnout, en Italia, un tercio del personal sanitario reportó niveles altos y otro tercio niveles medios de agotamiento emocional y despersonalización, con mayor diagnóstico de burnout entre el personal que se encontraba en la primera línea de atención, con mayor carga laboral y menos edad. En esta población, los porcentajes de agotamiento emocional llegaron al 60% y en la despersonalización al 48%, siendo más intensos entre mujeres y enfermería.

Otros autores también resaltaron que la jornada laboral prolongada, la concentración y estado de vigilancia permanente que requirió el trabajo en Servicios de Urgencias, UCI y Neumología en situaciones de pandemia de enfermedades respiratorias, así como el contacto con el sufrimiento y la muerte, empeoraron el estado psicológico de los profesionales. Las principales variables que explicaron una mayor prevalencia de síntomas psicológicos fueron el sexo y la categoría profesional, con resultados similares a los del ámbito asiático, donde las mujeres y el personal de enfermería sufrieron más ansiedad, depresión y estrés. Teniendo en cuenta esto, y que, un alto porcentaje del personal, mayor al 50% se compone de mujeres, se diseñaron medidas de apoyo e intervenciones para disminuir el impacto psicológico dirigidas a esta observación. También se evidenció la avidez del personal por intervenciones que aliviaran la carga emocional a la que estuvieron expuestos.

Un artículo publicado en China, denominado “Salud mental y problemas psicosociales de los trabajadores de la salud médica durante la epidemia de COVID-19 en China”, reflejó los cambios que sufrió su personal de salud. Los trabajadores de la salud chinos han estado expuestos a una fuente persistente de angustia y este artículo tuvo por objetivo describir sus manifestaciones psicológicas. Para ello, se buscó detectar la prevalencia y los posibles factores que contribuyen al insomnio, la ansiedad, la depresión, los síntomas obsesivo-compulsivos, los síntomas de somatización y la ansiedad fóbica (51).

Se diseñó un estudio transversal realizado a través de una encuesta on line realizada entre el 19 de febrero y el 6 de marzo de 2020. El estudio se realizó en la ciudad de Wuhan a 8 semanas de iniciado el brote de COVID-19 que luego se transformara en pandemia.

Se encontraron algunas asociaciones:

- ✓ Se encontró entre el personal médico que ser mujer y tener enfermedades orgánicas fue un factor de riesgo independiente para padecer depresión.
- ✓ En este mismo grupo, se detectó que tener una enfermedad orgánica y vivir con su familia fue un factor predictor de depresión.
- ✓ Para los síntomas obsesivo-compulsivos, se hallaron 3 factores de riesgo presentes en los trabajadores médicos: vivir en áreas rurales, estar en riesgo de contacto con pacientes de COVID-19 en hospitales y tener enfermedades orgánicas.
- ✓ Cuatro variables se asociaron de forma independiente con el riesgo de padecer ansiedad entre los trabajadores de la salud: ser mujer, vivir en áreas rurales, tener riesgo de contacto con pacientes de COVID-19 en hospitales, y tener enfermedades orgánicas.
- ✓ En cuanto a los síntomas de somatización, los médicos tenían 2 factores de riesgo: vivir en zona rural y tener enfermedades orgánicas.

Los trabajadores de la salud mostraron altas tasas de prevalencia de insomnio severo, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos. También tenían factores de riesgo para desarrollar estos trastornos. Por lo tanto, la presencia de estos síntomas sumados al trabajo diario, puso en evidencia la necesidad de tomar medidas de contención sobre dicho personal.

El factor estresante fue identificado al sobrepasar la capacidad de adaptación del personal expuesto a esta epidemia inicial que luego se transformaría en pandemia.

La angustia psicológica a la que estaban expuestos los trabajadores pudo relacionarse con la sensación de inseguridad en el trabajo, la falta de conocimiento inicial del virus, la falta de información sobre el modo de transmisión y como controlar su propagación. También influyeron la sobrecarga de trabajo sostenida en el tiempo, el alto riesgo de exposición a pacientes con COVID-19, la escasez de equipos de protección médica y el hecho de que más de 3000 trabajadores de la salud en la provincia de Hubei (Wuhan) se infectaron con COVID-19 en una etapa muy temprana de la epidemia.

Como conclusión de este estudio, se encontró una mayor prevalencia de síntomas psicológicos entre los trabajadores de la salud durante el COVID-19, así como factores de riesgo para padecerlos. Los trabajadores de la salud necesitaron protección de su salud y condiciones de trabajo adecuadas, por ejemplo, la provisión del equipo de protección médica necesario y suficiente, la disposición de un descanso adecuado, así como programas de recuperación destinados a potenciar la resiliencia y el bienestar psicológico. Fue más marcado en este grupo de profesionales dado que fueron los que generaron la experiencia que luego permitió prepararse a otros países.

## **11. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Siguiendo con la meta de la OMS, “Errar es humano”, y esperar un rendimiento sin fallas en entornos complejos y estresantes no es realista. Para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno a prueba de errores en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados. Por tanto, es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, la cual solo puede producirse en si en el entorno prevalece una cultura de seguridad.

