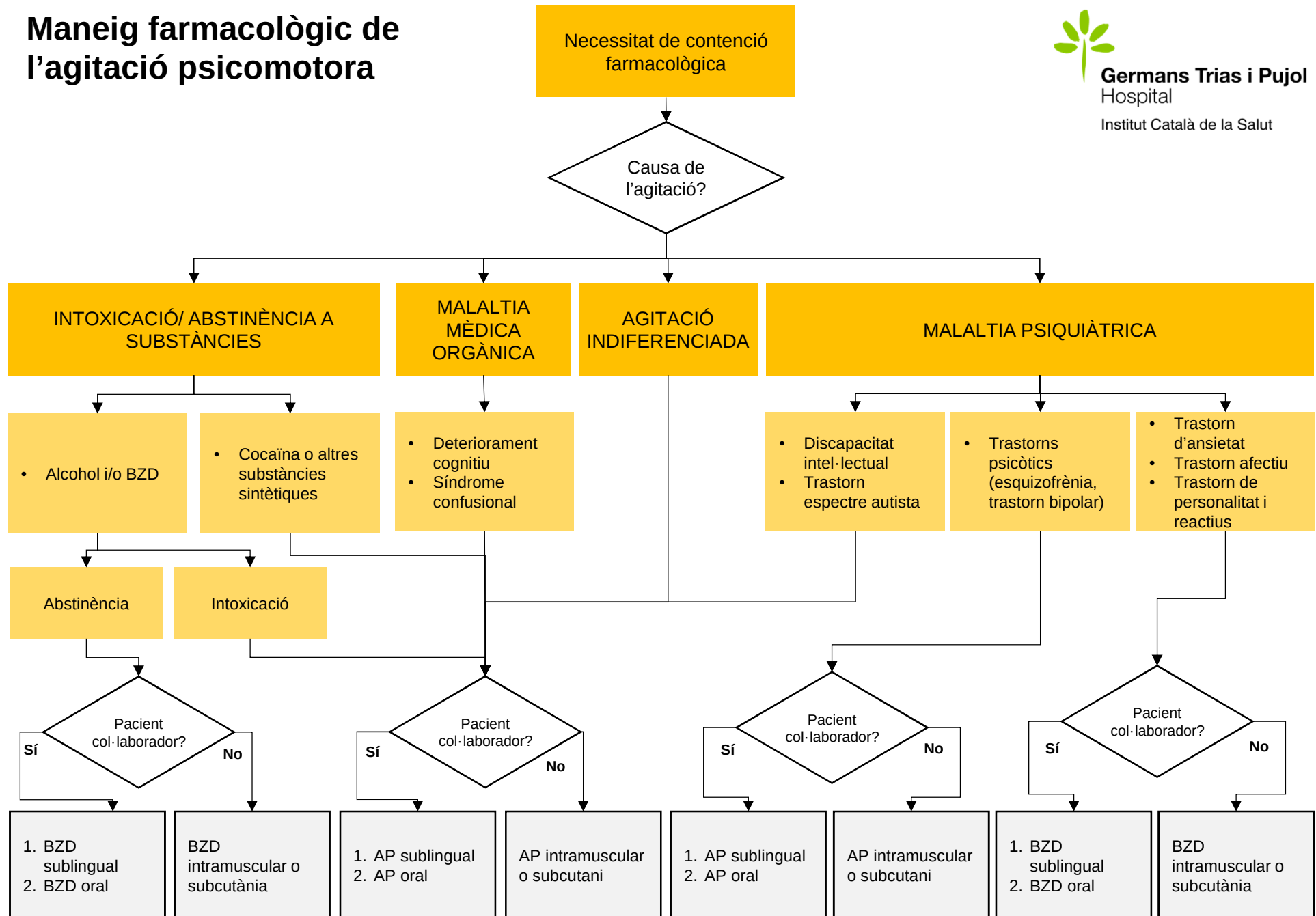


Maneig farmacològic de l'agitació psicomotora



BZD= benzodíacepines
AP= antipsicòtics

Opcions de tractament farmacològic

Grup farmacològic	Pacient col·laborador	Via administració	Principi actiu	Dosi	Causa de l'agitació
Antipsicòtics	Sí	Oral	Olanzapina	2,5-10 mg*	• Agitació indiferenciada • Malaltia mèdica: deteriorament cognitiu i síndrome confusional • Intoxicació/ abstinència a substàncies: cocaïna o altres substàncies sintètiques, intoxicació per alcohol i/o benzodiacepines • Malaltia psiquiàtrica: esquizofrènia, trastorn bipolar, discapacitat intel·lectual i trastorn de l'espectre autista • Malaltia de Parkinson
			Risperidona	0,5-3 mg***	
			Aripiprazol	15-30 mg	
			Quetiapina	50-100 mg	
			Haloperidol	2,5 -5 mg***	
Benzodiacepines	Sí/ No	Intramuscular	Haloperidol	2,5-15 mg	• Abstinència alcohol i/o benzodiacepines • Malaltia psiquiàtrica: trastorn d'ansietat, trastorn afectiu, trastorns de personalitat i reactius
			Olanzapina	2,5-10 mg	
			Aripiprazol	9,75 mg	
			Diazepam*	5-10 mg	
			Clonazepam***	0,5-2 mg	
	Sí	Oral	Lorazepam*	1-2 mg	
			Midazolam	2,5-5 mg	
			Diazepam	5-10 mg	

* També sublingual
 ** També subcutània
 ***També en solució

Tractament farmacològic en pacient geriàtric, fràgil o pal·liatiu

Tipus d'agitació	Via administració	Principi actiu		Dosi inicial	Comentaris
Agitació SENSE delirium	Oral	1a opció	Risperidona***	0,5-1 mg	Repetir fins estabilitzar → quan cessi l'agitació, retirar de forma progressiva el tractament
			Olanzapina*	2,5-5 mg	
			Quetiapina	25-100 mg	
		2a opció	Lorazepam*	0,5-1 mg	
	Intramuscular	1a opció	Haloperidol**	2,5 mg	Si no resposta, passar a midazolam 2,5 mg subcutani Repetir dosis fins estabilització → pas a via oral
			Olanzapina	2,5 mg	
Agitació AMB delirium	Oral	1a opció	Risperidona***	0,5-2 mg	Pauta fixa diària ascendent fins estabilització quan cessi el delirium, reduir de forma progressiva cada 24h el 50% de la dosi fins retirada completa
