

# A propósito de un caso complejo. Agitación Psicomotora: ¿TEC y Clozapina, sala de aislamiento?

Tamara Camposano<sup>1</sup>, Cristian Lagos<sup>2</sup>, Jorjue Segú<sup>3</sup>, Carlos Cruz<sup>4</sup>

## Resumen

Paciente de 25 años. Ingreso a Servicio de Urgencia. Paciente viene solo, desaseado, relata múltiples ideas bizarras, no sistematizadas. Pensamiento laxo, musita, interferido, a ratos discordante. Diagnóstico: Síndrome esquizomorfo. Antecedentes judiciales: Informe cumplimiento condena en Puerto Montt: Lesiones menos graves y Robo con violencia.

Persiste amenazante, exaltado. Paranoide. Durante la tarde amenaza con colgarse, cortarse o quemar colchón, cuelga sábanas de ventana e intenta ahorcarse. Primera sesión de TEC, Cisordinol accutard. Contención física, Sujeciones. Modecate.

Cortes en antebrazo, Amenaza con matar otros pacientes, al apagar las luces se sienta en cama de otro paciente en actitud intimidante, lo agrede con lápiz en ojo derecho. Reinicia TEC, Inicia clozapina 25mg/día. Hostil y desafiante ante funcionarios por el encuadre, Baja en recuento de blancos, inicia litio. Algo hostil y querellante con personal, probablemente relacionado con suspensión de TEC (20 sesiones). Clozapina 450mg/día, Litio 600 mg/día.

Traslado de paciente para sala de aislamiento, Se retira chapa de aislamiento – Sala de observación, Cuidador especial constante, hombre, Mitones, solicitud a UGC apoyo

**Palabras claves:** Esquizofrenia, Agitación Psicomotora, Caso complejo.

## About a complex case. Psychomotor Agitation: TEC and Clozapine, isolation room?.

### Abstract:

Patient of 25 years old. Entrance to Emergency Service. Patient comes alone, untidy, reports multiple bizarre ideas, not systematized. Lax thought, mumble, interfered, discordant at times. Diagnosis: Schizomorphic syndrome. Legal background: Condemning Report in Puerto Montt: Less serious injuries and robbery with violence.

He persists threatening, exalted. Paranoid. During the afternoon threatens to hang, cut or burn mattress, hangs a blanket in window and tries to hang himself. First session of TEC, Cisordinol accutard. Physical restraint, Supports. Modecate.

Cuts in forearm. Threat to kill other patients, when turning off lights sits in bed of another patient in intimidating attitude, strikes him with pencil in right eye. Restart TEC, Starts clozapine 25mg / day. Hostile and challenging with officials because of setting, White cells: Low counting, initiating lithium. Somehow hostile and prosecuting with staff, probably related to ECT suspension (20 sessions). Clozapine 450mg / day, Lithium 600mg / day.

Transfer of patient to isolation room, Removal of insulation sheet - Observation room, Special caregiver constant, male, Mittens, request to UGC support.

**Key words:** Schizophrenia, Psychomotor agitation, Complex case.

## Caso clínico

Ingreso a Servicio de Urgencia (06-09-15)

R.A.E.C, 25 años, paciente viene solo, desaseado, relata múltiples ideas bizarras, no sistematizadas. Pensamiento laxo. Se comunica con la abuela quien refiere que tiene esquizofrenia y no se está tratando, que estuvo cinco años detenido privado de libertad "por error", donde estuvo en tratamiento

Lucido, desaseado, pensamiento disgregado, musita, interferido, a ratos discordante, ideas delirantes no sistematizadas, bizarras. Antecedente de padre con suicidio consumado.

**Diagnóstico:** Síndrome esquizomorfo.

**Evolución:** Al momento de visita en cama, vigil, lucido, orientado TE. Actitud reticente, hostil, durante entrevista mantiene ojos cerrados Pararespuestas, asociaciones laxas, tendencia a la disgregación, impresiona interferido, no da cuenta de sí mismo, niega alteraciones sensorio perceptivas.

