

MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO EN URGENCIAS

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA

- Demografía: varón joven pobre, sin educación, sin empleo, minoría, sin red social de apoyo
- Patología previa: síndrome orgánico cerebral (intoxicaciones), trastorno de la personalidad, psicosis, comorbilidad con abuso de sustancias
- Características clínicas: alucinaciones auditivas de órdenes, delirios paranoias y sospecha, escaso control de impulsos, falta de reflexión y mal cumplimiento terapéutico, baja puntuación de CI
- Psicología: escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima, tendencia a la personalización y externalización, ira, irritabilidad
- Contexto actual: amenazas de violencia, inestabilidad emocional, disponibilidad de armas.

GESTIÓN

1. evaluar riesgo
2. prioridad: seguridad del paciente, de otros pacientes en la unidad o personas en el entorno, seguridad del personal interviniente
3. intervención sobre la conducta y el entorno:
 - utilizar sala o tarea amplia y rápida, entorno seguro, sin objetos potencialmente peligrosos, con acceso rápido de otras personas en caso de necesitar ayuda
 - mantener la distancia: el paciente violento necesita más espacio que los demás; no acercarse de forma brusca, nunca por detrás.
 - no dar la espalda al paciente
 - no buscar la confrontación: importante lenguaje no verbal (expresión facial y tono verbal neutros, postura corporal relajada, sin brazos cruzados o manos detrás de la espalda)
 - el paciente no debe quedar solo
 - si hay personas que podrían desencadenar la violencia del paciente, deberán salir del área

4. estrategia verbal

- presentarse y explicar lo que se va a hacer
- palabras sencillas, frases cortas y claras
- tono tranquilo, formal
- escucha activa
- establecer límites de conducta aceptables y explicar al paciente que no se permitirán violaciones de la misma
- cuando haya que comunicar una decisión, hacerlo de forma clara y sencilla
- alianza terapéutica, si es posible; pero no mentir al paciente

5. contención física

- una persona responsable... debería ser la única en comunicarse directamente con el paciente, informándole en todo momento de lo que se le va a hacer y por qué; debería ser la misma persona que ratifica la contención de forma escrita, como justificación legal; debería ser la misma que informara a los familiares
- en la vía pública/domicilio: contienen FOP, personal sanitario ayuda (médico o enfermera pautan la contención mecánica y administran fármacos necesarios)
- en intrahospitalaria: personal sanitario + personal de seguridad
- SIEMPRE teniendo en cuenta la seguridad del paciente y del personal interviniente
- medidas post-contención: monitorización, control de glucemia, temperatura, tensión arterial. HBPM si contención de más de 24 horas

6. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA¹ (orientativo, ir ajustando según experiencia de uso y disponibilidad)

A. AGITACIÓN ORGÁNICA

1. EPISODIO AGUDO

- a) 1 ampolla de haloperidol IM cada 30-40 min (hasta 3-4 ampollas)
- b) 30 gotas de haloperidol vo cada 30 min (hasta 100-120 gotas)
- c) 1 comprimido olanzapina 10 mg (velotab)
- d) 3-4 ml de risperidona solución oral
- e) se pueden añadir a cualquiera de las anteriores 1-2 comprimidos de lorazepam 1 mg (si síntomas de ansiedad asociados y escasa o nula confusión o desorientación)

2. EPISODIO SUBAGUDO

- a) haloperidol: 5-20gotas cada 8 horas, añadiendo 15-25 adicionales por la noche
- b) risperidona 1-2 mg cada 12 horas, pudiendo añadir 1-3 mg por la noche
- c) olanzapina 2.5-5 mg cada 12 h, pudiendo añadir 5-7.5 mg por la noche
- d) se puede añadir lorazepam 1 mg en caso de ansiedad o escasa confusión, pauta 1/2 - 1/2 -1

B. AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

1. **AGITACIÓN PSICÓTICA**

a) EPISODIO AGUDO

(1) cuadro intenso, no VO disponible

(a) 2 ampollas de haloperidol IM

(b) 2 ampollas de haloperidol IM + 1-2 ampollas de diazepam IM, se puede repetir la ampolla de haloperidol a los 45 min

(c) 1 ampolla de haloperidol + 1 ampolla de diazepam + 1 ampolla de levomepromacina 25 mg IM (vigilar TA! haloperidol y diazepam se pueden repetir a los 45 min)

(d) 1 ampolla de haloperidol + 1 ampolla de diazepam + 1 ampolla de clorpromacina 25 mg IM (vigilar TA! haloperidol y diazepam se pueden repetir a los 45 min)

(e) 1 vial olanzapina 10 mg IM, se puede repetir a las 2 h

¹ Según Chinchilla, A. 2011. Breviario de Urgencias Psiquiátricas

(2) cuadro moderado, acepta VO

(a) 10-20 mg olanzapina vo

(b) 6-9 mg risperidona vo

(c) 50-70 gotas de haloperidol, se pueden repetir a los 30 min

(d) 50-70 gotas de haloperidol + 1 lorazepam 5 mg; se puede repetir la mitad de la pauta a los 30 min

(e) 50-70 gotas de haloperidol + 2.5 mg lorazepam + medio o 1 comprimido de levomepromacina o clorpromacina 25 mg vo

b) EPISODIO SUBAGUDO

(1) 1-2 ampolla de haloperidol + 1 ampolla de diazepam 10 mg cada 8 horas

(2) haloperidol gotas (hasta 40-40-40) + diazepam 10 mg (1-1-1) o lorazepam 5 mg (1/2 o 1 - 1/2 o 1 - 1)

2. AGITACIÓN NO PSICÓTICA (ansiedad, histeria...)

a) medio o 1 comprimido de lorazepam 1-5 mg, se puede repetir cada 5 minutos

b) alprazolam 0.5-2 mg, al día máx 6 mg

c) diazepam 10 mg vo o IM, se puede repetir a los 30 min

d) lorazepam 5 mg o diazepam 10 mg + 50 gotas de haloperidol

e) en caso de no eficacia, pasar a olanzapina 10 mg o levomepromacina 25 mg o clorpromacina 25 mg vo o IM