### **11.1 DATOS Y CIFRAS**

- ✓ Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
- ✓ En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles.
- ✓ Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- ✓ Se ha estimado que alrededor de dos tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte se producen en países de ingresos bajos y medios. Estos años perdidos se conocen como años de vida ajustados en función de la discapacidad, o AVAD.
- ✓ A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos.
- ✓ En los países de la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario se debe a eventos adversos.
- ✓ Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes.

## **11.2 INICIATIVAS DE LA OMS HASTA LA FECHA**

La tarea de la OMS en materia de seguridad del paciente comenzó con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 y ha seguido evolucionando con el tiempo. La OMS ha contribuido con la mejora de la seguridad de la atención sanitaria en los Estados Miembros al establecer los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Para cada uno de estos Retos se ha identificado un objetivo para la seguridad del paciente. Los retos emitidos hasta la fecha son los siguientes:

1. Una atención limpia es una atención más segura en el 2005. Su objetivo fue reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo énfasis principalmente en la higiene de las manos.
2. La cirugía segura salva vidas en el 2008. Su fin fue reducir los riesgos asociados a la cirugía.
3. Medicación sin daño en 2017. Su propósito fue reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial.

La OMS ha producido recursos como la Guía de planes de estudio multiprofesionales de seguridad del paciente, la Lista de verificación de la seguridad del parto, la Lista de verificación de la seguridad quirúrgica, las soluciones para la seguridad del paciente, y los Cinco Momentos para la Seguridad de los Medicamentos, todos ellos disponibles en formato impreso e informático.

Sabemos que las personas son propensas a cometer más errores cuando están privadas de sueño, y los médicos no son una excepción. Por ello, las intervenciones como los límites en el horario de trabajo pueden tener un efecto significativo.

Es necesario diseñar nuevos métodos para medir el impacto del trabajo en salud, pudiendo diseñar nuevas variables y poder ponderar que elementos son más perjudiciales que otros.

Diseñando nuevas formas de evaluar el daño psicológico, se podrá analizar y extraer información impensada, dado que no se ha comprendido en su totalidad el impacto del estrés reiterado.

Con respecto al error médico, a pesar de tener algunas estadísticas, no hay certeza del número real, ya que:

- El paciente que no ha encontrado respuesta puede migrar a otro centro de salud y no quedará registrada su falta de diagnóstico.
- Hay errores diagnósticos que no causan daño al paciente, por lo cual pasaran inadvertidos.
- El propio médico que diagnostica muchas veces no le llegará la respuesta y no podrá hacer una retroalimentación de la información, dado que el paciente será visto por otros colegas en días sucesivos.

Involucrar a los pacientes en el proceso de atención puede ayudar a reducir el error diagnóstico. Al alentar a los pacientes para dar y recibir información, y para informar cambios en su condición o resultados de segundas opiniones a sus médicos, se puede ayudar a los pacientes a convertirse en socios importantes en el proceso de su diagnóstico.

Es necesario alentar a cada centro de salud para comenzar a monitorear las tasas de error de diagnóstico.

Finalmente, nos planteamos cómo incorporar el conocimiento adquirido durante la pandemia, analizando las ventajas e inconvenientes de las medidas adoptadas, para mantener en lo posible una Atención Primaria segura, accesible y de calidad (52).

Para reducir el error diagnóstico, debemos elaborar estrategias. Estas deben estar dirigidas a objetivos cuidadosamente diseñados.

### **11.3 ESTRATEGIAS DE CAMBIO**

**11.3. 1 ESTRATEGIAS A NIVEL DEL SISTEMA:** estas son estrategias que modifican la situación a nivel del sistema para evitar errores diagnósticos:

La primera estrategia es cambiar la percepción del error de diagnóstico como “errores de juicio”, “errores de pensamiento” o “errores del médico” para percibirlos como errores relacionados con la cognición, el procesamiento, la comunicación y el diseño del sistema. Este puede ser el primer paso para reconocer y reducir el error diagnóstico.

El segundo objetivo a lograr para reducir el error diagnóstico sería reportar daños al paciente relacionados con diagnósticos erróneos. Esto puede ser difícil de lograr y requerirá que se diseñe un sistema de pesquisa para detectar errores que pasarían desapercibidos.

Existen algunas herramientas que los centros de salud pueden considerar como estrategias para aumentar la tasa de detección de error de diagnóstico:

- Generar un mecanismo interno para recopilar errores de diagnóstico. Esto le permitirá focalizar sectores donde se agrupan, descubrir patrones y entender que variables sería necesario modificar.
- Identificar cualquier evento adverso relacionado con el diagnóstico e incidentes que se repitan en el tiempo.
- Analizar el material relevado que resulte en daños al paciente relacionado con diagnósticos erróneos.

Lo publicado en la literatura médica demuestra que la mayoría de los errores relacionados con el diagnóstico tienen múltiples causas, e incluso los aspectos cognitivos del error de diagnóstico pueden ser controlados por intervenciones a nivel del sistema del centro de salud.

