

Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva.

Clinical practice guidelines for the treatment of psychomotor agitation and aggressive behavior.

Departamento de Emergencia Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” .

RESUMEN

Se presenta la Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva del Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Lima, Perú, aprobada mediante la Resolución Directoral N° 071-2013-DG/INSM”HD-HN”.

PALABRAS CLAVE: Guía, agitación-psicomotora, conducta-agresiva.

SUMMARY

We present the Clinical practice guidelines for the treatment of psychomotor agitation and aggressive behavior from the Emergency Department, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Lima, Peru, approved by Resolución Directoral N° 071-2013-DG/INSM”HD-HN”.

KEY WORDS: Guidelines, psychomotor-agitation, aggressive-behavior.

INTRODUCCIÓN

La presente Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva ha sido elaborada siguiendo la estructura de la norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (1), e intenta servir de referencia para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adultos y adolescentes que acuden al Departamento de Emergencia en estado de agitación psicomotora.

Cabe señalar que no pretende ser una guía rígida y aplicable estrictamente a todas las situaciones, pues

cada persona debe ser evaluada individualmente y el juicio clínico de los evaluadores será el que determine el mejor tratamiento para cada caso. Sin embargo, la gran variedad de medicamentos disponibles en la actualidad, la necesidad de brindar una atención de calidad y la importancia del aspecto económico, particularmente en nuestra sociedad, obligan a establecer ciertos parámetros de homogeneidad en el tratamiento. Asimismo es recomendable que la presente Guía sea revisada y actualizada periódicamente. Siguiendo las especificaciones de la Norma Técnica citada, en la presente Guía cada recomendación irá acompañada del grado de solidez (A, B o C, entre paréntesis) (Tablas 1 y 2).

Participaron en la elaboración de la presente guía:

Santiago Stucchi-Portocarrero^{1,a}, Lizardo Cruzado^{1,a}, Regina Fernández-Ygreda^{1,b}, Martín Bernuy-Mayta^{1,b}, Horacio Vargas-Murga^{1,a}, Franz Alvarado-Sánchez^{1,c}, José Luis Rondón-de la Jara^{1,c}, Patricia Núñez-MoscOSO^{1,c}.

¹ Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra ; ^b Enfermera(o) ; ^c Médico cirujano.

Tabla 1: Grados de solidez de las recomendaciones (referencia 1)

A	Recomendaciones basadas directamente en un nivel de evidencia I.
B	Basadas directamente en evidencias de nivel II o extrapoladas de evidencias de nivel I.
C	Basadas directamente en evidencias de nivel III o extrapoladas de evidencias de nivel I o II.

Tabla 2: Niveles de recomendación de acuerdo a la evidencia (referencia 1)

I	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
II	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, y los beneficios superan a los perjuicios).
III	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
IV	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz, o que los perjuicios superan a los beneficios).
V	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

NOMBRE Y CÓDIGO

La agitación psicomotora y la conducta agresiva no constituyen diagnósticos que correspondan a entidades nosológicas independientes, sino que pueden estar presentes en múltiples trastornos o enfermedades, por lo cual no cuentan con códigos específicos en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (2).

DEFINICIÓN Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Definición

La agitación psicomotora es un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna. Por otro lado, la conducta agresiva es toda aquella destinada a causar algún daño, sea psicológico o físico (3-5).

Etiología

En la etiología de la agitación psicomotora y la conducta agresiva pueden considerarse tres grupos de trastornos (6,7):

Trastornos orgánicos / delirio

Suelen presentarse con compromiso del sensorio, desorientación, fluctuaciones a lo largo del día, alucinaciones visuales y signos de la enfermedad subyacente; debe sospecharse en todo cuadro de inicio agudo o de aparición en adultos mayores (4,8,9); incluyen:

- Traumatismos cerebrales (principalmente del lóbulo frontal).

- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Infección del sistema nervioso central.
- Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica, hipertensiva).
- Accidente cerebro-vascular.
- Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico.
- Neoplasias cerebrales.
- Hipoglicemia.
- Hipertiroidismo.
- Porfiria aguda intermitente.
- Lupus eritematoso sistémico.

Trastornos psiquiátricos

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis aguda).
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión mayor).
- Trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo).
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de la personalidad (principalmente límite y disocial).
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismo, síndrome de Asperger).
- Trastornos de inicio en la infancia (trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad).
- Retardo mental.
- Demencia.

Uso de medicamentos / sustancias psicoactivas

- Intoxicación / abstinencia alcohólica.
- Intoxicación por cocaína, anfetaminas o

- alucinógenos.
- Psicosis inducida por sustancias psicoactivas.
- Uso de corticosteroides, anticolinérgicos o levodopa.

