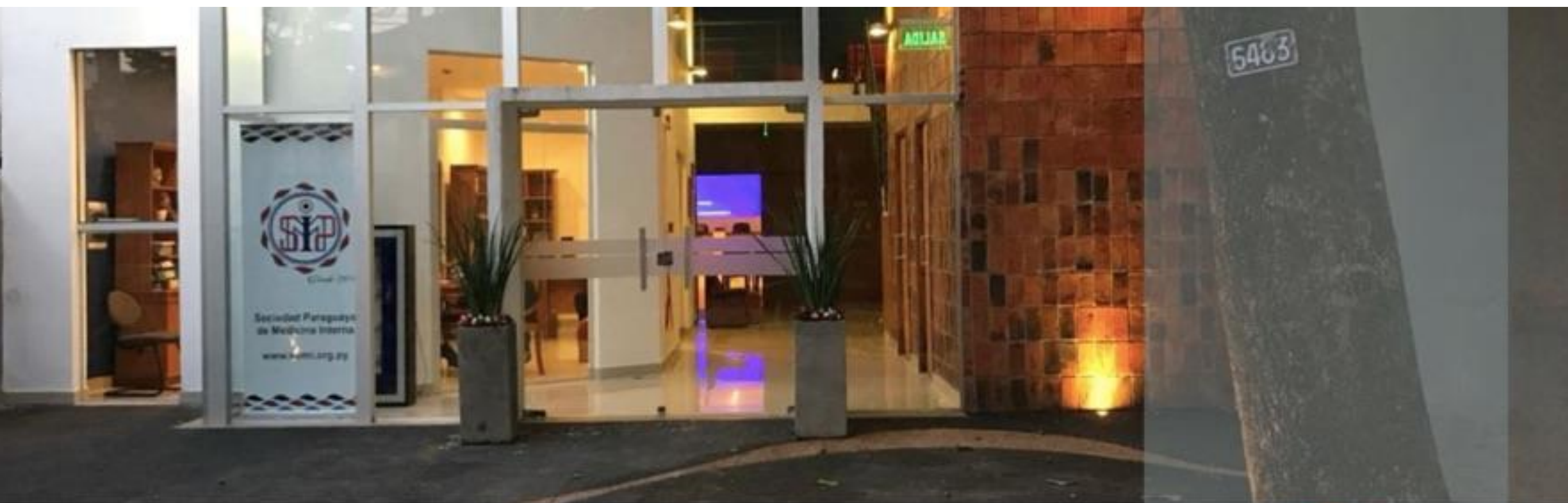




SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA



Manejo de la Agitación

Dr. Victor Adorno
@dr.victoradorno



Agitación – Caso Clínico

- Varón de 42 años, que acude al servicio de urgencias por sensación de palpitaciones, temblor y nerviosismo de 12 horas de evolución.
- Su mujer refiere que desde anoche se encuentra agresivo, con amenazas verbales hacia la mujer, verborreico, irritable con el hijo, y no ha podido dormir desde hace 2 días a pesar de que se ha tomado benzodiazepinas en casa.
- APP:
 - Bebedor diario de 2 latas de cerveza al día.
 - Fumador de 20 cigarrillos/día
 - Consumidor de Cocaína (aunque niega consume desde hace unas semanas)
 - Síndrome ansioso-depresivo (en seguimiento en Unidad de SM) en tto con Escitalopram y Clonacepam.
- Debido a la agitación psicomotriz que el paciente presenta, se explica a la familia que el paciente recibirá un tratamiento para relajarlo y ver como evoluciona. Paciente se muestra irritable, nervioso, inquieto. Por momentos alza la voz y se muestra demandante pidiendo que le den algo para dormir.
- Se realiza contención verbal y se le ofrece BDZ.. Paciente acepta y se administra BDZ via oral.
- Se re-evalúa al paciente a los 15 minutos y a la hora de evolución.
- Luego de 1 hora disminución de niveles de agitación e irritabilidad.
- Se ajusta esquema via oral y luego de 2 horas va a la casa.
- **Dx: Síndrome abstinencia a la cocaína y BDZ**

Agitación – Caso Clínico

- Varón 74 años de edad, casado, vive con su mujer, su hija, el yerno y dos nietos.
- MC: Agitación Psicomotriz y heteroagresividad verbal y física.
- Su familia refiere que desde hace aproximadamente 3 años viene presentando un cuadro de alteraciones conductuales. El paciente es llevado a urgencias por la Policía tras un episodio de agitación psicomotriz en su domicilio con agresividad verbal y amenazas físicas hacia su familia con arma blanca.
- APF: ----
- APP: intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal.
- AREA: Cuadro clínico de aproximadamente 2 años de evolución caracterizado por importantes trastornos de conducta, cambio en su personalidad, conductas de desinhibición y episodios de amenazas verbales y físicas en su medio socio-familiar, sobre una personalidad de base caracterizada por un gran autoritarismo, y conductas de tipo impulsivo. La familia refiere persistencia de malos tratos a su esposa desde hace varios años.
- Paciente No colabora, se agita durante la entrevista. Se intenta contención verbal, paciente se agita y se realiza contención física y recibe medicación IM (Haloperidol +Midazolam). Por la edad y vulnerabilidad queda internado en Sala Corta Estancia.
- Evaluación Física: s/p. Laboratorio: s/p. ECG: s/p
- TAC cerebral: Atrofia cerebral cortical y profunda. Encefalopatía arteriosclerótica subcortical.
- Dx: Trastorno Neurocognitivo – Demencia FTP?

Agitación - Definición - Epidemiología

- **Definición**

- **Actividad verbal y/o motora excesiva** (Citrome, 2002)
- **Inquietud motora acompañada de tensión mental** (Battaglia, 2005)
- **La agitación es un síndrome, no una enfermedad en sí, y se asocia a muchos trastornos del SNC, neurológicos y psiquiátricos**

- **Datos epidemiológicos escasos**

- **5 millones de adultos con trastornos psicóticos en Europa** (Wittchen et al., 2011)
- **3 millones de adultos con trastorno bipolar en Europa** (Wittchen et al., 2011)
- **1,7 millones de emergencias psiquiátricas anuales con agitación** (Sachs, 2006)
- **61,9 % de ingresos en pacientes con esquizofrenia son por agitación** (Orta et al, 2007)
- **87,9 % de pacientes con trastorno bipolar presentan agitación** (Serreti et al., 2005)

Citrome, Postgrad Med 2002; 112(6):85-8, 94-6

Battaglia, Drugs 2005; 65:1207-22.

Wittchen et al., Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21:655-679

Sachs, J Clin Psychiatr 2006; 67(Suppl 10):5-12

Orta J et al., 15th European Congress of Psychiatry 2007

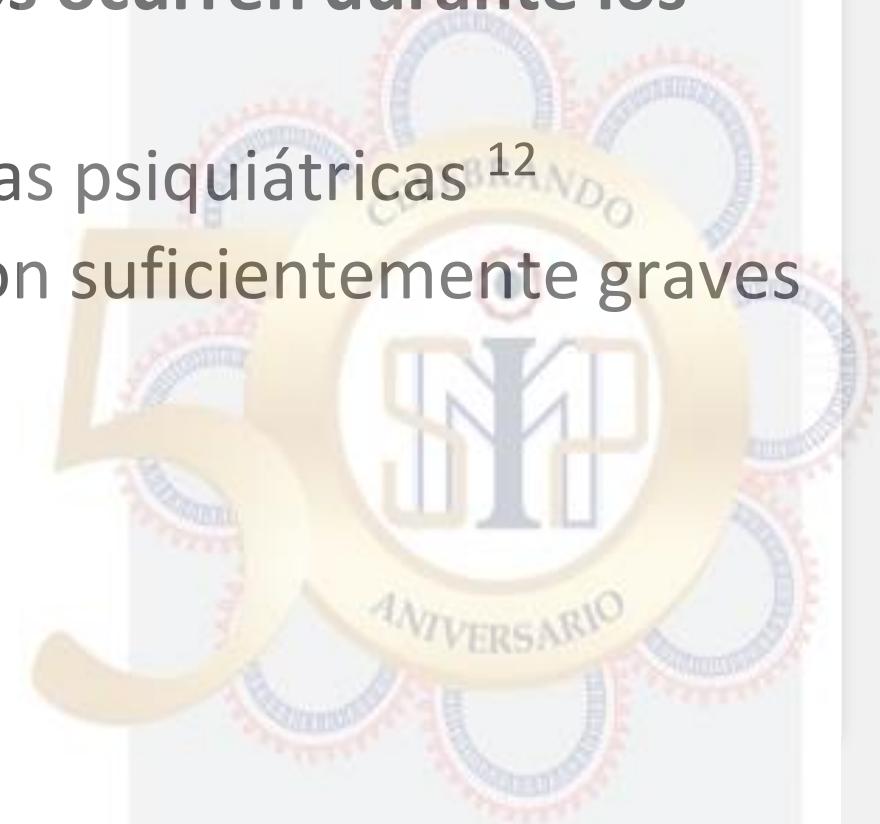
Serreti et al., J Affect Disord 2005; 85:159-166

Agitación - Riesgos a la seguridad.

- **La agitación puede escalar de forma impredecible** ^{1, 2}
 - Los estudios muestran que la agitación estuvo presente en el 30% - 82 % de los casos antes de incidentes violentos de los pacientes psiquiátricos. ³⁻⁹
- **La agitación a menudo precede a la violencia hacia los demás y hacia uno mismo.**
 - 1/5 de los pacientes que se auto dañan requieren tratamiento médico. ¹⁰
- **2/3 de las lesiones del personal con pacientes agitados ocurren durante los procedimientos de contención.** ¹¹
 - 8 asaltos personal / año en los servicios de urgencias psiquiátricas ¹²
 - La mayor parte resultado en lesiones al personal son suficientemente graves como para faltar al trabajo.

1.Citrome L. *Emergency Psychiatry: Principles & Practice*. 2008. 137-147.
2.Bruch S, Zeller S. *Emergency Psychiatry: Principles & Practice*. 2008. 117-124.
3.Owen C, et al. *Psychiatr Serv*.1998;49:1452-1457.
4.Powell G, et al. *Br J Psychiatry*.1994;165:107-112.
5.Sheridan M, et al. *Hosp Community Psychiatry*.1990;41:776-780

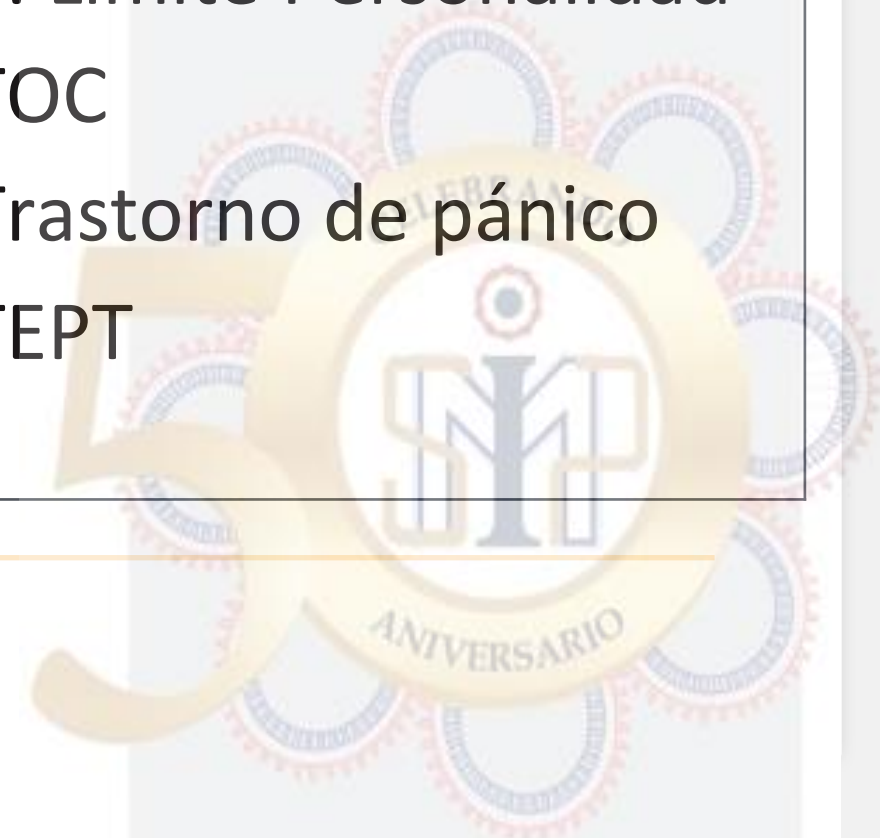
6. Whittington R, et al. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.1996;3:47-54.
7. Aiken GJ. *Med Sci Law*. 1984;24:199-207.
8. Lee HK, et al. *Hosp Community Psychiatry*.1989;40:1295-1297.
9. Crowner ML, et al. *Psychiatr Q*. 2005;76:243-256.
10. Foster C, et al. *J Adv Nurs*. 2007;58(2), 140-149.
11. Carmel H, Hunter M. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:41-46.
12. Currier GW, Allen MH. *Psychiatr Serv*, 2000;51:717-719.



