

Programas, políticas y prácticas de trabajo que reducen la agresión de los pacientes hacia los trabajadores sanitarios

Programs, policies, and work practices that reduce patient aggression towards healthcare workers

Comentado de:

Spelten E et al, *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Apr 29;4(4):CD012662. PMID: 32352565¹

Objetivo

Explorar la efectividad de las intervenciones organizacionales (programas, políticas o prácticas laborales) para prevenir y minimizar la agresión hacia los trabajadores de salud por parte de los pacientes y sus acompañantes.

Métodos de búsqueda

Búsqueda electrónica sin restricciones de idioma hasta mayo de 2019, en las siguientes bases de datos: Registro Central Cochrane (Biblioteca Central en línea de Wiley); MEDLINE (PubMed); CINAHL (EBSCO); Embase (embase.com); PsycINFO (ProQuest); NIOSHTIC, NIOSHTIC-2, y HSELINE; CISDOC; ClinicalTrials.gov y portales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Selección de estudios y extracción de datos

Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (ECA) o estudios antes-después. Se utilizaron métodos estándares Cochrane para recolección y análisis de datos, incluyendo la extracción de datos independiente y la evaluación del riesgo de sesgos por al menos dos revisores para cada estudio.

La matriz de Haddon se utilizó para clasificar las intervenciones dirigidas hacia la víctima, el vector o el entorno; y analizar si la intervención se aplicó antes, durante o después del evento (agresión) (ver Tabla 1). Se utilizaron modelos de efectos aleatorios para realizar los meta-análisis, y el sistema GRADE para evaluar la calidad de evidencia. Los desenlaces primarios incluyeron la agresión que no causó daño, el daño psicológico o el daño físico.

Resultados principales

Se incluyeron siete estudios: cuatro realizados en hogares de ancianos, dos en salas psiquiátricas y uno en una central de emergencias.

Dos estudios se centraron en intervenciones para la prevención de la agresión con 398 ancianos institucionalizados y 597 pacientes psiquiátricos.

La terapia de humor en un estudio realizado en una residencia geriátrica no presentó evidencia clara de una reducción de la agresión general (diferencia de medias [DM] 0,17; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,00 a 0,34; evidencia de calidad muy baja). Una evaluación del riesgo a corto plazo en el otro estudio mostró una menor incidencia de agresión (riesgos relativos [RR] 0,36; IC del 95%: 0,16 a 0,78; evidencia de calidad muy baja) en comparación con la práctica habitual.

Dos estudios compararon intervenciones para minimizar la agresión por parte del vector en la fase del evento con la práctica

habitual. En ambos estudios el evento fue la agresión durante el baño de los pacientes de la residencia geriátrica. En un estudio, en el que participaron 18 residentes, se tocó música durante el período de baño y en el otro estudio, en el que participaron 69 residentes, se utilizó una ducha personalizada o un baño con toallas. Los estudios proporcionaron evidencia de calidad baja de que las intervenciones pueden dar lugar a una reducción mediana de la agresión general (diferencia de medias estandarizada [DME] -0,49; IC del 95%: -0,93 a -0,05; dos estudios) y de la agresión física (DME -0,85; IC del 95%: -1,46 a -0,24; un estudio; evidencia de calidad muy baja), pero no de la agresión verbal (DME -0,31; IC del 95%: -0,89 a 0,27; un estudio; evidencia de calidad muy baja). Una intervención se centró en el vector, la fase previa al evento y la fase del evento. El estudio comparó un programa de cambio de cultura de dos años de duración en una residencia geriátrica con la práctica habitual y contó con la participación de 101 residentes. Este estudio proporcionó evidencia de calidad muy baja de que la intervención puede dar lugar a una reducción mediana de la agresión física (DM 0,51; IC del 95%: 0,11 a 0,91), pero no hubo evidencia clara de que redujera la agresión verbal (DM 0,76; IC del 95%: -0,02 a 1,54).

En dos estudios se evaluó una intervención de componentes múltiples que se centró en el vector (pacientes de psiquiatría y pacientes de los servicios de urgencias), la víctima (personal de enfermería) y el entorno durante la fase previa al evento y la fase del evento. Los estudios incluyeron a 564 miembros del personal psiquiátrico y a 209 miembros del servicio de urgencias. Ambos estudios comprendieron un conjunto amplio de medidas destinadas a prevenir la violencia, manejar la violencia y cambios ambientales. No hubo evidencia clara de que la intervención psiquiátrica pudiera dar lugar a una reducción de la agresión general (odds ratio [OR] 0,85; IC del 95%: 0,63 a 1,15; evidencia de calidad baja), en comparación con la condición de control. El estudio del servicio de urgencias no dio lugar a una reducción de la agresión (DM = 0), pero no aportó datos suficientes para su evaluación.