1. Residente 1º Año Psiquiatría

2. Enfermero

3. Médico Psiquiatría. Jefe Equipo Sector 4

4. Médico Psiquiatra, Doctor en Ciencias Sociales.

Test drogas positivo a THC y BZD

Antecedentes judiciales: 18 agosto 2014. Informe cumplimiento condena Puerto Montt. (Daños: 61 días. Daños simples 61 días. Lesiones menos graves 301 días. Robo con violencia 4 años 1 día). UEPI se solicita averiguar causas pendientes.

Diciembre 2010: agrede en el ojo a otro paciente interno.

## Discusión

### *Agitación Psicomotora*

#### *Definición:*

*La agitación es un síndrome conductual caracterizado por una actividad motora o verbal excesiva o inapropiada, y a menudo precede a la agresión física. A menudo marca el inicio de una emergencia del comportamiento, una situación compleja, con el potencial de escalar rápidamente a la violencia (Hankin CS.,2011. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak).*

Aun cuando es más frecuente que los enfermos mentales sean sus víctimas, no es menos cierto que en ocasiones pueden protagonizar actos violentos. Este último riesgo, equiparable normalmente al de la población general, aumenta cuando sufren una descompensación de su enfermedad, sobre todo en relación con la presencia de síntomas psicóticos activos y/o consumo de drogas como este paciente. (Cuadro resumen)

Entre el 2006 y el 2010 fueron registrados, en la base de accidentes de trabajo del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, 137 accidentes, siendo las agresiones el tipo de accidente más frecuente en este hospital. De estos accidentes, 38 fueron clasificados como actos de violencia física por parte de los usuarios sin intencionalidad y 27 con intencionalidad. En total, 76 trabajadores fueron atacados en 58 agresiones, con una media de 15 trabajadores agredidos/año y un índice de incidencia medio del 83,33 por cada 1000 trabajadores/año. (Galián I., 2011)

La agitación puede dar lugar desde agresiones verbales (insultos), hasta suponer un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, personal sanitario y el entorno en general (heteroagresión) (Fernández Gallego, V. 2009) (Sociedad Española, 2009) (Nordstrom K. et al. 2012)

Su desencadenamiento es muchas veces imprevisto y la causa hemos de buscarla en la patología de base de este paciente (Figura 1)

Estos factores deben ser conocidos por el personal y su valoración será realizada por los facultativos y/o enfermeros, a través de la observación de la conducta, la información aportada por

los acompañantes y la historia clínica previa del paciente, quedando registrado el resultado en la historia clínica del paciente, así como las medidas pertinentes adoptadas en función del riesgo detectado (Junta de Castilla y León. 2009)

Existen también *factores inhibidores* de la agresión, cuyo conocimiento puede ayudarnos en la prevención de los episodios de agitación (Gascón Borrachina, 2004)

#### *Factores personales:*

- Capacidad de adaptación.
- Buenas habilidades sociales y de comunicación.

#### *Factores interpersonales o contextuales:*

- Mayor contacto directo planificado con los pacientes.
- Disponibilidad de actividades sociales alternativas.
- Personal bien entrenado, con tiempo de dedicación suficiente y con funciones bien definidas.
- Confortabilidad del espacio físico.
- Objetivos bien marcados y organización de horarios y actividades clara y predecible

La valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado. Siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación (Figura 2)

Cuando se trabaja con un *paciente agitado* hay 4 objetivos principales:

- Ayudar al paciente a controlar sus emociones y angustia y mantener o recuperar el control de su comportamiento
- Seguridad de los pacientes, el personal y los demás en el área
- Evitar el uso de restricción cuando sea posible
- Evitar intervenciones coercitivas que escalen agitación. (Figura 3)

"El estado de crisis o agitación representa un síntoma en una persona, la que requiere cuidados y una ayuda efectiva en una vivencia que implica un serio quiebre en su existencia y por tanto un sufrimiento psico-social importante"

"En lo que se refiere a los procedimientos de contención en las descompensaciones psiquiátricas, es preciso establecer criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances técnicos y farmacológicos, una mayor participación de los usuarios y de la comunidad y el respeto por el derecho de las personas" (Muñoz K., 2003) En nuestra realidad aparece como un último recurso

