

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Dra. M^a Llanos Conesa Burguet
Médica adjunta del Servicio de Psiquiatría

Es un cuadro de hiperactividad psíquica y motora desorganizada, a veces agresiva y violenta, que se acompaña de alteraciones afectivas (ansiedad, irritabilidad, exaltación, euforia) y del pensamiento (deshinibición, incoherencia).

ETIOLOGÍA

- **Trastornos mentales orgánicos:** tóxicas (alcohol, anticolinérgicos, digoxina, corticoides, lidocaína, ansiolíticos, drogas psicoestimulantes, opiáceos), metabólicas (encefalopatía hepática y urémica, hipoglucemia, hiponatremia, hipo e hipercalcemia, acidosis, déficits vitamínicos), neurológicas (accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, infecciones del sistema nervioso central, enfermedad de Alzheimer u otras demencias, tumores cerebrales, trastornos del lóbulo frontal, trastornos epilépticos...).
- **Psiquiátricos:** psicosis (esquizofrenia, trastorno delirantes, episodios maníacos...), episodios depresivos (sobretodos con síntomas psicóticos), trastornos de la personalidad (antisocial, límite, paranoide, histriónico), trastornos de ansiedad (crisis de angustia severas, episodios disociativos...).

ANAMNESIS

Es preciso obtener la máxima información sobre el episodio, tanto por parte del paciente como por la de los familiares. Se debe recoger información sobre si es la primera vez, las circunstancias en que sucedió, forma de inicio (brusca o progresiva), consumo de alcohol y/o tóxicos, antecedentes psiquiátricos, antecedentes orgánicos y medicación.

TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO	TRASTORNO MENTAL PSIQUIATRICO
Antecedentes orgánicos Síntomas físicos previos Síndromes confusionales, alucinaciones visuales Inicio brusco No se evidencia relación con acontecimientos estresantes personales Pueden ser <u>causados</u> por consumo de tóxicos	Antecedentes psiquiátricos Alteraciones de conducta previas No síntomas confusionales marcados Inicio insidioso y progresivo Frecuente existencia de AE personales Pueden ser <u>desencadenados</u> por consumo de tóxicos

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE AGITADO

- **SEGURIDAD**, situar al paciente en habitaciones vacías y retirar acompañantes, situarse cerca de la puerta.
- **NUNCA** dejar al paciente sólo ó en una habitación que no esté bajo supervisión de seguridad y/o celador y/o personal sanitario.
- Mostrar **CALMA Y SEGURIDAD**, actitud firme y segura pero no actuar de forma provocativa.
- **EMPATIZAR** al mismo tiempo que **APLICAR LÍMITES**.
- El primer paso es la **CONTENCION VERBAL**, el paciente puede tranquilizarse hablando.
- En agitaciones severas, **CONTENCION MECÁNICA**.
- Un paciente en contención mecánica **NUNCA** debe quedarse sólo.

