



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DIRECCION GENERAL



N° 111 -DG/HHV-2021

Resolución Directoral

Santa Anita, 25 de Agosto de 2021

VISTO:

El expediente 21MP- 05503-00 y el Memorando N° 247-OGC-HHV-2021; sobre aprobación del "Protocolo para el Manejo de la Agitación Psicomotriz y Conducta Agresiva", del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Ley N° 30947 se aprueba la Ley de Salud Mental, cuyo artículo 1° numeral 1.1 establece que tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad;

Que, con el documento de visto el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, solicita aprobación del referido Protocolo, el cual en el rubro IV Cuadro Clínico, señala: "La agitación psicomotriz es un fenómeno en evolución para el que es esencial una intervención rápida para evitar una escalada a un comportamiento violento (...)";

Que, el artículo 25° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", establece que el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, es la unidad orgánica encargada de lograr la atención de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, breve e intermedia a pacientes en fase aguda o de reagudización; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Lograr que el paciente atendido en consultorios externos y Hospitalización reciba en forma óptima los diversos recursos de la atención integral a su salud" y "Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención médico psiquiátrica de emergencia, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad", entre otros;

Que, el indicado Protocolo cuenta con la opinión favorable de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán; aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Oficina Ejecutiva de Administración, Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el **PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y CONDUCTA AGRESIVA**, del Hospital Hermilio Valdizán; el mismo que consta de (25) páginas y (6) Anexos, formando parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- El Departamento de Salud Mental del Adulto Y Geronte es la responsable de la Difusión e Implementación del Protocolo, el mismo que informará a la Dirección General periódicamente sobre el desarrollo del mismo.





Artículo 3°.- DISPONER a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución a través de la página Web del Hospital.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizan

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P Nº 21499 R.N.E. 12799



GLCV
Distribución
OEA
SDG
OCI
OAJ
UFGRD
INFORMATICA



HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN



Líder en Psiquiatría y en Salud Mental

“PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y CONDUCTA AGRESIVA”



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
.....
Fiorella Diabreda Moscoso
MÉDICO PSQUIATRA
CMP 61147 RNE 34667

.....
DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MÉDICO PSQUIATRA
CMP. 089967 RNE. 039865

2021

Fecha de elaboración: 24/05/2021

Autores:

Dra. Barreda Moscoso Fiorella Lucy

Dr. Torres Mariño Miguel Arturo

Conflicto de intereses:

Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración de esta guía de manejo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Fiorella Barreda Moscoso
MÉDICO PSQUIATRA
CMP: 6113 RNE: 36387

DR. MIGUEL TORRES MARIÑO
MÉDICO PSQUIATRA
CMP: 068987 RNE: 039865

ÍNDICE

	<u>Página</u>
I. NOMBRES Y CÓDIGOS	(4)
II. DEFINICIÓN	
2.1. Definición de la patología	(4)
2.2. Etiología	(4, 5)
2.3. Fisiopatología	(6)
2.4. Aspectos epidemiológicos	(6)
III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	(7)
IV. CUADRO CLÍNICO	(7)
4.1. Grupos de signos y síntomas	(7, 8)
4.2. Interacción cronológica y características asociadas	(8)
V. DIAGNÓSTICO	(8)
VI. EXÁMENES AUXILIARES	(9)
VII. MANEJO	(9)
7.1. Medidas generales y preventivas	(9)
7.2. Terapéutica	(10)
VIII. COMPLICACIONES	(19)
IX. CRITERIOS DE REFERENCIA	(19)
X. FLUXOGRAMA	(19)
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	(20 - 22)
XII. ANEXOS	(22 - 26)



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
Departamento de Salud Mental del Adulto y Gerontría
Fiorella Barreda Moscoso
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 611187 R.N.E. 38997

DR. MIGUELA TORRES MARINO
MÉDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 068967 R.N.E. 039665

I. NOMBRES Y CÓDIGOS

Violencia Física R45.6 (según CIE 10)
Inquietud y agitación R45.1 (según CIE 10)

II. DEFINICIÓN

2.1 Definición

La agitación es un concepto heterogéneo sin una definición uniformemente aceptada, sin embargo, generalmente se considera como un estado de hiperactividad cognitiva y motora, caracterizado por una actividad motora o verbal excesiva o inapropiada, con marcada excitación emocional¹.

Lindenmayer describió las características claves, generalmente presentes en pacientes con agitación, incluida la inquietud con actividad motora excesiva o con un semipropósito, irritabilidad, mayor capacidad de respuesta a los estímulos internos y externos y un curso clínico inestable (Lindenmayer 2000)².

En el I Encuentro Internacional de Expertos en Agitación del 2018³, la agitación se definió como “un estado en el que los pacientes no pueden permanecer quietos o tranquilos, caracterizado por características internas como hipersensibilidad, pensamientos acelerados y tensión emocional; y externos, principalmente hiperactividad motora y verbal, y deterioro de la comunicación”. Se reconoció que, si bien esta definición puede no ser la más inclusiva y precisa, tiene un componente práctico que puede sacrificar algo de precisión científica para una mayor aplicabilidad⁷.

La agitación psicomotriz es una urgencia médica que requiere una intervención rápida y segura³. Su intensidad es variable, desde una mínima inquietud psicomotriz (angustia, inquietud, preocupación, miedo) hasta suponer una tempestad de movimientos aparentemente descoordinados y sin finalidad alguna (violencia, agresividad, confusión)

Una razón que explica la dificultad mencionada anteriormente para definir la agitación psicomotriz es que muchos la consideran un síndrome transnosológico que involucra múltiples y variados procesos patológicos, y ocurre debido a una diversidad de condiciones psiquiátricas y neurológicas⁷.

La agresión es un rango de comportamientos o acciones para infligir daño, lastimarse o lastimar a otra persona, independientemente de si esto se expresa verbalmente o de manera conductual e independientemente de si el daño físico es sostenido o la intención es clara (NICE 2015)⁴. Si no se trata, esto puede aumentar rápidamente los riesgos para el paciente, los profesionales de la salud y los miembros de la familia que a menudo son víctimas de violencia (Maguire 2007)⁵.

2.2 Etiología

La etiología de la agitación psicomotriz y conducta agresiva presentan diversas causas etiológicas según la bibliografía, sin embargo pueden considerarse tres grupos



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Fiorella Ballester Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 61197 R.N.E. 38897

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 068967 R.N.E. 039665

diferenciados de trastornos que las pueden originar, trastornos orgánicos, psiquiátricos y por uso de sustancias⁷.

Recientemente el grupo de trabajo del proyecto BETA añadió una cuarta categoría "agitación de causa indiferenciada"^{1,13}.

2.2.1 Trastornos orgánicos

De presentación aguda en pacientes sin historia psiquiátrica previa o en pacientes adultos mayores; se suelen acompañar de compromiso del sensorio, desorientación, alucinaciones visuales, fluctuaciones durante el día. Incluyen:

- Trauma craneano encefálico
- Encefalitis, meningitis o alguna otra infección SNC
- Encefalopatías (particularmente de falla hepática o renal).
- Exposición a toxinas ambientales
- Patologías metabólicas (hipo/hipernatremia, hipocalcemia, hipo/hiperglicemia)
- Déficit de vitaminas (tiamina)
- Hipoxia
- Enfermedad tiroidea
- Convulsiones (estado postictal, epilepsia de lóbulo temporal)
- Neoplasias
- Enfermedades autoinmunes (LES)
- Demencia



2.2 Trastornos por consumo de sustancias

Intoxicación o abstinencia de sustancias psicoactivas o fármacos.

- Alcohol
- Otras drogas (cocaína, éxtasis, ketamina, inhalantes, anfetaminas)
- Opioides, benzodiacepinas, corticoesteroides, anticolinérgicos

2.2.3 Trastornos por enfermedad psiquiátrica

Se pueden presentar en el contexto de un cuadro psicótico o no psicótico (cuadros afectivos, ansiedad).

- Trastorno psicótico (esquizofrenia, psicosis aguda, trastorno delirante)
- Estados maniacos o mixtos
- Trastorno de ansiedad (pánico, trastorno por estrés postraumático, trastorno de estrés agudo)
- Depresión agitada
- Trastorno de adaptación
- Trastorno de personalidad (límite y con mayor frecuencia)
- Trastorno del espectro autista
- Retardo mental

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
CENTRO DE SALUD MENTAL DEL ADULTO Y GERENTE
Fiorella Barrera Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 6 1197 RNE 36987

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP. 068967 RNE. 039665

2.2.4 Agitación Indiferenciada

Estado en el cual no se puede establecer un diagnostico previo, o para el cual no se obtiene la información requerida de forma inmediata.

