

MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS



Beatriz Ordóñez Amboage
R2 Medicina de Familia y Comunitaria

Hospital Santiago Apostol - Miranda de Ebro

Martes 20 de septiembre de 2022

Los sanitarios sufrieron en 2021 un total de 612 agresiones, un 39% más que en 2020



El Observatorio Nacional de Agresiones del CGCOM ha re
CGCOM
MADRID, 10 Mar. (EUROPA PRESS) -

INICIO / NOTICIAS

09/02/2022

Todos los Colectivos,

1208 agresiones a sanitarios en Andalucía durante del 2021

#STOPAGRESIONES

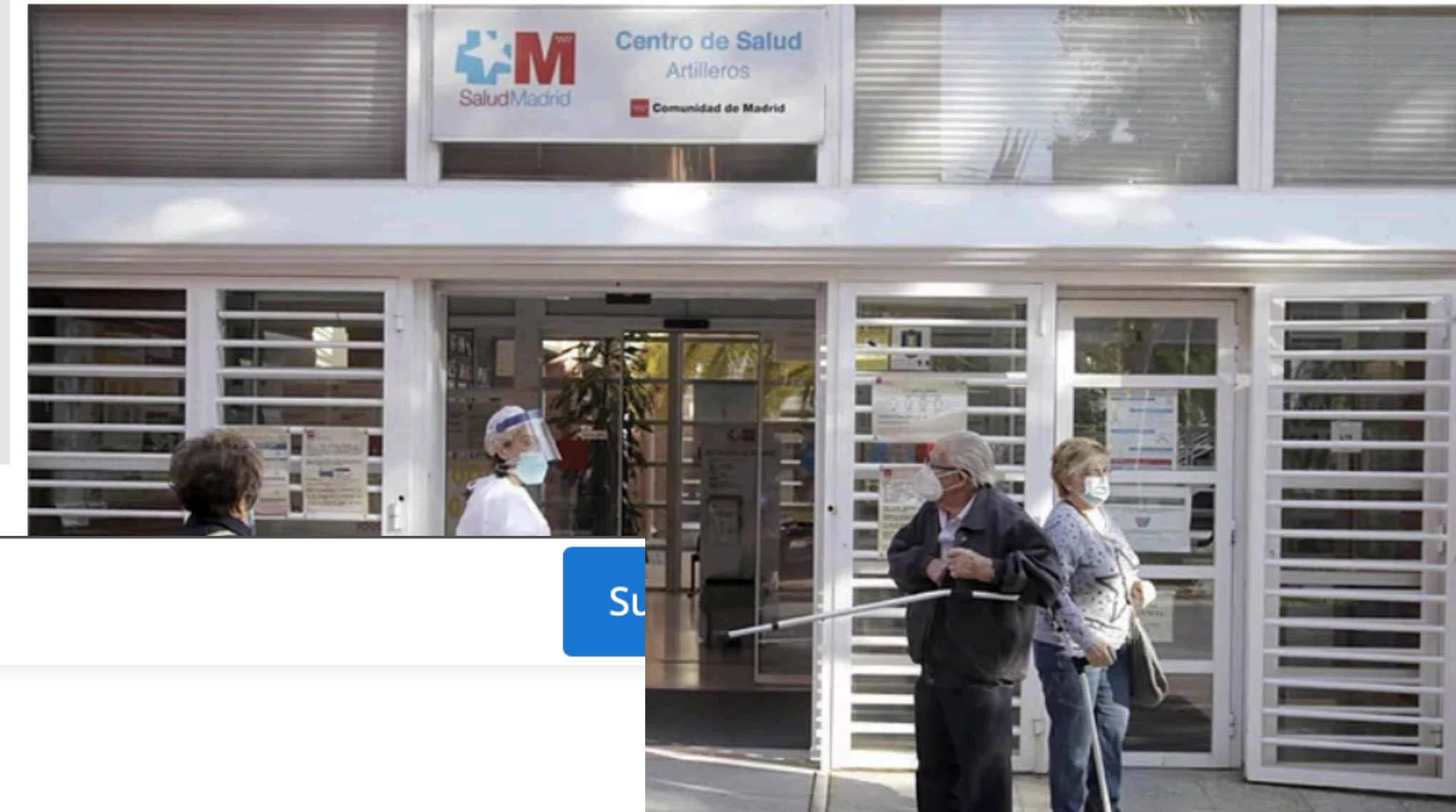
1208 AGRESIONES A SANITARIOS EN ANDALUCÍA DURANTE DEL 2021

SINDICATO MÉDICO ANDALUZ



Vuelve la violencia contra los médicos: 612 casos en 2021

La OMC subraya que esta cifra corresponde a la situación prepandemia y que los ataques aumentaron un 39% respecto a 2020



redacción **médica**

Las agresiones a sanitarios se dispararon un 30% durante el 2021

Además, el número total de incidentes sube a 530, lo que se traduce en un aumento de un 32,2 por ciento