## Cuadro resumen

### El paciente y tratamiento

<i>Cumplimiento condena</i>
(15-09-15). Amenaza a funcionario con "cortarle la cara".
(21-09-15). CMR porque agrede a compañero con escoba. Tratamiento <i>Cisordinol accutard</i>
(25-09-15). Durante la tarde amenaza con colgase, cortarse o quemar colchón, cuelga sábana de ventana e intenta ahorcarse, otros pacientes dan aviso.
(02-10-15) Paciente se intenta ahorcar con sábana. Evaluado por Servicio de Urgencia, se administra <i>Zuclopentixol acufase</i>
(19-11-15) <i>Completa 20 sesiones TEC. Tratamiento: Olanzapina 30mg/día, Clorpromazina 300 mg/día, Lorazepam 2 mg/día, Modecate</i>
(04-12-15). Presenta crisis paranoide, agrede a funcionario. Posteriormente pacientes avisan de intento de ahorcamiento
(28-12-15). <b>Fuga</b> , Dg de egreso esquizofrenia desorganizada paranoide.
<b>Reingreso:</b> vuelve solo a Urgencia (4-1-16)
(22-01-16). Sector 3: Ingres a TTO: Olanzapina, haloperidol, AVA, Sujeciones intermitentes
<b>SEIS MESES</b>
(10-02-16). Traslado a S. Urgencia: Se mantiene con sujeciones
(01-03-16). 20 días en urgencia, 8 sesiones TEC
Traslado a Sector 4. Tratamiento: Haldol 10mg/día, Olanzapina 30 mg/día, CPZ 100 mg/día
Traslado de paciente para sala de aislamiento, Se retira chapa de aislamiento – Sala de observación, Cuidador especial constante, hombre, solicitud a UGC apoyo
Solicitud de 16 sesiones TEC más. Tratamiento: Haldol 5mg IM 1-1-1, Lorazepam 4mg IM 1-1-2, Olanzapina 10mg 1-0-2, Cuidador especial, Mitones
(04-04-16) Inicia retiro progresivo de mitones, una hora diaria
(11-04-16). Algo hostil y querellante con personal, probablemente relacionado con suspensión de TEC (20 sesiones). Clozapina 150 mg/día
(21-04-16) Clozapina 200mg/día
(28-04-16) "Ya no escucho cosas ni me da por andar perseguido, pero como fue de antes mi familia no quiere saber nada conmigo, así que quiero ir a un hogar". Minimiza impacto y gravedad de desajustes previos desde candidez y autismo
30-06-16, Encuadre con respecto a actitudes desafiantes con otros pacientes, "bromas"
Tratamiento: Clozapina 450mg/día, Litio 600 mg/día. Lorazepam 4 mg/día

## Figura N°1

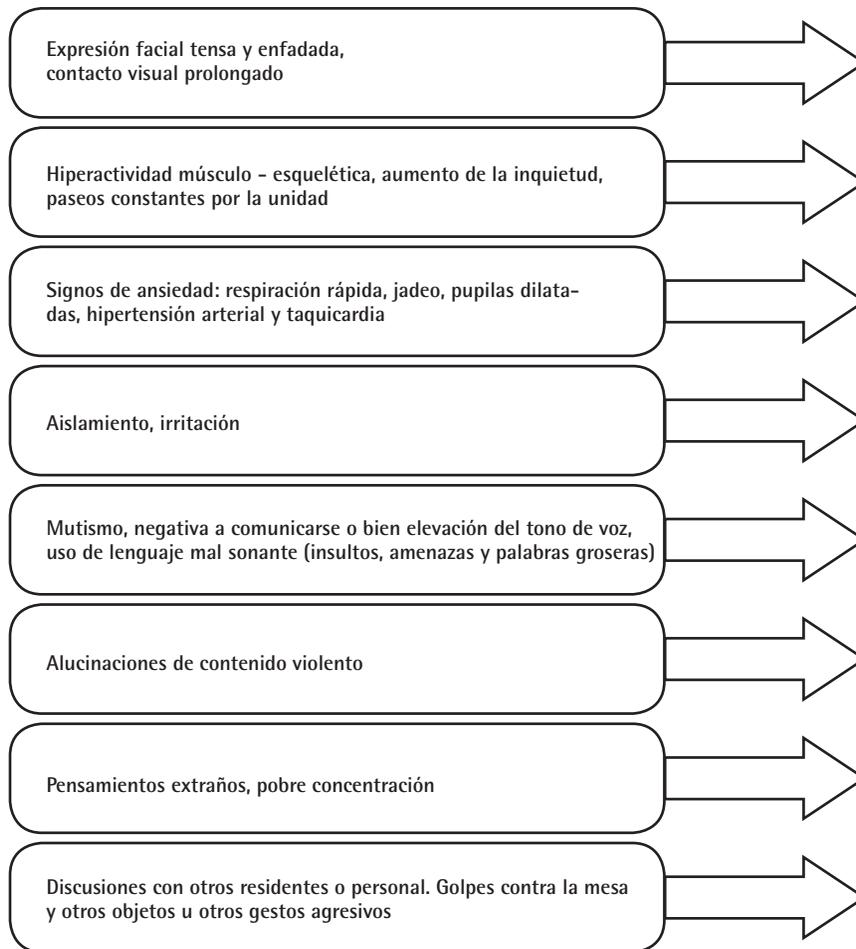
### Factores predisponentes en el paciente:

<b>FACTORES DEMOGRÁFICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los varones, jóvenes (menores de 40 años) con un bajo nivel educativo, problemas económicos.</li> <li>• Procedentes de ambientes sociofamiliares desestructurados.</li> </ul>
<b>FACTORES PERSONALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una historia personal y/o familiar de conductas violentas o disruptivas.</li> <li>• Antecedentes de abuso de alcohol y tóxicos.</li> <li>• Impulsividad, baja tolerancia a la frustración.</li> </ul>
<b>FACTORES CLÍNICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos de personalidad antisocial o Borderline.</li> <li>• Psicosis descompensadas con síntomas catatónicos,</li> <li>• Abuso de sustancias, sobre todo intoxicaciones</li> </ul>
<b>FACTORES INTRAPERSONALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria.</li> </ul>

(Galián Muñoz I) (Garriga M. et.)

Figura N°2

Signos prodrómicos. Serie de síntomas y signos que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación.



(Galián Muñoz I)

frente a situaciones de violencia inmanejable, junto a la pérdida de juicio o sentido de realidad, a la falta de conciencia real de la persona acerca de su estado y, por ende, a dificultades en su autocuidado y responsabilidad civil o penal frente a las acciones que ejecuta.

En Psiquiatría se han definido a lo menos 4 formas de lograr una adecuada contención:

#### *Medidas no farmacológicas*

##### **1. Técnica de De-escalada**

El objetivo tradicional de "calmar al paciente" a menudo tiene una connotación dominante y sumisa, mientras que el objetivo actual de "ayudar al paciente a calmarse" es más colaborativo.

El acto de la forma verbal de-escalada, es una forma de tratamiento en el que el paciente logra desarrollar rápidamente su propio locus de control interno. (Figura 4)

