

Agitación psicomotriz

M^a Jesús García Álvarez ¹, Rosendo Bugarín González ².

Gerencia de gestión Integrada de Santiago de Compostela.

¹ Psiquiatra.

² Médico de familia.

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 73-77

DEFINICIÓN

La agitación psicomotriz se define como un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia de intencionalidad aparente. En ocasiones se asocia a manifestaciones de agresividad y puede acompañarse de distintos síntomas y signos, configurándose como una entidad sindrómica. Puede, además, ser un síntoma y/o un signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos.

Es una urgencia médica y probablemente se trate de la urgencia psiquiátrica domiciliaria más frecuente.

Su intensidad es variable, desde una mínima inquietud psicomotriz hasta suponer una tempestad de movimientos aparentemente des coordinados y sin finalidad alguna. Puede suponer un peligro para el enfermo y/o para su entorno, lo que incluye al personal sanitario. Resulta imprescindible realizar un diagnóstico diferencial entre la agitación orgánica y psiquiátrica (ver tabla 1). También es importante distinguir la agitación de la violencia. La violencia en sí, se circunscribe al campo de la conducta humana, forma parte del repertorio esperable en nuestra especie y está sujeta al marco legislativo de nuestro ámbito cultural. Asimismo, hay que diferenciar la agitación del cuadro confusional agudo o delirium (ver tabla 2). En este último caso, los pacientes pueden presentar estados de agitación pero también cuadros letárgicos o de escasa respuesta a estímulos, lo que complicará además su reconocimiento.

ABORDAJE DEL PACIENTE AGITADO

La secuencia de actuación médica ante un paciente agitado sigue una jerarquía de objetivos:

1. Control de la conducta del paciente.
2. Evaluación médica.
3. Instauración de tratamiento.

1. CONTROL DE LA CONDUCTA

Valoración de riesgos

¿Es un lugar seguro para realizar una entrevista con un paciente agitado?, ¿hay objetos arrojadizos en el mismo?, ¿disponemos de fácil acceso al exterior de la estancia?, ¿disponemos de algún medio que nos permita solicitar ayuda en caso de precisarla?, ¿nos sentimos seguros para realizar la entrevista solos?, ¿existe sospecha de que el paciente pueda portar armas?, ¿observamos síntomas de intoxicación?, ¿es un paciente conocido por haber protagonizado episodios de violencia? En función de estas condiciones realizaremos la entrevista acompañados por personal de enfermería y/o avisaremos a las Fuerzas de Seguridad explicando la situación. Es importante tener en cuenta que medidas de seguridad desproporcionadas pueden suponer un incremento de la agitación del paciente.

Actitud del personal médico y de enfermería

El médico será el interlocutor, llevando a cabo, si las circunstancias lo aconsejan, un intento de abordaje verbal que le permita al paciente la recuperación progresiva del autocontrol, y al personal sanitario manejar la situación. Algunos aspectos importantes a tener en cuenta:

1. Debemos presentarnos como los médicos que le vamos a atender y tenemos intención de ayudarlo. Es útil que el paciente sienta que el médico tiene el control de la situación y que no se percibe amenazado por ésta.
2. Intentaremos aparentar calma, hablando con tranquilidad y serenidad. Pretendemos rebajar la tensión.
3. Mantendremos siempre la observación del paciente, escuchando lo que dice y permitiéndole expresar los motivos de sus temores o enfado, sin entrar en confrontaciones ni discusiones.
4. Respetaremos la distancia interpersonal que nos permita e informaremos de cómo vamos a proceder en cada momento. Por ejemplo, no le tocaremos sin advertirle de que vamos a hacerlo y de cuál es el motivo, como coger una vía, tomar la tensión, ayudarlo a desvestirse para ser explorado, etc.

5. Explicaremos al paciente el objetivo final de nuestra actuación: que él se sienta mejor.

6. Si no resultase efectiva la intervención verbal logrando la contención del paciente, se procedería a la intervención involuntaria, bien con aplicación de tratamiento farmacológico sedativo o bien con contención física ayudados por las Fuerzas de Seguridad. En ambos casos será necesario e imprescindible explicarle al paciente el objetivo pretendido, esto es, disminuir el nivel de tensión para que pueda encontrarse mejor. Para la contención física se suelen necesitar un mínimo de cuatro personas, siendo el número ideal de cinco, para el control de la cabeza y de cada extremidad.

2. EVALUACIÓN MÉDICA

El error más grave que se puede cometer ante un paciente agitado es suponer que es de origen psiquiátrico y obviar las posibles causas orgánicas, algunas potencialmente letales en poco tiempo.