Fisiopatología

No se conoce la fisiopatología exacta para la agitación psicomotora y la conducta agresiva, aunque las hipótesis más aceptadas en la actualidad mencionan un incremento en la actividad dopaminérgica y noradrenérgica, así como una mengua en la actividad gabaérgica y serotoninérgica. Asimismo se asume que el control cortical prefrontal puede ser superado por los impulsos emotivos o agresivos de niveles encefálicos inferiores, ya sea que el estímulo externo desencadenante de la agitación haya sido un estímulo muy intenso o que, sin serlo, falle la coordinación entre los niveles corticales y subcorticales (10).

Aspectos epidemiológicos

Durante el año 2011 se atendieron 530 casos de agitación psicomotora o conducta agresiva en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, lo que representó el 9.4% del total de atenciones en dicho periodo (11), coincidiendo aproximadamente con estadísticas de otros países (10% de las urgencias psiquiátricas según datos de Estados Unidos y España) (8,12). No se cuenta con estadísticas poblacionales.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El principal factor de riesgo para presentar agitación psicomotora o conducta agresiva es la existencia previa de alguno de los trastornos o condiciones mencionados previamente. Los siguientes factores predicen un mayor riesgo de agresividad (5,8):

- Sexo masculino.
- Edad joven.
- Antecedentes de agresividad.
- Violencia en la familia de origen.
- Número de hospitalizaciones previas.
- Desempleo reciente.
- Personalidad disocial.
- Alucinaciones auditivas que imparten órdenes.
- Delusiones paranoides.
- Consumo de sustancias adictivas.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones de la agitación psicomotora son las siguientes:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.

- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

Deben considerarse sin embargo las siguientes señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca (5,6,9,13):

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una agitación psicomotora es clínico (9), y está determinado por lo descrito en la sección anterior.

EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares que ayuden a identificar una posible etiología no psiquiátrica de la sintomatología o una condición médica concomitante, serán solicitados según el criterio clínico del médico evaluador, y no deben demorar el inicio del tratamiento en la mayor parte de los casos (grado B). Algunos de los exámenes auxiliares que se pueden solicitar se encuentran en la Tabla 3.

MANEJO

Medidas generales

Considerar las siguientes recomendaciones (4-6,8-10) (grado B):

- La atención de la persona en estado de agitación o con signos de alarma previos a la agitación, debe darse de inmediato.
- El entrevistador debe asumir una actitud respetuosa, tranquila y segura.
- La aproximación al paciente debe ser con cautela pero sin manifestaciones de miedo; no debe darse la espalda a una persona potencialmente violenta.
- La distancia para la entrevista con el paciente

Tabla 3. Exámenes auxiliares en caso de agitación psicomotora y conducta agresiva

Hemoglobina	Sospecha de deficiencia de vitamina B12
Hemograma	Sospecha de infección del SNC
Glucemia	Sospecha de hipoglucemia
Pruebas de función hepática	Sospecha de disfunción hepática
Pruebas de función renal	Sospecha de disfunción renal
Pruebas de función tiroidea	Sospecha de hipotiroidismo o hipertiroidismo
Serología para sífilis	Sospecha de neurosífilis
Serología para VIH	Sospecha de encefalitis por VIH
Serología para cisticercosis	Sospecha de neurocisticercosis
Metabolitos urinarios para marihuana o cocaína	Sospecha de consumo de dichas sustancias
Dosaje de vitamina B12	Sospecha de deficiencia de vitamina B12
Pruebas de embarazo	Sospecha de embarazo
Electroencefalograma	Sospecha de epilepsia
Electrocardiograma	Sospecha de cardiopatía
Análisis de líquido cefalorraquídeo	Sospecha de infección del SNC
Tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral	Sospecha de neoplasia, neurocisticercosis, accidente cerebrovascular o alguna otra lesión en el SNC

- potencialmente violento debe mantenerse entre 1,2 m y 3,6 m.
- Debe intentarse llevar al paciente a un lugar menos transitado pero bajo la vigilancia del personal de apoyo.
 - Debe evitarse la confrontación o las manifestaciones de ira, fastidio o burla hacia el paciente, actitudes que pueden desencadenar la agresividad del paciente.
 - El entrevistador debe usar un lenguaje claro y sencillo.
 - La postura del entrevistador debe ser no de frente al entrevistado (90°) sino en aproximadamente 45°, con las manos al frente y separadas hacia adelante, evitando gestos confrontacionales.
 - No debe engañarse al paciente ni prometerle cosas difíciles de cumplir.
 - En caso de conflicto familiar o de pareja, debe separarse al usuario de los acompañantes que le generan rechazo.
 - Debe alejarse todo objeto potencialmente peligroso.
 - El acceso a la salida debe ser fácil para paciente y entrevistador.
 - Se sugiere la instalación de alarmas en todo servicio de emergencias psiquiátricas.
 - Las decisiones importantes referentes al tratamiento deben ser informadas a los familiares y al mismo usuario, si su condición psiquiátrica lo permite.
 - Si a pesar de la medicación, el paciente

persiste con alto riesgo de agredir a otros o a sí mismo, el médico puede indicar la sala de aislamiento o la sujeción mecánica por el tiempo mínimo necesario; esta última no debe exceder de las dos horas sin una reevaluación médica que determine la suspensión de la misma o su continuación si fuese muy necesario.

