



DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y PROYECTOS CLÍNICOS
DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN Y PROYECTOS CLÍNICOS

MANUAL PARA EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO

DICIEMBRE 2020

Elaboró: Dra. Jasmín Cuautle Rosas
Mtro. José Rangel Villafañá
Dra. Tania Alejandra Rodríguez Ramírez

Revisó: Dr. Víctor Manuel Guisa Sánchez

Autorizó: Psic. Rocío Romero Reséndez

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

ETIOLOGIA

EVALUACION

ABORDAJE

REFERENCIAS

PRESENTACIÓN

El presente manual representa una herramienta de apoyo al desarrollo de las actividades que se realizan en las Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil, A.C., particularmente para atender a las personas que presentan un cuadro de agitación durante el tratamiento residencial.

Es común que las personas que presentan esta condición sean estigmatizadas y la atención sea influida por este fenómeno, algunos ejemplos son: “el paciente tiene la culpa”, “la agitación lleva a la agresividad y ésta a la violencia a no ser que se medique”; “el paciente es impredecible y peligroso cuando se agita”. Representando un problema para el propio paciente, los familiares, el personal y el entorno en general.

Siendo situaciones a las que se enfrenta el equipo profesional de manera cotidiana en su praxis. Por lo tanto, el paciente agitado no debe de ser confundido con el paciente violento y viceversa.

Finalmente, este documento incluye material de consulta con el objetivo de que los equipos profesionales se mantengan informados y actualizados sobre el abordaje a esta condición.

INTRODUCCION

La agitación es una forma extrema de excitación que se asocia con una mayor actividad verbal y motora. Los síntomas son causados por diversas etiologías, tanto neurológicas, metabólicas, infecciosas como psiquiátricas.

En lo que respecta a la **agitación psicomotora** en pacientes con trastornos mentales y del comportamiento representa un fenómeno frecuente y un problema clínicamente relevante, esto no solo en situaciones de emergencia sino también durante un internamiento o en entornos ambulatorios (Garriga, et al. 2016).

El DSM-V la define como una “**actividad motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y está constituida por comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcerse las manos, tirar de la ropa e incapacidad para permanecer sentado**”. Si la agitación progresa puede producir comportamientos agresivos y violentos (Garriga et al. 2016).

Hay que considerar que se trata de un **síndrome multifactorial**, estos pacientes albergar enfermedades graves con el potencial de morbilidad o mortalidad significativa si no se diagnostica y otorga el manejo adecuado, mientras se controla la agitación. Es de destacar que la agitación puede ser un indicador de conductas suicidas. (Garriga, et al. 2016).

ETIOLOGIA

Se describen 3 principales clases de etiologías:



Las etiologías de **tipo psiquiátrico** más comunes incluyen (Garriga, et al. 2016).:

- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastornos de la personalidad (antisocial y límite principalmente)

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de pánico
- Depresión mayor
- **Uso de sustancias y/o intoxicación**

Pero no dejemos de lado las enfermedades medicas que presentan como principal síntoma la agitación.

Sistema Nervioso Central

- Lesión cerebral
- Masa/tumor intracraneal
- Hemorragia intracraneal
- Enfermedad de Parkinson
- Alzheimer
- Demencia

Metabólicas/Endocrinas

- Alteraciones electrolíticas (Sodio, Calcio, Magnesio, Potasio, Fosfato)
- Hipoglucemia
- Hiperglucemia
- Hipoxia
- Hipercapnia
- Insuficiencia renal o hepática
- Tirotoxicosis
- Coma mixedematoso
- Deficiencia nutricional (Deficiencia de Vitamina B12, Wernicke)

Infecciosas

- Septicemia
- Delirium relacionado con fiebre
- Infección del Sistema Nervioso Central (meningitis, encefalitis, absceso)

Toxicológicas

- Intoxicación por anticolinérgicos
- Intoxicación por estimulantes
- Psicosis esteroidea
- Reacción antibiótica
- Otras reacciones a medicamentos
- Toxicidad por monóxido de carbono
- Intoxicación o abstinencia de alcohol
- Síndrome serotoninérgico
- Síndrome neuroléptico maligno

