

# **Protocolo de Tratamento dos Doentes Agitados na Urgência**

António Gomes

**Hospital Júlio de Matos**

**6 de Junho de 2006**

# Introdução

- Emergências psiquiátricas - Situações de difícil controlo e avaliação diagnóstica
- São frequentes as alterações do comportamento acompanhadas de **Agitação**
- Principais objectivos - controlo do comportamento agressivo, redução dos perigos inerentes a esta situação e diminuir o sofrimento do doente

# Agitação

Definida por :

- incapacidade motora para estar parado
- aumento da reactividade aos estímulos
- irritabilidade
- comportamento agressivo
- actividade verbal ou motora desadequada ou sem objectivo
- insónia
- flutuação dos sintomas ao longo do tempo

# Agitação

- Não tem especificidade diagnóstica
- Síndrome transversal a vários diagnósticos psiquiátricos
- Principais causas : Psicoses, Mania, Depressão Agitada, Demência, Delirium, Perturbação de Pânico, abuso de álcool ou drogas

# Agitação - Fisiopatologia

- A agitação é mediada por alterações na regulação dos sistemas:
  - Noradrenérgico ( $\uparrow$  NA)
  - Dopaminérgico ( $\uparrow$  DA)
  - Serotoninérgico ( $\downarrow$  5-HT)
  - Gabaérgico ( $\downarrow$  GABA)
- Melhora com terapêuticas que:
  - reduzam a actividade Dopaminérgica e/ou Noradrenérgica
  - aumentem a actividade Serotoninérgica e/ou Gabaérgica

# Agitação - Fisiopatologia

- Mania → DA
- Depressão Agitada → ↓ GABA, ↑ 5-HT
- Pânico e PAG → ↑ NA, ↓ GABA
- Demência → ↓ GABA
- Delirium → Depende da etiologia
- Agitação induzida por substâncias → ↑ DA
- Psicose Aguda → ↑ DA
- Agressividade → ↑ NA, ↓ 5-HT



# Quantificação da Agitação

## PANSS Excited Component ( PANSS – EC )

- 5 items : - pobre controlo de impulsos
  - tensão
  - hostilidade
  - falta de coloboração
  - excitabilidade
- Propriedades psicométricas estabelecidas e validadas
- Cada item é cotado de 1 a 7 (1 = ausente; 4 = moderado; 7 = grave)
- Score : 5 a 35

# Tratamento das Perturbações Graves do Comportamento

- Existem poucos estudos nesta área e construtos teóricos como **Agitação** estão mal definidos
- Apresentações farmacológicas que melhor se adaptam a esta situação – I.M., Orodispersível (falta de colaboração do doente, rápido início de acção)
- A medicação oral deve sempre ser oferecida primeiro no sentido de tentar estabelecer uma aliança com o doente



# Tratamento das Perturbações Graves do Comportamento

- Existe um consenso internacional crescente em que o objectivo nestas situações é **acalmar** e não **sedar** o doente
- Permite a recolha da História Clínica e mais rápida adequação do tratamento á patologia em questão
- Na situação de urgência existe a tendência em valorizar mais a rapidez de acção e a eficácia do que a tolerabilidade

# Tratamento das Perturbações Graves do Comportamento

- Os fármacos mais utilizados nesta situação são os **Antipsicóticos Atípicos**, os **Clássicos** e as **BZD's**
- Quando o doente aceita a medicação oral:
  - **Risperidona** (orodispersível) + **BZD**
  - **Olanzapina** (orodispersível) + **BZD** (se necessário)

# Tratamento das Perturbações Graves do Comportamento

- Quando o doente não aceita a medicação oral:

Neste estudo de consenso entre vários *experts*, a nível internacional, verificou-se que a primeira escolha ía para:

- **Olanzapina** ou **Ziprazidona** I.M. isolados
- **Haloperidol** ou **Ziprazidona** I.M. combinada com uma **BZD** I.M.