Se debe asumir que procede de una condición médica premórbida hasta probar lo contrario.

2.3 Fisiopatología

Si bien no existe un consenso claro sobre la fisiopatología de la agitación psicomotriz, en pacientes con trastornos psiquiátricos, o con una condición somática o neurológica, puede haber déficits en las vías que regulan el sistema de respuesta a crisis. El control cortical prefrontal puede ser superado por los impulsos emotivos o agresivos del sistema límbico, mediante los circuitos corticoestriatales talámicos^{2,6}.

Los neurotransmisores implicados son dopamina, serotonina, noradrenalina y GABA. Los agentes que reducen el tono dopaminérgico o noradrenérgico, o aumentan el tono serotoninérgico o GABAérgico, atenuarán la agitación. Se cree que la depresión agitada puede implicar un aumento de la respuesta serotoninérgica y una disminución de GABA; en los trastornos de ansiedad, un aumento de norepinefrina y una disminución de GABA; en la demencia, disminución de GABA; y psicosis aguda, manía y agitación inducida por sustancias, un aumento de dopamina^{2,6}.

2.4 Aspectos epidemiológicos

La prevalencia comunicada de agitación en los servicios de urgencias psiquiátricas se sitúa entre el 4 y el 10%. Además, hasta el 50% de las visitas a los servicios de urgencias psiquiátricas involucran a pacientes afectados por esquizofrenia, trastorno bipolar o demencia; que son pacientes en los que la agitación psicomotriz se considera un síntoma común en contextos de emergencia⁷.

En el estudio transversal multicéntrico STAGE¹², un 4,6% de las 7295 emergencias psiquiátricas informadas fueron episodios de agitación. El sesenta y tres por ciento de los pacientes que experimentaron un episodio eran hombres y los episodios ocurrieron con mayor frecuencia en pacientes con esquizofrenia y TB, respectivamente. El abuso de sustancias fue otro diagnóstico común en pacientes con episodios de agitación, pero rara vez se presentó como un trastorno único y se asoció típicamente con un diagnóstico psiquiátrico. Estos hallazgos sugieren que la PMA tiene una leve predilección por el sexo masculino y es más común en pacientes con mayor carga de enfermedad, es decir, múltiples comorbilidades⁷.

Durante el año 2014 se atendieron 852 casos de agitación psicomotriz o conducta agresiva en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", lo que representó el 12.6% del total de atenciones⁸.

Entre mayo a julio del 2020, se presentaron 87 casos, lo que representó el 9.3% del total de atenciones en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera⁹.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMITO VALDIZAN
Fiorella Barrera Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 11197 R.N.E. 38997

DR. MIGUELA TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 968967 R.N.E. 039665

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Una revisión sistemática de 66 estudios en poblaciones psiquiátricas (Cornaggia et al. 2011) encontró que las variables asociadas con mayor frecuencia a agresión/violencia en las salas psiquiátricas fueron: la ocurrencia de episodios de agresión/violencia previos, presencia de impulsividad/hostilidad, síntomas de inquietud clínica, comportamiento hostil, estancia hospitalaria prolongada, admisión no voluntaria (Hankin et al. 2011).

Además, algunos factores de riesgo demográficos y de diagnóstico se han descrito⁸⁻¹¹. (Ver Anexo 1)

- Edad joven (entre adolescencia y juventud).
- Sexo masculino
- Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar (especialmente cuando están presentes síntomas psicóticos positivos y/o comorbilidad con trastorno por uso de sustancias)
- Mayor número de admisiones previas
- Historial de comportamiento autodestructivo o intentos suicidas
- Antecedentes de consumo de sustancias
- Desempleo reciente
- Personalidad disocial
- Escaso soporte sociofamiliar

IV. CUADRO CLÍNICO

La agitación psicomotriz es un fenómeno en evolución para el que es esencial una intervención rápida para evitar una escalada a un comportamiento violento. Las herramientas para su evaluación deben facilitar una evaluación rápida y sencilla basada principalmente en la observación clínica, pudiendo, o no, entrevistar al paciente⁷.

4.1 Grupos de signos y síntomas relacionados

Las alteraciones en los parámetros físicos pueden ser útiles, pero tienen una relevancia limitada para diferenciar la agitación de otros estados patológicos. Las alteraciones cognitivas también tienen un uso práctico limitado. Por el contrario, se encontró que los síntomas conductuales eran relevantes para identificar rápidamente los episodios de agitación. Los siguientes cuatro signos se identificaron como útiles para proporcionar una identificación preliminar de la agitación³:

- Incapacidad para mantener la calma o la quietud
- Hiperactividad e hiperreactividad motora y verbal
- Tensión emocional
- Dificultades en la comunicación

Deben considerarse sin embargo las siguientes señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca⁸⁻¹⁰:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto
- Invasión del espacio personal del entrevistador



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
Florella Barrera Moscoso
MÉDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 38987

DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MÉDICO PSQUIATRA
CMP. 068957 RNE. 039685

- 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

4.2 Interacción cronológica y características asociadas

La progresión de los síntomas de agitación se puede visualizar como un continuo o una curva en forma de S que va desde la negatividad tranquila hasta la hostilidad evidente. En esta curva, la agitación aumenta con el tiempo de leve a moderada a severa, donde cada categoría define diferentes características funcionales del estado del paciente⁷.

Un nivel leve de agitación se caracteriza clínicamente por respuestas rápidas, movimiento nervioso constante y destellos de ira. La agitación moderada se caracteriza por despotricar verbalmente, respuestas violentas y comportamiento no cooperativo o paranoico. La agitación severa se caracteriza por agresión verbal y física, déficit de atención, falta de coherencia y predisposición al conflicto⁷.

V. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la agitación psicomotriz es clínico, aunque se pueden hacer uso de escalas de calificación para evaluar el aumento de los síntomas y la gravedad de la agitación con el fin de permitir una evaluación más estandarizada; tales como, la Subescala de excitación de la escala PANSS (PANSS EC), la Escala de Agresividad Manifiesta (OvertAggressionScale, OAS), la Impresión Clínica Global- Agresión (CGI-A), entre otras^{7,11}. (Ver Anexo 2 y 3)

Sin embargo, el error más grave que se puede cometer ante un paciente agitado es suponer que es de origen psiquiátrico y obviar las posibles causas orgánicas, algunas potencialmente letales en poco tiempo¹⁵. Por ello, ante la llegada de un paciente agitado se requiere una evaluación rápida y eficaz de la situación para implementar el mejor curso de acción lo antes posible¹¹, tal como se detalla¹⁵:

- Antecedentes médicos y quirúrgicos.
- Antecedentes psiquiátricos: tratamiento actual, cambios recientes y grado de cumplimiento.
- Consumo y abstinencia de tóxicos: incluir además del alcohol y los tóxicos ilegales, la valoración de posible abuso de fármacos.
- Características del episodio actual: cronología sintomática, posibles factores precipitantes

En el caso de un paciente agitado que presente un comportamiento violento, puede resultar difícil realizar todos estos pasos tan pronto como el paciente se presente al servicio. A menudo, se debe tranquilizar al paciente antes de poder realizar una evaluación¹¹.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMITIO VALDIZAN
Florencia Barrera Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP: 61197 RNE: 38987

DR. MIGUEL TORRES MARIÑO
MEDICO PSQUIATRA
CMP: 068987 RNE: 039665

VI. EXÁMENES AUXILIARES

La decisión de ordenar pruebas adicionales ayudará a descartar causas orgánicas de las manifestaciones psíquicas observadas¹¹. Deben ser pedidos según el criterio clínico del médico evaluador⁸. (Tabla 1)

TABLA 1: Exámenes de laboratorio ante una agitación psicomotriz

Hemoglobina	Sospecha de anemia por 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

Las pruebas de neuroimagen deben solicitarse ante la sospecha de enfermedad neurológica y en pacientes que presenten un primer episodio psicótico¹¹.

VII. MANEJO

7.1 Medidas generales y preventivas

El tratamiento de la agitación psicomotriz depende en gran medida de la gravedad de los síntomas del paciente y de la naturaleza del contexto de la atención.

