Artículo

Paciente agitado o violento: abordaje en emergencias

Agitated or Violent Patient: Emergency Approach

Autores

Dra. Mónica Alvarado Ferllini

Médico General, graduada de la Universidad de Costa Rica.

Médico independiente, San José, Costa Rica.

Correspondencia: monicaferllini@hotmail.com

Resumen

Los pacientes agitados o violentos son una urgencia psiquiátrica frecuente y pueden representar una amenaza para el personal y para sí mismos, por lo que el médico debe contener rápidamente estos comportamientos. En primera instancia, se deben ejecutar medidas de seguridad que involucren tanto al personal, como al entrevistado, además de efectuar acciones que disminuyan la agitación, ya sea mediante contención verbal, física o farmacológica, según se requiera. Una vez controlada la conducta, se puede completar la evaluación médica para realizar el diagnóstico diferencial de manera adecuada y decidir la conducta terapéutica a seguir, de acuerdo con la impresión diagnóstica más probable en cada caso.

Palabras clave

Agitación psicomotora, Violencia, Urgencias médicas, Psiquiatría.

Abstract

Agitated or violent patients are a common psychiatric emergency and can pose a threat to staff and themselves so the physician must quickly contain these behaviors. In the first instance, safety measures involving both the personnel and the interviewee should be implemented in addition to actions that decrease agitation, either through verbal, physical or pharmacological restraint as required. Once the behavior has been controlled, the medical evaluation can be completed in order to make the differential diagnosis appropriately and decide on the therapeutic actions to be taken in accordance with the most likely diagnostic impression in each case.

Keywords:

Psychomotor agitation, Violence, Emergencies, Psychiatry.

Introducción

Las urgencias psiquiátricas son un motivo frecuente de consulta. En el ámbito hospitalario, se ha encontrado que 10% de la consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias corresponde a agitación psicomotora (1).

La presencia de un paciente agitado, generalmente, hostil, suele generar reacciones en el personal sanitario que pueden ver comprometido su diagnóstico, ya que existe una tendencia a atribuirles inmediatamente una etiología psiquiátrica. No obstante, su origen se puede atribuir a trastornos orgánicos, los cuales pueden representar un peligro para la vida del paciente (2).

Los pacientes agitados o alterados son de alto riesgo porque pueden representar una amenaza para el personal y para sí mismos, por lo que el médico de emergencias debe contener rápidamente estos comportamientos e identificar y tratar su etiología, sin olvidar proteger los derechos y la integridad de los pacientes (3). Debido a lo anterior, el objetivo de esta revisión es describir el correcto abordaje de un paciente agitado o violento en emergencias, que contribuya a un control, diagnóstico y tratamiento oportunos.

Definición

La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad motora sin una intencionalidad aparente. Es una urgencia médica y, probablemente, es la urgencia psiquiátrica domiciliaria más frecuente (4). Es necesario distinguir entre el paciente agitado y el paciente violento, ya que la violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenazas, contra uno mismo, otra persona o un grupo. Sin embargo, los pacientes agitados, también, pueden presentar conductas violentas (2).

Medidas de seguridad y control inicial de la conducta

Como primera medida, hay que tener en cuenta la seguridad, tanto del personal como del entrevistado. Con este fin, el consultorio debe contar con muebles sólidos y pesados, sin objetos de vidrio ni decoración, cuidar la presencia de elementos de curación, cables o equipo quirúrgico, puertas y ventanas de vidrio.

Asimismo, el entrevistador debe tener acceso a la puerta y tener un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia. Si la situación lo permite, la entrevista se debe realizar a solas con el paciente o con el acompañante, si este tranquiliza al paciente. Si el riesgo de violencia es elevado, la valoración debe ser con la puerta abierta y con otras personas cerca. En casos extremos, avisar al personal de seguridad o policía (2).

