

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

AGITACION PSICOMOTRIZ

Dr. José Alberto Castelán Domínguez
Servicio de Urgencias
Hospital Universitario de la Ribera

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

La agitación psicomotriz es una urgencia médica y/o psiquiátrica y como tal requiere una intervención terapéutica inmediata y coordinada, cuyo objetivo principal es su control.

Se define como un estado de hiperactividad psicomotora repetitiva e incoherente con movimientos automáticos o intencionados que , en muchas ocasiones se asocia a una conducta violenta y/o agresiva

Puede comportar un peligro para el enfermo, el personal sanitario o para su entorno.

CAUSA ORGANICA

-Alteraciones metabólicas -Infecciones sistémicas y/o del SNC

-Fiebre

-Insuficiencia Respiratoria

-Insuficiencia Cardíaca

-Insuficiencia Hepática (encefalopatía hepática)

-Insuficiencia Renal (encefalopatía urémica)

-Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos

-Estados postoperatorios

-Crisis parciales

-Ictus isquémicos o hemorrágicos

-Tumores intracraneales

-Tumores diseminados

-Delirium superpuesto a demencia

CAUSA ORGANICA

FARMACOS

- Levodopa
- Digital
- Cimetidina
- Ranitidina
- Anticolinérgicos (biperideno, atropina)
- Antihistamínicos
- Antiepilépticos
- Corticoides
- Benzodiacepinas
- Neurolépticos sedantes (levomepromacina, tioridacina, clorpromacina)

CAUSA ORGANICA

INTOXICACIONES POR:

- Alcohol
- Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros)
- Cannabis
- Neurolépticos
- Benzodiacepinas
- Anticolinérgicos

SÍNDROMES DE ABSTINENCIA:

- Alcohol (delirium tremens)-Benzodiacepinas-
Opiáceo

CAUSA NO ORGANICA

PSIQUIATRICA

PSICÓTICA:

Esquizofrenia y Trast. Esquizoafectivo: cursa en brotes, agitación con ideación delirante, alteraciones del lenguaje y alucinaciones.

-Episodio maníaco: conducta agitada acompañada de un ánimo eufórico y/o irritable, trastornos del lenguaje (verborrea), pensamiento fugaz (conversación rápida que salta de un tema a otro), hiperactividad y conducta desinhibida.

Episodio depresivo: depresión agitada más frecuente en ancianos y niños. -Trastorno por ideas delirantes (paranoia): discurso delirante entorno a temas de celos, perjuicio, persecución.

CAUSA NO ORGANICA

PSIQUIATRICA

NO PSICÓTICA :

- Crisis de angustia**: Sensación de muerte inmediata que puede conllevar agitación.
- Crisis histérica**: Se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.
- Trastorno de personalidad**: Sobre todo histriónico, límite y paranoide.
- Alteración de conducta** :En el Retraso mental o Demencia (distinguir del delirium superpuesto a la demencia)

CAUSA NO ORGANICA

REACTIVA:

REACCIONES DE ESTRÉS AGUDO: Reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
NIVEL DE CONCIENCIA	Fluctuante, sobre todo obnubilación nocturna	No fluctuación. Conciencia clara
COMPORTAMIENTO	Inquieto, actitud exigente, demanda ayuda, se arranca vía/ sonda	Hostilidad o agresividad hacia terceros
HABLA	Discurso incoherente	Tono elevado, verborrea, disgregado, fuga de ideas
HUMOR	Fluctuante, lábil	Disforia o euforia
PENSAMIENTO	Confusión, alucinaciones visuales, delirio + actividad ocupacional, ideación delirante especialmente de perjuicio	Alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio en esquizofrenia o megaloides en manía
ESTADO COGNITIVO	Desorientación temporoespacial, amnesia completa del episodio	Orientación temporoespacial
OTROS DATOS	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica	Antecedentes psiquiátricos

EXPLORACION FISICA

Anamnesis:

considerar AP médicos y psiquiátricos que dispongamos. Información de familiares y otros informes médicos previos.

Consumo de tóxicos (descartar intoxicación/abstinencia)

Historia farmacológica (activa, iniciada, retirada, modificada)

Reconstrucción del episodio (descripción, cronología, factores precipitantes)

Exploración física: lo más completa posible, con especial interés en la neurológica

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

De rutina se deben solicitar:

Hemograma, recuento y fórmula leucocitaria.

Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, electrolitos, calcio, test de función hepática.

Gasometría arterial/venosa.

Análisis de orina, drogas de abuso en orina.

