

## Ghid de abordare a pacientului agresiv si violent in urgenta

Alina Petrica, Mihai Grecu\*

### Introducere

Comportamentul violent reprezinta un set de actiuni ce utilizeaza forta, sau care determina lezarea pacientului sau a celor din jur. In esenta, comportamentul violent reprezinta raspunsul la o serie de circumstante. Raspunsul individualizat la aceste circumstante este influentat de o serie de factori, de exemplu, caracteristicile personalitatii precum agresivitatea, impulsivitatea, comportamentul antisocial.

Emotiile, in special teama, lipsa de putere, supararea, furia, joaca un rol important in declansarea raspunsului violent. Agitatie sau hiperactivitatea psihomotorie si psihoza (afectarea perceptiei rationale) se pot datora fie cauzelor medicale, fie psihiatrice. Indiferent de cauza, orice comportament violent in departamentul de urgenta reprezinta un comportament neadecvat si trebuie considerat o stare patologica ce poate duce la morbiditate si mortalitate (1).

### Profilul pacientului violent

Intreg personalul departamentelor de urgenta trebuie sa cunoasca semnele si simptomele ce sugereaza declansarea unui comportament violent. Orice pacient poate deveni violent, dar pacientii cu afectiuni organice precum dementa, delirium, intoxicatii, au o incidenta mai mare a violentei decat cei cu tulburari functionale precum mania si schizofrenia. Istoricul de violenta, indiferent de patologie este cel mai puternic predictor al comportamentului violent in departamentul de urgenta.

---

\* UPU – SMURD, Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Timisoara

Autor corespondent: Dr. Alina Petrica, medic specialist Medicina de Urgenta  
e-mail: [alina\\_guran@yahoo.com](mailto:alina_guran@yahoo.com), Bd. I. Bulbuca, nr.10, 300736, Timisoara

Unii pacienti prezinta un comportament violent in mod curent, iar altii se manifesta violent in functie de circumstante. Pacientul violent in mod curent este in general un tanar in jur de 30 de ani care are acces la arme sau care abuzeaza de alcool sau droguri. Acesta este o persoana care de obicei are probleme cu autoritatile si are multiple arestari pentru agresiune in antecedente.

Pacientii depresivi, cu comportament suicidar, considera ca nu au nimic de pierdut si se pot manifesta violent fata de anturaj. Pacientii psihiatrici par sa nu manifeste mai multa violenta decat restul populatiei, exceptie facand cei cu schizofrenie paranoida atunci cand trec de la paranoia generalizata ("ma urmaresc") la o anumita persoana sau grup ("X ma urmareste")(2).

#### *Semne premonitorii ale comportamentului violent*

1. Pacientul se manifesta violent sau ameninta ca va deveni violent.
2. Personalul simte anxietate sau teama fata de pacient.
3. Comportamentul alterneaza intre strigate si perioade de liniste sau intre cooperare si agresivitate.
4. Pacientul isi exprima teama de a-si pierde controlul.
5. Pacientul este necooperant, ostil, agitat si incapabil sa stea linistit.
6. Pacientul se afla in stare de etilism acut, este intoxicat cu alte substante sau este in stare de sevraj.
7. Pacientul are istoric de violenta, este cunoscut politiei sau personalului din departamentul de urgenta pentru comportament impulsiv sau violent.
8. Pacientul are o postura rigida, tensionata si este suspicios.
9. Pacientul are tatuaje care-i sugereaza apartenenta la o anumita grupare.

#### **Evitarea violentei**

Majoritatea pacientilor devin violenti in timp, si nu imediat, ce intra in departamentul de urgenta. Acest aspect permite personalului sa se pregateasca si sa adopte alte metode decat imobilizarea. Intotdeauna se indica utilizarea metodei de imobilizare cel mai putin restrictive pentru pacientii potential violenti. Pacientului trebuie sa i se ofere alternative pentru corectarea comportamentului neadecvat, astfel incat sa nu fie afectata relatia medic – pacient si nici demnitatea pacientului (3).