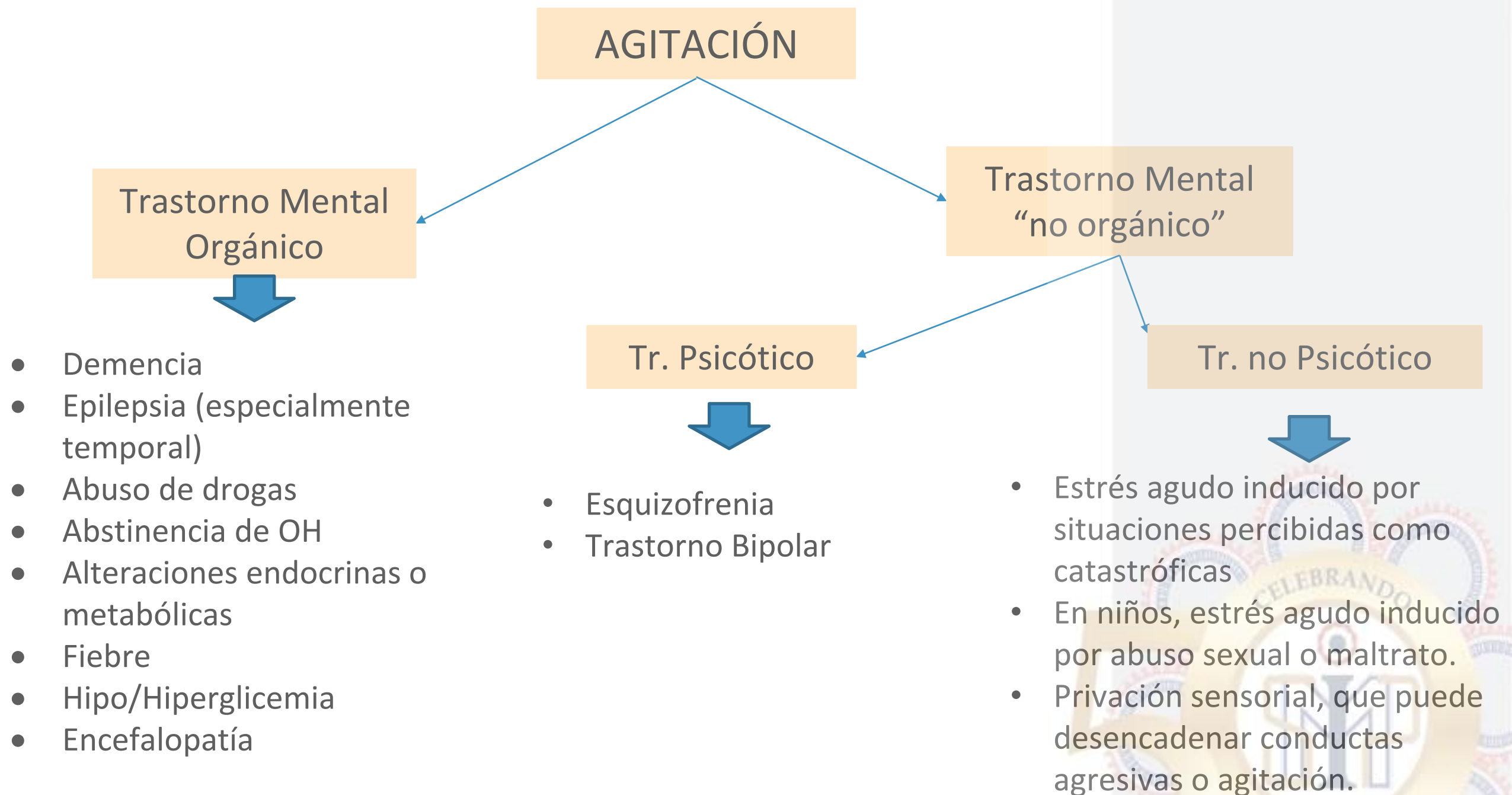
Agitación - Condiciones asociadas a la agitación.

- Una amplia diversidad de patologías pueden cursar con agitación

Causas Médicas	Toxicidad	Trastornos Psiquiátricos
• Tirotoxicosis • Encefalitis • Meningitis • Sepsis • Trauma Encefálico • Demencia • Delirium • Convulsiones	• Intoxicación - Alcohol - Drogas ilegales • Abstinencia alcohol	• Esquizofrenia • T. esquizoafectivo • Trastorno Bipolar • T. Límite Personalidad • TOC • Trastorno de pánico • TEPT



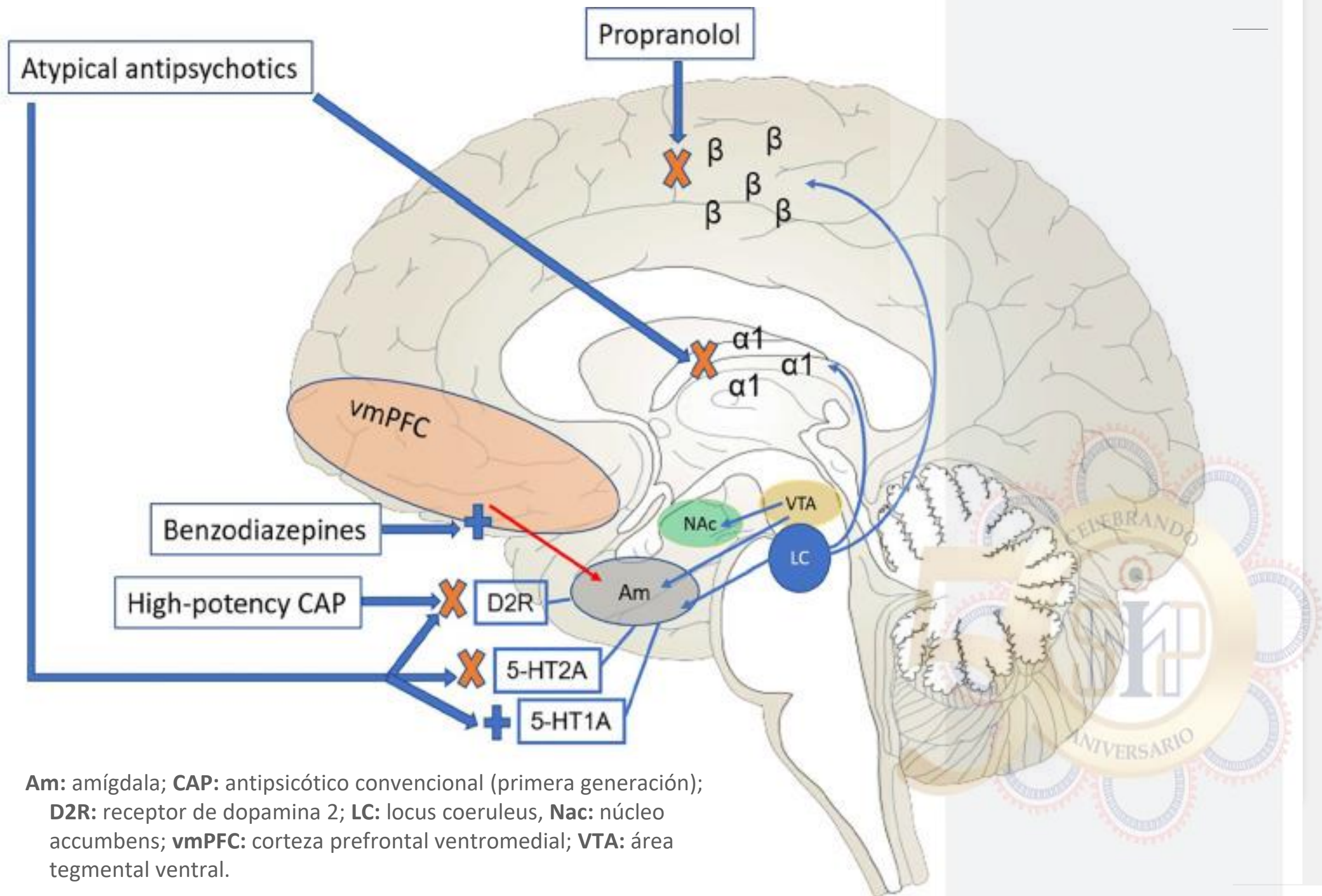
Agitación - Etiología



Agitación - Fisiopatología

- No existe etiología y fisiopatología común
- Sin embargo, se cree que el mecanismo fisiopatológico involucrado en la psicosis y posiblemente la agitación, está relacionado con hiperdopaminergia en los ganglios basales
- Algunas vías serotoninérgicas pudieran modular la actividad dopaminérgica cortical a través de receptores 5-HT2A
- Sustancias que reducen el tono dopaminérgico o noradrenérgico o que aumentan el tono serotoninérgico o GABAérgico, atenuarían la agitación, independiente de la etiología la mayoría de las veces

