

PACIENTE AGITADO

Javier Goena, María Arrieta

Es importante tener en cuenta en la anamnesis y exploración:

Un episodio de agitación psicomotriz, a diferencia de otras urgencias en Psiquiatría, requiere asistencia inmediata. En primer lugar se descartará una causa orgánica que esté justificando el cuadro (delirium o síndrome confusional agudo). Como regla general, debe considerarse una agitación psicomotriz como psiquiátrica cuando presente psicopatología propia de una agitación psiquiátrica y no cuando el resto de pruebas complementarias arrojen resultados negativos. Es decir, no se trata de un diagnóstico de exclusión sino de un diagnóstico positivo.

La agitación psiquiátrica habitualmente la conciencia está clara y limpia. No suele existir desorientación témporo-espacial ni fluctuaciones en la intensidad del cuadro, a diferencia del delirium. Podemos encontrar alucinaciones, habitualmente auditivas (raramente visuales), e ideación delirante, ya sea de perjuicio (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaníacos (episodio maniaco). El cuadro de agitación puede acompañarse de alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad. El discurso puede verse alterado, predominando el tono elevado, la verborrea, disgregado e incluso con fuga de ideas.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Es de vital importancia la orientación diagnóstica de la etiología del cuadro, descartando siempre la posible organicidad, causa tan frecuente de los cuadros de agitación. Es imprescindible valoración médica con anamnesis y exploración física completa (salvo en motivos de consulta por problemas menores y claramente identificados de pacientes previamente conocidos). Recomendamos completar el diagnóstico con la petición de pruebas complementarias, de cara a descartar organicidad.

* Exploración física en agitación orgánica: fiebre, taquicardia, taquipnea, sudoración, temblor, ataxia, signos neurológicos, exploraciones complementarias (alteraciones metabólicas en la analítica, análisis de orina, alteración neuroimagen, alteración LCR).

Causas agitación orgánica	Causas agitación psiquiátrica
<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicaciones (alcohol, estimulantes, cannabis, antidepresivos, neurolépticos, BDZ, anticolinérgicos). • Síndromes de abstinencia (alcohol, BDZ, opiáceos, otros). • Delirium o síndrome confusional agudo (infección, fiebre, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática o renal –encefalopatía-, TCE y politrauma, estado postoperatorio, alteración metabólica, crisis parciales, ictus, tumor intracranial, tumor diseminado, delirium superpuesto a demencia, fármacos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación psicótica: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodio maníaco, episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en niños y ancianos), T. de ideas delirantes persistentes. • Agitación no psicótica: T. explosivo intermitente, T. de personalidad (histriónico, límite, paranoide), reacción de estrés agudo (incluida reacción de duelo), crisis de ansiedad, crisis de pánico, crisis conversiva, alteración de conducta en retraso mental o demencia (distinguir de delirium superpuesto).

Adaptado de Manual de Urgencias Psiquiátricas (Chinchilla et al.)

** Es de gran utilidad conocer la historia psiquiátrica previa del paciente, así como si está diagnosticado de algún trastorno, de cara a filiar el origen del cuadro.*

** Valorar el consumo de tóxicos: Preguntar al paciente y al familiar. Ante cualquier duda, solicitar drogas de abuso en orina.*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Delirium o síndrome confusional agudo (SCA)

El principal diagnóstico diferencial debemos hacerlo con el Delirium o síndrome confusional agudo (SCA). Es una alteración brusca de la conciencia caracterizada por inatención, junto con un deterioro global de las funciones cognitivas. Las características principales del delirium consisten en una alteración de la conciencia (reducción del nivel de conciencia); alteración del pensamiento (fluidez, claridad y coherencia); alteración de la atención (incapacidad para mantener, concentrar o dirigir la atención) y otros deterioros cognitivos, que pueden manifestarse como desorientación (témpro-espacial) y reducción de la memoria. Es frecuente la aparición de síntomas acompañantes como trastornos de la sensopercepción (delirios o alucinaciones),

hiper o hipoactividad psicomotriz, interrupción del ciclo sueño-vigilia y alteraciones del estado del ánimo. Se caracteriza por tener un inicio súbito (horas o días) y ser de evolución breve y fluctuante (alternando periodos de lucidez hasta un deterioro grave). Clásicamente, el delirium presenta un empeoramiento vespertino o nocturno.