Rx tórax /ECG

Según la historia y el examen clínico pueden ser necesarias otras pruebas como:

Estudio básico de coagulación, osmolaridad sanguínea

Pruebas de imagen (TAC si hay déficits focales o indicios de tumor, hemorragias intracraneales o hidrocefalia)

Punción lumbar si hay datos de infección del SNC y EEG en sospecha de crisis parciales complejas o encefalopatía metabólica.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Lo primero es salvaguardar 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.

La sala debe estar libre de objetos contundentes salvo los imprescindibles.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

CONTENCIÓN VERBAL

Una vez con el paciente nos debemos dirigir de forma educada, en tono bajo, no amenazante, pero con seguridad y firmeza. La agitación del paciente y el comprensible nerviosismo de familiares, amigos... no debe alterarnos.

Hemos de mostrar interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión. Puede ser de utilidad ganarse su confianza preguntándole por cuestiones no relativas al cuadro actual, distrayendo así su atención del foco de agitación.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

CONTENCIÓN MECÁNICA (SUJECCIÓN):

- Se realizará con correas homologadas para ello en posición decúbito supino
- En sala bien ventilada y con temperatura adecuada
- En habitación aislada de otros pacientes y familiares
- Asegurar correcta hidratación (riesgo de rabdomiolisis)
- Sujetar 3 puntos (cintura y brazo y pierna contralaterales) ó 5 puntos (cintura y cuatro extremidades) dependiendo de la intensidad del cuadro
- Si la contención es prolongada: heparina subcutánea para prevenir trombosis venosa profunda

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

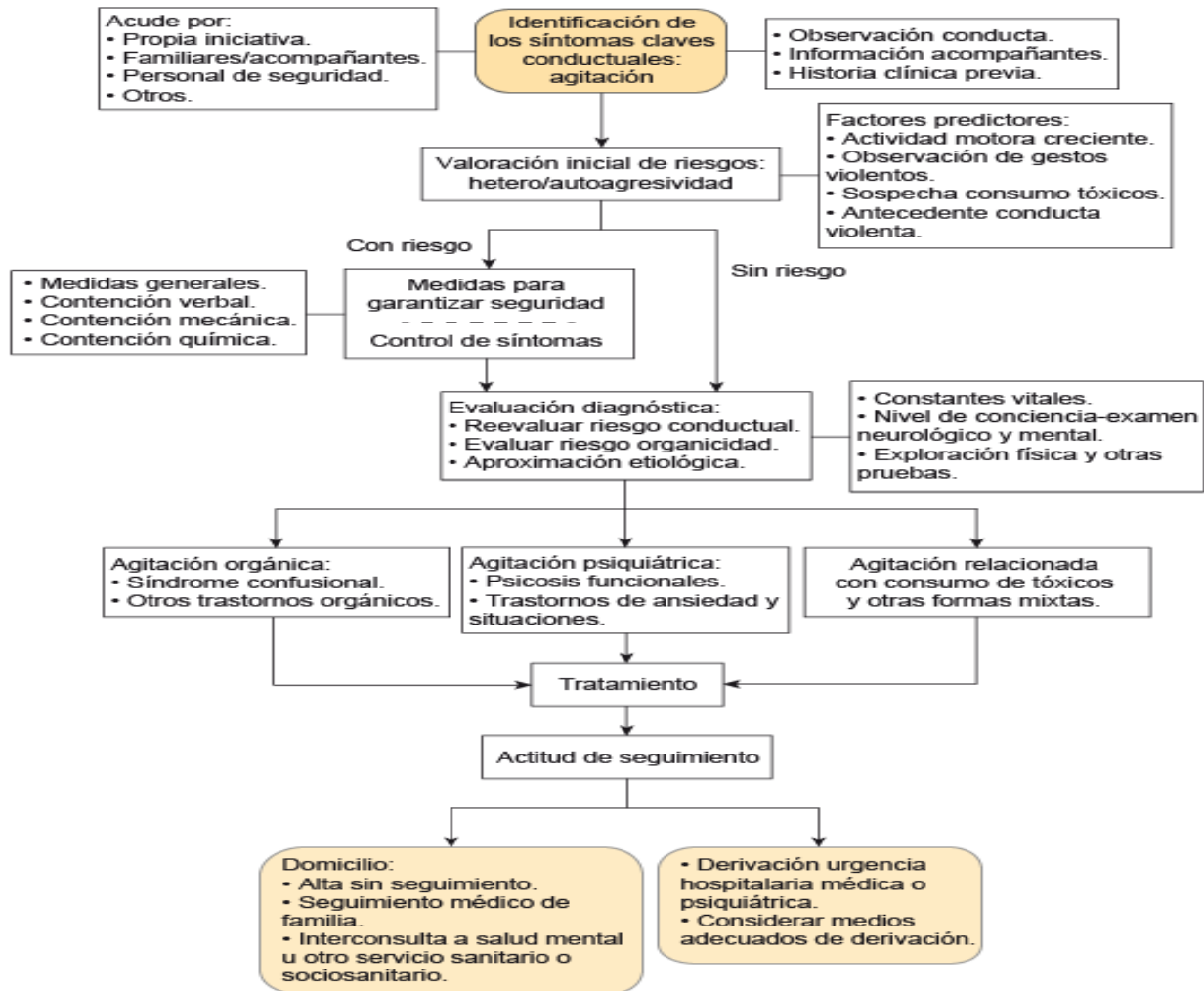
CONTENCION FARMACOLOGICA:

Procederemos a medidas de contención química sobre la base de dos premisas fundamentales:

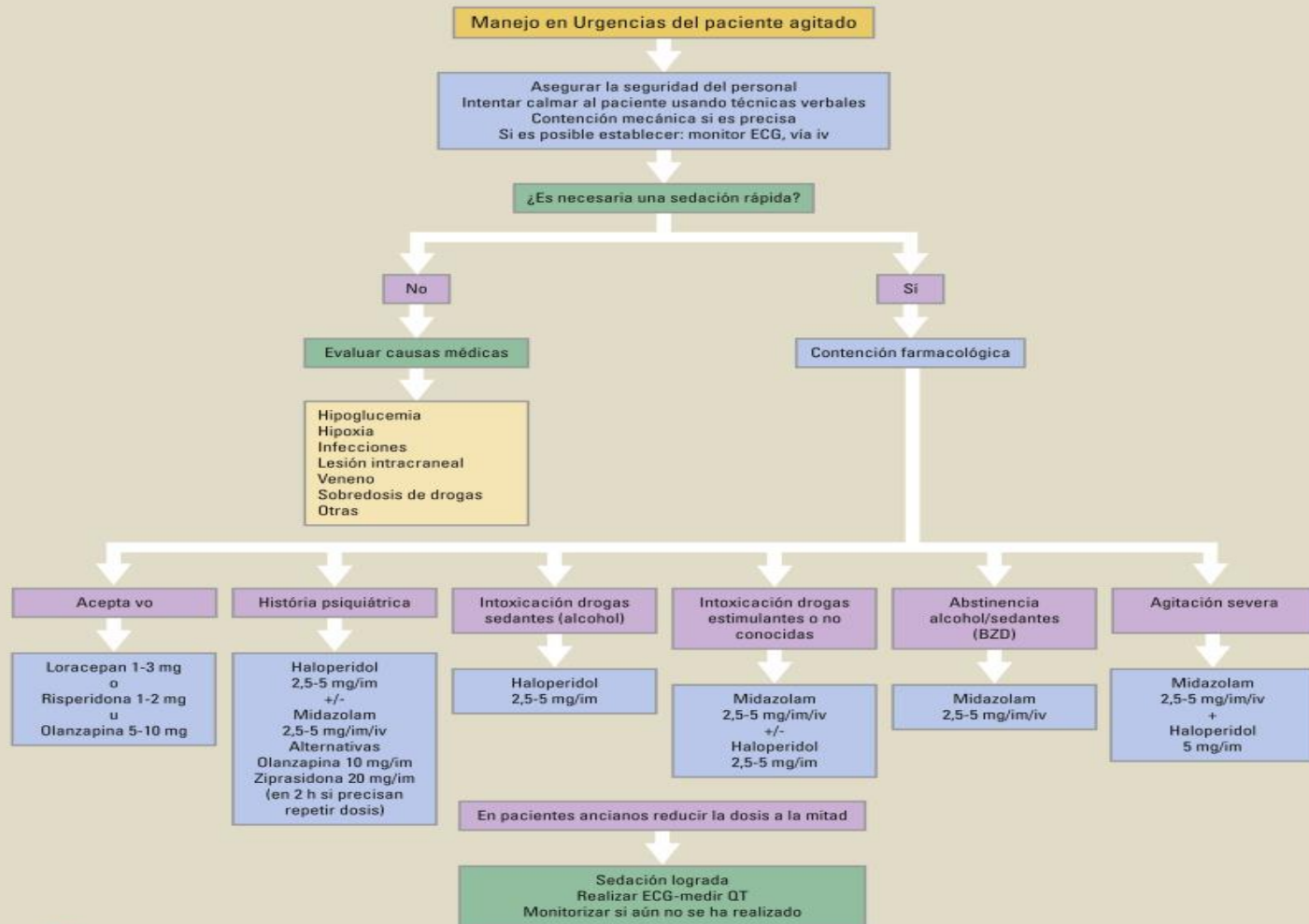
1. La primera consideración en una agitación ha de ser la existencia de patología "orgánica", bien como factor etiológico o intercurrente.
2. En caso de duda al respecto es preferible ser conservadores: aplicar tan sólo contención mecánica o emplear la química con prudencia, pues los efectos de los fármacos (en especial la sedación) dificultarán el diagnóstico diferencial.