Agitación - Fisiopatología

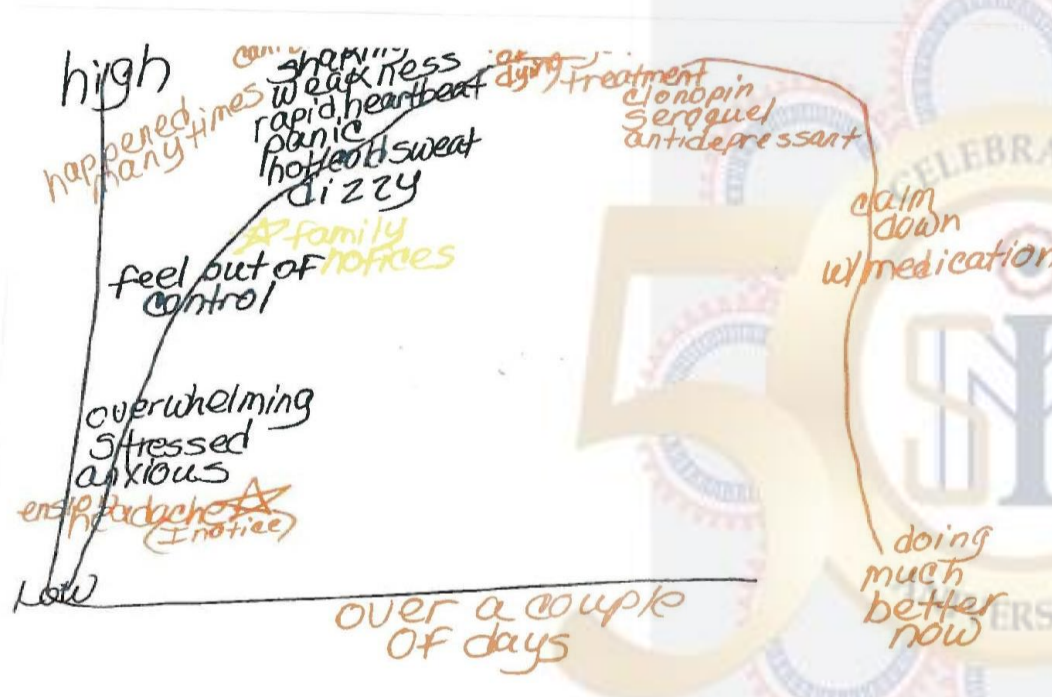
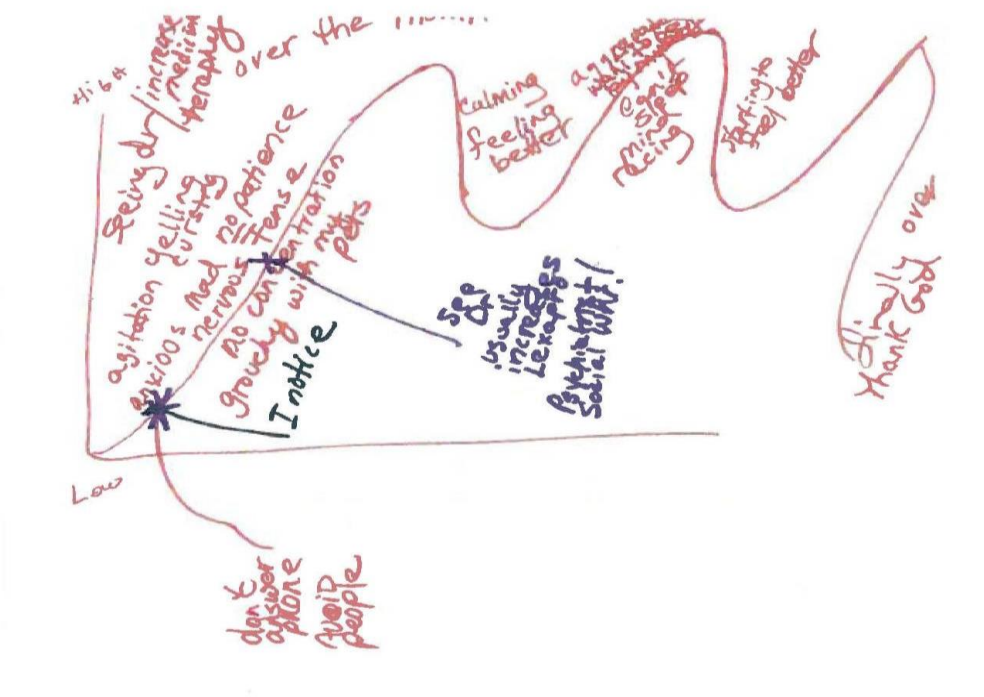
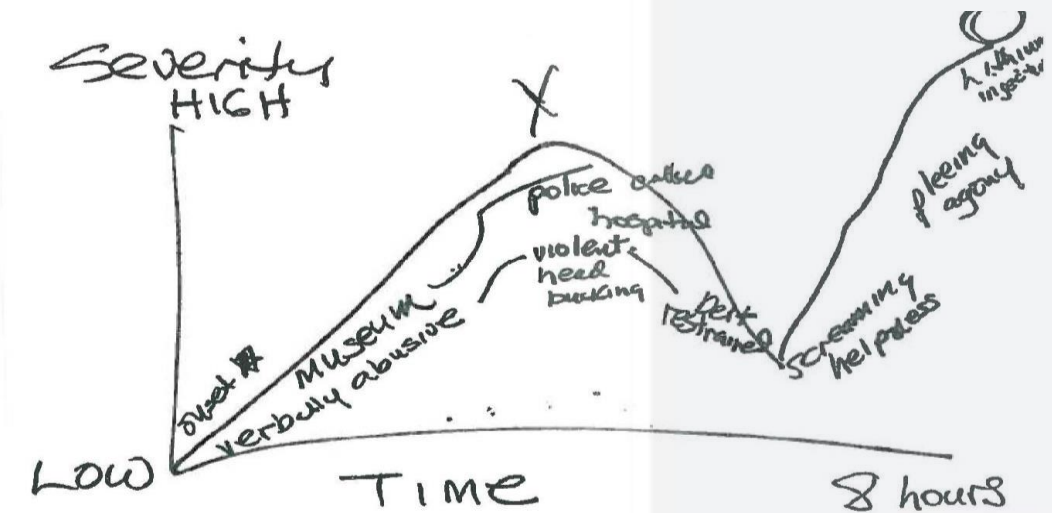
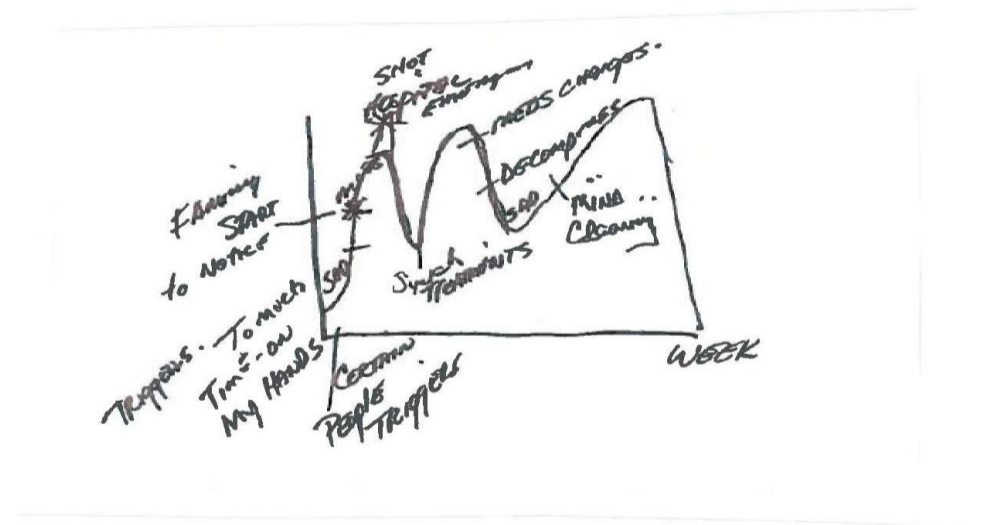


Agitación - Fisiopatología

Trastorno de Base	Neurotransmisor alterado
Depresión agitada	↑ Respuesta serotoninérgica (5HT), ↓ GABAérgica
Manía	↑ Dopamina (DA)
Trastorno de Ansiedad	↓ GABAérgica, ↑ Noradrenalina
Demencia	↓ GABA
Delirium	Múltiples mecanismos
Agitación por tóxicos	↑ Dopamina (DA)
Agitación Psicótica	↑ Dopamina (DA)
Acatisia	↓ DA, ↑ Noradrenalina
Agresión	↑ Noradrenalina, ↓ 5HT

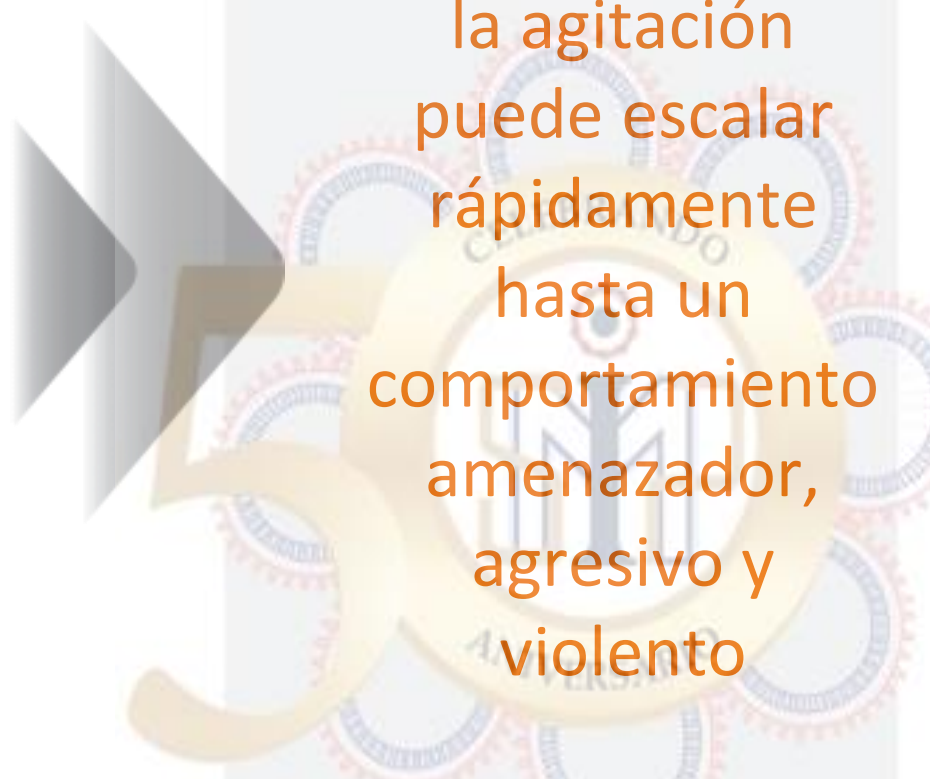
Agitación - Percepciones

- Los pacientes agitados saben lo que les está pasando, y lo describen como una progresión de intensidad creciente durante días



Agitación - Percepciones

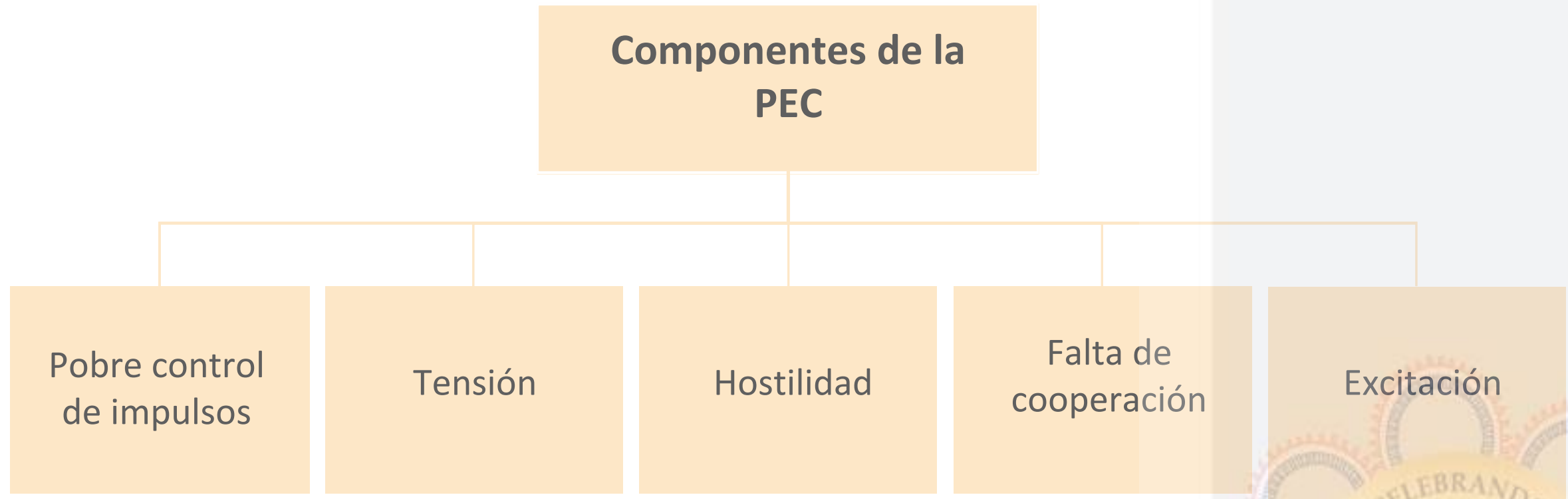
- Una percepción común es que los médicos y el personal sanitario se sienten asustados por el paciente agitado y su volatilidad
- Sin embargo, son los pacientes quienes típicamente se sienten asustados y angustiados, y esto los lleva a agitarse
- Los pacientes agitados describen su experiencia como:
 - **Explosividad, Ira**
 - **Baja tolerancia a la frustración**
 - **Ansiedad**
 - **Sensación de pérdida de control**
 - **Sobrepasados, inquietos**
 - **Agresivos verbalmente**
 - **Agresivos físicamente, violentos, dispuestos a pelearse**
 - **Paranoicos**



