

# El paciente Agitado

Dr. Javier Gómez Silva

SPMI

Abril 2024



- 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 confuso, y generalmente demandante u hostil, suele generar profundas reacciones en el personal sanitario que puede, por esto, ver comprometido su accionar.





Existe una tendencia 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

# Ocurre en

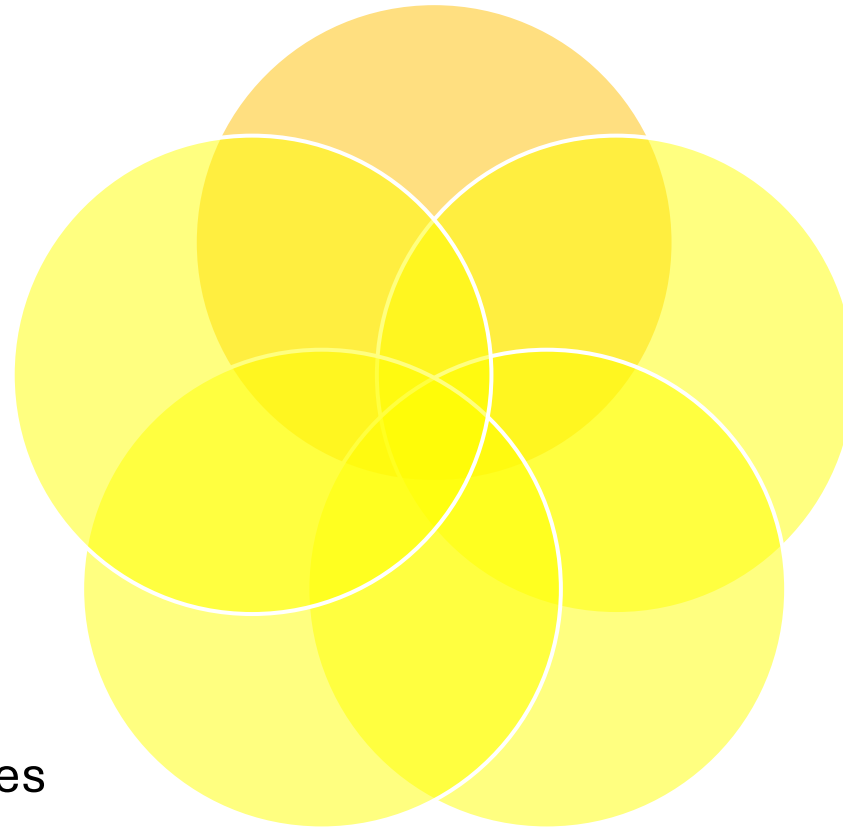
10 % de los pacientes  
que acuden a las  
instituciones  
psiquiátricas de  
urgencia

71 % de los  
pacientes en UTI

11 al 50 % de los  
pacientes con  
lesiones  
craneoencefálicas  
traumáticas,

93% de los pacientes  
con Demencia

67 % de los  
pacientes con  
Delirium,





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.



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

- 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





Es una urgencia en la que existe la necesidad de actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno



Suelen requerir intervención terapéutica previamente al diagnóstico etiológico del episodio



Es necesario hacer una distinción entre el paciente agitado y el paciente violento

# Pasos para el manejo



Desescalada verbal como tratamiento de primera línea para agitación



Tratamiento de condiciones médicas asociadas



Farmacoterapia que trata la etiología más probable de la agitación



Evaluación psiquiátrica apropiada



Minimización del daño corporal



# 1. Desescalada



La desescalada se puede definir como una combinación de medidas tanto verbales como no como estrategias no verbales destinadas a ayudar al paciente a calmarse para cooperar con la evaluación y tratamiento del servicio



