

Excitación psicomotriz: "manejo en los diferentes contextos"

Juan Ignacio Bustos¹, Iván Capponi², Rodrigo Ferrante³, María José Frausin⁴, Bernabé Ibañez⁵

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, N° 3, agosto de 2010, págs. 291 a 304.

Resumen

La agitación o excitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por hiperactividad motora y alteraciones emocionales, que puede manifestarse en una gran variedad de enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos, y constituye uno de los cuadros de presentación más frecuente en salas de urgencia psiquiátricas y generales.

El objetivo del presente artículo es revisar los aspectos clínicos del síndrome y su manejo en los diferentes ámbitos de la práctica clínica, con especial mención a su tratamiento farmacológico.

Se enumeran las posibles etiologías clasificadas en tres grandes grupos (delirium, trastornos psicóticos primarios o secundarios a condiciones médicas, y trastornos psiquiátri-

cos no psicóticos). Se describen pautas generales para la evaluación diagnóstica del síndrome y de sus probables etiologías, valoración del riesgo de violencia inminente, y medidas de seguridad. Se consideran las medidas terapéuticas no farmacológicas (intervenciones verbales, sujeción física) y farmacológicas, mencionando las vías de administración y opciones de drogas y sus dosis según la presunción diagnóstica. Finalmente, se señalan los aspectos particulares de la atención de la agitación psicomotriz en poblaciones especiales (pacientes con demencia, embarazadas) y contextos específicos (unidad de cuidados intensivos, salas de emergencia, salas de internación general).

Abstract

Psychomotor agitation or excitement is a syndrome characterized by motor hyperactivity and emotional disturbances that can be present in a variety of psychiatric disorders

1 Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 667, Rosario, CP 2000. Tel: (0054)-341-156403356. juanibustos23@hotmail.com

2 Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 667, Rosario, CP 2000. ivancapponi@hotmail.com

3 Médico Psiquiatra. Comité de Admisión a internación, CRSM "Dr. Agudo Ávila". Suipacha 667, Rosario, CP 2000. ferranterodrigo@yahoo.com.ar

4 Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 667, Rosario, CP 2000. mariajosefrausin@hotmail.com

5 Médico Residente en Psiquiatría Adultos, Cátedra de Psiquiatría Adultos, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Suipacha 667, Rosario, CP 2000. bernabeibanez@yahoo.com.ar

as well as medical conditions, and is one of the most common features in general and psychiatric emergency rooms.

The aim of this article is to review the clinical aspects of the syndrome and its management in the different fields of clinical practice, with particular reference to pharmacological treatment.

Possible etiologies are enumerated and classified into three groups (delirium, psychotic disorders, both primary and secondary to a medical condition, and non-psychotic psychiatric disorders). General guidelines for diagnostic evaluation of the syndrome and its possible etiologies are described, along with the assessment of the risk for imminent violence and security measures. Therapeutic options are considered, both non-pharmacological (verbal interventions, physical restraint) and pharmacological, mentioning the administration routes, drug choices and dosages according to the presumed diagnosis. Finally, particular aspects of care are noted, concerning psychomotor agitation in special populations (patients with dementia, pregnant women) and specific contexts (ICU, emergency room, general ward).

Palabras claves

Agitación psicomotriz, violencia, delirium, seguridad, contención, antipsicóticos, benzodiazepinas.

Introducción

La agitación o excitación psicomotriz suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuente en los diversos ámbitos profesionales, y a su vez uno de los más exigentes tanto a nivel institucional como profesional. La presencia de un paciente agitado, a veces confu-

so, y generalmente demandante u hostil, suele generar profundas reacciones en el personal sanitario que puede, por esto, ver comprometido su accionar. Existe una tendencia (al menos en nuestro medio) a menospreciar el enfoque diagnóstico de estos cuadros y a atribuirle inmediatamente un origen psiquiátrico. Sin embargo, a su origen pueden contribuir también, muy frecuentemente, trastornos orgánicos que pueden representar en lo inmediato un peligro para la vida del paciente⁽⁹⁾.

La agitación ocurre en el 10 % de los pacientes que acuden a las instituciones psiquiátricas de urgencia (TREC Collaborative Group, 2003), en el 11 al 50 % de los pacientes con lesiones craneoencefálicas traumáticas, hasta en el 67 % de los pacientes con Delirium, y en el 93% de los pacientes con Demencia (Haskell, 1997). En las Unidades de Cuidados Intensivos, hasta el 71 % de los pacientes puede presentar agitación (Siegel, 2003) (12).

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como orgánicos⁽⁴⁾.

En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general, se imbrican gran variedad de factores, tanto innatos como exógenos o ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas⁽⁴⁾.

Pretendemos en este trabajo hacer una descripción de los aspectos clínicos que involucran estas situaciones, y su manejo en los diferentes terrenos de la práctica clínica (guardia, sala general, consultorio, etcétera), para luego dar paso a una revisión acerca de las innovaciones terapéuticas y los protocolos

actuales surgidos de la medicina basada en la evidencia.

Conceptos

La agitación psicomotriz es un síndrome que ha sido incluido entre los trastornos de la conciencia o conducta motora por hiperactividad, es decir, se encuentra en el polo opuesto a la inhibición o depresión psicomotriz.

Se trata de un síndrome caracterizado por un aumento significativo de la actividad motora, que puede oscilar desde una ligera inquietud hasta una verdadera tempestad de movimientos; más una alteración de la esfera emocional, que puede tener la tonalidad de la ansiedad severa, el pánico, la cólera, la euforia, etcétera⁽⁹⁾.

