

TITULO:

“El paciente agitado: su manejo en urgencias”

AUTORES:

Dr. Juan Torres Ojeda

Prof. Dr. José Miguel Pena Andreu

Prof. Dr. Manuel Ruiz Ruiz

**Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de
Medicina de Málaga**

**Dr. Juan Torres Ojeda
C/ Guillen Robles 8, 3º C
29013, Málaga
Teléfono: 952257763**

SUMARIO/INDICE

- I. Introducción
- II. Etiología
 - 1. Delirium
 - 2. Trastornos psicóticos no asociados a delirium
 - 3. Otros trastornos
- III. Actitud ante un paciente agitado
 - 1. Control de la conducta
 - 2. Evaluación
 - a) Historia clínica
 - b) Examen del estado mental
 - c) Examen físico y neurológico
 - d) Pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas
 - 3. Tratamiento
 - a) Tratamiento del delirium
 - b) Tratamiento de los trastornos psicóticos no asociados a delirium
 - c) Otros trastornos

EL PACIENTE AGITADO: SU MANEJO EN URGENCIAS

I. INTRODUCCION

El paciente agitado es una urgencia hospitalaria frecuente e importante, de consecuencias potencialmente graves e incluso fatales. Su manejo presenta algunas dificultades, ya que generalmente se trata de un paciente escasamente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor médica habitual y en especial en el área de urgencias hospitalaria. Existe la tendencia a subestimar este cuadro, a atribuirlo a enfermedades psiquiátricas y derivarlo directamente a una valoración especializada en este campo. Sin embargo, en su etiología confluyen trastornos psiquiátricos, en ocasiones banales y en otras más graves, y trastornos orgánicos que pueden suponer un grave riesgo para la vida del paciente. La exclusión de estas posibles causas orgánicas constituye el primer y crucial paso en la evaluación del paciente agitado, para evitar así morbilidad y mortalidad innecesaria.

La agitación psicomotriz es un síndrome, un conjunto de signos y síntomas psíquicos, que clásicamente se ha englobado en los trastornos de la conciencia o conducta motora, por hiperactividad, situándolos en el polo opuesto a la inhibición psicomotriz. Aunque no existe una definición y criterios unánimes en la actualidad, conceptualmente puede decirse que se trata de un síndrome caracterizado por aumento significativo de la actividad motora acompañado por alteración de la esfera emocional (ansiedad severa, miedo, pánico, cólera, euforia, etc.). De intensidad variable, puede presentarse de una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incoordinados y sin finalidad alguna.

Es necesario distinguir agitación de agresividad o violencia. La agitación puede incluir ambas, pero la mayoría de las conductas violentas se presentan en individuos no definibles como pacientes mentales u orgánicos. En los pacientes con enfermedad psiquiátrica, el riesgo de presentar una conducta violenta se incrementa muy significativamente por el consumo abusivo de sustancias tóxicas¹.

Así mismo, hay que distinguir la agitación del delirium. El delirium es un síndrome caracterizado por una alteración del nivel de conciencia, casi siempre fluctuante y debido a una disfunción cerebral global, resultantes de enfermedad neurológica, médica o de intoxicación o retirada de tóxicos. Estos pacientes pueden presentar estados de agitación, pero también estados

letárgicos o de escasa respuesta a estímulos (delirium "tranquilo"), lo que hace más complicado su reconocimiento.

II ETIOLOGIA

La agitación psicomotriz puede obedecer a tres grupos fundamentales de causas que, jerárquicamente, por sus posibles repercusiones vitales, han de descartarse siempre en el siguiente orden²:

1. Delirium
2. Trastornos psicóticos no asociados a delirium.
3. Otros trastornos.

II.1. *Delirium.*

También denominado síndrome confusional agudo, síndrome cerebral agudo o insuficiencia cerebral aguda, obedece a una disfunción cerebral global, de instauración rápida (a diferencia de la demencia) y habitualmente de curso fluctuante. La presencia de delirium es el indicador más seguro de que un cuadro de agitación tiene su origen en un trastorno orgánico agudo y que puede suponer un riesgo vital para el paciente. Por ello, lo primero que hay que identificar en un paciente agitado es la presencia o no de delirium.

En la clínica, el síntoma nuclear del delirium es la alteración de la conciencia, que es la encargada de la integración del resto de las funciones psíquicas, y por lo tanto, generalmente se acompaña por un deterioro global de las mismas. El trastorno de la conciencia se manifiesta en una alteración del nivel de alerta, que es necesario valorar detalladamente (apertura de ojos, habla y movimientos espontánea y en respuesta a estímulos), y en un deterioro de la capacidad de atención (tanto para centrarla, mantenerla o dirigirla a estímulos nuevos) y orientación (espacial y sobre todo temporal, siendo la desorientación respecto al momento del día - día o noche -, la más específica del delirium; más rara es la desorientación respecto a la propia persona).

Junto a ello, y según la severidad del delirium, podemos encontrar trastornos de la memoria (sobre todo reciente), del lenguaje (incoherente y desorganizado) y alteraciones del ciclo sueño-vigilia. La esfera emocional suele estar alterada (presentando gran ansiedad, miedo o agresividad), así como la actividad psicomotora (con frecuencia se muestran agitados, pero pueden encontrarse inhibidos y estuporosos). Es posible, así mismo, que aparezcan síntomas

psicóticos: contenidos delirantes, que suelen ser de tipo paranoide, aunque más fragmentarios y menos bizarros o extraños que en los pacientes esquizofrénicos; y trastornos sensoperceptivos, ya sea ilusiones o alucinaciones, que pueden ser de cualquier tipo, pero las visuales, y en especial las ilusiones, son las más específicas de delirium³.