# Outros Fármacos

- Este estudo demonstrou eficácia e segurança na combinação de **Haloperidol** (10mg) + **Prometazina** (25-50mg) no controlo da agitação na urgência psiquiátrica
- **Prometazina** – Antihistamínico
- Rápido início de acção e baixa incidência de EPS

# Sedação e Eficácia

- Os Antipsicóticos Atípicos apresentam menor incidência de sedação e são melhor tolerados do que os Clássicos
- Sedação foi considerada durante muito tempo como sendo necessária para a eficácia dos Antipsicóticos no controlo dos sintomas positivos
- Os Antipsicóticos Atípicos permitem controlar os sintomas psicóticos e a agitação sem induzirem sedação excessiva
- A sedação não é necessária para reduzir os sintomas de agitação



# Situações Clínicas Particulares

- Idoso
- Delirium
- Doença Bipolar
- Depressão
- Doença de Parkinson
- Comorbilidade Médica



# Agitação no Idoso

- É mandatório despistar a presença de causas orgânicas
- Avaliar a presença de história psiquiátrica prévia, abuso de substâncias (álcool) e factores psico-sociais
- Nesta população a presença de deficits cognitivos pode dificultar a colheita de dados da história clínica

# Agitação no Idoso

- A agitação no idoso pode por em risco a vida
- Diagnóstico e tratamento são problemáticos em parte devido :
  - elevada incidência de comorbilidade (Doenças Médicas e Neurológicas)
  - efeitos adversos da medicação são mais severos

# Agitação no Idoso

- A maior parte dos estudos recomenda a utilização de Antipsicóticos Atípicos em dose baixa no controlo da agitação (**Olanzapina, Risperidona, Quetiapina**)
- Outros referem que uso de Antipsicóticos Atípicos no idoso deve ser feita com prudência (risco de AVC)

# Agitação no Idoso

- Alguns autores referem ainda como alternativa segura o Propanolol
- Considerar ECT (Depressão Psicótica e Depressão Agitada)
- Evitar o uso de BZD's e Anticolinérgicos na Demência

# Agitação no Delirium

- Investigar e diagnosticar a causa
- Terapêutica depende da etiologia !
- Causas de Delirium :
  - Hipoglicémia
  - Cetoacidose Diabética e Hiperosmolaridade
  - Hipóxia
  - infecção SNC (Meningíte,Encefalíte)
  - [ do débito cardíaco ( Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva)



# Agitação no Delirium

- Epilepsia (Estado de Mal Parcial Complexo)
- Estado pós-critico
- Traumatismo Craneano
- AVC, AIT
- Tumores SNC
- Encefalopatia Hepática
- Urémia
- Intoxicação aguda ( Álcool, TCA's, Anfetaminas)
- Abstinência aguda ( Álcool, barbitúricos, BZD's)
- Avitaminoses (deficit de Tiamina)
- Anticolinérgicos, L-Dopa, Corticoides, Digitálicos



# Agitação e Doença Bipolar

- Doentes com Perturbação Bipolar constituem uma proporção substancial dos doentes agitados
- Ocorre predominantemente nos **Episódios Maníacos**, mas também está presente nos **Estados Mistos** e na **Depressão**
- **Mania** – níveis aumentados de energia, diminuição da necessidade de dormir e colisão com os limites dos outros
- **Estados Mistos e Depressão** – níveis flutuantes de energia e irritabilidade

# Agitação e Doença Bipolar

- A prevalência de agitação é semelhante nos dois sexos, contudo a apresentação é diferente
- O tratamento mais utilizado são as **BZD's** I.M. ou P.O., isoladas ou em combinação com um **Antipsicótico** (Mania) ou **Antidepressivo** (Depressão)

# Agitação e Doença Bipolar

- **Episódio Maníaco**

- Valproato de Sódio (P.O. ou E.V.) +  
Antipsicótico Atípico ou BZD (se  
necessário)

- ECT

- Se possível evitar Antipsicóticos Clássicos

# Agitação e Doença Bipolar

- **Estado Misto**

- Valproato de Sódio (P.O. ou E.V.) +  
Antipsicótico Atípico ou BZD (se  
necessário)
- ECT
- Evitar Antidepressivos
- Se possível evitar Antipsicóticos Clássicos

# Agitação e Depressão

## Depressão Psicótica

- Antidepressivo + Antipsicótico Atípico
- Evitar Antipsicóticos Clássicos
- ECT

# Agitação e Depressão

## Depressão Agitada

- Antidepressivo + Valproato de Sódio
- Antidepressivo + Antipsicótico Atípico
- Antidepressivo + BZD
- Evitar Antipsicóticos Clássicos