Metode de evitare a situatiilor tensionate si a comportamentului violent:

1. Evita contactul vizual cu pacientul.
2. Nu bloca iesirile si lasa deschisa usa de la camera de examinare.

3. Mentine o distanta apreciabila fata de pacientul violent, nu ii invade spatiul.
4. Adopta o postura si o atitudine pasiva, necombativa si permite-i pacientului sa spuna ce gandeste.
5. Comporta-te cu pacientul asa cum ai vrea sa se comporte si el.
6. Oferă-i pacientului ceva de baut sau de mancare.
7. Evita remarcile provocatoare sau malitioase.
8. Daca pacientul devine agresiv, spune-i direct ca are un comportament neadecvat care-i sperie pe cei din jur si care nu este permis in departamentul de urgenta.
9. Nu intoarce spatele pacientului potential violent.
10. Nu subestima niciodata potentialul violent al unui pacient.

Daca, in ciuda masurilor luate, pacientul continua sa se manifeste violent, se poate apela la ajutorul familiei sau prietenilor.

### **Cauzele comportamentului violent (4)**

#### *1. Organice*

Sunt sugerate de:

- debutul rapid al unui comportament psihotic, agitat sau violent la un pacient fara antecedente de boala psihiatrica cu varsta > 40 de ani
- prezenta unuia din urmatoarele semne si simptome
  - confuzie, dezorientare
  - bradipsihie
  - deficite cognitive/intelectuale
  - vorbire neclara
  - halucinatii vizuale
  - semne vitale anormale

#### *2. Psihiatrice*

Sunt suspicionate la pacientii cu :

- varsta < 45 de ani
- constienti si orientati temporo-spatial
- semne vitale normale
- istoric de boala psihiatrica
- halucinatii auditive
- gandire logica dar totusi bizara

Schizofrenia paranoida este cea mai frecventa cauza de violenta in departamentul de urgenta, fiind urmata de tulburarile de personalitate.

### 3. Alte cauze

- abuzul de alcool sau droguri
- timpul lung de asteptare
- intarzierile in acordarea asistentei medicale
- complianta mai scazuta a anumitor categorii etnice
- lipsa de informare a pacientilor

### Abordarea pacientilor violenti

Cand pacientul devine brusc violent:

- anunta serviciul de paza
- diminueaza contactul vizual cu pacientul
- asigura-te ca tu si pacientul aveti acces egal la o usa
- mentine o distanta de siguranta fata de pacient (cel putin o lungime de brat)
- nu fugi sau nu te lupta decat daca esti sigur de succes.

### Examinarea unui pacient potential violent

- cere personalului de paza sa perchizioneze pacientul si sa indeparteze eventualele arme
- e indicata prezenta personalului de paza in camera de examinare sau in fata acesteia
- utilizeaza o camera de examinare cu doua usi
- mentine o distanta fata de pacient de 4 ori mai mare decat in mod normal
- indeparteaza accesoriile personale ce pot fi utilizate ca arme
- niciodata nu te apropia de pacient prin spatelul lui

### Managementul pacientilor violenti

#### 1. Managementul verbal

Evitati confruntarea directa, dar impuneti limite. Subliniati consecintele comportamentului violent. Empatizati cu problemele pacientului si implicati si alti membri ai personalului. Subliniati faptul ca tot personalul vrea sa-i ajute.

Fiti atenti la limbajul corpului: bratele incrucisate, mainile la spate, postura de aplecat inainte, contactul vizual intens sau prelungit, pot fi percepute ca amenintatoare sau provocatoare.

Cand vorbiti cu un pacient potential violent este important sa mentineti un ton calm. Incercati sa nu exprimati manie sau ostilitate si niciodata nu minimizati sau neglijiati temerile si sentimentele pacientilor.