La intervención tiene como objetivo evitar el "punto sin retorno", donde la escalada no puede controlarse solo con intervenciones no farmacológicas. Dicho punto se encuentra entre el nivel de gravedad bajo-moderado a medio-moderado³. (Ver Anexo 4)

Los beneficios de una intervención temprana son claramente superiores a los riesgos, por lo que se recomienda una intervención temprana³. (Tabla 2)

TABLA 2: Beneficios y riesgos de una intervención temprana durante una agitación

Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto más amplio de opciones de intervención, tanto farmacológicas como no farmacológicas - Cooperación del paciente - Tratamientos menos traumáticos / invasivos - Mayor alianza terapéutica
------------	---



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
CENTRO DE SALUD MENTAL DEL ADULTO Y GERONTOLÓGICO
Florencia Barranta Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 61197 RNE 38997

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 688967 RNE 039665

	<ul style="list-style-type: none"> - Potencialmente, reducción del tiempo de espera hasta que se pueda realizar un diagnóstico completo - Reducción de los recursos médicos y económicos necesarios
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación errónea de agitación - Problemas de seguridad debido al uso de medicamentos que podrían haberse evitado.

En general¹³, la literatura disponible ha clasificado cuatro enfoques para el manejo del paciente agitado que no son ni mutuamente excluyentes ni absolutos en su orden de implementación: manipulación ambiental, técnicas de desescalada, intervenciones farmacológicas y restricción física/mecánica (Petit 2005).

El tratamiento debe progresar desde medidas menos invasivas o coercitivas a medidas más invasivas o coercitivas⁷. El tratamiento farmacológico generalmente se evita o pospone en presencia de etapas leves de agitación porque (I) el episodio puede disminuir sin más tratamiento, (II) los pacientes o sus cuidadores prefieren evitar la medicación o (III) Los tratamientos no farmacológicos, como la desescalada verbal, se consideran la primera opción en esa etapa³.

El Proyecto BETA, realizó una lista de seis objetivos para ser considerado para el manejo de la agitación en la atención psiquiátrica de emergencia (Tabla 3) (Zeller y Rhoades 2010).¹⁴

TABLA 3: Objetivos de la evaluación inicial

- | | |
|----|---|
| 1. | Excluir posibles causas médicas |
| 2. | Lograr una rápida estabilización de la condición del paciente |
| 3. | Evitar el uso de medidas coercitivas |
| 4. | Asegurar la forma de manejo menos restrictiva |
| 5. | Lograr una alianza terapéutica con el paciente |
| 6. | Desarrollar un plan de atención adecuado |



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Florella Barreda Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 61197 RNE 38997

7.2 Terapéutica y metas a alcanzar

7.2.1 Modificaciones ambientales y preocupaciones de seguridad

La preocupación inicial en el tratamiento de la agitación debe ser la seguridad del paciente y de las personas cercanas en el contexto del entorno físico (Schleifer 2011). El personal de salud o cualquier otro miembro del personal, nunca deben ponerse en una situación insegura (por ejemplo, en una habitación cerrada o donde el acceso a las puertas está bloqueado u otros lugares comprometedores). Se dejan algunas recomendaciones¹³:

- Garantizar la seguridad del ambiente en donde se realizará la intervención para el paciente y el personal.

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP: 068967 RNE: 039665

- Las modificaciones ambientales tienen como objetivo garantizar la comodidad física del paciente y reducir los estímulos externos (factores irritantes como como corrientes de luz, ruido, aire frío o caliente).
- Eliminación de todos los objetos que pueden ser potencialmente peligrosos
- Minimizar el tiempo de espera.
- Comunicarse una actitud segura, respetuosa y solidaria
- Mantenimiento de una distancia de seguridad óptima para respetar el espacio personal del paciente (1.2mt – 3.6mt)
- El paciente puede percibir que el contacto visual directo prolongado o intenso es amenazante
- El lenguaje corporal y las posiciones también pueden considerarse confrontacionales y amenazantes (por ejemplo, brazos o manos cruzados detrás de la espalda o escondidos).
- Se recomienda que los pacientes agitados no sean visitados por un solo entrevistador
- Es importante tener en cuenta que medidas de seguridad desproporcionadas pueden suponer un incremento de la agitación del paciente.
- Evaluación rápida del estado del paciente, para evitar riesgo de escalada de síntomas.

El grupo de trabajo del proyecto BETA también brindó orientación sobre este punto (Tabla 4) ¹⁸.

TABLA 4: Directrices para el medio ambiente, las personas y la preparación

- o El espacio físico debe estar diseñado para la seguridad.
- o El personal debe ser apropiado para el trabajo.
- o El personal debe estar debidamente capacitado.
- o Debe estar disponible una cantidad adecuada de personal capacitado.
- o Utilice escalas objetivas para evaluar la agitación.

Estas estrategias pueden ser útiles para prevenir un episodio de agitación psicomotriz, tratar un episodio durante la etapa inicial y minimizar una posible escalada de síntomas.

7.2.2 Desescalada o contención verbal

Esta técnica interactiva y compleja es un proceso dinámico en el que el paciente es orientado hacia un estado de calma mientras se establece la relación terapéutica. Se ha demostrado que la contención verbal reduce la agitación y el riesgo de escalada de síntomas, así como reduce la necesidad de medidas coercitivas¹⁴.

Los objetivos de la desescalada verbal son: restablecer el autocontrol del paciente; introducir límites de comportamiento claros; garantizar la seguridad del paciente, el personal y otros usuarios del sistema de salud; lograr una alianza terapéutica con el paciente que permita realizar una adecuada evaluación diagnóstica; asegurar la participación del paciente en su propio proceso de toma de decisiones terapéuticas; y reducir la hostilidad y agresividad, previniendo posibles episodios de violencia¹⁴.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Calle
Florella Barranta Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 38997

DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP/068967 RNE. 039665

La Tabla 5 describe el componente esencial de una técnica de desescalada verbal.

TABLA 5: Elementos esenciales de una técnica de contención verbal

Hablar con el paciente en un tono suave, relajado y seguro.
Responder con calma, manteniendo una actitud firme
Ofrecer comida, bebidas y mantas.
Sea flexible en el diálogo
Reserve su propio juicio con respecto a lo que el paciente debe o no debería hacer
No busque la confrontación de ideas o razones, solo simples asociaciones que calman y refuerzan al paciente
Utilice un lenguaje sencillo y oraciones cortas, repitiendo tantas veces según sea necesario
Sea honesto y preciso
Comunique claramente que se espera que el paciente mantenga el autocontrol y que el personal puede ayudarlo a lograrlo.
Redirigir la conversación cuando se hagan preguntas perturbadoras
Parfrasear lo que dice el paciente
Tranquile al paciente diciéndole que lo ha entendido bien.
Utilice preguntas abiertas
Establecer límites y al mismo tiempo ofrecer al paciente oportunidades aceptables y realistas para mejorar sus síntomas
Ante una violencia inminente: <ul style="list-style-type: none"> - Advierta al paciente que la violencia no es aceptable. - Proponer una resolución a cualquier problema a través del diálogo - Ofrecer tratamiento farmacológico - Infórmele que dependerá de la restricción física si es necesario
Considere una demostración de fuerza leve/moderada en forma de aumento número de personal médico e incluso guardias de seguridad listos para actuar si fuese necesario.

El Grupo de trabajo de desescalada del Proyecto BETA de la Asociación Estadounidense para la Psiquiatría de Emergencia Directrices para la Desescalada (2012) estableció 2 directrices: (I) Los médicos deben autocontrolarse y sentirse seguros al acercarse al paciente y (II) Existen 10 dominios de desescalamiento que ayudan a los médicos a cuidar a los pacientes agitados (Tabla 6).¹⁸

TABLA 6: Los 10 Dominios para la Desescalada

1. Respete el espacio personal.
2. No sea provocador.
3. Establecer contacto verbal.
4. Sea conciso.
5. Identificar deseos y sentimientos.
6. Escuche atentamente lo que dice el paciente.
7. Acuerde o acuerde no estar desacuerdo
8. Establezca la ley y establezca límites claros:
 - Establecer condiciones laborales básicas
 - El establecimiento de límites debe ser razonable y realizarse de manera respetuosa.
 - Asesorar al paciente sobre cómo mantener el control.
9. Opciones de oferta y optimismo



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Av. Florencia Barrera Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 38887

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP 068987 RNE. 039665

10. Informar al paciente y al personal

Si no resultase efectiva la intervención verbal para lograr la contención del paciente, se procedería a la aplicación de medidas restrictivas, bien con aplicación de tratamiento farmacológico o bien con contención física. En ambos casos será necesario e imprescindible explicarle al paciente el objetivopretendido, esto es, disminuir el nivel de tensión para que pueda encontrarse mejor.