Los centros de atención médica pueden diseñar estrategias para combatir los errores cognitivos y de este modo reducir los daños relacionados con diagnósticos erróneos. Para ello sería útil informar y facilitar el estudio de las discrepancias clínicas y patológicas a través de ateneos, que su vez generen conciencia sobre el error de diagnóstico. Ejemplo de ellos son:

- Las Conferencias Clínico Patológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins Jornadas Clínico-Patológicas (<http://oac.med.jhmi.edu/CPC/>) donde desde 1980, se difunden los hallazgos de estos ateneos. Para ello, se reúnen mensualmente para evaluar el curso clínico del caso expuesto, y confrontarlo con los hallazgos de estudios complementarios.
- Los recursos para el apoyo en la toma de decisiones clínicas con sistemas que proporcionan estimaciones precisas de probabilidad de enfermedad; por ejemplo, generadores de diagnóstico diferencial electrónico (DDX) como Isabel <http://www.isabelhealthcare.com/home/default>. Esta es una aplicación que ayuda a tomar decisiones de diagnóstico basadas en datos sobre el tema de interés.
- Promover el uso de guías clínicas y algoritmos diagnósticos.

Cuando están bien diseñados, estos recursos pueden compensar las deficiencias en el juicio humano mediante la incorporación de estadísticas y datos epidemiológicos.

Las listas de verificación de diagnósticos diferenciales disponibles para la atención diaria evitan el depender exclusivamente de la memoria para procesos pasibles de errores (p. ej., solicitar una historia clínica completa, realizar un examen físico específico, ordenar pruebas correspondientes). Esto es especialmente importante en diagnósticos de alto riesgo, por ejemplo, cáncer, infección, fracturas, infarto de miocardio.

Se ha propuesto entrenar al médico a través de la detección de discordancias en pacientes del propio centro. Este puede lograrse, en parte, por medio de autopsias, estudios por imagen post mortem y conferencias sobre mortalidad. También se puede recopilar información mediante el análisis de eventos marcadores, o auditorías retrospectivas de admisión comparando diagnósticos de alta o de pacientes que regresan al servicio de urgencias dentro de las 48 horas de alta.

### **11.3.2 ESTRATEGIAS DE SISTEMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN:**

- Disponer los registros médicos electrónicos de modo que la información del paciente esté disponible para todos los efectores de atención en tiempo real.
- Desarrollar políticas institucionales con respecto a la comunicación de la información del paciente en toda la atención incluyendo los resultados de los estudios realizados.
- Prever un sistema eficiente para comunicar el resultado de una prueba anormal y con consecuencias críticas de no ser tratado. También sería necesario supervisar el tiempo de respuesta de las pruebas cuyo resultado puede denotar compromiso vital.
- Generar un sistema de apoyo de especialistas que esté disponible cuando sea necesario, en todo momento y en los días.
- Estandarizar los procedimientos de traspaso de pacientes entre médicos y desde una unidad de atención a otra.
- Supervisar la tarea diagnóstica de los alumnos especialmente en casos de alta carga de trabajo o con pacientes complejos o con pacientes con presentación atípica.
- Diseñar un mecanismo para el seguimiento de pacientes dados de alta, especialmente de alto riesgo diagnósticos o síntomas para los cuales un diagnóstico aún no se ha asignado (por ejemplo, dolor torácico y dificultad respiratoria).

Otros factores relacionados sobre los que se puede mejorar el sistema son:

- Desarrollar un mecanismo de auditorías para detectar el error diagnóstico comparando los diagnósticos de alta, con los que regresan al servicio de urgencias dentro de las 48 horas, los posteriores al alta y los que cambian en una visita al siguiente, pudiendo realizar una hoja de ruta para buscar diagnósticos modificados. Estos resultados deberán difundirse a los médicos tratantes y generar una retroalimentación de los mismos.
- Debe evitarse la sobrecarga de trabajo y la fatiga. Minimizar las interrupciones y la presión de producción para que los médicos tengan tiempo para repasar sus decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Minimizar los errores relacionados con la fatiga implementando limitaciones en las horas de trabajo.

### **11.3.3 ESTRATEGIAS DEL MÉDICO**

Los propios médicos juegan un papel importante en la detección y prevención de errores de diagnóstico. Se pueden considerar las siguientes estrategias para reducir el error diagnóstico en su práctica:

- Mejorar el razonamiento clínico mediante el aprendizaje de los errores cognitivos.
- Utilizar los tiempos de espera de resultados para reflexionar activamente el proceso de diagnóstico.
- Solicitar segundas opiniones y consultas en forma habitual.
- Los especialistas al modificar el diagnóstico de pacientes derivados, deberían alertar al médico remitente de la modificación o cambio de diagnóstico.
- Comunicar el diagnóstico al paciente de manera temprana. Revelar la probabilidad de tener el diagnóstico, y qué esperar si el diagnóstico es correcto. Si no hay diagnóstico claro, debe informarse al paciente también.