DEFINICIONES

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:

Síndrome de etiología diversa que consiste en un aumento de la actividad motora (inquiétude, gesticulación, deambulación) con movimientos automáticos o intencionales que en general **carecen de un objetivo concreto.**



**PACIENTE
AGITADO**



**PACIENTE
VIOLENTO**

PACIENTE AGITADO

DEFINICIÓN



URGENCIA PSIQUIÁTRICA

El factor tiempo es primordial

PLAN DE ACTUACIÓN

1. MEDIDAS DE SEGURIDAD

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

3. MEDIDAS AMBIENTALES

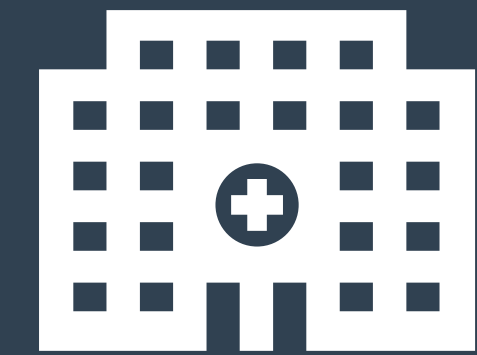
4. CONTENCIÓN VERBAL

5. CONTENCIÓN
FARMACOLÓGICA

6. CONTENCIÓN
MECÁNICA

EVALUACIÓN

INTERVENCIÓN



TRIAGE



- VALORACIÓN **INTEGRAL** DEL PACIENTE
- DETERMINAR SI HAY CONDICIÓN MÉDICO ASOCIADA
- EVALUAR RIESGO DE VIOLENCIA Y PRESERVAR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PERSONAL SANITARIO