- Los familiares suelen encontrarse bajo un gran estrés al venir a la emergencia, lo cual puede generarles ansiedad o irritabilidad, manifestaciones que deben ser comprendidas y manejadas adecuadamente por el personal, para prevenir conflictos innecesarios.
- En caso de abandono o escaso soporte social, será necesaria la intervención del servicio social, tanto a nivel individual y familiar, como a través de la movilización de la red social comunal.

Evaluación inicial

Es recomendable que la evaluación inicial incluya una anamnesis breve (generalmente indirecta), un examen mental y -si la condición mental del paciente lo permite- un examen físico dirigido, que incluya funciones vitales. Debe obtenerse el dato de consumo reciente de alcohol, otra sustancia psicoactiva o ingesta de sobredosis de medicamentos. En pacientes que presentan una recaída de su trastorno psiquiátrico es necesario averiguar acerca del tratamiento previo y, si fuera el caso, motivos de abandono del

mismo (situación económica, efectos colaterales, desconocimiento o falta de conciencia de enfermedad). También deben buscarse otros factores que hayan contribuido con la recaída, tales como estresores ambientales, cumplimiento irregular del tratamiento o uso de sustancias psicoactivas (4,8,9,13) (grado B).

Terapéutica

El tratamiento de la persona agitada tiene principalmente los siguientes objetivos (14) (grado B):

- Calmar al paciente.
- Aminorar el riesgo de daño a sí mismo o a otros.
- Facilitar la evaluación diagnóstica completa.
- Permitir el inicio del tratamiento específico.

Los fármacos usualmente empleados en el manejo de la agitación psicomotora son los antipsicóticos y las benzodiacepinas (Tablas 4 y 5). La bibliografía actual estipula de manera más o menos consensuada lo siguiente:

- Aunque suele asumirse que en un paciente agitado el uso de fármacos por vía parenteral es imprescindible, existen estudios que demuestran una similar efectividad con los fármacos por vía oral (VO). Por lo tanto,

puede considerarse la VO en quienes, a pesar de la agitación, colaboren y acepten la medicación. En tal caso, puede administrarse risperidona 2-4 mg, a la cual podría añadirse clonazepam 2-4 mg o diazepam 10-20 mg VO. También podría utilizarse olanzapina 5-10 mg (existe una presentación bucodispersable, que es preferible) o quetiapina 100-200 mg VO (5,9,13,15) (grado A). En personas de edad avanzada también puede considerarse la administración de haloperidol solución gotas (2 mg/ml) a dosis de 10 a 30 gotas, en casos pertinentes (por ejemplo *delirium* u otras causas de agitación). En adultos mayores, el haloperidol sigue siendo el fármaco más estudiado para este fin (16).

- A los pacientes agitados que requieran sedación inmediata debe administrárseles un antipsicótico intramuscular (IM), al cual puede añadirse una benzodiacepina; se ha demostrado que dicha combinación logra una más rápida y mejor sedación que cada medicamento por separado, y puede reducir los efectos adversos al requerir menos dosis de cada uno (4,5,9,13,17) (grado A). La

Tabla 4. Antipsicóticos por vía inyectable (en orden alfabético)

Nombre genérico	Nombres comerciales	Presentaciones	Posología	Observaciones
Clorpromazina clorhidrato (5,9,22,27)	Clomactil Largactil	Ampollas 25 mg / 5 ml	25-50 mg IM por aplicación; puede repetirse c/8-12 horas.	Antipsicótico de primera generación de baja potencia. Suele producir sedación, hipotensión postural y síntomas anticolinérgicos; riesgo de convulsiones. Evitar en ancianos.
Haloperidol (5,6,9,13,22,27)	Haldol	Ampollas 5 mg / 1 ml	2.5-5 mg IM por aplicación; puede repetirse c/8-12 horas, hasta 15 mg/día.	Antipsicótico de primera generación de alta potencia. Suele producir efectos extrapiramidales.
Olanzapina (5,6,9,13,28-30)	Zyprexa	Ampollas 10 mg / 2 ml	5-10 mg IM por aplicación; puede repetirse c/12-24 horas, hasta 20 mg/día.	Antipsicótico de segunda generación. No usar con benzodiazepinas EV o IM.
Ziprasidona mesilato (5,6,9,28,31,32)	Geodon	Ampollas 20 mg / 1 ml	10-20 mg IM por aplicación; puede repetirse c/2-4 horas, hasta 40 mg/día.	Antipsicótico de segunda generación. No recomendable en pacientes con problemas cardiovasculares.

