



MINISTERIO DE SALUD

Normativa — 122

**Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario
del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz**

MANAGUA, SEPTIEMBRE 2013



MINISTERIO DE SALUD

Normativa – 122

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL MANEJO
INICIAL HOSPITALARIO DEL PACIENTE ADULTO
CON AGITACION PSICOMOTRIZ

Managua, Septiembre 2013.

N
WM
39
0048
2013

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. **Normativa 122: Guía de Práctica Clínica para el
Manejo Inicial Hospitalario del Paciente Adulto con Agitación
Psicomotriz** / Managua: MINSA, sept. 2013

43 p.

(Contiene Resolución Ministerial No 639-2013)

1. Agitación Psicomotora- clasificación
2. Agitación Psicomotora- complicaciones
3. Agitación Psicomotora- diagnóstico
4. Agitación Psicomotora- etiología
5. Agitación Psicomotora- prevención
6. Agitación Psicomotora- terapia
7. Factores de Riesgo
8. Derecho a la Salud
9. Personal de Salud -educación
10. Hiperactividad Física y Mental (descriptor local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© MINSA. Septiembre 2013



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 639-2013

ACUERDO MINISTERIAL

No. 639 - 2013

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las Facultades que me confiere el texto de la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 35 del veintidós de Febrero del año dos mil trece, Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



**Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional**

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 639-2013

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Arto. 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", establece en el Arto. 33. De la Salud Mental, "La prevención de las enfermedades mentales se basará en el conocimiento de los factores que alteran la salud mental, la conducta, así como los métodos de prevención y control de las mismas y otros aspectos relacionados con la salud mental", y el Decreto No 001-2003, Reglamento de la Ley No 423 "Ley General de Salud", establece en el Arto. 214, De la Salud Mental, "Se entiende por atención a la salud mental, toda acción destinada a la promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad o trastorno mental y rehabilitación del paciente psiquiátrico".

VII

Que con fecha 21 de Noviembre del 2013, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz", cuyo objetivo es brindar a los trabajadores de la salud las pautas generales y específicas orientadas al manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz a fin de que promuevan las mejores prácticas en la atención.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



**Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional**

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 639-2013

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de SILAIS y a los directores de establecimientos públicos y privados prestadores de servicios de salud que brindan atención a personas adultas con manifestaciones de agitación psicomotriz.

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de la "Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz", estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintiún días del mes de Noviembre del año dos mil trece.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

INDICE

	Páginas
Presentación.....	7
I. Introducción.....	9
II. Objetivo General y Específicos.....	10
III. Glosario de términos.....	11
IV. Acrónimos.....	12
V. Población diana.....	13
VI. Definición y aspectos conceptuales.....	14
VII. Clasificación etiológica	16
VIII. Diagnostico.....	18
IX. Factores de riesgo asociados.....	20
X. Tratamiento.....	21
XI. Complicaciones.....	34
XII. Educación, Promoción y Prevención.....	36
XIII. Algoritmo.....	37
XIV. Bibliografía.....	38
XV. Anexos.....	40

PRESENTACION

A la red de servicios del Ministerio de Salud y en sus diferentes niveles de atención, asisten con frecuencia pacientes adultos con hiperactividad motora y estados emocionales intensos, aparentemente sin intencionalidad alguna, a la que se le denomina agitación psicomotriz, esta puede ser un signo o un síntoma de una variedad de trastornos no solo psiquiátricos sino también de enfermedades somáticas por lo que es importante su adecuada evaluación y tratamiento.

La agitación psicomotriz es una urgencia médica y dada la intensidad de la inquietud e hiperactividad, la violencia potencial que conlleva y el peligro que representa tanto para el paciente mismo, a sus vecinos, familiares y al personal de salud su atención debe de ser inmediata.

La evaluación inadecuada de la causa de la agitación psicomotriz debido a la falta de colaboración del paciente y la suposición de que se trata de un problema psiquiátrico determinan una referencia inmediata a servicios de Psiquiatría y en especial en Managua al Hospital Docente de Atención Psicosocial quienes al final toman a su cargo este tipo de pacientes, sin hacer mayores esfuerzos en su estabilización y abordaje de las causas en la unidad donde inicialmente es atendido.

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial Hospitalario del Paciente Adulto con Agitación Psicomotriz ha sido elaborada con la participación de un equipo de especialistas del Hospital José Dolores Fletes respondiendo a una necesidad de contar con un instrumento que indique los pasos a seguir en la atención de pacientes adultos agitados en todos los niveles. Esto favorecerá la disminución de las complicaciones propias de este estado tales como golpes, lesiones, luxaciones, fracturas, hipotensión o sedación excesiva por el uso irracional de psicofármacos, laceraciones por el uso inadecuado de la sujeción, etc.

Esta guía ha sido elaborada de acuerdo a lo establecido dentro de la Normativa 070; Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud (MINSA, 2011)

La Guía ofrece elementos conceptuales y prácticos que contribuyen a la atención integral y humanizada del paciente así como al desempeño eficaz del trabajador de salud, para ser implementada en todo el sistema hospitalario del sector salud, su uso debe de ser riguroso en las salas de emergencia y forma parte de la iniciativas por restituir el Derecho a la salud del pueblo nicaragüense y a brindarle la atención de calidad y humana que se merece.

I. INTRODUCCION.

El paciente adulto con agitación psicomotriz, provoca en el personal de salud encargado de su atención una repuesta de alarma y demanda una actuación rápida y eficaz; es una urgencia médica que provoca que el personal omita aspectos importantes en su evaluación, esto se debe a la real posibilidad que el paciente se haga daño a sí mismo o a terceros debido a la limitación de su capacidad de juicio. En el contexto clínico de la atención en salud la agitación es un síntoma a tratar, no siempre es la expresión única de un problema psiquiátrico, es necesario descubrir cual evento patológico está detrás de ella a fin de dar pronta resolución al cuadro y evitar la morbilidad y mortalidad asociada.

Una primera conducta a seguir es determinar si su etiología es de origen orgánico o psiquiátrico con una orientación y usando criterios clínicos, en esta última es de suma importancia definir si es de un nivel psicótico o no; la psicosis está caracterizada por la presencia de alucinaciones, delirios o ideas delirantes y una conducta desorganizada.

El paciente adulto con agitación psicomotriz puede tornarse violento y hacer daño a otros, a sí mismo o causar destrozos en el entorno físico, el personal de salud debe de estar debidamente entrenado para reconocer las señales potenciales de violencia, evaluar el riesgo y evitar que se produzca alguna agresión (Escobar-Córdoba, 2011).

