PACIENTE VIOLENTO

Miguel Ángel Pinillos

La característica de estos pacientes es la alteración del estado mental.
Se puede presentar en Urgencias como un cuadro clínico de psicosis o con delirio/confusión, que pueden conducir a un comportamiento violento[1]:
- AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
Se caracteriza por:
- Aumento de la actividad motora (inquieto, gesticula y se mueve continuamente).
- Alteración de la esfera emocional, mostrándose colérico, enfadado, hostil, temeroso y cambios bruscos del humor.
- Activación vegetativa con sudoración, hipertensión, taquicardia y taquipnea.
En este estado peligra el riesgo lesivo del paciente y del personal de alrededor.
El interrogatorio al paciente va a ser problemático, mejor a la familia, sobre el toxico, antecedentes, fármacos y otros consumos.
- SÍNDROME PSICÓTICO
Es el deterioro del juicio de la realidad.
Nos lo podemos encontrar en intoxicaciones por fármacos, enfermedades psiquiátricas o la combinación de ambas.
Identificar el tóxico, valorar el nivel de conciencia, pupilas, focalidad neurológica, alucinaciones visuales o auditivas y antecedentes de consumo de drogas, enfermedades psiquiátricas (realizar interconsulta a Psiquiatría para valorar el riesgo del suicidio) y orgánicas.
- SÍNDROME CONFUSIONAL o DELIRIUM
Es un síndrome de inicio agudo con deterioro cognitivo fluctuante y alteración de la consciencia (desorientación, obnubilación, afectación de las funciones superiores, dificultad de atención, lenguaje incoherente, alucinaciones, labilidad emocional y en ocasiones contenidos delirantes). El delirio es un signo de mal pronóstico.
Causas: alcohol y otras drogas, fármacos y cambios bruscos de medicación en ancianos en pacientes con factores predisponentes (añosos, pluripatológicos, polimedicados, daño cerebral previo, alteraciones metabólicas, etc).
El delirio se distingue de la demencia porque se desarrolla repentinamente, durante horas o días, suele ser temporal y se resuelve cuando la causa subyacente se aborda con prontitud.
En la psicosis de las enfermedades psiquiátricas, se diferencia del delirio, en la que la orientación, la concentración y la atención suelen estar menos alteradas[2].

Manejo en Urgencias del paciente adulto agitado severo o violento[3]
- Asegurar al personal.
- Intento de calmar al paciente con técnicas verbales, por personal médico preparado (psiquiatra).
- Coloque restricciones físicas si cree conveniente o necesario.
- Colocar vía venosa/O_2/monitorización si es posible.
- Llamar a seguridad y/o policía cuando note algún gesto o signo de violencia o potencial violencia.

- <u>No precisa sedación rápida</u>: Evaluar las diferentes causas médicas de agitación:
  Hipoglucemia
  Hipoxia
  Shock
  Intoxicación o sobredosis de drogas
  Infección
  Lesión intracraneal: Ictus, convulsión, demencia
  Otros: Hipertiroidismo, hipo-hipertermia, etc
  Causas psiquiátricas

- Necesita sedación rápida o restricción/contención química:
  - Paciente violento severo:
  Droperidol 2-5 mg *(no indicado en España, como sedante-antipsicótico*) o Haloperidol 5 mg im/iv o Midazolam 2,5-5-10 mg im/iv
  +
  Haloperidol 5 mg im/iv + Lorazepam 2 mg im/iv *(no en España*)
  - Paciente con Intoxicación por estimulantes del SNC o indiferenciado:
  Lorazepam 2-4 mg im/iv, Diazepam (5-10 mg) iv, *se absorbe mal por vía im* o Midazolam 2,5-5-10 mg im/iv o
  Lorazepam 2 mg im/iv, Diazepam im/iv (5-10 mg) iv + Haloperidol 5 mg im/iv
  - Paciente con intoxicación por drogas depresoras del SNC (pj: etanol):
  Haloperidol 2,5-10 mg im/iv o Droperidol 2,5-5 mg im/iv. No BZD (si en caso de abstinencia).
  - Desorden conocido psicótico/psiquiátrico:
  Haloperidol 2,5-5 mg im/iv o Droperidol 2,5-5 mg im/ivo Haloperidol 5 mg im/iv
  +
  Lorazepam 2 mg im/iv
  En lugar del tratamiento descrito algunos clínicos usan en pacientes geriátricos:
  - Ziprasidona 20 mg im u Olanzapina 10 mg im
  - Paciente que coopera:
  Lorazepam 2-4 oral o Risperidona 2 mg oral u Olanzapina 5-10 mg oralmente