Via de administración (oral, i/m o i/v): en función de la colaboración del paciente, intensidad/urgencia del efecto y tipo de patología médica de base.

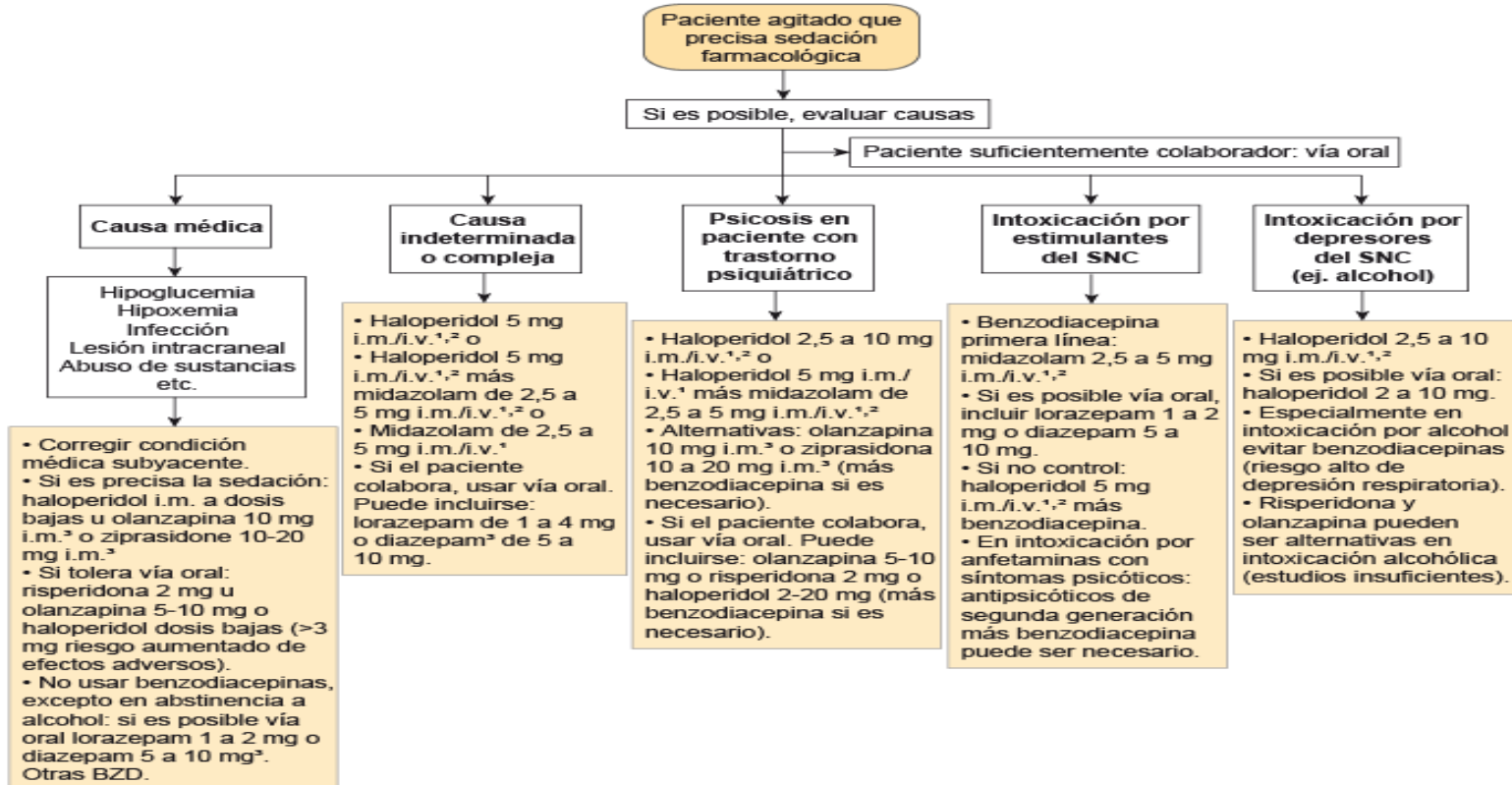
IDENTIFICACION DE SINTOMAS DE AGITACION



TRATAMIENTO



TRATAMIENTO



En todos los casos, si es posible, utilizaremos la vía oral de inicio. Titularemos según necesidad y máximo de dosis recomendada en ficha técnica. Monitorización de efectos adversos, especialmente: si se ha superado la dosis recomendada, hay consumo de sustancias, comorbilidad, en mayores (en general reducir dosis a la mitad) o con daño por medidas de restricción.