El SCA es un proceso multifactorial en el que participan una serie de factores predisponentes (edad avanzada y las enfermedades neurológicas previas) y otros factores precipitantes (polimedicación, intoxicación, abstinencia, trastornos hidroelectrolíticos, trastornos metabólicos, infecciones, cirugía reciente, trastornos neurológicos). Si no se trata adecuadamente el delirium y su causa, aumenta el riesgo vital del paciente.

Otras denominaciones: estado confusional agudo, síndrome cerebral orgánico, síndrome de la puesta del sol, estado tóxico metabólico, encefalopatía, insuficiencia cerebral aguda.

2. Conductas delictivas

Si acude a Urgencias un paciente traído por la policía o servicios de emergencias, la tarea del médico es descartar la organicidad del cuadro y alteraciones psicopatológicas relevantes. Si existe intoxicación por drogas o alcohol, es conveniente mantener al paciente en observación hasta la resolución del cuadro.

3. Demencia o retraso mental

La mayor parte de los casos de agitación en estos pacientes se trata de una forma de respuesta a un malestar subjetivo como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro tipo de síntoma, por lo que hay que buscar la causa y tratarla. Puede ser también un indicador de un malestar subjetivo como un cambio de rutina.

TRATAMIENTO

En este capítulo nos centramos en el manejo del paciente agitado, que va dirigido a la contención. No se trata la resolución del problema específico que ha desencadenado el cuadro. Debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos antes de proceder a la contención del paciente agitado:

1. Seguridad

Lo primero es salvaguardar la integridad del médico y el personal que atiende al paciente. Mantener siempre una distancia de seguridad.

2. Lugar

Mantener siempre una vía de escape accesible (puerta abierta, por ejemplo). Si es necesario, mantenerse de pie. Idealmente, debe ser una habitación amplia, sin objetos contundentes (salvo los imprescindibles), a ser posible sin cerrojo interior. Utilizar salas como la descrita para evitar

un exceso de estimulación sensorial (evitar pasillos o salas de espera) y evitar la mirada de los curiosos.

3. Ayuda

Solicitar la ayuda de celadores, miembros de seguridad o, si es necesario, de las Fuerzas de Seguridad del Estado. Habitualmente su sola presencia facilita la colaboración por parte del paciente. En caso de que el paciente muestre un arma, debe interrumpirse la entrevista y avisar a seguridad.

MANEJO DE LA AGITACIÓN

Hay que tratar de prevenir la escalada de síntomas; los tiempos de espera largos favorecen la mayor agitación del paciente. La contención del paciente agitado debe hacerse de manera escalonada, de la siguiente forma:

1º Contención verbal

En primer lugar, es importante recabar toda la información posible de los acompañantes o de quien le haya traído a Urgencias. Una vez estemos con el paciente, es importante hablar en un tono de voz bajo, de manera educada, pero transmitiendo seguridad y firmeza. Debemos trasladarle nuestra intención de querer ayudarlo, nuestro interés por su problema. De cara a ganarse su confianza, puede ser útil hablar de otros aspectos no relativos al episodio actual. Se valorará en cada caso la conveniencia de que la familia o acompañantes estén presentes.

* En general, la contención verbal no es suficiente para el manejo de la agitación orgánica, llegando a precisar mecanismos farmacológicos o mecánicos.

2º Contención farmacológica

Previa a la contención mecánica, es recomendable intentar la contención farmacológica.

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)

Benzodiazepinas (únicamente en delirium tremens, abstinencia a BZD u opiáceos, en cuadros comiciales o intoxicaciones por estimulantes): lorazepam 2-5mg (ausencia metabolismo hepático) o diazepam 5-20mg. La administración i.m. es más errática, por lo que se prefiere vía oral.

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).