Además, deben ser adoptadas las siguientes medidas de seguridad (2):

Quitarse collares, aros, anteojos, corbatas o pañuelos y cualquier objeto que pueda ser utilizado como arma.

Avisar al equipo tratante sobre un posible riesgo.

No examinar jamás a pacientes que se encuentran armados.

Nunca dar la espalda a un paciente agitado o violento.

Dirigirse al paciente de manera calmada y pausada, mostrando interés en su relato, nunca ignorar ni criticar lo que comunique y mantener las manos a la vista.

Evitar movimientos bruscos o súbitos.

Nunca intentar tocar al paciente.

En adición, durante esta etapa es necesario presentarse con el paciente y explicarle que el objetivo de la intervención es que se sienta mejor, si no resulta efectiva la intervención verbal, se procede a la contención involuntaria (4).

Además, es posible que se deba interrumpir el examen físico y la anamnesis para tratar la agitación, sin tener un diagnóstico definitivo, con el propósito de calmar al paciente lo suficiente como para permitir una evaluación completa (5).

Contención del paciente

Contención verbal:

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización (6). Con este fin, la literatura describe 10 dominios de desescalada verbal (7):

1. Respete el espacio personal.
2. No sea provocador.
3. Establezca contacto verbal: solo una persona debe dialogar con el paciente, si interactúan varios, el individuo puede confundirse y aumentar la agitación.
4. Sea conciso.
5. Identifique deseos y sentimientos.
6. Escuche atentamente lo que el paciente está diciendo.
7. Esté de acuerdo o acepte estar en desacuerdo: el fogging (empañamiento) es un comportamiento empático en el que se encuentra algo sobre la posición del paciente con lo que se puede estar de acuerdo.
8. Establezca la ley y fije límites claros: es crítico que el paciente esté claramente informado sobre los comportamientos aceptables.
9. Ofrezca oportunidades y optimismo: debe ser asertivo y proponer rápidamente alternativas a la violencia. Al mismo tiempo que ofrece opciones, procure acciones que serán percibidas como bondadosas, como mantas, revistas y acceso a un teléfono.
10. Informe al paciente y al personal (debriefing): hay que explicarle al paciente por qué la intervención era necesaria y permitir que el paciente explique los eventos desde su perspectiva. Igualmente, el personal debe sentirse libre de sugerir tanto lo que salió bien durante el episodio, como lo que no y recomendar mejoras.

Si las técnicas verbales no tienen éxito y se produce una escalada, el clínico debe excusarse y pedir ayuda (8).

Contención física:

Esta medida, aunque poco deseable, se hace necesaria si el paciente se convierte en un peligro para sí mismo o para otros y, sobre todo, cuando se precisa realizar una exploración física o pruebas complementarias para un abordaje etiológico del caso (9). El médico de urgencias debe tomar la decisión de utilizar las restricciones sopesando cuidadosamente los riesgos y beneficios, como con cualquier otra terapia (3).

De manera resumida, las indicaciones para la restricción de emergencia incluyen las siguientes (8):

Daño inminente a los demás.

Daño inminente al paciente.

Perturbación significativa de un tratamiento importante o daño al medio ambiente.

Continuación de un programa de tratamiento del comportamiento efectivo y continuo.

En ocasiones, una muestra de fuerza suficiente puede provocar la cooperación espontánea sin necesidad de ejercerla. Cuando sí es necesaria la contención en un paciente grande y agresivo, se ejecutará, preferiblemente, cuando esté distraído, siguiendo un plan específico y con un número suficiente de personas: lo ideal son cinco, si bien pueden participar al menos tres, en paciente de menos de 50 kg (9, 4).

En este sentido, el procedimiento adecuado es el siguiente: ante una orden o señal del jefe del equipo, se procede a inmovilizar al paciente. Para tal efecto, se encarga a una persona de cada extremidad (cuatro personas) y a otra de la cabeza, debido al riesgo de mordedura. Cada uno de estos cinco participantes debe saber de antemano cuál es su papel. Las extremidades

se deben sujetar con ambas manos, proximalmente a las dos articulaciones distales (codo y muñeca en miembros superiores). El paciente se coloca en el piso, mientras se disponen los elementos necesarios para el examen, diagnóstico o manejo (1).