Sin tratamiento,
la agitación
puede escalar
rápidamente
hasta un
comportamiento
amenazador,
agresivo y
violento

Agitación - Valoración

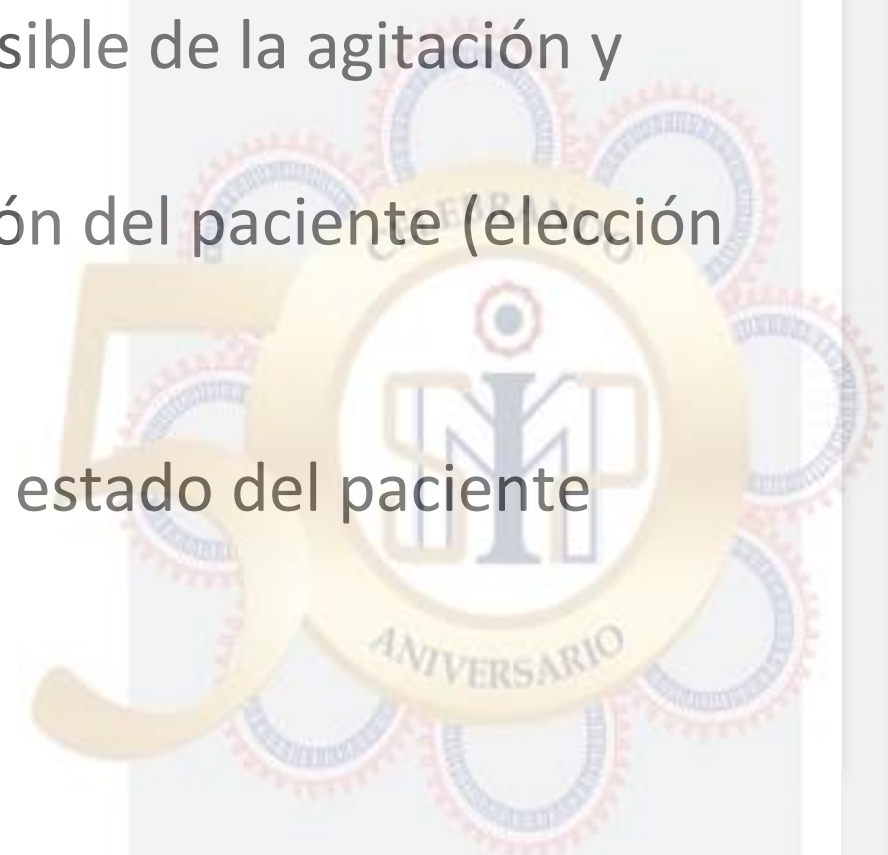
- **Componente excitado de la PANSS (PANSS-EC o PEC)[#]**



[#] PANSS-EC, PEC [*Positive and Negative Symptoms Scale - Excitement Component*]: Escala de Síntomas Positivos y Negativos, Componente de Excitación

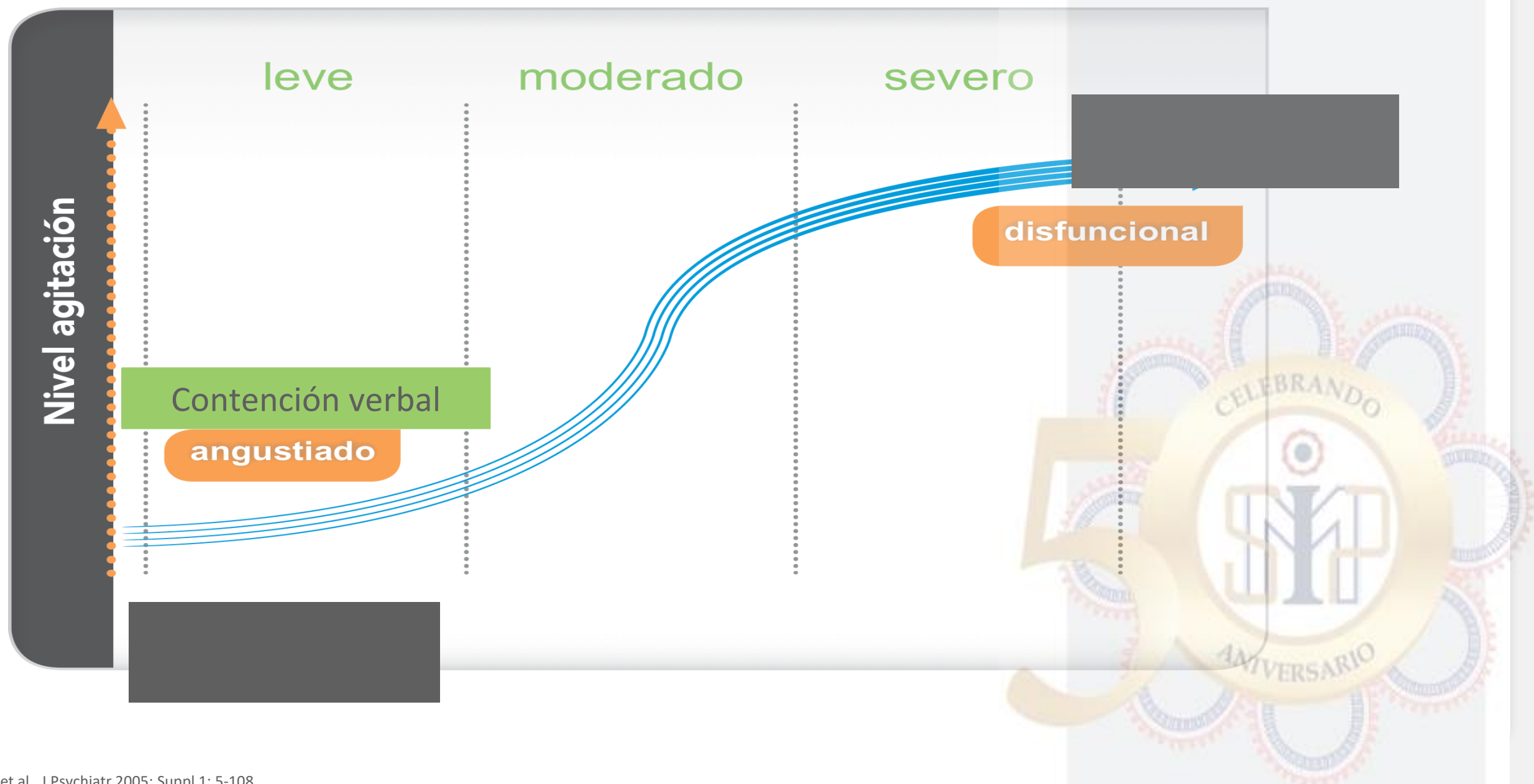
Agitación - Tratamiento

- **No hay guías centradas en agitación, sino que son generales de emergencias psiquiátricas**
 - Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA [Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation] (2012)
 - Guías NICE (2011)
- **Recomendaciones generales:**
 - Usar primero contención verbal, para calmar al sujeto
 - Siempre que sea posible, indagar sobre la causa más plausible de la agitación y decidir el tratamiento en función de ésta
 - Se debe perseguir, siempre que sea posible, la colaboración del paciente (elección medicación: oral vs IM)
 - Siempre prevalece la oral a la IM
 - Decidir primera línea en función de la patología de base y estado del paciente



