



Agitación Psicomotora


Dra. Javiera Martínez

Psiquiatra Servicio de Urgencia Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

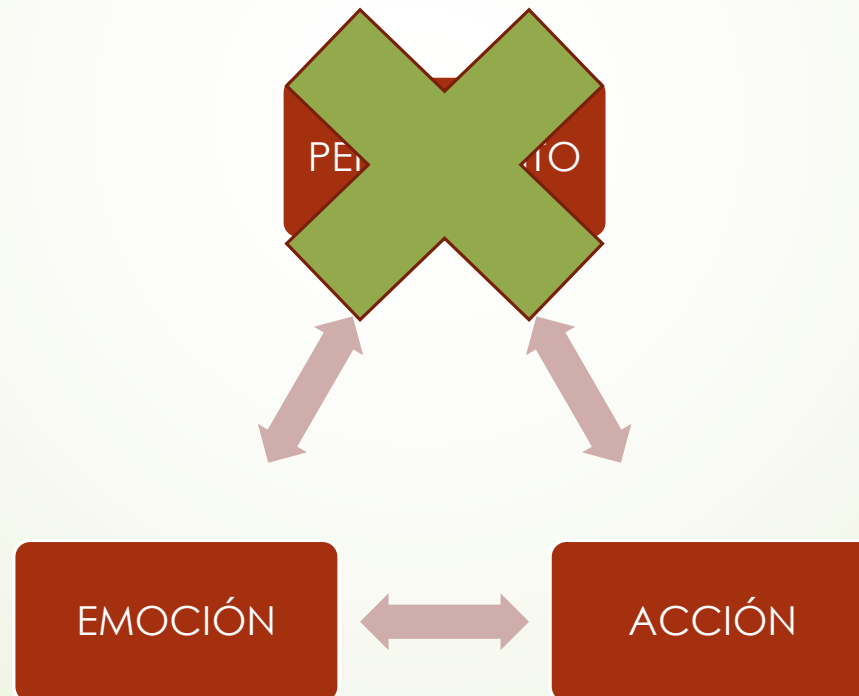
26 abril 2019



Introducción

- ▶ La agitación psicomotora es la **urgencia psiquiátrica clásica**
 - ▶ Puede presentarse en diversos escenarios, ya sea **fuera o dentro de los recintos de salud**
 - ▶ La mayoría de las veces deben ser **resueltas por médicos no psiquiatras**, de ahí la relevancia de su correcto diagnóstico y tratamiento
- 

- Se origina en un contexto de incapacidad de un ser humano para organizar y estructurar emociones y acciones



Definición: Alteración de la



- ✓ **Peligro potencial** para el paciente como para otras personas y el entorno, ya que la conducta puede ser impulsiva, negligente, desordenada o arriesgada
- ✓ Existe **ruptura temporal en la relación habitual de cooperación** entre médico y paciente

AGITACIÓN
PSICOMOTORA

Alteración de la
psicomotricidad

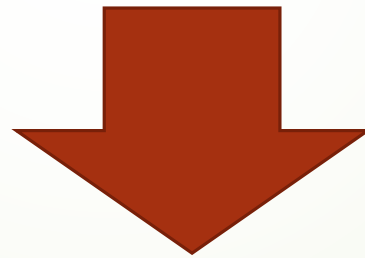
CONDUCTA VIOLENTA
O AGRESIVA

Alteración del
impulso agresivo

Agresividad,
hostilidad,
brusquedad y
tendencia más o
menos manifiesta a
la destrucción,
pudiendo manifestar
tanto auto como
heteroagresividad

Evaluación inicial

- ▶ **Difícil**, muchas veces requiere una intervención inmediata sin contar con información suficiente
- ▶ Idealmente contar con una anamnesis mínima dirigida a averiguar **sucesos previos** a la aparición de la agitación, antecedentes recientes de **enfermedad o compromiso somático** o de una **enfermedad psiquiátrica**