Es una urgencia en la que existe la necesidad de actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno; por este motivo estos episodios suelen requerir intervención terapéutica previamente al diagnóstico etiológico del episodio. Las recientes innovaciones en psicofarmacología han permitido ampliar el arsenal terapéutico en un área en la que existen pocos datos basados en la evidencia en cuanto a su correcto abordaje⁽²²⁾.

Es necesario hacer una distinción entre el paciente agitado y el paciente violento. Entendemos la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenazas, contra uno mismo, otra persona o un grupo, causando (o teniendo muchas probabilidades de causar) lesiones, muerte o daños psicológicos. Los pacientes agitados pueden presentar conductas violentas, aunque en general situaciones como la descrita arriba, suelen ser protagonizadas por sujetos que no pueden ser caracterizados como orgánicos ni como psiquiátricos, exceptuando aquellos que

padecen trastornos de la personalidad, como el antisocial o el límite⁽¹⁰⁾.

Etiología

La excitación psicomotriz (EPM) puede deberse a tres grupos de causas:

1- Delirium (síndrome confusional o síndrome cerebral agudo): su nota distintiva la constituye la afectación de la conciencia, representada por una alteración del nivel de alerta, una disminución de la atención, y la pérdida de la orientación, sobre todo la temporal. De acuerdo con la gravedad del cuadro, podemos encontrar, además, alteraciones de la memoria a predominio reciente, del lenguaje y del ciclo sueño-vigilia. La esfera emocional puede encontrarse afectada (ansiedad, miedo, labilidad, depresión).

Pueden encontrarse también síntomas psicóticos con contenidos delirantes, y alteraciones sensorio-perceptivas, como ilusiones o alucinaciones, de cualquier modalidad, aunque más frecuentemente visuales.

Hay que tener presente que el comienzo agudo y la fluctuación en la intensidad sintomática a lo largo del día (con mayor frecuencia de aparición al atardecer "síndrome de la puesta del sol"), son dos claves útiles para su diagnóstico.

Alta mortalidad (25-60 % a los 6 meses).

Tenemos que distinguir que la EPM puede formar parte de lo que conocemos como "Confusional excitado", en contraposición al cuadro opuesto, que se manifiesta con letargo y marcada disminución de respuesta a estímulos, y no se observa agitación ("Confusional hipoactivo"). Hay una tercera forma de presentación del Delirium, el tipo "mixto", que es el más frecuente y combina a los dos anteriores.

No hay que olvidarse que todo cuadro de Delirium se produce por una o varias causas orgánicas subyacentes (entidades "no psiquiátricas", abstinencia o intoxicación por drogas), por lo cual, para que el paciente recupere su lucidez, deberemos atender dichas causas⁽⁸⁾.

2- Trastornos psicóticos no asociados a Delirium: en estos cuadros la conciencia no se ve afectada, caracterizándose la clínica principalmente por la presencia de vivencias delirantes, alucinatorias o conductas desorganizadas. Los delirios suelen tener contenido más extraño que en el Delirium, y las alucinaciones son predominantemente auditivas. Los trastornos afectivos, incluyendo los cuadros de manía, se vinculan en menor medida a episodios de agitación, aunque pueden ocurrir.

Algunas enfermedades pueden producir cuadros psicóticos con agitación sin Delirium, por ejemplo la cerebritis lúpica, la psicosis corticoidea, el hipertiroidismo o la porfiria aguda intermitente, entre otras. Por otra parte, tanto accidentes cerebrovasculares como traumatismos de cráneo, tumores cerebrales y epilepsias parciales complejas, pueden presentar agitación sin Delirium. Lo mismo ocurre con el consumo de algunas sustancias, ejemplo alcohol, inhalantes, marihuana, barbitúricos y benzodiazepinas, entre otras⁽⁹⁾.

3- Trastornos no psicóticos con agitación, no asociados a Delirium:

- Trastornos de Ansiedad: los pacientes con crisis de angustia, con cierta frecuencia, pueden presentar episodios de agitación. Entre los otros trastornos de ansiedad, se puede observar que algunos pacientes con trastorno por estrés agudo/postrauumático pueden sufrir agitación.

- Trastornos de Personalidad: especialmente el antisocial y el límite pueden presentar episodios de agitación y violencia.

- Trastornos Adaptativos: bajo ciertas circunstancias estresantes o de gran demanda emocional, pueden presentarse episodios de agitación en personas vulnerables, sin psicopatología de base⁽⁹⁾.

Abordaje general del paciente agitado

Como hemos visto, hay una amplia variedad de circunstancias en las que los pacientes pueden presentar agitación, es por esto que se torna difícil determinar reglas estrictas o conductas fijas para la atención de estos casos. Sin embargo, es necesario contar con una protocolización mínima que permita disminuir el impacto institucional y profesional que estos pacientes presentan, y a la vez reducir el riesgo de demandas de responsabilidad profesional⁽⁹⁾. Es necesario que el lector tenga en cuenta que la secuencia que se expone a continuación no debe cumplirse estrictamente, sino que se tendrán presentes las particularidades clínicas del caso específico.

1- Control de la conducta/medidas de seguridad: como primera medida hay que tener en cuenta la seguridad, tanto la del personal interviniente como la del entrevistado. Este afianzamiento de la seguridad debe ser iniciado (siempre que fuese posible) por el ambiente donde la atención se llevará cabo. El consultorio debe contar con muebles sólidos y pesados, estando despejados de objetos de vidrios y decoración, que puedan resultar aptos como proyectiles. Asimismo se deberá cuidar la presencia de elementos de curación, cables o equipo quirúrgico, puertas y ventanas de vidrio, etcétera. Idealmente debería contar con dos puertas sin traba. En caso de una puerta, el/los entrevistador/es, deberá/n tener acceso a ella. También, es importante tener un sistema de llamada al exterior para

situaciones de emergencia. Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente y el médico se situará a una distancia prudente del mismo. El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador. Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación. Hay que recordar no exponerse a riesgos innecesarios. En casos extremos no esperar a que se presente una situación conflictiva para avisar al personal de seguridad o policía⁽⁹⁾.

Antes de tomar contacto por primera vez con el paciente, el entrevistador deberá intentar conocer todo lo posible sobre el mismo, a fin de valorar el riesgo de la situación y adoptar las siguientes medidas de seguridad personal:

- Quitarse collares, aros, anteojos, corbatas o pañuelos antes de iniciar entrevista, evitando el uso de todo objeto que pueda ser utilizado como arma (ejemplo: lapicera).

- Avisar al equipo tratante sobre entrevista con posible riesgo.

- No examinar jamás a pacientes que se encuentran armados.

- Nunca dar la espalda a paciente agitado o violento.

- Dirigirse al paciente de manera calma y pausada, mostrando interés en su relato, nunca ignorar ni criticar lo que comunique, manteniendo las manos a la vista (para evitar sospechas y reaccionar rápidamente para defensa ante una agresión).

- Evitar movimientos bruscos o súbitos, iniciando, en la medida de lo posible, la entrevista con temas neutrales o secundarios, y no con aquellos referentes al comportamiento del paciente.

- Nunca intentar "tocar" al paciente.

Por otra parte el entrevistador deberá estar atento a la presencia de los siguientes factores predictores de auto o heteroagresividad, basados en la observación de la conducta, información brindada por acompañantes, historia previa y el juicio clínico:

Violencia posible

- actividad motora
- gestos y actitudes
- sospecha consumo
- antecedentes de violencia
- hablar mas rápido
- subir el tono de voz
- ser sarcástico
- deambular o negarse a tomar asiento
- apretar la mandíbula
- alucinaciones

Violencia inminente

- cerrar los puños, mostrarlos y agitarlos
- levantar el puño por encima del hombro
- golpear la palma de la mano con el puño
- asumir posición de ataque
- expandir tórax
- buscar elemento utilizable como arma

2- Intervención para el control de la conducta (contención): las medidas de contención son el elemento básico inicial para intentar controlar la agitación, se deberá tener en cuenta que son un medio y no un fin en sí mismas, ya que deben ayudar a posibilitar la evaluación, diagnóstico y tratamiento. Se sugiere la siguiente secuencia:

- *Contención verbal:* si fuese posible, se constituye en el primer paso. Debe transmitirse al enfermo que se lo está tratando de ayudar frente a su enfermedad, evitando mostrar miedo para lo que se torna esencial disponer de las medidas de seguridad ya enunciadas, mostrándose permanentemente en control de la situación. Presentarse siempre como médico, sin mirar fijo a los ojos, usando un tono de voz calmado y neutro, escuchando y dejando hablar al paciente, utilizando preguntas cortas y directas, sin confrontar, discutir o desafiar al paciente. En caso de actitudes generadoras de miedo en el profesional, puede ser de utilidad comentarle al paciente que su conducta inadecuada genera temor.

Este tipo de contención puede ser efectiva en pacientes con agitación no psicótica y no asociada a Delirium. Es poco útil en dichos casos, en los cuales es necesario tomar las medidas que se presentarán a continuación.

- *Contención física/mecánica:* es un procedimiento que permite limitar los movimientos mediante sistema de inmovilización física. Se aplica ante fracaso de la medida anterior, o por seguridad, tanto del paciente como el entorno. Debe ser siempre temporal hasta lograr el control conductual o el resultado farmacológico esperado. En ancianos puede ser más efectiva y más segura que la sedación farmacológica. Jamás debe ser aplicado como castigo o medida de coerción. Es necesario contar con un equipo de no menos de cinco

personas para realizarla. Es mejor utilizar correas comercializadas de cuero o material textil, que vendas, sabanas o similares. De no disponer de un dispositivo específico, es necesario utilizar materiales que por su textura y dimensiones no lastimen la piel ni comprometan la circulación. Los nudos utilizados deben ser de fácil remoción, y la contención debe ser realizada en un ámbito separado de otros pacientes o familiares.

- *Técnica:* el jefe del equipo, que ocupará la cabeza del enfermo, indicará al paciente de modo claro, firme y asertivo que se va a proceder a su inmovilización, el equipo contará con una persona por cada extremidad y otro para el control de la cabeza. El sujeto será colocado de espaldas, las extremidades se deben sujetar con ambas manos proximalmente a las dos articulaciones distales (codo y muñeca). Se podrá sujetar con correas entre dos puntos (brazos y piernas contralaterales) o cinco puntos (extremidades y cintura) según la intensidad del cuadro. La cabeza se colocará ligeramente incorporada para evitar aspiraciones, dejando descubierto parte del tórax para supervisar respiración. Los sujetadores de cuero se deben aflojar cada 15 minutos para prevenir complicaciones vasculares.

Es imprescindible registrar minuciosamente en la historia clínica todos los motivos y circunstancias que motivaron el procedimiento de contención. Ante un cuadro de violencia extrema, la inmovilización debe ser realizada por personal de seguridad o policial. Para el seguimiento del paciente inmovilizado se deben aflojar periódica o rotatoriamente las ataduras, controlar signos vitales, al menos cada 30 minutos, asegurar correcta hidratación, vigilar vía aérea e higiene, y si va a ser prolongada, consultar con clínica médica sobre necesidad de anticoagulación.

3- Evaluación del paciente: el proceso debe ir encaminado a encuadrarlo en uno de los tres grupos etiológicos citados, y en especial, a descartar lo más rápido y eficazmente posible las causas que puedan suponer un riesgo vital para el paciente.

El proceso está conformado por:

- *Historia clínica:* intensiva anamnesis, recopilación de información de todas las fuentes disponibles, meticulosa y detallada enfermedad actual, consignando los diversos acontecimientos en el tratamiento, los fundamentos de las decisiones adoptadas y el tratamiento instituido.

- *Examen del estado mental:* prestando especial atención a los trastornos de la conciencia, evaluando para ello apertura ocular, habla y movimientos, tanto espontáneos, como respuestas a estímulos.

- *Examen físico y neurológico:* esenciales en pacientes con trastornos psiquiátricos agudos, y en especial, en el debut.

- *Laboratorio y otras pruebas diagnósticas:* si bien la sospecha clínica orienta de alguna manera el pedido de exámenes complementarios, parece razonable solicitar de rutina: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, calcio iónico, hepatograma, análisis de orina completa, y de acuerdo a las circunstancias, tóxicos en sangre u orina, niveles séricos de fármacos, serología, estudios por imágenes, etcétera.

4- Tratamiento farmacológico: se utiliza en la mayoría de las situaciones, más allá de las medidas citadas anteriormente. En general se inicia cuando los abordajes anteriores no son posibles o son dificultosos (por ejemplo agitación en el paciente confuso o psicótico), o cuando resultan insuficientes.

El tratamiento farmacológico del paciente agitado resulta complejo. En primer lugar, la necesidad de una rápida estabilización sinto-

mática limita la posibilidad de arribar a un diagnóstico etiológico previamente a la intervención (Elenitza, 2004), con los consiguientes riesgos de prescribir en un contexto clínico incierto. En segundo término, el ámbito de la emergencia dificulta las investigaciones clínicas, lo cual nos enfrenta ante la relativa escasez de evidencia empírica que guíe nuestra práctica. Las conductas terapéuticas para el manejo de la EPM, por lo tanto, presentan una gran variabilidad. Consideraremos dos aspectos fundamentales que inciden en la decisión del abordaje terapéutico: la vía de administración a utilizar; y la elección de la/s droga/s de acuerdo a la presunción diagnóstica y perfil de efectos adversos.

- *Vías de administración:*

· La vía endovenosa es sin dudas la de más rápida acción, pero su uso depende de que el estado del paciente permita su aplicación, y de que se cuente en la sala con el personal entrenado y el instrumental necesario para implementarla y monitorear sus posibles complicaciones (Elenitza, 2004; Rodríguez Maraño y col, 2004).

· La vía intramuscular combina los beneficios de una fácil aplicación y un relativamente rápido inicio de su acción terapéutica, por lo cual continúa siendo en nuestra práctica la vía más utilizada.

· Si bien los consensos actuales aconsejan siempre ofrecer en primer lugar una medicación por vía oral (Allen y col, 2005; Lukens y col, 2006), es muy frecuente que esto se vea imposibilitado por la falta de cooperación del paciente. Asimismo, estas recomendaciones se apoyan principalmente en la existencia de formulaciones orales de inicio de acción más rápido (soluciones, comprimidos sublinguales o comprimidos orales de desintegración rápida), no siempre disponibles en nuestro medio hospitalario. Por último, en el estudio de Pas-

cual y col (2006), es notable que si bien el 52 % de los pacientes aceptó la medicación oral, una segunda intervención fue necesaria en el 44 % de los casos, contra un 19 % de los que recibieron medicación intramuscular. Por lo tanto, la elección de esta vía para el tratamiento de la EPM debería considerar estas limitaciones y los riesgos inherentes a la severidad de la agitación en cada caso particular.

- *Elección de la/s droga/s:*

Con pocas excepciones, los grupos farmacológicos habitualmente prescritos para el tratamiento de la EPM son las benzodiazepinas (BZD) y los antipsicóticos típicos (AT) y atípicos (AA). No obstante, tanto en la práctica diaria como en las publicaciones, no existe un consenso unánime sobre las drogas específicas o su dosificación.

Distinguiremos, a los fines de la elección de las drogas, tres tipos de EPM, en base a la presunción diagnóstica realizada con las limitaciones de la evaluación en urgencias: la EPM relacionada con sustancias de abuso, la EPM secundaria a enfermedad médica, y la EPM en el contexto de un trastorno psiquiátrico primario, punto en el cual nos exhibaremos.

- EPM relacionada con sustancias de abuso:

Las benzodiazepinas serán de elección cuando se sospechen abstinencia por benzodiazepinas y/o alcohol, o intoxicación con estimulantes (cocaína, anfetaminas), por sus beneficios específicos y su seguridad (Rodríguez Marañón y col, 2004; Elenitza, 2004; Allen y col, 2005). Deberán evitarse en el caso de que exista intoxicación por cualquier sustancia sedativa, prefiriéndose en estos casos los AT (Elenitza, 2004).

El uso de AT para el tratamiento del delirium tremens podría ser indicado, en combinación con BZD, para los casos severos que no respondan al tratamiento inicial, pero algu-

nos autores han señalado que puede aumentar la duración del cuadro y su mortalidad (Mayo-Smith y col, 2004).