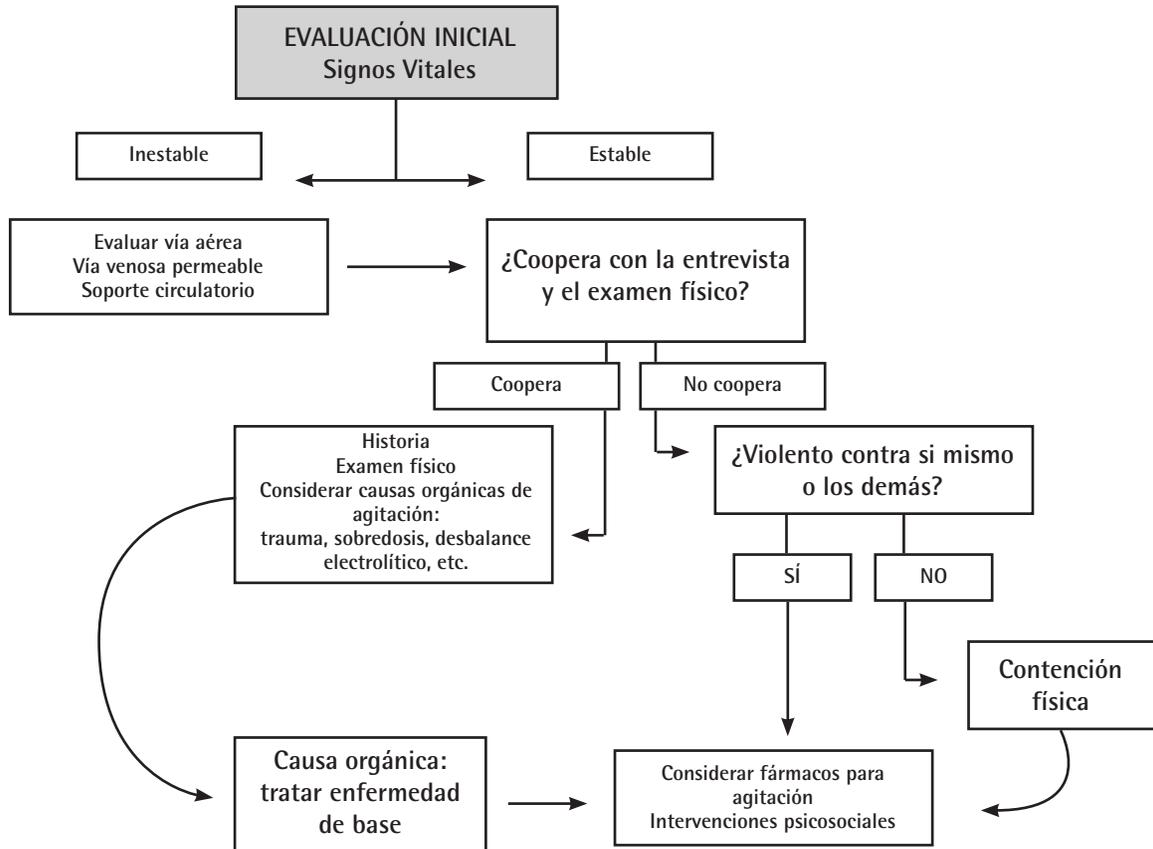
##### **2 Manejo ambiental:**

Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire

Evitar las interrupciones durante la intervención: llamadas de teléfono, dudas administrativas.

Ambiente amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para

Figura N°3  
Evaluación final



(Traducido de: Marco C., et al. Emergency management of agitation in schizophrenia. American Journal of Emergency Medicine (2005) 23, 767-776)

Figura N°4

Principios de de-escalada:	
1.	Respetar el espacio personal
2.	No ser provocativo
3.	Establecer contacto verbal
4.	Ser conciso
5.	Identificar necesidades y sentimientos del paciente
6.	Escuchar con atención lo que el paciente está diciendo
7.	De acuerdo o de acuerdo en estar en desacuerdo
8.	Establecer límites claros
9.	Ofrecer opciones y optimismo
10.	Informar al paciente y al personal

(Richmond J. et al.)

situaciones de emergencia (timbres antipánico) de fácil acceso para los profesionales. (Galián Muñoz I.)

### Medidas farmacológicas:

#### 3. Fármacos

*Tranquilización rápida se refiere al uso de medicamentos por vía parenteral (por lo general intramuscular o, excepcionalmente, intravenosa) si la medicación oral no es posible y se necesita lograr sedación urgente con la medicación.* (Figura 5 y 6)

Al decidir qué medicamento usar, tener en cuenta:

1. problemas de salud preexistentes
2. posible intoxicación
3. respuesta previa a estos medicamentos, incluidos los efectos adversos
4. posibilidad de interacción con otros medicamentos
5. la dosis total diaria de medicamentos prescritos y administrados

#### ¿TEC y Clozapina?

Rabinowitz y ats., 75 pacientes hospitalizados fueron revisados por 3 meses antes del tratamiento con clozapina y durante los 6 meses de tratamiento.

Hubo significativamente menos incidentes de agresión física por pacientes en clozapina ( $p < 0,002$ ) y una disminución similar en la agresión verbal ( $p < 0,000$ ). En clozapina, el 49% ( $n = 23$ ) de los pacientes tenían menos incidentes de agresión física. El setenta por ciento ( $n = 33$ ) de los pacientes tenían menos incidentes de agresión verbal. (Rabinowitz J. 1996)

La incidencia de comportamientos agresivos es mayor entre las personas con trastornos del espectro esquizofrénico (SSD) que entre las personas sin tales trastornos. La clozapina es posiblemente más eficaz que el haloperidol, la olanzapina y la clorpromazina para el manejo de la hostilidad en los pacientes hospitalizados con los SSD. (Victoroff J. 2014) (Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review).