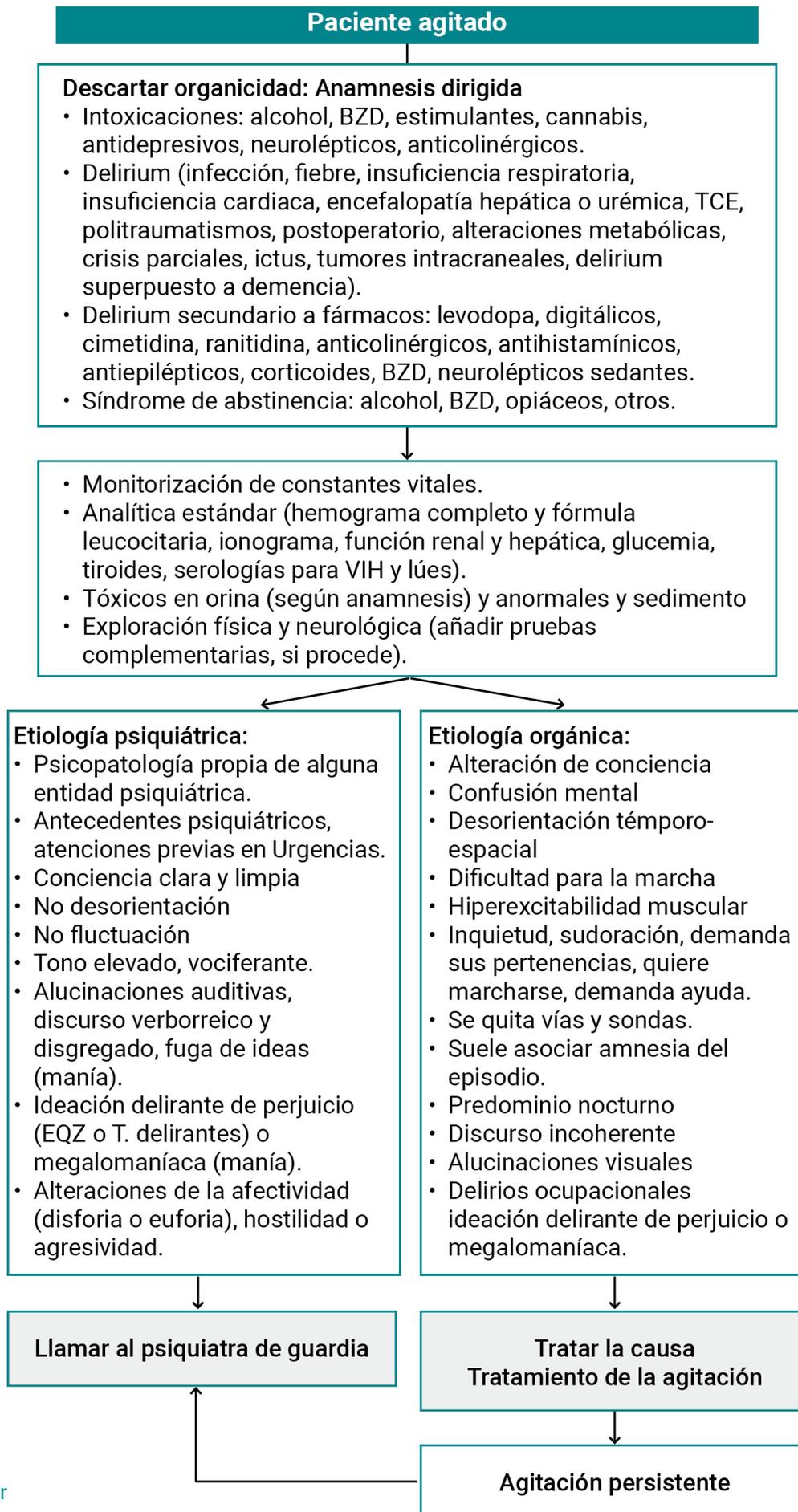
Benzodiazepinas: Lorazepam: 0,5-2mg i.v. o i.m., pudiendo repetir cada 30 min. Midazol: 2,5-5mg i.v. o i.m., pudiendo repetir cada 5mins. en pacientes muy agitados por su corta vida media. MONITORIZAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA POR RIESGO DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA (si el paciente colabora, mejor administrar vía oral).

3º Contención mecánica

Está indicada ante riesgo de auto o heteroagresividad, así como interrupción del proceso terapéutico (fuga, arrancarse vías...). Hay que reevaluar periódicamente la necesidad de mantener la contención. Si se mantiene durante más de 24 horas, hay que administrar heparina subcutánea para evitar el riesgo de trombosis.

Valorar soporte social, antes de dar el alta. Programar próxima consulta en Psiquiatría.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



BIBLIOGRAFÍA

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.