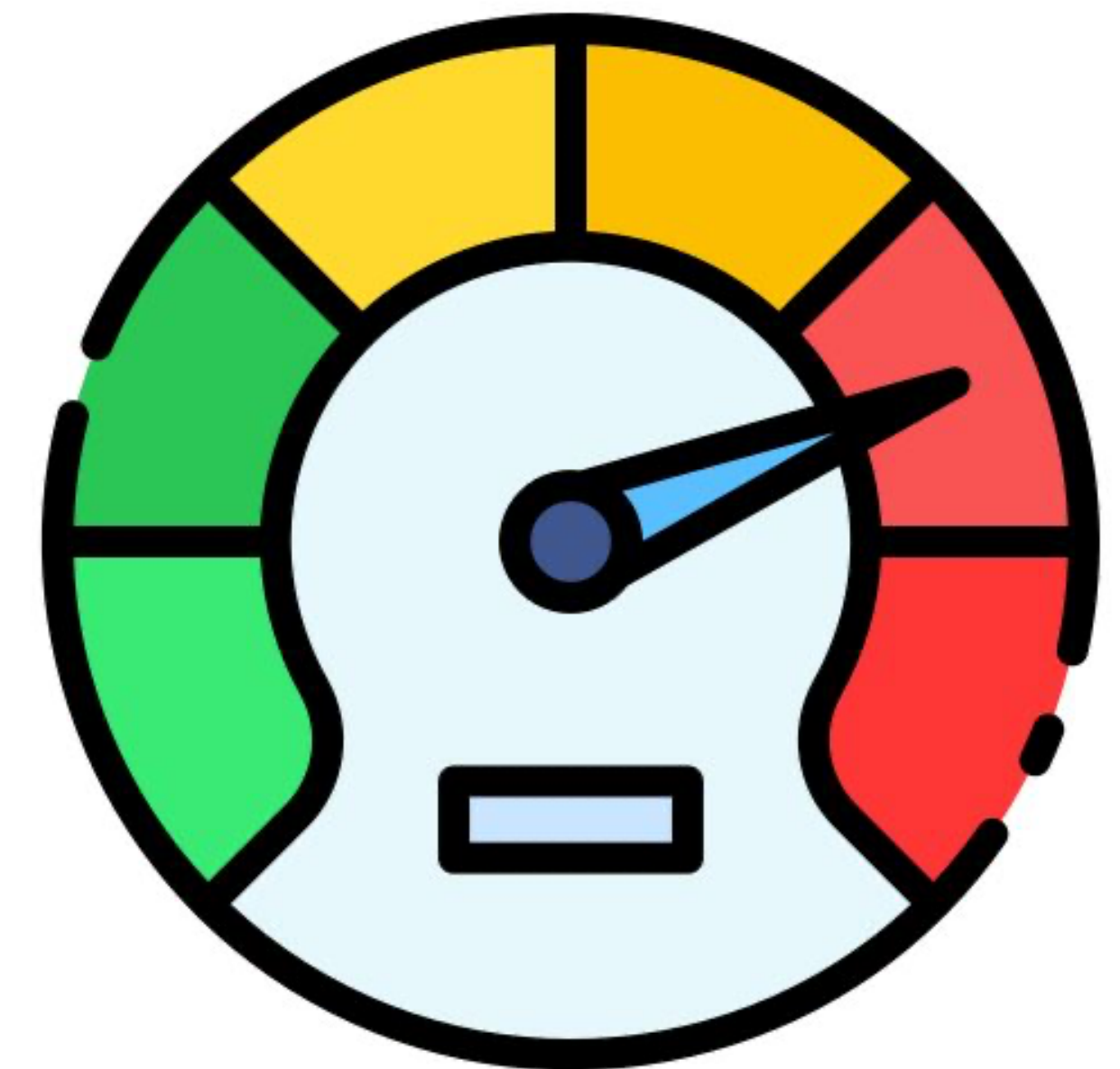
EVALUACIÓN DEL RIESGO

ESCALAS DE EVALUACIÓN

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ANTECEDENTES

FACTORES PREDISPONENTES DE AUTO/HETEROAGRESIVIDAD

- AUMENTO CRECIENTE DE ACTIVIDAD MOTORA
- PRESENCIA DE GESTOS Y ACTITUDES VIOLENTAS
- SOSPECHA DE CONSUMO DE TÓXICOS
- PRESENCIA DE CLÍNICA ALUCINATORIA



EVALUACIÓN



ESCALA DE RASS (sedación-agitación)

+4

COMBATIVO

Ansioso, violento

+3

MUY AGITADO

Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc.

+2

AGITADO

Movimientos frecuentes, lucha con el respirador.

+1

ANSIOSO

Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.

0

ALERTA Y TRANQUILO

-1

ADORMILADO

Despierta con la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.

-2

SEDACIÓN LIGERA

Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.

-3

SEDACIÓN MODERADA

Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.

-4

SEDACIÓN PROFUNDA

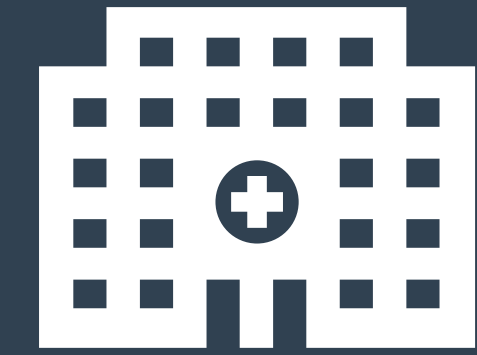
No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.

-5

SEDACIÓN MUY PROFUNDA

No hay respuesta a la estimulación física.

EVALUACIÓN



MEDIDAS DE SEGURIDAD

- MANTENER DISTANCIA DE SEGURIDAD
- VIA DE SALIDA DE FÁCIL ACCESO
- BUSCAR UN LUGAR TRANQUILO PARA LA ENTREVISTA
- NO ESTAR SOLOS