Aunque la clozapina es el estándar de oro para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia resistente, (20 y un 30% de los pacientes con esquizofrenia), persisten síntomas clínicos en aproximadamente 40 a 70% de los usuarios de clozapina, incluso después de un año de la medicación.

Para la esquizofrenia resistente a la clozapina, se utiliza una variedad de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, incluyendo la terapia electroconvulsiva (ECT), Estos estudios demostraron consistentemente efectos clínicos favorables y seguridad. En estudios que incluyeron un metanálisis, el 47,4-72,7% de los pacientes con esquizofrenia resistente a la clozapina experimentaron mejoría clínica después de la TEC. (Kim HS, 2016) (Victoroff J, 2014)

#### 4. Sala de aislamiento, cuidador especial, mitones (Figura 7 y 8)

Lindenmayer describió las características clave generalmente presentes en pacientes con agitación, incluyendo inquietud con actividad motora, irritabilidad, respuesta a los estímulos internos y externos, y un *curso clínico inestable* (Lindenmayer JP. 2000).

Incluso si la agresión y la violencia no son características de la agitación, una progresión de la agitación puede conducir a conductas agresivas y violentas. A pesar de estos intentos de definir la agitación, síndrome amplio y multifactorial, *todavía existe una falta de un acuerdo inequívoco* (Knox D. et al. West J. 2012)

Dada la relevancia clínica y el impacto global de agitación en psiquiatría, una pronta *evaluación de los factores y la gestión inmediata son esenciales*, ya que esto puede permitir el control sobre un potencial comportamiento peligroso que podría progresar a la violencia. Además, se ha descrito también la agitación psicomotora como *posible predictor del comportamiento suicida*.

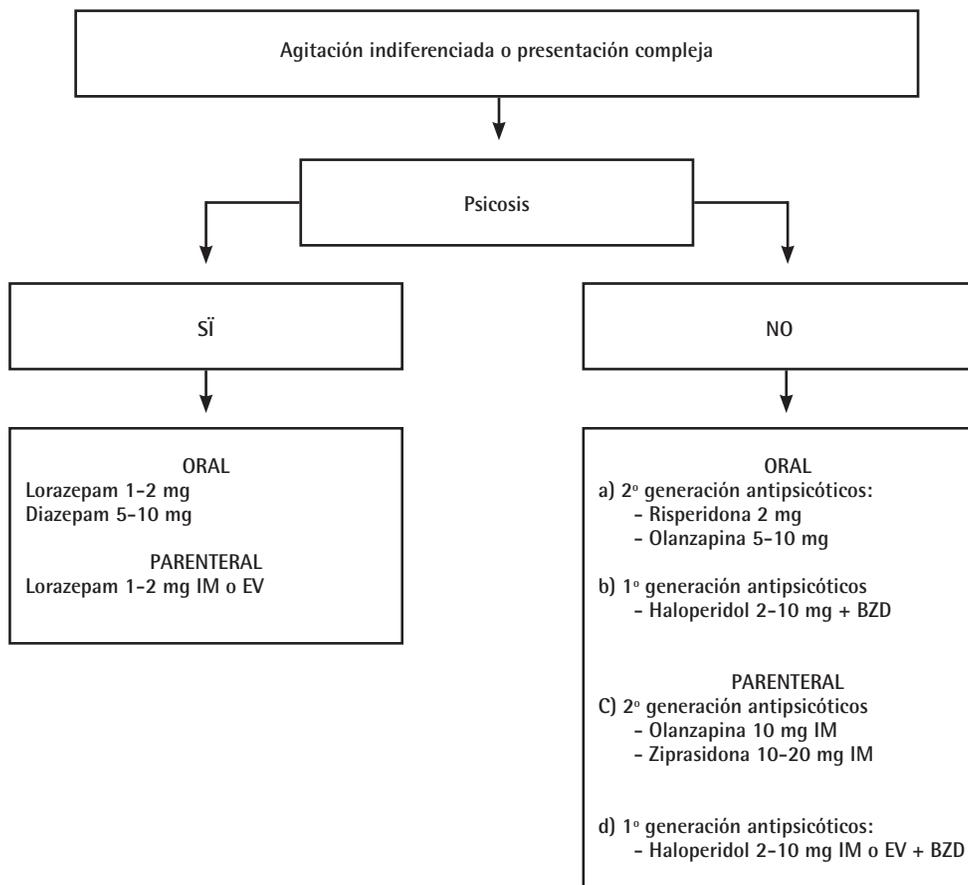
En cuanto al tratamiento farmacológico, el medicamento "ideal" debe evitar que el paciente sea sobredosado. (Garriga M, 2016).

