

AGITACIÓN: APROXIMACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO CLÍNICO EN ESPAÑA SEGÚN EXPERTOS

Virginia Becerra¹, David Gómez-Ulloa³, Ester Garrido², Sònia Rojas-Farreras³, Joaquín Delgadillo¹, Montse Roset Gamisans³, Alfredo Gracia¹

¹ Área Científica Grupo Ferrer; ² Asuntos Regulatorios Grupo Ferrer; ³ IMS Health

Introducción

La agitación es una complicación aguda grave secundaria, entre otras, a algunas patologías psiquiátricas crónicas como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

La información disponible en la literatura en relación a su epidemiología es escasa y se centra principalmente en su presencia al ingreso hospitalario. Sin embargo, no son habituales los estudios que evalúen su incidencia o prevalencia como entidad patológica única. Una posible explicación sería el hecho que la aparición de la agitación se relaciona con algunas patologías específicas, de manera que no se registra de forma individual en las bases de datos epidemiológicas.

En relación al manejo clínico y farmacológico, existen guías de práctica clínica y consensos internacionales que realizan recomendaciones específicas.

Para el manejo farmacológico de la agitación, se recomienda el uso preferente de una vía no invasiva (oral) frente a la intramuscular (recomendada para pacientes no cooperativos) y de antipsicóticos frente a benzodiacepinas.

No obstante, se encuentra amplia variabilidad en la práctica clínica respecto a las alternativas terapéuticas.

Finalmente, no se identifican estudios específicos que cuantifiquen el uso de recursos para el manejo de la agitación en España.

Objetivo

Obtener información sobre la epidemiología y el manejo de la agitación en esquizofrenia y trastorno bipolar por parte de expertos clínicos.

Material y métodos

Encuesta estructurada por correo a expertos españoles en el tratamiento de pacientes con episodios de agitación representativos de diferentes Comunidades Autónomas (Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Navarra).

La encuesta estaba dividida en diferentes secciones sobre la epidemiología de la agitación en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar, el manejo clínico de los pacientes, el uso de recursos sanitarios y los tratamientos farmacológicos utilizados para el control de la agitación.

Los criterios de inclusión de expertos fueron trabajar en centros sanitarios públicos, y diagnosticar y tratar un mínimo de 20 episodios de agitación al año en esos pacientes.

Los resultados se expresan como mediana (rango intercuartílico) excepto en los casos indicados.

Tabla 1. Distribución de tratamientos farmacológicos administrados como primera opción terapéutica según vía de administración

Alternativas farmacológicas	% Orales Media (DE)	% IM Media (DE)
Olanzapina	26,47 (18,18)	26,32 (23,34)
Haloperidol	13,82 (14,09)	28,42 (18,01)
Aripiprazol	3,24 (4,31)	4,21 (6,93)
Risperidona	12,94 (11,46)	-
Benzodiacepina	17,88 (16,26)	3,53 (7,68)
Otros	6,53 (9,83)	7,16 (9,61)
Benzodiacepina + Haloperidol	10,29 (9,43)	22,26 (24,54)
Benzodiacepina + Olanzapina	4,71 (8,74)	2,58 (7,94)
Benzodiacepina + Risperidona	1,18 (2,81)	-
Benzodiacepina + Otros	2.94 (6.63)	5.39 (14.30)

Tabla 2. Manejo farmacológico de los efectos adversos más habituales de los tratamientos para la agitación

Efecto adverso	Requiere tratamiento farmacológico (%)
Mareos	35,5%
Dolor de cabeza	50,0%
Somnolencia	33,3%
Náuseas	41,2%
Vómitos	47,1%
Acatisia	94,4%
Distonía	100%

Tabla 3. Número de personas y tiempo necesarios para el control de un episodio agudo de agitación según perfil profesional

	Número de personas por perfil (mediana, rango intercuartil)	Tiempo requerido por persona (min) (mediana, rango intercuartil)
Psiquiatría	1 (1 - 1)	25 (15 - 60)
Enfermería	1 (1 - 2)	30 (15 - 75)
Auxiliar de enfermería	1 (1 - 2)	30 (10 - 75)
Personal de seguridad	2 (2 - 2)	30 (15 - 30)

Resultados

Se realizaron un total de 24 encuestas, el 83% a psiquiatras.

Según los encuestados, el 25% (10-40) de los pacientes esquizofrénicos y el 15% (10-30) de los pacientes bipolares padecerían al menos un episodio de agitación anual, con una mediana de 2 (1,5-3,0) y 2 (1,0-3,0) episodios anuales, respectivamente. La duración del episodio agudo de agitación sería de 4 horas (2-12) en pacientes con esquizofrenia y de 6 horas (1,5-12) en pacientes con trastorno bipolar.

Del total de episodios, el 70% (60-80) en esquizofrenia y el 65% (60-80) en trastorno bipolar se podrían clasificar como episodios de gravedad leve/moderada. De éstos, el 70% (50-80) requerirían ingreso hospitalario. La duración del ingreso hospitalario variaría en función de la rapidez en la respuesta al tratamiento, siendo de 7 días (1-10) en pacientes que responden en las primeras 2 horas, de 10 días (4-15) en pacientes que responden entre 2 y 24 horas y de 20 días (10-21) en pacientes que no responden en las primeras 24 horas.

Según los encuestados, el 10% (1-10) de los pacientes con agitación leve-moderada no recibirían tratamiento farmacológico para el control del episodio, el 40% (25-60) recibirían inicialmente tratamiento farmacológico por vía oral y el 50% (25-70) por vía intramuscular. Según los encuestados, las alternativas más utilizadas como primera opción terapéutica serían olanzapina, tanto por vía oral como intramuscular, y haloperidol, en monoterapia y combinado con una benzodiacepina, por vía intramuscular (Tabla 1).

De acuerdo a la opinión de los expertos, el tiempo necesario para reconsiderar el tratamiento farmacológico sería similar para las alternativas orales e intramusculares. En general, se evaluaría el tratamiento entre 30 minutos y 2 horas en el 68% de los casos para las alternativas orales y en el 53% para las intramusculares.

Respecto al manejo farmacológico de los efectos adversos más habituales de los tratamientos para la agitación, los expertos opinan que la práctica totalidad de las reacciones extrapiramidales (acatisia y distonía) requerirían tratamiento farmacológico (Tabla 2).

En relación al control del episodio de agitación, el 91% de los expertos consideraría que, en el contexto de un episodio de agitación de gravedad leve/moderada (puntuación PANSS-EC >14 y <20), un paciente respondedor (aquel que presenta una reducción >40% respecto a la puntuación basal en la escala PANSS-EC) correspondería a un paciente controlado. Para controlar cada episodio estiman que se dedicarían 25 (15-60) y 30 minutos (15-75) de psiquiatra y enfermería, respectivamente (Tabla 3).

Conclusiones

Según los expertos españoles consultados, la agitación es un problema real de salud psiquiátrica que conlleva un alto porcentaje de ingresos hospitalarios, que podría reducirse mediante un manejo clínico optimizado al perfil de dicha entidad.