La agitación psicomotriz es un motivo de consulta frecuente en las emergencias de los hospitales generales y psiquiátricos, se encuentra presente en un variado grupo de patologías orgánicas, funcionales y tóxicas; hasta un 50% en pacientes con TCE; 67% en pacientes con delirium, 93% en pacientes con demencia, en pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos hasta un 71% pueden presentar agitación (Bustos, 2010).

El centro regulador de urgencias de Bogotá, en la atención pre hospitalaria reporta que el 60% de las consultas tiene que ver con agitación psicomotriz y, de ellas, 30% se explican por razones médicas que tienen una manifestación en la esfera mental, en el ámbito hospitalario el 10% (Bustos, 2010) de los motivos de consulta en un servicio de urgencias psiquiátricas corresponden a agitación psicomotriz y el 5% de los traslados de otros centros son a causa de la agitación que presentan los pacientes (Mantilla, 2005).

En el departamento de emergencias del instituto nacional de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi durante al año 2011 se atendieron 530 casos de agitación psicomotora o conducta agresiva lo que represento el 9.4% del total de atenciones en dicho periodo, no se cuenta con estadísticas poblacionales (INSM-HD-HN, 2013).

Durante el primer semestre del año 2012 en el hospital docente de atención psicosocial JDFV, única institución de referencia nacional para las patologías mentales, ingresaron un total de 645 pacientes en los cuales el 13.3% su diagnóstico de ingreso fue agitación psicomotriz; esto confirma que la agitación psicomotriz es una situación de salud que con frecuencia los trabajadores de salud enfrentan, este problema de salud amerita la realización complementaria de estudios de investigación que brinden más información sobre sus aspectos epidemiológicos y la carga que representa para los servicios de salud en nuestro país.

Dada la importancia y reto que representa este problema para los equipos de salud y con el fin de contribuir a la toma oportuna de decisiones para una atención de calidad, integral y humanizada se presenta esta Guía la cual ha sido concebida para ofrecer soporte técnico al personal de salud con miras a fortalecer el trabajo desarrollado en la atención integral a las personas que presentan un estado de agitación psicomotriz, define las responsabilidades, homologa los procesos de intervención y fortalece los conocimientos y practicas hospitalarias.

II. OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas generales y específicas orientadas al manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz a fin de que los trabajadores del sector salud promuevan las mejores prácticas en la atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Mejorar la eficiencia y toma oportuna de decisiones en el personal de salud basado en la evidencia científica para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz.
2. Estandarizar el proceso del manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz en el sector salud mediante la utilización de medidas de contención verbal, farmacológica y mecánica.
3. Fortalecer los conocimientos y prácticas del personal de salud para reducir el potencial de violencia del paciente adulto con agitación psicomotriz.
4. Establecer el rol a cumplir por cada miembro del equipo de salud en el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz de salud de conformidad a su perfil.

III. GLOSARIO DE TERMINOS

Antipsicótico:

Constituyen la medicación básica para la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados. Estos fármacos son particularmente eficaces contra los síntomas psicóticos tales como las alucinaciones, el delirio, la agitación, los trastornos del pensamiento y comportamiento desorganizado.

Benzodiacepinas:

Constituyen la medicación básica para la ansiedad, restringido su uso por efectos de tolerancia y dependencia, con acción ansiolítica, hipnótica, mio-relajante y anti-convulsivante. Tiene aplicación clínica en la desintoxicación por alcohol y psicosis en la que domina la hiper-excitabilidad y agresividad.

Emergencia Psiquiátrica:

Cualquier perturbación del pensamiento, afecto o conducta que requiere una intervención terapéutica especializada e inmediata.

Psicosis:

Los pensamientos, la respuesta afectiva, la capacidad de reconocer la realidad y la capacidad para comunicar y relacionarse con los demás están alterados de tal manera que interfieren enormemente con la capacidad para tratar con la realidad; las características clásicas son la alteración del sentido de la realidad, alucinaciones e ideas delirantes.

IV. ACRONIMOS

ACV: Accidente cerebro vascular

BHC: Biometría hemática completa

BZD: Benzodiacepinas

BID: Dos veces al día mientras el paciente este despierto

EGO: Examen general de orina

HJDFV: Hospital José Dolores Fletes Valle

ID: Una vez al día

IV: Intravenoso

IM: Intramuscular

Mg: Miligramos

PO: Vía oral

PRN: Por razón necesaria

RAM: Reacción adversa medicamentosa

S/V: Signos vitales

STAT: Administración y cumplimiento inmediato de la indicación medica

TCE: Trauma cráneo encefálico

TID: Tres veces al día mientras el paciente este despierto

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

V. POBLACION DIANA.

La agitación psicomotriz no constituye un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica independiente, sino que puede estar presentes en múltiples trastornos o enfermedades, por lo cual no cuentan con código específico en la décima clasificación de enfermedades (OMS, 1992).

El paciente con agitación psicomotriz puede acudir por su propia iniciativa a las unidades de salud, solicitando ayuda por una vivencia indeseada de su propia agresividad o falta de control, o lo que es más frecuente, son los familiares, amigos, vecinos, acompañantes o fuerzas de seguridad como la Policía o Bomberos los que solicitan la intervención de los trabajadores de la salud.

La guía para el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz va dirigido a todo paciente adulto que llega a una unidad hospitalaria y en el cual sea necesario controlar su agitación psicomotriz, la cual consiste en un aumento desproporcionado, excesivo y desorganizado sin un fin específico de su motricidad, este control tiene como fin prevenir su conducta agresiva, disminuir la hostilidad y/o agresividad y minimizar los impactos de la reacción violenta.

VI. DEFINICION Y ASPECTOS CONCEPTUALIES.

Definición de agitación psicomotriz:

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, con signos y síntomas de variada etiología, caracterizado por una alteración del comportamiento motor; consiste en un aumento desproporcionado, excesivo y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis, etc.) e intensos estados emocionales.

La agitación psicomotriz es un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora, este aumento es en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado.

Representa un grave problema para el mismo paciente, para los familiares, el personal sanitario y el entorno en general debido a su potencial agresivo, pero no todo paciente adulto con agitación psicomotriz es un violento por sí mismo, ya que este último tiene una intención definida.