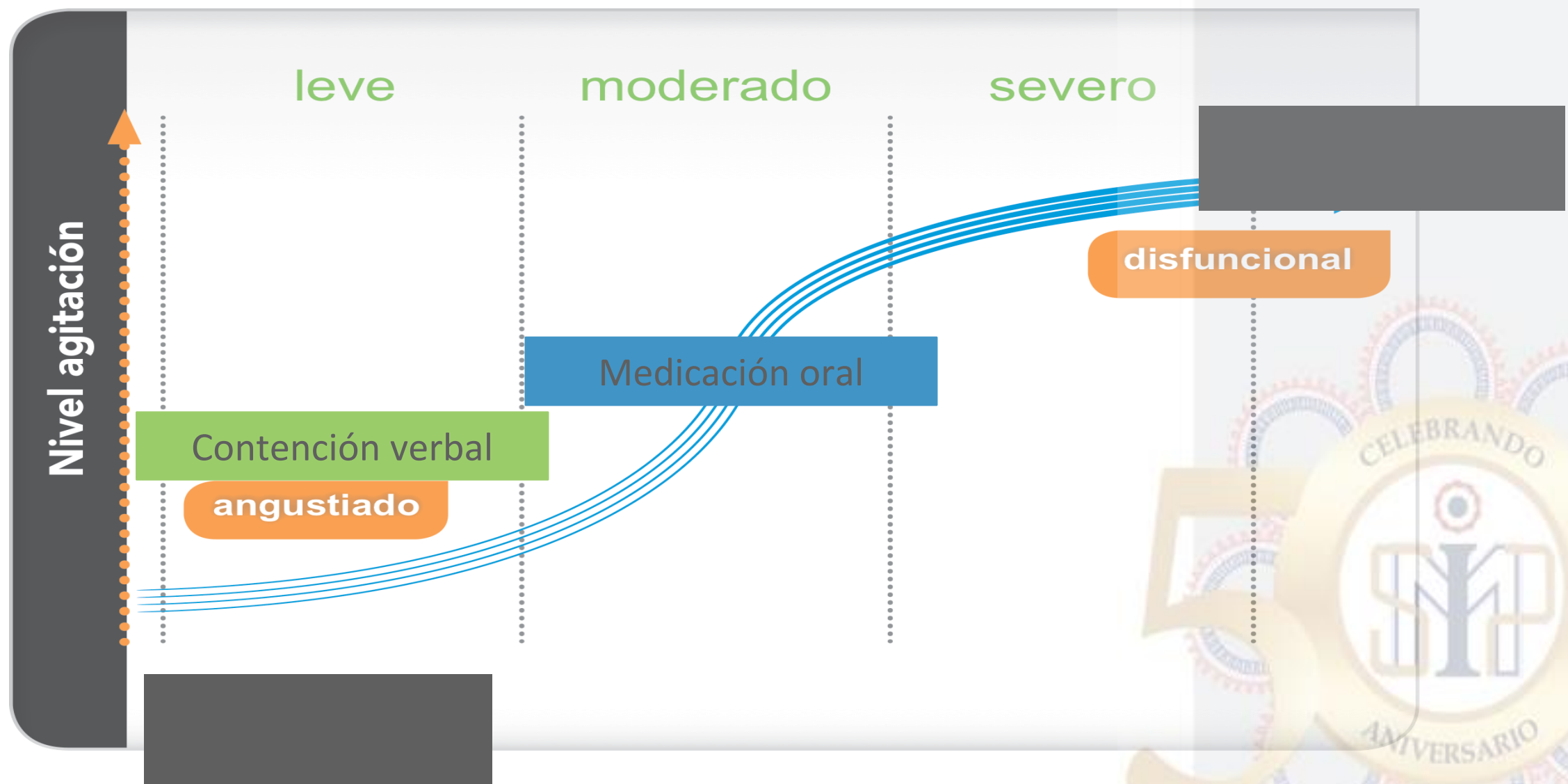
Agitación - Tratamiento

- 1. Aproximación no coercitiva/colaborativa al paciente: **Contención verbal**



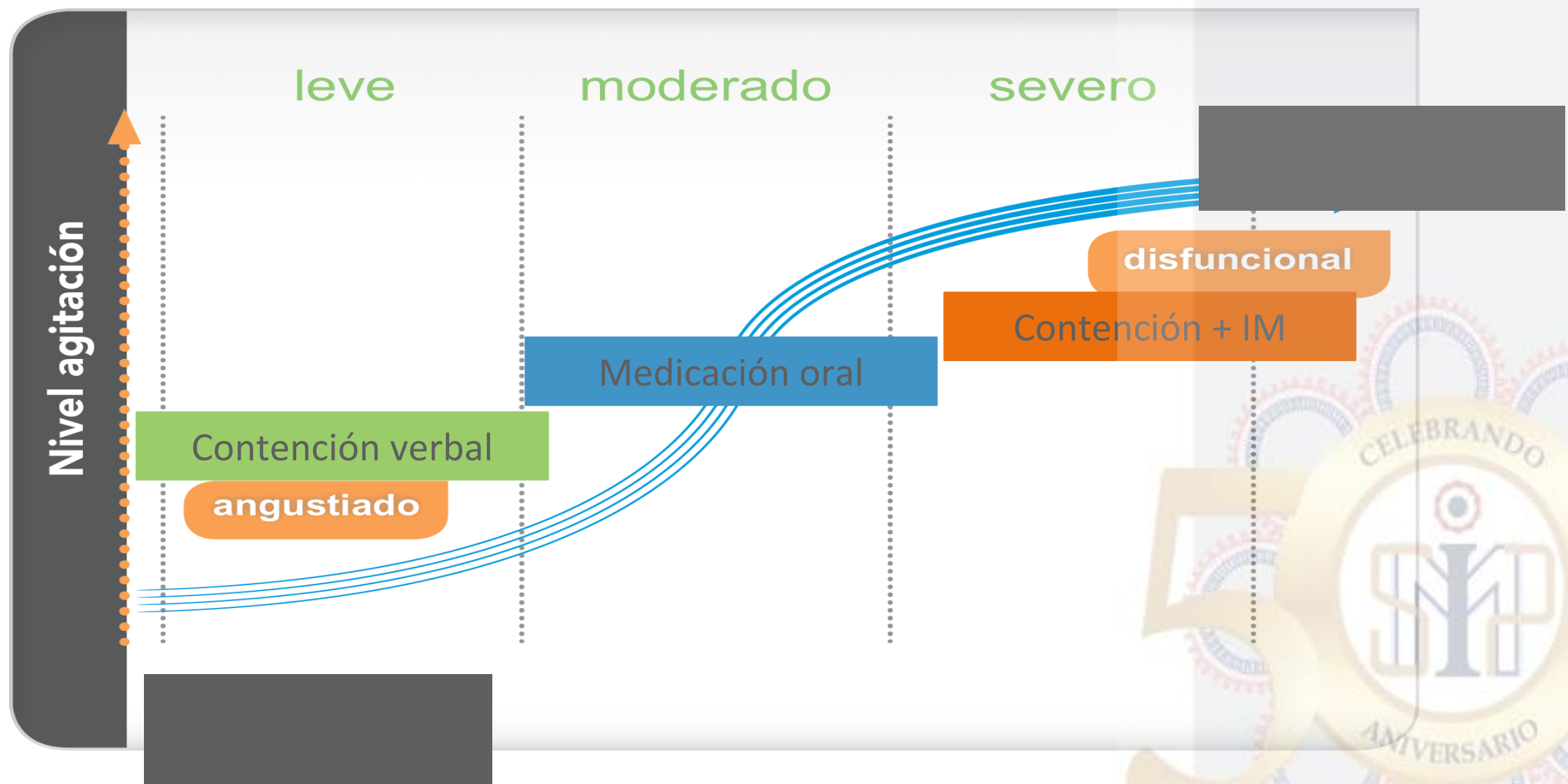
Agitación - Tratamiento

- 2. Si no resolución: Primera línea de tratamiento: **Medicación Oral**
- Evitar medidas coercitivas/agresivas



Agitación - Tratamiento

- 3. Si no resolución: **Contención + Medicación intramuscular (IM)**
- La contención del paciente permanece como opción pero sólo en agitación severa y cuando el resto de medidas han sido agotadas



Agitación - Tratamiento

- **Objetivos terapéuticos para el médico**
- **En Psiquiatría de Urgencias**
 - Estabilizar crisis aguda rápidamente
 - Evitar coacción
 - Utilizar la estrategia menos restrictiva
 - Construir / mantener la alianza terapéutica
- **Al tratar la agitación**
 - Reducir la angustia y las conductas peligrosas rápidamente
 - Intervenir antes de la violencia
 - Experiencia de tratamiento positiva
- **Objetivos terapéuticos para el paciente**
 - Quiere evitar una mala experiencia
 - No desea ser coercionado (forzado)
 - Prefiere tratamiento no invasivo y quiere tomar parte en la toma de decisión terapéutica



Agitación - Tratamiento

- **Principios básicos del tratamiento**

- En todo paciente agitado la primera elección de tratamiento es la contención verbal
- Para agitación psicótica los antipsicóticos son el fármaco de primera elección, y los antipsicóticos de segunda generación son la primera opción
- Para pacientes colaboradores los antipsicóticos orales son de preferencia frente a los intramusculares (IM)

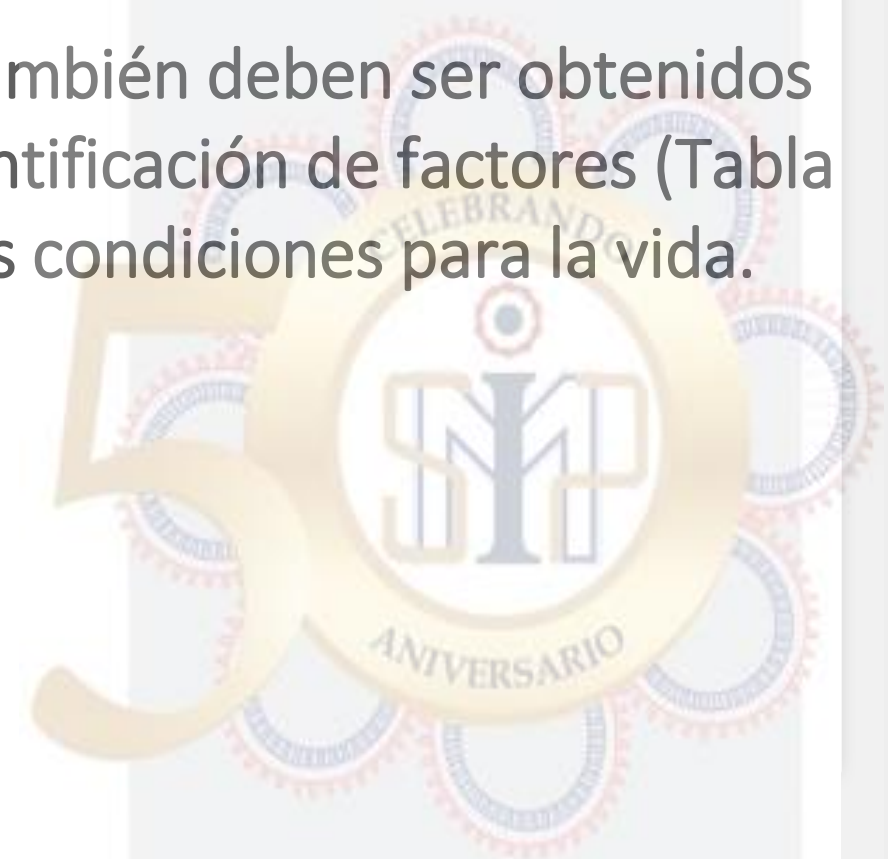
- **Principales fármacos utilizados**

- Antipsicóticos: inhibición de la transmisión dopaminérgica ($\downarrow$ DA)
- **Benzodiacepinas: aumento de la transmisión gabaérgica ($\uparrow$ GABA)**



Agitación – Manejo del paciente agitado

- **Manejo del paciente agitado en el ambiente médico se ilustra en el Algoritmo 1.**
- Cuando se realiza el triage a un paciente agitado en un entorno médico, una breve historia y los signos vitales deben ser obtenidos si es posible. Si algún elemento en la Tabla 1 se encuentra o se sospecha en el triage inicial de admisión, está indicada una evaluación inmediata por un médico.
- El nivel de oxigenación y el nivel de azúcar en la sangre también deben ser obtenidos si es posible. El examen inicial debe estar dirigida a la identificación de factores (Tabla 2) que podrían indicar graves y potencialmente peligrosas condiciones para la vida.



Agitación – Manejo del paciente agitado

- Manejo del paciente agitado en el ambiente médico se ilustra en el Algoritmo 1.

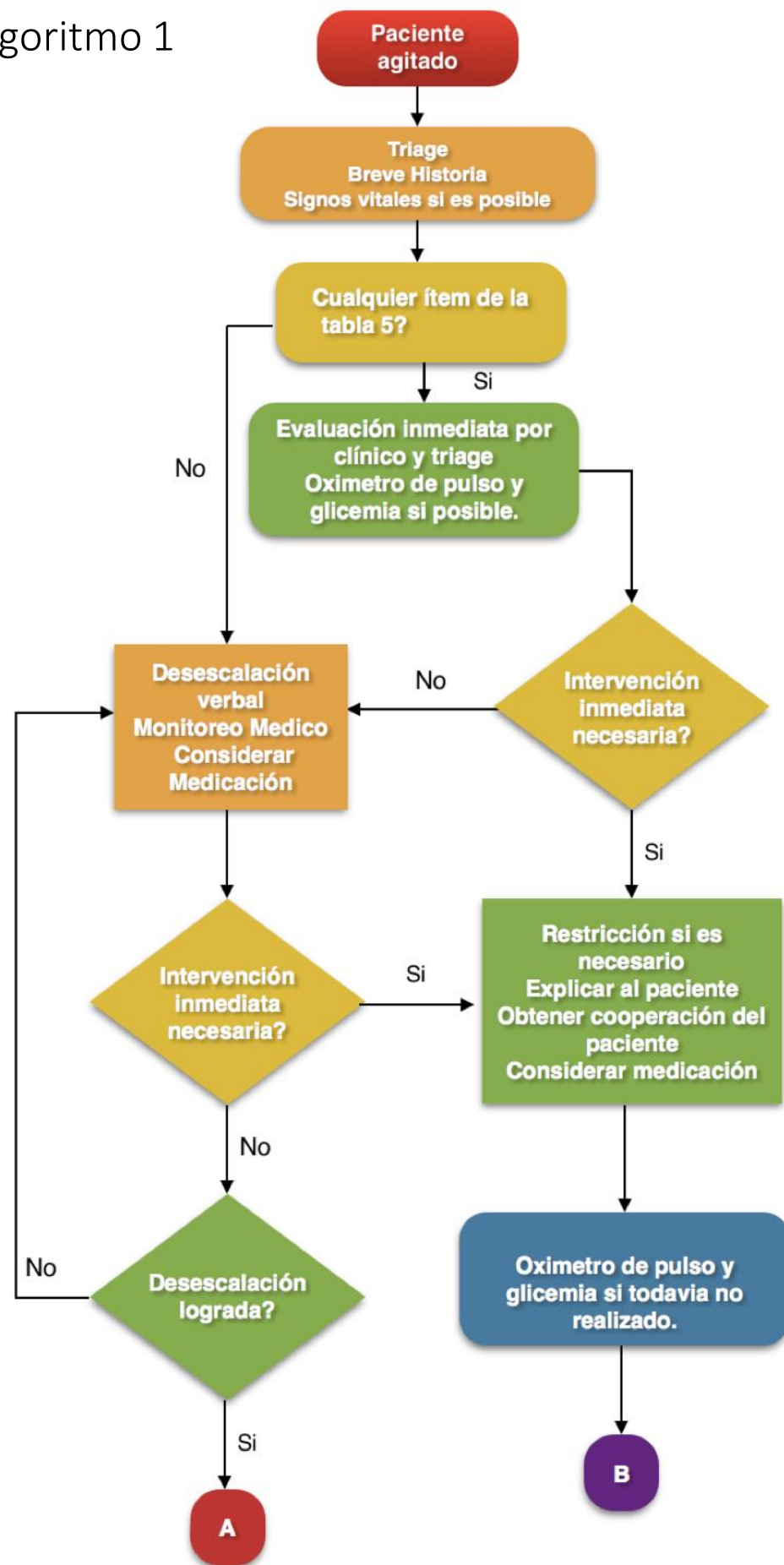
Tabla 1. Hallazgos que requieren evaluación inmediata por un médico