EPISODIOS PSICOTICOS

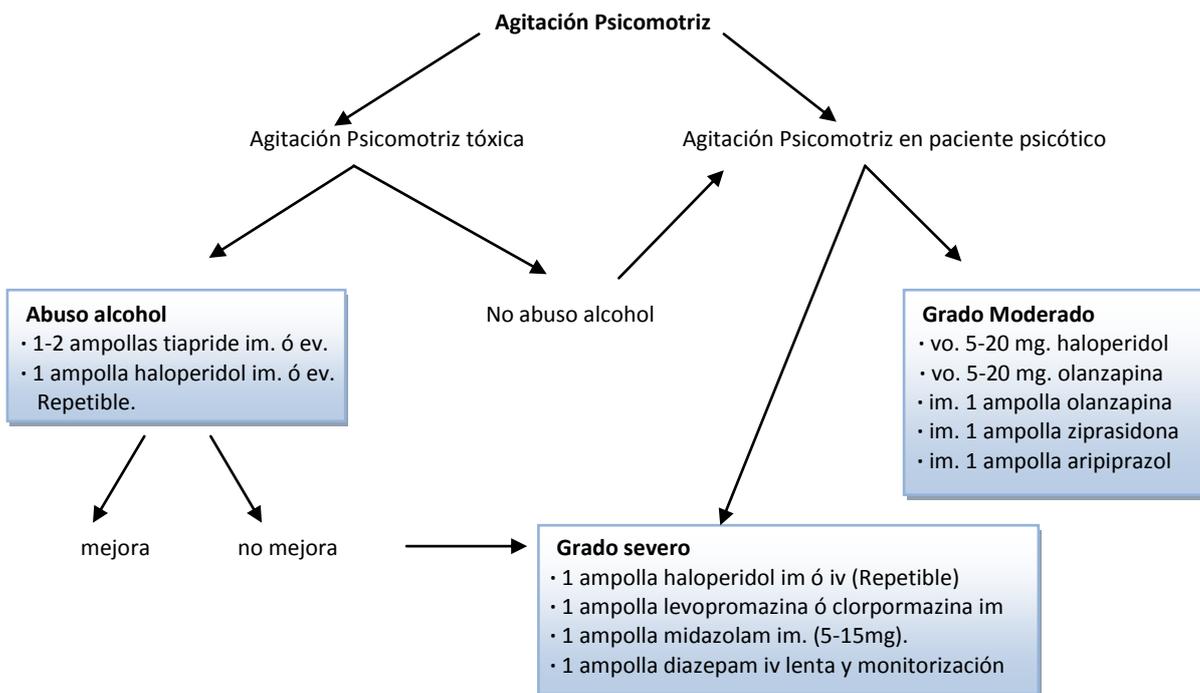
Clásicamente se han utilizado los neurolepticos (antipsicóticos clásicos o convencionales), pero en la pasada década ha comenzado a aparecer el término de "atípico", que buscan mejorar la eficacia de los clásicos, en cuanto que favorecen la remisión de los síntomas negativos de la esquizofrenia, remisión de la patología refractaria y disfunción cognitiva, reducir las secuelas neuroendocrinas (como el aumento de los niveles de prolactina), reducir los efectos secundarios cardiovasculares, reducción o inexistencia de efectos secundarios extrapiramidales (EEP) y, en general, mejorar la calidad de vida del paciente.

- **Antipsicóticos convencionales o clásicos:**
 - Fenotiazinas alifáticas:
 - clorpromazina, levopromazina.
 - piperidínicas: tioridazina (Meleril[®], ahora ya retirado).
 - piperazínicas: flufenazina.
 - Butirofenonas: haloperidol.
 - Difenilbutilpiperidinas: pimozide (Orap[®]).
 - Tioxantenos: zuclopentixol.

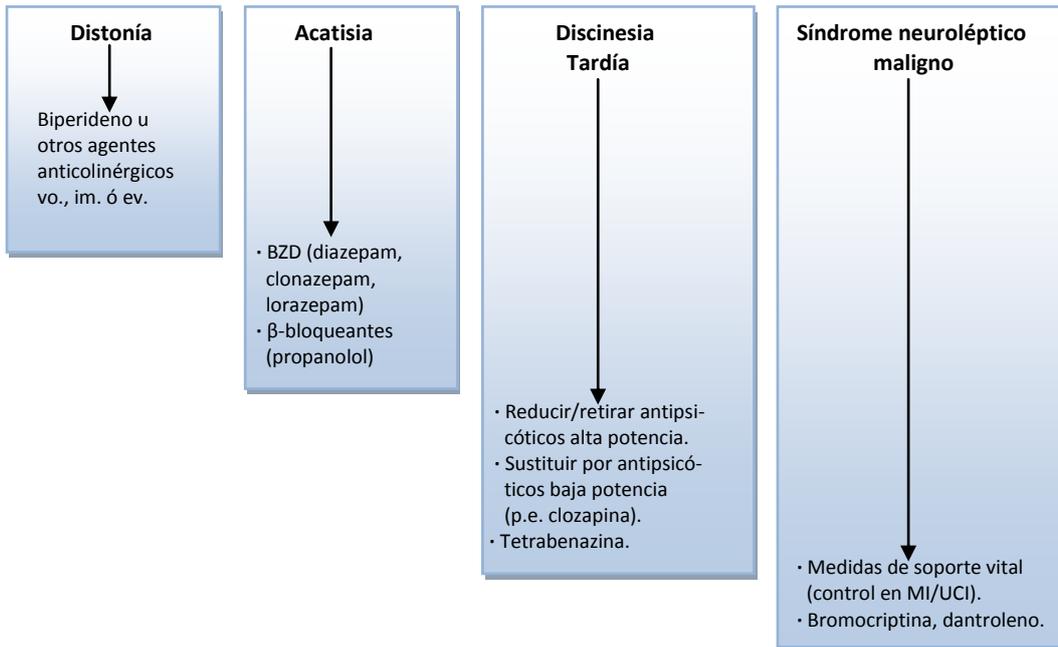
- **Nuevos antipsicóticos o antipsicóticos atípicos:**
 - Benzisoxazol: risperidona.
 - Dibenzodiazepinas: clozapina, olanzapina.
 - Dibenzotiazepina: quetiapina.
 - Benzamidas: sulpiride, tiapride, amisulpride.
 - Otros: ziprasidona, aripiprazol.