¹ i.m. (intramuscular) e i.v. (intravenosa): la vía intravenosa presenta más riesgo de complicaciones, no recomendada en medio extrahospitalario.

² Solución inyectable de haloperidol está indicada en ficha técnica únicamente para la administración intramuscular. Midazolam en ficha técnica indicado para sedación consciente, anestesia y sedación cuidados intensivos. Vía i.v. deberá emplearse sólo si se dispone de equipos de reanimación. Vía subcutánea no contemplada en ficha técnica, aunque está avalada ampliamente en la literatura científica, especialmente en cuidados paliativos.

³ Olanzapina no debe administrarse por vía intravenosa o subcutánea. Ziprasidona en ficha técnica no se recomienda vía i.m. en mayores de 65 años. Diazepam: vía intramuscular debe reservarse para casos excepcionales porque el grado de absorción es impredecible.

TRATAMIENTO ORAL

Pautas orales (en agitación orgánica manejar con antipsicóticos)

1. Haloperidol 5-10 mg (1mg=10gotas). Las gotas se pueden dar camufladas en algún líquido. Cada 30-45 min. hasta mejoría, con un máximo de 100 mg/día. Empezar con la mitad de dosis en ancianos.
2. Olanzapina (Zypreza[®], bucodispersable) 2,5-15 mg/día
3. Risperidona (Risperdal[®]) 2-6mg/día
4. Levomepromazina (Sinogan[®]) 25-100mg (si se busca mayor sedación)
5. Quetiapina (Seroquel[®]) 50-100mg/día (menores efectos extrapiramidales, indicado en pacientes con Parkinson)

TRATAMIENTO PARENTERAL

— Pautas parenterales (si oral no es posible):

1. Haloperidol 2,5-10mg i.m. o iv. cada 30-45 min. hasta mejoría, con un máximo de 100 mg/día. Empezar con la mitad de dosis en ancianos.
2. Olanzapina (Zyprexa®) 5-10mg i.m., repetible a las 2-4 horas, con un máximo de 30 mg/día. Posible interacción con benzodiazepinas.
3. Zuclopentixol acufase (Clopixol acufase®): 50 mg i.m. Inicio de acción sedante más lento, pero prolongado (24-48h).

Benzodiazepinas: Lorazepam: 0,5-2mg i.v. o i.m., pudiendo repetir cada 30 min.

Midazol: 2,5-5mg i.v. o i.m., pudiendo repetir cada 5min. en pacientes muy agitados por su corta vida media.

MONITORIZAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA POR RIESGO DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA (si el paciente colabora, mejor administrar vía oral).

ANTIPSIKOTICO INHALADO

- Indicaciones
- Adasuve es el antipsicótico inhalado indicado para un control rápido de la agitación de leve a moderada en pacientes adultos con esquizofrenia o trastorno bipolar.
- Posología
- La dosis inicial de Adasuve es de 9,1 mg (equivalente al contenido de un dispositivo Adasuve). Se puede administrar una segunda dosis 2 horas después de la primera en caso necesario, pero no se deben administrar más de dos dosis.¹
- Contraindicaciones Hipersensibilidad al principio activo o a la amoxapina. Pacientes con signos/síntomas respiratorios agudos (p.ej., sibilancias) o con enfermedad activa de las vías respiratorias (como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])

BIBLIOGRAFIA

- 1. CHINCHILLA, Manual de urgencias psiquiátricas. Masson.
- 2. KAPLAN & SADOCK, Sinopsis de psiquiatría. 11ª Edición, Wolters Kluwer.
- 3. AGUILAR RODRÍGUEZ, Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre.
- 4. UPTODATE:
- 5. Moore & Pfaff, Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult
- 6. Francis & Young, Diagnosis of delirium and confusional states.
- 7. Miró O, Vázquez M. Agitación psicomotriz. En: Moya MS, Piñera P, Mariné M. Tratado de Medicina de Urgencias. Madrid: Ergon; 2011. p. 795-800.
- 8. Molina T, Jiménez L, Jiménez L, Montero FJ, Martínez M. Agitación psicomotriz. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 409-14.

MUCHAS GRACIAS