

GUÍA DE ACTUACIÓN EN UNA GUARDIA DE MEDICINA INTERNA:**Manejo de la agitación / trastorno del sueño en planta****(Dra. Soledad Fernández; 24/03/2009)****MANEJO DE LA AGITACION**

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

A) **Agitación orgánica o Delirium:** disfunción cerebral orgánica debida a

- Cuadro confusional agudo debido a enfermedad médica:

Trastornos neurológicos: TCE, ACV, Neoplasias, Meningitis, Epilepsia, etc.

Trastornos sistémicos: endocrinológicos, metabólicos, cardiovasculares, deficiencias vitamínicas, intoxicaciones, infecciosos, fármacos, etc.

- Intoxicaciones por: alcohol, estimulantes (anfetaminas, cocaína, y otros), cannabis, neurolépticos, BZD, anticolinérgicos

- Síndromes de abstinencia: alcohol (*delirium tremens*), BZD, opiáceos, otros

B) **Agitación no orgánica**

- Psiquiátrica:

Psicótica: EQZ, trastornos delirantes, fase maníaca de un trastorno bipolar

No psicótica: crisis de angustia, crisis histérica, trastorno de personalidad, alteración de conducta en el Retraso mental o Demencia (distinguir del delirium superpuesto a la demencia), episodio depresivo (depresión agitada más frecuente en ancianos y niños).

- Reactiva:

Reacciones de estrés agudo: reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...), desconexiones ambientales (UCI...)

Características:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. DELIRIUM: alteración del nivel de conciencia, casi siempre fluctuante, que generalmente se presenta como una agitación, pero a veces se presenta como estados letárgicos o de escasa respuesta a estímulos (delirium "tranquilo").

Hay que sospecharlo cuando se presente de forma aguda o subaguda en un paciente (más frecuente de edad avanzada) sin historia psiquiátrica previa. Se caracteriza por alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular... Pueden existir *alucinaciones visuales*, signo bastante específico de organicidad. Es frecuente la fluctuación, alternándose períodos de calma con otros de agitación, sobre todo nocturna.

En la exploración física pueden presentar fiebre, taquicardia, taquipnea, sudoración, temblor, algún signo neurológico, etc. y alteraciones en las exploraciones complementarias.

Los factores predisponentes son:

- Edad (> 65 años): pluripatología, polimedicación, iatrogenia, deshidratación, etc
- Daño cerebral previo: Demencia, enfermedad vasculocerebral o epilepsia
- Intervenciones quirúrgicas: cirugía cardiaca, craneotomias o grandes quemados
- Abuso de sustancias
- Aislamiento sensorial: intervenciones oftalmológicas, ingresos en UVI

2. AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA: Se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica. La conciencia está clara, no suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa. Suelen tener antecedentes psiquiátricos.

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. 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

1. MEDIDAS DE SEGURIDAD: salvaguardar la integridad de paciente y del personal que le atiende.

2. ANAMNESIS: se debe intentar recabar la mayor información posible

3. CONTENCIÓN VERBAL: recoger información y filiar el cuadro. Nos debemos dirigir al paciente de forma educada, en tono bajo, no amenazante, pero con seguridad y firmeza. Hemos de mostrar interés por su problema.

4. CONTENCIÓN MECÁNICA (SUJECCIÓN): consiste en restringir los movimientos del paciente y encaminado a disminuir los riesgos de autoagresividad o heteroagresividad, impedir la manipulación de vías o sondas o evitar la fuga de un paciente. Su indicación puede realizarla cualquier médico. Es una técnica más de enfermería.

5. SEDACIÓN: debe utilizarse en la mayor parte de los casos, tanto psiquiátricos como orgánicos, existiendo particularidades según el origen.

NOTA IMPORTANTE: Estas "guías de actuación" se deben adecuar, por parte de cada profesional, a cada enfermo específicamente. NO USAR ESTOS PROTOCOLOS DE FORMA INDISCRMINADA !!.

A) AGITACIÓN ORGÁNICA:**I. 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 por las alteraciones de conducta que presenta que empeoran con neurolépticos y mejoran con benzodiazepinas. En caso de necesitarse neurolépticos sólo deben utilizarse los atípicos y a mitad de dosis.

Fármacos

A) Dosis bajas de neurolépticos.

- Típicos: de elección es el Haloperidol®, (alta potencia, seguridad y eficacia)

Dosis: ½ a 1 ampolla de 5 mg y repetir cada 30-45 minutos hasta que se consiga la contención (dosis máxima para adultos, 100 mg/día); en ancianos utilizar la dosis mínima.

- Atípicos: *risperidona*

Dosis: inicial 1 mg/12 horas con aumento progresivo. Dosis máxima 8 mg/12 horas. En ancianos: inicial ½ mg/12 horas.

B) Las benzodiazepinas 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 (Lexatin®): 1,5-6 mg/8horas

Lorazepam (Idalprem®, Orfidal®): 1-3 mg/8-12 horas

- Hipnóticas:

Lormetazepam (Loramet®, Noctamid®): 1-2 mg/día

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

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

II. Intoxicaciones

- Por estimulantes, tipo anfetaminas, cocaína, y otros: de elección las benzodiazepinas
- 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).

III. Síndrome de abstinencia

- A benzodiazepinas u opiáceos: de elección las benzodiazepinas.
- Delirium tremens: puede empezar a aparecer tras 6-12 horas de abstinencia. No olvidar administrar tiamina. Se puede tratar (en dosis descendentes), con:

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

Tiapride, único neuroléptico que no disminuye el umbral convulsivo. Se puede usar VO (1-2 comprimidos/6-8 horas), IM o IV, e incluso en perfusión

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

B) AGITACIÓN NO ORGÁNICA

PSIQUIÁTRICA:

- NO PSICÓTICA: ansiolíticos de tipo **benzodiazepínicos** a ser posible VO: 10-20 mg de *diazepam* (Valium®) o 2-5 mg de *lorazepam* (Orfidal®, Idalprem®) Éste último está indicado especialmente en pacientes ancianos y/o con insuficiencia hepática. Cuidado con la vía intravenosa por riesgo de depresión respiratoria.

- AGITACIÓN PSICÓTICA: deben emplearse **neurolépticos incisivos** a dosis elevadas (2 ampollas de Haloperidol como dosis de inicio) acompañados de benzodiazepinas (50 mg de *cloracepato dipotásico* o 10 mg de *diazepam*) y en función de la intensidad añadir 25 mg de *levomepromacina* (1 amp. Sinogan®) o *clorpromacina* (1 amp. de Largactil®) El efecto máximo de estos últimos se alcanza a las 4-5 horas por lo que no debemos repetir la dosis. Sí se puede repetir la del *Haloperidol* a los 45 minutos.

También puede optarse por antipsicóticos atípicos: 20 mg *olanzapina*, 6-8 mg de *risperidona* o 200 mg de *quetiapina* en dosis inicial.

REACTIVA

Usar benzodiazepinas como el 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