Idealmente, la inmovilización no debe prolongarse más de una hora, tiempo durante el cual se deben practicar los estudios necesarios. Mientras dure la restricción, hay que revisar las extremidades y los pulsos distales, al menos cada 20 minutos (1).

En adición, es relevante indicar que, en ciertos pacientes, la restricción podría causar más efectos adversos, por ejemplo, en aquellos intoxicados con cocaína, anfetaminas u otros estimulantes, dado que el aumento del tono simpático y la alteración de la sensación de dolor pueden permitir un esfuerzo más allá de los límites fisiológicos normales y pueden causar una vasoconstricción que impida la eliminación de los productos de desecho metabólicos. Además, en pacientes acidémicos, la alteración de la mecánica respiratoria debido a una postura restringida puede perjudicar la compensación respiratoria (8).

Contención farmacológica:

Si el paciente sigue sin colaborar a pesar de la contención mecánica y esto impidiera una mínima exploración, se recurrirá a medicamentos.

No deben quitarse las contenciones físicas, salvo en presencia del personal adecuado (9).

Para la selección de los fármacos, un posible enfoque se muestra seguidamente (8):

En el caso de los pacientes gravemente violentos que requieren sedación inmediata, administre un antipsicótico de primera generación (típico) de acción rápida, una benzodiazepina sola o una combinación de un

antipsicótico de primera generación y una benzodiazepina, por ejemplo, droperidol con midazolam o haloperidol con lorazepam.

En el caso de pacientes con agitación por la intoxicación o la abstinencia de drogas, administre una benzodiazepina.

Para los pacientes con agitación indiferenciada, se eligen los benzodiazepinas, pero los antipsicóticos de primera generación son una opción razonable.

Para los pacientes agitados con un trastorno psiquiátrico conocido, se prefieren los agentes antipsicóticos de primera generación, aunque los antipsicóticos de segunda generación son una alternativa aceptable.

La ketamina puede ser útil cuando han fracasado los tratamientos iniciales como las benzodiazepinas y los antipsicóticos o si se requiere intubación endotraqueal.

Algunos de los medicamentos más empleados son los siguientes (3,10):

Cuadro 1. Medicamentos utilizados para la contención química.

FÁRMACO	DOSIS	TIEMPO DE INICIO	VIDA MEDIA	CONTRA INDICACIONES	PRESENTACIÓN EN LA CCSS
BENZODIAZEPINAS					
Diazepam	5-10 mg vo. 2-10 mg IM/IV repetir c/3-4 h PRN	1-2 h. vo. 20-30 min. IM	30-60 h.	Enfermedad hepática, embarazo	Tabletas de 5 mg. Ampollas con 10 mg. en 2 mL.
Lorazepam	1-2 mg vo. 0.5-2 mg IM <2 mg/min IV	16 h vo. 20-30 min. IM 5-20 min IV	14 h vo. *30-70 h en lesión renal terminal)	Apnea del sueño, daño renal severo, evitar en embarazo	Tabletas de 2 mg.
ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS					
Midazolam	5-15 mg IM c/15 min 1-2 mg IV c/2-3 min	15-20 min IM 1-5 min IV	2-6 h (13 h en lesión renal)	Embarazo	Tabletas de 15 mg. (uso exclusivo Psiquiatría). Ampollas con 3 mL, 5 mg/mL.
Haloperidol	5-10 mg vo/IM 1-2 mg IV	2-6 h vo. 30-60 min IM/IV	12-18 H.	Trastornos del movimiento, hepatopatía severa, lactancia	Frasco gotero con 15 mL al 0.2% (2 mg/mL) Tabletas de 5 mg Ampollas con 1 mL, 5 mg/mL
Droperidol	0.625-1.25 mg IM o IV lento c/3-4 h, máximo 2.5 mg por dosis	30 min IV	2-4 h	QT prolongado precaución en alcohólicos	Ampolla con 2 mL, 2,5 mg/mL (para uso en Anestesiología)
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS					
Risperidona	1-3 mg vo.	30-60 min	20 h	Precaución en demencia	Tabletas de 1 mg (uso exclusivo Psiquiatría) Solución oral en envase con 30 o 60 mL, 1 mg/mL (uso exclusivo Psiquiatría infantil y Neurodesarrollo)
Olanzapina	10-20 mg vo 5-10 mg IM c/4 h. 5 mg IM (geriátrico) Máximo 30 mg en 24 h.	5-8 h vo. 15-45 min IM	20-50 h	QT prolongado, infarto al miocardio reciente. Diabetes Mellitus, precaución en adultos mayores	No disponible
Ziprasidona	10 mg IM c/2 h	4-5 h vo. 60 min IM	14 h vo. 4-10 h vo.	QT prolongado, infarto al miocardio reciente, Diabetes	No disponible

