

ACERCAMIENTO AL PACIENTE VIOLENTO

Luis F. Domínguez Sanz y Javier Perez Ansón. *Médicos. Bomberos Ayto. Zaragoza*

En nuestra práctica diaria nos encontramos con cierta frecuencia con casos de pacientes violentos. Esta situación puede resultarnos desconcertante además de poder llegar a ser peligrosa en algún momento dado.

La finalidad de nuestra intervención en estos casos debería ser ayudar al paciente pero protegiéndonos y protegiendo a terceras personas (la integridad del paciente y la nuestra son el objetivo más importante). Debemos intervenir precozmente para prevenir la progresión de la agitación, agresión y violencia. Adoptaremos medidas sin demora,

Tan importante como la intervención en la conducta violenta del paciente una vez desencadenada es la capacidad de predecir cuándo un paciente va a actuar violentamente y adoptar las medidas preventivas.

El poder hacer frente a estas situaciones, de difícil evaluación, con mayor seguridad y aplomo es el fin de esta presentación.

DEFINICION DE VIOLENCIA

Hay muchas definiciones de violencia, ahí van un par que pueden servir: Intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otros tipo.

"El uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte a sí mismo o a otro individuo o grupo(s) e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo", y "el comportamiento humano agresivo, involucrando el uso de la fuerza física, psicológica o emocional, con la intención de causar daño a sí mismo o a otros".

Paciente violento: paciente que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o a su entorno físico.

Hay además varios conceptos relacionados que con frecuencia utilizamos como sinónimos de violencia aunque no lo sean:

Agresión. Se entiende como conducta orientada a causar daño. (Dolor) incluye intencionalidad.

Agresividad. Inclínación comportarse de forma dañina intencionalmente.

Hostilidad. Actitud orientada a mantener límites por la intimidación (agresividad que no llega a concretarse en agresión).

Violencia. Una de las formas de agresión, la agresión física.

El paciente violento puede corresponderse con un enfermo psiquiátrico pero, por supuesto, no es siempre así la conducta violenta puede presentarse en multitud de cuadros; de echo en el paciente sin enfermedad psiquiátrica conocida el diagnóstico diferencial es extenso e incluye traumatismo, toxinas o drogas, infecciones, trastornos metabólicos, tumor cerebral, epilepsias, enfermedad psiquiátrica primaria o afectivo-reactiva.

En la génesis de la violencia intervienen factores socioeconómicos (pobreza, necesidades básicas insatisfechas), físicos (como el hacinamiento), biológicos (hay cierta herencia sobre conductas criminales), trastornos mentales y del desarrollo (ser abusado de niño, crecer con violencia familiar...).

Si a todo esto añadimos el consumo de alcohol y otras drogas la posibilidad de que aparezca una conducta violenta es muy elevada.

La conducta violenta es primordialmente resultado de un estado psicótico, una enfermedad orgánica o un estado depresivo. También puede ser una forma de vida (estilo de vida en que las acciones tienden a ser impulsivas y no adaptadas a la realidad).

Una vez hecha la predicción de aparición de la conducta violenta, el paso siguiente es determinar cuán peligroso será éste. Cuanto más repentino sea el cambio de conducta y mayor sea el número de eventos presentes, más fuera de control estará el paciente. Para garantizar la seguridad hay que ir siempre un poco adelante al paciente.

Los objetivos inmediatos de la *intervención* son devolver el control de los pacientes agresivos y violentos y evitar nuevas pérdidas de control.

Una vez identificado el problema de conducta violenta en el paciente, es conveniente observar las siguientes recomendaciones:

Procedimientos de intervención: conjunto de acciones tendientes a eliminar la conducta violenta o a prevenir su impacto en el paciente o su entorno. Son de tres tipos:

- Intervención Verbal
- Inmovilización.- procedimiento mediante el cual un grupo de personas realiza contención física de un paciente para evitar o reducir los efectos de la conducta violenta. No obstante la mejor contención física es la que no se hace.
- Contención química.- medicación usada para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimientos de un paciente. Los medicamentos para reducir a un paciente violento pueden administrarse sin consentimiento. La elección de la vía de administración debe basarse en la urgencia de la situación y en el grado de agitación y el comportamiento del paciente.

Estos procedimientos estarán indicados para:

1. Evitar o prevenir daño a otros.
2. Evitar o prevenir daño al entorno físico
3. Evitar o prevenir daño al paciente.
4. A solicitud del paciente.
5. Para estudio y tratamiento.

Tan importante como la intervención en la conducta violenta del paciente una vez desencadenada, es la capacidad de predecir cuándo un paciente va a actuar violentamente y adoptar las medidas preventivas.

Durante toda nuestra intervención deberemos tener en cuenta:

- Ser conscientes de los signos precursores y utilizarlos como medio de control, si una vez recuperado el paciente se prevé una nueva pérdida de control.
- Reducir los estímulos y separar de su entorno cualquier objeto o persona que parezca asustar- desestabilizar al enfermo.
- Dejar distancia entre paciente y nosotros, además debemos identificarnos ante el paciente. Procurando no adoptar actitudes amenazantes en lo posible.