Existen otras clasificaciones aún más extensas que incluyen:

Síndrome Catatónico
Síndrome Maníaco
Síndrome Depresivo Mayor
Alteración de la conciencia/Delirio
Pesamientos y conductas relacionados con el Suicidio
Delirios
Alucinaciones
Ansiedad/Síndrome de Pánico
Consumo de alcohol y/o sustancias
Demencia

La agitación aguda es una presentación cada vez más común y tiene un diagnóstico diferencial que **incluye etiologías metabólicas, neurológicas, infecciosas, toxicológicas y psiquiátricas**.

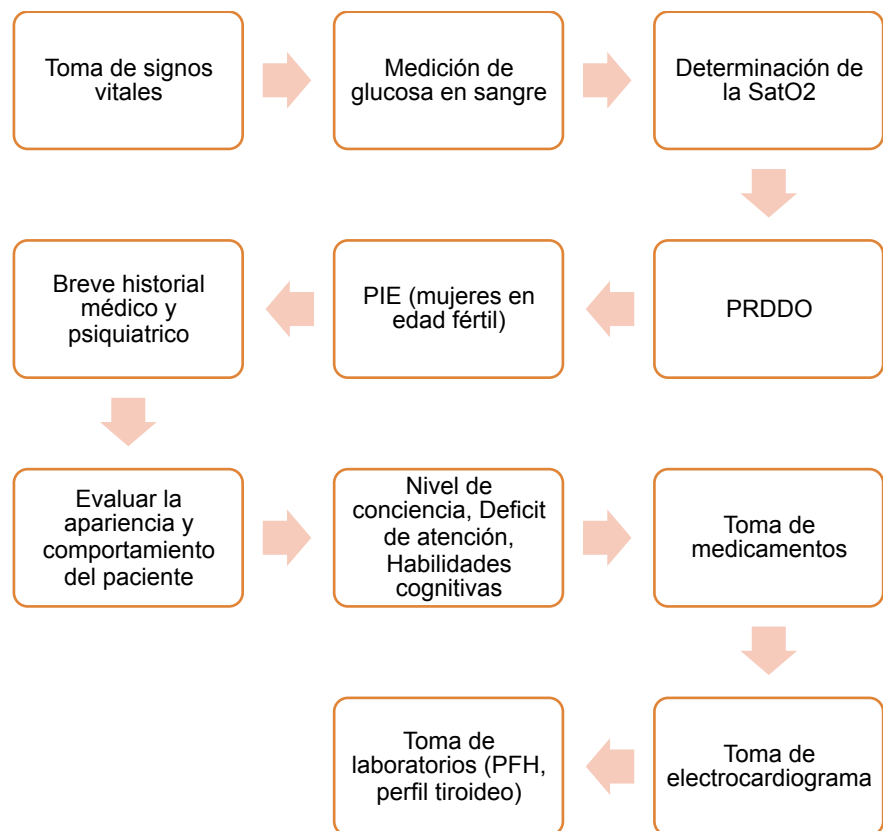
En lo que respecta al consumo de sustancias, se presenta la **agitación por intoxicación/abstinencia**. Principalmente en el consumo de alcohol, cocaína, éxtasis, ketamina, sales de baño, inhalantes y metanfetaminas.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Realizar la evaluación de un paciente agitado es complicado debido a varios factores; como la falta de cooperación del paciente, el estado del paciente, la dificultad de poder realizar un interrogatorio dirigido. Lo que lleva al profesional a tomar decisiones basadas en su experiencia y con información muy limitada. Por lo general no será posible completar una evaluación hasta que el paciente se encuentre estable.

Antes de tomar cualquier decisión terapéutica es necesario establecer un presunto diagnóstico, categorizar al paciente y tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales (Garriga, et al. 2016). Sin embargo, lo ideal es realizar la evaluación en conjunto con el abordaje, para evitar que el paciente se lesione o lesione a los profesionales a su alrededor.