			Haloperidol***	1 -5 mg	
		2a opció	Quetiapina	25-100mg	
			Olanzapina*	2,5-10 mg	
		Delirium per privació	Lorazepam*	1-2 mg/4-6 h.	
			Clometiazol	192-384 mg/4-6 h.	
		Tiaprida	50-200 mg/8 h.		
	Intramuscular	1a opció	Haloperidol**	2,5-5 mg	Repetir dosis fins estabilització → pas a via oral
		2a opció	Tiaprida	100-200mg	
	Subcutània		Olanzapina	10 mg	
		1a opció	Haloperidol	2,5-5 mg	Si no resposta després de 5 mg d'haloperidol, passar a midazolam
		2a opció	Midazolam	2,5-5 mg	
3a opció	Clonazepam	0,5- 1 mg			

Eviteu haloperidol o risperidona en cas de parkinsonisme i demència per cossos de Lewy.
 En aquests casos es pot utilitzar quetiapina o benzodiacepines

Recomanacions generals a tenir en compte en la contenció farmacològica

Intenteu **monoteràpia**.
 Eviteu combinacions, especialment olanzapina intramuscular juntament amb benzodiacepines (increment del risc de depressió respiratòria)

En general, totes les pautes de tractament indicades a la taula es poden **repetir cada 45- 60 minuts** fins la remissió de l'agitació, tenint en compte les dosis màximes diàries de cada fàrmac i amb monitorització estreta de les constants vitals.

Excepció: **olanzapina intramuscular** (màxim recomanable: 2 administracions/ 24h)

Dosis màximes:

- haloperidol: 30 mg/24h
- olanzapina: 30 mg/24h
- risperidona: 6 mg/24h
- aripiprazol: 30 mg/24h

L'absorció de les **benzodiacepines per via intramuscular** és erràtica

En edats <14 anys i >65 anys, administreu ¼ a ½ dosi del tractament (orientatiu)

En cas d'**insuficiència renal o hepàtica**, reviseu els ajustos de dosi dels fàrmacs a les seves fitxes tècniques

L'ús d'**haloperidol intravenós** només s'ha de reservar a aquells casos en què el benefici sigui superior als riscos, i sempre amb monitorització estreta i control ECG (exemple: en cas de pacients anticoagulants i amb risc d'hemorràgia)

Tractament anticoagulant: valoreu en funció de la durada prevista de la contenció i l'estat físic del pacient.