7.2.3 Intervención o contención farmacológica

Antes de comenzar con cualquier medicamento, los médicos siempre deben intentar diagnosticar la causa más probable de agitación para otorgar el tratamiento etiológico según corresponda en cada caso, siempre que sea posible.¹⁵

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es calmar rápidamente al paciente sin sedación excesiva. Durante todo el proceso, se deben mantener tanto las técnicas de desescalada verbal como las de modificación ambiental¹⁴.

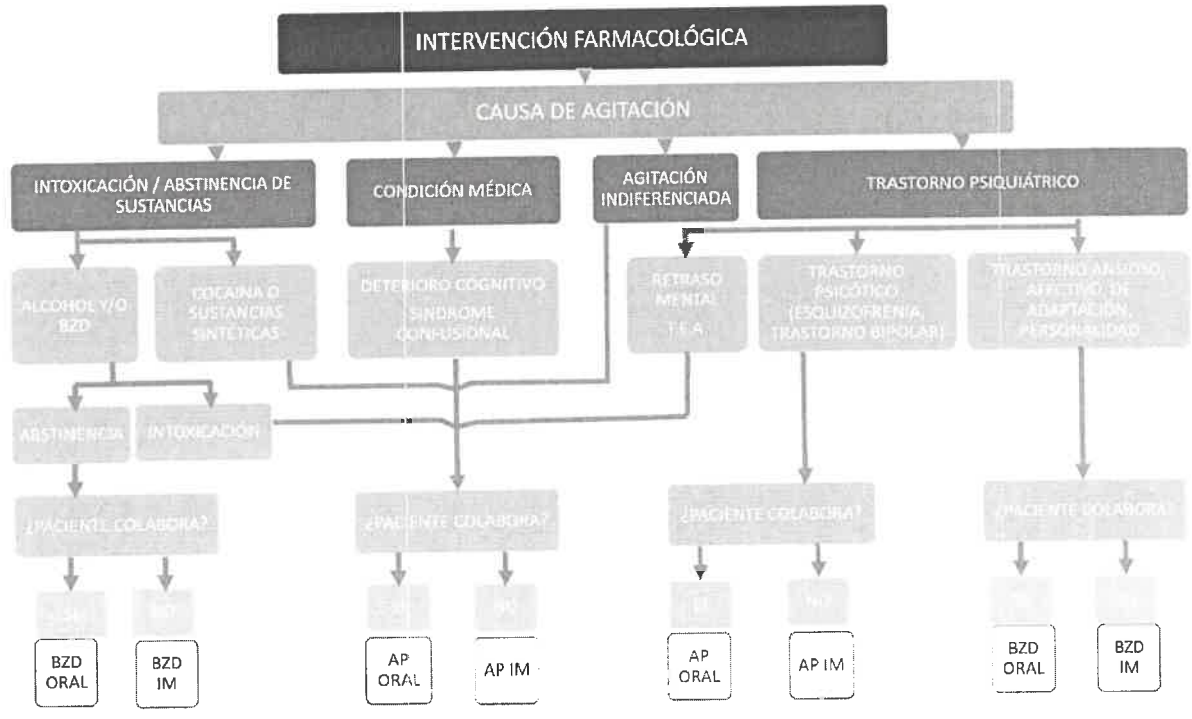
El tratamiento ideal para el manejo agudo de la agitación psicomotriz debe: (1) ser fácil de administrar y no traumático; (2) calmar rápidamente al paciente sin sedación excesiva; y (3) tener un inicio rápido del efecto con baja variabilidad farmacocinética, así como un bajo riesgo de eventos adversos e interacciones medicamentosas. Si bien las vías de administración parenteral (IM y EV) aseguran una acción rápida, son invasivas y se consideran potencialmente traumáticas para un paciente angustiado. Por consiguiente, la administración oral es la vía de medicación preferida para el tratamiento farmacológico y las vías parenterales se reservan para casos extremos de necesidad (por ejemplo, agitación severa)⁷. (Ver Anexo 5)

En la siguiente imagen se esquematiza la intervención farmacológica en relación a la causa de la agitación psicomotriz¹⁴:



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZAN
Dpto. de Salud Mental del Adulto y Gerente
Fiorella Barrera Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP. 611197 RNE. 36967

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP. 068967 RNE. 039665



En el tratamiento sintomático se usan dos tipos de fármacos: benzodiacepinas (BZD) y antipsicóticos (AP) típicos y atípicos.¹⁵

En la literatura puede encontrarse diversas presentaciones para la administración de los psicofármacos. En el Hospital Hermilio Valdizán, actualmente, no están disponibles las presentaciones sublinguales, bucodispersables, inhaladas e inyectables de antipsicóticos de segunda generación; por lo que solo se hará mención de los fármacos que están a disposición en el hospital^{7, 9, 14, 15}.

- En la formulación oral se puede administrarse risperidona 2-4 mg, a la cual podría añadirse clonazepam 1-2 mg o diazepam 5-10 mg. También podría utilizarse olanzapina 5-10 mg o quetiapina 100-200 mg. 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.
- En la vía intramuscular la combinación más utilizada en nuestro medio es Haloperidol 5-30mg IM, Midazolam 5-15mg IM o Diazepam 10-40mg EV. No se recomienda exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección; en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg IM 30-60 minutos después.

Algunas recomendaciones adicionales:^{7, 9, 15, 17}

- Para la elección del medicamento antipsicótico considerar lo siguiente: respuesta anterior, riesgo de efectos secundarios, ruta de administración, disponibilidad, costo, comorbilidad, potenciales interacciones con otros fármacos, preferencia del paciente hacia determinado medicamento.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
Dra. Florileia Barrada Moscoso
MÉDICO PSQUIATRA
CMP: 81187 RNE: 38987

DR. MIGUELA TORRES MARINO
MÉDICO PSQUIATRA
CMP: 068967 RNE: 039665

- Al antipsicótico intramuscular, se le puede añadir un benzodiazepina; ya que 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.
- Los neurolépticos de baja potencia (levomepromazina y clorpromazina) son extraordinariamente sedantes, pero presentan riesgo de hipotensión, aspiración, delirium anticolinérgico, etc. Además, por su efecto sedante y anticolinérgico, pueden aumentar la confusión en una agitación orgánica.
- La neuroleptización rápida (haloperidol 5 mg IM cada 30-45 minutos hasta llegar a un máximo de 30 mg) no está recomendada como primera línea por el riesgo de síntomas extrapiramidales e hipotensión postural.
- El haloperidol está contraindicado en trastornos cardiovasculares graves, historia de convulsiones, anomalías del electroencefalograma, psicosis relacionada con la demencia enfermedad de Parkinson e hipersensibilidad al haloperidol.
- Para valorar la efectividad de la dosis inicial, se deben esperar 20-30 minutos antes de administrar una segunda dosis.
- Ante el uso de benzodiazepinas por vía parenteral se debe tener siempre a mano su antídoto, el flumazenil.
- Las benzodiazepinas deben evitarse en la mayoría de las agitaciones orgánicas. Únicamente son de elección en el delirium tremens, en el síndrome de abstinencia a benzodiazepinas u opiáceos, en los cuadros de origen comicial, algunos tipos de intoxicaciones por estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) y en la demencia por cuerpos de Lewy.
- Las benzodiazepinas por vía intramuscular tienen una absorción errática y la vía endovenosa debe reservarse dado el importante riesgo de depresión respiratoria.
- El diazepam está contraindicado en el glaucoma agudo de ángulo estrecho, insuficiencia respiratoria grave, dependencia y abuso del alcohol, y apnea del sueño.