Para lograr un diagnóstico diferencial, se deben de tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:



La presentación clínica no es específica ya que el paciente a parte de la agitación puede presentar rigidez del cuello, fiebre, intoxicación o abstinencia, déficit neurológico focal, disminución de la conciencia, confusión evidencia de traumatismo, taquicardia, clonus, vómito, diarrea, alucinaciones visuales. Existirán algunos hallazgos que requerirán de una evaluación minuciosa, los cuales se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Hallazgos que requieren de una evaluación minuciosa.

SIGNOS	SÍNTOMAS
Signos vitales anormales Examen neurológico anormal Alteración cardiopulmonar Evidencia de estado de abstinencia Evidencia de intoxicación	Perdida de la memoria Desorientación Confusión Cefalea intensa Rigidez muscular Debilidad Intolerancia al calor Perdida de peso no intencionada Psicosis de nueva aparición Dificultad para respirar Síntomas abdominales (vómito y/o diarrea)

Siempre se debe de considerar de manera inicial el delirium, deterioro cognitivo e intoxicación o abstinencia antes de pensar en un trastorno mental y del comportamiento (Garriga, et al. 2016).

Es importante contar con el historial de consumo reciente de drogas para detectar los condicionantes, así como contar con la pericia del profesional para reconocer los síntomas clínicos en función de las diferentes sustancias que se consuman.

→ ESCALAS DE VALORACION DEL PACIENTE AGITADO

Hay diversas escalas disponibles para evaluar el nivel de agitación, las cuales incluyen la actividad conductual.

Arrojan una puntuación subjetiva válida y confiable, sin embargo, su uso en el área de urgencias no suele ser tan veraz.

- Escala de severidad de agitación
- Escala de agresión manifiesta
- Escala de agitación-sedación de Richmond
- Escala de la actividad conductual (es rápida y funcional para el servicio de urgencias, no requiriendo que el paciente de respuesta a las preguntas)

Se puede hacer uso de la **escala de agitación breve (BAM)** → cuenta con tres elementos diseñados para indicar la experiencia subjetiva de agitación, midiendo los niveles de agitación durante la última semana.

- Fácil
- Confiable
- Se puede aplicar de manera rutinaria o cuando se sospecha de algún riesgo.

También tiene utilidad en la evaluación del riesgo suicida (siempre se recomienda asociarla con otras herramientas para este caso)

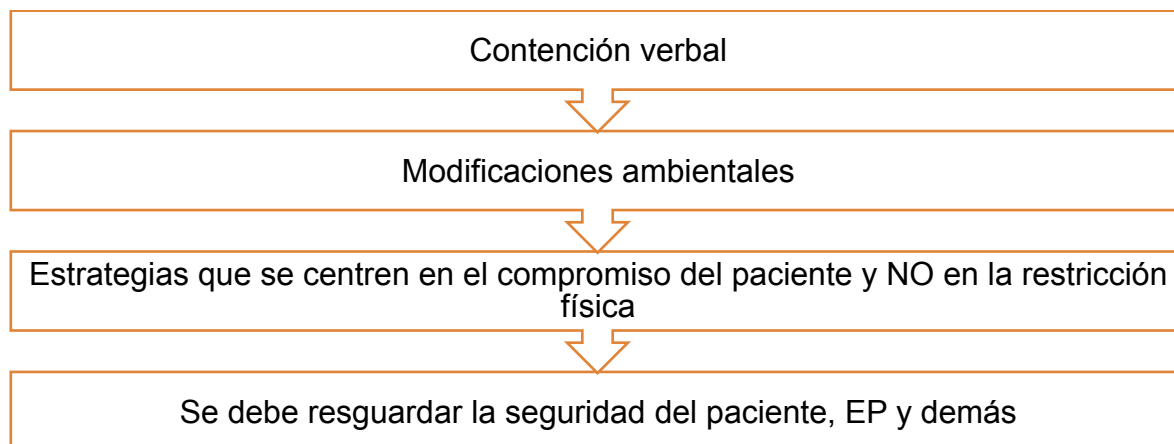
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