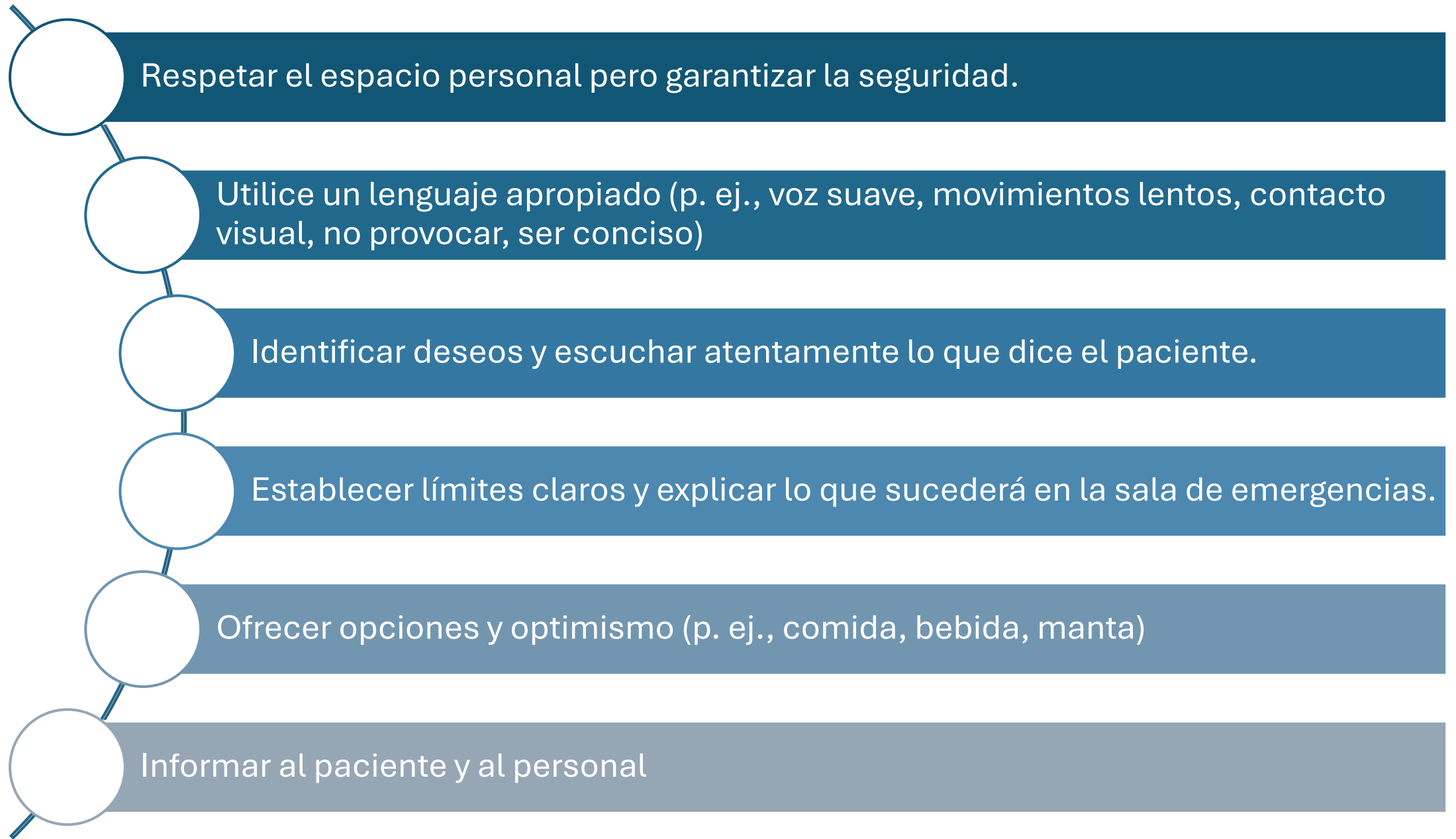
Contacto visual y entablar cualquier conversación probablemente reduzca la escalada



Herramienta poderosa para reducir la agitación del paciente



Requiere una actitud empática y paciente





## 2. Evaluación Médica

- La evaluación médica evalúa y busca de “**señales de alerta**” (p. ej., signos vitales anormales, traumatismos, y examen neurológico anormal) relacionados con problemas potencialmente mortales que necesita atención inmediata.
- Se realiza una evaluación más exhaustiva una vez que el paciente esté más tranquilo y sea seguro hacerlo.



La respuesta del paciente a la desescalada y el nivel de agitación determinará el siguiente paso.



Pueden estar indicados estudios de diagnóstico **para evaluar** causas médicas de la agitación del paciente o **secuelas** del estado de agitación del paciente como deshidratación, rabdomiólisis, insuficiencia renal y compromiso respiratorio

Traumas

Infecciones

Tóxicos

Respiratorio

Cardiovascular

Alteraciones  
metabólica/  
Endocrinas

Termorregulación  
alterada

Afectación del  
SN

Psiquiátrico

# A considerar



una etiología médica en pacientes con enfermedad psiquiátrica conocida pero cuya presentación es inconsistente con presentaciones psiquiátricas previas.