En pacientes anciano reducir la dosis de cualquier antipsicótico a la mitad
- La Ketamina a dosis de 1-2 mg/kg iv o de 4-6 mg/kg im, se puede utilizar cuando las mediaciones anteriores han fracasado y persiste la agitación. Tener en cuenta la posible necesidad de intubación endotraqueal. Sobre todo, en nivel extrahospitalario.
- Propofol como último fármaco, antes de la intubación traqueal.

Sedación lograda:
SÍ: Colocar vía venosa/O_2/monitorización si todavía no se han realizado y obtener ECG para chequear el intervalo QT si es necesario (Droperidol-Haloperidol, Olanzapina, etc) y evaluar las diferentes causas médicas de agitación (ver arriba).
NO: Valorar la restricción química al efecto deseado.

- Restricción/Contención física o mecánica con 5 puntos de sujeción con la participación de más de 4 personas y con ayuda de policías y agentes de seguridad. Siempre como último recurso y una vez que las otras medidas (verbal y farmacológicas) hayan fracasado. En una camilla en posición prono sujeto y con la cabeza fuera, si presenta vómitos o en cama preparada en supino, en caso que no tenga vómitos y para un control mejor del paciente, con vigilancia continua en Observación.

Signos de advertencia de violencia[2]
Movimientos agitados.
Posturas corporales, respiración rápida/superficial.
Puños cerrados.
Vocalizaciones fuertes.
Miradas.
Golpear objetos inanimados.
Declaraciones amenazantes.

Enfoque S.A.F.E.S.T. para pacientes violentos o agitados[4]
Spacing/espacio. Distancia segura, con acceso a la puerta y sin tocar al paciente.
Appariencia/apariencia. Distanciamiento empático y profesional con personal de seguridad.
Focus/enfoque. Controle las manos del paciente y observe la escalada de la agitación.
Exchange/intercambio. Intentar "desescalar" con calma y conversación continua.
Stabilization/estabilización. Contención física y química**.**
Treatment/tratamiento. De la causa.

Evaluación médica tras la contención:
- Determinar si la causa es orgánica (pacientes mayores) o psiquiátrica (alerta y orientados con antecedentes).
- En las causas orgánicas, diferenciar estados delirantes (no razonan y no controlan sus impulsos) de los confusionales (deterioro cognitivo, afectación cerebral y la demencia).
- Consumidores de drogas (las sintéticas provocan agitación con violencia incontrolable), alcohol o síndrome de abstinencia (agresividad).

-Examen físico completo
Si el diagnóstico no está claro, realizar:
- Estudio básico. Hemograma, electrolitos, función hepática y renal, drogas en orina, Rx de tórax y ECG.
- Estudio avanzado: TAC cerebral, gases venosos, EEG, Análisis toxicológicos y hormonas tiroideas.

Si el paciente se fuga de Urgencias, se debe notificar a las autoridades policiales.
Una vez solucionado el problema médico, de drogas o psicosis y valorado por medicina y psiquiatría, se le puede dar el alta.

Bibliografía

1. VÁZQUEZ M., ORTUÑO N., SOLER V., BRUGUERA P Y BLANCH J. ASISTENCIA PSIQUIATRICA AGUDA RELACCIONADA CON EL CONSUMO DE TÓXICOS: ABORDAJE DE LA AGITACIÓN, LA TENTATIVA DE SUICIDIO Y EL CONSUMO DE DROGAS. En Toxicología Clínica. Nogué S. Ed Elsevier 2019: 273-6
2. https://www-uptodate-com.na-cdib.a17.csinet.es/contents/delirium-beyond-the-basics?search=delirio&topicRef=4824&source=see_link
3. https://www-uptodate-com.na-cdib.a17.csinet.es/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=violence%20patient&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
4. https://aneskey.com/psychiatric-emergencies/