La agitación psicomotriz no es una característica propia de las personas con enfermedad mental o del paciente psiquiátrico, en ocasiones es la manifestación de una enfermedad médica, neurológica, post-operatoria y en otras es propia de un estado mental alterado.

En esta definición se hace necesario tomar en cuenta que:

- Es una urgencia médica y una urgencia psiquiátrica
- Se caracteriza por la hiperactividad física y mental sin propósito alguno.
- Existe tensión psicológica asociada a una reactividad motora-fisiológica.
- La lesión a otros no se deriva del deseo propio de causar daño, sino que es una expresión más de su patología.

- Existen sentimientos de confusión interna
- Representa una amenaza para la integridad física del paciente y los que se encuentran a su alrededor, ya que antecede a la violencia.
- En el paciente con agitación psicomotriz de tipo psicótico es más evidente la agresividad verbal y física.

En este primer momento existen factores que dificultan la actuación de los profesionales ante el paciente con agitación psicomotriz: la presión para una actuación rápida por el estado de agitación, la demanda e insistencia de los familiares o acompañantes, las implicaciones legales y el componente emocional que generan estas situaciones.

La experiencia acumulada en el entrenamiento continuo por el personal de salud que interviene en estas situaciones para el saber hacer y contar con el conocimiento e información explicitado a través de protocolos de actuación se relacionan con una mayor efectividad en el manejo de estos pacientes.

En estos protocolos de actuación se debe insistir en quedar debidamente registradas las condiciones del ingreso del paciente, anotar las lesiones visibles y garantizar el llenado del consentimiento informado entre otros aspectos tomando en cuenta las normas existentes en el Ministerio de Salud que se vinculan con estas situaciones tales como la norma y protocolo para la prevención, detección, y atención de la violencia intrafamiliar y sexual (Norma 031) y la Norma para el manejo del expediente clínico (Norma 004).

VII. CLASIFICACION ETIOLOGICA.

La conducta inicial del personal de salud frente al paciente con agitación psicomotriz debe de ser guiada a clasificar la etiología basada en sus antecedentes médicos-psiquiátricos, los datos que reportan acompañantes y en la medida de lo posible de resultados de exámenes. Clínicamente se debe de orientar la clasificación etiología en causas orgánicas o psiquiátricas y estas últimas a su vez en psicóticas y no psicóticas (López, 2012).

Tabla No 1
Clasificación Etiológica de la Agitación Psicomotriz

Orgánicas	Psiquiátricas
Delirium o Cuadro confusional agudo. Demencia Encefalopatías por alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas e hipertensivas. Infecciones sistémicas y/o del SNC Fiebre Insuficiencia Respiratoria Insuficiencia Cardíaca Insuficiencia Hepática (encefalopatía hepática) Insuficiencia Renal (encefalopatía urémica) Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos. Estados postoperatorios Crisis epilépticas parciales Ictus isquémicos o hemorrágicos, ACV. Tumores intracraneales Tumores diseminados Patologías tiroideas Uso de levodopa, digital, cimetidina, ranitidina.	PSICOTICA Esquizofrenia y Trastornos Esquizoafectivo. Episodio maníaco Trastorno depresivo mayor con agitación. Trastorno por ideas delirantes (paranoia). NO PSICOTICA Trastornos por ansiedad (Crisis de pánico). Crisis disociativas o psicógenas (histérica). Trastorno de personalidad antisocial. Alteración de conducta en el Retraso mental. Reacción de estrés agudo. Stress post-traumático Trastorno por déficit atencional Trastornos de conducta
Intoxicaciones por sustancias psicoactivas tales como: Alcohol, Estimulantes (cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina y otros), Alucinógenos: Cannabis, Neurolépticos, Benzodiacepinas y Anticolinérgicos	
Síndromes de abstinencia a: Alcohol (Delirium tremens), Benzodiacepinas, Opiáceos	

Existen elementos clínicos que deben de ser considerados para apoyarnos en esta clasificación, dada la dificultad para que el paciente colabore en el examen físico y que nos puedan ayudar a identificar la etiológica de la agitación psicomotriz, estos son (García, 2012):

Tabla No 2

Características clínicas en las etiologías de la Agitación Psicomotriz

	ORGÁNICA	PSICOTICA	NO PSICOTICA
Nivel de conciencia	Afectado / fluctuante	No afectado	No afectado
Orientación	Desorientado en tiempo y espacio	No afectado	No afectado
Curso	Empeoramiento nocturno	No fluctuante	No fluctuante
Ideas delirantes	Delirio de tipo ocupacional	Perjuicio, daño a su persona o megalomanía	Ausentes
Alucinaciones	Visuales y olfatorias	Auditivas	Ausentes
Afectividad	Indiferente	Hostilidad o indiferencia	Temor, angustia
Signos físicos o neurológicos	Presentes	Raro	Posibles
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuente	Frecuente	Frecuentes

La escala de intensidad de agitación psicomotora utilizada en el protocolo de manejo de paciente psiquiátrico con episodio de agitación psicomotora utilizada en Chile por el Hospital Regional de Rancagua es una adaptación de la Overt Aggression Scale la cual es utilizada para mediar la agresividad en niños y adultos (Anexo 1).

VIII. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la AGITACION PSICOMOTRIZ es clínico y debe de ser dado en base a la presencia durante la entrevista de los siguientes síntomas y signos:

- Ira explosiva no explicada, irritabilidad.
- Conducta intimidadora y gestos de amenazas.
- Hiperactividad física y mental repetitiva y sin propósito alguno
- Inquietud (Aumento rítmico o excesivo de movimientos, caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, los vestidos e incapacidad para mantenerse sentado)
- Uso de un lenguaje demandante o degradante o una conducta hostil.
- Falta de cooperación (con resistencia a la atención)
- Conducta impulsiva o impaciente.
- Baja tolerancia al dolor o a la frustración
- Respuesta desproporcionada a estímulos externos
- Sensación de pérdida del control
- Agresividad contra otros o contra sí mismo

En la agitación psicomotriz de etiología orgánica existe una entidad específica de carácter físico que origina el estado de agitación, esta suele ser de inicio súbito, presentar alteraciones de carácter cognitivo como la alteración de su estado de conciencia, la disminución de la capacidad de memoria y concentración, alucinaciones visuales y olfatorias.