El comienzo agudo de los síntomas (normalmente en horas o pocos días) y la fluctuación en la intensidad de los mismos a lo largo del día, son dos claves útiles para la aproximación diagnóstica cuando no hay datos claros en la historia y la exploración que lo permitan

El delirium puede obedecer a trastornos neurológicos, a enfermedades o trastornos médicos sistémicos o a trastornos inducidos por sustancias tóxicas, pero las causas más frecuentes son las que tienen asiento fuera del sistema nervioso central⁴. En la tabla I se repasan las causas de delirium.

No todos los pacientes que padecen estas patologías presentan delirium. Factores que predisponen⁴ al delirium son la edad mayor de 65 años (tienen mayor prevalencia de enfermedades médicas, están polimedicados con más frecuencia y tienen tasas disminuidas de metabolización y excreción de fármacos), la existencia de daño cerebral previo (demencia, enfermedad cerebro vascular o epilepsia), las grandes intervenciones quirúrgicas (sobre todo cirugía cardiaca o cranoetomías y los grandes quemados), el abuso de tóxicos y el aislamiento sensorial (unidades de vigilancia intensiva, intervenciones oftalmológicas).

En los ancianos, el delirium puede ser el síntoma de presentación de una gran cantidad de enfermedades médicas y neurológicas, ya que su reserva cerebral se encuentra disminuida. En general, pero especialmente en los ancianos, se deben descartar rápidamente las causas potencialmente letales de delirium: arritmia, hipoglucemia, hipoxia, encefalopatía hipertensiva, hemorragia cerebral, meningitis, intoxicaciones, etc. Las infecciones, en especial la neumonía y las urinarias, son una causa muy común. La deshidratación y la obstrucción intestinal (en pacientes que a veces no se pueden quejar de dolor abdominal) se encuentran también entre las causas frecuentes de alteración de la conciencia en ancianos.

El delirium causado por medicamentos es otra causa frecuente de delirium en los ancianos. Destaca el causado por fármacos anticolinérgicos, y especialmente psicofármacos como el biperideno, las fenotiacinas (como la clorpromacina o la tioridazina) y algunos antidepresivos tricíclicos (en especial, la amitriptilina). El cuadro se caracteriza por confusión, alucinaciones

visuales, hipertermia, retención urinaria, estreñimiento, sequedad de piel y mucosas, trastornos visuales por alteraciones de la acomodación y taquicardia.

Si en los ancianos es más frecuente el delirium, en los ancianos con demencia (u otra lesión cerebral previa) lo es aún más⁵. Cualquier trastorno de conducta, incluida la agitación y el delirium, guarda aún más relación con la salud física en pacientes con demencia que en los no demenciados. La agitación en un paciente con demencia puede obedecer a la propia enfermedad, a la aparición de signos o síntomas psicóticos o a la aparición de un delirium. El delirium, a su vez, puede presentarse con obnubilación o letargo e inhibición, o con agitación psicomotriz. En ocasiones, la agitación en un paciente con demencia obedece a pequeños cambios en su medio ambiente habitual, pero lo más frecuente es que se deba a la presencia de enfermedades médicas intercurrentes (sobre todo neumonías o infecciones urinarias) o a los efectos secundarios de alguna medicación.

El tercer grupo de causas de delirium, cada día más prevalente, lo constituye el consumo de sustancias tóxicas. Tanto la intoxicación como la abstinencia de algunas sustancias tóxicas puede causar delirium³.

La intoxicación por anfetaminas, alucinógenos, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos o sedantes (barbitúricos o benzodiacepinas) cursa en ocasiones con delirium. Estos cuadros de delirium por intoxicación suelen tener relación con el consumo de altas dosis en cortos periodos de tiempo, y son más frecuentes cuando se mezclan diversas sustancias y en personas con lesión cerebral previa⁶.

El consumo abusivo de alcohol puede dar lugar a cuadros de intoxicación aguda graves, con trastornos de conducta y alteraciones neurológicas que pueden incluir agitación, delirium y coma. Las complicaciones médicas son frecuentes, en especial la aspiración del vómito, la depresión respiratoria, las fracturas y los hematomas subdurales tras caídas. En algunos pacientes, pueden presentarse cuadros clínicos de intoxicación con trastornos significativos de conducta tras una ingesta pequeña de alcohol y con niveles poco elevados en sangre, se denomina intoxicación idiosincrásica o patológica.