- Dar seguridad a los pacientes explicándoles lo que sucede, diciéndoles que van a estar seguros y preguntándoles si tienen alguna duda (retire del paciente todo objeto con el cual pueda hacer daño a si mismo o a los demás) .
- Si un paciente expresa su temor de cometer un acto violento, estimar la gravedad del peligro e iniciar los pasos necesarios para evitarlo.
- Ante los signos de posible conducta violenta en un paciente, es necesario identificar las causas y corregirlas. Sin embargo, mientras se realiza dicho diagnóstico hay que evitar que el paciente potencialmente violento se exprese en forma dañina; por tanto, hay que considerar la posibilidad de sedación.
- Nunca intentar establecer contacto con el paciente en solitario, nuestro equipo estará entrenado en técnicas de contención.
- Si el paciente no puede autocontrolarse, probablemente será necesario aplicar un protocolo de sedación. En este caso, lo ideal sería tomar la tensión arterial antes y media hora después de cada dosis y administrar la medicación sólo si la presión sistólica es superior 90 mmHg.
- Conocer la historia anterior del paciente, relacionada con conductas violentas.
- Controlar al paciente en previsión de nuevos ataques violentos utilizando los criterios descritos en el diagnóstico.

COMO IDENTIFICAR A UN PACIENTE VIOLENTO

El paciente violento está en constante movimiento, realizando actos bruscos, injustificados, absurdos y violentos. Habitualmente el comportamiento violento no ocurre sin signos previos de aviso. Puede atravesar cuatro estadios:

1. El estadio inicial puede ser una fase verbal en la que el paciente puede usar amenazas inespecíficas o lenguaje insultante hacia otros. El tono del habla es amenazante, vulgar. Presenta una actitud irritable Elevada tensión muscular (se sientan en el borde de la silla, tensan los brazos o la mandíbula).
2. En el segundo estadio, la fase motriz, el paciente permanece en continuo movimiento, agitado y paseando a menudo de un lado a otro con desconfianza. Hiperactividad (deambulan por la habitación).
3. El tercer estadio es el de daño a enseres o propiedades, el paciente destruye su entorno. Golpea o abre y cierra puertas, golpea el mobiliario. ¿Presenta un estado de ánimo maniaco?.
4. En el último estadio, la fase de ataque los pacientes intentan infligir daño a sí mismos o a otros.

A menudo estos estadios se superponen y a veces ocurren simultáneamente.

También deberemos preguntarnos si:

- ¿Presenta síntomas psicóticos agudos? (actitud paranoide extrema, alucinaciones, pensamientos persecutorios, etc).
- ¿Presenta un estado de obnubilación de conciencia?.
- ¿Presenta un estado de con agitación?.
- ¿Presenta un con irritabilidad extrema?.
- ¿El paciente rechaza el autocontrolarse y tratar su violencia?.

GUIA DE ACTUACIÓN

Obtener toda la información posible sobre el paciente de los acompañantes si los hubiera: intoxicación aguda, estado depresivo intenso ¿Existe una presunta víctima concreta?. ¿Existe un plan de acto violento y dispone de armas o medios?. ¿Antecedentes de impulsividad, peleas, agresiones?.

A) Paciente agitado, amenazador, violencia inminente:

- Ofrecerles calmantes y hablarles (no estar solos, que no haya armas, no en un sitio cerrado, valorar si los acompañantes ejercen un efecto estabilizador o desestabilizador sobre el paciente y actuar sobre estos permitiendo o no su presencia).
- Fijar tranquilamente límites. Las instrucciones al paciente deben ser cortas y claras, sin titubear con firmeza, pero con deliberada tranquilidad. No es necesario gritar. No es necesario adoptar una postura intimidante o utilizar objetos amenazantes. Hay que conseguir que el paciente entienda que precisa recibir ayuda que le devuelva el control sobre sí mismo. Conviene evitar que el paciente se sienta atrapado, acorralado, humillado.
- Si el paciente se niega a hablar y desarrolla una conducta violenta, habrá que emplear procedimientos de contención.

B) Paciente que ya ha pasado a la violencia:

- Hablar con el paciente no sirve de nada y a menudo lo encoleriza más.
- Contención física.- Se requiere un mínimo de cinco personas (en caso de personas de menos de 50 Kg bastarían tres personas). El equipo debe conocer la correcta aplicación de la fuerza en la sujeción mecánica. Cada integrante del equipo debe sujetar sólo una extremidad del paciente con ambas manos. La contención en paciente grande y agresivo se ejercerá, preferiblemente cuando esté distraído. Siempre tendremos en cuenta que el paciente percibe de manera opuesta a nosotros lo que está ocurriendo, se siente amenazado, intimidado, agredido... Debemos hacer un esfuerzo en explicar al paciente y a los acompañantes la situación.
- Una vez contenido el paciente suministrar lo más rápidamente posible sedación parenteral.

C) Intervenciones farmacológicas agudas:

- Sedantes orales en casos de agitación moderada (lorazepam -Idalprem®, Orfidal®- 1-2.mg o diacepam -Valium®- 5-10 mg).
- Sedantes IM o IV en agitación extrema (loracepam o diacepam IM, loracepam 1-2 mg IV; midazolam -Dormicum®- 2'5-5 mgIV) administrado lentamente para evitar riesgo de depresión respiratoria.
- Alternativamente; haloperidol 5mg IM o IV. Si el paciente no responde volcer a administrar cada 20-30 minutos. Si a la segunda dosis no responde, añadir loracepam. Vigilar sedación excesiva.

D) Para pacientes psicóticos: mejor combinación de neurolépticos más una benzodiacepina.