Fiti atenti la schimbarile de dispozitie ale pacientului, vorbirea agresiva sau cu tonalitate ridicata, cresterea activitatii psihomotorii, care pot sem-

nifica pierderea controlului de catre pacient. Daca perceptia personalului in fata pacientului este de nesiguranta si teama, este mai bine sa se evite interactiunea cu el pana cand sunt luate masuri.

Aceasta abordare nu este eficienta la pacientii cu psihoze, delirium, intoxicatii severe sau agitatie secundara episoadelor maniacale (5,6).

### *2. Imobilizarea fizica*

Medicii trebuie sa specifice clar motivele imobilizarii chiar si atunci cand pacientul nu aude sau nu intelege. Toate deciziile de imobilizare trebuie consemnate in scris. Imobilizarea fizica nu trebuie aplicata ca pedeapsa sau din comoditate.

Criterii de aplicare a imobilizarii fizice (Asociatia Americana de Psihiatrie)(7,8):

- pentru a preveni autovatamarea sau vatamarea altor persoane cand au esuat alte metode de control, mai putin severe
- pentru a preveni perturbarea activitatii din departamentul de urgenta si distrugerea aparaturii sau mobilierului
- pentru a diminua stimularea pacientului
- la cererea pacientului

Modul de aplicare a imobilizarii fizice:

- Ideal, imobilizarea trebuie asigurata de 5 persoane, uzand cat mai putin de forta.
- Daca pacientul este de sex feminin, cel putin o femeie trebuie sa participe la imobilizare.
- Imobilizarea se face in patru puncte cu pacientul in pozitie culcat sau decubit lateral.
- Se pot utiliza gulerul cervical si curelele suplimentare peste pelvis si genunchi. Curelele se leaga de asa natura incat sa nu afecteze circulatia (cca 1 cm intre piele si curea).
- Se ridica usor capul pacientului pentru a diminua riscul de aspiratie.
- Dupa imobilizare, la fiecare 15 min. trebuie monitorizate perfuzia periferica, mobilitatea, postura si statusul mental. Se evalueaza pacientul periodic pentru a aprecia oportunitatea continuarii imobilizarii (7,9).

In fisa pacientului trebuie specificate motivul imobilizarii, motivul pentru care nu s-au putut utiliza alte metode mai putin restrictive, medicatia administrata, raspunsul la tratament.

### *3. Imobilizarea medicamentoasa*

Se realizeaza cu opiacee, barbiturice, neuroleptice, benzodiazepine si, in conditii extreme, blocante neuromusculare (fig. 1). Are acelasi impact asupra pacientului ca si imobilizarea fizica, dar scade riscul aparitiei leziunilor traumatice in urma imobilizarii si este de preferat (10,11).

Avantajele tratamentului medicamentos:

- controleaza comportamentul violent si pacientul agitat;
- diminueaza necesitatea imobilizarii fizice;
- permite examinarea si efectuarea investigatiilor radiologice (12).

Dezavantajele tratamentului medicamentos:

- poate determina complicatii precum depresia respiratorie si pierderea reflexului de deglutitie;
- ocazional, reactii paradoxale de accentuare a agitatiei;
- limiteaza examinarea neurologica si a statusului mental pe durata sedarii (13).

### Concluzii

Managementul pacientului agitat si violent incepe cu incercarea de a controla verbal situatia. Personalul trebuie sa evite sa se puna in pericol si sa si comunice intotdeauna preocuparea pentru binele pacientului. Accentul se pune in general pe strategiile verbale. Nu trebuie neglijata posibilitatea existentei unor afectiuni medicale care sa cauzeze sau sa potenteze comportamentul violent.

Medicatia se utilizeaza cand controlul verbal e incomplet sau a esuat. Se pot administra: droperidol, haloperidol sau asocieri cu o benzodiazepina. Acestea se titreaza pana la efectul dorit. Metoda sedarii rapide este sigura si eficienta. Uneori poate fi utila asocierea dintre imobilizarea fizica si medicatie.