En las siguientes tablas (7-9) se resumen las principales características de los fármacos disponibles en el Departamento de Emergencia del Hospital Hermilio Valdizán de acuerdo a su modo de administración:

Tabla 7: Medicamentos orales recomendados para tranquilizar rápidamente en la agitación psicomotriz

Medicamento	Dosis (mg)	Efectos iniciales (h)	Vida media (h)	Puede repetir (h)	Dosis máxima por 24 h (mg)	Efectos secundarios	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Risperidona (VO)	2-3	1	24	1	8	Somnolencia, mareos, SEPS, efectos hemodinámicos, convulsiones, disfgia, náuseas, arritmia cardíaca, hipotensión.	1B	A
Olanzapina (VO)	10	4-6	21-54	4	30	SEPS, efectos hemodinámicos, convulsiones, disfgia, arritmia cardíaca, hipotensión, mareos	2A	B
Haloperidol (VO /	5-15	1-4	15-37	8	15	SEPS, efectos hemodinámicos, convulsiones, disfgia, alteraciones del	2B	B



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Fiorella Barreda Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 11197 RNE 38997

DR. MIGUEL A. TORRES MARIÑO
MEDICO PSQUIATRA
CMP-068967 RNE-039665

Medicamento	Dosis (mg)	Efectos iniciales (h)	Vida media (h)	Puede repetir (h)	Dosis máxima por 24 h (mg)	Efectos secundarios	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
GOTAS)						ECG		
Risperidona (VO / GOTAS) + clonazepam (VO)	2 + 2	1 hora	20-40	1	6/6	SEPS, efectos hemodinámicos, convulsiones, disfagia, arritmia cardíaca, hipotensión, mareos, sedación excesiva, depresión respiratoria	2B	B
Clonazepam (VO)	2	1-3	20-40	1	8	Amnesia, ataxia, sedación excesiva, mareos, efecto paradójico	5	D
Diazepam (VO)	10	0,5-1,5	20-80	1	60	Amnesia, ataxia, sedación excesiva, mareos, efecto paradójico	5	D

Tabla 8: Medicamentos intramusculares recomendados para tranquilizar rápidamente en la agitación psicomotriz

Medicamento	Dosis (mg)	Efectos iniciales	Media vida	Puede repetir	Dosis máxima por 24 h (mg)	Efectos secundarios	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Haloperidol	2.5-10	30 minutos	15-37 h	30 minutos	30	Convulsiones, SEPS, somnolencia, dolor de cabeza, mareos.	1A	A
Haloperidol + midazolam	2.5 + 7.5-15	20 minutos	15 h	30 minutos	30 para haloperidol	Sedación excesiva, SEPS.	1A	A
Midazolam	Hasta 15	15-20 min	90-150 min	30 minutos	-	Sobre sedación, depresión respiratoria	1A	A

Tabla 9: Mejor evidencia de medicamentos intravenosos para tranquilizar rápidamente en la agitación psicomotriz (no recomendable debido a problemas de seguridad)

Medicamento	Dosis (mg)	Efectos iniciales (min)	Vida media (h)	Puede repetir (min)	Dosis máxima por 24 h (mg)	Efectos secundarios	Nivel de evidencia
Haloperidol	5	20	12-22	30	20	SEPS, hipotensión	1A
Midazolam	2.5-10	5	1,5-2,5	15	-	Hipoventilación que requiere manejo de las vías respiratorias, hipotensión	1A
Diazepam	10	1-5	20-80	30	40	Hipoventilación que requiere manejo de las vías respiratorias, hipotensión	5

Poblaciones especiales

Agitación en los ancianos:

En los ancianos, se debe suponer que la agitación es el resultado del delirio hasta que se demuestre lo contrario. Si se ha excluido una etiología médica, se deben considerar los trastornos afectivos y de ansiedad como las causas psiquiátricas de agitación más prevalentes en los ancianos. Como principio general para el tratamiento farmacológico de la agitación psiquiátrica en los ancianos, se ha recomendado el uso cauteloso de antipsicóticos de la siguiente manera: comenzar con dosis bajas y graduar lentamente con pequeños



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
Florella Barrera Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 61157 RNE 38897

DR. MIGUEL A. TORRES MARIÑO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 068987 RNE. 039665

incrementos de dosis, realizar una observación adecuada de los efectos de la medicación y seguimiento de la situación clínica, riesgos de caídas, signos de confusión y sedación excesiva^{13,19}. Se recomienda el uso de Haloperidol 5mg IM, y como segunda línea la risperidona 2mg y olanzapina 5-10mg (a pesar de las advertencias de la FDA sobre el riesgo incrementado de eventos cerebrovasculares y mortalidad [OR=1,7]); no se recomienda el uso de benzodiazepinas^{8,13,20}.

Agitación en gestantes:

Considerando la escasez de evidencia sobre este tema, se ha sugerido que cuando se requiera medicación, debería ser usado la cantidad mínima pero efectiva de medicación necesaria para reducir la agitación y el riesgo de agresión. Se ha sugerido haloperidol como tratamiento de primera línea y risperidona como segunda línea^{13,19}. No utilizar benzodiazepinas por riesgo de toxicidad neonatal y síndrome de abstinencia neonatal⁸.

En el Anexo 6 se resumen todas las medidas de evaluación y manejo de la agitación psicomotriz.

7.2.4 Restricción o contención física/mecánica

La principal indicación es el fracaso de otras técnicas no invasivas para calmar al paciente, como el abordaje verbal y el espacio contenido¹¹ (Tabla 10). La Ley de Uso de la Fuerza de la Unidad de Salud Mental emitida en 2018 define las relaciones públicas como "el uso de interacción física que se propone para evitar, restringir o someter el movimiento normal de cualquier parte del cuerpo del paciente"⁷, con la función principal de proteger al paciente de su propio comportamiento agitado¹¹ y a terceros.

Sin embargo, debe utilizarse como último recurso y solo durante períodos de tiempo limitados como estrategia para prevenir consecuencias físicas y psicológicas negativas^{7,11}. El reglamento de la Ley de Salud Mental (DS N° 007-2020-SA) desaconseja las medidas restrictivas en general y explícitamente prohíbe los cuartos de aislamiento.

Las principales recomendaciones para contener físicamente a los pacientes se enumeran a continuación^{8,11}:

- Desde el inicio de este proceso, el paciente debe ser informado sobre el motivo de la restricción, y se le debe dar una nueva oportunidad de cumplir con opciones de tratamiento alternativas.
- Se debe solicitar el consentimiento informado al familiar acompañante para realizar la intervención, si se encuentra solo será decisión del medico y debe consignarlo en la historia clínica.
- A la indicación del médico 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



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Dpto. de Salud Mental del Adulto y Gerente
Fiorella Barreda Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 36697

DR. MIGUELA TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP 068667 RNE 039665

sujetará una extremidad, y un quinto participante deberá controlar la cabeza, para evitar golpes.

- Se le llevara a una cama utilizando sujetadores de tela especialmente preparados a nivel de muñecas y tobillos, de modo que los miembros superiores queden a 45° respecto al tórax y los miembros inferiores con una apertura de 30 a 45cm.
- Verificar que los sujetadores no estén muy ajustados para permitir la circulación sanguínea.
- Control por enfermería cada 30min. La contención debe mantenerse el mínimo tiempo necesario (retirándose tan pronto la persona se tranquilice o concilie el sueño).
- El médico evaluara el estado del paciente y determinara en la historia clínica el tiempo de sujeción o el momento del retiro de la misma.
- Bajo ninguna circunstancia se utilizará la sujeción con fines punitivos y sin la indicación médica previa.
- Para la contención física se suelen necesitar un mínimo de cuatro personas, siendo el número ideal de cinco, para el control de la cabeza y de cada extremidad.