La indicación de exámenes auxiliares ayuda a identificar la etiología en las causas no psiquiátricas o determinar la condición médica concomitante, serán solicitados según el criterio clínico del médico evaluador y no deben de demorar el inicio del tratamiento en la mayor parte de los casos, algunos de los exámenes de laboratorio a indicar son:

Tabla No 3

Exámenes de laboratorio para el diagnóstico etiológico de agitación psicomotriz orgánica

Exámenes de laboratorio para el diagnóstico etiológico de agitación psicomotriz orgánica	
Hemograma	Sospecha de infección al SNC
Pruebas de función hepática	Sospecha de encefalopatía hepática
Pruebas de función renal	Sospecha de encefalopatía urémica
Pruebas de función tiroidea	Sospecha de patología tiroideas
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 o prueba toxicológica	Sospecha de intoxicación por sustancias
Encefalograma	Sospecha de crisis epiléptica
Análisis de LCR	Sospecha de infección al SNC
TAC o RM	Sospecha de neoplasia, neurocisticercosis, ACV.
Electrolitos séricos	Sospecha de trastorno hidro-electrolítico

IX. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El principal factor de riesgo para presentar un cuadro clínico de agitación psicomotriz es la existencia de una etiología orgánica o psiquiátricas descrita anteriormente (Cuadro No. 1); sumado al estado de agitación psicomotriz que presenta el paciente adulto debemos de tomar en cuenta su AGRESIVIDAD, es decir el potencial lesivo que puede ser intencionado o no y la VIOLENCIA, la cual hace mención de un comportamiento humano intencionado de dominar y/o dañar a otro de forma física, psíquica, cultural o estructural; es una forma extrema y diferenciada de agresividad y destrucción.

Factores a tomar en cuenta para predecir una mayor agresividad son ser del sexo masculino, joven de edad, antecedentes de agresividad y violencia, hospitalizaciones previas, personalidad disocial, alucinaciones auditivas de comando es decir que escucha voces que le ordenan hacer daño, ideas delirantes paranoides y de daño a su persona, en los pacientes psiquiátricos aumenta el riesgo de conducta agresiva cuando coexiste consumo abusivo de sustancias, las principales señales a tomar en cuenta en el paciente agitado con violencia posible e inminente son: (Bustos, 2010);

Tabla No 4
Señales de Violencia Posible e Inminente en el Paciente Agitado

Violencia posible	Violencia inminente
Características del habla: tono elevado, hablar más rápido, sarcástico, irónico, amenazante. Expresión facial: mirada fija, ceño fruncido, apretar la mandíbula. Deambular o negarse a sentarse Actividad motora creciente Gestos y actitudes de violencia Sospecha de consumo de alcohol y otras sustancias toxicas. Antecedentes de violencia Alucinaciones	Cerrar los puños, mostrarlos y agitarlos. Levantar el puño por encima del hombro Golpear la palma de mano con el puño Asumir posición de ataque Expandir el tórax Buscar objeto utilizable como arma

X. TRATAMIENTO.

El tratamiento del paciente adulto con agitación psicomotriz es la implementación de medidas de CONTENCION, estos son métodos de intervención para controlar la conducta de excitación psicomotriz en el paciente agitado, a su vez permite una evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado, esta intervención debe de ser estructurada en tres niveles:

I. CONTENCION VERBAL,

II. CONTENCION FARMACOLOGICA Y

III: CONTENCION FISICA.

En general debemos de tomar en cuenta que es imprescindible resolver la causa somática subyacente si existe, ya que mientras esta persista, la agitación no se solucionara realmente y el tratamiento será únicamente sintomático.

Los tres tipos de contenciones, deben ser utilizadas por todo el personal de salud en el manejo inicial hospitalario del paciente adulto con agitación psicomotriz, para esto el personal estará debidamente orientado y entrenado.

El contacto inicial del paciente es con el personal de seguridad en el acceso principal a la unidad de salud, estos deben comprobar que no se porte arma alguna, ni material inflamable, esta información puede ser obtenida de los acompañantes, en caso de que esto no haya sido comprobado se debe de realizar el registro y proceder a requisar todo tipo de objetos que puedan resultar peligrosos y que potencialmente puede ser un arma.

Ante la emergencia comportamental de un paciente agitado cuando se presenta al servicio de emergencia el equipo de salud (médicos, enfermeras, seguridad) debe de estar dispuesto a tomar e implementar lo siguiente con relación a su seguridad:

- El lugar donde se realiza la entrevista debe de ser amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrar las puertas de acceso.
- Se debe de intentar respetar la privacidad de la entrevista, pero es prioritario salvaguardar la seguridad de todos, esto va a determinar las condiciones en las que se desarrollara la entrevista inicial.
- Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, el médico se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia, fuera del espacio personal del paciente y de su lado no dominante, se evitara que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- En el lugar debe permanecer un familiar o persona de confianza del paciente siempre que este no sea la causa del conflicto o lo potencie, investigar con ellos sobre antecedentes psiquiátricos, médicos y situaciones previas que puedan estar relacionadas con el inicio de la agitación psicomotriz.
- Valorar la cantidad de personas a estar presente en el momento inicial del abordaje; si es preciso orientar que sean desplazadas otras personas a otro sitio ya que irritan al paciente es mejor hacerlo y tomar medidas para garantizar la seguridad del paciente y de los demás.
- El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador, se invitara a otras personas a abandonar la sala en que se encuentran si irritan al paciente.
- Examen visual breve identificando posibles riesgos para el paciente y para otros tomando en cuenta su potencial agresividad y violencia.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con puerta abierta y con otras personas de pie y presentes en la habitación manteniendo al paciente dentro del campo visual.
- No debemos exponernos a riesgos innecesarios, no se debe de intervenir individualmente ni quedar a solas ante el paciente agitado; la presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador, en casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal paramédico, de seguridad o policía.
- Si el paciente amenaza con armas: interrumpiremos la entrevista ya que esta situación excluye la actuación del profesional sanitario, no discutiremos y avisaremos al

personal de seguridad o a la policía.