EVALUACIÓN



EVALUACIÓN CLÍNICA

OBJETIVOS

- DESCARTAR ETIOLOGÍA ORGÁNICA
- EXPLORAR LAS FUNCIONES BÁSICAS PSICOPATOLÓGICAS

CAUSAS AGITACIÓN



ORGÁNICA

Enfermedades	Intoxicaciones	Síndromes de abstinencia
<ul style="list-style-type: none">– Alteraciones de electrolitos.– Hipoglucemia.– Endocrinopatías.– Infecciones sistémicas y/o del SNC.– Ciertas anemias.– Insuficiencia respiratoria.– Insuficiencia cardíaca.– Insuficiencia hepática (encefalopatía hepática).– Insuficiencia renal (encefalopatía urémica).– Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos.– Estados postoperatorios.– Crisis parciales.– Estados postictales.– Tumores intracraneales o diseminados.– Demencia.– Fármacos: levodopa, digital, cimetidina, ranitidina, anticolinérgicos, antihistamínicos, antiepilépticos, corticoides, benzodiazepinas, neurolepticos sedantes.	<ul style="list-style-type: none">– Alcohol.– Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros).– Cannabis.– Neurolepticos.– Benzodiazepinas.– Anticolinérgicos.	<ul style="list-style-type: none">– Alcohol (<i>delirium tremens</i>).– Benzodiazepinas.– Opiáceos.– Otros.

CAUSAS AGITACIÓN



NO ORGÁNICA

Psiquiátrica

Psicótica:

- Esquizofrenia y T. esquizoafectivo.
- Episodio maníaco.
- Episodio depresivo: en casos de depresión agitada que suele ser más frecuente en ancianos y niños.
- Trastorno delirante (paranoia).

No psicótica:

- Crisis de angustia.
- Trastornos de la personalidad.
- Alteración de conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del *delirium* superpuesto a la demencia).

No psiquiátrica

Situación desencadenada por un estresor agudo como por ejemplo reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...) y situaciones de desconexiones ambientales (UCI...).

EVALUACIÓN



EVALUACIÓN CLÍNICA

CONSTANTES VITALES

ANAMNESIS + preguntar a acompañantes

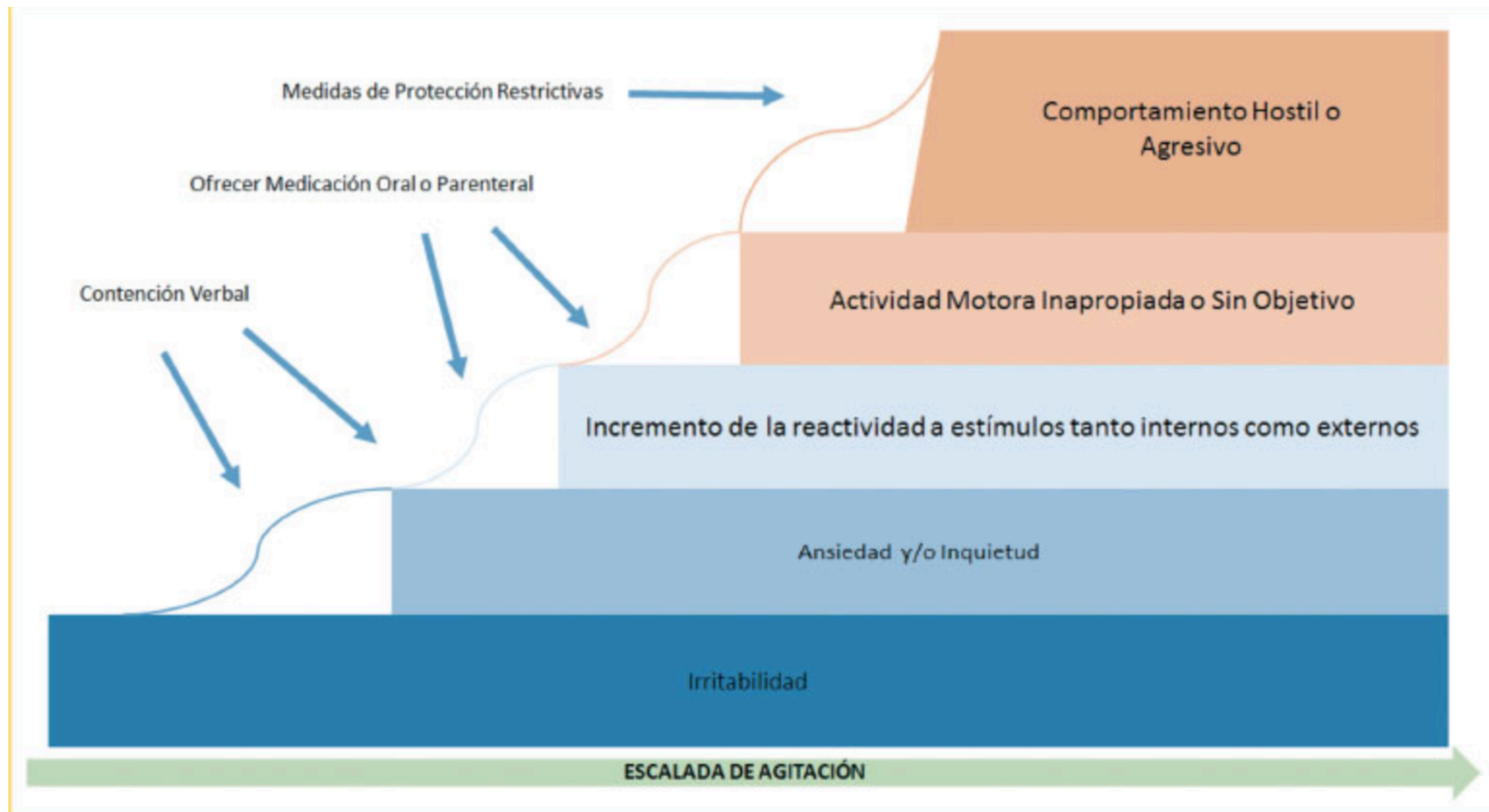
EXPLORACIÓN FÍSICA INCLUYENDO EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RX, ECG, ANALÍTICA DE SANGRE Y DE ORINA, TÓXICOS