TABLA 10: Criterios para el uso de contención mecánica	
-	Solo por indicación médica
-	Fallo en las medidas anteriores: contención verbal y farmacológica.
-	Agitación severa
-	Pacientes con riesgo inminente de conductas auto o heteroagresivas
-	Aquellos que requieran restricción breve para aplicación de farmacoterapia.
Contraindicaciones para el uso de la sujeción mecánica	
-	Inestabilidad cardiorrespiratoria
-	Traumatismo encefalocraneano con o sin heridas abiertas.
-	Cirugía ocular o neurocirugía reciente



7.3 Efectos adversos

7.3.1 Derivados del uso de la medicación⁸

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

- Sedación.
- Hipotensión ortostática.
- Efectos anticolinérgicos: boca seca, visión borrosa, estreñimiento, aumento la presión intraocular, retención urinaria, taquicardia sinusal, prolongación del intervalo QT, mareos, confusión.
- Efectos extrapiramidales.
 - o Disonía aguda: dentro de las primeras 24 a 48 horas de inicio de antipsicótico. Tratamiento biperideno 5mg IM (se puede repetir 30 min después si no hay respuesta).
 - o Acatisia: Dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico. Tratamiento propranolol 30-120mg/día (excepto en asma, diabetes o enf. cardiovasculares), benzodiazepinas (clonazepam o diazepam)
 - o Parkinsonismo: rigidez muscular, tremor de extremidades, cabeza, lengua, mandíbula o labios en reposo. Tratamiento biperideno 2-6mg/día VO

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN
 Fiorella Barrantes Morcoso
 MEDIC@ PSQUIATRA
 CMP 611 97 RNE 39697

DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
 MEDIC@ PSQUIATRA
 CMP: 066667 RNE: 039685

- o Síndrome Neuroléptico maligno: mortalidad 10-20%, dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico. Realizar medidas de soporte y derivar el paciente a un hospital general.

7.3.2 Derivados de las medidas restrictivas⁸

- Cianosis distal.
- Edemas / hematomas.
- Asfixia (causa más común de muerte relacionada con sujeción mecánica)
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa.
- Neumonía aspirativa.
- Traumatismo torácico cerrado
- Estreñimiento.
- Esguinces, luxaciones.
- Efectos psicológicos (Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio)

7.4 Criterios de alta

Una vez que el paciente está tranquilo, se puede tomar una decisión sobre si debe ser derivado para atención ambulatoria o permanecer en la sala de emergencias para observación.

Pronóstico

Lamayor parte de las personas que acuden en estado de agitaciónpsicomotora o con conductaagresivarespondenfavorablementealtratamiento, dependiendo el pronóstico del diagnóstico definitivo⁸.

COMPLICACIONES

Derivado de la agitación psicomotriz se puede presentar estos escenarios:

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

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Se debe referir a un hospital general a todo paciente con:

- Sospecha o evidencia de etiología orgánica y cuadros confusionales
- Paciente con inestabilidad hemodinámica o con cualquier otra condición médica no psiquiátrica que requiera atención por emergencia.

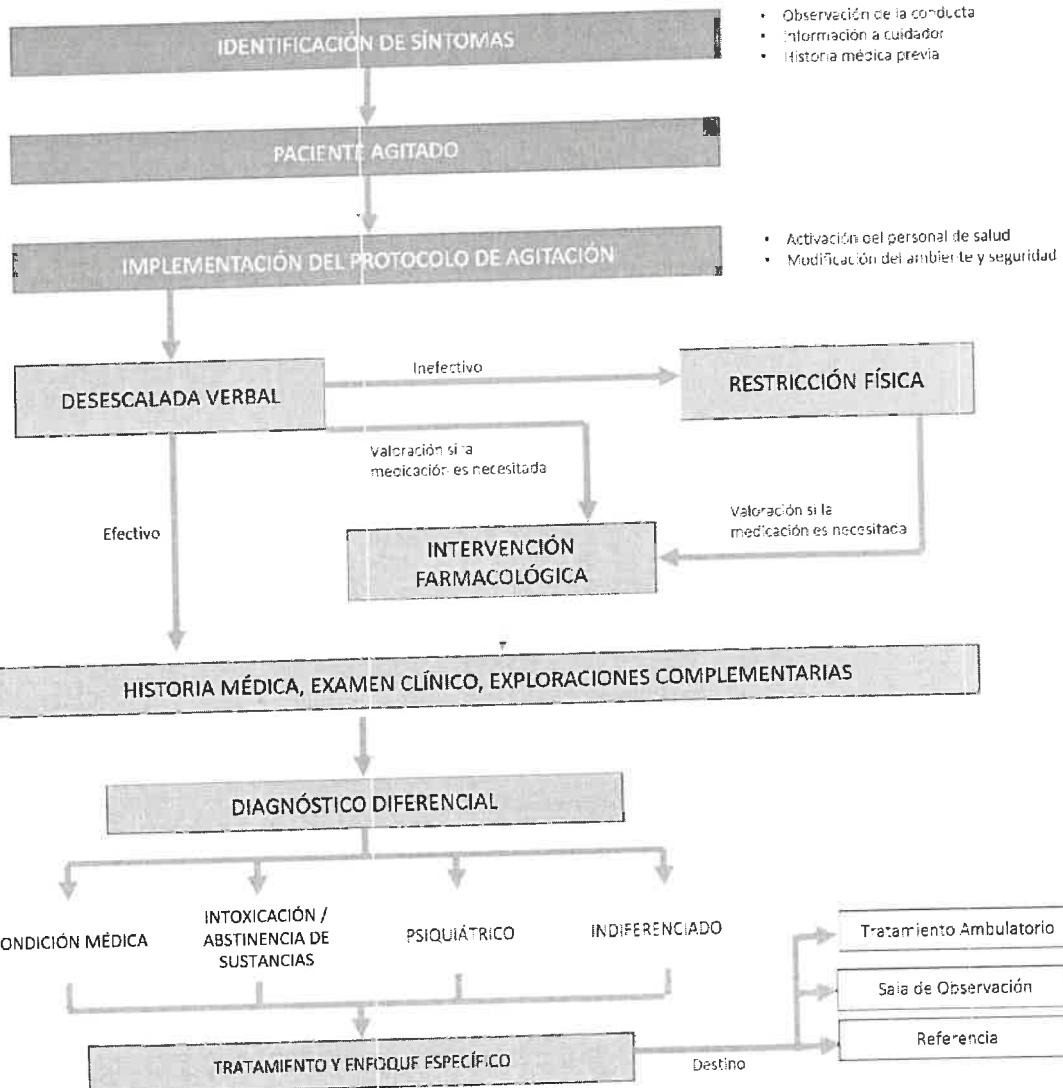
X. FLUXOGRAMA

Flujograma para el manejo del paciente con agitación psicomotriz y/o conducta agresiva



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Florella Barrada Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP: 61197 RNE: 38997

DR. MIGUEL A. TORRES MARIÑO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP: 069967 RNE: 039665



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med* (2012) 13:3–10. doi:10.5811/westjem.2011.9.6863
2. Lindenmayer JP: The pathophysiology of agitation. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(Suppl. 14):5–10, 2000
3. Martínez-Raga J, Amore M, Di Sciascio G, Florea RI, Garriga M, Gonzalez G, Kahl KG, Karlsson PA, Kuhn J, Margariti M, Pacciardi B, Papageorgiou K, Pompili M, Rivollier F, Royuela Á, Safont G, Scharfetter J, Skagen B, Tajima Pozo K and Vidailhet P (2018) 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. *Front. Psychiatry* 9:54. doi: 10.3389/fpsy.2018.00054
4. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guidelines [NG10] May 2015.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDIZÁN

Calle A. Bercedía Moscoso
Fiorella Bercedía Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CAMP 61187 RNE 38897