- combinación más utilizada en nuestro medio es haloperidol 5 mg IM más diazepam 10-20 mg endovenoso (EV) (aplicado en forma muy lenta), no recomendándose exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección (9); en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg IM 30-60 minutos después (grado B). La literatura internacional recomienda el uso de lorazepam IM (5,6), pero no lo tenemos en nuestro país. Sí contamos con el midazolam, el cual puede aplicarse en dosis de 15 mg asociado al haloperidol, con la ventaja de estar permitido su uso IM (6,18). También se ha recomendado la asociación de haloperidol con prometazina IM, por su efecto sedante y además anticolinérgico (con lo que podría reducirse el riesgo de distonía aguda) (19); actualmente no contamos con dicho medicamento en el Perú.
- En aquellas personas con susceptibilidad conocida para efectos extrapiramidales puede preferirse la clorpromazina 25-50 mg IM (grado C).
 - Otra alternativa la constituyen los antipsicóticos de segunda generación: ziprasidona (10-20 mg IM) y olanzapina (5-10 mg IM; no debe combinarse con una benzodiazepina por el riesgo de hipotensión y depresión respiratoria), ambos con un perfil muy bajo de efectos extrapiramidales, aunque sus elevados costos los hacen poco accesibles (4,5,9,20) (grado A).
 - Procedimientos como la neuroleptización rápida (haloperidol 5 mg IM cada 30-45 minutos hasta llegar a un máximo de 30 mg) o el “coctel lítico” (combinación variable de múltiples fármacos sedantes) no son recomendables como primera opción, por el

alto riesgo de síntomas extrapiramidales e hipotensión postural (21,22) (grado B).

- En pacientes agitados por abstinencia alcohólica, debe preferirse la administración de una benzodiazepina (la disminución del umbral convulsivo, desaconseja el uso de antipsicóticos, particularmente clorpromazina); la más utilizada en nuestro medio es el diazepam, en dosis de 10 a 20 mg EV, pero no por vía IM por lo errático de su absorción (23-26) (grado A). También podría usarse el midazolam, en dosis de 2,5-10 mg EV o IM (grado C).
- En caso de intoxicación por un depresor del SNC (alcohol o benzodiazepinas) debe evitarse el uso de benzodiazepinas – especialmente por vía EV-, por el riesgo de depresión respiratoria (24) (grado A).
- Cuando se trate de una agitación con compromiso del sensorio (delirio), no es recomendable el uso de benzodiazepinas, prefiriéndose la administración de haloperidol 5 mg IM (26) (grado B).

Para la elección del medicamento antipsicótico considerar lo siguiente (grado B):

- Respuesta anterior.
- Riesgo de efectos secundarios.
- Ruta de administración.
- Disponibilidad.
- Costo.
- Comorbilidad.
- Potenciales interacciones con otros fármacos.
- Preferencia del paciente hacia determinado medicamento.

Embarazo y lactancia

En mujeres embarazadas el antipsicótico inyectable que ha demostrado mayor seguridad es el haloperidol, seguido por la clorpromazina; aún

Tabla 5. Benzodiazepinas por vía inyectable (en orden alfabético)

Nombre genérico	Nombres comerciales	Presentaciones	Posología	Observaciones
Diazepam (9)	Pacitran Valium	Ampollas 10 mg / 2 ml	10-20 mg EV	Debe aplicarse en forma lenta. No se recomienda su uso IM. Puede producir desinhibición paradójica.
Midazolam (6,18)	Dormonid Noctura	Ampollas 5 mg / 1 ml 15 mg / 3 ml 50 mg / 10 ml	5-15 mg IM o EV	Vida media corta, puede usarse por vía IM o EV en forma lenta. Puede producir desinhibición paradójica.

no se cuenta con suficientes estudios acerca de la olanzapina y la ziprasidona en estas pacientes (33). Las benzodiazepinas parecen no llevar a un riesgo significativo de malformaciones congénitas, pero se asocian con riesgo de toxicidad neonatal y síndrome de abstinencia neonatal si se emplean poco antes del parto. Los anticolinérgicos y los estabilizadores del ánimo deben evitarse por el riesgo de malformaciones congénitas (33) (grado B).