- EPM secundaria a enfermedad médica:

El AT haloperidol es considerado el tratamiento de elección por varios autores, por su probada efectividad en los casos de delirium, la escasa afectación del umbral convulsivo en los casos de daño cerebral, y su relativa seguridad en enfermos severos como insuficientes cardíacos o renales, o EPOCs (Rodríguez Marañón y col, 2004; Allen y col, 2005; Chevrollet y Jolliet, 2007). Las benzodiazepinas serían la opción más adecuada si hay un diagnóstico previo de epilepsia, si bien el uso de haloperidol en esos casos no está contraindicado (Rodríguez Marañón y col, 2004).

- EPM en trastornos psiquiátricos primarios:

Para la agitación en el contexto de un trastorno psiquiátrico primario, en ausencia de síntomas psicóticos, las benzodiazepinas serán suficientes, por vía oral o intramuscular (Rodríguez Marañón y col, 2004; Allen y col, 2005). Si el cuadro se acompaña de síntomas psicóticos, los antipsicóticos estarían específicamente indicados, solos o en combinación, aunque luego señalaremos algo respecto de las benzodiazepinas.

En nuestro medio los AT son los más utilizados, como lo prueba un estudio retrospectivo de Mizrahi y Iannantuono (2000), que los encontró en el 84% de las prescripciones, generalmente en combinación, aunque sin un patrón regular. Los AA (especialmente risperidona, olanzapina y ziprasidona), restringidos en nuestro medio por su alto costo, crecen en uso en otros países, tal como lo prueban estudios descriptivos (Pascual y col 2006), y las últimas revisiones y consensos (Allen y col, 2005; Yildiz y col 2003; Lukens y col 2006).

No obstante, las ventajas de los AA se ven con respecto a sus menores efectos adversos

extrapiramidales, y no a una mayor eficacia. Los efectos adversos extrapiramidales pueden minimizarse utilizando dosis bajas de AT, o potenciando su efecto con el agregado de una BZD. La combinación de haloperidol y lorazepam por vía intramuscular es sinérgica, con baja incidencia de efectos extrapiramidales, y sigue siendo una opción de primera línea para el tratamiento de la EPM en el contexto de un trastorno psiquiátrico (Allen y col, 2005; Yildiz y col 2003; Lukens y col 2006), además de encontrarse disponible en nuestro medio.

Por último, haremos mención a una interesante serie de ensayos clínicos realizada en Brasil e India, que consideramos importante por su aplicabilidad a la realidad de nuestra práctica. Luego de que un estudio descriptivo en hospitales psiquiátricos públicos de Río de Janeiro (Huf y col, 2002) mostrara que la EPM era tratada en el 83% de los casos con la combinación haloperidol/prometazina (5-10/25-50 mg) por vía intramuscular, se comparó esta opción con las administraciones intramusculares únicas de midazolam (TREC Collaborative Group, 2003); lorazepam (Alexander y col, 2004); haloperidol (Huf y col 2007); y olanzapina (Raveendran y col 2007). Los resultados mostraron que la combinación de haloperidol y prometazina es superior al haloperidol solo, tanto por su mayor rapidez de acción, como por la menor incidencia de extrapiramidalismo. Además, comparada con olanzapina, la combinación requirió menor frecuencia de nuevas dosis, sin presentar diferencias en los efectos adversos. Cuando se la comparó con las benzodiazepinas solas, ambas resultaron igualmente eficaces, aún con un alto número de psicosis en la muestra. La combinación actuó más rápido que el lorazepam (4mg), pero más lento que el midazolam (15 mg). Podríamos concluir que aún en casos de síntomas

psicóticos las benzodiazepinas solas pueden ser una opción válida en la EPM, y que la combinación haloperidol/prometazina resulta racional por su efectividad, bajo costo y pocos efectos adversos, si bien no fue probada contra la combinación haloperidol/lorazepam.

A continuación haremos una descripción de las formas de uso de los medicamentos más utilizados en nuestro medio. Recomendamos al lector tener en cuenta los términos citados con anterioridad.

Benzodiazepinas:

- Lorazepam: vía oral, intramuscular (buena absorción, ampolla de 4 mg) o endovenosa (sólo en situaciones donde estén dadas las condiciones citadas anteriormente y donde el cuadro clínico lo requiera, por ejemplo agitación por abstinencia alcohólica, realizándose con dilución en suero fisiológico en goteo lento), dosis mínima por toma de 1 a 2 mg, y máxima de 4 mg, con administración cada 30 o 60 min, y una dosis máxima diaria de 10-15 mg.
- Diazepam: intramuscular (absorción lenta y errática) o endovenosa (riesgo de flebitis), dosis de 5 a 10 mg cada 1 a 2 horas.
- Clonazepam: vía oral dosis de 0,5 a 1 mg cada 2 a 4 horas.

Antipsicóticos típicos:

- Haloperidol: vía oral o intramuscular (ampolla de 5mg), dosis mínima por dosis de 2 a 5 mg y máxima de 10 mg con una dosis diaria total no superior a 10 a 20 mg.
- Levomepromacina: vía oral o intramuscular (ampolla de 25mg), dosis diaria de 25 a 100 mg. Frecuentemente se lo combina con haloperidol y/o lorazepam.
- Prometazina: vía oral o intramuscular (ampolla de 25 mg), dosis diaria de 25 a 100 mg.

· Acetato de Zuclopentixol: vía intramuscular, dosis de 50 a 150 mg (ampolla 50mg), latencia para inicio de acción, el efecto dura 48 a 72 hs.

· Clotiapina: vía oral, 20 a 40 mg, se utiliza por su perfil sedativo.

Antipsicóticos atípicos:

· Risperidona: vía oral, en general combinada con benzodiazepinas por latencia para la acción, dosis mínima por toma de 0,5 mg y máxima de 2 mg, dosis máxima diaria 6 a 10 mg.

· Olanzapina: vía oral o intramuscular (ampolla de 10mg), dosis mínima de 2,5 mg y máxima de 10 mg, con una dosis máxima diaria de 20 a 30 mg (no combinar con benzodiazepinas por vía intramuscular).

· Ziprasidona: vía intramuscular (ampolla de 20mg), dosis de 10 a 20 mg repitiendo cada 2 o 4 hs. respectivamente. Dosis máxima diaria de 40 mg.

· Quetiapina: poco útil en urgencia por lenta titulación para alcanzar el rango terapéutico, vía oral 25 a 100 mg por dosis, dosis máxima diaria de 300-575 mg/día.

Manejo del paciente agitado en los distintos escenarios

En esta sección queremos remarcar algunos puntos acerca del abordaje del paciente con excitación psicomotriz que se encuentra internado o consulta en distintos ámbitos, basándonos principalmente en nuestra práctica diaria.

Es importante tener en cuenta que el manejo es, en general, similar al descrito anteriormente, y que solo nos basaremos en los puntos distintivos del abordaje en situaciones especiales.

1- Paciente agitado en sala general: la presencia de pacientes con algún grado de inquietud psicomotriz tiene una alta prevalencia en el hospital general, siendo lo más frecuente los cuadros de excitación asociados a delirium, por lo tanto, lo primero a tener en cuenta es el diagnóstico y tratamiento de la causa que éste generando este cuadro, como premisa básica para que cedan los posibles futuros episodios de agitación.

Como segundo punto podemos resaltar que, al menos en nuestro medio, una habitación del hospital polivalente no se encuentra preparada desde el punto de vista de la seguridad para abordar a un paciente agresivo, por lo que desde el primer momento nuestros esfuerzos se verán abocados a prevenir actos violentos hacia uno mismo o terceros (recordemos que en general las habitaciones son compartidas y que muchas veces el riesgo de agresión es también para otros pacientes). En este sentido es muy importante alertar al personal de seguridad del hospital para que se haga presente y se encuentre a la expectativa ante cualquier situación violenta que pudiera surgir.

Teniendo en cuenta estos dos puntos como elementos cardinales, podemos decir que el tratamiento farmacológico, con intenciones incisivas, se convierte en el primer objetivo, siendo los fármacos descritos para el abordaje general los que se utilizarán en la gran mayoría de los casos, recordando que para el Delirium hiperactivo la medicación que más evidencia favorable presenta es el Haloperidol.

2- Paciente agitado en unidad de cuidados intensivos: en este contexto los cuadros clínicos son más graves que en la sala general y la agitación está asociada casi siempre a Delirium. Además de las medidas descriptas para el manejo en sala general se tendrán que

tener en cuenta los efectos adversos de los psicofármacos utilizados (Haloperidol generalmente) siendo estos más frecuentes y más importantes, por lo que habría que ser más prudente en la dosis a utilizar e indicar la menor dosis posible que pueda lograr la disminución de la agitación del paciente, incluso cuando se use medicación sedativa para que el efecto sea menor y permita la evaluación clínica evolutiva continúa, tan importante en este ámbito.

3- Paciente agitado en la guardia del hospital general: en este ámbito es muy frecuente la consulta de pacientes con algún grado de excitación psicomotriz, y plantea en éste sentido un particular desafío para los médicos y resto del personal de guardia por la gran movilidad que generan en el ambiente y por la carencia de recursos que se presentan para tratarlos en muchas oportunidades. Otro tipo de desafío se genera a partir de que en los servicios de guardia generales los cuadros de agitación pueden responder a las más variadas situaciones clínicas (enfermedades médicas, intoxicaciones, abstinencias, descompensaciones psiquiátricas psicóticas o no psicóticas, etcétera) con la implicancia terapéutica que esto presenta.

Muchas veces se observa en este contexto que, por la sintomatología florida y ruidosa que presentan estos pacientes, el personal de atención (enfermeros, seguridad, incluso los propios médicos) menosprecia la situación, no haciendo una adecuada lectura semiológica ("la agitación como síntoma").

Las cuestiones relacionadas estrictamente con el tratamiento no varían de lo presentado en el abordaje general poniendo especial importancia en ésta primera impresión clínica para evitar la utilización de fármacos que puedan resultar perjudiciales en casos particulares.

4- Paciente agitado con demencia: las alteraciones conductuales o síntomas neuropsiquiátricos son muy frecuentes en los pacientes con demencia presentándose en el 90% de los casos durante la evolución, siendo entre ellos muy frecuentes la agitación y la agresividad (60-80%). Son los responsables de una mala calidad de vida de los pacientes, familia y/o cuidadores, y son en general, la causa de la institucionalización⁽¹⁰⁾.

En cuanto al tratamiento, como primer punto debemos identificar y tratar las causas reversibles de estos síntomas asociados a demencia. El cerebro humano en estos pacientes es más vulnerable a los efectos de estresores, ya sean psicológicos, físicos o cambios en el entorno, por lo que es muy importante realizar el diagnóstico diferencial con los cuadros de delirium.

Como segundo punto, la implementación de "estrategias conductuales", muchas veces modificando pequeñas cosas del ambiente se logran grandes beneficios que mejoran la calidad de vida, teniendo como ventaja principal, la de evitar riesgos con la utilización de medicamentos. Un entorno seguro, previsible, con una rutina marcada, son los mejores elementos de prevención para evitar generar aumentos innecesarios de estrés con la consecuente "desestabilización" del paciente.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas debemos priorizar un uso racional de psicofármacos, teniendo en cuenta que hasta el día de hoy la FDA no aprobó ningún fármaco para tratar la agitación, agresividad o psicosis asociada a demencia.