Abreviaturas: CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social; vo, vía oral, IM, intramuscular; IV, intravenoso; PRN, cuando sea necesario.

Fuente: (3, 10)

}

Evaluación médica

La aproximación al paciente en una urgencia psiquiátrica es, en principio, similar a la de cualquier urgencia médica, si bien la entrevista y el examen se deben adecuar a las circunstancias (11). Para la valoración de estos pacientes se requiere una anamnesis dirigida al paciente o a los familiares o allegados, examen mental, exploración física completa, incluyendo neurológica, junto con pruebas complementarias (12, 11).

1. Historia clínica: se debe detallar la queja principal, los cambios recientes en el curso de su vida, especialmente, enfermedades físicas y pérdidas, uso de drogas, historia anterior de enfermedades psiquiátricas, historia familiar, historia personal (11).

2. Examen mental: el médico debe realizar una rápida evaluación mental antes de proceder al examen físico. Debe realizarse de forma tan completa como sea posible (11), prestando especial atención a los trastornos de la conciencia y otros elementos que pueden orientar el diagnóstico diferencial (2).

3. Examen físico: en los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación requiera (11).

4. Pruebas complementarias: es conveniente solicitar de rutina un hemograma completo, glucosa, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos, calcio iónico, pruebas de función hepática y análisis de orina completa. Según las circunstancias, se puede requerir tóxicos en sangre u orina, niveles séricos de fármacos, serologías, estudios por imágenes, entre otros (2).

Diagnóstico diferencial

Tradicionalmente, se habla de causas orgánicas (delirium o síndrome confusional agudo) y psiquiátricas (4). Inicialmente, se puede establecer un primer diagnóstico diferencial mediante algunos signos y síntomas (ver cuadro 2), no obstante, se debe utilizar el resto de información obtenida de la historia clínica, las pruebas de laboratorio, los familiares y la exploración física (13). En este sentido, son de gran valor semiológico las alteraciones del nivel de conciencia, puesto que son prácticamente patognomónicas de patología orgánica. De igual modo, la presencia de alucinaciones visuales orienta a un origen somático (4).

Datos clínicos	Agitación orgánica	Agitación psiquiátrica
Nivel de conciencia	Fluctuante, alteración de conciencia (obnubilación sobre todo nocturna).	No suele fluctuar, conciencia clara.
Comportamiento	Inquieto, actitud exigente, vocífera, demanda ayuda, se arranca vías y sondas.	Puede existir hostilidad o agresividad verbal.
Habla	Discurso incoherente.	Tono elevado, verborreico, disgregado, fuga de ideas en episodio maníaco.
Humor	Fluctuante, lábil.	Disforia o euforia.
Contenido del pensamiento	Confusión mental, alucinaciones visuales, ideación delirante (especialmente de perjuicio).	Alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio en esquizofrenia o trastornos delirantes o megalóide en la manía.
Estado cognitivo Otros datos	Desorientación temporoespacial, amnesia completa del episodio	Orientación temporoespacial, generalmente, no afectada.
Otros datos	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica.	Antecedentes psiquiátricos.