Adultos mayores

Los adultos mayores suelen ser más sensibles a los efectos secundarios de los antipsicóticos, presentando con más frecuencia sedación, hipotensión ortostática (con riesgo de caídas y fracturas) y efectos anticolinérgicos (que pueden llevar a estados confusionales). Por tal motivo deben utilizarse dosis menores que en pacientes jóvenes, y evitarse el uso de antipsicóticos de baja potencia, como la clorpromazina (16,34) (grado B).

Efectos adversos de la medicación y su manejo

Los principales efectos adversos de los antipsicóticos utilizados en situación de emergencia son los siguientes:

- Sedación.
- Hipotensión ortostática.
- Efectos anticolinérgicos.
- Efectos extrapiramidales.

Debe tenerse en cuenta que el haloperidol es el antipsicótico más inductor de efectos extrapiramidales, en tanto que la ziprasidona y la olanzapina tienen muy bajo riesgo de generarlos. Por otro lado, la clorpromazina es el medicamento que más produce hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos y convulsiones (22,27) (grado A). En cuanto a la efectividad, no se ha demostrado diferencia significativa entre los antipsicóticos de primera y segunda generación. Sin embargo, el costo de estos últimos sí es significativamente mayor.

Efectos extrapiramidales

Los efectos extrapiramidales se generan por bloqueo dopaminérgico D2 a nivel de la vía nigroestriada (22,27). Se distinguen los siguientes tipos:

- Distonía aguda. Se caracteriza por espasmos musculares que producen movimientos o posturas anormales, afectando generalmente los músculos de la cara (gestos faciales, trismus), del cuello (tortícolis) o de los ojos

(crisis oculogíricas), aunque en ocasiones puede estar involucrado el tronco y las extremidades. Suele presentarse dentro de las primeras 24-48 horas de iniciado el antipsicótico o de haberse incrementado la dosis del mismo. El tratamiento consiste en la aplicación de biperideno 5 mg IM o EV, que se puede repetir 30 minutos después si no hay respuesta (22,27) (grado A).

- Acatisia. Se describe como una sensación subjetiva de intranquilidad o malestar difícil de explicar, acompañado de la necesidad de estar en continuo movimiento, con incapacidad para relajarse o quedarse quieto en una posición. Los casos severos pueden llegar a la agitación o al intento suicida. Puede ser confundida con exacerbación de la sintomatología psicótica, lo cual puede llevar a un incremento en la dosis del antipsicótico con el consecuente empeoramiento. Suele presentarse dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico o de haberse aumentado la dosis del mismo. Para el tratamiento puede utilizarse propranolol 30-120 mg/día (excepto en casos de asma, diabetes o enfermedades cardiovasculares), o benzodiazepinas (clonazepam o diazepam) (22,27) (grado A).
- Parkinsonismo. Los síntomas típicos son hipocinesia, rigidez muscular y tremor, y clínicamente puede ser indistinguible de la enfermedad de Parkinson. La hipocinesia se manifiesta con lentitud generalizada del movimiento voluntario y facies inexpresiva (“de máscara”), que pueden confundirse con síntomas negativos o depresivos. La rigidez muscular puede ser continua (“tubo de plomo”) o discontinua (“rueda dentada”). El tremor es de reposo, rítmico y suele afectar extremidades (unilateral o bilateralmente), cabeza, mandíbula, lengua o labios (“síndrome del conejo”). Puede haber hipersalivación y seborrea. Suele presentarse dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico o de haberse elevado la dosis del mismo. El tratamiento del parkinsonismo farmacológico es a base de biperideno 2-6 mg/día VO, y rara vez amerita una atención por emergencia (22,27) (grado A).
- Síndrome neuroléptico maligno. Es una complicación grave del uso de antipsicóticos, que se caracteriza por rigidez muscular severa, hipertermia, compromiso de

conciencia (que puede llegar al coma), presión arterial lábil y elevación sérica de creatinfosfocinasa (CPK); puede haber también incontinencia, leucocitosis o mioglobulinuria. La mortalidad puede llegar al 10-20% y se produce generalmente por insuficiencia renal aguda. Suele presentarse dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico o de haberse incrementado la dosis del mismo. En este caso debe retirarse de inmediato el antipsicótico, iniciarse medidas de soporte, aplicarse hidratación endovenosa, manejo de alteraciones electrolíticas, corrección de la hipertensión o hipotensión y medidas para bajar la temperatura, derivándose al paciente lo antes posible a un hospital general con unidad de cuidados intensivos (22,27) (grado A).

- Discinesia tardía / distonía tardía. Son efectos que se presentan por lo general años después del uso continuo de antipsicóticos, no representando situaciones de emergencia.

Para más información ver la "Guía de práctica clínica para el tratamiento en emergencia de los síntomas extrapiramidales inducidos por medicamentos" (35).

