

## Medicina de Urgencias y Emergencias: ¿una actividad de riesgo?

MARÍA LUISA IGLESIAS-LEPINE<sup>1,3</sup>, DOLORS GIMÉNEZ-PÉREZ<sup>2,3</sup>, MARÍA DOLORES FERRER DA PENA<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital de Sabadell, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Barcelona, España. <sup>2</sup>Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España. <sup>3</sup>Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, UAB, Barcelona, España. <sup>4</sup>Comissió per a la Prevenció de la Violència. Hospital de Sabadell, Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, Barcelona, España.

Los servicios de urgencias y emergencias (SUE), están formados por una gran heterogeneidad de profesionales, que garantizan la asistencia sanitaria las 24 horas, los 365 días al año. La actual ideología social individualista, competitiva, consumista e inmersa en la “cultura del cajero automático” donde la urgencia no es sinónimo de gravedad fomenta su uso inadecuado, hasta el punto de legitimar la violencia si no se cumplen las expectativas esperadas. La justificación de las conductas violentas por parte de un sector de la ciudadanía acrecienta la agresividad de los usuarios, al perpetuar la creencia de que “no pasa nada” y de que “si gritas, consigues un beneficio”, lo que persevera las conductas inapropiadas e incrementa el desgaste profesional<sup>1-3</sup>. Los SUE, por sus características idiosincrásicas, favorecen el estrés profesional. Y esto, unido al incremento progresivo de incidentes violentos no declarados (el profesional y/o la empresa los minimiza y existe un gran abanico de percepciones subjetivas sobre el término violencia), impiden dimensionar el verdadero alcance del problema<sup>1-13</sup>.

En el año 2009 se creó el Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC) de España<sup>10</sup>, y desde entonces se han comunicado 1.714 agresiones a médicos, habiéndose registrado sólo 109 sentencias: el 35,8% se resolvió como delito contra la autoridad pública y el 64,2% como falta<sup>14</sup>. La comunidad más afectada fue Andalucía, seguida por Cataluña y Madrid. El procedimiento que se aplica en la actualidad es el juicio rápido penal, donde los conflictos se resuelven en un plazo de 15 días (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículos 795-803)<sup>14</sup>.

En los últimos años se ha multiplicado el número de artículos sobre la violencia laboral en los SUE

en España<sup>1-11</sup>, en consonancia con los estudios extranjeros publicados, que van desde 1999<sup>12</sup> hasta el 2013<sup>13</sup>. Apenas han existido cambios en las tendencias: del 11 al 91% de los profesionales siguen soportando al menos una vez al año, algún tipo de insulto o amenaza, con o sin intimidación o agresión física, por parte de pacientes, familiares o acompañantes, situación que se agrava en las ciudades grandes. La causa principal de violencia sanitaria sigue siendo la demora asistencial. En la mayor serie publicada en Europa y la primera en España en el ámbito extrahospitalario que aparece en este número de EMERGENCIAS, Bernaldo *et al.*<sup>4</sup>, hacen referencia por primera vez a la demora asistencial como la principal causa de violencia sanitaria en las emergencias extrahospitalarias, en contraposición a las emergencias intrahospitalarias (niveles 1 y 2 del Sistema Español de *Triaje* –SET–) y en consonancia con la causa principal de las urgencias intrahospitalarias (niveles 3, 4 y 5 del *triaje* del SET), por lo que sería necesario unificar los niveles de gravedad para poder comparar los tiempos de respuesta con las diferentes series intrahospitalarias publicadas. Otra causa relevante en las urgencias intrahospitalarias (y la causa principal en las urgencias extrahospitalarias) es la disconformidad en los tratamientos a los pacientes con trastornos psiquiátricos o con consumo de drogas de abuso, así como también las discrepancias con las normas. El colectivo más afectado es el de enfermería. En los diferentes trabajos consultados<sup>3,5-8</sup> se hace referencia a los turnos de trabajo de enfermería, la edad y el sexo del trabajador, su estado civil y los años de experiencia, con diferentes resultados. Por su parte, en el trabajo que se publica

**CORRESPONDENCIA:** M. L. Iglesias-Lepine. Servicio de Urgencias. Hospital de Sabadell. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell, Barcelona, España.  
E-mail: miglesias@tauli.cat

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 3-5-2014. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 5-5-2014.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

también en este número de la Revista, Galián *et al.*<sup>5</sup> aportan un nuevo ítem como fuente de conflictos en el colectivo de enfermería: la clasificación del *triaje* por enfermería como método organizativo, el cual provoca manifestaciones hostiles no físicas, atribuidas a la falta de información y al desconocimiento por parte del usuario de los diferentes tiempos de espera en función del nivel de gravedad. A pesar de que el colectivo con mayor número de registros violentos es el de enfermería, el estamento médico se caracteriza por registrar el mayor número de agresiones físicas, en concordancia con el grado de responsabilidad<sup>4,10-13</sup>.