Fuente: (4)

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial del paciente agitado.

Por un lado, las causas orgánicas son más frecuentes en adultos mayores, sobre todo en aquellos con deterioro cognitivo (4). A continuación, se muestran las principales causas orgánicas de agitación psicomotriz (4,8):

Trastornos endocrino-metabólicos: hipo e hiperglicemia, hipoxia, hipercapnia, acidosis, trastornos electrolíticos en sodio, potasio, magnesio, calcio; encefalopatía hepática, encefalopatía urémica, hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal aguda.

Fármacos y tóxicos: psicofármacos (hipnóticos, ansiolíticos, anticolinérgicos), simpaticomiméticos, corticoides, sustancias de abuso (alcohol, cocaína, opiáceos, alucinógenos, anfetaminas), síndromes de abstinencia.

Enfermedades neurológicas: encefalopatía hipertensiva, accidente

cerebrovascular, tumores, meningitis o encefalitis, traumatismo cráneo-encefálico, crisis comiciales.

Otras causas: infecciones, enfermedades tumorales, enfermedades autoinmunes, déficit vitamínico, reacciones anafilácticas, shock, hipo o hipertermia, síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Por otro lado, dentro de las causas psiquiátricas, se encuentran las psicóticas (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodio maníaco, depresión psicótica, trastorno por ideas delirantes) y no psicóticas (trastornos de personalidad, como histriónico, límite o paranoide; trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, alteración de conducta en retraso mental o demencia, entre otros) (8, 2, 12).

En términos generales, se debe distinguir entre tres diagnósticos diferenciales básicos, que se detallan en el cuadro 3.

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial básico del

Datos clínicos	Delirium	Demencia	Psicosis
Inicio	Fluctuante	Insidioso.	Variable.
Curso en 24 horas	Fluctuante durante el día. Empeora en la noche.	Estable durante el día	Estable.
Nivel de conciencia	Alterado.	No alterado.	No alterado, excepto en psicosis tóxica.
Atención	Deteriorada.	Normal, excepto si es severa.	Puede estar alterada.
Alucinaciones	Visuales.	Ausentes	Auditivas.
Delirios	No estructurados. Fluctúan	A menudo, ausentes.	Sistematizados y mantenidos
Orientación	Deteriorada.	Deteriorada	Alterada, si hay doble orientación (la delirante y la esperable para el contexto)
Discurso	Incoherente.	Perseverante. Pobre. Dificultades afásicas	Variable pero no incoherente (aunque puede resultar no comprensible semánticamente)
Movimientos involuntarios	A menudo, presentes.	A menudo, ausentes.	Presentes, si hay secundarismos extrapiramidales.

paciente agitado.

Tratamiento etiológico

Tras el control de los síntomas, se debe valorar la actitud a seguir en función del tipo de agitación, los antecedentes del paciente, su situación sociofamiliar y la disponibilidad de seguimiento (14), con el fin de implementar el tratamiento etiológico que corresponda en cada caso (4). En ocasiones, un adecuado diagnóstico en la fase de contención mecánica, por ejemplo, una hipoglucemia, puede evitar un tratamiento farmacológico sedante, si bien esto no es frecuente por la falta de cooperación, la imposibilidad de realizar exploraciones complementarias y una anamnesis dificultosa (6).

Dentro de este apartado se incluyen todas aquellas medidas generales relacionadas con el control de las constantes vitales, del equilibrio hidroelectrolítico y metabólico, efectos indeseables de la medicación administrada, sueroterapia, así como lesiones producidas antes o durante la contención (6).

Figura 1. Algoritmo de manejo del paciente agitado.

