

AGITACION en la UCI

Dra. Patricia Mesa

Lic. Cinthya Lecor

Dr. Ignacio Gutierrez

Dra. Laura Olivera

1. Objetivo:

Establecer una guía de recomendaciones para el manejo del paciente agitado en la UCI.

2. Alcance: dirigido a todos los integrantes del equipo de salud.

3. Definiciones y abreviaturas:

UCI :Unidad de Cuidados Intensivos

VMI: Ventilación mecánica invasiva

RASS: Richmond Agitation Sedation Scale

IV: intravenosa

IM: intramuscular

4. Responsabilidades: Equipo multidisciplinario de la UCI.

5. Desarrollo

5.1 Introducción

El dolor, la agitación y el delirium están profundamente interrelacionados, solo por razones de exposición se describen separadamente.

La sedación y la analgesia son parte integral en el manejo de los pacientes críticos en UCI.

Los objetivos de estas intervenciones son proporcionar a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reducir la ansiedad y desorientación, facilitar el sueño y controlar adecuadamente el dolor.

Los pacientes críticos tienen riesgo de presentar ansiedad, agitación, combatividad, delirium y síndromes de abstinencia por privación.

5.2 Concepto

La agitación psicomotriz se define como un estado de excitación mental acompañado de un aumento de la actividad motora, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado.

Se puede acompañar de desorganización del pensamiento.

La agitación es clínicamente definida como un score de RASS $\geq +2$.

5.3 Importancia e incidencia

Representa problemas para el propio paciente (autoagresión), para los familiares, el sanitario y el entorno (hetero agresión). Principalmente es una forma de expresión clínica de una perturbación fisiológica y/o metabólica subyacente.

Incidencia en la UCI entre 12 al 70%, en pacientes en VMI (en nuestra unidad la agitación fue de 65%).

5.4 Factores de Riesgo

Previos al ingreso: Patología psiquiátrica
Deterioro cognitivo
Paciente añoso
Drogas psicotrópicas
Consumo de alcohol
Consumo de tabaco
Consumo de drogas ilícitas
Patología psiquiátrica

En UCI: Dolor
Delirium
Intoxicación
Hipertermia
Sepsis
Disnatremias
Uso de sedantes

5.5 Causas de agitación

1-Condición medica.
Sepsis
Hipo-hipertermia
Hipotensión arterial
Trastornos metabólicos hipo-hipernatremia
Hipo-hiperglicemia
Insuficiencia respiratoria
Encefalopatía hepática
Stroke
Actividad epiléptica no convulsiva.

2. Dolor

3. Delirium hiperactivo

4. 1 Síndrome de abstinencia

Consumo prolongado de drogas hipnóticas, opioides, psicoactivas

Consumo de alcohol y tabaco

4.2 Síndrome de abstinencia en la UCI por uso prolongado de altas dosis de opioides, mayor a 7 días de Fentanyl (> a 200 mcg-día).

Altas dosis de Midazolam, mayor de 7 días (> a 4 mg-hora).

5.6 Consecuencias de la agitación

- Se asocia con eventos adversos:
- Autoextubación,
- Retiro de catéteres,
- Asincronías con el ventilador
- Caídas
- Mayor consumo de O₂.
- Stress postraumático.
- Mayor relación personal sanitario/paciente
- Prolonga el uso de medidas de sujeción.
- Provoca mayores días de VMI, mayor estadía en UCI y hospitalaria.
- La agitación está relacionada a mayor infección nosocomial y a mayor reintervenciones quirúrgicas.
- Enmascara diagnósticos, demora el inicio de tratamientos específicos y aumenta la mortalidad.

5.7 Tratamiento

El objetivo es **iniciar el tratamiento de la probable causa subyacente y calmar al paciente (sin inducir el sueño)**, evitando tanto auto como heteroagresividad y sus consecuentes daños materiales y al personal. Lo que permite evaluar con mayor precisión la **causa** e incluso participar en su propia atención.

El tratamiento incluye:

- 1) Sospechar causa subyacente y descartar aquellas que puedan amenazar la vida.
- 2) Valorar el dolor por medio de escalas apropiadas (paciente despierto, ventilado/no ventilado).
- 3) Medidas no farmacológicas.
- 4) Medidas farmacológicas solo con el objetivo de calmar al paciente, sin dormirlo.

Primero, evaluar la posible causa subyacente, el tratamiento de la alteración médica específica es el tratamiento definitivo y preferido de la agitación en tales casos.

Las causas más frecuentes de la agitación que requieren medicación son el dolor, la excitación y el delirium hiperactivo. Cada causa tiene un manejo específico.