DR. MIGUEL TORRES MARIÑO
MEDICO PSQUIATRA
CAMP 068967 RNE. 039665

5. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental healthservices: categorizingtheexperiencesofIrish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental HealthNursing* 2007;14:120-7.
6. Citrome, L. (2004). New TreatmentsforAgitation. *PsychiatricQuarterly*, 75(3), 197–213. doi:10.1023/b:psaq.0000031791.53142.85
7. Pompili M, Ducci G, Galluzzo A, Rosso G, Palumbo C, De Berardis D. The Management ofPsychomotorAgitationAssociatedwithSchizophreniaor Bipolar Disorder: A BriefReview. *International JournalofEnvironmentalResearch and PublicHealth*. 2021; 18(8):4368. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084368>
8. Santiago Stucchi-Portocarrero, Lizardo Cruzado, Regina Fernández-Ygreda,, Martín Bernuy-Mayta, Horacio Vargas-Murga,, Franz Alvarado-Sánchez,, José Luis Rondón-de la Jara, Patricia Núñez-Moscoso. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva.*RevNeuropsiquiatr* 77 (1), 2014.
9. Guía de práctica clínica de manejo de la conducta agresiva y agitación psicomotriz. Hospital Víctor Larco Herrera. 2020.
10. 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.
11. Baldaçara, Leonardo, Ismael, Flávia, Leite, Verônica, Pereira, Lucas A., dos Santos, Roberto M., Gomes Júnior, Vicente de P., Calfat, Elie L.B., Diaz, Alexandre P., Périco, Cintia A.M., Porto, Deisy M., Zacharias, Carlos E., Cordeiro, Quirino, da Silva, Antônio Geraldo, & Tung, Teng C.(2019). Brazilianguidelinesforthemanagementofpsychomotoragitation. Part 1. Non-pharmacologicalapproach. *BrazilianJournalofPsychiatry*, 41(2), 153-167. EpubDecember 06, 2018.<https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>
12. San, L; Marksteiner, J; Zwanzger, P; Figuero, MA; Romero, FT; Kyropoulos, G; Peixoto, AB; Chirita, R; Boldeanu, A. Estado de agitación aguda en emergencias psiquiátricas en Europa: el estudio STAGE. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Salud* 2016, 12, 75–86
13. Marina Garriga, Isabella Pacchiarotti, SiegfriedKasper, Scott L. Zeller, Michael H. Allen, Gustavo Vázquez, Leonardo Baldaçara, Luis San, R. HamishMcAllister-Williams, Konstantinos N. Fountoulakis, Philippe Courtet, Dieter Naber, Esther W. Chan, Andrea Fagiolini, Hans Jürgen Möller, Heinz Grunze, Pierre Michel Llorca, Richard L. Jaffe, Lakshmi N. Yatham, Diego Hidalgo-Mazzei, Marc Passamar, Thomas Messer, Miquel Bernardo & Eduard Vieta (2016) Assessment and managementofagitation in psychiatry: Expert consensus, *TheWorldJournalofBiologicalPsychiatry*, 17:2, 86-128, DOI: 10.3109/15622975.2015.1132007
14. Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L. et al. Protocolo para el manejo de pacientes psiquiátricos con agitación psicomotora. *BMC Psychiatry* 17, 328 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

.....
A la Srta.
Florella Berreda Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 36997

.....
DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP: 068967 RNE. 039665

15. Jesús García Álvarez, Rosendo Bugarín González. Agitación psicomotriz. Actualización de "ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias". Cad Aten Primaria. 2012, Volume 18: 73-77

16. Allen et al., J Psychiatr 2005; Suppl 1: 5-108

17. Clara Madoz Gúrpide, Matilde Martínez Moneo, Magdalena Otaño. El paciente agitado. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Libro electrónico de Temas de Urgencia

18. Richmond, JS, Berlín, JS, Fishkind, AB, Holloman, GH, Jr, Zeller, SL, Wilson, MP, Rifai, MA y Ng, AT (2012). Desescalada verbal del paciente agitado: Declaración de consenso del Grupo de trabajo de desescalada del Proyecto BETA de la Asociación Estadounidense para la Psiquiatría de Emergencia. La revista occidental demedicinade emergencia, 13 (1), 17-25. doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864

19. Baldaçara, Leonardo, Diaz, Alexandre P., Leite, Verônica, Pereira, Lucas A., dos Santos, Roberto M., Gomes Júnior, Vicente de P., Calfat, Elie L.B., Ismael, Flávia, Périco, Cintia A.M., Porto, Deisy M., Zacharias, Carlos E.K., Cordeiro, Quirino, da Silva, Antônio Geraldo, & Tung, Teng C. (2019). Brazilianguidelinesforthemanagementofpsychomotoragitation. Part 2. Pharmacologicalapproach. BrazilianJournalofPsychiatry, 41(4), 324-335. Epub March 07, 2019.https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177

20. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypicalantipsychoticsforaggression and psychosis in Alzheimer'sdisease. Cochrane DatabaseofSystematicReviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Florella Barrera Moscoso
MEDICO PSICUATRA
CMP 6 1197 RNE 38987

XII. ANEXOS

ANEXO 1: Factores de riesgo de agresividad / comportamiento violento ¹¹

Factores	Nivel de evidencia
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	
Sexo masculino, estado civil soltero o divorciado, años de educación secundaria o menos, estar desempleado	2B
Edad más joven (el riesgo disminuye con la edad)	3A
HISTORIA PREVIA	
Actividades ilegales que resultan en encarcelamiento, uso frecuente de los servicios de emergencia	2B

DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MEDICO PSICUATRA
CMP. 060987 RNE. 039606

Factores	Nivel de evidencia
Historia de violencia	2C
Numerosas hospitalizaciones previas	3A
Condiciones de admisión	
Traído por la policía, ambulancia, cuidador o por orden judicial	2B
Ingreso involuntario	3A
Signos y síntomas	
Historia que incluye acciones o ideas suicidas, manía o hipomanía, tristeza, psicosis, alucinaciones, ideaciones extrañas, ansiedad	2B
Sobreexcitación general de los sistemas corporales (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pupilas dilatadas), procesos de pensamiento poco claros, mala concentración	2C
Diagnóstico	
Trastorno de adaptación, trastorno de personalidad, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, uso/abuso de sustancias, trastornos mentales orgánicos.	2B
Ansiedad, autismo	2C
Actitudes del paciente	
No cumple con la medicación	2B
Signos de tensión, expresiones faciales enojadas, estado de ánimo lábil, irritabilidad, impulsividad, hostilidad, actividad verbal repetitiva e improductiva, comportamiento no cooperativo o exigente, resistencia al cuidado, comportamiento intimidante o intrusivo, inquietud retorcerse las manos, tirarse de la ropa, aumento del volumen del habla o arrebatos vocales, contacto visual prolongado, descontento, negativa a comunicarse	2C
Actitudes del personal	
Bloqueo de rutas de escape, denegación por parte del personal de una solicitud o privilegio de un paciente, refuerzos de las reglas por parte del personal / establecimiento de límites, demandas de otros pacientes y del personal para cesar una actividad o completar una tarea	2C



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Florella Berredá Moscoso
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 61157 RNE 38997

DR. MIGUEL TORRES MARINO
MEDICO PSIQUIATRA
CMP 069967 RNE 039666

ANEXO 2: Escalas para evaluar agitación y agresividad / estado violento¹¹

Escala	Nivel de evidencia
Escala de gravedad de la agitación (ASS)	2B (B)
Escala de calificación de actividad conductual (BARS)	2B (B)
Lista de verificación de violencia de Broset (BVC)	2B (B)
Escala de impresión clínica global para la agresión (CGI-A)	2B (B)
Gestión histórica de riesgos clínicos-20 (HCR-20)	2B (B)
Escala de agresión manifiesta (OEA)	2B (B)

Escala	Nivel de evidencia
Escala de gravedad de agitación manifiesta (OASS)	2B (B)
Componente excitado de la escala de síndrome positivo y negativo	2B (B)
Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS)	2B (B)
Escala de sedación-agitación (SAS)	2B (B)
Herramienta de evaluación de la sedación (SAT)	1B (A)
Escala de agresión de observación del personal revisada (SOAS-R)	2B (B)
Lista de verificación de detección de violencia (VSC)	2B (B)

ANEXO 3: Escala PANSS-EC

Valorar del 1 al 7 cada uno de los ítems según el siguiente criterio de intensidad: 1=ausente, 2=mínimo, 3=leve, 4=moderado, 5=moderado-severo, 6=severo, 7=extremo.