Realizar una historia clínica detallada

1. Antecedentes médicos y quirúrgicos.
2. Antecedentes psiquiátricos: tratamiento actual, cambios recientes y grado de cumplimiento.
3. Consumo y abstinencia de tóxicos: incluir además del alcohol y los tóxicos ilegales, la valoración de posible abuso de fármacos.
4. Características del episodio actual: cronología sintomática, posibles

factores precipitantes.

Exploración física y psíquica

Diagnóstico diferencial

Se abordarán los diagnósticos diferenciales mencionados, para un adecuado abordaje terapéutico (Tablas 1, 2, 3 y 4).

Son de gran valor semiológico las alteraciones del nivel de conciencia ya que son prácticamente patognomónicas de patología orgánica. También la presencia de alucinaciones visuales nos debe hacer pensar en un origen somático.

Las causas orgánicas se detallan en la tabla 4 y son más frecuentes en ancianos, sobre todo en aquellos con deterioro cognitivo. En este grupo de pacientes se deben descartar con premura las causas potencialmente letales: hipoxia, hipoglucemia, arritmias, encefalopatía hipertensiva, intoxicaciones y meningitis. Las infecciones urinarias y respiratorias son muy frecuentes. Es común la deshidratación y la sobredosificación de psicofármacos. En los jóvenes destaca el consumo y abstinencia de sustancias tóxicas.

Ante la sospecha de etiología orgánica, las pruebas complementarias rutinarias en Atención Primaria son la glucemia capilar, la pulsioximetría y el electrocardiograma.

TABLA 1. Diagnóstico diferencial grosero entre agitación orgánica y agitación psiquiátrica. Evaluación del estado mental.

	Agitación orgánica	Agitación psiquiátrica
Nivel de conciencia	Fluctuante, alteración de conciencia (obnubilación sobre todo nocturna)	No suele fluctuar. Conciencia clara
Comportamiento	Inquieto, actitud exigente, vocífera, demanda ayuda, se arranca vía/sonda	Puede existir hostilidad o agresividad verbal hacia acompañantes o interlocutor
Habla ("forma")	Discurso incoherente	Tono elevado, verborreico, disgregado, fuga de ideas en episodio maniaco
Humor	Fluctuante, lábil	Disforia o euforia
Contenido del pensamiento	Confusión mental, alucinaciones visuales, delirio + actividad ocupacional, ideación delirante (especialmente de perjuicio)	Alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio en esquizofrenia o trastornos delirantes o megaloides en la manía
Estado cognitivo	Desorientación temporoespacial, amnesia completa del episodio	Orientación temporoespacial generalmente no afectada
Otros datos	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica	Antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos

TABLA 2. Anamnesis y datos de observación en la entrevista del delirium

Afectación funcional	Datos en la entrevista
Vigilancia	Observar habla y movimientos espontáneos y en respuesta a estímulos. Llamar al paciente por su nombre, estimulación verbal, táctil...
Atención y memoria	Es necesario repetir preguntas, sigue contestando a una pregunta previa...
Orientación	Desorientación autopsíquica (nombre, edad, dirección) Desorientación alopsíquica (lugar en el que se encuentra, día del mes, de la semana, hora aproximada)
Desorganización ideica	Tendencia al pensamiento concreto con dificultad para la abstracción Imposibilidad para formular ideas complejas. Habla incoherente. Puede expresar ideas paranoides
Distorsiones perceptivas	Falsas identificaciones (ej. asegura que nos conoce y/o se dirige a nosotros con familiaridad). Alucinaciones visuales (señala un objeto/persona inexistente en la estancia), ilusiones (señala un objeto existente pero afirma que se trata por ej. de un roedor)
Ciclo sueño-vigilia	El acompañante informa de insomnio, de empeoramiento nocturno, no distingue entre sus sueños y la realidad.
Psicomotricidad	Está vigilante, hiperalerta, reacciona de manera desproporcionada a cualquier estímulo. Grita, tanea la camilla, recoge objetos inexistentes. La variante hipoactiva muestra escasa actividad espontánea y ésta es perseverante
Afectividad	Lábil, con cambios de humor. Perplejo, apático, indiferente.
Otras alteraciones	Disartria, ataxia, temblor irregular de posición, mioclonías multifocales, asterixis.