Etiología orgánica, psiquiátrica o mixta

Orgánica v/s Psiquiátrica

Orgánica	Psiquiátrica
Alteración de conciencia, desorientación temporoespacial, dificultad en la atención, a veces con alucinaciones (visuales) o delirios	Vigil y orientado
Comienzo agudo o subagudo y curso fluctuante (exacerbación nocturna)	Fluctuación escasa
Sin antecedentes psiquiátricos	Suelen tener antecedentes psiquiátricos



Mixta : psiquiátrico + orgánico

- ▶ Pacientes psiquiátricos que presentan un componente de organicidad
- ▶ Suele pasar que la etiqueta de “psiquiátrico” hace que sus **quejas no sean tomadas en cuenta**
- ▶ Institucionalización, indigencia y el alcoholismo los hacen más propensos a TBC, alteraciones vitamínicas
- ▶ Síntomas como la paranoia, preocupación interna y la psicosis aguda pueden hacer que el diagnóstico médico sistemático resulte extremadamente complicado

Causas de Agitación Psicomotora Orgánica

Intoxicación	Delirium	Abstinencia
Alcohol	Infecciones sistémicas o SNC	Alcohol (delirium tremens)
Estimulantes (cocaína, anfetamina)	Fiebre	Benzodiacepinas
Cannabis	Insuf. Respiratoria	Opiáceos
Antidepresivos	Insuf. Cardíaca	
Neurolépticos	Insuf. Hepática	
Benzodiacepinas	Insuf. Renal	
Anticolinérgicos	TEC y politraumatismos	
	Postoperatorio	
	Alt. Metabólicas	
	Crisis parciales	
	Ictus isquémicos o hemorrágicos	
	Tumores intracraneales	
	Tumores diseminados	
	Delirium sobre demencia	
	Farmacos: levodopa, digital, ranitidina, atropina, antihistamínico, antiepiléptico, corticoines, bZP, clorpromacina	

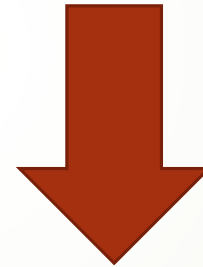
Causas de Agitación Psicomotora Psiquiátrica

Psicótica	No Psicótica
Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo	Trastorno explosivo intermitente
Episodio maníaco	Trastorno de personalidad (histriónico, borderline y paranoide)
Episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños)	Reacciones de estrés agudo (incluye reacciones de duelo)
Trastorno por ideas delirantes persistentes	Crisis de angustia
	Crisis conversiva
	“ataque de nervios” (en determinadas culturas)
	Alteración de conducta en retraso mental o demencia (distinguir del delirium superpuesto a demencia)



Tratamiento

Frenar la escalada de agitación y violencia con la máxima **seguridad** para todos los implicados



Contención

Contención

- ✓ Procedimiento terapéutico que debe ser realizado por personas debidamente capacitadas (experticia técnica) y habilidades personales (escucha, capacidad de captar y responder a los cambios en las contingencias)



- ✓ Según la gravedad puede cambiar el manejo y iniciarse inmediatamente la contención física



Contención Emocional (verbal)

- ▶ Actitud **traquilizadora** encaminada a absorber el temor y ansiedad del paciente
- ▶ Actitud **firme y segura**, que sirve para marcar límites a la conducta del enfermo como para darle una referencia externa de seguridad y de orden
- ▶ Palabras Clave: **ESCUCHAR, ACOGER, PERSUADIR**



Contención Ambiental

- ▶ Proporcionar un **espacio** adecuado, buena disposición del **personal**, control de los **estímulos** visuales, auditivos y desplazamientos, promoviendo confianzas mutuas, rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación.
- ▶ Palabras claves: **ACOGER, TRANQUILIZAR, RELAJAR, CONTROLAR**