Figura N°5

Características medicamento ideal para tratar agitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No invasivo y fácil de administrar</li> <li>• Acción rápida y calmar sin sedar excesivamente</li> <li>• Ser seguro y tener buena tolerancia</li> <li>• Abordar síntomas psicóticos o maníacos subyacentes</li> </ul>

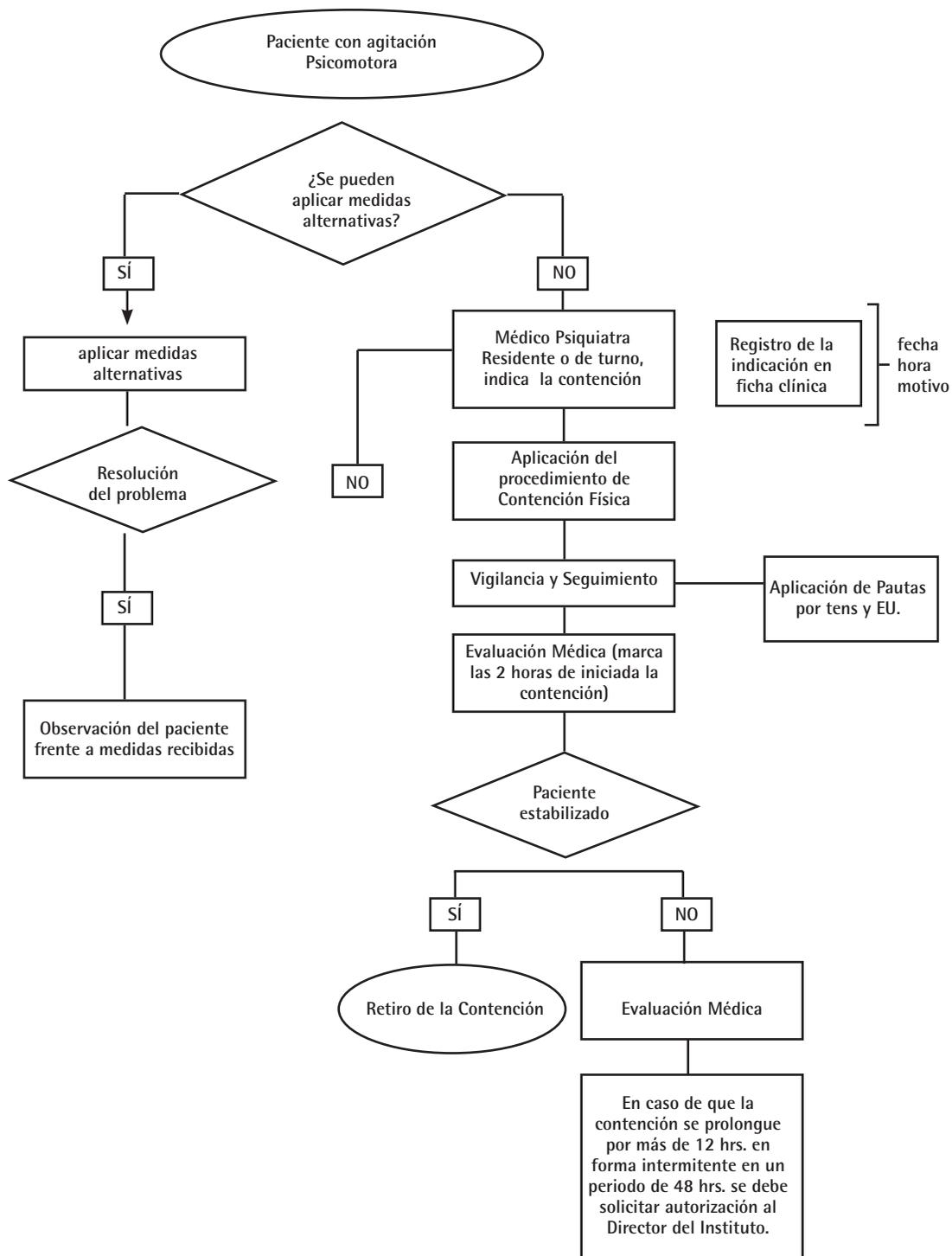
Hankin CS)

