

que, más adelante, Carlsson, en 1956, estableciese el papel de la disminución de la dopamina en esta patología, hecho sometido a importantes controversias durante varios años, hasta que en 1960 Hornykewicz y Birkmayer demuestran que los cerebros de los parkinsonianos tienen menos del 80% de dopamina y establecen su efecto terapéutico inyectándola directamente. Posteriormente, George Constantin Cotzias inicia el tratamiento de esta enfermedad con dosis progresivas de L-Dopa, convirtiéndose, hasta hoy, en el tratamiento de elección de esta enfermedad.

Desde que James Parkinson describiera este cuadro hasta hoy, la calidad de vida de estos enfermos ha cambiado mucho, pero a pesar de los logros conseguidos las limitaciones que conlleva esta patología son todavía muy importantes y los retos que dichas limitaciones establecen son apasionantes: hoy no basta con mejorar la calidad de vida del paciente parkinsoniano, disminuyendo el temblor y la rigidez y retardando el momento de la postración definitiva de este enfermo. El arsenal terapéutico se ha incrementado notablemente con nuevas moléculas de las familias de dopaminérgicos, inhibidores de la COMT e inhibidores de la MAO-B, con una mejora notable en los resultados, pero también con

la aparición de nuevas complicaciones a superar, como son la aparición de discinesias, efecto "off", importantes secundarismos de estos grupos de fármacos. También tenemos la irrupción en este campo del tratamiento rehabilitador, en donde las mejorías en la velocidad de la marcha y la longitud del paso actualmente son los objetivos principales de la terapia de la marcha en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Pero, con todos los avances conseguidos en esta enfermedad, el diagnóstico sigue siendo clínico, en la gran mayoría de los casos este diagnóstico se sigue haciendo en las consultas de Atención Primaria (AP) y el seguimiento de estos pacientes se sigue haciendo en la AP hasta que la aparición de las complicaciones hace necesaria la intervención del especialista hospitalario. Por ello, la formación del médico de primaria en esta materia es de una extraordinaria importancia y justifica sobradamente la decisión de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) de dedicar un espacio de su Congreso para debatir sobre esta patología, buscando tanto la adquisición de nuevas habilidades por los profesionales de primaria en el manejo de estos enfermos como la aportación de la AP al estudio de esta enfermedad.

■ DECISIONES A LA CABECERA DEL PACIENTE CON...

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

José María Blanco Loberías

Jefe de la Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra

Una de las situaciones que genera mayor tensión en ejercicio de la Medicina son las conductas de agitación o agresivas que puede presentar cualquier paciente en el contexto de una enfermedad somática o psíquica.

La agitación psicomotriz se considera un síndrome donde se engloban trastornos de la conducta motora asociados a desórdenes de la esfera emocional.

Cualquier profesional sanitario a lo largo de su trayectoria vital suele encontrarse con pacientes agitados

y tiene la obligación inexcusable de saber evaluarlos y manejarlos, teniendo en cuenta en todo momento que son básicas tanto la seguridad del paciente como la del equipo o personas del entorno.

Mientras que en ámbito hospitalario la agitación psicomotriz es frecuente (psiquiatría, cirugía, UCI, unidades de quemados, geriatría, trasplantes...) y los equipos suelen tener entrenamiento y medios globales para manejarla, no ocurre lo mismo en Atención Primaria, donde los medios son más precarios, el *setting* peculiar (domicilio del paciente, centro de salud) y el tipo de agitación diferente.

Podemos dividir la agitación psicomotriz, según la etiología, en tres tipos: agitación orgánica (*delirium*, cuadros neurológicos y enfermedades sistémicas), agitación psiquiátrica (psicosis y trastornos no psicóticos) y mixta (pacientes psiquiátricos con componente de organicidad).

Es fundamental el control inicial de los síntomas, adoptar las medidas de seguridad que están recogidas en protocolos (manejo del paciente agitado) y llevar a cabo las intervenciones para el control de la conducta agitada. Entre estas intervenciones figura la contención verbal, donde se intenta con actitudes psicoterapéuticas por parte del personal presente revertir-aliviar-prevenir el riesgo de *acting*. Si con estas medidas no es suficiente se pasaría a

la contención física o mecánica, cuyo uso está protocolizado y para realizarla se necesitan un número mínimo de personas que se sitúa entre 4-5. La contención mecánica inmoviliza y ello puede ser suficiente, si la agitación cede, o precisar de contención farmacológica para controlar el comportamiento agitado..

Cuando usamos fármacos debemos utilizar el menor número de dosis, conseguir una sedación rápida y eficaz y que apenas tenga efectos secundarios. De las vías de administración la más segura es la intramuscular, aunque se pueden usar otras. En principio podemos usar cualquier principio activo disponible, valorando las posibles causas de la agitación, las contraindicaciones farmacológicas y la ventana terapéutica.

Una vez lograda la resolución de la agitación el paciente necesita ser observado y normalmente los pacientes con cualquier tipo de agitación suelen derivarse a Urgencias para luego ser tratados por la especialidad correspondiente. Una excepción son los pacientes con agitación psiquiátrica situacional, ansiosa o con ganancia secundaria que suele remitir con las estrategias globales adoptadas (contención verbal, placebo o psicofármacos) y permite que el paciente vaya a su domicilio y el posterior seguimiento se realiza en dispositivos ambulatorios.

ENFERMEDAD EN SITUACIÓN TERMINAL

M^a José Fernández González

Médica general y de familia. ESAD. Asturias

Teniendo presente que el objetivo de los cuidados paliativos es obtener la mejor calidad de vida para las personas que están viviendo la fase terminal de su enfermedad, manteniéndolos libres de síntomas físicos y tratando de proporcionar alivio

del sufrimiento psicológico, social y espiritual. Haciéndolos sentirse: atendidos, respetados, acompañados y no abandonados y dando a la familia un papel preponderante en nuestra actividad, pues viven una situación límite causante de