- Mantener la continuidad de la atención a largo plazo en pacientes individuales para tener una visión dinámica de sus problemas de salud y a su vez, detectar errores diagnósticos pasados.
- Entrenar a los residentes y estudiantes de medicina discutiendo los patrones de pensamiento diagnóstico, estimulando su razonamiento diagnóstico, y enseñando un discernimiento crítico al momento de analizar la literatura médica.

Los errores cognitivos pueden ser corregidos tanto con las intervenciones individuales como a nivel del sistema durante su entrenamiento. Usando una combinación de intervención a nivel individual y del sistema, las estrategias de reducción de riesgos pueden ayudar a disminuir la tasa de error de diagnóstico y la tasa de daño al paciente relacionado con el diagnóstico erróneo en los centros de salud.

#### **11.3.4 ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE**

Los pacientes pueden participar en el esfuerzo por reducir los errores de diagnóstico. Se puede educar a los pacientes para que busquen atención de seguimiento oportuna y consejo médico. Esto los transformará en participantes activos en el proceso de diagnóstico. Por ejemplo, instruir a los pacientes sobre las probabilidades diagnósticas y las dificultades que pueden presentarse en este proceso.

También es importante reconocer el impacto de la seguridad del paciente en la reducción de los costos relacionados con el daño a los pacientes. Al mejorar la eficiencia de los sistemas de atención de la salud y la prestar servicios seguros contribuirá a restaurar la confianza en los sistemas de salud (53).

#### **11.3.5 ESTRATEGIA DE PRACTICAS CLINICAS SEGURAS**

Diferentes organizaciones internacionales han recomendado, en base a la frecuencia de los eventos adversos más frecuentes, la promoción de diversas prácticas seguras. Las prácticas seguras recomendadas en esta estrategia son aquellas dirigidas a promover el uso seguro de los medicamentos, a prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y a evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de los pacientes, que son los factores principales asociados a los eventos adversos. Otras prácticas son recomendadas, como la identificación adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva, o el uso seguro de radiaciones ionizantes contribuirán a prevenir eventos adversos evitables.

**USO SEGURO DE MEDICAMENTOS:** el empleo de la farmacovigilancia, la formación y actualización del personal de salud en terapéutica y farmacología clínica o la prevención de errores en los circuitos de la medicación son algunas de las iniciativas que podrían mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

- ✓ La prescripción electrónica es útil entre otras cosas, porque permite ser auditada a distancia y desde un único lugar poder revisar todas las prescripciones. Un valor adicional sería incluir en los programas de prescripción electrónica instrucciones para la administración de medicación (intervalo de dosis, forma de administración, volúmenes y medios de



dilución).

- ✓ Medicamentos de alto riesgo: tienen una probabilidad mayor de presentar eventos adversos serios. Los pacientes crónicos y polimedicados son mas propensos a sufrir errores de medicación. Una práctica internacionalmente recomendada y orientada a disminuir los errores de medicación, particularmente útil en estos pacientes, es la conciliación de la medicación. Este es un proceso multidisciplinario, que trata de lograr que la información que se transmite sobre la medicación sea única, precisa y completa. Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente y con el propio paciente.
- ✓ Estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral.
- ✓ Revisar sistemáticamente la medicación en los pacientes crónicos polimedicados, para detectar o prevenir eventos adversos y mejorar la adherencia al tratamiento.
- ✓ Establecer recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos.
- ✓ Aumentar la vigilancia y supervisión del uso seguro de medicamentos por parte de los servicios y unidades de farmacia hospitalarias.

#### PRACTICAS PARA PREVENIR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA:

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria afectan al 5 a 10% de los pacientes hospitalizados y significan una elevada morbimortalidad con un aumento en los costos asistenciales.

Los principales tipos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria están relacionados con procedimientos invasivos y son: la infección de sitio quirúrgico, la infección urinaria por instrumentación, la bacteriemia por catéter vascular y la neumonía asociada a ventilación mecánica. Otro riesgo asociado a esto es la emergencia de cepas resistentes. Algunas medidas para disminuir su frecuencia son:

- ✓ Establecer acciones para la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.
- ✓ Desarrollar programas para prevenir y controlar las flebitis asociadas a catéter venoso central y periférico.
- ✓ Cumplir los programas desarrollados para prevenir y controlar las bacteriemias relacionadas con catéteres y las neumonías asociadas a ventilación mecánica en las unidades de atención de pacientes críticos.
- ✓ Realizar programas de uso racional de antibióticos para reducir el riesgo de selección y diseminación de cepas resistentes a los antibióticos de uso habitual.