Mal control de impulsos	
Tensión	
Excitación	
Falta de colaboración	
Hostilidad	
Total	

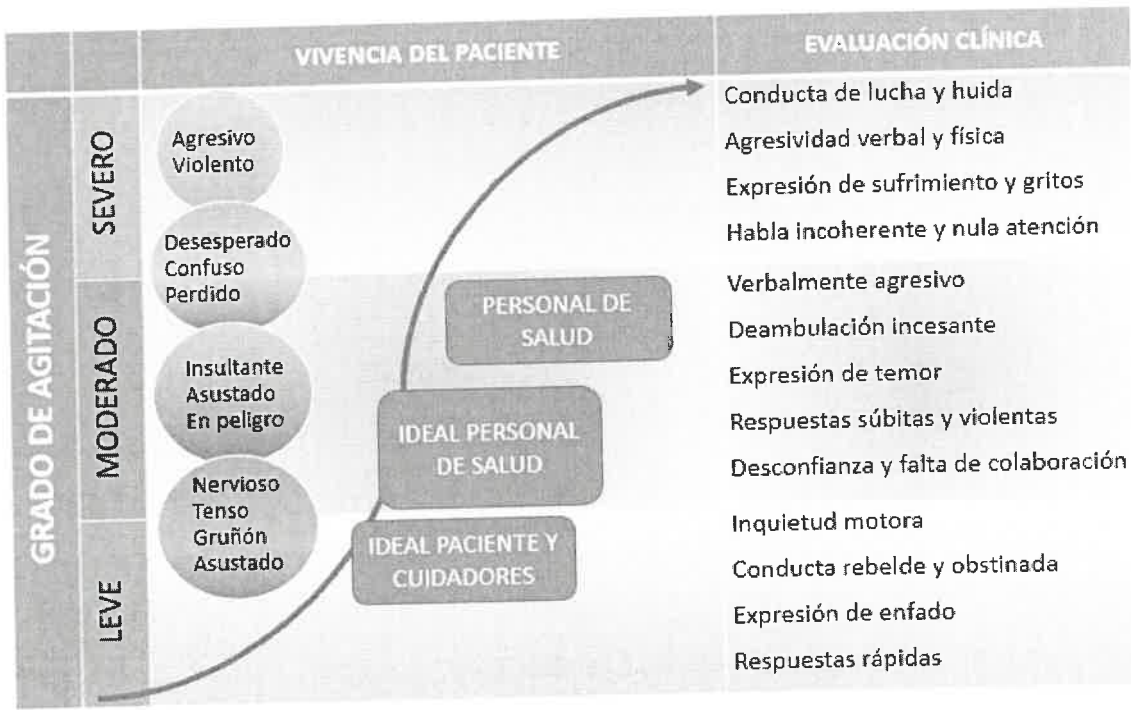
Una puntuación total de > 14 con al menos > 4 puntos en un ítem indica la presencia de PMA clínicamente significativa, y > 20 corresponde a PMA grave. La respuesta al tratamiento válida se define como una reducción > 40% en la puntuación dentro de las 2 h de tratamiento.⁷

ANEXO 4: Punto de actuación ideal y actual acordado para el personal de salud y los pacientes/cuidadores³

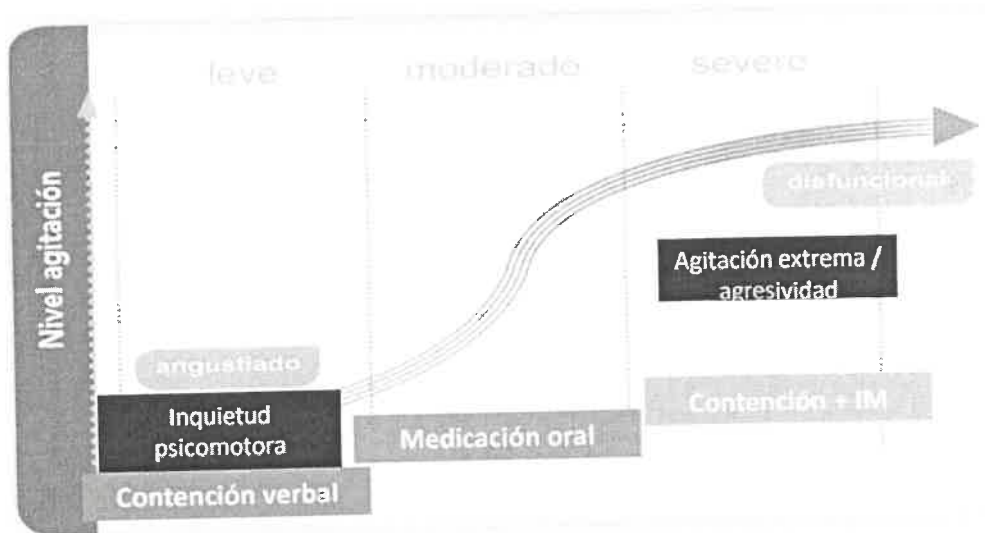


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN
Dep. de Salud Mental del Adulto y Gerontología
Fiorella Battered Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 81187 RNE 38967

DR. MIGUELA TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP 068967 RNE. 039685



ANEXO 5: Tipo de intervención acorde al nivel de agitación psicomotriz¹⁶



ANEXO 6: Recomendaciones del consenso de expertos sobre la evaluación y el manejo de la agitación psicomotriz¹³



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMITO VALDIVIAN
Hospital de Salud Mental del Norte Grande
HERMITO VALDIVIAN
Floreña Barrera Moscoso
MEDICO PSQUIATRA
CMP 611197 RNE 38987

DR. MIGUEL A. TORRES MARINO
MEDICO PSQUIATRA
CMP 068987 RNE 039886

DOMINIOS	RECOMENDACIONES
Evaluación: etiología y diferencial diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe suponer que la agitación sin diagnóstico provisional o sin información disponible de una condición médica general hasta que se demuestre lo contrario. 2. El examen médico de rutina en un paciente agitado debe incluir un conjunto completo de signos vitales, medición de glucosa en sangre (punción digital), determinación del nivel de oxigenación y toxicología de la orina prueba.
Evaluación: herramientas de evaluación Manejo: intervención no farmacológica	<ol style="list-style-type: none"> 3. Después de tratar la agitación, se debe realizar una evaluación sistemática de los niveles de sedación. 4. El abordaje inicial de un paciente con agitación siempre debe comenzar con una reducción verbal, modificaciones ambientales y otras estrategias que se centran en el compromiso del paciente y no en la restricción física. 5. La desescalada verbal debe usarse siempre en casos de agitación leve a moderada, evitando así la necesidad de restricción física. 6. La restricción física solo debe utilizarse como estrategia de último recurso cuando sea el único medio disponible para prevenir daños inminentes. 7. Frente al riesgo de violencia, se debe presumir la seguridad del paciente, el personal y otros pacientes. 8. Si es necesaria la moderación y el aislamiento, no solo se debe realizar un seguimiento adecuado sino también el uso de indicadores de calidad también debe llevarse a cabo. 9. En el caso de la restricción física, debería ser obligatorio un control minucioso y documentado. Signos vitales debe medirse cada 15 min durante 60 min y luego cada 30 min durante 4 horas hasta que se despierte. 10. La restricción física debe retirarse tan pronto como se evalúe que el paciente no es peligroso más para él / ella y / o los demás. 11. Siempre que sea posible, se deben preferir los tratamientos no invasivos a los invasivos.
Manejo: intervención farmacológica	<ol style="list-style-type: none"> 12. Los pacientes agitados deben participar en la mayor medida posible tanto en la selección del tipo como en la vía de administración de cualquier medicamento. 13. El objetivo principal del tratamiento farmacológico debe ser calmar rápidamente al paciente agitado sin sobre sedación. 14. Al planificar el tratamiento farmacológico involuntario, el equipo debe obtener el consentimiento y la acción cuidadosamente preparada. 15. Los medicamentos orales, incluidas las soluciones y las tabletas para disolver, deben preferirse a los intramusculares. vía en pacientes levemente agitados. 16. La rápida aparición del efecto y la fiabilidad de la aplicación son los dos factores más importantes para considerar al elegir una vía de administración para el tratamiento de la agitación severa. 17. En el caso de agitación secundaria a la abstinencia de alcohol, se debe administrar un tratamiento con benzodiazepinas preferido sobre el tratamiento con antipsicóticos. 18. En el caso de agitación asociada con la intoxicación por alcohol, el tratamiento con antipsicóticos debe ser preferido sobre el tratamiento con benzodiazepinas. 19. En agitación leve a moderada, y cuando se necesitan efectos rápidos de la medicación, inhalado Se pueden considerar formulaciones de antipsicóticos. 20. Debe evitarse el uso concomitante de olanzapina y benzodiazepinas por vía intramuscular, debido a los posibles efectos peligrosos inducidos por la interacción de los dos medicamentos en combinación (hipotensión, bradicardia y depresión respiratoria). 21. Debe evitarse el tratamiento intravenoso, excepto en los casos en que no haya otra alternativa.
Subpoblaciones especiales	<ol style="list-style-type: none"> 22. Los pacientes ancianos agitados deben ser tratados con dosis más bajas: generalmente entre un cuarto y medio de la dosis estándar para adultos.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Fija María Bañados Moscoso
FICHA MEDICO PSQUIATRA
CMP 61197 RNE 38987

DR. MIGUEL A. TORRES MARIÑO
MEDICO PSQUIATRA
CMP 668967 RNE. 039865