CAUSAS que amenacen la vida:

| | |
|-------------------------------|---|
| Intercambio gaseoso | Hipoxemia |
| | Hipercapnia |
| Relacionado con el ventilador | Posición de la SOT / Obstrucción |
| | Complicaciones mecánicas (Ntx) |
| | Patrón ventilatorio inadecuado (flujo, Vc, gatillos) |
| Metabólico | Hipoglicemia |
| | Acidosis |
| Infección | De SNC |
| | Sepsis |
| Drogas | Intoxicación |
| | Abstinencia (alcohol, tabaco, benzodiacepinas, opiáceos, drogas de abuso) |
| Isquemia | Miocardio / Intestinal / ACV |

Otras causas:

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Agitación | Incomodidad en la cama |
| Dolor | Miedo |
| Delirium hiperactivo | Imposibilidad de comunicarse |
| | Derivación de sueño |
| | Retención Aguda de Orina |

5.7.1 Tratamiento no farmacológico.

El manejo inicial del paciente agitado se debe realizar con medidas NO farmacológicas de control de conducta:

- Incorporación del paquetes de medidas no farmacológicas o BUNDLE ABCDEF, (Capítulo de Delirium).
- Intervención verbal.
- Reducción de estimulación ambiental (ruidos,luz).
- Reinstalación precozmente de los fármacos habituales que recibe el paciente.
- Terapia de reemplazo nicotínico.

5.7.2 Tratamiento farmacológico.

Se basa en el uso de antipsicóticos que inhiben la transmisión de dopamina reduciendo los síntomas psicóticos subyacentes que causan agitación. Algunos antipsicóticos típicos son estructuralmente similares al GABA e interactúan con su receptor a dosis elevadas.

El objetivo de sedación debe ser individualizado, mayormente se buscará un score RASS entre -2 y +1. La sedación profunda solo tiene las indicaciones específicas mencionadas en el capítulo de delirium.

5.7.2.A Agitación en el paciente no intubado.

Los fármacos con bajo riesgo de depresión respiratoria y sin efectos hemodinámicos son Haloperidol y Dexmedetomidina.

5.7.2.B Agitación en paciente con ventilación no invasiva.

Los fármacos pueden disminuir la cooperación e incluso llevar a perder el control de la vía aérea. La monitorización del nivel de sedación es más importante que la técnica y/o fármaco seleccionado.

Para una sedación consiente se debe utilizar Dexmedetomidina, Fentanyl a bajas dosis, bajo estricta monitorización.

5.7.2.C Agitación en paciente con VMI. Se recomienda el uso de rutina de analgesia/sedación en el paciente con IOT/VMI dado que la inadaptación del paciente genera múltiples complicaciones:

- Acidosis respiratoria
- Hipoxemia
- Hipocapnia por hiperventilación
- Aumento de la presión intratorácica
- Disminución de gasto cardíaco
- Incremento del consumo de O₂

Se realizará en marco de la estrategia **Analgo-sedación**, la menor dosis necesaria para lograr el objetivo: un paciente calmado y colaborador mediante el uso de protocolos de analgesia multimodal.

5.8 Fármacos sugeridos para el manejo de los síntomas de agitación

Requiere la elección de fármacos de acción corta, permitiendo realizar la valoración neurológica.

Antisicóticos típicos

El Tiapridal es uno de los pocos fármacos autorizados para el uso IV e IM, La IV es la vía de elección en la UCI, permitiendo administrar dosis limitadas en un tiempo limitado.

Haloperidol. Es es el fármaco más estudiado para tratar la agitación asociado a delirium en la UCI.

Con breve inicio de acción, su administración IV se ha asociado al QT prolongado y un riesgo de torsade de pointes.

Tiaprida, antagonista selectivo de la dopamina, se utiliza para tratar la abstinencia de alcohol, los síntomas negativos de la psicosis y la agitación en pacientes ancianos. Su farmacología permite una reevaluación neurológica regular y su vía de administración IV, la tiaprida (50-200 mg/24h) puede considerarse para la agitación moderada con un componente ansioso o delirante.

Levomepromazina, fármaco neuroléptico de fenotiazina.

Con vida de eliminación prolongada (15-80 h), marcado efecto sedante y vías de administración específicas (oral o intramuscular), si bien no es particularmente apropiada en la UCI, puede considerarse en casos de episodios graves de agitación (5 mg cada 5 min hasta alcanzar un máximo de 50 mg)

Antisicóticos atípicos risperidona, olanzapina y ziprasidona son antagonistas de la serotonina y la dopamina. Son más eficaces para tratar los síntomas positivos y negativos de la psicosis y producen menos efectos extrapiramidales que los típicos. Su inicio de acción es lento y tienen administración oral exclusiva. Se deben usar una dosis baja en la mañana y el 2-3 partes de la dosis en la noche.

Benzodiazepinas

No están recomendadas por las guías PADIS para la sedación en la UCI porque producen mayor delirium. Se consideran para el tratamiento de la agitación en el síndrome de abstinencia de alcohol, administración prolongada de benzodiazepinas o ansiedad severa.

Recomendados: Lorazepam, Midazolam y Diazepam.

