

Hospital La Inmaculada. Sesión Clínica del Servicio de Medicina Interna.

“Guías de actuación en una guardia de Medicina Interna”

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN PLANTA

Soledad Fernández García

F.E.A. Medicina Interna

Bibliografía:

- ✓ **Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª Edición**
- ✓ **El paciente agitado y Delirium Tremens. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Servicio Navarro de Salud. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea**
- ✓ **El paciente agitado. Guías Fistera. 2005**

24 de Marzo de 2009

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

■ OBJETIVOS GENERALES:

- Establecer guías de actuación en una guardia de Medicina Interna, de uso en el Servicio de Medicina Interna, de problemas de salud considerados relevantes por sus facultativos, y basadas en la mejor evidencia disponible.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica en las guardias de Medicina Interna, atendidas por diferentes especialidades médicas.
- Mejorar la morbilidad derivada del no reconocimiento de patologías frecuentes, especialmente por especialistas no habituados a su manejo.

■ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- **Recordar las causas y factores predisponentes de la agitación en pacientes hospitalizados.**
- **Establecer una guía terapéutica que disminuya la morbilidad derivada del uso inapropiado de benzodiazepinas o neurolepticos en pacientes hospitalizados .**

DESARROLLO TEÓRICO DE LA GUIA

- Definición
- Etiología
- Diagnóstico diferencial
- Abordaje y tratamiento
- Errores en la prescripción

DEFINICION

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, caracterizado por una alteración del comportamiento motor, consistente en aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia...), ansiedad severa, pánico, etc.

Se presenta en un 5-15% de los pacientes ingresados

ETIOLOGIA

AGITACION ORGANICA O DELIRIUM

Cuadro confusional agudo debido a enfermedad médica:

- *Trastornos neurológicos:* TCE, ACV, etc.
- *Trastornos sistémicos:* endocrinológicos, CV, infecciosos, fármacos, etc.

Intoxicaciones o síndromes de abstinencia por sustancias

AGITACION NO ORGANICA

Psiquiátrica:

- *Psicótica:* EQZ, trastornos delirantes, fase maníaca de un trastorno bipolar
- *No psicótica:* crisis de angustia, trastorno de personalidad, alteración de conducta en el Retraso mental o Demencia , episodio depresivo

Reactiva a situaciones de estrés agudo

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DELIRIUM (I)

A veces es tranquilo, no agitación

Comienzo agudo o subagudo en paciente sin antecedentes psiquiátricos previos

Alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular

Es fluctuante

El paciente se muestra inquieto, sudoroso, y por la desorientación suele demandar sus pertenencias exigiendo que se le deje marchar, vocifera y pide ayuda. Se quita las vías y las sondas.

Pueden existir alucinaciones visuales (signo bastante específico de organicidad)

Alteración en la exploración física y en la exploración complementaria

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DELIRIUM (II)

FACTORES PRECIPITANTES

Edad > 65 años: pluripatología, polimedicación, iatrogenia, etc

Daño cerebral previo: Demencia, enfermedad vasculocerebral o epilepsia

Intervenciones quirúrgicas: cardíaca, craneotomías o grandes quemados

Abuso de sustancias

Aislamiento sensorial: intervenciones oftalmológicas, ingresos en UVI

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Presenta psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica

La conciencia está clara, no suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa.

Suelen tener antecedentes psiquiátricos

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEMENCIA

Tanto los pacientes afectados de demencia como de retraso mental es frecuente que presenten episodios de agitación psicomotriz como respuesta a un malestar subjetivo como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genera molestias. Es como el "llanto" de los niños

Además la agitación en los pacientes con demencia puede ser un síntoma más del propio síndrome, sobre todo en las fases avanzadas de la enfermedad

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

- **MEDIDAS DE SEGURIDAD:** salvaguardar la integridad de paciente y del personal que le atiende
- **ANAMNESIS:** recabar la mayor información de los acompañantes
- **CONTENCIÓN VERBAL:** hablando con el paciente de forma educada, en tono bajo y no amenazante, pero con seguridad y firmeza y mostrándole interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión
- **CONTENCIÓN MECÁNICA (SUJECCIÓN):** su indicación puede realizarla cualquier médico. Es una técnica más de enfermería
- **SEDACIÓN FARMACOLÓGICA**

ABORDAJE TERAPEUTICO DELIRIUM (1)

CUADRO CONFUSIONAL AGUDO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Pautas generales

- Extremar las precauciones por los riesgos que supone administrar a un paciente médicamente grave un depresor del SNC.
- Imprescindible resolver la causa somática subyacente.
- Deben revisarse los medicamentos, suprimir los innecesarios y dar las mínimas dosis de los que sean necesarios.
- Tratar síntomas como la fiebre, el dolor, etc., a veces resuelve el cuadro
- La demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza porque las alteraciones de conducta que presenta empeoran con neurolépticos y mejoran con benzodiacepinas. En caso de necesitarse neurolépticos deben utilizarse los atípicos y a mitad de dosis.