Fuente: (6, 13)

Algunas posibles acciones que pueden ejecutarse posterior a controlar la agitación se detallan a continuación (14):

La agitación de origen orgánico, generalmente, va a continuar su manejo en el servicio de emergencias del hospital para confirmar la patología causal y su tratamiento específico.

La agitación psiquiátrica de origen psicótico, usualmente, conlleva un posible ingreso a salud mental.

La agitación psiquiátrica de origen situacional o ansioso suele permitir enviar al paciente a su domicilio y continuar seguimiento por su médico de familia, consultas de salud mental y/o recursos sociosanitarios.

En las situaciones de violencia con delito, tendrán que intervenir las fuerzas de seguridad.

Los cuadros relacionados con consumo de sustancias pueden tener respuestas diversas según la situación: remitirlos al médico de familia, a equipos de atención a dependientes a las drogas, a recursos sociosanitarios y de salud mental o valorar el ingreso al hospital.

En síntesis, en la figura 1 se muestra un posible

algoritmo del abordaje de un paciente agitado:

Conclusiones

La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad motora sin una intencionalidad aparente y constituye una urgencia frecuente. Además, los pacientes agitados pueden presentar conductas violentas y representar un riesgo para ellos mismos o los demás. Como primera medida, hay que tener en cuenta la seguridad de las personas involucradas y calmar al paciente lo suficiente como para permitir una evaluación completa. Con esta finalidad, se puede recurrir a la contención verbal, mecánica o farmacológica, esta última mediante medicamentos como benzodiacepinas, antipsicóticos o anestésicos.

Posterior al control de la agitación, se puede completar la evaluación médica, incluyendo historia clínica, examen mental, examen físico y pruebas complementarias, que contribuyan a clarificar el diagnóstico entre causas orgánicas y psiquiátricas. Finalmente, se debe valorar la actitud a seguir que corresponda en cada caso, ya sea continuar con el abordaje en el servicio de emergencias, hospitalizar o referir a los servicios que fuera necesario.

1. Escobar F, Suárez MP. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. Univ Méd Bogotá. 2011; 32(4): 421-430.

Referencias

2. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibañez B. Excitación psicomotriz: "manejo en los diferentes contextos". Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2010 Ago; 16(3): 291-304.
3. Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. Emerg Med Clin N Am. 2010; 28: 235-256.
4. García MJ, Bugarín R. Agitación psicomotriz. Cad Aten Primaria. 2012; 18: 73-77.
5. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, et al. Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine. 2012 Feb; XIII(1): 3-10.
6. Palma Salud IPS. Guía de manejo de paciente agitado. Palma Salud IPS [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Mar 22]. Disponible en: <https://palmasaludips Ltda.com/wp-content/uploads/2019/06/GSS-001-GAIS-21-GUIA-DE-MANEJO-DE-PACIENTE-AGITADO-1.pdf>
7. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine. 2012 Feb; XIII(1): 17-25.
8. Moore G, Pfaff JA. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. UpToDate [Internet]. 2020 Jan 30 [citado 2020 Mar 22]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
9. Jiménez MT, Aragón J, Nuño A, Loño J, Ochando G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. An Pediatr (Barc). 2005; 63(6): 526-36.
10. Caja Costarricense de Seguro Social. Lista oficial de medicamentos y normativa. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; 2014.

11. Estévez RA, Basset I, Guerrero MGR, López JT, Leal ML. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Enf Neurol (Mex)*. 2011; 10(1): 32-38.
12. Martínez E, Muñoz I, Micheloud D, Nuevo JA. Protocolo de actuación ante el paciente agitado. *Medicine*. 2015; 11(89): 5343-7.
13. Sanz P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado. *Medicine*. 2019; 12(85): 5017-20.
14. Téllez JM, Villena A, Morena S, Pascual P, López C. El paciente agitado. *Guías Clínicas*. 2005; 5(34): 1-8.