- **El diazepam** es de elección para tratar el síndrome de abstinencia alcohólica. Aunque probado con éxito para proporcionar sedación dirigida por objetivos en la UCI a 40 mg/24 h, semivida de eliminación prolongada y marcados efectos sedantes, su uso es inapropiado en el tratamiento de episodios de agitación.

Agonistas del receptor adrenérgico α_2

- **La dexmedetomidina** es un agonista altamente selectivo de rápido inicio de acción durante infusión continua (15-30 min) y vida media de eliminación de 2 h. En las directrices de 2018, se recomendaba la dexmedetomidina y el propofol como sedantes de primera línea para pacientes críticamente enfermos.

La dexmedetomidina facilitó la extubación traqueal en pacientes con agitación. Puede mejorar la calidad del sueño en pacientes ancianos no intubados

Recomendado para la abstinencia de alcohol y drogas en asociación con benzodiazepinas.

Efectos adversos - bradicardia e hipotensión arterial.

Contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca o hepática grave.

- **Clonidina**, tiene una duración de acción más prolongada que la dexmedetomidina. Se recomienda en la UCI para síndrome de abstinencia.

5.9 Casos especiales:

5.9.1 Agitación por intoxicación:

-**De medicamentos:** drogas recreativas y estimulantes; los antipsicóticos y las benzodiazepinas son los agentes de primera línea.

-**De alcohol:** Evitar las benzodiazepinas por riesgo de depresión respiratoria. Se prefieren antipsicóticos.

5.9.2 Síndromes de abstinencia

-Recomendado disminuir gradualmente los fármacos usados en la UCI durante varios días Para reducir el riesgo de abstinencia de fármacos.

- Reiniciar el tratamiento habitual neuropsiquiátrico del paciente precozmente.

Agitación por abstinencia de alcohol. Se debe suponer en un consumidor crónico de alcohol cuando presenta las siguientes características: delirium, taquicardia, diaforesis, temblores.

- A diferencia de lo que ocurre en la intoxicación, en la abstinencia alcohólica **las benzodiazepinas son de elección.**
- De preferencia Diazepam, Lorazepam, Midazolam.

Agitación por abstinencia de opioides. Buprenorfina y metadona son dos opciones que se utilizan para tratar la abstinencia de opioides.

La introducción de metadona enteral durante el destete del fentanilo se ha asociado con una reducción del tiempo de destete de la VMI

Agitación por abstinencia al tabaco se recomienda, asociar a los fármacos la terapia de reemplazo con parches de nicotina

Otros fármacos

La **clonidina** en dosis altas (1,8-2,5 mg/24 h) se recomienda para normalizar los cambios hemodinámicos y respiratorios inducidos por síndromes de abstinencia.

Valproato se recomienda para la agitación en dosis de 400 mg cada 8-12 horas, vigilar plaquetopenia y falla hepática.

AGITACION EN PACIENTES CON SITUACIONES ESPECIALES

1. Edad avanzada

Agitación y delirium son de mayor incidencia en los pacientes añosos y dificulta diferenciar entre delirium, agitación y demencia.

Se debe retirar cualquier fármaco con propiedades anticolinérgicas y evitar las benzodiazepinas.

Se recomienda la dexmedetomidina en dosis bajas (0,1 mcg/kg/h durante 24h) en el postoperatorio de pacientes añosos.

2. Lesión cerebral

El 11-70% presentan agitación, puede reflejar complicaciones neurológicas ocultas, (infección del LCR, lesiones intracerebrales nuevas o extendidas, convulsiones o complicaciones sistémicas).

Por otro lado, la agitación en esta población puede requerir el uso de contención física, retrasando la recuperación y rehabilitación.

Se sugirió minimizar el uso de benzodiazepinas y antipsicóticos típicos, ya que su uso puede provocar confusión, efectos amnésicos y deterioro de la recuperación motora.

Se recomienda la dexmedetomidina.

3.1 Privación del sueño

Optimizar el ciclo circadiano del sueño, (ver protocolo sueño).

Considerar los sedantes en pacientes que no pueden conciliar el sueño, con la esperanza de reducir el riesgo de agitación y/o delirium. También se ha sugerido el uso de Melatonina.

6. Bibliografía

- Celis-Rodríguez E, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>.
 - Devlin W. John, Yoanna skrobik, Celine Gelinas, Dale M. Needham, et al. *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. 2018, Society of Critical Care Medicine and Wolter Kluwer Health.
 - Aubanel, S., Bruiset, F., Chapuis, C., Chanques, G., & Payen, J. F. (2020). Therapeutic options for agitation in the intensive care unit. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*.
 - Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., ... & Ely, E. (2017). Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29(3), 337-345.
- Freeman S, Yorke J, Dark P. The management of agitation in adult critical care: Views and opinions from the multi-disciplinary team using a survey approach. 2019. *Intensive and Critical Care Nursing*.