



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/117 - AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN URGENCIAS

J. Bustamante Odriozola¹, S. Somonte Segares², Á. Pérez Martín³, D. Martínez Revuelta⁴, A. Gutiérrez Pérez de Lis⁴, M. Maamar El Asri⁵, B. Gutiérrez Muñoz¹, J. Cepeda Blanco⁴, A. Morán Caballero⁶, J. González Fernández⁷

¹Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ²Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ⁷Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años que es traído a Urgencias desde el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria), donde se pautó haloperidol intramuscular y posteriormente se avisa a transporte sanitario, por cuadro de agitación psicomotriz. Los familiares refieren que en el último mes han encontrado al paciente desinhibido, irritable, frívolo y con alteración del ritmo vigilia-sueño, que en los últimos días se ha agravado. Como antecedentes destacan trastorno bipolar tipo I, ex-fumador con un índice acumulado de 45 paquetes/año, lesión broncopulmonar pendiente de estudio, hipertenso, dislipémico y fibrilación auricular. Tratamiento habitual: valproato, asenapina, atorvastatina, enalapril, apixabán y bisoprolol.

Exploración y pruebas complementarias: Inicialmente se pauta segunda dosis de haloperidol intramuscular, tras lo cual se consigue mejoría parcial del cuadro de agitación (el paciente se encontraba desorientado y agresivo) que permite exploración física. En la auscultación cardiopulmonar el paciente se encuentra arrítmico con hipoventilación en base derecha. Exploración neurológica impresiona de moria sin otra focalidad aparente. Radiografía de tórax: se objetiva lesión a nivel broncopulmonar derecha en el contexto de atelectasia junto a derrame pleural derecho. Electrocardiograma: arrítmico a 70 latidos por minuto. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. En la analítica se objetiva discreta leucocitosis sin alteraciones en uroanálisis. En tomografía axial computarizada (TAC) craneal se objetiva lesión ocupante de espacio de 2,1 x 2,3 centímetros a nivel de lóbulo frontal izquierdo con edema. Se decide ingreso en Neumología para completar estudio objetivándose estadio IV de cáncer de pulmón con broncoscopia y anatomía patológica compatible con carcinoma microcítico.

Juicio clínico: Metástasis cerebral en paciente con trastorno bipolar tipo I.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular vs descompensación de patología psiquiátrica vs síndrome confusional.

Comentario final: Los cuadros de agitación pueden estar causados por tóxicos, cuadros confusionales, accidentes cerebrovasculares, descompensaciones psiquiátricas o neoplasias cerebrales entre otros. Inicialmente la contención será verbal en caso de fracaso contención farmacológica valorando contención mecánica. Es importante conocer el manejo de los fármacos que permiten controlar los episodios de agitación

destacando los benzodiacepinas (midazolam, lorazepam, cloracepato dipotásico...) y los antipsicóticos (haloperidol, olanzapina, ziprasidona, risperidona...). En las intoxicaciones por alcohol y en psicosis se recomienda de primera línea los antipsicóticos siendo de preferencia el haloperidol, pudiéndose combinar con benzodiacepinas en el caso de psicosis y evitándolas en intoxicaciones alcohólicas por riesgo de depresión respiratoria. En intoxicaciones por estimulantes del sistema nervioso central, las benzodiacepinas son de primera línea pasando los antipsicóticos a segunda línea en caso de refractariedad al tratamiento.

Bibliografía

Klein LR, Driver BE, Miner JR, et al. Intramuscular Midazolam, Olanzapine, Ziprasidone, or Haloperidol for Treating Acute Agitation in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2018;72:374.

Korczak V, Kirby A, Gunja N. Chemical agents for the sedation of agitated patients in the ED: a systematic review. *Am J Emerg Med*. 2016;34(12):2426-31.

National Institute for Health and Care Excellence Guideline Guideline Development Group. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. London: NIHCE Guideline, 2015.

Moore G, Pfaff JA. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. En: Hockberger RS, Grayzel J, eds. UpToDate, 2017.