Dentro de las posibilidades medicamentosas debemos remarcar que los síntomas de agitación y/o agresividad pueden responder a los Inhibidores de la Acetilcolinesterasa con o sin memantine, siendo drogas muy bien toleradas por esta población de pacientes, aun-

que no se sabe aún si la mejoría conductual se da al disminuir el déficit cognitivo o es producto de mecanismos independientes.

Como segundo grupo farmacológico, y ante la falta de respuesta a los anteriores se utilizarán los antipsicóticos, entre éstos los atípicos (risperidona, olanzapina y quetiapina principalmente), ya que los típicos empeorarían la función cognitiva, y para los cuales, estos pacientes son más proclives a desarrollar efectos adversos extrapiramidales. Tanto típicos como atípicos han demostrado en estudios un aumento de la mortalidad (1,6-1,7) en relación a personas que no recibían estos fármacos (aunque no se pudo demostrar si era por la medicación o por mayor vulnerabilidad de los pacientes medicados), por lo que la elección se hará evaluando riesgo-beneficio, todavía a favor de los AA en agitación severa y con riesgo para pacientes y/o cuidadores. Siempre informar sobre el riesgo a la familia (consentimiento informado) y medicar con la menor dosis posible (olanzapina 2,5 mg/d, risperidona 1mg/d y quetiapina 50mg/d) por corto tiempo.

Las benzodiazepinas deberán ser usadas con precaución en ésta población, especialmente por el empeoramiento cognitivo, riesgo de caídas y reacciones paradójales que producen. De usarlas, elegir aquellas de vida media corta o intermedia, siendo la más estudiada el lorazepam tanto por vía oral como intramuscular, limitándose a crisis extremas de agitación y/o agresividad.

5- Paciente embarazada con agitación

Los cuadros de excitación psicomotriz que se presentan durante un embarazo suelen provocar gran ansiedad en el médico clínico. Debido a que no contamos con estudios controlados que evalúen la eficacia y la seguridad de los psicofármacos durante el embarazo y las posibles consecuencias negativas para

el feto, los médicos deben priorizar las estrategias de contención verbal como primera línea de tratamiento para el abordaje de dichos cuadros. Sólo cuando estas estrategias no farmacológicas resulten insuficientes se debería recurrir a los psicofármacos, tratando de utilizarlos en la menor dosis y por el período más breve posible.

Los dos grupos farmacológicos que cuentan con la mayor aceptación son los antipsicóticos y las benzodiazepinas, ya sean solos o combinados. Dentro de los AT, el haloperidol es el que posee el nivel de evidencia más alto por lo que suele ser el más utilizado en los servicios de urgencia. Un reciente estudio determinó la seguridad del haloperidol en 215 embarazadas y encontró porcentajes de malformaciones que no diferían entre el grupo expuesto y el grupo control. Además, cuenta con la ventaja de poder ser administrado por vía intramuscular. Otra alternativa válida es la prometazina, por su gran efecto sedante. En relación a los AA, al ser agentes más nuevos, poseen menos datos disponibles sobre su seguridad durante el embarazo. Teniendo en cuenta estas reservas, la clozapina, la risperidona y la olanzapina no se vincularon claramente con la aparición de ninguna anomalía congénita. Si bien la clozapina parece ser una droga bastante segura (Categoría B) su empleo no sería recomendable por el riesgo asociado de agranulocitosis. El aumento de peso que suele generar la olanzapina podría complicar el desarrollo del embarazo. Se publicó un informe de un caso de agenesia del cuerpo calloso en un bebé expuesto intraútero a risperidona⁽¹⁵⁾.

Las benzodiazepinas solas o combinadas con antipsicóticos también se usan para los episodios de excitación psicomotriz. Algunos estudios reportaron una asociación entre el uso de benzodiazepinas en el primer trimestre del

embarazo y la aparición de labio leporino y paladar hendido. A pesar de que estos datos fueron cuestionados, es preferible evitar su empleo durante el primer trimestre, por lo menos hasta la décima semana que es cuando se produce el cierre del paladar. También se deberían indicar con precaución en los momentos cercanos al parto ya que pueden generar un cuadro neonatal conocido como Floppy Infant Síndrome⁽⁷⁾.

Las restricciones físicas, reservadas para los casos más severos, pueden generar riesgos significativos para el embarazo por lo que se desaconseja su uso.

Otra situación que se debe tener en cuenta al momento de abordar dichos cuadros, es la posibilidad de que la paciente desconozca que está embarazada. Por esto, creemos que toda mujer en edad fértil que presente un cuadro de excitación psicomotriz debe ser considerada como posible embarazada a la hora de ser medicada, previniendo de esta forma posibles consecuencias negativas.

Conclusiones

La excitación psicomotriz se constituye como uno de los principales síndromes que se presentan en todos los ámbitos médicos y que plantea en general un dilema para el médico tratante que debe obrar con rapidez debido al riesgo que conlleva la tardanza en la implementación de un tratamiento adecuado.

Como medida básica y primordial en dicho tratamiento se encuentra la de preservar la seguridad tanto del personal tratante como la del paciente o terceros que pudieran intervenir en el episodio, como por ejemplo pacientes contiguos en sala general.

Una vez tomados los recaudos desde el punto de vista de la seguridad se intentará una contención verbal para la cual se deberá ac-

tuar con mucha prudencia, y que en general no suele ser efectiva, menos aún cuando estos cuadros son secundarios a Delirium, como en general ocurre en el Hospital General.