Efectos anticolinérgicos

Los efectos anticolinérgicos se producen por bloqueo colinérgico muscarínico M1, e incluyen boca seca, visión borrosa, estreñimiento, aumento de la presión intraocular, retención urinaria, taquicardia sinusal, prolongación del intervalo QT, mareos y confusión. En pacientes muy susceptibles a los efectos anticolinérgicos (adultos mayores, pacientes con hiperplasia prostática o con glaucoma), debe evitarse en lo posible el uso de clorpromazina (22,27,34) (grado B).

Contención mecánica

La contención mecánica está destinada a inmovilizar a la persona agitada o violenta, para evitar lesiones a sí misma o a otros, debiendo aplicarse por el menor tiempo posible. Debe reservarse para aquellos pacientes que no pueden ser controlados de otra forma, y nunca debe aplicarse como castigo o para comodidad del personal (5). No existen, sin embargo, estudios controlados que evalúen el valor de la sujeción mecánica y el aislamiento en pacientes con enfermedades mentales (36). Por otro lado, se

ha determinado que es preferible la administración involuntaria de medicación antes que la sujeción mecánica o el aislamiento como medidas coercitivas (37).

Reducción física

Se seguirán los siguientes pasos (4,8,13,38) (grado C):

- A la indicación del interlocutor dos personas en simultáneo sujetan al paciente por la axila con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo. Una tercera persona sujeta la cabeza.
- El personal debe mantener la calma y evitar cualquier manifestación de ira o burla.
- Sujetar con firmeza pero no excesiva para no lesionar al paciente.
- Nunca acercar las manos a la boca del paciente, para evitar mordeduras.
- Si se encuentra en el piso, el paciente deberá ser colocado de espaldas. Se sujetará a nivel de hombros, muñecas, rodillas y tobillos. Cada persona sujetará una extremidad, y un quinto participante deberá controlar la cabeza, para evitar golpes.

Sujeción mecánica

Se seguirán los siguientes pasos (4,8,13,38) (grado C):

- Con el paciente en la cama, envolver los sujetadores de tela a nivel de la zona distal de los miembros superiores e inferiores (muñecas y tobillos); fijar sujetando con las tiras al travesaño de la cama.
- El cuerpo debe mantener la posición anatómica; los miembros superiores deben estar ubicados a ambos lados del cuerpo en ángulo de 45 grados en relación al tórax; los miembros inferiores deben quedar ligeramente abiertos a 30 a 45 cm. de distancia entre uno y otro.
- Verificar que los sujetadores (muñequera y tobillera) no estén muy ajustados; deben permitir el ingreso de un dedo debajo de las ataduras a fin de garantizar la adecuada circulación periférica.
- Solo si fuera necesario para un mejor control de los movimientos del paciente, se usa la sujeción torácica, colocando una sábana doblada en diagonal en ancho de 20 cm, pasándola por debajo de ambas axilas, cruzándola en la espalda y fijándola en el

- barandal superior de la cama.
- Debe brindarse el abrigo y toda la comodidad que fuera posible; debe colocarse una almohada debajo de la cabeza.
- La enfermera responsable evaluará cada 60 minutos o cuando fuera necesario la integridad cutánea, la sensibilidad en zonas de presión, y el color, temperatura e irrigación de manos y pies. Monitorizará además las funciones vitales.
- La sujeción mecánica se mantendrá el menor tiempo posible, retirándose tan pronto la persona se tranquilice o concilie el sueño.

Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:

- Cianosis distal.
- Edemas / hematomas.
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa.
- Neumonía aspirativa.
- Estreñimiento.
- Esguinces, luxaciones.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio.

Sala de aislamiento

Debe contar con las siguientes características (13) (grado C):

- Puerta de apertura externa.
- Servicios higiénicos propios y de manipulación externa.
- Adecuada ventilación.
- No debe haber objetos potencialmente peligrosos.
- No debe haber ganchos ni nada que pueda utilizarse para ahorcamiento.

Criterios de ingreso y de alta

Criterios de ingreso y permanencia en la sala de observación de Emergencia (grado C):

- Riesgo alto y persistente de agresión hacia otras personas, no manejable en forma ambulatoria.
- Riesgo alto y persistente de autoagresión, no manejable en forma ambulatoria.
- Cualquier otra conducta de alto riesgo para la salud del paciente y/o de otras personas (por ejemplo: fugas frecuentes con exposición a situaciones de peligro, agitación psicomotora incontrolable o restricción importante de la ingesta de alimentos o líquidos).

Criterios de ingreso a hospitalización (grado C):

- Permanencia mayor de 12 horas en la sala de observación de Emergencia (considerando el ítem 5.1 de la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N.T. N° 042-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 386-2006/MINSA), persistiendo todavía un alto riesgo de agresión hacia otros, hacia sí mismo, u otra conducta de alto riesgo.
- Paciente con criterios para ingreso a la sala de observación de Emergencia que por su diagnóstico, antecedentes y según el juicio clínico del médico evaluador, no va a mejorar significativamente su situación en menos de 12 horas.