PRACTICAS SEGURAS EN CIRUGIA: el uso del listado de verificación de seguridad de la cirugía requiere de conductas y disciplina que garanticen su adecuado cumplimiento. Este se usa también para detectar incidentes en torno al acto quirúrgico. Se trata de una medida efectiva para mejorar la seguridad del paciente en el procedimiento quirúrgico, cumpliendo a su vez con el protocolo universal (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto) y la prevención de

infección del sitio quirúrgico. El listado de verificación de seguridad de la cirugía mejora la comunicación y el trabajo en equipo. El cumplimiento de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en Anestesiología sirve de estímulo para promover la aplicación del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía, al estar éste incluido en el punto 4º de dicha Declaración. Algunas medidas adicionales son recomendadas por este plan de seguridad del paciente:

- ✓ Adoptar la conducta de marcar el sitio quirúrgico como práctica rutinaria previa a la cirugía.
- ✓ Difundir e implementar las recomendaciones de Helsinki de seguridad en anestesia.
- ✓ Implementar un listado de situación del paciente en la transferencia desde quirófano a Reanimación o unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Desarrollar protocolos para mejorar la profilaxis del tromboembolismo venoso.

**IMPLANTAR PRACTICAS SEGURAS EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE:** es necesario reconocer riesgos específicos y frecuentes a los que se ven expuestos los pacientes para poder elaborar medidas que prevengan su aparición:

- ✓ Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- ✓ Prevención de úlceras por presión.
- ✓ Prevención de infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
- ✓ Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran.
- ✓ Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
- ✓ Prevención de la broncoaspiración.
- ✓ Prevención y manejo del dolor en pacientes adultos y pediátricos.

Para prevenir estos riesgos, se propone realizar un plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos. También será útil incluir en el plan de cuidados de la historia clínica y del informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos del paciente y las medidas para prevenir sus riesgos específicos. En este mismo sentido, desarrollar planes de cuidados específicos, de pacientes en atención domiciliaria, los inmovilizados y los terminales.

**IDENTIFICACION INEQUIVOCA DEL PACIENTE:** las fallas en la identificación de los pacientes implican riesgos que pueden derivar en diagnósticos erróneos o la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas, o la administración de medicamentos o hemoderivados, a pacientes equivocados.

Para ello se han diseñado estrategias, como, por ejemplo:

- ✓ Comprobar la identificación del paciente en cada procedimiento, especialmente en los de alto riesgo.
- ✓ Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y enfatizar en la necesidad de verificarla, antes de cada procedimiento.
- ✓ Identificar inequívocamente al recién nacido antes de salir de la sala de partos y en presencia de la madre o familiar, siempre que sea posible.
- ✓ Etiquetar las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.

- ✓ Antes de interpretar un resultado, comprobar que este pertenezca al paciente que estamos evaluando. Del mismo modo debemos asegurarnos que la historia clínica corresponda al mismo paciente.

**PROMOVER LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES:** la transmisión de la información clínica sobre los pacientes, especialmente durante el traspaso de un profesional a otro, es un proceso en el cual el elemento clave la comunicación. Los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos centinela.

Un evento centinela es un evento de la seguridad del paciente que resulta en muerte, daño permanente o temporal. Los eventos centinela son desgastantes tanto para el paciente como para el personal de salud. La Joint Commission International, en asociación con más de 100 países, trabaja para abordar los eventos centinela y tratar de evitar que estos eventos ocurran.

La estandarización de la comunicación en un centro de salud aumenta su eficacia. Por ello, será útil implementar técnicas de comunicación estructurada. En términos de comunicación es necesario también prever un modo de notificación rápida del profesional tratante cuando los resultados de estudios complementarios informen afecciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

**GESTION DE RIESGOS:**

Permite la identificación y el análisis de los riesgos asociados a la atención sanitaria. También contribuye a diseñar un plan de acción a medida. Los centros de salud deben desarrollar estrategias específicas para la adecuada gestión de los riesgos sanitarios. Los sistemas de notificación permiten aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores (54).

## **12. ACTIVIDAD DE LA OMS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial. La finalidad del Día Mundial de la Seguridad del Paciente es promover la seguridad del paciente aumentando la concienciación e implicando a la opinión pública. Siguiendo esta línea de pensamiento, se realizó la undécima reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) 11 abril 2022.

El Director General enfatizó la necesidad de publicar un Plan estratégico de preparación y respuesta frente al COVID-19, que genere una hoja de ruta con el objetivo de poner fin a la emergencia causada por la COVID-19 en mundo durante 2022 y prepararse ante futuros acontecimientos. Este plan, publicado el 30 de marzo de 2022, consta de 22 páginas. En su contenido, indica que más de 143 millones de nuevos casos fueron reportados globalmente en los primeros 2 meses del año en curso. La pandemia no ha terminado, aunque afecta a los países de distinto modo. Este documento pretende ayudar a guiar la respuesta de la sanidad pública al COVID-19 a nivel nacional y subnacional, además de actualizar la estrategia mundial de respuesta a la pandemia de COVID-19 (55).

Aplica los conocimientos acumulados desde la publicación del Plan estratégico de preparación y respuesta<sup>1</sup>, el 3 de febrero de 2020 para formar parte de una nueva orientación práctica. Esta alimentó la acción estratégica del conjunto gobierno y sociedad para que pueda adaptarse a esta emergencia según sus capacidades específicas.