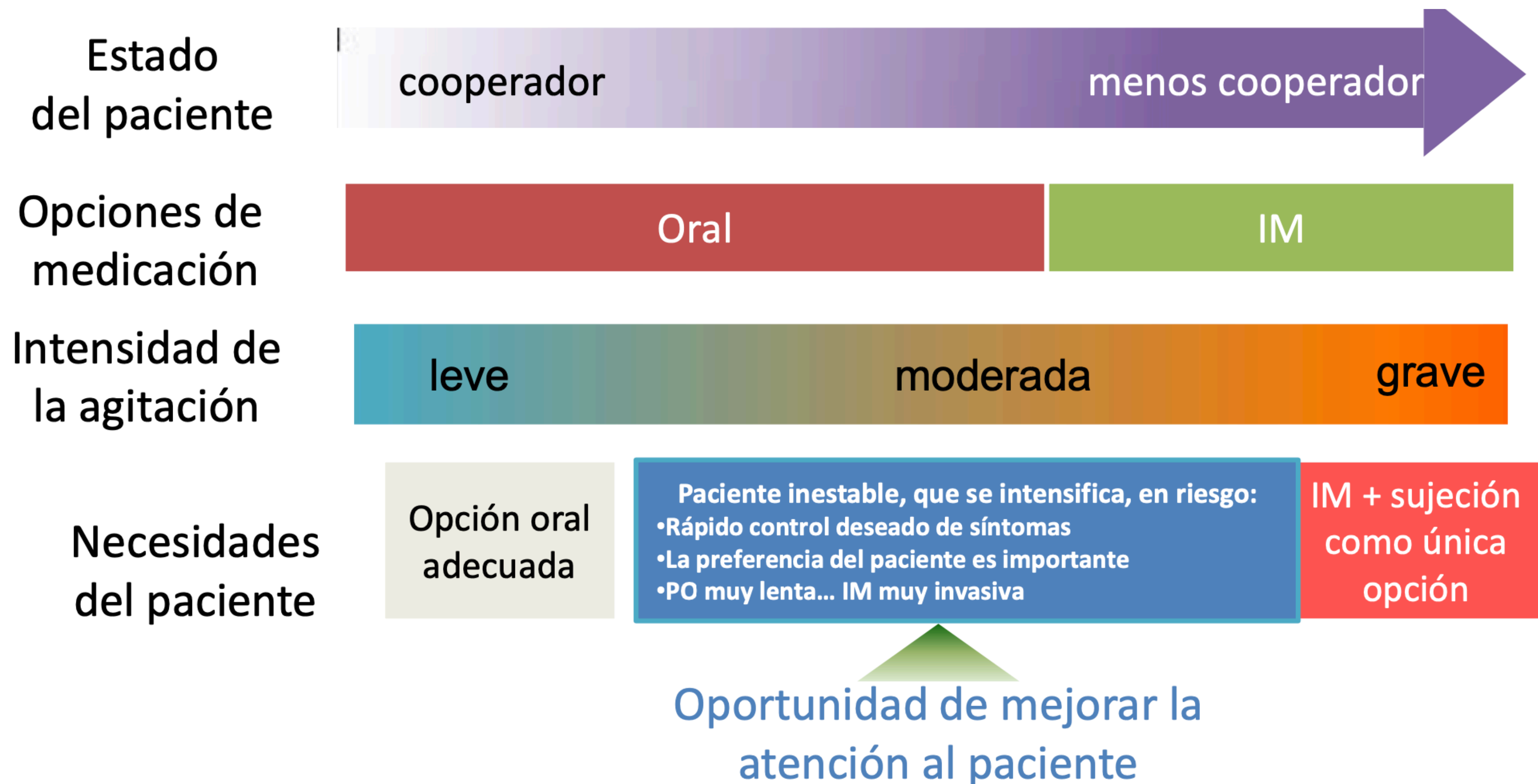
INTERVENCIÓN

LA IMPORTANCIA DEL FACTOR TIEMPO

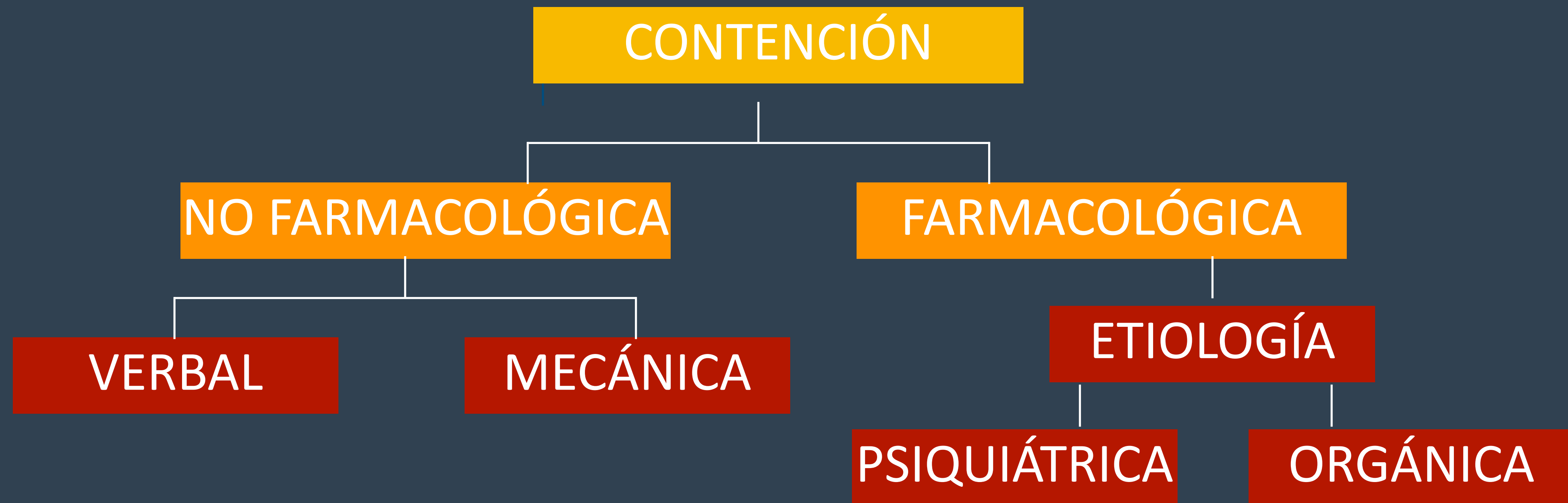


INTERVENCIÓN

LA IMPORTANCIA DEL FACTOR TIEMPO



INTERVENCIÓN



NO FARMACOLÓGICA

CONTENCIÓN VERBAL

Presentación y explicación del motivo de la evaluación.
Lenguaje sencillo y claro. Frases cortas y tono tranquilo.
Expresión facial neutra, postura relajada.
Asegurar confidencialidad.
En caso de discrepancia evitar confrontación.
Facilitar orientación del paciente en caso de confusión.
Escuchar y expresar atención a las demandas del paciente (escucha reflexiva).
Buscar “conectar” con el paciente mostrando interés por lo que diga.
Cuando sea posible hablar directamente sobre los motivos desencadenantes.
Establecer límites aceptables de conducta y advertir que no se permitirán extralimitaciones.
Fomentar la expresión verbal de emociones, sentimientos y estados de ánimo.
Cuando se haya tomado una decisión comunicarla de forma clara y directa.