Conclusiones

Hay evidencia limitada, de muy baja a baja calidad, de que las intervenciones centradas en el vector durante la fase previa al evento, la fase del evento o ambas, pueden dar lugar a una reducción de la agresión general, en comparación con la práctica habitual. Se necesitan más ECA que incluyan a los trabajadores como participantes y que recopilen información sobre el impacto de la violencia en el trabajador en distintos ámbitos de atención sanitaria, especialmente en la atención de emergencia.

Fuente de financiamiento/Conflicto de interés de los autores: Fuente no referida. Los autores negaron conflictos de interés, algunos de ellos han realizado publicaciones sobre el tema de la violencia en el lugar de trabajo, especialmente sobre personal paramédico.



Tabla 1. Intervenciones clasificadas según estuvieron dirigidas hacia la víctima, el vector o el entorno y el momento en que fueron aplicadas (matriz de Haddon). Fuente: Haddon W, Public Health Rep. 1980 Sep-Oct; 95(5): 411–421.

Fase	Víctima (trabajador sanitario)	Vector (paciente o su defensor)	Ambiente social
Antes del evento	<p>Adoptar medidas para minimizar el riesgo de violencia y agresión mediante una mejor conciencia de la situación, el intercambio de información entre los trabajadores de la salud y la eliminación temprana de posibles armas. Las estrategias específicas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● evaluaciones de riesgo; ● sistemas de alerta anticipada; ● retiro de posibles armas o perpetradores 	<p>Utilizar señalización, folletos informativos y redes sociales para proporcionar información a los pacientes, amigos y familiares para gestionar sus expectativas sobre los servicios prestados y su comportamiento hacia los trabajadores de la salud. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● informar a los pacientes de los tiempos de espera; ● educar al público sobre el sistema de clasificación; ● publicidad de los horarios de visita 	<p>Crear un entorno de trabajo, mediante la provisión de recursos adecuados y un marco regulatorio sólido, donde los trabajadores de la salud estén seguros. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● presencia obligatoria de policía en las zonas "prohibidas"; ● presencia explícita de personal de seguridad; ● dotación de personal adecuada; ● no trabajar solo; ● limitar el acceso o la visibilidad de objetos de valor y medicamentos; ● protección legislativa
Durante el evento	<p>Tomar las acciones adecuadas para hacer frente a situaciones emergentes que minimicen la violencia y la agresión contra los trabajadores de la salud. Éstos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● huir de la escena; ● autodefensa; ● desescalada; ● solicitar ayuda 	<p>Disponer de políticas y recursos que comuniquen claramente que los trabajadores de la salud pueden tomar medidas para protegerse. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● restringir física o farmacológicamente a los pacientes violentos o agresivos; ● iniciar el enjuiciamiento contra los perpetradores 	<p>Disponer del marco legislativo, las políticas y los recursos que dejen en claro que los trabajadores de la salud pueden tomar una serie de acciones de protección. Podrían incluirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● asistencia del personal de seguridad; ● dar la alarma, buscar ayuda o usar botones de pánico; ● asistencia policial
Luego del evento	<p>Utilizar procesos organizativos para garantizar que se informen todos los incidentes y que se utilicen los servicios de seguimiento. Éstos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● informar todos los incidentes; ● buscar tratamiento médico, asesoramiento y apoyo de compañeros según sea necesario; ● seguimiento de los resultados de los incidentes 	<p>Seguimiento de autores de eventos violentos o agresivos. Podría considerarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● prohibir a los pacientes o sus defensores que hayan mostrado un comportamiento agresivo en el pasado; ● consideración de políticas de 'tolerancia cero' para algunas categorías de perpetradores; ● determinar las razones o desencadenantes del comportamiento violento o agresivo 	<p>Respaldar acciones formales luego de una investigación apropiada de incidentes violentos o agresivos. Prestar debida atención a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● procesamiento cuando sea apropiado; ● equilibrar el valor de la denuncia coherente y la adopción de medidas adicionales contra el perpetrador; ● finalización de la investigación del incidente, recomendaciones de cambio y comentarios a todas las partes involucradas

Comentario

La OMS definió la violencia en el lugar de trabajo como la ocurrencia de incidentes en los que el personal fue acosado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo².