El documento ofrece orientación a los países que se preparan para una transición gradual desde la transmisión generalizada a un estado estable, con bajo nivel de transmisión o incluso, ausencia de transmisión.

La pandemia de COVID-19 ha provocado una escasez importante de suministros esenciales, como equipos de protección individual, de diagnóstico y productos médicos. La ONU ha reunido rápidamente un equipo de trabajo para formar una cadena de suministro. Este grupo de trabajo, tiene como máxima prioridad, establecer un nuevo sistema de emergencia de la cadena mundial de suministro para proporcionar a los países los suministros esenciales para responder al COVID-19 (56).

## **CONCLUSIONES**

La promoción de la salud y la atención de la salud son esenciales en la respuesta a una enfermedad como el COVID-19, donde se requiere que las personas y comunidades respondan con altos niveles de prevención, y organización. Para poder hacer frente a esto en corto tiempo, se debe prever asignar tiempo para la formación, docencia e investigación dentro del plano laboral.

Dentro de los equipos de salud hay que distribuir tareas y competencias de modo que sea eficiente y evitar demoras para la seguridad del paciente, evitando el retraso diagnóstico y terapéutico.

El personal de salud ha experimentado a lo largo del tiempo los efectos de la dinámica de trabajo propia de este sistema, con jornadas interminables, entornos estresantes y desafíos diagnósticos con un riesgo legal cada vez más alto. Este complejo escenario ha afectado la salud del personal, llevando al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión e insomnio, además del síndrome de burnout. La pandemia COVID llevado esto a otro nivel, con consecuencias a largo plazo para la salud de los trabajadores que aun no conocemos.

Así, la generación de acciones de promoción y protección de la salud mental son más que nunca necesarias para cuidar del trabajador de la salud como persona y en su capacidad de atender y responder a las demandas diarias. Se propone mejorar su proceso de adaptación al estrés y toma de decisiones basadas en la solución de problemas más que en la emoción e incertidumbre. Esto puede impactar positivamente en la capacidad de mantener una respuesta prolongada de atención al disponer de todo el personal posible en las mejores condiciones de salud.

Los equipos de atención primaria se han organizado en pandemia gracias al trabajo de sus coordinadores. Es necesario cuidar a los médicos que lideran sus equipos de salud, apoyarlos y relevarlos o darles licencias, dado que no podrán soportar indefinidamente la carga agregada que sufren y son un eslabón fundamental en la cadena de atención del paciente.

Todo esto se resume a que, un personal de salud seguro redundará en seguridad para el paciente, tal cual fuera la meta de la OMS en 2019.

## **RESUMEN**

La pandemia COVID19 ha afectado a diferentes sectores: social, económico y de la salud. El personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que su lucha trae aparejado.

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión e insomnio, se encuentran la edad, el contexto social, las relaciones interpersonales, la falta de capacitación y nivel de exposición a pacientes contagiados.

Todos estos factores y sus repercusiones en la salud de los trabajadores sanitarios son un problema que no debe pasar desapercibido, en función de proteger el bienestar de quienes se encuentran en la primera línea de defensa contra el COVID 19.

El cambio debe comenzar desde la construcción de políticas que ofrezcan un mayor apoyo a los trabajadores de la salud; los cuales desempeñaron un papel fundamental durante los brotes de enfermedades a gran escala.

Las implicancias psicológicas son en gran medida negativas y requieren una mayor atención para compensarlas; probablemente mediante la atención de psicólogos, un mayor entrenamiento y una mayor concientización. El conocimiento actual de las intervenciones terapéuticas sugiere que podrían ser beneficiosas, pero se necesita un seguimiento a más largo plazo para objetivar sus efectos.

## BIBLIOGRAFIA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. 2020 [citado el 29 de junio de 2021]. Día Mundial de la Seguridad del Paciente, 17 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>
2. Adhanom T. Salvar la salud pública para todos en 2020 y más allá. Commonwealth Health.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. 2020 [citado el 29 de junio de 2021]. Día Mundial de la Seguridad del Paciente, 17 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>
4. Bernardo Moreno Jiménez (Catedrático UAM) Carmen Báez León (Investigadora UAM) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Universidad autónoma de Madrid.
5. Código Civil y Comercial de la Nación, Libro tercero, Derechos Personales, Capítulo V, artículo 1725.
6. Clark BW, Derakhshan A, Desai SB. Diagnostic Errors and the Bedside Clinical Examination. *Med Clin N Am* 102 (2018) 453–464 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.007>
7. Las distracciones: edición de Junio 2019 dr vitolo fundación noble, paginas 1-14.
8. Madore K. P, Wagner A. D, Multicosts of Multitasking By. Multicostos de la Multitarea. *Cerebro*. 1 de abril de 2019; 2019: cer-04-19. PMID: 32206165; PMCID: PMC7075496
9. Larry D. Rosen L. Mark Carrier Nancy A. Cheever Facebook and texting made me do it: Media-induced task-switching while studying *Computers in Human Behavior* Volume 29, Issue 3, May 2013, Pages 948-958.
10. Lic. Patricio J. Navarro Pizzurno, Burnout: el síndrome de estar quemado por el trabajo en el ámbito de la práctica médica. Miembro del Departamento de Servicios Médicos de Noble A.R.P. Biblioteca Virtual NOBLE Diciembre 2009
11. Gillaa M. A, Giménez S. B, Morana V. E, Olaza F. O. Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina / Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina *Liberabit*, 2019, 25(2), 179-193