Aquellos usuarios que ya no presenten los criterios descritos, podrán continuar su tratamiento en forma ambulatoria.

Pronóstico

La mayor parte de las personas que acuden en estado de agitación psicomotora o con conducta agresiva responden favorablemente al tratamiento, dependiendo el pronóstico del diagnóstico definitivo.

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones que puede presentar una persona agitada o agresiva son las siguientes:

- Agresión consumada contra otra persona / homicidio.
- Agresión consumada contra sí mismo / suicidio.
- Destrucción de objetos.

CRITERIOS DE REFERENCIA

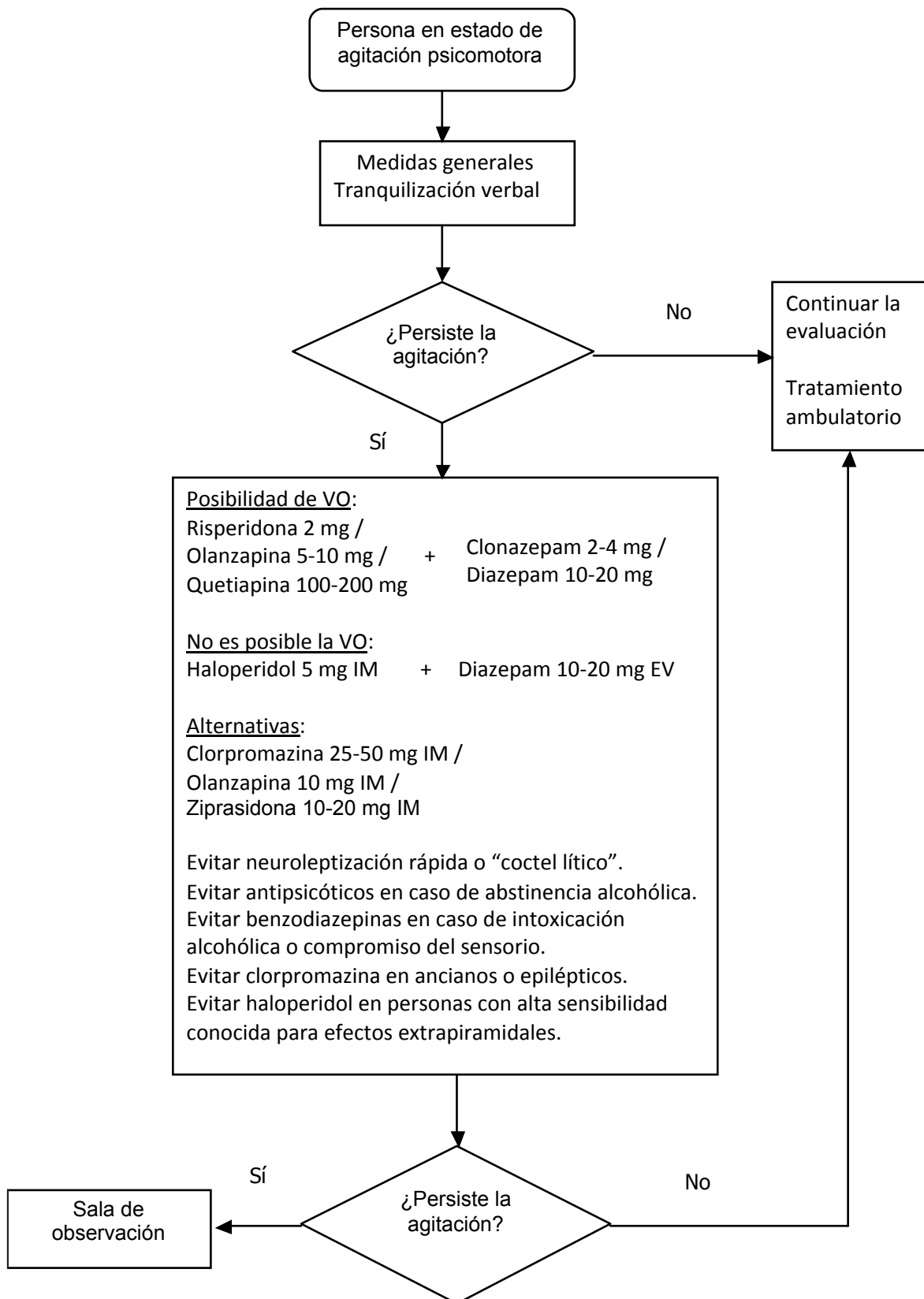
Se referirá hacia un hospital general a todos aquellos pacientes que se encuentren en las siguientes situaciones (grado C):

- Posibilidad de etiología no psiquiátrica, una vez conseguida la tranquilización.
- Estado hemodinámicamente inestable o con cualquier otra condición médica no psiquiátrica que requiera una atención de emergencia.