Sintomas	• Pérdida de memoria, desorientación • Dolor de cabeza severo • Rigidez muscular extrema o debilidad • Intolerancia al calor • Pérdida de peso involuntaria • Psicosis (nueva aparición) • Dificultad para respirar
Signos	• Signos vitales anormales: pulso, presión arterial, o temperatura • Trauma abierto • Una pupila más grande que la otra • Dificultad para hablar • Incoordinación • Convulsiones • Hemiparesia

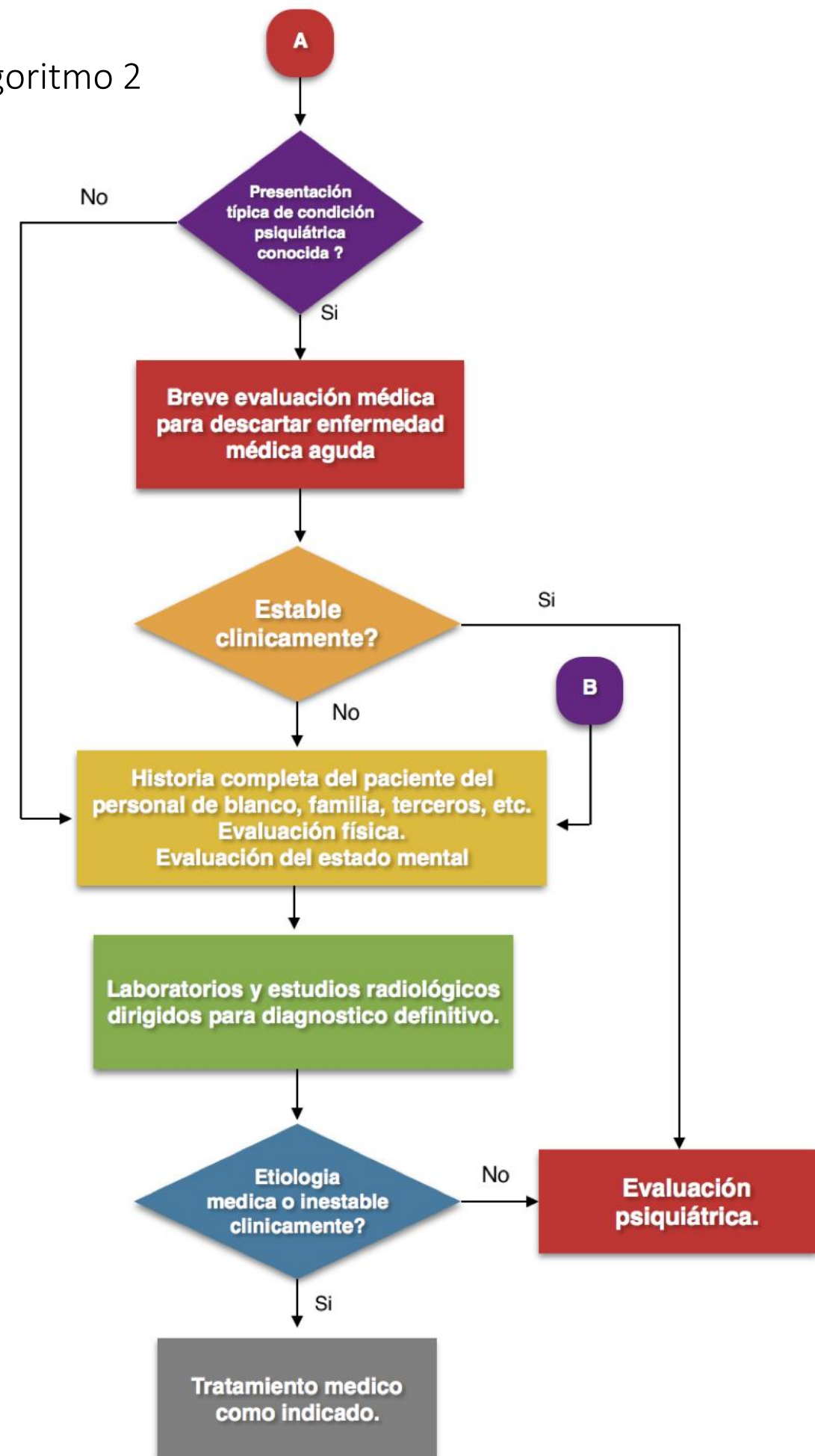
Tabla 2. Los factores que podrían indicar graves condiciones y amenazar potencialmente la vida.

1. Nueva aparición a la edad > 45 años	2. Signos vitales anormales
3. Hallazgos neurológicos focales	4. Evidencia de lesión en la cabeza
5. Intoxicación por sustancias	6. Abstinencia de sustancias
7. Exposición a toxinas o drogas	8. Disminución de la conciencia con problemas de atención

Algoritmo 1

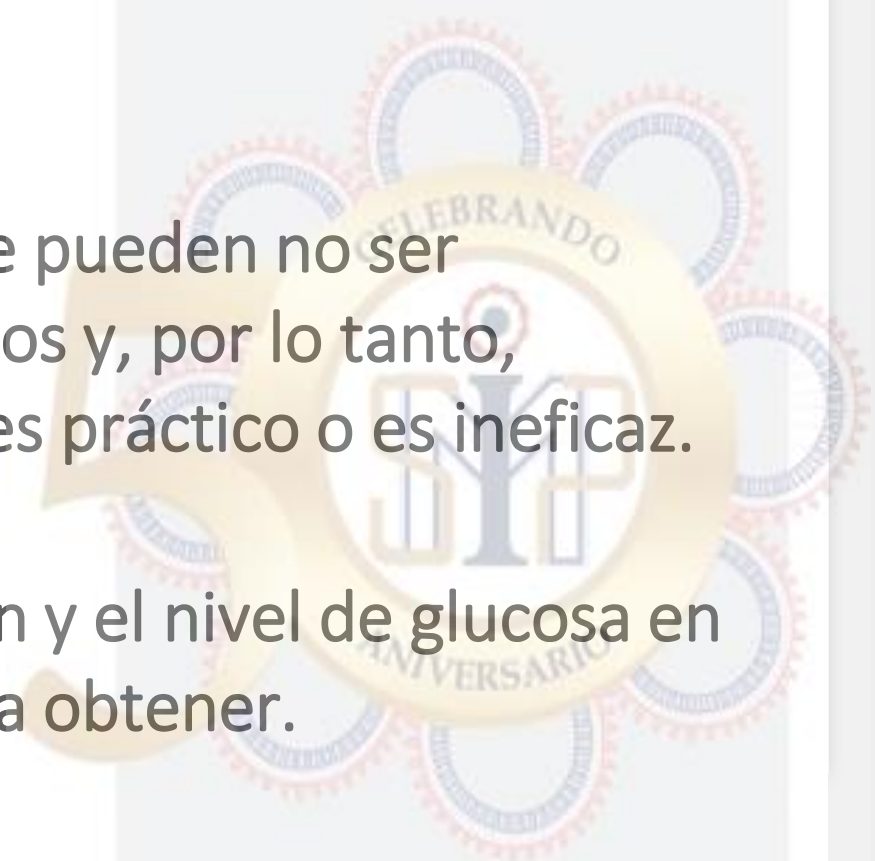


Algoritmo 2

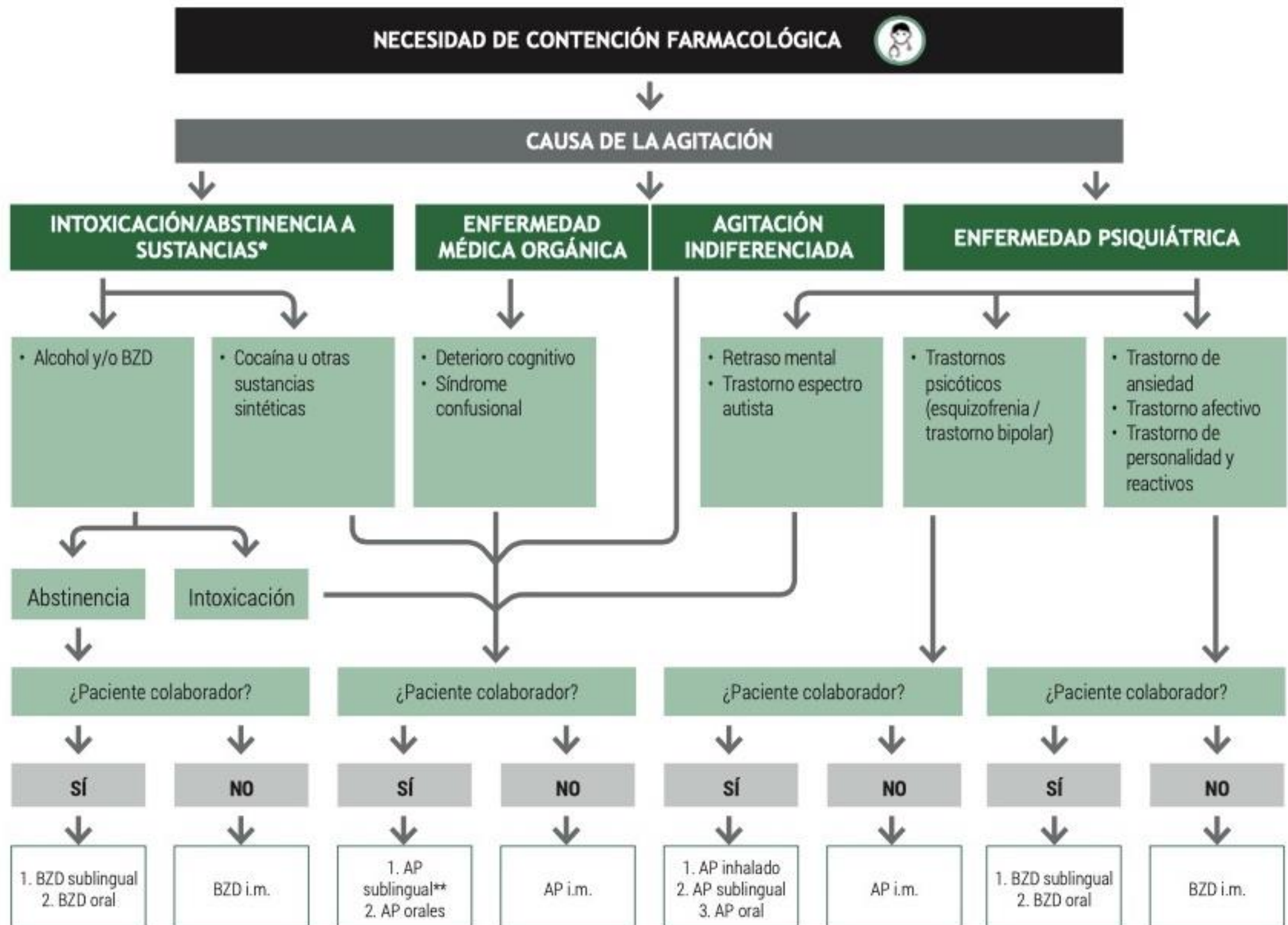


Agitación – Manejo del paciente agitado

- Tal como puede verse en el Algoritmo 2, el paciente agitado puede, en cualquier momento durante la evaluación médica, requerir medicación, restricción, y un mayor apoyo conductual.
- Para los pacientes con indicadores de alto riesgo para una etiología médica de la agitación, que se enumeran en la Tabla 2, la desescalación puede tener que ser interrumpido y la restricción física puede ser necesaria para salvar la vida del paciente.
- Del mismo modo, los pacientes severamente agitados que pueden no ser cooperativos están en riesgo de comportamientos violentos y, por lo tanto, requieren de contención para lo que la desescalación no es práctico o es ineficaz.
- Si un paciente debe ser restringido, el nivel de oxigenación y el nivel de glucosa en sangre se debe hacer inmediatamente si antes no se podía obtener.