Adultos sin antecedentes psiquiátricos previos, o que sean inmunocomprometidos

# 3. Evaluación Psiquiátrica



El objetivo de esta evaluación inicial no es hacer un diagnóstico psiquiátrico definitivo sino ayudar a determinar la causa probable. de la agitación del paciente para guiar las intervenciones preliminares.




La presencia de síntomas psicóticos (p. ej., alucinaciones, delirios, desorganización del pensamientos) influirán en la elección de medicamentos si es necesario para el control de los síntomas.

# 4. Farmacoterapia


Múltiples opciones farmacológicas.



Los medicamentos pueden ayudar a aliviar los síntomas de agitación si no hay buena respuesta a las medidas no farmacológicas.



Los fármacos están destinados a “calmar” al paciente sin sobredosificación, lo cual es una preocupación importante en pacientes de mayor riesgo (p. ej., ancianos).



Por lo tanto, se recomienda la dosis más baja posible en estos individuos





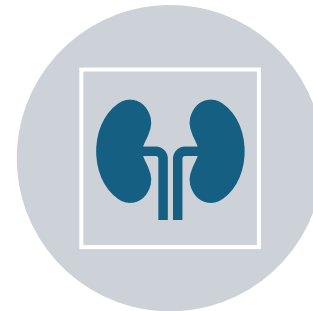
Cuando sea posible, el paciente debe participar en la decisión el tipo y vía de administración.



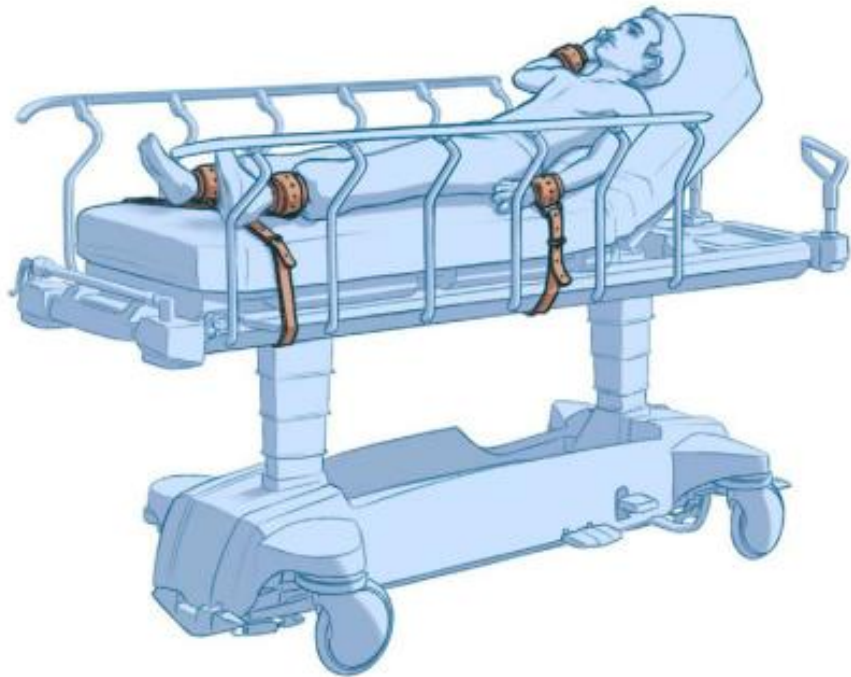
Los medicamentos orales son menos caro, más humano y generalmente tan efectivo como los parenterales.



Se prefiere la vía oral a la intramuscular si el paciente puede cooperar y tolerar su administración.



A veces, ofrecer al paciente comida u otra medida de apoyo puede facilitar su cooperación con la toma de medicamentos



- Los fármacos son necesarios en la restricción física del paciente a fin de prevenir lesiones y complicaciones asociadas al resistirse a la sujeción.
- Evita las consecuencias negativa por sus sus efectos sedantes y a veces amnésicos