NO FARMACOLÓGICA

CONTENCIÓN MECÁNICA

- Solo indicadas en casos que **exista riesgo de violencia o peligro inminente** para el paciente o su entorno.
- Comprobar de manera periódica su estado del paciente para garantizar su comodidad y seguridad ya que en ocasiones, el uso de la contención exclusivamente mecánica puede causar más daño orgánico y originar complicaciones, incluyendo la hipertermia y rabdomiólisis.
- Correcta hidratación del paciente
- Si la contención es prolongada, se deberá administrar heparina subcutánea para prevenir la trombosis venosa profunda
- Deben formar parte de un plan terapéutico de actuación.
- Habitualmente se asocia a la contención química

NO FARMACOLÓGICA

CONTENCIÓN MECÁNICA



5 PERSONAS



NO FARMACOLÓGICA

CONTENCIÓN MECÁNICA



FARMACOLÓGICA

Principales fármacos utilizados son:

BENZODIAZEPINAS

ANTIPSIKÓTICOS



FARMACOLÓGICA

BENZODIAZEPINAS vía oral

SÍNDROME DE
ABSTINENCIA

Pauta oral:

Primera elección:

- Diazepam 5-15 mg (repetir tras 60-75 minutos): máximo 60 mg/día.
- Lorazepam 1-3 mg (repetir tras 60 minutos): máximo 10-12 mg/día. De elección en ancianos, niños, broncópatas y hepatópatas.

Segunda elección:

- Clorazepato dipotásico 15-30 mg (repetir tras 60-75 minutos): máximo 100 mg/día.
- Alprazolam 0,5-1 mg (repetir tras 30-60 minutos): máximo 10 mg/día.

PREDOMINIO
DE CLÍNICA
ANSIOSA

INTOXICACIÓN
POR ESTIMULANTES

FARMACOLÓGICA

ANTIPSIKÓTICOS vía oral

CUADROS DE
POSIBLE
ETIOLOGÍA
ORGÁNICA

Pauta oral:

Primera elección:

- Haloperidol 2,5 -10 mg (repetir tras 60 minutos): máximo 50mg /día. 1ª elección en cuadros de etiología orgánica. (1mg = 10 gotas)
- Risperidona (Risperdal®) 1-3 mg (repetir tras 75 minutos): máximo 7 mg/día
- Olanzapina (Zyprexa®) 5-20 mg (repartir tras 90 minutos): máximo 20mg/día
- Quetiapina (Seroquel®) 50-100 mg/día (menos efectos extrapiramidales, indicado en Parkinson)

Segunda elección:

- Levopromazina (Sinogan®) 25-100mg (si se busca mayor sedación)

SÍNTOMAS
PSIKÓTICOS

FARMACOLÓGICA

SITUACIONES ESPECIALES

Niños

Risperidona: se suele usar en trastornos de conducta perturbadora en niños y adolescentes y las dosis se ajustan según el peso (<50 kg: la dosis óptima de mantenimiento es de 0,5 mg al día empezando con 0,25 mg al día, >50 kg: la dosis óptima es de 1 mg al día comenzando con 0,5 mg al día).

Benzodiazepinas (lorazepam).

Embarazo

Evitar fármacos (etapa más perjudicial 1º trimestre)

Haloperidol de elección (por ser el más conocido), si BZD lorazepam de elección

Alcohol

Abstinencia de alcohol = benzodiazepinas: diazepam de elección Pero si la causa de la agitación es por intoxicación de alcohol es preferible tratar con antipsicóticos.