Agitación – Algoritmo tratamiento



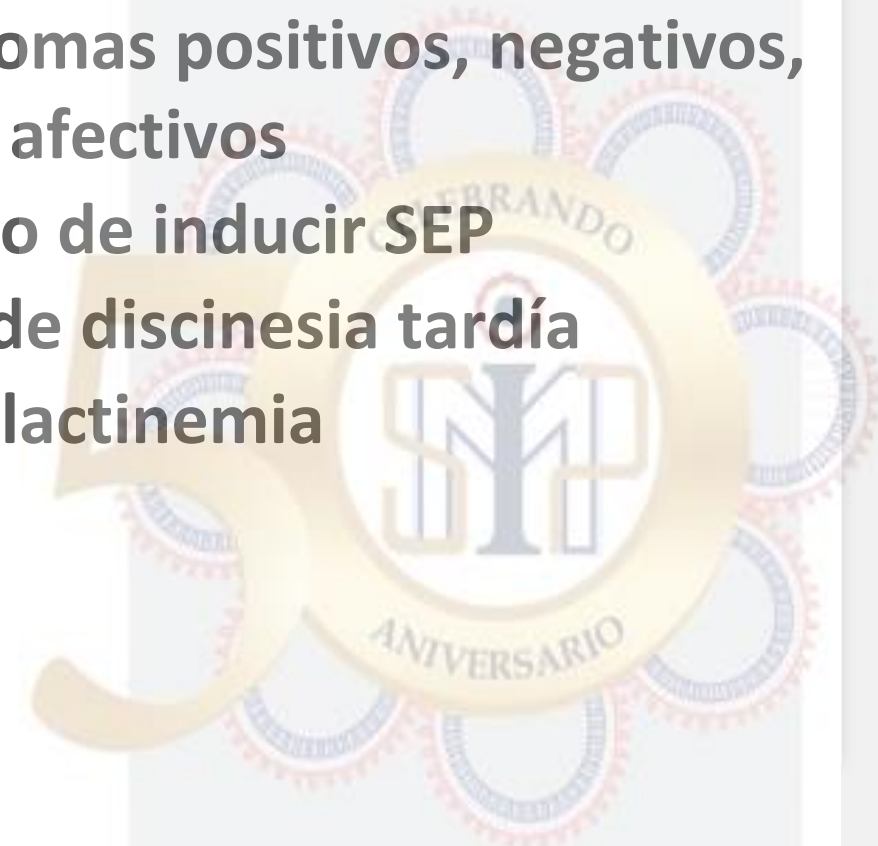
BZD = Benzodiacepinas; AP = Antipsicóticos; i.m. = intramuscular

* En caso de intoxicaciones combinadas (ej.: cocaína + alcohol) se decidirá que tratamiento administrar en función del riesgo más asumible.

** Valorar el uso de AP inhalados en primera opción en pacientes colaboradores que requieran una rápida tranquilización.

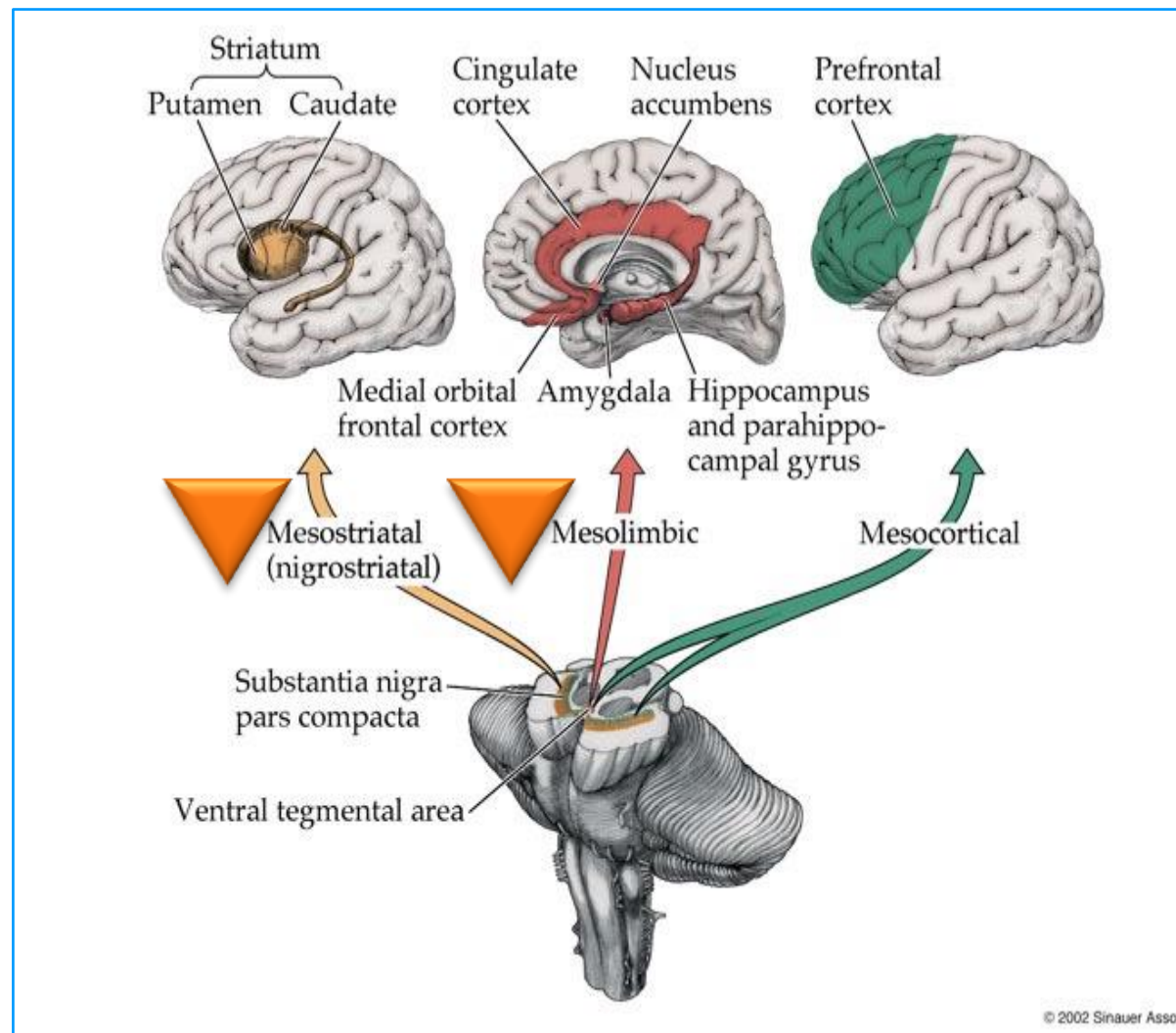
Agitación - Tratamiento: Fármacos antipsicóticos

- Los antipsicóticos de primera o segunda generación (típicos/atípicos) presentan diferencias en la selectividad de acción en las vías dopaminérgicas, que se traduce en **menor aparición de síntomas extrapiramidales (SEP)**
- **Primera generación**
 - Bloqueo receptor D2
 - Eficacia síntomas positivos
 - Reacciones adversas extrapiramidales
 - Riesgo de discinesia tardía
 - Hiperprolactinemia
- **Segunda generación**
 - Bloqueo D2 y 5HT2 o modulación del receptor D2
 - Eficacia síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos
 - Menor riesgo de inducir SEP
 - Bajo riesgo de discinesia tardía
 - No hiperprolactinemia



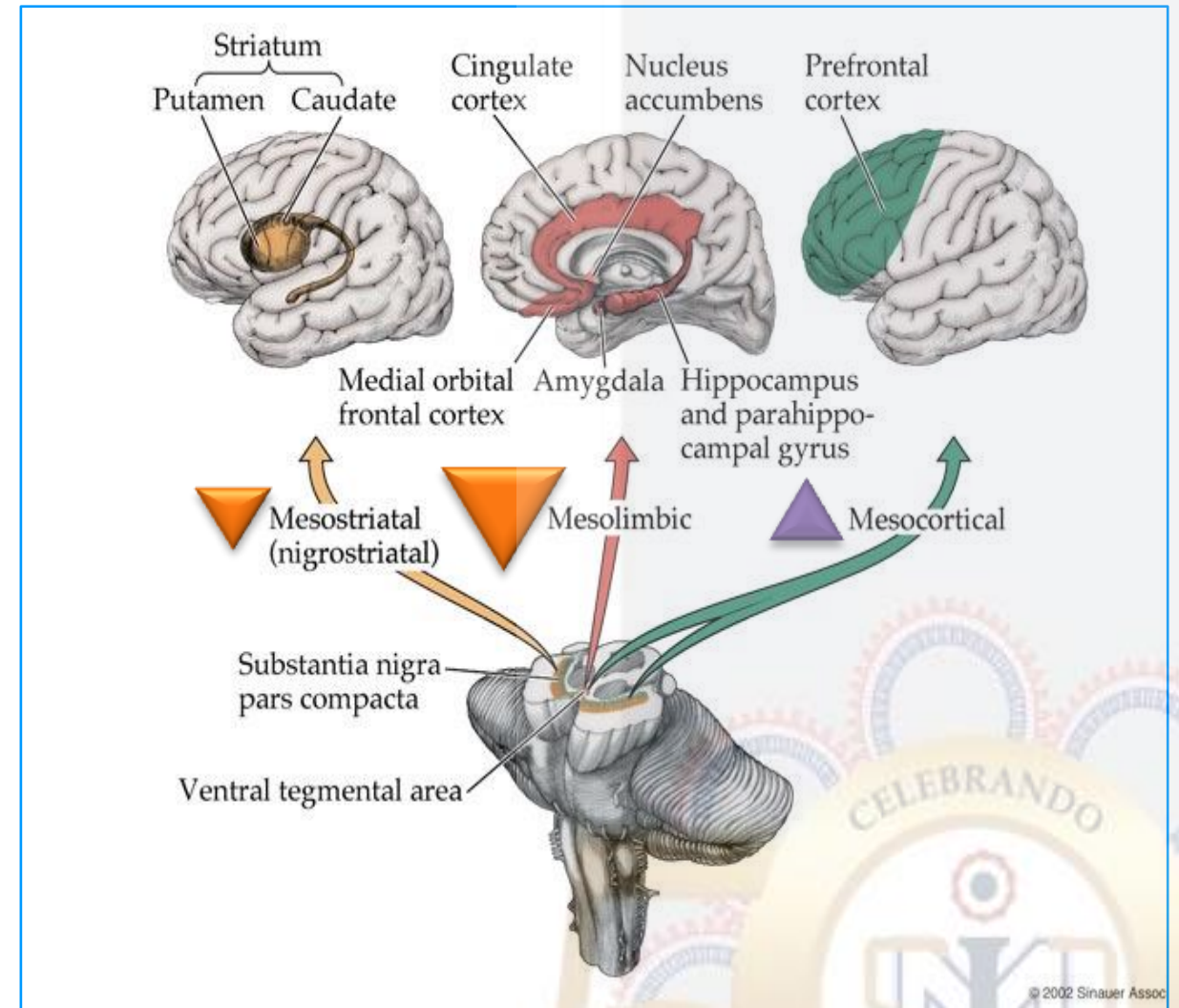
Agitación - Tratamiento: Fármacos antipsicóticos

