



## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

Pedro Padilla Romero

Yanira D´Hiver Cantalejo

Reyes Vázquez Estévez

Guiomar Sánchez Amador

[Ppadillar13@gmail.com](mailto:Ppadillar13@gmail.com)

Agitación psicomotriz, diagnóstico diferencial, tratamiento, psicofármacos

Psychomotor Agitation, Differential Diagnosis, treatment protocol, psychotropic drugs.

### **RESUMEN**

La agitación psicomotriz un síndrome con diferentes etiologías consistente en un estado de exaltación motora (inquietud, gesticulación, deambulación...) compuesto por movimientos automáticos o intencionales pero que en general carecen de un objetivo común. La valoración del paciente agitado puede ser complicada, debido a la ausencia de una historia clínica completa y a la falta de cooperación del paciente. Puede ser manifestación de diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, por este motivo es de vital importancia la orientación diagnóstica de la etiología del cuadro. En muchas ocasiones, a pesar de que los cuadros de agitación psicomotriz presenten características clínicas claramente sugerentes de etiología orgánica, se suele interconsultar al psiquiatra. Como pauta general debe considerarse que una agitación psicomotriz tiene origen psiquiátrico cuando presente psicopatología propia de una agitación psiquiátrica, y no cuando en un cuadro de agitación las determinaciones analíticas básicas y las pruebas de imagen sean normales, es decir, deben realizarse diagnósticos positivos, no por exclusión de organicidad.

### **INTRODUCCIÓN**

La agitación psicomotriz es un síndrome con diferentes etiologías consistente en un estado de exaltación motora (inquietud, gesticulación, deambulación...) compuesto por movimientos automáticos o intencionales pero que en general carecen de un objetivo común. La valoración del paciente agitado puede ser complicada, debido a la ausencia de una historia clínica completa y a la falta de cooperación del paciente.

## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

Puede ser manifestación de diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, por este motivo es de vital importancia la orientación diagnóstica de la etiología del cuadro y debe descartarse la posible organicidad que aparece con tanta frecuencia como causa de los cuadros de agitación. Por lo tanto, el primer paso a seguir ante un episodio de agitación psicomotriz consistiría en realizar un correcto diagnóstico etiológico. A continuación, presentamos un caso de un cuadro de agitación psicomotriz en una paciente ingresada en urgencias tras un intento autolítico mediante sobreingesta medicamentosa, en el cual fue de vital importancia establecer el diagnóstico diferencial entre agitación orgánica versus psiquiátrica.

### **CASO CLÍNICO**

Mujer de 54 años que acude trasladada por el 112 tras sobreingesta de fármacos: 23 comprimidos de paracetamol 1G, 9 de Diazepam 5mg, 2 de ibuprofeno 600mg.

Durante su estancia en observación de urgencias se procede a colocación de sonda nasogástrica, lavado con carbón activado y se inicia perfusión de N-acetilcisteína. Es valorada por UVI quienes, ante la ausencia de fallo hepático agudo, recomiendan hospitalización en planta de medicina interna. Dado el cuadro de agitación psicomotriz que presenta la paciente durante su estancia en observación, solicitan interconsulta a psiquiatría previo al ingreso. Posteriormente, vuelven a realizar interconsulta desde la planta de medicina interna.

Interconsulta a psiquiatría desde observación de urgencias (12.00h): solicitan valoración de tratamiento para cuadro de inquietud psicomotriz en paciente con intoxicación medicamentosa.

#### Antecedentes en Salud Mental

-No constan en Historia clínica. Según refiere un familiar: Trastorno depresivo sin seguimiento.

-Tratamiento psicofarmacológico: Diazepam 5mg si ansiedad.

Enfermedad actual: la paciente se encuentra en cama de observación con inmovilización terapéutica. La paciente está parcialmente desorientada, dice que estamos en 1918 y que este es el hospital de Torrejón, y con inquietud psicomotriz leve. Dificultad para comenzar y mantener el discurso dado el cuadro de confusión y malestar general.

Me comenta el internista que van a ingresar a la paciente en la planta de medicina interna, y que dado que es una paciente sin historial previo en psiquiatría querían solicitar valoración para el manejo del tratamiento psicofarmacológico.

## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

Exploración psicopatológica: Consciente, desorientada en fecha y lugar. Inquietud psicomotriz leve, tendencia a la somnolencia. Imposible completar exploración.

Juicio clínico: Intoxicación medicamentosa voluntaria

Tratamiento: Si agitación Haloperidol 1 ampolla IM. En caso de no ceder el cuadro volver a repetir pauta tras 30 minutos. Mirtazapina 15mg a las 23h si insomnio.

Interconsulta a psiquiatría desde planta de hospitalización de medicina interna (17.00h):

Vuelven a solicitar valoración de un nuevo episodio de agitación psicomotriz, demandando la posibilidad de ingreso en psiquiatría en caso de que el cuadro no ceda.

Valoración: La paciente continúa desorientada en fecha y lugar, con cuadro de agitación psicomotriz moderado. Le han pautado dos ampollas de haloperidol desde que ingreso en planta.