→ DELIRIUM

- Es una condición médica → que “se asocia con una alteración global en la cognición, la atención o la conciencia” (Gottlieb, 2018). Tiene un desarrollo abrupto y fluctuante.
- Pueden presentar alteraciones en el ciclo sueño/vigilia, alteración de la conciencia, esta va desde el estado de coma hasta la agitación hiperactiva.
- Un estado de **atención** fluctuante, dificultad para seguir ordenes y problemas de concentración.
- El delirium puede ser un componente subyacente de la agitación del paciente, pero no es una constante.
- El delirium en sí mismo es una emergencia médica.

ABORDAJE

La agitación psicomotriz requiere de una intervención rápida y segura. Sin embargo, el profesional no debe de ponerse en riesgo (manteniendo una distancia segura, respetar el espacio personal, evitar el contacto visual directo o intenso, este puede ser percibido como amenazante por el paciente). A continuación se enlistan algunos componentes que deben de considerarse para abordar la agitación psicomotriz.



→ TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Antes de administrar cualquier psicofármaco, se deben iniciar con técnicas de contención verbal. Así como favorecer el cambio ambiental, las medidas de confort. Llevando al paciente a un lugar tranquilo y seguro, disminuir el ruido en el ambiente.

La contención verbal (Du et al., 2017).

- Proceso complejo e interactivo.
- Se redirige al paciente a un espacio personal más pacífico.
- Disminuye la agitación y reduce el riesgo de violencia.
- Calma y previene comportamientos disruptivos.
- Use un tono de voz calmado.
- No debata o con la persona.
- No grite ni levante el tono de voz.
- No amenace o desafíe a la persona.
- Utilice estrategias compatibles con entrevista motivacional: principalmente rodar con la resistencia, no tomar posturas, ser empático, entre otras.
- Responda de manera asertiva, considere las técnicas: banco de niebla, aserción negativa y disco rayado.



Modificar el ambiente (Rossi & Oh, 2020).

Cuando una persona presenta agitación psicomotriz es recomendable disminuir la estimulación que percibe del medio, para ello considere: disminuir la iluminación (sin llegar a la obscuridad total), disminuir el ruido en el ambiente, proporcione un ambiente calmado y reconfortante. La modificación del ambiente habitualmente se aplica en conjunto con la contención verbal y lenguaje corporal congruente: postura corporal relajada (que no pueda considerarse amenazante), contacto visual suficiente y agradable, seguridad en la intervención (se refiere al tono de voz y al plan de acción a implementar; Spencer & Johnson, 2016).

Contención física.

La restricción física o mecánica son intervenciones utilizadas habitualmente para el manejo de comportamientos violentos y disruptivos. Es crucial clarificar para el abordaje no farmacológico que el profesional de la salud debe actuar para beneficio del usuario, empero, este escenario no excluye que también se garantice el mantenimiento de su integridad física.

→ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es **calmar rápidamente al paciente sin llegar a la sedación**, esto ocurriría en aquellos que presentan una agitación aguda en donde los métodos verbales iniciales no lograron calmar al paciente.

Cuando el paciente es cooperador, se preferirá la administración **vía oral** aumentando de esta manera la autonomía del paciente (Gottlieb, 2018).

Se debe tener cuidado al iniciar el tratamiento farmacológico, ya que si un paciente agitado es medicado con premura, dificultará la evaluación. Por otro lado si se medica demasiado tarde, puede correr el riesgo de sufrir autolesiones y agredir al personal.

Se emplean 3 clases de medicamentos:

- 1) Antipsicóticos de primera generación**
- 2) Benzodiazepinas**
- 3) Antipsicóticos de segunda generación.**

Es de enfatizar que ninguna opción farmacológica cumple con todos los criterios para una medicación antiagitación ideal. De ahí que se prefieran las presentaciones intramusculares ya que vía oral se cuenta con la dificultad de que el paciente no lo pueda tragar.