FÁRMACO	VÍA ADMÓN	DÓSIS RECOMENDADA INICIO	COMIENZO DE ACCIÓN	SEMIVIDA PLAMÁTICA	PICO MÁXIMO	CONTRAINDICACIONES
DIAZEPAM	IV IM VO	5-10mg 5-10mg 5-10mg	10-15 min 10-15 min 30-90 min	15-60 Horas	Rápido (60 min)	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
MIDAZOLAM	IV IM INH	0.2 mg/kg 0.1 mg/kg 0,2-0,3mg/kg	30-60 seg 2-3 min 1-5min	2-7 Horas	Muy rápido (3-30 min)	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
CLONAZEPAM	IV IM VO	0,5-1 mg 0,5-1 mg 1-2mg	1-3 min 5-10 min 25-60min	30-40 Horas	Lenta (3 horas)	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
CLORAZEPATO	IV IM VO	25-50 mg 25-50 mg 25-50 mg	1-3 min 5-10 min 25-60min	40-60 Horas	Lenta (3 horas)	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
HALOPERIDOL	IV IM VO	5-10 mg 5-10 mg 10mg	20-30 min 10-20 min 20-30min	12-36 Horas	Rápida (30 min-1 hora)	<ul style="list-style-type: none"> Precaución si IAM reciente Parkinson.
OLANZAPINA	VO/IM	2.5-15 mg	15-45 min	30-40 Horas	5-8 horas	<ul style="list-style-type: none"> Glaucoma.
CLORPROMAZINA	IV IM	25-50 mg 25-50 mg Rápido(60min)	15-30 min 3-5min	16-30 Horas	Lenta (1-4 horas)	<ul style="list-style-type: none"> Bradycardia < 55 lpm. Coma etílico.
QUETIAPINA	VO	50-100 mg	15-30 min	7-12 Horas	1-2 horas	
ZIPRASIDONA	VO/IM	40-120 mg	15-45 min	8-10 Horas	30-60 min	<ul style="list-style-type: none"> IAM reciente Síndrome QT prolongado.
RISPERIDONA	VO	2-6 mg	30-45 min	2-3 Horas	1-2 horas	
KETAMINA	IV IM INH	1-2 mg/kg 4-6 mg/kg 3-6mg/kg	2-5 min 2-5 min 2-5min	2-3 Horas	Muy rápida (1-20 min)	<ul style="list-style-type: none"> Urgencia hipertensiva preeclamsia, eclamsia. Precaución en alcoholismo.

FARMACOLÓGICA

Pautas aplicables

Agitación orgánica

- Pauta 1: 5-10 mg haloperidol IM, repitiendo cada 30-40 min hasta 20 mg.
- Pauta 2: Olanzapina 10 mg VO.
- Pauta 3: risperidona 2-5 mg VO.
- Pauta 4: añadir a cualquiera de las anteriores lorazepam 1-2 mg VO.

Agitación psiquiátrica

- Agitación psicótica que no acepta vía oral:
 - Pauta 1: 10 mg haloperidol IM.
 - Pauta 2: 10 mg haloperidol + 10 mg diacepam IM, pudiendo repetir 5 mg de cada uno a los 45 min.
 - Pauta 3: 5 mg de haloperidol + 10 mg de diacepam 25 mg de clorpromacina IM; repetir a los 45 min excepto la clorpromacina.
 - Pauta 4: 10 mg de olanzapina IM; repetir si precisa transcurridas 2 h.
- Agitación psicótica que acepta vía oral:
 - Pauta 1: 10-20 mg de olanzapina VO.
 - Pauta 2: 6-9 mg de risperidona VO.
- Agitación no psicótica
 - Pauta 1: 1 comprimido, o 1 ampolla IM si no acepta por VO, de diacepam 10 mg, que puede repetirse a los 30 min.
 - Pauta 2: 1 comprimido de loracepam 5 mg o 1 comprimido de diacepam 10 mg + 50 gotas de haloperidol vo (5 mg).
 - Pauta 3: si cualquiera de las pautas anteriores no ha sido eficaz, puede administrarse clopromacina 25 mg IM.

PLAN DE ACTUACIÓN

1. MEDIDAS DE SEGURIDAD

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

3. MEDIDAS AMBIENTALES

4. CONTENCIÓN VERBAL

5. CONTENCIÓN
FARMACOLÓGICA

! INDIVIDUALIZAR

6. CONTENCIÓN
MECÁNICA

EVALUACIÓN

INTERVENCIÓN

GUÍA DIMPA -SEMES

DIMPA GENERAL



AVISO Y PERSONACIÓN



CONTENCIÓN VERBAL



CONTENCIÓN
FARMACOLÓGICA



CONTENCIÓN FÍSICA



ÁMBITO FORENSE



A close-up photograph of a doctor in a white lab coat holding a patient's hand. The doctor's hand is on the right, and the patient's hand is on the left. The doctor's face is partially visible in the background, looking down at the hands. The background is softly blurred, showing a green wall and a white cabinet.

GRACIAS

Bibliografía

- CHINCHILLA, Manual de Urgencias Psiquiátricas. Masson
- UpToDate: Assessment and emergency management of acutely agitated or violent adult. Reviewed May 2022.
- Manual del Residente de Psiquiatria
- Guías de la SEPSIQ
- Manejo inicial del paciente agitado. Review. Revista SEMES
- Guia DIMPA - SEMES