Cand se utilizeaza imobilizarea fizica, este obligatorie consemnarea in fisa pacientului a motivelor ce au dus la aceasta decizie.

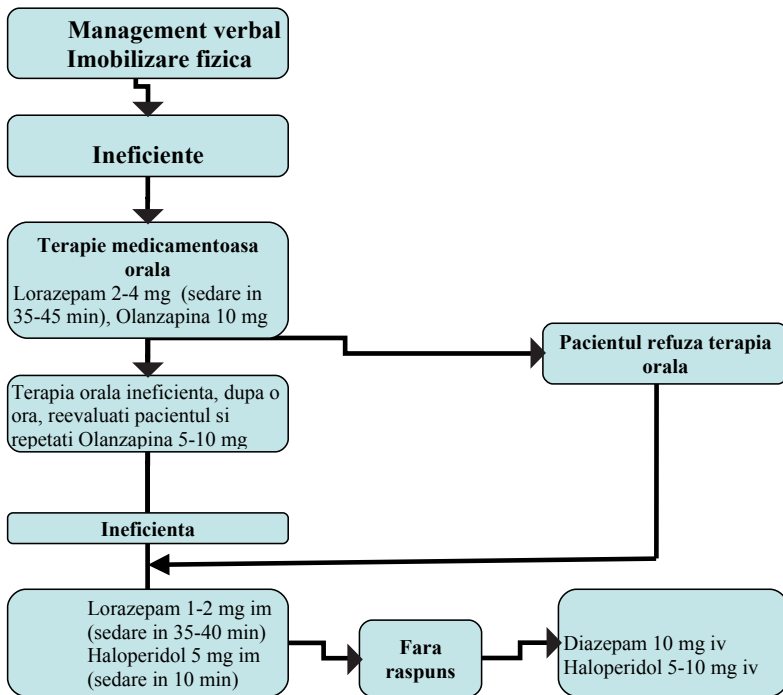


Fig. 1. ALGORITM DE MANAGEMENT AL PACIENTULUI VIOLENT (14)

**BIBLIOGRAFIE**

1. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained. *MJA* 2005; 183(7):362-5.
2. Tintinalli J. *Emergency Medicine – A Comprehensive Study Guide, Behavioral Disorders.*
3. Bradshaw Bunney E. *The Agitated Patient in the Emergency Department.*
4. Hill S, Petit J. The violent patient. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18:301-15.
5. Rice MM, Moore GP. Management of the violent patient. Therapeutic and legal considerations. *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9:13-30.
6. Hill S. Management of the violent patient in the Emergency Department.
7. American Psychiatric Association Task Force on the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint : Seclusion and Restraint: The Psychiatric Uses. 1985. Washington DC: American Psychiatric Association.
8. Annas GJ. The last resort - the use of physical restraints in medical emergencies. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1408-12.
9. Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 2003; 24(2):119-24.
10. Allen MH, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med Spec* 2001; 1:1-88.
11. Clinton JE, et al. Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients. *Ann Emerg Med* 1987; 3 (16):319-22.
12. Battaglia J, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997; 4 (15):335-40.

13. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003; 20:339-46.
14. Dartford D, Gravesham D. Short Term Clinical Guidelines on the Management of Disturbed/Violent Behaviour of Patients in A&E and Emergency Situations (including the use of Rapid Tranquilisation).



## Aspecte practice si etice privind terapia pacientului aflat in stare terminala

Marian Popescu, Serban Marinescu,  
Silvius Negoita, Madalina Dutu\*

285

Trecerea catre viata eterna a fiecarei fiinte umane este un eveniment inevitabil ce nu poate fi decat amanat pentru un timp finit.