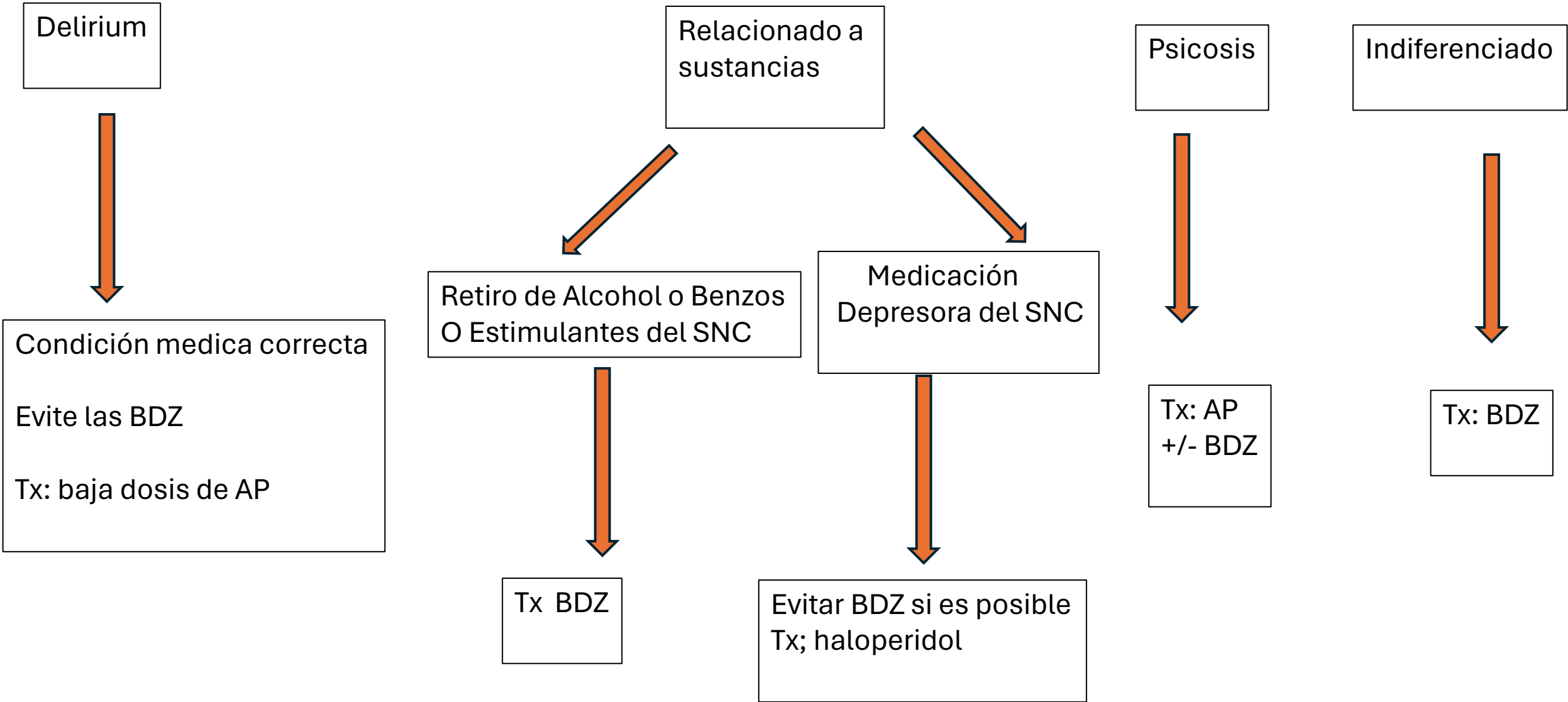
Los medicamentos más utilizados en la agitación aguda son los antipsicóticos y las benzodiazepinas.



Recientemente se agregó ketamina a esta lista para pacientes severamente agitados.



La etiología de la agitación influye en la elección de medicamentos



Delirium



Condición medica correcta  
Evite las BDZ  
Tx: baja dosis de AP

Relacionado a sustancias



Retiro de Alcohol o Benzos  
O Estimulantes del SNC



Tx BDZ



Medicación Depresora del SNC



Evitar BDZ si es posible  
Tx; haloperidol

Psicosis



Tx: AP  
+/- BDZ

Indiferenciado



Tx: BDZ

**TABLE 3** Pharmacology for the agitated patients<sup>11,35,38-52</sup>

Category	Generic name	Trade name	Dose	Time of onset(min)
First generation antipsychotic	Haloperidol	Haldol	Mild: 2.5 mg PO	30
			Moderate: 5 mg PO	30
			Severe: 5 mg IM	30
	Droperidol	Inapsine	Severe: 5 mg IM or IV	15
Second generation antipsychotic	Olanzapine	Zyprexa	Mild: 5 mg ODT	≤60
			Moderate: 5–10 mg ODT	≤60 15–45
			Severe: 10 mg IM	
	Risperidone	Risperdal	Mild: 1 mg ODT	≤60
			Moderate: 2 mg ODT	≤60
	Ziprasidone	Geodon	Severe: 10–20 mg IM	15–30
Benzodiazepines	Lorazepam	Ativan	Mild: 2 mg PO	20–30
	Midazolam	Versed	Mild:	13–18
			Moderate: 5 mg IM or 2.5 mg IV	15 (IM) 5 (IV)
			Severe: 10 mg IM or 5 mg IV	15 (IM) 5 (IV)
Dissociate anesthetic	Ketamine	Ketalar	1–2 mg/kg IV or up to 5 mg/kg IM	1–2 (IV); 3 (IM)