La violencia física en el lugar de trabajo contra los profesionales sanitarios ha sido un problema persistente del entorno sanitario en todo el mundo^{3,4}. Esta puede tener múltiples consecuencias negativas para el personal sanitario, tanto físicas⁵ como psicológicas^{6,7}. Adicionalmente, se asoció con la intención de abandonar el trabajo⁸, el agotamiento (fenómeno de *burn-out*) y la disminución de la satisfacción laboral⁹.

Así mismo, el ausentismo del personal¹⁰ y la inversión en tácticas defensivas (por ejemplo: seguridad y detector de metales)¹¹ causadas por la violencia en el lugar de trabajo podrían aumentar los costos en salud.

Lo que resulta interesante de esta revisión Cochrane es la utilización de la Matriz de Haddon para el análisis de la evidencia, aún cuando no haya habido intervenciones en todos los aspectos considerados. Este modelo se utiliza en el sector de la salud pública como una herramienta genérica que puede adaptarse a contextos específicos para la evaluación de lesiones y la identificación de intervenciones¹². Fue desarrollada por William Haddon en 1970 y proporciona un método para clasificar los tipos de intervención en distintas etapas: previa al evento, durante el evento y posterior al evento. La otra dimensión de la matriz se puede utilizar para separar las intervenciones según a quién o qué pretenden abordar; ésta puede ser la víctima (trabajador de la salud), el vector (paciente o su defensor) o el medio ambiente (físico y social). Estos tres factores se han identificado como los principales contribuyentes de la agresión en el lugar de trabajo dirigida a los trabajadores de la salud^{12,13}.

Las intervenciones organizativas previas al evento tienen como objetivo evitar que surja la agresión y atenuar a cualquier persona o situación potencialmente agresiva antes que el hecho suceda. Las intervenciones organizativas en la etapa del evento tienen como objetivo tomar el control de una persona o situación agresiva para evitar daños adicionales. Las intervenciones organizativas posteriores al evento tienen como objetivo garantizar la salud de aquellos que fueron objeto de agresión, responder de manera adecuada al agresor y evaluar y responder al evento^{12,14}.

Conclusiones de la comentadora

Es indispensable considerar que las consecuencias de estas situaciones de agresión en el personal sanitario pueden provocar una disminución en su productividad e incluso afectar la calidad de la atención de los pacientes. Es decir que, la violencia en el lugar de trabajo en los sectores de la salud afecta no sólo al personal de salud, sino también a todo el entorno sanitario.

María Florencia Grande Ratti [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. maria.grande@hospitalitaliano.org.ar]

Grande Ratti MF Programas, políticas y prácticas de trabajo que reducen la agresión de los pacientes hacia los trabajadores sanitarios. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(4):e002093. Comentado de: Spelten E, et al. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Apr 29;4(4):CD012662. PMID: 32352565

Referencias

- Spelten E, Thomas B, Meara PFO, et al. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4:7197696–7197696. Available from: 10.1002/14651858.CD012662.pub2.
- Wiskow C. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector; 2003. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf [Last access: 2020-11-10].
- Phillips JP. Workplace Violence against Healthcare Workers in the United States. *N Engl J Med.* 2016;374(17):1661–1670. Available from: 10.1056/NEJMra1501998.
- Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, et al. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior.* 2013;18:383–94. Available from: 10.1016/j.avb.2013.03.001.
- Lancôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior.* 2014;19:492–501. Available from: 10.1016/j.avb.2014.07.010; <https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Shi L, Wang L, Jia X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017;7(7). Available from: 10.1136/bmjopen-2017-016810.
- Zafar W, Khan UR, Siddiqui SA, et al. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *J Emerg Med.* 2016;50(1):167–177.e1. Available from: 10.1016/j.jemermed.2015.02.049.
- Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLOS ONE.* 2015;10(9):e0137105–e0137105. Available from: 10.1371/journal.pone.0137105.
- YJaradat, Nielsen MB, Kristensen P, et al. Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res.* 2016;32:190–198. Available from: 10.1016/j.apnr.2016.07.014.
- Mcgovern P, Kochevar L, Lohman W, et al. The cost of work-related physical assaults in Minnesota. *Health Serv Res.* 2000;35(3):663–86.
- Sumner SA, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. Violence in the United States. *JAMA.* 2015;314:478–478. Available from: 10.1001/jama.2015.8371.
- Haddon W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Rep.* 1980;95(5):411–432.
- Martinez AJS. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2016;54(9):31–37. Available from: 0.3928/02793695-20160817-05.
- Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, et al. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016;8:17–27. Available from: 10.2147/OAEM.S69976.