12. Salanova, M. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout, Papeles del Psicólogo, Vol. 29 (I). Castellón, 2008.
13. Salanova M, Llorens S. Current state of research on burnout and future challenges. Universitat Jaume I de Castellón Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), p. 59-67
14. Linares Parra GDV, Guedez Salas YS. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud (Burnout syndrome invisible pathology among health professionals). Aten Primaria. 2021 May;53(5):102017. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102017.
15. Colten HR, Altevogt BM. Trastornos del sueño y privación del sueño: un problema de salud pública no resuelto. Instituto de Medicina (EE. UU.) Comité de Medicina e Investigación del Sueño; Washington (DC): Prensa de las Academias Nacionales (EE. UU.); 2006. Impacto funcional y económico de la pérdida de sueño y los trastornos relacionados con el sueño. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19958/>
16. Brown JP, Martin D, Nagaria Z, Verceles AC, Jobe SL, Wickwire EM. Mental Health Consequences of Shift Work: An Updated Review. Curr Psychiatry Rep. 2020 Jan 18;22(2):7. doi: 10.1007/s11920-020-1131-z. PMID: 31955278. abstract
17. Benítez-Provedo C, Talavera B, García-Azorín D, Marcos-Dolado A. The cognitive impact of guard shifts in physicians: a before-after study. Neurol Sci. 2022 Mar;43 (3) :1701-1708. doi: 10.1007/s10072-021-05501-x. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34409516. Abstract
18. “Diagnostic Error in Acute Care” Pennsylvania Safety Authority. Vol 7, N°3-September 2010 pag 76-86.
19. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, ESPAÑA. Periodo 2015-2020
20. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood). 2004 Jul-Aug;23(4):202-12. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.202. PMID: 15318582. Abstract.
21. Fatiga y seguridad del paciente, Vítolo F. Fundacion Noble, diciembre 2019. Pag 1-20.
22. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. 2020 [citado el 29 de junio de 2021]. Día Mundial de la Seguridad del Paciente, 17 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>)
23. Seguridad del Paciente fuente OMS Día mundial de la seguridad del paciente. 13/09/2019
24. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Universidad autónoma de Madrid.
25. Report 2020. Londres: Commonwealth Business Communications [citado el 4 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW\\_Health\\_Report\\_2020.pdf](https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW_Health_Report_2020.pdf))
26. Coll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ, Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia [Primary care organization in pandemic times]. Aten Primaria. 2021 Dec;53 Suppl 1(Suppl 1):102209. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102209. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34802799; PMCID: PMC8603466.
27. Adhanom T. Salvaguardar la salud pública para todos en 2020 y más allá. Commonwealth Health Report 2020. Londres:Commonwealth Business Communications citado el 4 de septiembre de 2021. [https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW\\_Health\\_Report\\_2020.pdf](https://commonwealthbc.com/wp-content/uploads/2020/11/CW_Health_Report_2020.pdf))

28. Collado Hernández B, Torre Rugarcía Y. Attitudes toward the risk prevention in health professionals in cases of epidemiological alert. Mutua Montañesa de Cantabria. España. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. España. Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid. Madrid. España. Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (239) 233-253 abril - junio 2015. MEDICINA y SEGURIDAD del trabajo.
29. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet] [consultado el 1 de Mayo de 2020]
30. Physician Burnout, Interrupted Pamela Hartzband, M.D., and Jerome Groopman, M.D.N Engl J Med 2020; 382:2485-2487 (25 junio 2020).  
DOI: 10.1056/NEJMp2003149d
31. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2017; 177:195-205.
32. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res. 2021 Apr;33(4):883-894. doi: 10.1007/s40520-019-01368-3. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31598914 Review.
33. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, Peters D, Hodkinson A, Riley R, Esmail A. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018 Oct 1;178(10):1317-1331. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.PMID: 30193239
34. Distracciones, interrupciones y seguridad del paciente, dr Fabian vítulo, biblioteca virtual noble, junio 2019.
35. Wiegmann DA, ElBardissi AW, Dearani JA, et al. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: An exploratory investigation. Surgery 2007
36. Westbrook J. I, Raban M. Z, Scott R W, Douglas H. Westbrook JI, et al. Task errors by emergency physicians are associated with interruptions, multitasking, fatigue and working memory capacity: a prospective, direct observation study, BMJ Qual Saf 2018;27:655–663. doi:10.1136/bmjqs-2017-007333
37. Thomas J, Georgiou A, Imai C, Sezgin G, Hardie RA, Dai Z, Wabe N, Franco G, Li J. Monitoreo del impacto de COVID-19 en la práctica general: un conjunto de medidas de impacto para la práctica general australiana . Instituto Australiano de Innovación en Salud, Universidad Macquarie, Sydney. febrero de 2022. Monitoring the impact of COVID-19 on general practice a suite of impact measures for australian general practice.
38. Francisco Buitrago Ramírez, Ramón Ciurana Misol, María del Carmen Fernández Alonso, Jorge Luis Tizón García, Grupo de Salud Mental del PAPPS Atón Primaria. 2020 noviembre; 52 (Suplemento 2): 93–113. Español. Publicado en línea el 30 de diciembre de 2020. doi: 10.1016/j.aprim.2020.09.004
39. Norris FH. Alcance, magnitud y duración de los efectos de los desastres en la salud mental: revisión actualizada 2005. *Res Educ Disaster Ment Health*. 2005: 1–23.
40. Calvo C, Tagarro A, Méndez Echevarría A, Fernández Colomer B, Albañil M. R. Ballesteros, Bassat Q, Mellado M. J. Peña. Pandemia COVID-19: ¿Que hemos aprendido en este tiempo? An Pediatr (Barc) 2021 noviembre; 95(5): 382. Español. Publicado en línea el 23 de septiembre de 2021. doi: 10.1016/j.anpedi.2021.09.006



41. Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martin-Benito L, Paternina Quesada N, González-Giraldo C, Cárdenas Rodríguez ML, Castillo Gutiérrez AM, Garzón-Lawton M, Ronderos-Bernal C, García Guarín B, Acevedo -Peña JR, Gómez-Gómez OV, Yomayusa-González N. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos sobre Prueba y Consenso de Expertos]. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 julio-septiembre;50(3):225-231. Español. doi: 10.1016/j.rcp.2021.02.007. Epub 2021 14 de marzo. PMID: 34629561; IDPM: PMC7955936.
42. Coll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ, Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atón Primaria.* 2021 Dic;53 Suplemento 1(Suplemento 1):102209. Español. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102209. Epub 2021 19 de noviembre. PMID: 34802799; PMCID: PMC8603466.
43. Efectos psicológicos de la pandemia covid 19 en el personal del ámbito sanitario Beatriz Montes-Berges, M Elena Ortúñez Fernández  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200008) - aff2Enferm. glob. vol.20 no.62 Murcia abr. 2021 Epub 18-Mayo-2021  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.427161>  
Departamento de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Campus de Las Lagunillas, Universidad de Jaén. Jaén, España. bmontes@ujaen.es  
Enfermera titular en el Servicio de Quirófano. Hospital San Agustín de Linares, Jaén, España
44. Arce C, Stem DE, Andrade EM, Seoane G. Comparación de escalas de respuesta para la medición de las actitudes. *Psicothema.* 1997;9(3):541-5.
45. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra. Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1984.
46. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Med Segur Trab (Internet)* 2015; 61 (239) 233-253
47. Sonja Cabarkapa, Sarah E. Nadjidai, Jerome Murgier, Chee H. Ng, The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review, *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, Volume 8, 2020, 100144, ISSN 2666-3546, <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354620301095>)
48. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Muñoz S, Ellis L, et al. A rapid review of the impacto f COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well – being. *BMC Public Health* 2021; 1-18. Disponible en <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10070-3>
49. María Dosil Santamaría A, Naiara Ozamiz-Etxebarria B, Iratxe Redondo Rodríguez B, Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor B y Maitane Picaza Gorrotxategi C Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona) (2021) 106-112
50. Alina Danet Danet. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada, Granada, España Una revisión sistemática *Med Clin (Barcelona)* 2021; 156 (9): 449-458
51. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, Min BQ, Tian Q, Leng HX, Du JL, Chang H, Yang Y, Li W, Shangguan FF, Yan TY, Dong HQ, Han Y, Wang YP,

- Cosci F, Wang HX. Salud mental y problemas psicosociales de los trabajadores de la salud médica durante la epidemia de COVID-19 en China. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):242-250. doi: 10.1159/000507639. Epub 2020 9 de abril. PMID: 32272480; IDPM: PMC7206349.
52. “Diagnostic Error in Acute Care” Pennsylvania Safety Authority. Vol 7, N°3-September 2010 pag 76-86.
53. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. Período 2015 – 2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
54. ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERÍODO 2015-2020 páginas 75 – 95.
55. STRATEGIC PREPAREDNESS, READINESS AND RESPONSE PLAN TO END THE GLOBAL COVID-19 EMERGENCY IN 2022 30 March 2022 | COVID-19: Critical preparedness, readiness and response, 22 páginas WHO REFERENCE NUMBER: WHO/WHE/SPP/2022.1 [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10)
56. Hidalgo Azofeifa S, Vargas Mena R, Carvajal Carpio L. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 17 de mayo de 2022];6(8): e706. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/706>
57. To err is human, *Medicina Universitaria* 2011;13(51):69-71