Correspondencia:

Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
Av. Eloy Espinoza Saldaña 709, Lima 31.
Correo electrónico: emergencia_insm@peru.com.

ALGORITMO: TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTORA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica (NT N°027-MINSA/DGSP-V0.1). Resolución Ministerial N°422-2005. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
2. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Signos y síntomas en psiquiatría. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 274.
4. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias. 2009; 21: 121-132. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf.
5. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: A review of clinical presentation, burden, and treatment. J Psychiatr Pract. 2011; 17: 170-185.
6. Zimbroff DL. Pharmacological control of acute agitation focus on intramuscular preparations. CNS Drugs. 2008; 22 (3): 199-212.
7. Citrome L, Volavka J. Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings. CNS Drugs. 2011; 25 (12): 1009-1021.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Urgencias psiquiátricas en los adultos. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 907-918.
9. Weigel MB, Purselle DC, D'Orío B, Garlow SJ. Treatment of Psychiatric Emergencies. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of psychopharmacology. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009. p. 1287-1308.
10. Citrome L. New treatments for agitation. Psychiatric Quarterly. 2004; 75: 197-212.
11. Información estadística del Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (Citado en agosto del 2012) Disponible en: http://www.insm.gob.pe/emergencia_estadistica.htm.
12. Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, et al. Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas. Actas Españolas de Psiquiatría. 2006; 34(4): 239-244.
13. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Clinical Guideline 25. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments. Febrero 2005. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG025NICEguideline>.
14. Bataglia J, Robinson DG, Citrome LC. The treatment of acute agitation in schizophrenia. CNS Spectr. 2007; 12 (S11): 1-16.
15. Wen-Yu Hsu, Si-Sheng Huang, Bo-Shyan Lee, Nan-Ying Chiu. Comparison of intramuscular olanzapine, orally disintegrating olanzapine tablets, oral risperidone solution, and intramuscular haloperidol in the management of acute agitation in an acute care psychiatric ward in Taiwan. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2010; 30(3): 230-234.
16. Kamholz B. Delirium. En: Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Oxford: Wiley; 2011. p. 195-200.
17. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract. 2005; 11 (S1): 5.
18. Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. Rev Bras Psiquiatr. 2011; 33(1): 30-39.
19. Huf G, Coutinho ES, Adams CE. Haloperidol plus promethazine for agitated patients: a systematic review. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(3): 265-270.
20. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, et al. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. Ann Emerg Med. 2006; 47: 79.
21. Solano OA, Sadow T, Ananth J. Rapid tranquilization: a reevaluation. Neuropsychobiology. 1989; 22: 90-96.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Antagonistas dopaminérgicos: antipsicóticos típicos. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1042-1053.
23. Dávila E, Dávila E, Jurczuk I, Melgar E, Romero A. Protocolo de tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Alcmeón. 2008; 14(3): 20-29.
24. Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos relacionados con el alcohol. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 390-407.
25. Monte R, Rabuñal R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Galicia Clin. 2011; 72 (2): 51-64. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/12/241.pdf>

26. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 15 (6): CD008537.
27. Nasrallah HA, Tandon R. Classic antipsychotic medications. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology.* Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 533-554.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Antagonistas serotoninérgicos-dopaminérgicos: antipsicóticos atípicos. En: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica.* Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1091-1098.
29. Wright P, Lindborg SR, Birkett M, et al. Intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in acute schizophrenia: antipsychotic efficacy and extrapyramidal safety during the first 24 hours of treatment. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(11): 716-21.
30. Ballon JS, Wirshing DA, Shulz SC. Olanzapine. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology.* Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 573-598.
31. Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. Ziprasidone I.M. Study Group. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(12): 933-41.
32. Newcomer JW, Fallucco EM. Ziprasidone. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology.* Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 641-667.
33. Newport DJ, Fernández SV, Juric S, Stowe ZN. Psychopharmacology during pregnancy and lactation. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology.* Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 1373-1412.
34. Rose SP, Pollock BG, Devanand DP. Treatment during late life. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology.* Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.p. 1413-1440.
35. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Departamento de Emergencia. *Guía de práctica clínica para el tratamiento en emergencia de los síntomas extrapiramidales inducidos por medicamentos.* Lima: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado–Hideyo Noguchi”; 2009. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/documents/Resoluciones/2009/RD291-2009-DG-INSMHDHN.pdf>.
36. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2000; (2): CD001163.
37. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry.* 2012; 12: 54.
38. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(S2): S96-103.

Recibido: 07/01/2014

Aceptado: 25/03/2014