**TABLE 3** Pharmacology for the agitated patients<sup>11,35,38-52</sup>

Category	Generic name	Trade name	Dose	Time of onset(min)	Comments
First generation antipsychotic	Haloperidol	Haldol	Mild: 2.5 mg PO	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Highest risk of EPS; administer with benztropine, diphenhydramine, lorazepam, OR promethazine can decrease risk and need for repeated doses. Avoid 3 drug therapy.</li> <li>• Increased risk for QTc prolongation with IV route.</li> <li>• May lower seizure threshold</li> <li>• May repeat in 0.5–4 h. MAX: 30 mg/day</li> </ul>
			Moderate: 5 mg PO	30	
			Severe: 5 mg IM	30	
	Droperidol	Inapsine	Severe: 5 mg IM or IV	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increased risk for EPS and QTc prolongation</li> <li>• Administer with 5 mg of midazolam. MAX: 10–20 mg/day</li> </ul>
Second generation antipsychotic	Olanzapine	Zyprexa	Mild: 5 mg ODT	≤60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoid concomitantly use of benzodiazepines within 1 h</li> <li>• MAX: 20 mg/day</li> </ul>
			Moderate: 5–10 mg ODT	≤60	
			Severe: 10 mg IM	15–45	
	Risperidone	Risperdal	Mild: 1 mg ODT	≤60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Works best in patients with undifferentiated agitation or substance use related agitation (except for CNS depressant intoxication).</li> <li>• Highest risk for EPS of SGAs. Can cause orthostatic hypotension.</li> <li>• May repeat every 4–6 h. MAX not established but caution above 10 mg/d.</li> </ul>
			Moderate: 2 mg ODT	≤60	

Benzodiazepines	Lorazepam	Ativan	Mild: 2 mg PO	20–30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slowest onset and longest duration of all benzos.</li> <li>• Used for undifferentiated agitation but use with caution in patients with CNS depression (eg, ethanol intoxication).</li> <li>• For severe agitation, can give midazolam 5 mg IM with haloperidol or droperidol 5 mg IM.</li> </ul>
	Midazolam	Versed	Mild:	13–18	
			Moderate: 5 mg IM or 2.5 mg IV	15 (IM) 5 (IV)	
			Severe: 10 mg IM or 5 mg IV	15 (IM) 5 (IV)	
Dissociate anesthetic	Ketamine	Ketalar	1–2 mg/kg IV or up to 5 mg/kg IM	1–2 (IV); 3 (IM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Can cause emergence reaction, bronchorrhea and laryngospasm (rare). May increase intubation rate.</li> <li>• Typically used for severely agitated patients such as excited delirium. Can increase HR, CO, BP</li> </ul>

Abbreviations: BP, blood pressure; CO, cardiac output; EPS, extrapyramidal symptoms; HR, heart rate; IM, intramuscular; IV, intravenous; ODT, orally disintegrating tablets.

# Conclusión

- 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.





- Recordar que 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





---

**Muchas Gracias !!!**







- Los antipsicóticos de segunda generación (ASG) tienen menos síntomas extrapiramidales que los antipsicóticos de primera generación.
- A menudo se coadministran benzodiazepinas o antihistamínicos con antipsicóticos de primera generación para contrarrestar estos efectos.
- Las benzodiazepinas se administran para los síntomas de agitación debidos a la intoxicación, especialmente los estimulantes,
- Se prefieren los antipsicóticos para los síntomas Intoxicaciones por depresores del sistema nervioso central como alcohol

- Los pacientes con agitación debida al alcohol o a las benzodiazepinas con abstinencia se tratan con benzodiazepinas.
- Las benzodiazepinas también son recomendado para pacientes con agitación indiferenciada; sin embargo, Los antipsicóticos pueden ayudar si hay síntomas psicóticos presentes. Dosis baja
- Los antipsicóticos también son el fármaco de elección en pacientes agitados con Delirio si los síntomas persisten a pesar de los intentos de tratar la causa subyacente.
- la etiología y las intervenciones no farmacológicas son insuficientes.
- La Tabla 3 resume los medicamentos más utilizados para la agitación en
- el servicio de urgencias