ABORDAJE TERAPEUTICO

DELIRIUM (2)

Fármacos

A) Dosis bajas de neurolépticos.

- Típicos: de elección es el Haloperidol®
- Atípicos: *risperidona*

B) Las benzodiacepinas deben evitarse, salvo en la demencia por cuerpos de Lewy y en los cuadros comiciales, donde son de elección; pero a veces pueden ser útiles en conjunción con los neurolépticos para controlar la ansiedad y favorecer la sedación y el descanso nocturno del paciente. Se usan (mitad de dosis en ancianos):

- Ansiolíticas: Bromacepam o Lorazepam
- Hipnóticas: Lormetazepam

C) Inhibidores de la acetilcolinesterasa como donezepilo y rivastigmina presentan efectos beneficiosos sobre la agitación.

D) El antidepresivo Trazodona presenta efecto hipnótico y puede ser útil en pacientes con demencia en los que predomina la agitación por la noche.

ABORDAJE TERAPEUTICO DELIRIUM (3)

INTOXICACIONES

- Por estimulantes, tipo anfetaminas, cocaína, y otros: de elección las benzodiacepinas
- En las *intoxicaciones etílicas agitadas* debemos ser cautos en cuanto a la sedación farmacológica por la depresión del SNC. Por ello se aconseja el neuroléptico tiapride (Tiaprizal® 1 amp.= 100 mg). No olvidar vigilar la aparición de complicaciones (hipoglucemia, aspiración).

ABORDAJE TERAPEUTICO DELIRIUM (4)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

A benzodiacepinas u opiáceos: de elección las benzodiacepinas.

Delirium tremens:

- tras 6-12 horas de abstinencia**
- no olvidar administrar tiamina**
- se puede tratar (en dosis descendentes), con:**

BZD de vida media larga como el Diazepam 10-20 mg/6 horas

**Tiapride, único neuroléptico que no disminuye el umbral convulsivo,
VO (1-2 c/6-8 horas), IM o IV, e incluso en perfusión**

Clometiazol: 2 cápsulas/6-8 horas; en nuestro Hospital no hay IV.

ABORDAJE TERAPEUTICO AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- **NO PSICÓTICA:** ansiolíticos de tipo benzodiazepínicos a ser posible VO
- **AGITACIÓN PSICÓTICA:** deben emplearse neurolepticos incisivos a dosis elevadas acompañados de benzodiazepinas. También puede optarse por antipsicóticos atípicos

ABORDAJE TERAPEUTICO

AGITACION REACTIVA

Sospecharla en pacientes que presentan situación de estrés agudo (duelo, catástrofe, etc) y sin antecedentes psiquiátricos

La depresión agitada es más frecuente en niños y en ancianos

De elección, el tratamiento con benzodiacepinas: Lorazepam 2-5 mg

ERRORES HABITUALES EN LA PRESCRIPCIÓN

- 1. Comenzar tratamiento farmacológico antes de haber descartado causa médica o farmacológica**
- 2. Usar benzodiazepinas como hipnóticos en pacientes con demencia**
- 3. Olvidar que los propios neurolépticos pueden causar agitación por sí mismos**
- 4. Mantener un tratamiento para la agitación a pesar de ser inefectivo**
- 5. No revisar periódicamente el tratamiento y mantenerlo de forma indefinida**
- 6. Confundir algunos efectos secundarios del uso de neurolépticos (parkinsonismo, acatisia) como empeoramiento de la agitación y en consecuencia aumentar su dosis**

IDEAS FUNDAMENTALES / RESUMEN

La agitación es un cuadro clínico plurietiológico, por lo que es importante una buena anamnesis y exploración para dar con la causa

El delirium o agitación orgánica puede ser secundario a una enfermedad grave que hay que identificar y tratar, aunque los ancianos pluripatológicos lo pueden presentar por causas banales.

Existen delirium “tranquilos” que también deben ser identificados para poder diagnosticar la causa

Es fundamental tratar la patología de base para que el cuadro mejore

Los pacientes con demencia se pueden agitar por su propia enfermedad, como respuesta a un malestar subjetivo (dolor, fiebre, cambios ambientales, etc) o por un delirium superpuesto

No olvidar prevenir el Delirium tremens en pacientes alcohólicos

Deben evitarse los errores en la prescripción