# Agitação e Doença de Parkinson

- É frequentemente iatrogénica (ex: L-Dopa, Anticolinérgicos)
- Associa-se com frequência a Psicose
- Tratamento
  - Antipsicóticos Atípicos – Clozapina ou Quetiapina
  - Nunca : Antipsicóticos Cássicos, Decanoatos

# Agitação e Comorbilidade Médica

- Tratamento mais consensual:
  - **Haloperidol** ou **BZD I.M.**
- Também utilizado nas intoxicações por drogas de abuso e quando não existem outros dados clínicos disponíveis

# NHS Guidelines

## National Centre for Mental Health (2002)

### Tranquilização Rápida na Esquizofrenia

#### Necessidades formativas

Deverá haver formação regular da equipa nas seguintes áreas:

- Antecipação de factores de escalada de violencia
- Contenção física
- Aplicação e perigos da tranquilização rápida
- Psicofarmacologia (BZD's, Antipsicóticos, PO, IM)
- Manejo do Flumazenil
- Técnicas de reanimação

#### Riscos potenciais

- Sedação Excessiva com perda da consciência
- Deterioração da relação terapêutica

#### Cuidado

- Evitar *cocktails* farmacológicos em dose alta
- Evitar o isolamento de doentes muito sedados ou com história de consumo de álcool ou drogas
- Se o doente está isolado aumentar a vigilância se for utilizada tranquilização rápida

#### Forma de Administração (1=preferida)

1) Oral

Lorazepam, Olanzapina ou Haloperidol

Haloperidol – considerar Anticolinérgico

2) I.M.

Lorazepam (Diazepam), Haloperidol ou Olanzapina (de preferência monoterapia)

Na Tranquilização de urgência Haloperidol + Lorazepam

Na utilização de Antipsicótico Clássico, considerar Anticolinérgico

Monitorizar Sinais Vitais

3) E.V. (excepcional)

Monitorizar Sinais Vitais

Assim que possível conversar com o doente e explicar porque foi necessária a tranquilização rápida

Quando o doente estiver calmo

Detectar experiências traumáticas, permitir que o doente exprima as suas vivências

# Intervenções Não-Farmacológicas

- Ambiente calmo
- Abordagem empática e optimista
- Explicar os procedimentos ao doente utilizando uma linguagem clara
- Trabalhar em conjunto com os prestadores de cuidados
- Contenção física

# Contenção Física

- Medida de segurança (não é uma medida terapêutica)
- Quartos de Isolamento (redução dos estímulos externos)
- Cintos
- Contenção mecânica dos membros
- Cadeira Geriátrica
  
- Efeitos adversos da imobilização excessiva – Tromboembolismo Venoso (anticoagulação)



# Contenção Física

- Deve ser usada o menos possível e por curtos períodos
- Experiência traumática para o doente
- Os principais diagnósticos associados ao uso de contenção física são : Psicose Aguda, Mania, Demência e intoxicação por álcool ou drogas

# Princípios no Tratamento da Agitação

- Sempre que possível selecionar o Antipsicótico ou outra medicação tendo em conta a patologia em questão e não só a necessidade de imediata sedação
- **Antipsicóticos Atípicos** – 1ª linha (melhor perfil de tolerabilidade e segurança)
- Evitar Decanoatos na Urgência (principalmente nas Perturbações Afectivas)
- Evitar o uso de dois ou mais Antipsicóticos concomitantes (↑ da incidência de efeitos secundários)

# Ponto de Vista do Doente

- As alterações do comportamento são um problema grave e frequente para os doentes, famílias e prestadores de cuidados
- É necessário encontrar um equilíbrio entre o tratamento adequado e segurança e os direitos dos doentes
- A tentativa de encontrar um ponto de colaboração entre o médico e o doente permite atingir melhores resultados

# Ponto de Vista do Doente

- Neste estudo salientou-se que a grande maioria dos doentes dá extrema importância a serem tratados com respeito, a serem ouvidos, a que lhes sejam explicados os procedimentos e a serem implicados nas decisões terapêuticas
- A preferência recai sobre a medicação oral e BZD's, o medicamento pior cotado pelos doentes foi o Haloperidol