La abstinencia a anfetaminas y cocaína puede cursar con delirium. Sin embargo, el más frecuente y peligroso es el relacionado con la abstinencia alcohólica. El síndrome de abstinencia alcohólica es un espectro de alteraciones clínicas que aparecen en personas con etilismo crónico (con un consumo grave y prolongado, generalmente varones) que cesan de forma brusca de

consumir alcohol⁷. Estas alteraciones pueden ser graves sin necesidad de llegar al delirium, y son más frecuentes en situaciones de fatiga, desnutrición o enfermedad orgánica concomitante. A las pocas horas aparece el temblor, de predominio distal, rápido y de mediana a gran amplitud, que puede acompañarse poco después de ansiedad, sudoración, inquietud, irritabilidad, náuseas y taquicardia, síntomas de hiperactivación adrenérgica. Posteriormente, en los estadios intermedios del síndrome, aparecen signos y síntomas psicóticos, en especial alucinaciones auditivas (alucinosis alcohólica aguda) y delirios paranoides, que pueden predominar sobre los síntomas de disfunción autonómica y cursar con una conciencia no alterada, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otros cuadros psicóticos, en especial si el paciente oculta su dependencia. En torno a las 24 horas de abstinencia, pueden aparecer crisis cólicas, generalizadas y tónico-clónicas, que suelen repetirse pocas horas después. Finalmente, sobre las 72 horas de abstinencia, aparece el delirium tremens, cuadro de gran morbimortalidad por complicaciones médicas intercurrentes, siendo las más frecuentes la rabdomiolisis, la infección respiratoria y el fracaso renal agudo⁷. Cursa con alteración de la conciencia, fluctuaciones de la actividad psicomotora desde la hiperactividad (con grave riesgo de hetero o autoagresividad) a la letargia, síntomas de hiperactividad autonómica (fiebre, taquicardia, hipertensión, ansiedad, sudoración e insomnio) y alteraciones perceptivas, sobre todo visuales y táctiles. No siempre los síntomas de la abstinencia alcohólica siguen esta evolución, y el cuadro puede aparecer directamente con un delirium tremens. Un cuadro muy parecido al delirium tremens asociado a la abstinencia de alcohol, puede aparecer en la abstinencia a sedantes, especialmente barbitúricos.

II.2. Trastornos psicóticos no asociados a delirium.

La agitación puede presentarse también en pacientes con trastornos psicóticos no asociados a delirium, ya sea en un paciente aún no diagnosticado ni tratado o en el contexto de una descompensación de su psicopatología. La clínica se caracteriza por la presencia de vivencias delirantes y alucinatorias sin que exista un trastorno en el nivel de conciencia.

El trastorno psicótico que se asocia con más frecuencia a los cuadros de agitación es la esquizofrenia³. Normalmente se presenta en los brotes agudos con sintomatología paranoide. En este caso, suelen estar presentes los denominados por Kurt Schneider síntomas de primer rango: vivencias de influencia, dispersión, robo y sonorización del pensamiento, y los delirios suelen ser más bizarros y extraños, menos plausibles, que en el delirium. Las alucinaciones pueden ser de

cualquier tipo, pero las auditivas son las más frecuentes, en especial las voces que dialogan entre sí. . En otros casos, predomina la conducta y el lenguaje desorganizado El abandono del tratamiento y el consumo de tóxicos están frecuentemente relacionados con los cuadros de agitación en esquizofrénicos.

La agitación puede aparecer de forma explosiva en los cuadros de esquizofrenia catatónica. No obstante la sintomatología catatónica es más frecuente en cuadros orgánicos, y su presencia obliga siempre a descartar esta patología.

Los trastornos afectivos graves con síntomas psicóticos se asocian con menor frecuencia a la agitación, incluyendo, a diferencia de lo que podría pensarse, los cuadros de manía⁴.

Es posible, que aparezca agitación en cuadros psicóticos sin delirium originados en enfermedades médicas o neurológicas³. Por ejemplo, la afectación cerebral por Lupus Eritematoso, la psicosis inducida por corticoides, los estados hipertiroideos o la porfiria aguda intermitente, que puede confundirse durante años con una psicosis primaria, por la falta de signos de encefalopatía. En estos casos, la historia clínica minuciosa puede ser la única forma de orientar el diagnóstico (por ejemplo, la presencia de crisis recurrentes de dolor abdominal agudo sin causa conocida, en especial relacionadas con el uso de medicación psicotrópica, de leucocitosis no explicada o neuropatía periférica, sugieren la porfiria).

Enfermedades neurológicas que pueden causar agitación por psicosis no asociada a delirium son, por ejemplo, la esclerosis múltiple, la corea de Huntington o la enfermedad de Wilson (estas últimas pueden presentar síntomas psicóticos y movimientos anormales que pueden atribuirse erróneamente al cuadro psicótico). Traumatismos cráneo-encefálicos, accidentes cerebro-vasculares o tumores cerebrales pueden raramente cursar con esta sintomatología, lo que debe sospecharse si hay síntomas atípicos o resistencia al tratamiento.

La epilepsia, en especial algunas epilepsias parciales complejas y los status relacionados con estas, pueden cursar con sintomatología que se confunda con una psicosis no asociada a delirium.

El consumo de alcohol, de anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, cannabis, fenciclidina, opiáceos o barbitúricos y benzodiacepinas pueden causar un cuadro de este tipo, con mayor o menor componente delirante o alucinatorio según las sustancias, y generalmente relacionado con altas dosis de las mismas⁶.

II.3 Otros trastornos.

Los pacientes que padecen trastornos de ansiedad con crisis de angustia, presentan con cierta frecuencia episodios de agitación. La existencia de dolor precordial atípico, síntomas gastrointestinales, mareos, sensación de dificultad respiratoria o de muerte inminente colaboran en el diagnóstico.

Así mismo, los pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad, en especial los que presentan rasgos antisociales y rasgos border-line de personalidad, pueden presentar episodios de agitación o agresividad

En situaciones de fuerte tensión emocional (fallecimiento de seres queridos, catástrofes, etc.) pueden presentarse episodios de agitación en personas vulnerables por cualquier circunstancia, sin necesidad de que exista un trastorno psicopatológico de base.

Normalmente, todos estos trastornos cursan sin alteración del nivel de conciencia y sin síntomas psicóticos. No obstante, los episodios de agitación en pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad y los episodios de agitación situacional o reactiva se asocian con frecuencia a consumo de alcohol u otros tóxicos, lo que puede modificar el cuadro clínico².

III. ACTITUD ANTE UN PACIENTE AGITADO

Cuando un médico es requerido para valorar a un paciente agitado, normalmente se encuentra con una situación de angustia y tensión, en la que están presentes muchas personas (familiares, personal sanitario o de seguridad, curiosos, etc.) y con la expectativa de que debe tomar el control y hacer algo rápida y eficazmente. Esto, a su vez, genera angustia y tensión en el médico, pudiendo influir de forma significativa en su actuación. No obstante, la agitación es un fenómeno complejo, con múltiples factores a considerar en su etiología y posibilidades de tratamiento, por lo que es difícil establecer pautas rígidas de actuación.

En general, la secuencia necesaria de actuación ante un paciente agitado será la siguiente.

1. Control de la conducta
2. Evaluación del paciente
3. Tratamiento

III.1 Control de la conducta

La actuación médica ante un paciente agitado debe comenzar con una valoración de los posibles riesgos de su conducta, y la adopción de las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente, del personal que interviene en su manejo y del propio médico. Si el paciente porta armas u objetos que puedan ser utilizados como tales, deberían ser desarmados por personal de las fuerzas de orden. El médico debe cerciorarse de la seguridad del lugar de la entrevista y de la conveniencia de realizarla o no a solas con el paciente. La agitación psicomotriz creciente, la sospecha de consumo de tóxicos o los antecedentes de conducta violenta son los mejores predictores de conducta violenta¹.

Inicialmente es necesario considerar la posibilidad de un abordaje verbal de la situación. En muchos casos, sobre todo cuando la agitación no es de causa orgánica ni psicótica, suele ser suficiente. La relación que se pueda establecer con el paciente influirá, en cualquier caso, en el proceso de evaluación y en la evolución del cuadro, pudiendo llegar a condicionarlo. Es útil que el paciente sienta que el médico tiene el control de la situación, y que no se viva amenazado por esta. Mostrarse sereno, honesto, firme y seguro, identificarse como médico y explicar los objetivos de nuestra actuación colaboran a ello. Es necesario evitar conductas hostiles, desafiantes o irrespetuosas.

Cuando se tiene el convencimiento de que la conducta agitada del paciente supone un peligro para sí o para los demás y de que no puede ser controlada de ninguna otra forma, se utiliza la sujeción mecánica. Para aplicarla se necesita un mínimo de cuatro personas (el número ideal es de cinco, una para cada extremidad y otra para control de la cabeza). Normalmente se aplica en decúbito supino, con los miembros separados entre sí y la cabeza ligeramente incorporada para disminuir la posibilidad de aspiración. Las sujeciones más seguras son de cuero. Una vez aplicada la sujeción, debe ser comprobada periódicamente por personal auxiliar la seguridad y la comodidad del paciente. En especial, y sobre todo en los ancianos, hay que vigilar la permeabilidad de la vía aérea, la hidratación y la higiene⁸.

III.2 Evaluación del paciente agitado

El proceso de evaluación diagnóstica de un paciente agitado debe ir encaminado a encuadrarlo en uno de los tres grupos etiológicos citados (delirium, trastorno psicótico o y otras causas) y en especial a descartar lo más rápida y eficazmente posible las causas que puedan suponer un riesgo vital para el paciente. Desde el primer momento hay que prestar atención a los

datos clínicos que puedan indicar gravedad del proceso etiológico subyacente. Para ello, es necesario realizar una historia clínica detallada, examinar el estado mental del sujeto, un examen físico y neurológico y contar con pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas.

A/ Historia clínica

Con frecuencia es difícil obtener del propio paciente datos suficientes y fiables para realizar la historia clínica. En estos casos, hay que recurrir a otras fuentes de información, fundamentalmente la familia y otros acompañantes, pero también a los informes médicos y hospitalarios disponibles en ese momento. Se debe recoger información acerca de antecedentes psiquiátricos previos, consumo de tóxicos y antecedentes orgánicos, con especial énfasis en la medicación utilizada en la actualidad. Es útil conocer si existieron episodios previos similares. La entrevista debe focalizarse también en las circunstancias del episodio actual: factores precipitantes, gravedad de los síntomas y cronología en el desarrollo de los mismos.

B/ Examen del estado mental

El examen del estado mental del paciente agitado es clave para la correcta orientación inicial del caso. Normalmente sólo se requieren unos conocimientos básicos de psicopatología y cualquier médico debería contar con ellos. Eso sí, se necesita algo de tiempo, interés y tranquilidad por parte del médico, y hay que procurar realizarlo de forma cuidadosa y detallada.

En primer lugar hay que examinar la presencia de trastornos de la conciencia. La existencia de una alteración del nivel de conciencia hay que valorarla minuciosamente (en función de la apertura de ojos, habla y movimientos, espontáneos y en respuesta a estímulos, como obnubilación, confusión, estupor y coma). La alteración de la capacidad de atención y la orientación acompañan a los trastornos de la conciencia.

El lenguaje, la memoria (inmediata, reciente y remota), la afectividad, la forma y contenido del pensamiento (incoherencia, ideas delirantes) y los trastornos sensorio-perceptivos, completan el examen del estado mental.

C/ Examen físico y neurológico

Ambos exámenes son fundamentales en la evaluación de todo paciente con síntomas psiquiátricos de comienzo agudo, y en especial si aparecen por primera vez. El examen neurológico es la parte más frecuentemente omitida. Existe una gran prevalencia de problemas médicos y neurológicos en pacientes con patología psiquiátrica urgente, sobre todo en ancianos y toxicómanos.

Por otro lado, los pacientes con historia previa de enfermedad psiquiátrica son los que más probabilidad tienen de sufrir una complicación médica que pase desapercibida (con mayor frecuencia relacionada con el consumo de drogas) al atribuirse sus síntomas a la patología psiquiátrica y omitirse los exámenes físicos y neurológicos.

D/ Pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas

De rutina se deben solicitar: Hemograma, recuento y fórmula leucocitaria, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, calcio, test de función hepática, análisis de orina, etanol en sangre, niveles de fármacos en sangre, drogas de abuso en orina.

Según la historia y el examen clínico pueden ser necesarias otras pruebas de laboratorio (Perfil tiroideo, estudio básico de coagulación, gasometría arterial, serología luética, anticuerpos antiVIH, osmolaridad sanguínea, nivel de amonio, VSG, ANA, Factor reumatoide, cortisol en sangre, nivel de Vit B12, determinación de metales pesados, ceruloplasmina y cobre en orina, porfobilinógeno y ácido deltaaminolevulínico en orina, ácido vanilmandélico en orina, ácido 5-hidroxiindolacético en orina) o 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

III.3 Tratamiento

Como principio básico, se debe anteponer el diagnóstico a cualquier tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz. El tratamiento del delirium consiste en la identificación de su causa y la corrección de la misma, lo que en muchas ocasiones se escapa del campo específico de la psiquiatría. El tratamiento de los trastornos psicóticos agudos se basa en el uso de neurolepticos. Los demás trastornos que pueden causar agitación responden generalmente bien al tratamiento con benzodiazepinas

A/ Tratamiento del delirium

Mientras se identifica la causa subyacente o se permite su corrección, es necesario asegurar y supervisar una serie de cuidados básicos del paciente con delirium: medidas de sostén comunes a todo paciente orgánico (control de constantes, vigilancia de la vía aérea, hidratación, etc.), medidas físicas necesarias para evitar que sufran accidentes (si es preciso mediante sujeción física), y medidas de adecuación del medio (idealmente ni con exceso ni con falta de estímulos

ruidosos o luminosos, y con un familiar o un cuidador acompañante que oriente y reasegure al paciente con frecuencia).

Cuando se necesita sedar a un paciente con un delirium, en general, el fármaco de primera elección es el haloperidol³. El haloperidol es un neuroléptico de alta potencia, más incisivo y menos sedativo que las fenotiacinas, pero que en dosis suficiente puede causar la sedación requerida con menos efectos secundarios cardiocirculatorios (hipotensión, alargamiento del Q-T y arritmias ventriculares, que son excepcionales y con dosis muy altas) y anticolinérgicos (que pueden producir confusión y alterar el cuadro clínico) que estas, y frente a las benzodiazepinas muestra una muy escasa capacidad de depresión respiratoria. Los efectos secundarios más frecuentes del haloperidol son los extrapiramidales (parkinsonismo y acatisia).

El haloperidol puede administrarse por vía oral, intramuscular o intravenosa. Normalmente, en el paciente con delirium agitado habrá que recurrir a la vía parenteral. En ancianos, suele ser suficiente con dosis bajas (de 0,5 a 2 mg/ repartidos en dos o tres dosis durante el día).

En los pacientes con edad avanzada, la sensibilidad a los efectos extrapiramidales es mayor que a los efectos anticolinérgicos o sedativos. El uso de medicación anticolinérgica como el biperideno está restringido por favorecer cuadros confusionales y aumentar el deterioro cognitivo. En general, para tratar la agitación en ancianos o pacientes con demencia de forma puntual en una situación grave, es útil el haloperidol. Sin embargo, cuando es necesario el uso de neurolépticos para una agitación grave o la presencia de síntomas psicóticos, se deben usar neurolépticos de baja potencia, como la tioridacina (a dosis de 10-30 mg/día), cuando no haya contraindicaciones clínicas (glaucoma agudo, prostatismo o hipotensión)

El uso en pacientes con delirium de los nuevos antipsicóticos atípicos (risperidona y olanzapina), está limitado por la ausencia de preparaciones para la administración parenteral de los mismos, pero si es posible su administración oral o por sonda nasogástrica pueden ser una alternativa eficaz, sobre todo en pacientes con un funcionamiento alterado de la vía dopaminérgica (enfermedad de Parkinson, demencia por cuerpos de Lewy, etc.). En ancianos, la risperidona se utilizan dosis de 0,5-2 mg/día en dos tomas. Aún no hay establecida claramente la dosis más apropiada de olanzapina⁵.