	CLASIFICACIÓN	DOSIS HABITUAL	POTENCIA ANTIPSICÓTICA	SEDACIÓN	EEP	EFFECTOS ANTICOLINÉRGICOS	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA
Clorpromazina Largactil®	Clásico	25-100 mg. vo. 25mg vial im.	+	+++	+	+++	+++
Levopromazina Sinogan®	clásico	25-100mg. vo. 25mg vial im.	+	+++	+	+++	+++
Haloperidol Haloperidol®	clásico	25-100mg.vo. 5-10mg.im./ev.	+++	+	+++	+	+
Flufenazina Modecate®	clásico	25 mg. im. cada 14-28 días	+++	+	+++	+/-	+
Zuclopentixol Clopixol®	Convencional	50 mg. im. (acufase)/3 días	+++	+++	+++	+	+
Olanzapina Zyprexa®	atípico	5-10 mg. vo. 10 mg. im.	++	++	+/-	++	+/-
Risperidona Risperdal®	atípico	3-10 mg. vo./día	+++	+	++	+	+
Quetiapina Seroquel®	atípico	100-600 mg.vo./día	+	+++	+/-	+/-	+
Ziprasidona Zeldox®	atípico	20 mg. im. 1 vial im.	+++	+	+	+	+
Aripiprazol Abilify®	atípico	9.75 mg. im. 1 vial im.	++	+	+	+	+
Amisulpride Solian®	atípico	400-800 mg. vo/día	++	+	+	-	+

En un inicio, y si el paciente acepta la vía oral, se puede administrar un antipsicótico de rápida absorción bucodispersable (p.e. zyprexa velotab). Si no es posible la vía oral, los antipsicóticos nuevos de administración im. (olanzapina, ziprasidona, aripiprazol), ofrecen un efecto rápido (15-30 minutos), ausencia de efectos secundarios extrapiramidales o de sedación extrema. En caso de que persista el estado de agitación se pueden administrar los antipsicóticos clásicos de acción sedante más intensa (haloperidol, levopromazina, clorpromazina). En ocasiones se asocia un antipsicótico de alta potencia (p.e. haloperidol), con otro de baja potencia y de carácter más sedativo (levopromazina, clorpromazina) con la finalidad de disminuir la posibilidad de efectos secundarios extrapiramidales.



Siempre hay que monitorizar que el paciente no manifieste efectos secundarios extrapiramidales o anticolinérgicos:



Las benzodiazepinas por vía oral o parenteral pueden administrarse junto a un antipsicótico de elevada potencia con la misma finalidad de maximizar el estado de sedación del paciente. En caso de administración por vía ev. se debe monitorizar la máximo el riesgo de depresión respiratoria.

En caso de sobreingesta alcohólica se deben evitar los antipsicóticos clásicos sedativos y las benzodiazepinas, ya que interaccionan los efectos depresores de ambos. La sedación en estos pacientes requiere el uso de antipsicóticos clásicos o nuevos con baja capacidad sedativa.

TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS

- Evitar el uso de neurolépticos sedativos con propiedades anticolinérgicas (clorpromazina, levopromazina).
- Haloperidol vía oral ó parenteral se utiliza con bastante margen de seguridad. Otros neurolépticos con menores riesgos de efectos extrapiramidales son risperidona (risperdal[®]), olanzapina (zyprexa[®]), quetiapina (seroquel[®]), ziprasidona im. (zeldox[®]) y aripiprazol (abilify[®]) im.
- En general evitar agentes anticolinérgicos: biperideno, trihexifenidilo...
- En agitaciones postalcohólicas u otras drogas depresoras del SNC evitar benzodiazepinas y neurolépticos sedativos (clorpromazina, levopromazina....).

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

- **En crisis leves:** Benzodiazepinas vo.
- **En agitaciones severas (episodios disociativos, agitación en depresión...):** levopromazina ó clorpromazina vo. ó im., olanzapina vo. ó im., ziprasidona im., aripiprazol im., ó en casos graves haloperidol vo. ó parenteral.