De no haber funcionado la contención verbal se continuará con la contención física la cual consta de una serie de pasos que deberán respetarse a fin de evitar complicaciones y/o lesiones secundarias a esta indicación registrándose la misma en historia clínica.

A la hora de hablar del tratamiento medicamentoso, podemos concluir que el mismo se instalará cuando la situación lo permita, siendo necesario en la mayoría de los casos, y constando en general de la aplicación de antipsicóticos típicos, sobretodo haloperidol en cuadros asociados a enfermedad orgánica, antipsicóticos atípicos, menos frecuentemente y en formulaciones de rápida acción, y de benzodiazepinas, solas o asociadas a los anteriores, en especial en cuadros relacionados con abuso o abstinencia de sustancias.

Como vimos éstas situaciones de emergencia pueden presentarse en diferentes contextos, ya sea guardia general, guardia psiquiátrica, sala general, unidad de cuidados intensivos, consultorio externo, etcétera, y en diferentes tipos de paciente, respecto de la edad, enfermedades orgánicas comórbidas, abuso de sustancias, antecedente de tratamiento psiquiátrico, enfermedad psiquiátrica primaria, etcétera, por lo que el médico o equipo tratante, deberá realizar, conjuntamente con su accionar terapéutico, una aproximación diagnóstica que permita una mejor implementación de dicho tratamiento y que a la vez sirva como punta pie inicial para la secuencia de operaciones que lleven a un diagnóstico certero una vez cedido el cuadro agudo, ya que, recordemos, la excitación psicomotriz no constituye una enfermedad en sí misma.

Bibliografía

- Alexander J, Tharyan P, Adams CE, John T, Mol C, Philip J (2004); Rapid tranquilisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting: a pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam versus haloperidol plus promethazine. *British Journal of Psychiatry*;185:63-69.
- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP (2005); The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. Nov; 11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
- American Psychiatric Association; "Guías para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, Trastornos por consumo de alcohol"; Ars America; Washington; 2008
- Cervera Enguix A. y col.; "Manual del residente de psiquiatría"; Litofinter SA; Madrid; 1997.
- Chevrolet JC, Jolliet P (2007); Clinical review: agitation and delirium in the critically ill. Significance and management. *Critical Care*, 11:214 (doi:10.1186/cc5787)
- D'Alessandro H. y col.; "Urgencias en Psiquiatría"; Editorial Corpus; Rosario, 2008.
- Einarson, A. y Boscovik,R.; "Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy"; *Journal of psychiatric practice*; Vol. 15. N° 3; 2009.
- Elenitza I (2004); Tratamiento farmacológico de la excitación psicomotriz. En: Wikinski S, Jufe G; El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires, Médica Panamericana, pp 245-250.
- Falcoff, A.D; Fantin, J.C; "Manual de clínica y terapéutica en psiquiatría"; Letra viva; Buenos Aires; 2009
- Halsband, S. A.; "Agresividad, manifestaciones clínicas y tratamiento psicofarmacológico"; Editorial Polemos ; Primera edición ; Bs. As.; 2008
- Huf G, et al (2002); Current practices in managing acutely disturbed patients at three hospitals in Rio de Janeiro-Brazil: a prevalence study. *BMC Psychiatry*, 2:4. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/2/4>
- Huf G, Coutinho ESF, Adams CE (2007); Rapid tranquilisation in psychiatric emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*;335:869-876
- Jufe S., Wikinski S.; "El tratamiento farmacológico en psiquiatría"; Ed. Panamericana; Buenos Aires; 2004.
- Kaplan, H; Sadock, B.J.; "Sinopsis de Psiquiatría"; Editorial Waverly Hispánica S.A; Washington; 2006.
- Ladavac, A. et al.; "Emergency management of agitation in pregnancy"; *General Hospital Psychiatric*; 29, 39-41; 2007.
- Lukens TW et al (2006); Clinical Policy: Critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med*;47:79-99
- Mayo-Smith MF, et al (2004); Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence based practice guideline. *Arch Intern Med*;164:1405-1412
- Mizrahi R, Iannantuono R (2000); Estudio retrospectivo sobre el tratamiento de la excitación psicomotriz en un hospital neuropsiquiátrico. *Psicofarmacología*. 1(5):14-17
- Moizeszowicz, J.; "Psicofarmacología Psicodinámica IV, Actualizaciones 2007"; Paidós; Buenos Aires; 2007
- Monchablón Espinosa, A.; Marchant, N.F., Tratado de Psiquiatría; Editorial Grupo Guía S.A; Buenos Aires; 2006.
- Pascual JC et al (2006); Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas. *Actas Esp Psiquiatr*. 34(4):239-244.
- Peralta, C.; Salazar, M.; Pastor, J.; Tratado de Psicofarmacología, Bases y aplicación clínica; Editorial Panamericana; Madrid; 2005.
- Raveendran NS, Tharyan P, Alexander J, Adams CE (2007); Rapid tranquilisation in psychiatric emergency settings in India: a pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ*;335:865-
- Rodríguez Marañón M, Catalán Alcántara A, Salazar Vallejo M (2004); El paciente en agitación psicomotriz. En: Salazar Vallejo M, Peralta Rodrigo C, Pastor Ruiz J (eds); Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Madrid, Médica Panamericana, pp 141-144.
- TREC Collaborative Group (2003); Rapid tranquilisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*;327:708-713.doi:10.1136/bmj.327.7417.708.
- Yildiz A, Sachs GS, Turgay A (2003); Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J*;20:339-346.