

Manejo del paciente agitado en Urgencias

El síndrome de agitación psicomotriz se manifiesta por un aumento inadecuado (desproporcionado y desorganizado) de la actividad motora. Pudiendo presentar además, heteroagresividad o autoagresividad.

Lo primero que debemos hacer es diferenciar entre agitación orgánica y psiquiátrica, algo relativamente fácil si se trata de un paciente que presenta agitación a lo largo de su estancia en urgencias, pero que puede ser más complicado si es un paciente que remiten con un estado de agitación psicomotriz ya establecido.

Señales de Alerta

Hiperventilación
Palidez / Rubicundez.

Medidas de seguridad:

- Preservar la integridad de paciente y del personal que le atiende.
- Mantener una distancia de seguridad.
- Mantener una vía de salida abierta, quedándonos de pie si es necesario.
- Solicitar ayuda de celadores, miembros de seguridad o policía según la intensidad del cuadro.

Contención verbal:

Sería el primer paso, para poder recoger información y filiar el cuadro observando el discurso, la presencia de alucinaciones o delirios, la lucidez de conciencia, el grado de comprensión, la presencia de signos de intoxicación...

En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación intensa y debe utilizarse la contención farmacológica y en muchas ocasiones la mecánica.

Contención mecánica:

Indicaciones:

- Prevenir lesiones al propio paciente.
- Prevenir lesiones a otras personas.
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del paciente o de otros pacientes (arranque de vías, sondas...).
- Evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.
- Evitar daños materiales en el servicio

Aspectos legales

- Constitución Española, Art. 17.1 sobre el derecho a la libertad y seguridad (ver Anexo I).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico (ver Anexo I).
- Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Artículos 4, 5, 7,8 y 9 (ver Anexo I).
- Resolución: 261/2002, de 26 de diciembre de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

Indicaciones

- **Situaciones susceptibles de aplicación de CM**
- **Indicaciones concretas como tal**

- Agitación psiquiátrica:

Psicótica: Varias pautas de elección:

- Haloperidol 10 mg IM (2 ampollas), pudiendo repetir a los 45 minutos con haloperidol 5 mg o añadir midazolam 2 mg (hasta 0.05 mg/Kg.).
- Haloperidol 5 mg y levomepromazina 25 mg IM (1 ampolla), pudiendo repetir a los 45 minutos haloperidol 5 mg o añadir midazolam 2 mg (hasta 0.05 mg/Kg.).
- Haloperidol 10 mg y midazolam 2 mg (hasta 0.05 mg/Kg.), pudiendo repetir dosis inicial de midazolam cada 15 minutos, y haloperidol 5 mg cada 45 min.

No psicótica (TLP, crisis de ansiedad o pánico, trastorno adaptativo):

- Orfidal 2 mg VO o valium 10 mg VO/EV, repetibles a los 30 minutos. En caso de no resultar efectivo, añadir levomepromazina 25 mg IM o clorpromacina 25 mg IM.

Algoritmo de Actuación en el paciente agitado:

