Manejo del paciente agitado en el hospital general

Dr. Javier Sepúlveda Amor*

Resumen

Se revisan algunas de las causas orgánicas y psicológicas más frecuentes por las que los enfermos en hospitales generales pueden agitarse. Se incluyen etiologías neurológicas, metabólicas, endócrinas, tóxicas, postquirúrgicas y psiquiátricas, así como la secuencia lógica para hacer el diagnóstico diferencial. Una vez logrado el diagnóstico, se plantean estrategias de manejo psicológico y farmacológico, con especial énfasis en la prevención, en la detección y en el tratamiento oportuno.

El diccionario de la Lengua Española define "agitar" como mover con frecuencia y violentamente. Entre sus sinónimos se encuentran: inquietud, excitación, intranquilidad, perturbación y conmoción. Todos estos términos describen la situación clínica que los médicos que trabajan en un hospital general pueden observar frecuentemente en pacientes con patología muy variada. En términos psiquiátricos, la agitación se define como un malestar caracterizado por inquietud y actividad psicomotriz aumentada, con grados variables de tensión, ansiedad y temor.

Un hospital general se caracteriza por dar atención a pacientes con patología médico-quirúrgica muy diversa, por medio de servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa. Especialmente en los dos primeros servicios no es raro encontrar que un enfermo sufra un cuadro de agitación que altere el medio hospitalario que le rodea y que, además, comprometa el tratamiento y la evolución de la enfermedad que lo llevó al hospital.

En este artículo se revisan algunas de las causas orgánicas y psicológicas más frecuentes por las que se agita un enfermo, con especial énfasis en los aspectos preventivos y en los de su manejo psicológico y farmacológico.

Agitación por causas orgánicas

La gran mayoría de los enfermos que se atiende en un hospital general ha pasado por varios filtros que, en principio, permiten asumir al médico tratante que existe una patología orgánica. Entre estos se incluyen: médicos familiares, de centros de salud y de servicios de urgencias. Por lo tanto, en la eventualidad de que surja un cuadro de agitación en un paciente médico o

Abstract

Some frequent organic and psychological causes by which inpatients in general hospitals can become agitated, are revised. Neurologic, metabolic, endocrine, toxic, postsurgery and psychiatric etiologies are included as well as the logical sequence used to make a differential diagnostic. Once the diagnostic is made, some strategies of psychological and pharmacological guidance are suggested, with a very special emphasis in prevention, detection and timely treatment.

quirúrgico, se deben revisar todas sus posibles causas orgánicas antes de sospechar un origen psicológico (1-4). Lo anterior se acentúa más en el caso de enfermos en mal estado general (5-9), que se encuentran en servicios de terapia intensiva, de coronariopatías, de recuperación postquirúrgica, etc.

El diagnóstico diferencial de los cuadros confusionales y/o de agitación debe incluir las siguientes condiciones de origen orgánico:

- 1) *Trastornos neurológicos*. Destacan los problemas neurológicos de tipo agudo, como: traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares-cerebrales, masas ocupativas, infecciones y trastornos convulsivos, así como algunas enfermedades crónico-degenerativas, como las de Pick, Alzheimer o Huntington, especialmente cuando se combinan con un desequilibrio concomitante (infección, deshidratación) y arteriosclerosis cerebral.
- 2) *Trastornos metabólicos*. La insuficiencia de órganos vitales como corazón, hígado, pulmones o riñones puede combinarse con agitación importante. También las hipoglicemias, las hiperglicemias y los trastornos hidroelectrolíticos son causas muy frecuentes de cuadros confusionales agitados. Hay otras enfermedades menos frecuentes, como las porfirias o la enfermedad de Wilson, que pueden aparecer con agitación psicomotriz.
- 3) *Trastornos endócrinos*. La hipofunción o hiperfunción del eje hipotálamo-hipófisis y de las glándulas tiroideas, paratiroides y adrenales, son alteraciones conocidas y bien estudiadas capaces de provocar agitación de magnitud variable en los enfermos que las sufren.
- 4) *Iatrogenia* (Efectos adversos de medicamentos). Casi cualquier medicamento en dosis tóxicas o en forma paradójica o idiosincrásica, puede ocasionar cuadros de agitación considerable (10, 11). Este

* Coordinador del Programa de Enlace, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

riesgo aumenta cuando se usa más de una droga, o cuando se usan indebidamente aquellas que tienen efectos psicoactivos (antidepresivos, anticolinérgicos, ansiolíticos, anticonvulsivos, antihipertensivos, neurolépticos, carbonato de litio, levodopa, opiáceos, barbitúricos, etc.).

- 5) *Intoxicaciones por drogas de abuso.* El alcohol etílico, los estimulantes, los alucinógenos y algunos narcóticos son capaces de causar agitación. Otras sustancias, como los metales pesados, algunos compuestos orgánicos fosfatados y los bromuros, que llegan al organismo habitualmente en forma accidental, también hay que tenerlos presentes (12).
- 6) *Síndromes de abstinencia o supresión.* La caída brusca de niveles circulantes de alguna de las drogas de abuso mencionadas en el inciso anterior, también produce cuadros característicos de agitación psicomotriz (12).
- 7) *Psicosis posoperatorias.* Las causas de las psicosis posoperatorias no son siempre identificables aun cuando se trata de cuadros relativamente frecuentes que ponen en peligro la evolución posquirúrgica (13). A veces es posible para el médico involucrado anticipar el problema por haber tenido experiencias parecidas con otros enfermos.
- 8) *Enfermedades sistémicas.* Cuando se afectan varios órganos y/o sistemas, como en las infecciones bacterianas con septicemia, las hepatitis virales, las enfermedades del tejido conjuntivo, la desnutrición y las deficiencias vitamínicas, pueden presentarse reacciones de agitación variable.
- 9) *Trastornos psiquiátricos.* Aquí se incluyen aquellos con un sustrato biológico, aun cuando su naturaleza no esté del todo aclarada (trastornos afectivos mayores y trastornos esquizofrénicos). Aunque es poco probable que los pacientes que se encuentran en la fase aguda de estos trastornos, sean hospitalizados en los servicios médico-quirúrgicos de un hospital general, no es raro que estos se manifiesten, a veces por primera vez, durante un periodo de hospitalización por motivos médicos o quirúrgicos. También puede ocurrir que la suspensión inadvertida o francamente deliberada de psicofármacos desencadene cuadros de agitación severa. Hay pacientes que se agitan simplemente por el estrés natural que acompaña a la experiencia de estar hospitalizados (14).

Agitación por causas psicológicas

Cuando un individuo se enferma, sufre una serie de reacciones psicológicas adversas (15).

Estas dependen de la severidad del padecimiento, por un lado, y de la idiosincrasia de cada persona, por el otro. No tiene la misma repercusión psicológica la aparición de un nódulo mamario en una mujer cuya madre falleció poco tiempo después de detectársele una masa en un pecho, que la que tendría en otra mujer sin ese antecedente; pero aun con antecedentes parecidos, cada una reaccionaría de manera diferente, dependiendo de su estructura psicológica.

Al estudiarse las reacciones psicológicas iniciales en pacientes con infarto del miocardio se ha observado

que algunos utilizan la negación o la racionalización como mecanismos de defensa, en grado tal que ponen en peligro su vida por no acudir oportunamente a recibir el tratamiento adecuado. En contraste, otros pacientes acuden al hospital al menor asomo de molestia precordial (16, 17).

Una vez en el hospital, el paciente se enfrenta a una serie de situaciones que aumenta su ansiedad y su aprensión, con algunos temores bien definidos y otros sumamente vagos. En contraste con la situación que priva en la consulta externa, en donde el paciente conserva cierto control y autonomía, y en donde el número de médicos y paramédicos que interactúa con él es pequeño, en el hospital, el ambiente es más complejo e incierto. No sólo tiene que preocuparse por la enfermedad que motivó el internamiento y la pérdida de control, y por la vulnerabilidad que esto implica, sino también por algunos cambios que parecerían simples pero que no lo son, y que tienen consecuencias importantes, como son los cambios en los horarios y en las dietas, la interacción con otros enfermos, la cama y la higiene diferentes a las habituales, el ruido, la pérdida de la relación día-noche, nuevas relaciones interpersonales con médicos de todas las jerarquías, desde jefes de servicio hasta estudiantes de medicina, enfermeras, laboratoristas, técnicos, dietistas, personal de intendencia, etc.; cada uno con sus propios problemas intra e interpersonales y con sus propios mecanismos de defensa, que fácilmente pueden entrar en conflicto con los del paciente, ya de por sí hipersensible por su condición de hospitalizado. Lo anterior permite entender por qué un incidente aparentemente sin importancia puede precipitar una reacción en cadena que facilite un cuadro de agitación de severidad variable (14).

A diferencia de la agitación secundaria a problemas orgánicos, en donde es posible tratar de agruparlos por su etiología, en la agitación por motivos psicológicos es necesario analizar cada caso de manera individual, ya que son demasiadas las variables. Es conveniente conocer el tipo de personalidad y de adaptación premórbida del paciente, y también la manera de reaccionar de los colegas médicos y del personal paramédico.

Manejo médico-psicológico

Para poder manejar en forma adecuada un cuadro de agitación en un hospital general, es indispensable entender qué es lo que está ocurriendo en el medio interno y externo del paciente. Lo primero incluye tanto factores orgánicos como psicológicos, y lo segundo se refiere a las circunstancias que lo rodean. Para lograrlo, es conveniente seguir una serie de pasos específicos (18): 1) Hablar con el médico tratante para conocer con detalle el cuadro clínico y la evolución del paciente, antes y durante el cuadro de agitación. 2) Establecer si éste se presentó en forma aguda o gradual y cuáles fueron los factores precipitantes. 3) Obtener información del personal de enfermería y de los familiares. 4) Hacer una revisión minuciosa del expediente del enfermo, con especial atención a los motivos de la hospitalización, los antecedentes personales y familiares, incluyendo los patológicos y no patológicos, los resul-

tados de los exámenes de laboratorio y de gabinete, y los medicamentos y sus dosis. Estos dos últimos (los exámenes paraclínicos y los fármacos en uso actual) son de particular interés, ya que pueden explicar la mayoría de los cuadros de agitación y/o confusión.

Una vez hecho lo anterior, se debe entrevistar al paciente con la idea de obtener la mayor información posible en un tiempo mínimo. Dependiendo de las circunstancias se podrán usar diversos enfoques, pero la única regla general debe de ser la flexibilidad por parte del médico. Al mismo tiempo que se entrevista al paciente, debe hacerse un examen de su estado mental lo más completo posible, aunque no sea con un orden formal (5). En muchos casos será necesario un examen físico tan completo como lo permitan las condiciones del paciente.

Finalmente, hay que decidir el camino terapéutico más apropiado. Si se ha detectado un problema orgánico, éste se debe corregir lo más rápidamente posible; si la agitación es el resultado de conflictos intrapsíquicos o interpersonales, la propia intervención de quien evalúa el problema de agitación puede ser el inicio de la resolución del conflicto (19). Sin embargo, existen situaciones en donde esto no es suficiente, ya sea porque no sea posible detectar la alteración orgánica, porque su corrección no pueda ser inmediata o porque el estado de agitación sea tal que se necesite controlar rápidamente. En estos casos está indicado el uso de psicofármacos.

Manejo farmacológico

Los grandes avances en la psicofarmacología son relativamente recientes. Se inician a partir de la década de los cincuenta con el descubrimiento de las fenotiazinas, los ansiolíticos, los antidepresivos, el carbonato de litio y las butirofenonas (20-24). Estos medicamentos han revolucionado el manejo de pacientes agitados en un hospital general, ya que especialmente con los neurolepticos se puede llegar a un control rápido y seguro de los signos y síntomas de agitación.

Estos medicamentos incluyen diferentes grupos químicos con propiedades farmacológicas parecidas (29). Las más conocidas son las fenotiazinas (20), que pueden ser de cadena alifática (clorpromazina y otras), de cadena piperidínica (tioridazina y otras) y de cadena piperazínica (trifluorperazina y otras). Las fenotiazinas alifáticas y piperidínicas tienen efectos sedantes, anticolinérgicos y antiadrenérgicos más pronunciados que las fenotiazinas piperazínicas. Estas últimas son más potentes en cuanto a miligramos/respuesta, pero tienen más riesgo de producir reacciones extrapiramidales (29).

El otro grupo importante de neurolepticos es el de las butirofenonas (24), representadas por el haloperidol y el droperidol.

Aunque hay otros neurolepticos de aparición más reciente, tales como loxepina, molindona, pimozida, penfluridol, etc., éstos no se usan con tanta frecuencia (29).

La clorpromazina es el neuroleptico más conocido, y por mucho tiempo fue el de primera elección para manejar cuadros de agitación de diferente origen. Su

efecto sedante le ha dado popularidad. Sin embargo, sus efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos aumentan el riesgo de que el paciente desarrolle hipotensión ortostática, y no es aconsejable su uso en pacientes seniles o en mal estado general.

El haloperidol, en cambio, es un medicamento que puede administrarse por vía endovenosa, intramuscular y oral. Se ha consolidado como el fármaco de elección para el manejo rápido de cuadros de agitación psicomotriz. Su efecto sobre la presión arterial, la función cardiorrespiratoria y los órganos vitales, como el cerebro, el hígado y el riñón, es mínima y puede combinarse sin mayores riesgos con otros medicamentos. Se recomienda usarlo por vía parenteral, ya sea endovenosa o intramuscular. Inicialmente se aplican alrededor de 5 mg y se espera de 30 a 60 minutos para valorar la respuesta. En caso necesario se repite la dosis con intervalos de una hora. En ocasiones se usan hasta 100 mg antes de resolver el cuadro. Una vez resuelto, es conveniente continuar con dosis de mantenimiento por algunos días, de acuerdo con la cantidad total de haloperidol que se haya utilizado en la etapa crítica. Si el estado del enfermo lo permite, las dosis de mantenimiento pueden administrarse por vía oral (29, 30, 31, 32).

Tanto el haloperidol como las fenotiazinas piperazínicas tienen como posible efecto secundario una distonía de torsión, que aunque no es grave, sí es dramática y dolorosa. Por lo mismo, siempre que se usen estos neurolepticos deben tenerse a la mano ampollas de biperidén o difenhidramina, para ser aplicadas por vía parenteral en caso necesario (31).

La elección del medicamento depende de la valoración individual de cada enfermo. Hay que señalar que ni los barbitúricos ni los placebos están indicados en los cuadros de agitación, y que, incluso, pueden estar contraindicados, especialmente los primeros, debido a que pueden agravar el cuadro clínico.

En los casos de agitación moderada se pueden usar benzodiazepinas en dosis variables. El tipo de benzodiazepina depende del estado general del paciente. En los casos de insuficiencia renal o hepática, y en los pacientes deshidratados, etc., es conveniente usar una benzodiazepina de vida media corta (25, 26) como el oxazepam, y dependiendo de los resultados después de la primera dosis, decidir la cantidad y el horario de las dosis de mantenimiento. En pacientes con buena función renal y hepática se pueden usar benzodiazepinas de acción más prolongada del tipo del diazepam (25, 26). En ciertos servicios, como en aquéllos de cuidados coronarios, es conveniente usar estos medicamentos aunque no haya datos obvios de ansiedad (27), con el fin de prevenir posibles cuadros de agitación. En los pacientes geriátricos, las benzodiazepinas pueden tener un efecto paradójico y producir excitación en vez de sedación (28).

El tratamiento psicofarmacológico debe ser visto como una parte más del manejo integral del paciente agitado, y no debe sustituir o reemplazar a otras medidas útiles; también, si el caso lo requiere, es necesario solicitar la ayuda del personal médico y paramédico para aplicar el medicamento de manera segura (18).

Finalmente, es necesario señalar que la mayor parte

de los cuadros de agitación puede ser prevista, pero cuando esto no sea posible, la mejor opción es el mane-

jo oportuno de los factores precipitantes.

REFERENCIAS

1. GROVES J E : Psychotic and borderline patients. En: Hackett, T P y Cassem M H, (Eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby Co, St. Luis, p. 174, 1978.
2. MARTIN M J: Physical Diseases Manifesting as Psychiatric Disorders. En: Usdin G, Lewis J M. (Eds) *Psychiatry in General Medical Practice*. McGraw-Hill, Inc. Nueva York, p. 337, 1979.
3. KIMBALL CH P: Interviewing and therapy in the acute situation. En: Karasu T B, Stein Muller R I. (Eds) *Psychotherapeutics in Medicine*. Grune-Stratton, Nueva York, p. 13, 1978.
4. PETERSON H W, MARTIN M J: Organic disease presenting as a psychiatric syndrome. *Postgrad Med*, 54-78, agosto 1973.
5. MURRAY G B: Confusion, delirium and dementia. En: Hackett T P, Cassem N H. (Eds.) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby Co., St. Luis, p. 93, 1978.
6. TUPIN J P: Management of violent patients. En: Shader R I. (Ed.) *Manual of Psychiatric Therapeutics*. Little, Brown and Co. Boston, p. 125, 1976.
7. PINKUS T H, TUCKER G I: *Behavioral Neurology*. Oxford University Press, 2a Ed. p. 66, Nueva York, 1978.
8. LIPOWSKI Z J: Organic brain syndromes overview and classification. En: Benson A F, Blumer D. (Eds) *Psychiatric Aspects of Neurological Disease*, Grune-Stratton, Nueva York, p. 11, 1975.
9. MALMUD N: Organic brain disease mistaken for psychiatric disorder. A clinicopathological study. En: Benson D F, Blumer D. (Eds.) *Psychiatric Aspects of Neurological Disease*, Grune-Stratton, Nueva York, p. 287, 1975.
10. BERNSTEIN J G: Medical-psychiatric drug interactions. En: Hackett T P, Cassem N H., (Eds.) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby Co., St. Luis, p. 483, 1978.
11. *The Medical Letter* 21:5. enero 1979. The Medical Letter, Inc., Nueva York.
12. SELLERS E M, KALANT H: Alcohol Intoxication and Withdrawal, *New Eng J Med* 294:757, 1976.
13. MORSE R M: Postoperative delirium: a syndrome of multiple causation. *Psychosomatics* 11:164, 1970.
14. CASSELL E J: Reactions to physical illness and hospitalization. En: Usdin G, Lewis J M. (Eds.) *Psychiatry in General Medical Practice*. McGraw-Hill, Inc. Nueva York, p. 103, 1979.
15. CASSEM N H, HACKETT T P: Psychiatric consultation in a coronary care unit, *Ann Intern Med* 75:9, 1971.
16. OLIN H S, HACKETT T P: The denial of chest pain in 32 patients with acute myocardial infarction, *J A M A* 190:977, 1964.
17. HACKETT T P, CASSEM N H: Factor contributing to delay in responding to the signs and symptoms of acute myocardial infarction, *Am J Cardiol* 24:651, 1969.
18. MOORE G M: The adult psychiatrist in the medical environment, *Am J Psychiat* 135:413, 1978.
19. KORAN L M: Patients reaction to psychiatric consultation, *J A M A* 241: 1603, 1979.
20. DENIKER P: Introduction of neuroleptic chemotherapy into psychiatry. En: Ayd F J, Blackwell B (Eds.) *Discoveries in Biological Psychiatry*, J B Lippincott, p. 115, Philadelphia 1970.
21. COHEN I M: The benzodiazepines. En: Ayd F J, Blackwell B (Eds.) *Discoveries in Biological Psychiatry*, J B Lippincott, p. 130, Philadelphia, 1970.
22. KUHN R: The imipramine story. En: Ayd F J, Blackwell B (Eds.) *Discoveries in Biological Psychiatry*. Lippincott, p. 205, Philadelphia, 1970.
23. CADE J F: The story of lithium. En: Ayd F J, Blackwell B (Eds.) *Discoveries in Biological Psychiatry*, Lippincott, p. 218, Philadelphia, 1970.
24. JANSSEN P: The butyrophenone story. En: Ayd F J, Blackwell B (Eds.) *Discoveries in Biological Psychiatry*, Lippincott, p. 165, Philadelphia, 1970.
25. BENNETT W M y cols: Drug Therapy in Renal Failure. Dosing Guidelines for Adults. *Ann Intern Med* 93:286, 1980.
26. GREENBLATT D J, SHADER R I: Benzodiazepines, *N Engl J Med* 291:1011, 1974.
27. CASSEM N H, HACKETT T P: The setting of intensive care. En: Hackett T P, Cassem N H (Eds.) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Mosby Co. p. 319, St. Luis, 1978.
28. GULEVICH G: Psychopharmacological treatment of the aged. En: Barchas J D y cols. *Psychopharmacology. From Theory to Practice*. Oxford University Press, p. 448, Nueva York, 1977.
29. HOLLISTER L E: *Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs*. Churchill-Livingstone p. 131, Nueva York, 1971.
30. ANDERSON W H, KUEHMLE J C: Treatment of psychoses by rapid neuroleptization update 1982, En: Ayd F J (Ed.) Haloperidol Update 1958-1980, *Ayd Medical Communications*, p. 31, Baltimore, 1980.
31. AYD F J: Guidelines for using intramuscular haloperidol for rapid neuroleptization. En: Ayd F J (Ed.) Haloperidol Update 1958-1980, *Ayd Medical Communications*, p. 53, Baltimore, 1980.
32. DE LA FUENTE J R, ROSENBAUM A H: Haloperidol in the General Hospital. Uses in medical and surgical patients. En: Ayd FJ (Ed.) Haloperidol Update 1958-1980, *Ayd Medical Communications*, p. 102, Baltimore, 1980.