TABLA 3. Diagnóstico diferencial básico

Datos clínicos	Delirium	Demencia	Psicosis
Inicio	Brusco	Insidioso	Variable
Curso en 24 horas	Fluctuante durante el día. Empeoramiento nocturno	Estable durante el día	Estable
Nivel de conciencia	Alterado	No alterado	No alterado excepto psicosis tóxica
Atención	Deteriorada	Normal excepto severidad	Puede estar alterada (por ej. focalizada en alucinaciones auditivas)
Alucinaciones	Visuales	Ausentes	Auditivas
Delirios	No estructurados Fluctúan	A menudo ausentes	Sistematizados y mantenidos
Orientación	Deteriorada	Deteriorada	Alterada si hay doble orientación (delirante y la esperable para el contexto)
Discurso	Incoherente	Perseverante. Pobre. Dificultades afásicas	Variable pero no incoherente (aunque pueda resultar no comprensible semánticamente)
Movimientos involuntarios	A menudo presentes	A menudo ausentes	Presentes si secundarismos extrapiramidales

TABLA 4. Principales causas orgánicas de agitación psicomotriz

<p>Trastornos endocrino-metabólicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipoglucemia/Hiperoglucemia - Hipoxia, hipercapnia - Acidosis - Trastornos electrolíticos: Na, K, Mg, Ca - Encefalopatía hepática - Encefalopatía urémica - Hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo - Insuficiencia suprarrenal aguda - Otros 	<p>Enfermedades neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía hipertensiva - Accidente cerebrovascular - Tumores - Meningitis y encefalitis - Traumatismo craneo-encefálico - Crisis comiciales - Otras
<p>Fármacos y tóxicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicofármacos (hipnóticos, ansiolíticos, anticolinérgicos) - Simpáticomiméticos - Corticoides - Sustancias de abuso (alcohol, cocaína, opiáceos, alucinógenos, anfetaminas...) - Síndromes de abstinencia - Otros 	<p>Otras causas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Enfermedades tumorales - Enfermedades autoinmunes - Déficits vitamínicos - Reacciones anafilácticas - Otras

3. INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Tratamiento etiológico

El que corresponda en cada caso, siempre que sea posible.

Tratamiento farmacológico en el síndrome de agitación

1. Aunque no siempre es posible, se debe tratar de anteponer el diagnóstico a cualquier tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz.
2. El tratamiento del cuadro confusional agudo o delirium consiste en la identificación de su causa y la corrección de la misma.
3. En el tratamiento sintomático se usan dos tipos de fármacos: benzodicepinas (BZD) y neurolépticos (NRL) típicos y atípicos, realizando siempre un balance riesgo-beneficio y utilizando como vía de administración, si resulta posible, la vía oral. (Tabla 5). Para valorar la efectividad de la dosis inicial, se deben esperar 20-30 minutos antes de administrar una segunda dosis. Ante el uso de benzodicepinas por vía parenteral se debe tener siempre a mano su antídoto, el flumazenil.

TABLA 5. Fármacos más utilizados en el manejo de la agitación

Principio activo	Posología	Vía de adm.	Observaciones	Ventajas
Lorazepam 1 y 5mg	1-2mg. Repetir cada 0,5-2 horas si es necesario	vo	BZD contraindicadas en miastenia gravis, insuficiencia respiratoria severa e insuficiencia hepática grave. Se dispone de antídoto (flumacenil)	No tiene metabolito activo
Midazolam amp 5mg	5-10mg	im	Iguals contraindicaciones que lorazepam. Además, riesgo de prolongación de semivida en plasma, por tener un metabolito activo	Absorción muy rápida
Haloperidol amp 5mg, comp. 10mg; 10 gotas = 1mg	3-10mg. Repetir a la hora si es necesario	vo/im	Primera elección Secundarismos extrapiramidales en función de la dosis y de vulnerabilidad basal (por ej. demencia).	Útil en situaciones de riesgo por ej. gestación (categoría C)
Levomepromazina (típico)	20 mg. Repetir a las 2 hora si es necesario	im	Segunda elección (riesgo de hipotensión) Extrapiramidalismo menos frecuente que haloperidol. Somnolencia.	Efecto sedante

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA URGENTE

La práctica totalidad de los pacientes que presenten un cuadro de agitación psicomotriz serán derivados al medio hospitalario, una vez logrados los objetivos expuestos en su manejo, que garanticen la seguridad del paciente y la nuestra propia.

Podemos considerar la derivación para estudio ambulatorio por médico de Atención Primaria y psiquiatra, en pacientes inmovilizados, terminales,... siempre que la probable causa etiológica del cuadro sea identificada, la situación clínica (intensidad del cuadro) del paciente permita el manejo en el domicilio por su cuidador, y la instauración del tratamiento etiológico sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Balanza J, Bautista S, Costero A. Urgencias psiquiátricas. En: Chamorro L. Guía de Manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 233-50.
- Miró O, Vázquez M. Agitación psicomotriz. En: Moya MS, Piñera P, Maríné M. Tratado de Medicina de Urgencias. Madrid: Ergon; 2011. p. 795-800.
- Molina T, Jiménez L, Jiménez L, Montero FJ, Martínez M. Agitación psicomotriz. En: Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 409-14.