Constantes: FC: 110, TA: 145/95, SatO<sub>2</sub>: 98%

Analíticas: Leucocitosis leve, Hipertransaminasemia moderada, Niveles de paracetamol 115. Pendiente de amonio y estudio de coagulación. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Cuadro confusional agudo con agitación psicomotriz moderada

La paciente presenta un cuadro confusional claramente secundario a intoxicación medicamentosa. Se deben continuar haciendo medidas de niveles de paracetamol hasta su normalización, y estudiar el resto de parámetros analíticos pendientes (amonio y coagulación) para completar el diagnóstico diferencial de un posible cuadro de encefalopatía hepática.

Tratamiento: No presenta ningún criterio de ingreso en Psiquiatría. El siguiente tratamiento propuesto es únicamente para el manejo sintomático del cuadro de agitación psicomotriz: haloperidol 1 ampolla IM + Diazepam 1 ampolla IM, pudiéndose repetir pauta en 30 minutos.

### **DISCUSIÓN**

Ante un cuadro de agitación psicomotriz es de gran importancia establecer un diagnóstico diferencial entre agitaciones orgánicas, agitaciones psiquiátricas y agitaciones mixtas. Existen rasgos semiológicos que pueden ayudarnos a realizar el diagnóstico, que exponemos a continuación.

## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

### **Agitación orgánica**

Cuadro de inicio agudo o subagudo en un paciente habitualmente sin historia psiquiátrica previa. Dentro de este grupo destacaría el delirium o cuadro confusional agudo, que suele caracterizarse por alteraciones de la conducta junto con: alteración de la consciencia, desorientación témporo-espacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha e hiperexcitabilidad muscular. Además pueden existir otros síntomas asociados como alucinaciones visuales (bastante específico), actividad ocupacional e ideación delirante (de perjuicio más habitualmente). Un signo bastante característico de causa orgánica es la fluctuación del cuadro a lo largo del día con agitación o empeoramiento de los síntomas durante la noche. En la exploración física pueden presentar diferentes alteraciones como fiebre, taquicardia, sudoración, focalidad neurológica, etc. En las exploraciones complementarias pueden observarse alteraciones tanto en los parámetros de la analítica como en la neuroimagen.

### **Agitación psiquiátrica**

Cuadro con presencia de clínica característica de alguna patología psiquiátrica, por ejemplo alucinaciones auditivas (raramente visuales que son más propias como ya se ha comentado previamente de las agitaciones orgánicas), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia, trastorno delirante...) o megalomaniaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia, euforia...), hostilidad o agresividad, y discurso vociferante, verborreico o disgregado. No existen alteraciones en el nivel de conciencia ni en la orientación y normalmente el cuadro no suele fluctuar. El paciente suele tener antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos.

### **Agitación mixta**

Se combina enfermedad psiquiátrica con orgánica, generalmente como consecuencia de intoxicaciones etílicas y/o por otros tóxicos. Tanto los pacientes afectos de demencia como de retraso mental es frecuente que presenten episodios de agitación psicomotriz como respuesta a un malestar subjetivo como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genere molestias. Además pueden existir cuadros que pueden confundirse con episodios de agitación y que no son más que conductas delictivas; si por parte de la policía o por los servicios de Emergencias se trasladan a pacientes de este tipo, la labor del médico es descartar psicopatología y, por supuesto, la organicidad del cuadro para que continúe adelante el proceso judicial, en caso de que haya cometido algún delito.

## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

### **CONCLUSIONES**

En muchas ocasiones, a pesar de que los cuadros de agitación psicomotriz presenten características clínicas claramente sugerentes de etiología orgánica y con pruebas complementarias sin alteraciones significativas, se suele interconsultar al psiquiatra ante lo llamativo que supone la estancia en observación de urgencias de un paciente vociferante con inquietud psicomotriz de difícil control. Ante estos casos es de vital importancia comunicar al médico de urgencias que hasta que no se resuelva el cuadro orgánico subyacente no cesara la agitación psicomotriz, haciendo hincapié en la importancia de filiar el cuadro y que el tratamiento psicofarmacológico es únicamente sintomático.

Como pauta general debe considerarse que una agitación psicomotriz tiene origen psiquiátrico cuando presente psicopatología propia de una agitación psiquiátrica, y no cuando en un cuadro de agitación las determinaciones analíticas básicas y las pruebas de imagen sean normales, es decir, deben realizarse diagnósticos positivos, no por exclusión de organicidad.

## **LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª edición. Madrid: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
- Alfonso Chinchilla, Javier Correas, Francisco Javier Quintero, Miguel Vega. Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
- Battaglia J. Pharmacological Management of Acute Agitation. Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, USA. *Drugs*. 2005;65(9):1207-1222.
- Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(suppl 10): 13-21.
- Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30(4): 586-98.
- Garriga M, Pacchiarotti O, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86-128.
- Eduard Vieta, Marina Garriga, Laura Cardete, Miquel Bernardo, María Lombraña, Jordi Blanch, Rosa Catalán, Mireia Vázquez, Victòria Soler, Noélia Ortuño, Anabel Martínez-Arán. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* 2017; vol. 17, num. 328.