Como alternativa, en el tratamiento del delirium, pueden usarse las benzodiazepinas, en especial en pacientes con daño cerebral previo. Se deben usar con precaución por sus posibles

efectos secundarios, en especial sedación excesiva, amnesia, desinhibición paradójica y depresión respiratoria. En combinación con los neurolépticos, permiten administrar dosis menores de cada uno de estos fármacos, reduciendo los efectos secundarios. Estarían indicadas en especial las de vida media corta, con falta de metabolitos activos y fácil eliminación hepática, el loracepam y oxacepam, pero su uso está limitado por la no disposición de formas de administración parenteral. En general, se utiliza el diacepan intravenoso a dosis bajas y administrado lentamente, o el cloracepato dipotásico.

En los cuadros de intoxicación etílica aguda, si es necesario se deben usar benzodiazepinas, ya que el haloperidol tiene riesgos de provocar crisis comiciales al estar disminuido el umbral convulsivo por el consumo de alcohol. En estos cuadros, y en especial si se aportan soluciones glucosadas, es prudente administrar tiamina (100 mg vía IV), para evitar precipitar una encefalopatía de Wernicke y un posible síndrome de Korsakoff en bebedores habituales. Cuando aparecen síntomas de encefalopatía de Wernicke (confusión, ataxia, alteraciones de la motilidad ocular), es urgente administrar la tiamina, y repetir las dosis cada 8h durante varios días. Esto es eficaz y evita la aparición de los trastornos amnésicos persistentes.

El síndrome de abstinencia alcohólica se trata con benzodiazepinas o clorometiazol. El haloperidol debe evitarse por el riesgo de crisis comiciales. En nuestro medio, el fármaco más utilizado es el clorometiazol o hemineurina. Si es posible, se administra vía oral, dos o tres cápsulas tres o cuatro tomas diarias, reduciéndolo progresivamente, ya que como las benzodiazepinas provoca tolerancia y dependencia. Tiene actividad anticomicial y puede causar depresión respiratoria. Hospitalariamente, se puede usar vía intravenosa, con ritmo inicial de 60-150 gotas/minuto hasta la inducción de un sueño superficial que responda a estímulos, manteniéndolo así 12-24h.

Los cuadros de delirium inducido por otros tóxicos se tratan con benzodiazepinas o neurolépticos (generalmente haloperidol), según la sintomatología predominante.

B/ Tratamiento de los trastornos psicóticos no asociados a delirium

En los pacientes psicóticos, el tratamiento se basa en la utilización de neurolépticos. Con frecuencia, se necesita una sedación rápida, que idealmente debe alcanzarse con un solo fármaco, pero a veces hay que combinar varios de ellos o añadir benzodiazepinas, según el tipo de paciente y el riesgo de efectos secundarios.

Existen muchas pautas para lograr la sedación rápida. Si se puede utilizar la vía oral, se pueden administrar 2,5-10 mg de haloperidol o 25-100mg de fenotiacinas (clorpromacina o levomepromacina). Si esto no es posible, se puede administrar haloperidol, 5mg (una ampolla) IM cada 30-45 minutos, o la misma dosis de haloperidol más 25mg de levomepromacina o clorpromacina IM cada 4 horas, controlando el ritmo cardíaco, la tensión arterial y la función respiratoria. Es posible asociar, si es necesario, una benzodiacepina (diazepam 10 mg o cloracepato dipotásico 20-50 mg) IV o IM. En ancianos se deben usar siempre las dosis más bajas posibles.

En la actualidad, es posible administrar acetato de zuclopentixol en forma acufase 100 mg IM para el tratamiento de la agitación. Es un neuroléptico sedante cuyo efecto comienza 2 horas tras la administración y se mantiene 2-3 días. No obstante, hasta el momento la experiencia con este fármaco es limitada.

El uso de los nuevos antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la agitación está, como hemos dicho, limitada por la ausencia de formas de administración parenteral. Sin embargo, si se puede utilizar la vía oral puede considerarse su utilización, aunque las pautas aún no están claramente establecidas.

C/ Otros trastornos

Las crisis de angustia y la agitación situacional o reactiva generalmente responden bien al tratamiento farmacológico con benzodiacepinas. Los episodios de agitación que se presentan en los pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad suelen estar condicionados por el consumo de tóxicos y las situaciones estresantes, y por lo común responden también al tratamiento con benzodiacepinas.

En nuestro medio, las benzodiacepinas usadas más comúnmente en el tratamiento de episodios de agitación son el diazepam y el cloracepato dipotásico. Como mejor se absorben es por vía oral (diazepam, dosis de 5 a 10 mg, comienza a actuar entre 15 y 45 minutos, con efecto máximo a los 30-90 minutos). Cuando el enfermo no colabora, pueden administrarse vía parenteral, pero la absorción intramuscular de las benzodiacepinas es más errática (menos para el cloracepato, que se utiliza a dosis de 20 a 50 mg, que para el diazepam, que se utiliza a dosis de 10 a 20 mg, y cuya absorción es también menos errática si se pone en el deltoides que

administrado en el glúteo). El diazepam puede usarse vía intravenosa, a las mismas dosis, pero con medios para prevenir una parada respiratoria y revertir rápidamente su efecto (flumazenilo).