Figura N°6  
Fármacos de uso frecuente



(Traducido de: Marco C., et al. Emergency management of agitation in schizo(Traducción en Wilson et al. West J. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup Emerg Med. 2012 Feb; 13(1): 26-34.)

Figura N°7  
Contención física



## Figura N°8

## Protocolo de Agitación – SEVERA

<b>Amenaza verbal o física, ataque a objetos o personas</b>
Cuidado crítico u otra habitación aislada
Evaluar la necesidad de causa médica y seguridad
De-escalada
Policía
Soportes   Enfermería
Psiquiatra
Conjunto de pedidos
Restricciones (5+ personas)
IV y Drogas
Supervisión
Estudios diagnósticos

(Lynn Roppolo. Managing the Agitated Patient in the Emergency Department: Preventing Violence and Improving Outcomes)

## Bibliografía

1. Marco C, et al. Emergency management of agitation in schizophrenia. *American Journal of Emergency Medicine* (2005) 23, 767-776
2. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. doi: 10.3109/15622975.2015.1132007.
3. Galián Muñoz I., Bernal Torres J., Díaz Sánchez C., De Concepción Sablesa A., Martínez Serrano J. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. Hospital Psiquiátrico Román Alberca, España. 2011.
4. Gascón Borrachina, J.; Rojo Rodes, J.E.; Salazar Soler, A.; Tomás Vecina, S. Guía Práctica de Manejo Terapéutico y Prevención en el Paciente Agitado. Master Line Et Prodigio, S.L. Madrid, 2004.
5. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment *JPsychiatr Pract*. 2011;17:170-185.
6. Fernández Gallego, V.; Murcia Pérez, E.; Sinisterra Aquilino, J.; Casal Angulo, C.; Gómez Estarlich, M.C. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 2009; 21: 121- 132.
7. Junta de Castilla y León. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales. En Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales, Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.
8. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Protocolo de Contención física.
9. Knox D. et al. West J. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *Emerg Med*. 2012 Feb; 13(1): 35-40.
10. Kim HS, Kim SH, Lee NY, Youn T, Lee JH, Chung S, Kim YS, Chung IW. Effectiveness of Electroconvulsive Therapy Augmentation on Clozapine-Resistant Schizophrenia. *Psychiatry Investig*. 2017 Jan;14(1):58-62. doi: 10.4306/pi.2017.14.1.58. Epub 2016 Dec 29.
11. Muñoz K., Rayo X., Minoletti S A., Minsal 2003. Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.
12. Lindenmayer JP. 2000. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatr*. 61 (Suppl 1):5-10. Available from: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154018](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154018)
13. Lynn Roppolo, Meaghan Dehning, Fuad Khan, Rohini Downs, Pharm D, Young Lee, Pharm D, David Morris, Jeffrey Metzger, Tiffany Carder. Managing the Agitated Patient in the Emergency Department: Preventing Violence and Improving Outcomes En: <https://www.cordem.org/files/.../Dehning%2C%20Meaghan.ppt>
14. Nordstrom K. et al. West J. Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *Emerg Med*. 2012 Feb; 13(1): 3-10.
15. Rabinowitz J, Avnon M, Rosenberg V. Effect of clozapine on physical and verbal aggression. *Schizophr Res*. 1996 Dec 15;22(3):249-55.
16. Richmond J. et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 2012 13(1):17-25.
17. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias El Paciente Agitado. Recomendación Científica 10/05/09 de 25 de junio de 2009.
18. Victoroff J, Coburn K, Reeve A, Sampson S, Shillcutt S. J. Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014 Fall;26(4):283-312.
19. Wilson M. et al. West J. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup *Emerg Med*. 2012 Feb; 13(1): 26-34.