Cuando se requieren medicamentos, los antipsicóticos de segunda generación, son los preferidos sobre los antipsicóticos de primera generación para el tratamiento a largo plazo de enfermedades psiquiátricas, también se han utilizado cada vez más en el entorno agudo para el tratamiento de la agitación.

- **Agitación secundaria a la abstinencia de alcohol, se debe administrar un tratamiento con benzodiazepinas.**
Se presentará como una agitación con características de delirium, como taquicardia, diaforesis, temblores (Wilson, 2012)
- **Agitación asociada con la intoxicación por alcohol, se deben utilizar antipsicóticos. Se deben de evitar las benzodiazepinas debido al potencial de agravar el riesgo de depresión respiratoria (Wilson, 2012)**

Benzodiacepinas

- En monoterapia no son funcionales
- El Lorazepam y Midazolam son los agentes mas comunmente utilizados.
- **Lorazepam** → se puede administrar por vía intravenosa, intramuscular y oral.
 - Tiene un tiempo medio de sedacion de 23 minutos.
 - Una duracion del efecto de 3.5 horas
 - En algunos casos se prefiere debido al tiempo total de sedación.
- **Midazolam** → se administra vía intravenosa, intramuscular, intranasal, recta y oral
 - Tiene un tiempo medio de sedacion de 13 a 18 minutos
 - Una duracion de 1.4 a 1.7 horas
 - Es el preferido por su rapido inicio de accion

Antipsicóticos

- Tratamiento de la agitación aguda.
- **Primera generación:**
 - Tienen baja potencia
 - El **Haloperidol** → comunmente utilizado para la sedacion de pacientes agitados.
 - Tiene un tiempo medio de sedación de 25 a 28 minutos
 - Los efectos adversos mas comunes son los sintomas extrapiramidales (parkinsonismo, distonia, acatisia), prolongacion del segmento QT
- **Segunda generación:**
 - La **Olanzapina** es el representante de este grupo
 - Su administración otorga mejoria signitativa
 - Se puede considerar como **el tratamiento de 1ra línea**
 - La dosis recomendada es de 10 mg / día
 - Efectos secundarios → se presenta el aumento de los niveles sericos de los trigliceridos, aumento de la presión arterial
 - **Risperidona**, fue tan eficaz como el haloperidol IM, pero inferior a la Olanzapina
 - **Aripiprazol**, se asocia a mejores niveles de glucosa, trigliceridos y prolactina en comparación con la Olanzapina
 - **Quetiapina**, en dosis de hasta 800 mg/día. Los efectos adversos se hacen presentes.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Dirigir el tratamiento a la enfermedad más probable.
- Previo al inicio del tratamiento farmacológico se deben agotar las intervenciones verbales.
- El tratamiento farmacológico se debe utilizar para calmar a los pacientes, no para inducir el sueño.
- Si el paciente coopera con la toma de medicamentos orales, estos se prefieren al resto de las vías de administración.

GLOSARIO

PFH: Pruebas de Función Hepática

PIE: Prueba Inmunológica de Embarazo

PRDDO: Prueba Rápida de Detección de Drogas en Orina

REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.L. Jayaram, M.B., & Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vázquez, G., Baldaçara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E. W., Fagiolini, A., Möller, H. J., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., Hidalgo-Mazzei, D., ... Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 17(2), 86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gottlieb, M., Long, B., & Koyfman, A. (2018). Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *The Journal of emergency medicine*, 54(4), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.049>
- Rossi, G. & Oh, J.C. (2020). Management of Agitation in Huntington's Disease: A Review of the Literature. *Cureus*; 12(8):e9748. DOI 10.7759/cureus.9748
- Spencer, S. & Johnson, P. (2016). De-escalation techniques for managing aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Wilson, M. P., Pepper, D., Currier, G. W., Holloman, G. H., Jr, & Feifel, D. (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *The western journal of emergency medicine*, 13(1), 26–34. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6866>