

Tratamiento de la agitación nocturna y el insomnio en el mayor

Sebastià Riu Subirana^{a,*} y Miquel Àngel Martínez Adell^b

^aMédico de Familia. Llars Mundet. Oficina de Gestió Assistencial. Gerència dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i RESPIR. Igualtat, Ciutadania i Benestar Social. Àrea d'Atenció a les Persones. Diputació de Barcelona. Barcelona. España.

^bMédico de Familia. ABS Argentona. Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona. España.

*Correo electrónico: riuss@diba.cat

Puntos clave

- Los pacientes mayores con alteración aguda del estado mental, incluida la agitación, deben ser considerados como afectados de un síndrome confusional agudo.
- La agitación es una emergencia conductual que solicita de los profesionales sanitarios una intervención rápida para lograr el control sintomático y reducir, o evitar, la posible presencia de lesiones en el paciente y en su entorno familiar.
- Los fármacos deben considerarse el desencadenante más rápidamente reversible, y pueden ser el único precipitante de los casos de síndrome confusional agudo en ancianos frágiles y en los que presentan demencia.
- El tratamiento farmacológico de elección del síndrome confusional agudo es el haloperidol tanto si es administrado por vía subcutánea como intramuscular.
- En los pacientes que presentan agitación y demencia por cuerpos de Lewy, debemos evitar el uso de los neurolépticos por su marcada sensibilidad a los mismos.
- Los trastornos primarios del sueño, las enfermedades médicas, los fármacos y unos pobres hábitos del sueño son los factores más desorganizadores del sueño en el anciano.
- Antes de iniciar un tratamiento, farmacológico o no, es indispensable realizar una correcta evaluación del insomnio en el anciano.
- El tratamiento debe basarse en estrategias de modificación de conductas y cambios en el estilo de vida a los que se asociará, cuando se considere necesario, tratamiento farmacológico.
- Los principales hipnóticos son las benzodiazepinas y los fármacos Z o hipnóticos no benzodiazepínicos, sin que se hayan encontrado evidencias de diferencias clínicamente significativas sobre la utilización de unas u otras.
- Los antidepresivos sedantes solo son útiles en el insomnio asociado a depresión.

Palabras clave: Agitación • Insomnio • Paciente mayor • Benzodiazepinas • Neurolépticos.

La agitación podría definirse como la excesiva actividad motora asociada a un sentimiento de estrés interior. Puede ir acompañada, o no, de agresividad verbal y/o física^{1,2}.

A menudo, los pacientes agitados no suelen cooperar, o son incapaces de poder participar, en una anamnesis relevante, por lo que deberemos basarnos, generalmente, en informaciones limitadas para tomar nuestras primeras decisiones. Afortunadamente, el diagnóstico definitivo no se considera un objetivo primario en la evaluación inicial, que podríamos considerar de emergencia en el paciente agitado¹.

Manejo inicial del paciente mayor agitado

Ante la situación de un paciente anciano agitado deberemos plantearnos una serie de preguntas¹:

1. ¿Tiene un delirium o síndrome confusional agudo (SCA)?
2. ¿Padece un deterioro cognitivo (DC) crónico que contribuye a su estado de agitación actual?
3. ¿Sufre una intoxicación farmacológica o un síndrome de retirada?

4. ¿Está agitado por una psicosis causada por un trastorno psiquiátrico conocido?

Si todas las respuestas anteriores han sido negativas puede que el paciente se encuentre en un grupo de trastornos como: cuadro de manía, agitación debida a un cuadro de ansiedad o depresión no psicótica, o el paciente está fuera de control o muy enojado.

Analícemos con mayor detalle:

1. El paciente que presenta un SCA muestra un nivel de conciencia alterado con grandes dificultades para dirigir, focalizar, mantener o desplazar la atención³.

Los pacientes mayores con alteración aguda del estado mental, incluida la agitación, deben ser considerados como afectados de un SCA¹. Debiendo ser abordado como una verdadera urgencia médica y si se producen alteraciones que pueden comprometer la vida del paciente (como hipoxia, hipoglucemia o hipotensión) estas deben ser evaluadas y compensadas de forma inmediata³.

Las causas más frecuentes podemos observarlas⁴ en la tabla 1.

La agitación se enmarcaría en el SCA hiperactivo o mixto, en el cual predomina el estado de hiperactividad psi-

TABLA 1. Causas de síndrome confusional agudo
Hipoxemia, hipotensión, hipoperfusión, hipoglucemia (también hiperglucemia)
Infecciones (pulmonares, urinarias), sepsis
Polifarmacia, tóxicos
Cardiopatía: IAM, ICC, arritmias
Lesiones (demencia, ACV, hematoma subdural, neoplasias) o infecciones del SNC
Postoperatorios
Trastornos hidroelectrolíticos (deshidratación, Na, Ca, Mg, P) y anemia
Insuficiencia renal y hepática
Retención urinaria e impactación fecal
Dolor. Traumatismos, caídas y fracturas
Endocrinopatías (tiroides, suprarrenal)
Privación o sobreestimulación sensorial
Fiebre
Hiercapnia
Patología aguda abdominal infecciosa o no infecciosa (isquemia mesentérica, obstrucción intestinal...)
Otras: depresión, malnutrición...
*En negrita las más frecuentes. ACV: accidente cerebrovascular; Ca: calcio; IAM: infarto agudo de miocardio; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; Mg: magnesio; Na: sodio; P: fósforo; SNC: sistema nervioso central.

TABLA 2. Confusión Assessment Method

1. Inicio agudo y curso fluctuante
¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental del paciente?
¿Fluctuó la conducta anormal o aumentó y disminuyó en gravedad?
2. Inatención
¿Tuvo dificultad el paciente para focalizar la atención o seguir lo que se estaba diciendo?
3. Pensamiento desorganizado
¿Era el pensamiento del paciente desorganizado o incoherente, se manifestaba como conversación inconexa, flujo de ideas ilógico o cambiaba impredeciblemente de un tema a otro?
4. Alteración del nivel de conciencia
¿Cómo estimaría el nivel de conciencia: despierto, letárgico, estuporoso o coma?
*Considerar SCA si están presentes 1 y 2, y algún otro (3 o 4).

comotriz con estado de hiperalerta, agitación, excitabilidad e hipervigilancia^{1,3}.

Para confirmar el diagnóstico, podemos utilizar el *Confusion Assessment Method*⁵ (tabla 2).

Como el SCA es una manifestación clínica de una enfermedad sistémica oculta y la etiología suele ser multifactorial, debemos basarnos en la historia clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias que creamos oportunas para iniciar la búsqueda de la etiología del mismo⁴.

La anamnesis^{6,7} debería incluir información sobre: forma de comienzo y evolución, sintomatología, estado basal del paciente y circunstancias previas al desarrollo del cuadro, junto a una revisión exhaustiva del tratamiento farmacológico (tanto del ingerido como del no administrado).

La realización de las exploraciones complementarias debería hacerse después de valorar la situación habitual del enfermo, de consensuar con la familia su realización y la factibilidad de las mismas⁴.

2. En el caso de presentar un DC deberemos obtener información adicional con los familiares y/o cuidadores para valorar si este es reciente o antiguo.

Si el DC es reciente, de pocos meses, cabría pensar más en una causa secundaria que no en un proceso neurodegenerativo, por lo que debería remitirse de forma urgente al hospital.

En cambio, si el DC ya es conocido, presentando una evolución de varios meses o años, o posiblemente ya esté etiquetado como demencia de algún tipo, deberemos valorar si esta agitación forma parte de la enfermedad o es desencadenada por otros procesos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470436>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)