Este manejo inicial debe de tomar en cuenta lo siguiente:

- Examen físico en la medida que el paciente lo permita
- Tomar y anotar signos vitales.
- Identificación y registro de los signos y síntomas que el paciente agitado presenta, principalmente señales de violencia, heridas, contusiones, otros.
- El registro del conocimiento informado

I. CONTENCION VERBAL.

La entrevista inicial es por sí misma una contención verbal, se debe de contener la agitación del paciente sin usar fármacos para su sedación en primera instancia sino utilizando la vía del diálogo y la conversación, la contención verbal es sugerida por diferentes expertos como el primer paso a dar ante un paciente agitado, los pasos a tomar en cuenta para lograr que la contención verbal sea exitosa con las siguientes (Escobar-Córdoba, 2011):

- Identificarse e iniciar la conversación con un tema neutro, es decir evitar comentarios o acusaciones referentes a su estado de agitación
- Advertir al paciente que la violencia no es aceptable hablándole de forma clara, calmada y repetida. Transmitir al paciente agitado que nuestra intención es de protección.
- Fomentar la verbalización de sus síntomas, de los problemas psicosociales, conflictos personales, familiares, etc., con preguntas directas y cortas.
- Escucha atenta, empática que facilite la verbalización de problemas. No interrumpir el discurso.
- Evitar mostrar miedo y expresar seguridad en lo que hacemos, se debe de tener control de la situación con firmeza
- Responder de forma tranquila, con un tono de voz suave, utilizando frases cortas y sencillas.

- Evitar la confrontación dialéctica sin que haya necesariamente que dar la razón al paciente.
- Si existen ideas delirantes o alucinaciones no es el momento para realizar una crítica directa y confrontadora con los mismos.
- Se debe de centrar en la resolución de problemas más que en los síntomas
- Hacerle saber el carácter transitorio de la crisis y potenciar su autoestima
- Proponer soluciones mediante el diálogo y la búsqueda de alianzas.
- Desviar su atención a otros intereses (lúdicos, comida, bebidas) sobre todo si aumenta el grado de irritabilidad a medida que pasa la entrevista.
- Promover que el paciente se conecte a su realidad estimulando su atención.
- Promover la reorientación temporal y espacial.

Además del lenguaje verbal hay intervenciones no verbales paralelas:

- Nunca darle la espalda
- Mantener nuestras manos a la vista del paciente
- Evitar movimientos bruscos y súbitos
- No intentar tocar al paciente
- No mirar fijamente a los ojos ni permanecer a un nivel más alto. La mirada no hay que dirigirla de forma directa, ni continuada al paciente.
- La postura ha de ser abierta, tranquila que invite al dialogo y a la privacidad siempre y cuando hay evidencias de que es un paciente cooperador.

II. CONTENCION FARMACOLOGICA.

La etapa de la contención farmacológica inicia en dependencia de diversos factores del contexto y de falta de repuesta a la contención verbal, cuando ha resultado inútil para disminuir la agitación, en muchas situaciones la evaluación inicial nos determina una potencial agresividad y violencia y que la agitación este dado por el consumo de sustancias psicoactivas.

El objetivo de la contención farmacológica es lograr una sedación leve en la mayor parte de los casos con la finalidad de controlar la conducta y evitar lesiones; una sedación profunda seria indicada por Ej. En síndromes de abstinencia a sustancias.

La conducta a seguir en la contención farmacológica será:

El tratamiento oral (PO) deberá ser siempre ofrecido al paciente.

- Si por falta de colaboración esta no es posible se optara por la vía intramuscular (IM), aunque es menos rápida para alcanzar los efectos terapéuticos es segura, la más utilizada y de fácil aplicación.
- En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes, la vía IV presenta más riesgos cardio-respiratorios.
- La elección del fármaco y la vía dependerán del grado de agitación. El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, que sea disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.
- Actualmente sigue siendo tema de debate qué fármacos usar solos o en combinación, o qué vía o dosis es la más efectiva, esto se expresa en la variabilidad de las recomendaciones, entre autores y guías de diferentes países.
- Las recomendaciones de uso de fármacos de modo genérico son de dos tipos, los antipsicóticos clásicos, antipsicóticos atípicos y las benzodiacepinas (OMS, 2010).
- En los antipsicóticos típicos comparten la característica de provocar una neurolepsia, definida como un enlentecimiento psicomotor, indiferencia afectiva y quietud emocional.
- Los medicamentos antipsicóticos típicos más utilizados son el HALOPERIDOL

(1958), ha demostrado mayor efectividad, considerado el medicamento estándar para la tranquilización rápida, seguido por la CLORPROMAZINA (1950), de menor potencia con relación al haloperidol pero que causa mayor sedación debido al bloqueo histaminérgico, su principal desventaja es que provoca hipotensión; no se recomienda en el delirium por su efecto anticolinérgico y a que agrava la confusión, en cardiópatas y en intoxicados por alcohol por su efecto hipotensor y en epilépticos dado que baja el umbral convulsivo (Hospital Regional Rancagua, 2010).

- Los medicamentos antipsicóticos atípicos tienen menos riesgo de afectar los signos vitales por lo que son más seguros, en este grupo están recomendados la RISPERIDONA (1994) y OLANZAPINA (1995), pero tienen riesgo metabólico de aumento de peso, hiperglicemia, hiperprolactinemia e hipertrigliceridemia.
- Los medicamentos denominados benzodiacepinas (BZD) son tanto hipnóticos como ansiolíticos propiedades relacionadas con el efecto terapéutico en la agitación, se prefieren cuando no existe un diagnóstico claro del cuadro clínico, cuando no existe una farmacoterapia específica para la condición (trastorno de personalidad por ejemplo) o cuando el diagnóstico lo amerita específicamente, en este grupo tenemos el LORAZEPAM Y DIAZEPAM como las principales alternativas.
- El Lorazepam es la única BZD con una absorción IM consistente, completa y rápida al contrario que el Diazepam que es errática por esta vía; se recomienda su uso PO o IM como medicación de primera línea para tranquilizar a un paciente agitado sin la suficiente información clínica del cuadro ante la emergencia, tiene la ventaja que en su uso combinado se puede administrar en la misma jeringa con el haloperidol.
- El uso combinado de un antipsicóticos clásico y una BZD puede producir un efecto anti-agitación superior a otras drogas cuando se usan por si solas, principalmente en el uso combinado de Haloperidol y Lorazepam en donde se encuentra mayor evidencia clínica (Yildiz, 2003), en la administración IM debemos de tomar en cuenta la absorción errática del Diazepam.

Las principales características farmacocinéticas son presentadas en el Anexo 2, el siguiente cuadro proporciona información de la conducta farmacológica a seguir en la agitación psicomotriz: (Yildiz, 2003) (López, 2012) (Torres, 2010).