El aumento de la violencia laboral, el exceso de trabajo por la masificación de las urgencias por el cierre de camas en relación con la crisis, el incremento de pacientes frágiles que llevan implícita una gran carga de trabajo para enfermería, unido a la falta de experiencia en el manejo de conflictos, conducen al agotamiento emocional de los profesionales de los SUE<sup>1,2,5,9-11</sup>. Para corregir este problema, las administraciones sanitarias deben realizar avances organizativos para canalizar los flujos de trabajo; comprometerse en la formación continua de los profesionales en la identificación y manejo de los conflictos (habilidades de comunicación, persuasión y negociación) y en la gestión del estrés<sup>1-9</sup>; y realizar mejoras medioambientales<sup>1-13</sup> para garantizar la seguridad, tanto personal (evitar que los sanitarios trabajen solos, vigilantes de seguridad 24 h/día y personal de enlace con los familiares<sup>15</sup>) como logístico (instaurar alarmas sonoras o informáticas, cámaras de vigilancia en las salas de espera o de *triaje*, detectores de metales, códigos de entrada para la restricción de accesos, monitores informativos con los tiempos de espera y carteles informativos sobre la prohibición del uso de cualquier tipo de violencia en las áreas sanitarias<sup>9,11</sup>). En la encuesta de la OMC de 2014<sup>11</sup>, el 68% de los médicos que sufrieron una agresión no contó con el apoyo o asesoramiento de la empresa donde realizaban su trabajo, y en el 32% que lo recibió, hubo diferencias significativas en las formas de abordar la agresión<sup>9,11</sup>. Para evitar divergencias, es transcendental que los centros sanitarios dispongan de una "Comisión o Comité de Violencia Institucional Interhospitalario", donde se notifiquen todos los episodios de violencia sanitaria y que ofrezca a los profesionales soporte institucional tanto psicológico como legal<sup>1-13</sup>.

Los profesionales de los SUE, en el ejercicio de su profesión, deben comprometerse a comunicar sistemáticamente a la autoridad judicial cualquier insulto o amenaza a través del parte de lesiones o comunicado judicial para su instrucción.

Pero, todos los cambios organizativos, medioambientales y docentes no serán útiles si los profesionales de los SUE no corrigen las percepciones negativas que tienen los ciudadanos sobre ellos. Probablemente las falsas expectativas sobre la inmediatez en la resolución de problemas no urgentes, unido a una información a veces escueta y a veces con demora, en un entorno ruidoso y con poca intimidad, no favorecen el vínculo de confianza que tiene el usuario con su médico habitual. Pero si se establece una relación entre el paciente, el equipo sanitario y los familiares o acompañantes en base a los principios de bioética, se intensifica la información y se optimizan las habilidades comunicativas, mejorarán las relaciones de los profesionales con los usuarios<sup>1-11</sup>.

Ante las agresiones, tolerancia cero.

## Bibliografía

- Lorente F. Violencia en Urgencias: Prevención y afrontamiento de las situaciones de agresividad y conflictividad en las urgencias hospitalarias. (Consultado Abril 2014). Disponible en: [http://www.cuadernos-decrisis.com/docs/edidionesdecrisis/violencia\\_en\\_urgencias.pdf](http://www.cuadernos-decrisis.com/docs/edidionesdecrisis/violencia_en_urgencias.pdf).
- Miret C, Martínez-Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Navar*. 2010;33:193-201.
- Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictor of burnout. *J Clin Nursing*. 2013;22:21-2.
- Bernaldo-De-Quirós M, Cerdeira JC, Gómez MM, Piccini AT, Crespo M, Labrador F. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de La Comunidad de Madrid: Diferencias entre los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2014;26:171-2.
- Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2014;26:163-70.
- Martínez-León M, Queipo D, Iruña MJ, Martínez-León C. Medicolegal analysis of the assaults on healthcare workers in Castilla y León (Spain). *Revista Española de Medicina Legal*. 2012;38:5-10.
- Ortells N, Muñoz-Belmonte T, Paguina M, Morató I. Characterization of the personal aggressions caused emergency medical service in a regional hospital. (Consultado Abril 2014). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/163471/147271>.
- Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y sus consecuencias en la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:307-10.
- Bruguera M, Martínez M, Sánchez FJM, Borràs, Artigot MR, Medallo J, et al. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. *Quaderns de la bona praxi del COMBS* 2004;17. (Consultado Abril 2014). Disponible en: <https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi17.pdf>.
- Estudio de Agresiones en el Medio Sanitario del Observatorio Nacional de la OMC en 2014. Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial de España. (Consultado Abril 2014). Disponible en: [https://www.cgcom.es/noticias/2012/01/12\\_01\\_18\\_](https://www.cgcom.es/noticias/2012/01/12_01_18_)
- Mayorca IA, Lucena-García S, Cortés-Martínez ME, Lucerna-Méndez MA. Violence against health workers in a hospital of Andalucía, why are not recorded attacks? *Med Secur Trab*. 2013;59:235-58.
- Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bulloch L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ*. 1999;161:1245-8.
- Alameddine M, Yassin N. Addressing health workers' exposure to violence at Lebanese emergency departments: what do the stakeholders think? *Journal of Hospital Administration*. 2013;2:31-6.
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal, publicado en BOE núm 281 de 24 de noviembre de 1995. Artículo 550, 551 y 617. (Consultado Abril 2014). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>.
- Gamella C, Sánchez-Martos J, González-Armengol JJ, Fernández-Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*. 2014;26:114-20.