De cele mai multe ori atat pacientii cat si membrii familiilor acestora (cat si unii colegi din alte specialitati medicale), datorita noilor achizitii tehnice si farmacologice din medicina moderna, cred ca terapia intensiva poate face "minuni", insistand atat pentru admisia pacientilor, dar si pentru o terapie sustinuta, in cazuri cu mult depasite medical.

Se uita in aceste cazuri ca, de fapt o importanta covarsitoare (pentru familie, societate, costurile din spitale) o are calitatea vietii dupa ce se realizeaza o recuperare temporara, pasagera.

Moartea fiintei umane trebuie sa fie una demna, in pace si confort, fara chinuri inutile, atunci cand toate evaluarile realizate in dinamica arata inutilitatea oricarui act medical, oricat de sustinut si bine intentionat ar fi.

Peste 20% din decesele in serviciile de terapie intensiva din Statele Unite survin in cursul sau imediat dupa admisie (Irwin RS, Rippe JM, 2008). Intre 55-85% din toate decesele din ICU survin dupa decizia de a scoate sau a nu utiliza terapia de suport a functiilor vitale. Intr-un studiu realizat in unitatile de terapie intensiva din Europa se arata ca (inca) 73% din pacientii din ICU sunt admisi fara a exista o sansa de supravietuire (Irwin RS, Rippe JM, 2008).

Din pacate, deseori pacientii sunt adusi in stare de inconstienta, fara a fi insotiti de familii, necunoscandu-se dorinta lor expresa privind neinceperea sau initierea unei terapii de suport/resuscitare, decizia de a limita/a

\* *Spitalul Universitar de Urgenta Elias Bucuresti*

nu incepe suportul functiilor vitale. Reprezinta procedura prin intermediul careia medicii din ICU, impreuna / cu acordul familiei / pacientului (cand este posibil) se ia decizia de a nu se incepe/a se intrerupe terapia de suport a functiilor vitale, afectate sever printr-o boala cu evolutie ireversibila (Thelen M, 2005).

Discutia privind luarea unei astfel de decizii va fi initiata in urmatoarele situatii:

- status postressuscitare dupa oprire cardiorespiratorie (fara martori, cand nu se cunoaste timpul total de stop fara flux cerebral , fara resuscitare);
- boli extrem de severe cu disfunctii multiple de organe, nonresponsive la medicatia utilizata;
- coma prelungita prin boli cerebrovasculare ireversibile/status vegetativ persistent, fara sanse de recuperare;
- boli cerebrale severe si ireversibile;
- neoplazii multimetastatice (inclusiv cerebrale), fara raspuns la terapia specifica;
- dorinta pacientului, sustinut de familie, de a nu incepe/renunta la o terapie de suport a functiilor vitale.

In aceste situatii se va actiona in conformitate cu principiile morale, unanim acceptate, anume:

- a actiona in interesul pacientului (beneficance);
- a lua decizia care nu-i face rau acestuia (nonmaleficence);
- a aloca corect, egal, resursele de suport indiferent de rasa, sex, religie, apartenenta sociala (justice);
- decizia va fi luata in conformitate cu dorinta respectata a pacientului informat, de a refuza sau nu suportul initiat (patient autonomy);
- se vor respecta de asemenea: confidentialitatea actului medical realizat, pacientul va fi respectat si i se vor asigura confortul si compasiunea conforma situatiei date (Irwin RS, Rippe JM, 2008).

Se doreste in asemenea situatii renuntarea la termenul de "terapie inutila", inlocuindu-se cu cel de terapie care nu este "in the best interest of the patient".

Decizia de a intrerupe/ a nu administra o anume terapie depinde ca atitudine de la o tara la alta:

- in Statele Unite se aplica principiul autonomiei pacientului, care-si exprima dorinta cu mult inainte de a avea o suferinta severa ("patient /surrogate directed");
- in tarile din sudul Europei deciziile sunt luate de catre medici in interesul pacientului ("physician directed –making decision for the patient");