TABLA No 5
INDICACIONES FARMACOLOGICAS SEGÚN CONDICION CLINICA

Condición clínica	Medicamento	Indicación / Esquema de Medicación	Observación
Agitación orgánica	Haloperidol 1ra opción	2.5-5 mg/IM/ stat y repetir previa evaluación médica a los 30-45 min hasta lograr sedación	Máximo 20 mg/día Riesgo elevado de RAM. Toma S/V
	Risperidona 2da opción	0.5-2 mg/PO/día BID	Máximo 9 mg/día Toma de S/V
	Lorazepam	0.5-1 mg/día PO	En Demencia de cuerpos de Lewy
Agitación psicótica	Haloperidol 1ra opción	2.5-5 mg/IM STAT y repetir previa evaluación médica a los 30-45 min hasta lograr sedación	Máximo 20 mg/día Riesgo elevado de RAM /Toma de S/V
	Risperidona 2da opción	2 mg/PO/día BID	Máximo 9 mg/día
	Diazepam	5-10 mg/IM y repetir previa valoración médica cada 30-45 min hasta lograr sedación.	Toma de S/V
	Lorazepam	2-5 mg/IM y repetir previa valoración médica cada 30-45 min hasta lograr sedación	Máximo 8 mg/día
	Haloperidol + Lorazepam 1ra opción	5 mg + 2-4 mg/IM/STAT y repetir previa evaluación médica cada 30-45 min hasta lograr sedación	Toma de S/V
	Haloperidol + Diazepam 2da opción	5 mg + 10 mg/IM/STAT y repetir cada 30-45 min hasta lograr sedación	Toma de S/V
	Clorpromazina	50-100 mg PO / IM / IV y repetir cada 30-45 minutos hasta lograr sedación	Toma de S/V
Agitación No Psicótica	Lorazepam* 1ra opción	2-5 mg/IM o PO y repetir cada 30-45 min hasta lograr sedación	Indicado en ancianos y pacientes con insuficiencia hepática
	Diazepam 2da opción	10-20 mg/ IM o PO y repetir cada 30-45 min hasta lograr sedación	Toma de S/V

*Reacciones Adversas de Lorazepam: sedación excesiva, ataxia, hipotensión.

Contraindicaciones. Miastenia Gravis, Insuficiencia Respiratoria Severa, Insuficiencia Hepática Grave .

El manejo en sala de urgencias u hospitalización debe contener las siguientes indicaciones

- 1 - Dieta general o hipo sódica según la condición del paciente.
- 2 - El esquema de medicamento elegido (Cuadro No. 5).
- 3 - Una vez lograda la sedación, continuar con la vía de administración PO si esta se acepta y tolera, en caso contrario:
 - Opción 1. Haloperidol 5 mg/IM cada 12 hrs por 48-72 hrs.
 - Opción 2. Lorazepam 4 mg/IM cada 8/12 hrs por 48-72 hrs. Hasta lograr la sedación y luego continuar con medicación PO.
- 4 - Exámenes en dependencia de la anamnesis: BHC; EGO, Glicemia, Creatinina, VIH y Toxicología si fuese el caso
- 5 - Signos Vitales enfatizando la toma de los mismos por complicaciones c/4 hrs y PRN.
- 6 - Vigilar y reportar por presencia de sedación excesiva, fiebre, dificultad respiratoria o Reacciones Adversas Medicamentosas entre ellas la distonía aguda que es una contractura muscular involuntaria principalmente de los músculos de cuello y cara.
- 7 - Ubicación del paciente cerca de estación de enfermería
- 8 – Reporte de Enfermería al médico si continúa agitación o agresividad.
- 9 - Vigilancia médica c/8 hrs y PRN.

SITUACIONES ESPECIALES:

- Las personas de tercera edad suelen ser más sensibles a los efectos secundarios de los antipsicóticos presentando con más frecuencia sedación, hipotensión y efectos anti colinérgicos por tal razón se debe de disminuir la dosis a la mitad del esquema de medicamento elegido (Cuadro No. 4).
- Personas con insuficiencia hepática o renal: Disminuir dosis a la mitad del esquema elegido (Cuadro No. 4).

- Uso en embarazadas mayores de 10 semanas, se debe de priorizar la contención verbal. Se pueden utilizar antipsicóticos (Haloperidol, Clorpromazina) y BZD solos o combinados en menor dosis y periodos breves.
- El Haloperidol posee el nivel de evidencia más alto en Delirium (Bustos,2010), pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), insuficiencia renal crónica (IRC) y enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC).

Una vez controlada la agitación es importante determinar la etiología y tratar según la misma.

III. CONTENCION FISICA O MECANICA.

Llamada también contención mecánica o sujeción, es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama; se utiliza ante el fracaso de la contención verbal o química y siempre tendrá como objeto la seguridad del paciente (Vall, 2012).

La contención física supone un enfrentamiento ético entre la libertad, la autonomía del paciente y la inmovilización de forma involuntaria llevada a cabo con fines de beneficencia para protección del paciente por lo que es fundamental seguir estrictamente el protocolo de actuación, la indicación de la contención mecánica la hará siempre el médico.

La contención mecánica tiene las siguientes indicaciones (Carcoba, 2012):

- Prevenir lesiones en el propio paciente y a terceros.
- Para evitar interferencias en los programas terapéuticos
- Destrucción incontrolada de mobiliario y otros elementos del entorno.
- Reducir estímulos sensoriales
- Desinhibición sexual y persecución reiterada con intenciones sexuales sobre personas del entorno no controlable por otros medios.
- Evitar la fuga del paciente.

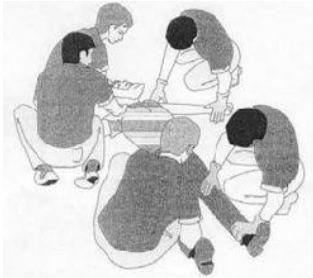
Las situaciones en las que no se debe de aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- Que no exista indicación médica para hacerlo
- La agitación ha sido resuelta por medidas verbales o farmacológicas.
- Utilizarla como castigo o pena.
- Cuando está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista suficiente personal.

En el procedimiento de la contención mecánica es necesario tomar en cuenta (Hospital Universitario 12 de Octubre, 2003):

- Que el médico es el responsable de la indicación, este debe de registrarla en el expediente clínico.
- Actuar de manera rápida y sin vacilaciones una vez indicado, eliminar de su alcance cualquier objeto potencialmente peligroso.
- En la ejecución explicar al paciente la necesidad de la sujeción, que es transitoria y de beneficio, el personal que va a intervenir en la contención no llevara objetos que puedan producir daño (gafas, cadenas, lapiceros, lápices).
- Durante la ejecución la actitud del equipo debe de ser evitar en la medida de lo posible hablar con el paciente, no mostrar cólera, ser firme y amable, respetuoso, evitar golpear, no se debe usar violencia física ni verbal y evitar responder a las provocaciones del paciente.
- El personal que realiza la sujeción es de 5 personas (cada uno sujetando una extremidad y el quinto la cabeza), uno de ellos debe ser designado como responsable del procedimiento.