Contención Farmacológica

- **Procedimiento invasivo** que consiste en la administración de un fármaco, con el objetivo de aliviar su sintomatología
- Debe acompañarse de elementos **persuasivos y facilitadores** para la persona afectada
- El objetivo es **tranquilizar y no sedar**, de modo de poder evaluar al paciente en las mejores condiciones posibles (no siempre podrá ser así)
- Palabras Clave: **INFORMAR, EXPLICAR**

Alternativas Farmacológicas


Antipsicóticos

Antipsicóticos + Benzodiazepinas

Benzodiazepinas

Antipsicóticos

- **Haloperidol**: más usado, alta potencia y posibilidad de repetir dosis. Menor cardiotoxicidad y menor riesgo de hipotensión.
- **Clorpromazina**: más sedante, pero con riesgo de **hipotensión**, aspiración, **delirium anticolinérgico**, alteraciones cardíacas, etc. Su efecto máximo es a las 4-5 horas, por lo que no se debe repetir dosis
- A. Psicóticas:
 - Haloperidol 5 mg im, puede repetirse dosis cada 30-45 min hasta 20 mg/día.
 - Olanzapina y ziprasidona también están disponibles para su administración intramuscular.
- A. Orgánicas (delirium):
 - Haloperidol (dosis menor) 2,5 a 5 mg im, pudiendo repetir a la hora. Dosis de mantención de 5-10 mg/ día
 - Demencias preferir risperidona en dosis inicial de 0,25-0,5 mg, 2-6 mg/día. En caso de ausencia de respuesta se plantea como opción haloperidol, olanzapina o quetiapina

- 
- Agitaciones secundarias a intoxicaciones por abuso de:
 - psicoestimulantes (reacciones extrapiramidales)
 - cocaína (convulsiones)
 - alucinógenos (delirium anticolinérgico)

se tendrá reserva en el uso de neurolepticos y se preferirá el uso de benzodiazepina por efecto anticonvulsivante y ausencia de efecto anticolinérgico y extrapiramidal

- Evitar el uso de haloperidol el delirium tremens, abstinencia de benzodiazepinas u opiáceos y agitaciones de origen comicial por bajar el umbral convulsivante, preferir benzodiazepinas



Benzodiazepinas

- De elección en **agitación psiquiátrica no psicótica** y donde predominan las manifestaciones **ansiosas** de miedo, pánico, etc.
- Vía oral: diazepam 5-20 mg o Lorazepam 2-6 mg
- Vía parenteral:
 - Lorazepam 2-4 mg im.
 - Diazepam no tiene buena absorción im, por tanto, al administrarlo ev se corren riesgos respiratorios.

Elección de Fármaco en Situaciones Especiales

Comorbilidad Médica	Fármaco
Alteración del ritmo cardíaco	Benzodiazepina
Delirium y/o demencia	Haloperidol, risperidona
Diabetes	Haloperidol, ziprasidona, aripiprazol
Ancianos	*Haloperidol, risperidona, olanzapina
Niños	*Risperidona, Lorazepam
Retraso mental	Risperidona
Embarazo	*Haloperidol



Contención Física (mecánica)

- Último recurso
- Finalidad: evitar la auto y heteroagresión
- Limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico con técnicas especiales o con elementos mecánicos
- Palabras clave: **PROTEGER, EVITAR**



Contención física: Requerimientos

- ▶ Equipo:

- ▶ Médico que indique la contención física
- ▶ Enfermero que dirija la ejecución y administre medicación (si está indicada)
- ▶ Tres funcionarios como mínimo, con un ideal de 4

- ▶ Ambiente:

- ▶ Espacios **amplios e iluminados**
- ▶ **Baja concentración de usuarios** por habitaciones, que permitan la interacción personalizada

Contención física: Requerimientos

► Materiales:

- **Sujeción abdominal** de cuero que pasa sobre el abdomen del usuario y se sujeta a la cama, diseñada para evitar autolesiones, tales como asfixia y erosiones de la piel
- **Muñequeras** de cuero acolchadas, incorporadas a la sujeción abdominal
- **Tobilleras** de cuero acolchadas que van sujetas a la parte inferior de la cama
- **Apósitos** limpios de algodón cubiertos con gasa para evitar lesiones provocadas por roce de extremidades superiores e inferiores
- **Guantes de procedimiento** para el personal que realiza la contención física





Contención física paso a paso:

1. INFORMAR

- Informar al usuario del procedimiento a realizar, en lenguaje comprensible

Contención física paso a paso:

2. REDUCCIÓN

- ▶ Paso 1: idealmente 2 funcionarios, uno por cada extremidad superior, giran al usuario de **espaldas sobre el suelo**, sujetando a nivel **de hombros y antebrazos**, evitando que usuario se golpee
- ▶ Paso 2: simultáneamente e idealmente dos funcionarios, uno por cada extremidad inferior, sujetará por **encima de las rodillas y tobillos**, inmovilizando lo más posible las extremidades inferiores
- ▶ Paso 3: otro funcionario controla la **cabeza y cuello**, evitando que se golpee. Sujeta la cabeza con mano dominante y con la otra el mentón. En caso de riesgo de mordedura y eliminación de expectoración se evaluará el uso de **mascarilla** desechable sólo en región bucal, dejando libre la nariz



Contención física paso a paso:

3. TRASLADO

- ▶ Paso 1: funcionarios encargados de las extremidades superiores tomarán por **los brazos y alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros**, sin forzar las articulaciones del usuario
- ▶ Paso 2: simultáneamente los funcionarios encargados de extremidades inferiores sujetarán las piernas a la altura de las **rodillas**
- ▶ Paso 3: simultáneamente el funcionario encargado de **cabeza y cuello** cuidará que el usuario no presente aspiración de secreciones ni lesiones cervicales





Reducción



Traslado



LO MÁS RÁPIDO POSIBLE
NO FORZAR EXTREMIDADES
NI ARTICULACIONES



Contención física paso a paso:

4. INSTALACIÓN DE SUJECCIÓN

- ▶ Al mantener reducido al usuario en la cama uno de los funcionarios coloca la **sujeción abdominal sobre la cintura, procurando que no quede en contacto directo con la piel**. Para ello se puede usar bajo la sujeción la ropa de cama o ropa del usuario
- ▶ Sujetar la sujeción abdominal por medio de sus correas laterales a la cama, asegurándose que se encuentren firmes y aseguradas
- ▶ Se cubren con **apósitos ambas muñecas y se contiene con las muñequeras**, dejando al menos el espacio de “un dedo” para la circulación sanguínea de ambas extremidades superiores
- ▶ Asegurar con **apósitos las extremidades inferiores e inmovilizar con las tobilleras**



Contención física paso a paso:

5. EVITAR EVENTOS ADVERSOS

- ▶ Colocar **almohada** bajo cuello y cabeza y/o posición **semifowler** (30°) para evitar broncoaspiración o asfixia. En caso de alimentación debe permanecer sentado (45°)
- ▶ Dejar al usuario **cómodo y abrigado** según la temperatura ambiental
- ▶ **Control de signos vitales cada 30 minutos**. Si existe resistencia del usuario se podrá suspender. Esto para prevenir descompensación hemodinámica.
- ▶ Evaluar la **posición correcta del equipo de contención** como medida de prevención de compresión vasculo-nerviosa, contracturas, fracturas
- ▶ **Valoración de zonas de apoyo** como medida de prevención de lesiones en piel, úlceras por presión, heridas, laceraciones



CASO CLÍNICO 1

- ▶ Hombre de 60 años, antecedentes de hiperplasia prostática operada hace 48 horas. Sin otros antecedentes somáticos ni psiquiátricos previos. Postoperatorio evoluciona con episodios de desorientación en tiempo y espacio fluctuantes, agregándose luego pensamiento desorganizado, conducta agresiva verbal y física hacia funcionarios, se retira vía venosa, rechaza alimentación.
- ▶ ¿Diagnóstico?
Delirium hiperactivo
- ▶ ¿Conducta?
Contención farmacológica (haldol) y física, descartar complicación somática
- ▶ Lo que se hizo:
Se otorga alta disciplinaria por agresiones a funcionarios, ya dado de alta se gestiona evaluación en SU HPPP.