En ancianos o pacientes con posibilidad de alteración del metabolismo hepático, se utilizan preferentemente benzodiazepinas de vida media corta que no siguen esta vía de metabolización: el loracepam y el oxacepam. En otros países, existe la posibilidad de usar el loracepam por vía parenteral.

Resumen

La agitación es una urgencia hospitalaria frecuente, importante por sus posibles repercusiones orgánicas y de manejo dificultoso por las características de estos pacientes. Se trata de un síndrome clínico caracterizado por un aumento de la actividad motora acompañada por una alteración significativa de la esfera emocional. Su etiología obedece a tres grupos de causas fundamentales, que por sus posibles repercusiones vitales, hay que descartar siempre en el siguiente orden: delirium, trastornos psicóticos no asociados a delirium y otros trastornos (crisis de angustia, trastorno de personalidad y agitación situacional y reactiva). En general, la secuencia necesaria para el abordaje del paciente agitado en urgencias es la siguiente: control de la conducta (abordaje verbal, contención física), evaluación del paciente (historia clínica, examen del estado mental, examen físico y neurológico, pruebas de laboratorio y otras pruebas diagnósticas) y tratamiento.

Bibliografía

1. Citrome L, Volavka J. Violent Patients in the Emergency Setting. *Psychiat Clin North America* 1999;22, 4: 789-801.
2. Menchón Magriñá JM, Cardoner Álvarez N. La agitación. En: Rojo Rodes JE y Cirera costa E (Dir.). *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Biblio stm, Masson SA;1997. P. 425-434.
3. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical Assessment of Patients Presenting with Psychiatric Symptoms in the Emergency Setting. *Psychiat Clin North America* 1999; 22, 4:819-850.
4. Forster PL, Buckley R, Phelps MA. Phenomenology and Treatment of Psychotic Disorders in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiat Clin North America* 1999; 22, 4: 735-754.
5. Gonzalez Salvador MT, Arango López C, Lyketsos CG. Tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. *Med Clin (Barc)* 1999, 113: 592-597.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8ª Edición. Madrid: Editorial médica panamericana; 1999.
7. Farfán Sedano A, Gómez Antunez M, Martínez Cilleros MC, Cuenca Carvajal C, Girones Pérez JM, García Castaño J. Síndrome de abstinencia alcohólica: manifestaciones clínicas, analíticas y tratamiento. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14, 12: 604-606.
8. Ramos Brieva JA. *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona: Masson SA; 1999.

Bibliografía comentada

1. Citrome L, Volavka J. Violent Patients in the Emergency Setting. *Psychiat Clin North America* 1999;22, 4: 789-801. Incluye una revisión actual sobre los estudios acerca de la epidemiología de la violencia en los trastornos mentales.
2. Menchón Magriñá JM, Cardoner Álvarez N. La agitación. En: Rojo Rodes JE y Cirera costa E (Dir.). *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Biblio stm, Masson SA;1997. P. 425-434. Ofrece claros protocolos de actuación, diagnóstico y tratamiento de la agitación, actualizados.
3. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical Assessment of Patients Presenting with Psychiatric Symptoms in the Emergency Seting. *Psychiat Clin North America* 1999; 22, 4:819-850. Completa revisión de la actuación médica en la urgencia psiquiátrica, ofreciendo pautas de evaluación y diagnóstico diferencial.
4. Forster PL, Buckley R, Phelps MA. Phenomenology and Treatment of Psychotic Disorders in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiat Clin North America* 1999; 22, 4: 735-754. Revisión pormenorizada de la clínica en urgencias de los diversos cuadros psicóticos según su etiología
5. Gonzalez Salvador MT, Arango López C, Lyketsos CG. Tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. *Med Clin (Barc)* 1999, 113: 592-597. Ofrece pautas de actuación para el tratamiento de la agitación aguda y crónica en pacientes con demencia.
6. Ramos Brieva JA. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. *Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona: Masson SA; 1999. Completa revisión de los procedimientos, indicaciones y aspectos legales de la contención y aislamiento.

Tabla I
Causas de delirium

Enfermedades neurológicas.

Traumatismo cráneo-encefálico (en especial, contusión cerebral), enfermedad cerebrovascular, encefalopatía hipertensiva, neoplasias primarias y secundarias, meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales, neurosífilis, SIDA, epilepsia (convulsiones parciales complejas, estados posictales, situaciones de pequeño mal).

Enfermedades y trastornos sistémicos.

Endocrinológicos (hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo, hipo e hiperadrenocortisolismo, hipopituitarismo, diabetes mellitus)

Metabólicos (hiponatremia, hipopotasemia, hipo e hipercalcemia, hipo e hipermagnesemia, hipoglucemia, acidosis, estados hiperosmolares, hipoxia, encefalopatía hepática, uremia, porfiria)

Cardiovasculares (IAM, Arritmias, ICC, Hipo e hipertensión)

Deficiencias vitamínicas (déficit de tiamina, de Vitamina B₁₂ y ácido nicotínico)

Intoxicaciones (CO, disolventes orgánicos, metales pesados, aluminio, arsénico, plomo, mercurio)

Enfermedades infecciosas (Sepsis, mononucleosis, hepatitis, gripe)