• Primera generación



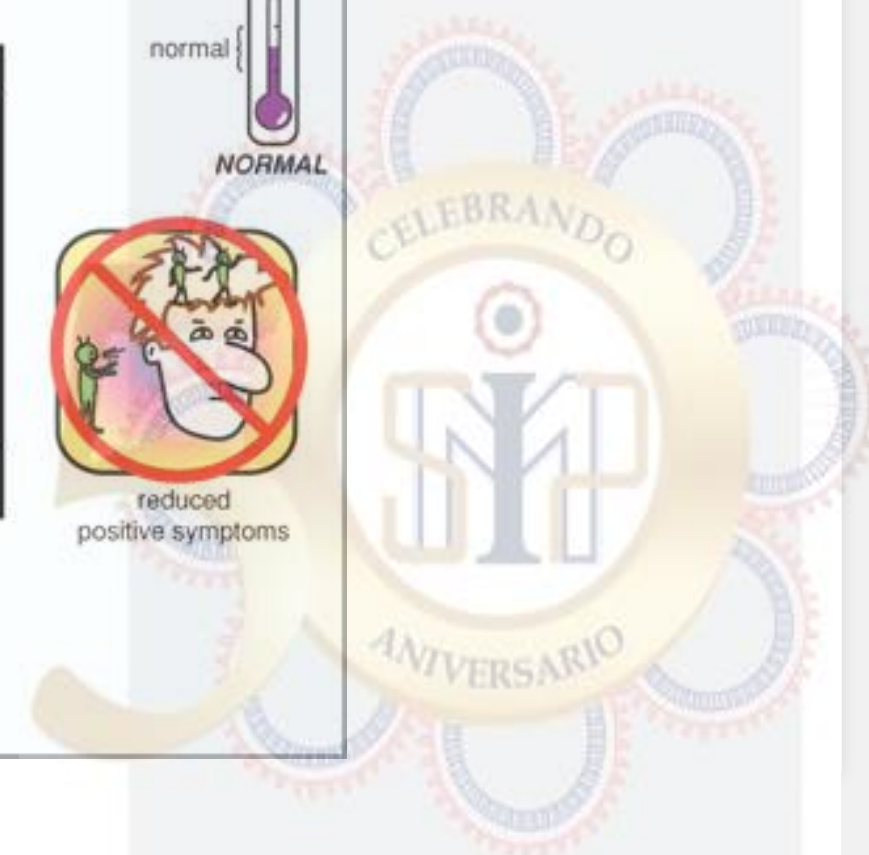
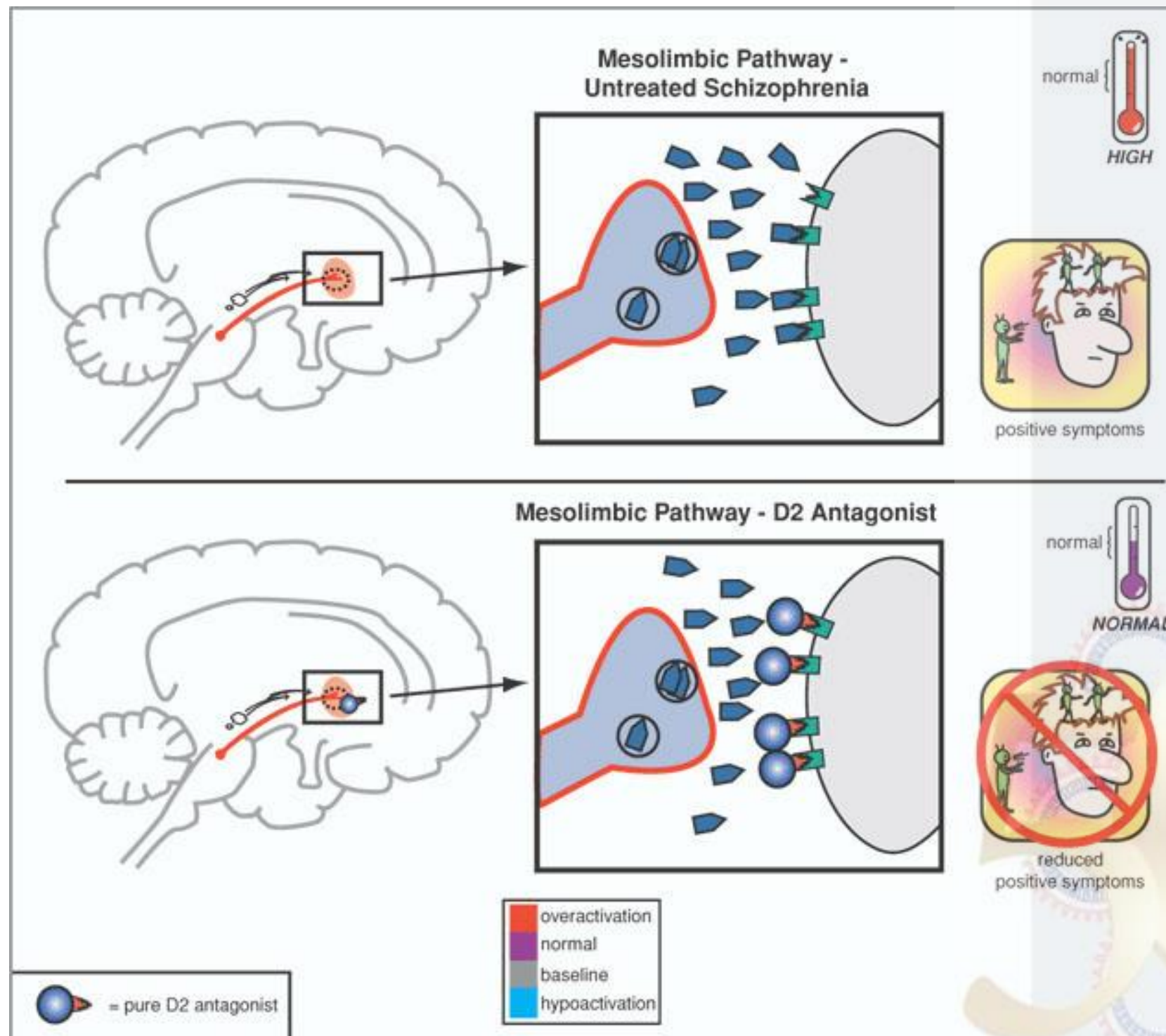
Inhibición D2 indiscriminada (ML+NS):
Buen efecto antiagitación, pero reacciones
adversas extrapiramidales

• Segunda generación



Inhibición D2 más selectiva ($\uparrow$ ML+ $\downarrow$ NS) +
Inhibición 5HT2 (efecto + a nivel pre frontal):
Efecto antiagitación “fisiológico”/menos
extrapiramidalismo

Agitación: Vias Mesolímbicas - Síntomas Positivos



Agitación: Vias Mesolímbicas - Sintomas Positivos

- ☐ **Alucinaciones:** Percepción sensorial experimentada con un completo convencimiento de realidad, pero ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado.
- ☐ **Ideas Delirantes:** Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida.
- ☐ **Alteraciones del Lenguaje**
- ☐ **Discurso y/o conducta desorganizados**
- ☐ **Conducta catatónica**
- ☐ **Agitación**

- ☐ **Hiperactividad Dopaminérgica a nivel mesolímbico**



Agitación - Tratamiento: Fármacos antipsicóticos

- **Primera generación**

- Haloperidol
- Sulpirida
- Tioridazina
- Clorpromazina

- **Segunda generación**

- **Bloqueo D2 y 5HT2**

- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprasidona
- Lurasidona
- Cariprazina

- **Modulación del receptor D2**

- Amisulprida
- Aripripazol



Agitación - Tratamiento: Fármacos antipsicóticos

• Haloperidol

Mecanismo de acción

- Bloqueo inespecífico receptores D2 y D3 a nivel mesolímbico y nigroestriado (↓↓ DA).
- Estructuralmente similar a GABA (benzoslike)

+

- El más estudiado y utilizado. Muchas veces considerado como 1 línea
- Existen en formas oral/IM/EV
- Eficacia antipsicótica demostrada/efecto rápido sedativo
- Coste/efectivo

-

- Complicado perfil seguridad: SEP, acatisia, hipotensión, riesgo de SNM
- En administración aguda la distonía es el síntoma más molesto
- Para aminorar estos síntomas se suelen combinar con BZD

- ✓ **Inicio de Acción (IM/IV): 30-60 min**
- ✓ **Vida Media: 12-36 min**
- ✓ **Duración efecto: 24h**
- ✓ **Dosis: 10-20 mg/24h**

Agitación - Tratamiento: Fármacos antipsicóticos

• Antipsicóticos de segunda generación

Mecanismo de acción

- Bloqueo receptores más selectivo D2 a nivel mesolímbico (↓↓ DA).
- Acción en otros sistemas (5HT2)

+

- Posibles formas: IM, comprimidos, comprimidos orodispersables y soluciones orales
- Rápido inicio de acción
- Son más calmantes que sedantes
- Mejor tolerabilidad y seguridad que los típicos
- Se tiene más información en cuanto a PK y dosis (bien estudiados)
- Se puede seguir a administración oral para tratamiento crónico.

-

- Todos han sido evaluados en pacientes estables, no intoxicados y “leve-moderados” niveles de agitación
- No han sido estudiados en otros trastornos relacionados con agitación

Agitación - Tratamiento: Benzodiacepinas

• Benzodiazepinas

Mecanismo de acción

- Modulación positiva del receptor del GABA (ácido γ -aminobutírico)
- Potencia la acción inhibidora de éste

+

- Eficaz sedando al paciente
- Se pueden combinar con otros tratamientos

-

- No trata disfunción basal (permanecen síntomas psicóticos)
- Pueden llevar a adicción
- Importante efecto depresor respiratorio, sobretodo si se dan parenteralmente

✓
✓
✓

No son tratamiento de primera línea en la agitación psicótica
Suelen asociarse a AP, para reforzar su efecto y disminuir sus RA
Se prefieren cuando se está ante agitación asociada a intoxicación por estimulantes, privación alcohol o en agitación no psicótica

Agitación - Tratamiento: Benzodiacepinas

Lorazepam

Greenblatt et al., J Clin Psychiatry 1987;48 (suppl 10):4–11.

El más usado, tanto en forma oral/SL/IM/IV:

- Rápida y completa absorción IM (pico a 60-90 min)
- Vida media 12-15 horas: duración efecto 8-10 horas/Dosis 1-2 mg
- **Primera línea tratamiento de agitación**

Midazolam

Mendoza et al., J Clin Psychiatry 1987; 48:291–292.

Ha demostrado superioridad a Haloperidol, y puede darse IM/IV/Nasal

- Rápida absorción IM (pico a 15 min)
- Vida media muy corta/Dosis 2,5-15 mg
- Excesiva sedación

Clonazepam, Diazepam, Clordiazepóxido

Battaglia, Drugs 2005; 65:1207-22.

Aunque ampliamente usados en la clínica, las formas IM tienen una absorción errática y tiene una larga vida media, por lo que no son los más adecuados para las crisis de agitación psicótica

Agitación - Tratamiento ideal

No invasivo y fácil de administrar

Rápido inicio de efectos

Sedación sin somnolencia

Acción en la patología de base

Tener un buen perfil de seguridad

Objetivo: conseguir la rápida tranquilización del paciente, calmándolo, pero permitiendo su colaboración y compromiso con su tratamiento.



Agitación

Materiales

Gracias!