- Se sugiere que cada una de las personas implicadas debe de sujetar uno de los miembros dejando libre las articulaciones, quien da las indicaciones es el responsable del procedimiento.



- Para trasladar al paciente que no colabore se realizara sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo el hombro (Pérez, 2003).



- Se debe utilizar sujeciones estandarizadas: Juego de correas compuesto por cinturón ancho abdominal (1), muñequeras (2), tobilleras (2) (Rodríguez, 2012); estas correas se diferencian por el sistema de cierre, este puede ser de velcro, y anillas, se debe de evitar con sábanas, tiras, vendas, cordones, mecates, etc. El cinturón abdominal permite al paciente movimientos de giros a ambos lados, incorporarse parcialmente sin caer de la cama, en su parte inferior está sujeto a la cama y el área de amarre es sobre el abdomen; las muñequeras y tobilleras serán acolchonadas para evitar la fricción. (Hospital la Fuenfria y Clínico san Carlos 2010).



- Colocar al paciente en decúbito supino con la cama ligeramente inclinada en treinta grados.
- La sujeción lleva el orden de cintura, miembros superiores en muñecas e inferiores en los tobillos.
- Sujetar un mínimo de 2 miembros alternos y un máximo de 4 miembros.
- En el periodo agudo es recomendable la sujeción en los 4 miembros, cuando la agitación ceda parcialmente se pueden realizar sujeciones de 2 miembros cruzadas o alternos (miembro superior de un lado y el inferior contra lateral).
- Revisar cada 30 minutos el estado del paciente y las sujeciones, valorando la comprensión vascular y nerviosa a fin de prevenir el trombo-embolismo, laceraciones, edemas (Fernández, 2009), pasado este tiempo hay que liberar alternativamente uno de los miembros, permitiendo que estén libres al menos unos 15 minutos.
- Valorar hidratación, nutrición, higiene, signos vitales. La alimentación se hará en base a evitar los peligros de aspiración que supone la posición y la sedación por fármacos, es preferible que lo haga el propio paciente liberando uno de los miembros superiores.
- Asegurar la observación del médico en las 3 hrs posteriores a la sujeción y una a las 8 hrs reevaluando la necesidad de la continuidad o no de la medida de contención.
- Las des - contención física será progresiva (parcial a total).
- El personal de enfermería debe anotar la fecha, la hora de inicio y fin de la contención, verificar que se ha explicado la medida, la indicación, el tipo de contención física, el estado del paciente y las medidas empleadas que han fracasado.

Una vez controlada la agitación y reducido los riesgos de la misma, se procede a determinar la etiología de la misma si no ha sido suficientemente investigada; si es de origen orgánico y que amerite mayores estudios diagnósticos y atención por neurología o neurocirugía se debe de referir al hospital del tercer nivel indicado, igual si su etiología corresponde a un nivel psicótico que amerite una hospitalización por psiquiatría; no se debe de perder de vista que en determinadas situaciones esta agitación está relacionada con situaciones de violencia o con aspectos medico legales.

Resuelta la crisis de agitación psicomotriz y tratada la causa que la desencadena el paciente debe de mantenerse bajo observación por 48 hrs a 72 hrs para su alta, el seguimiento se hará en el nivel respectivo y asistiendo a la unidad de salud que le corresponda.

XI. COMPLICACIONES

La contención verbal no tiene complicación alguna, en la contención farmacológica son las reacciones adversas de los antipsicóticos y en la contención física las derivadas del acto de inmovilización y sujeción.

Las reacciones adversas farmacológicas se agrupan en reacciones neurológicas y anticolinérgicas; estas serán reportadas de acuerdo al manual de procedimientos para el uso racional de insumos médicos (Norma – 088) en dado caso el paciente con agitación las presente derivado del uso de psicofármacos.

Las reacciones neurológicas incluyen efectos parkinsonianos por medicamentos (temblor de reposo, acinesia, rigidez); distonía aguda (espasmos musculares prolongados, lentos); acatisia (sentimiento subjetivo de agitación); síndrome neuroléptico maligno (fiebre, sudoración, confusión, aumento de la presión arterial y del pulso, rigidez muscular, elevación de la creatinina-cinasa, insuficiencia renal); discinesia tardía (movimientos anormales involuntarios de la lengua, la cabeza, la cara y la boca) y convulsiones.

Las reacciones anticolinérgicas incluyen efectos periféricos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria) y efectos centrales (agitación grave y confusión).

Ante los efectos de tipo parkinsoniano se debe de reducir la dosis del antipsicótico, si estos persisten se considera la prescripción de anti-parkinsonianos como el Biperideno 2-4 mg/día PO y/o IM STAT y/o Trihexifenidilo 5 mg/PO.

Con el uso de las benzodiacepinas son la somnolencia, la sedación y la debilidad muscular los efectos adversos más frecuentes. Otros menos frecuentes son vértigo, cefalea, confusión, depresión, disartria, cambios en la libido, temblor, trastornos visuales, retención urinaria o incontinencia, alteraciones gastrointestinales, cambios en la salivación y amnesia.

En la contención mecánica las principales complicaciones son derivadas de la sujeción misma, tales como compresión vascular y nerviosa que pueden provocar daños severos o permanentes como edemas, laceraciones, compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia o estrangulación); úlceras por presión, incontinencias urinaria o intestinal y predisposición a infecciones; inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración y evitar la inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.