# Bibliografia

- Allen H “ Treatment of behavioral emergencies 2005” J Psychiatr Pract 2005 Nov; 11 Suppl 1: 5-108
- Aderfer BS “Treatment of agitation in bipolar disorder across the life cicle” J Clin Psychiatry. 2003; 64 Suppl 4:3-9
- Piechniczek-Buczek J “ Psychiatric emergencies in the elderly population” Emerg Med Clin North Am. 2006 May; 24(2):467-90, viii
- Allen H “What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency?” J psychiatr Pract 2003 Jan; 9(1):39-58
- Cunha I. “Agitação e Agressividade do Doente Psiquiátrico na Urgência”.2004
- Allen H “ Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines” J Psychiatr Pract 2003 Jan; 9(1):16-38
- Allen H “ The Expert Consensus Guidelines - Treatment of behavioral emergencies ” PostGrad Med. 2001 May; 1-88
- Yildiz A “Pharmacological management of agitation in emergency settings” Emerg Med J. 2003 Jul; 20 (4):339-46



# Bibliografia

- Summers W “ The management of agitation in demented patients with propranolol” J Alzheimer´s Dis. 2006 Feb; 9 (1) 69-75
- Heras VF “ Review of aggression management in an emergency setting”. Actas Esp Psiquiatr. 2005. May-Jun; 33 (3) : 194-200
- Tueth MJ “ Life-threatening psychiatric emergencies in the elderly: overview” J Geriatr Psychiatry Neurol. 1999 Summer; 12 (2) : 60-6
- Brook S “IM Ziprazidone: moving beyond the conventional in the treatment of acute agitation in Schizophrenia” J Clin Psychiatry. 2003; 64 Suppl 19: 13-8
- Miller D “ Atypical Antipsychotics: Sleep, Sedation and Efficacy” J Clin Psychiatry 2004;6 Suppl 2 :3-7
- Mendelowitz A “ The utility of IM ziprazidone in the management of acute psychotic agitation” Ann Clin Psychiatry 2004 Jul-Sep;16(3):145-54
- Zimbhoff D “Best clinical practice with ziprazidone IM: update after 2 years of experience” CNS Spectr 2005 Sep; 10 (9): 1-15
- Preval H “ Rapid-acting IM ziprazidone in a Psychiatric emergency service: a naturalistic study” Gen Hosp Psychiatry 2005 Mar-Apr; 27(2): 140-4

# Bibliografia

- Ballard C “ The effectiveness of Atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer’s disease” Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan
- Currier GW “Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies” J Psychiatr Pract. 2006 Jan; 12 (1): 30-40
- Jacob A “ Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting” The British Journal of Psychiatry. 2004. 185 : 63-69
- Bredthauer D “ Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elderly abuse” Z Gerontol Geriatr. 2005 Feb ; 38 (1) : 10-8
- Guedj MJ “ The practice of restraint in a psychiatric emergency unit” Encephale. 2004 Jan-Feb ; 30 (1) :32-9
- Allen H “ Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services” Gen Hosp Psychiatry. 2004. Jan-Feb; 26 (1):42-9
- Wagstaff AJ “ Intramuscular olanzapine : a review of it’s use in the management of acute agitation” CNS Drugs. 2005. 19 (2) :147-64

# Bibliografia

- Tulloch KJ “ Intramuscular olanzapine in the management of acute agitation” Ann Pharmacoter. 2004 Dec ; 38 (12) : 2128-35
- Marco CA “ Emergency management of agitation in Schizophrenia” Am J Emerg Med. 2005 Oct; 23 (6): 767-76
- Mohr P “Treatment of acute agitation in psychotic disorders” Neuro Endocrinol Lett. 2005 Aug; 26 (4): 327-35
- San L “ Pharmacological management of acutely agitated schizophrenic patients” Curr Pharm Des. 2005; 11 (19): 2471-7
- Battaglia J “Pharmacological management of acute agitation”. Drugs. 2005; 65 (9) :1207-22
- Palazzolo J “About the use of seclusion in psychiatry : the patients point of view” Encephale. 2004 May-Jun; 30 (3): 276-84
- Alexopoulos GS “Using antipsychotic agents in older patients” J Clin Psychiatry. 2004 ; 65 Suppl 2:5
- NHS Guidelines Schizophrenia. National Collaborating Centre for Mental Health. Dec 2002