Enfermedades oncológicas (Síndromes paraneoplásicos -encefalitis límbica, las causas más frecuentes son el cáncer de pulmón y el de páncreas-, síndromes de hiperviscosidad sanguínea)

Enfermedades autoinmunes (LES, Vasculitis cerebral)

Fármacos (anticolinérgicos -antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, biperideno, antihistamínicos, simpaticomiméticos -aminofilina, broncodilatadores-, hipnóticos, ansiolíticos -supresión brusca o reacción paradójica, cimetidina, digital, betabloqueantes, L-Dopa y antiparkinsonianos de síntesis, corticosteroides, salicilatos, litio, bismuto, IMAO, antiarrítmicos -amiodarona, procainamida, quinidina y tocinida-, antibióticos -aminoglucósidos, cloranfenicol, cicloserina, isoniazida, penicilinas, sulfamidas, trimetoprima, quinolonas-, antifúngicos -amfotericina B, fluconazol, ketoconazol-, antivíricos (aciclovir, didanosina, ganciclovir).

Drogas de abuso

Intoxicaciones: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos.

Abstinencia: alcohol, anfetaminas, cocaína.

PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN

1. En un paciente agitado, ¿Qué es lo primero que se debe evaluar para descartar que nos encontramos ante una situación de posible riesgo vital?
 - a) La presencia de delirios.
 - b) La presencia de alucinaciones.
 - c) La existencia de antecedentes psiquiátricos.
 - d) La existencia de una alteración de la conciencia.
 - e) La existencia de antecedentes de abuso de tóxicos.
2. ¿Qué tipo de alucinaciones son más frecuentes en los pacientes con un trastorno mental orgánico?
 - a) Alucinaciones auditivas.
 - b) Alucinaciones visuales.
 - c) Alucinaciones cenestésicas.
 - d) Alucinaciones sexuales.
 - e) Alucinaciones olfativas.
3. En un paciente que presenta un cuadro con sintomatología psiquiátrica de nueva nueva aparición, ¿Cuál debe ser la actitud a seguir inicialmente?.
 - a) Solicitar valoración psiquiátrica.
 - b) Iniciar inmediatamente el tratamiento.
 - c) Realizar un examen médico general.
 - d) Ingresar al paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica.
 - e) Ninguna de las anteriores.
4. En un paciente anciano, polimedicado, que presenta un cuadro de agitación moderado al enterarse del fallecimiento de un familiar, ¿Qué medicación recomendaría de manera preferente?.
 - a) Diazepam, una ampolla de 10mg intramuscular, cada 8 horas.
 - b) Diazepam, un comprimido de 10 mg via oral, cada 8 horas.
 - c) Cloracepato dipotásico, una ampolla de 20 mg intramuscular, cada 8 horas.
 - d) Diazepam, una ampolla de 10mg intravenosa, cada 12 horas.
 - e) Loracepam, un comprimido de 1mg cada 8 horas.

5. ¿Cuál será el tratamiento farmacológico indicado en un paciente ingresado en un hospital, que presenta un episodio de agitación moderado, sin alteración de conciencia ni síntomas psicóticos, ante la realización inminente de una importante prueba diagnóstica?.
- a) Benzodicepinas vía oral.
 - b) Neurolépticos vía oral.
 - c) Neurolépticos via intramuscular.
 - d) Clormetiazol.
 - e) Antidepresivos.
6. ¿Qué factor de los siguientes incrementa más el riesgo de conducta violenta en los pacientes diagnosticados de trastornos psiquiátricos?.
- a) El consumo de tóxicos
 - b) El diagnóstico previo de esquizofrenia
 - c) El diagnóstico previo de trastorno afectivo
 - d) El diagnóstico previo de trastorno de la personalidad
 - e) El sexo del paciente
7. ¿Qué diagnóstico le sugiere la siguiente combinación de síntomas: confusión, alucinaciones visuales, hipertermia, retención urinaria, estreñimiento, sequedad de piel y mucosas, trastornos visuales por alteraciones de la acomodación y taquicardia?
- a) Delirium inducido por fármacos anticolinérgicos
 - b) Delirium por abstinencia alcohólica
 - c) Delirium por intoxicación de cocaína
 - d) Delirium por retirada de sedantes
 - e) Delirium por intoxicación por alucinógenos
8. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta la predisposición al delirium?
- a) La edad mayor de 65 años
 - b) La existencia de daño cerebral previo
 - c) El abuso de tóxicos
 - d) El aislamiento en unidades de vigilancia intensiva
 - e) Todos los anteriores

9. ¿Qué fármaco no utilizaría de primera elección en el tratamiento de un delirium tremens?

- a) El clormetiazol
- b) El loracepam intravenoso
- c) El diacepam intravenoso
- d) El cloracepato dipotásico
- e) El haloperidol

10. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es más probable que esté relacionada con el uso de haloperidol en el síndrome de abstinencia alcohólica?

- a) La insuficiencia renal aguda
- b) La sobreinfección respiratoria por aspiración
- c) La aparición de crisis tónico-clónicas
- d) La parada cardiorrespiratoria
- e) La rabdomiolisis

11. ¿Qué trastorno psicótico se asocia con más frecuencia a los cuadros de agitación?

- a) Trastorno delirante
- b) Episodio depresivo con síntomas psicóticos
- c) Brote esquizofrénico
- d) Episodio maniaco
- e) Parafrenia