CASO CLÍNICO 2

- ▶ Hombre de 57 años consulta a servicio de urgencia por episodio convulsivo. Mientras espera atención sufre un segundo episodio. No registra antecedentes somáticos previos.
- ▶ Hospitalizado, se realiza estudio y se decide cargar con fenitoína. TAC cerebral normal, exámenes de laboratorio destaca perfil hepático alterado, resto normal.
- ▶ Evoluciona con desorientación fluctuante, desorganización del discurso y episodios de agitación psicomotora. Se solicita evaluación psiquiátrica sospechándose cuadro conversivo – simulación/manipulación.
- ▶ Acude a SU HPPP en compañía de esposa. Usuario desorientado en tiempo y espacio, pensamiento desorganizado, temblor, conducta errática.
- ▶ Esposa aporta datos, entre ellos, consumo de alcohol de larga data, tres días de abstinencia.
- ▶ ¿Diagnóstico?
- ▶ Síndrome de abstinencia alcohol: delirium tremens con sd. Convulsivo
- ▶ Conducta:
- ▶ Lorazepam ev, tiamina, estudio somático

CASO CLÍNICO 3

- ▶ Paciente de 56 años, antecedentes de TAB 1, múltiples hospitalizaciones previas en nuestro centro por descompensaciones maníacas. Conocido en red de salud.
- ▶ Solicitan evaluación de usuario por agitación psicomotora, ideas delirantes megalomaníacas y paranoides
- ▶ Previo a traslado administran 50 mg clorpromazina y 5 mg haloperidol im.
- ▶ Usuario ingresa estable hemodinámicamente, afebril, ensangrentado, policontuso, múltiples heridas contuso-cortantes en cuero cabelludo, 4 de las cuales comprometen plano celular subcutáneo y muscular, equimosis periorbitaria bilateral incompleta, múltiples heridas contusas y erosiones en extremidades-tórax-abdomen, sin evidencia clínica de deformidad ósea. Usuario vociferante, manifiesta dolor intenso y rechaza palpación, refiere sensación de descarga eléctrica en brazos y dedos.
- ▶ Familiar aporta antecedentes que en contexto de descompensación maníaca fue agredido físicamente por vecinos (linchado) y termina cayendo por barranco, sobre espinas.
- ▶ ¿Diagnóstico?
 - ▶ 1. Policontuso/politraumatizado
 - ▶ Agitación psicomotora
 - ▶ TAB 1 fase maníaca
- ▶ Olanzapina 10 mg im + Lorazepam 4 mg im
- ▶ 30 min, haloperidol 5 mg im + Lorazepam 4 mg ev
- ▶ Se deriva a SU Hospital General para evaluación y manejo
- ▶ Se administra clorpromazina 50 mg im



MENSAJE FINAL

- Frete a paciente con agitación psicomotora importantísimo descartar componente ORGÁNICO
- 



Gracias



Bibliografía



1. Manual de Urgencias psiquiátricas, Alfonso Chinchilla. Capítulo 4, El paciente agitado o violento. 2º Edición, 2010. Pág. 151-163.
2. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, J. Vallejo Ruiloba. Capítulo 35, urgencias psiquiátricas. 8º Edición, 2015. Pág. 571-586.
3. Urgencias psiquiátricas, Enrique Escobar y Carlos Cruz. Capítulo 2: clínica de urgencia. 2º Edición 2011. Pág. 95-147.
4. Sinopsis de Psiquiatría, Kaplan y Sadock. Capítulo 23: Medicina Psiquiátrica de urgencia. 11 º Edición, 2015. Pág. 763-790.
5. Protocolo de contención física de pacientes en agitación psicomotora, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, 5º Edición, 2017