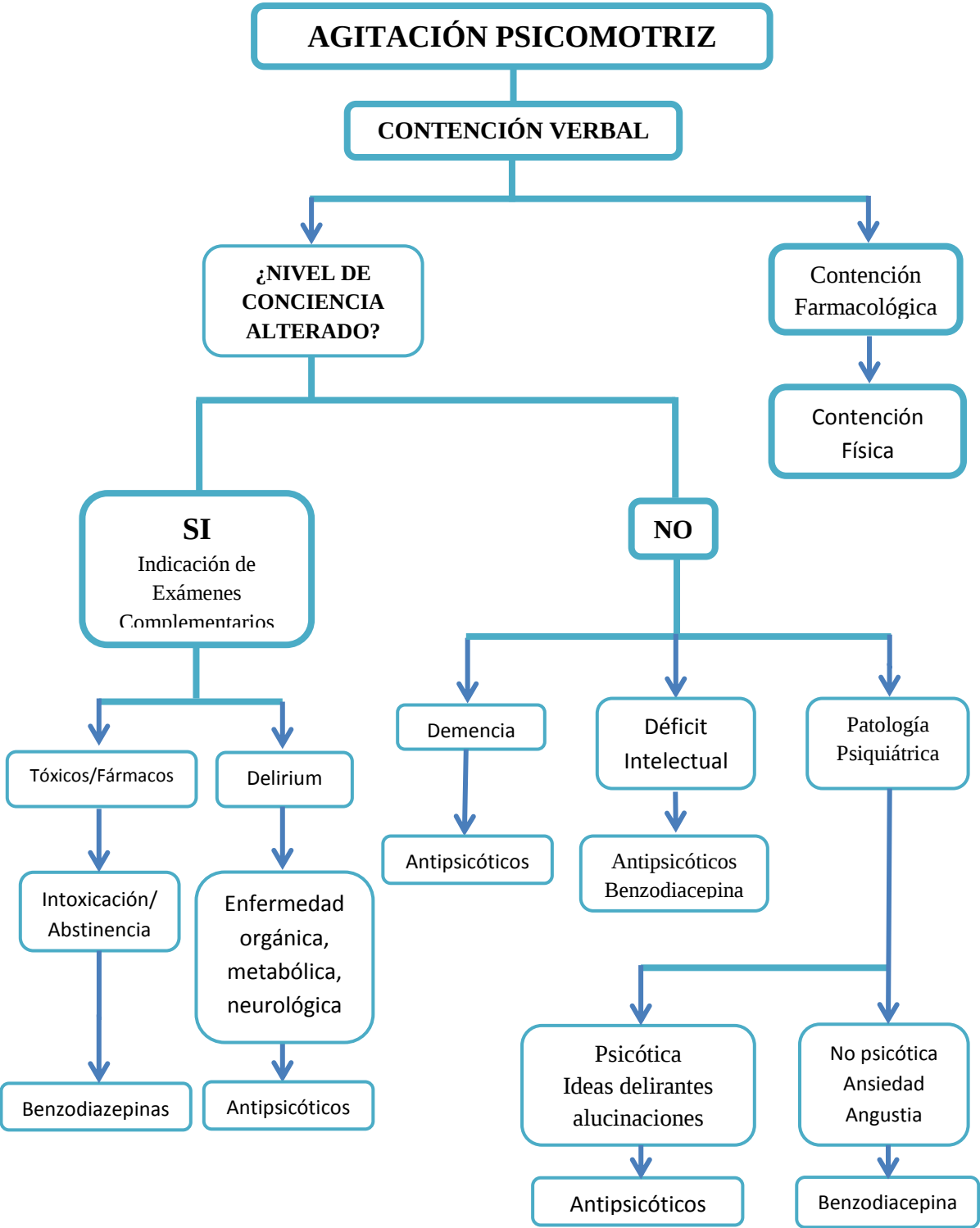
XII. EDUCACION, PROMOCION Y PREVENCION.

Dada que la conducta de agitación psicomotriz es un problema frecuente y que demanda pronta atención es necesario que los contenidos de esta guía sean conocidas además de los trabajadores del sector salud por personas que trabajan en organismos como la Policía Nacional, los Bomberos, Cruz Roja y el personal entrenado para realizar intervenciones en casos de desastres, etc.; en especial el personal del sector salud que labora en las salas de emergencia, ya que es imprescindible que se apropien de la guía de práctica clínica, esto va a favorecer en gran medida una mejor evaluación y control de la agitación psicomotriz así como reducir las referencias innecesarias al hospital psicosocial

Es necesario conocer los factores de riesgo y la etiología de las patologías orgánicas y psiquiátricas que desencadenan la agitación psicomotriz para que el trabajador de la salud tenga habilidades y competencias en el manejo inicial de la agitación y una vez identificada la causa pueda incidir sobre ella a fin de prevenir nuevos episodios de agitación.

En todo momento se debe de promover el respeto a la integridad física y los Derechos del paciente, actuar de manera profesional con la aplicación adecuada de los conocimientos que esta guía fomenta a fin de evitar daños y secuelas innecesarias al aplicar las medidas de contención de los estados de agitación psicomotriz.

XIII. ALGORITMO



XIV. BIBLIOGRAFIA

Bustos, J. C. (2010). Excitación psicomotriz: manejo en los diferentes contextos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 291-304.

Carcoba, N. G. (2012). Contención mecánica en urgencias. *Nure Investigación*.

Escobar-Córdoba, F.-B. (2011). Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Universitas Médicas*, 421-430.

Fernández, V. M. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 121-

132. García, A. B. (2012). Agitación Psicomotriz. *Cad Atención Primaria*, 73-77.

Hospital la Fuenfria y Clínico San Carlos. (2010). *Protocolo de contención de movimientos en pacientes*. Madrid: Hospital Clínico San Carlos. Hospital Regional Rancagua. (2010). Hospital Universitario 12 de Octubre. (2003). *Protocolo de contención mecánica de movimientos*. Madrid.

INSM-HD-HN. (2013). *Guía de practica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental.

López, M. (Julio de 2012). Manejo farmacológico del paciente agitado con riesgo de conducta agresiva. San José, Costa Rica.

Mantilla, C. R. (2005). Urgencia Psiquiátrica. En R. d. Ministerio de la Protección Social, *Guías Básicas de Atención Medica Pre hospitalaria* (págs. 191-202). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

MINSA. (2011). *Normativa 070: norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud*. Managua: Ministerio de Salud.

OMS. (1992). Trastornos Mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En O. M. Salud, *Decima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de salud*. Washington: OPS.

Pérez, S. (2003). Protocolo de restricción de movimientos. *Enfermería Global No 2.*, 1-8.

Rodríguez, M. A. (Junio de 2012). Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica.

Albacete, España. Torres, J. P. (2010). *El paciente agitado: su manejo en urgencias*.

Málaga.

Vall, m. (Febrero de 2012). Breves consideraciones ante las contenciones físicas. Aspectos éticos y legales. *XII Congreso de Psiquiatría virtual.com*. Tarragona, España.

Yildiz, A. S. (2003). Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerge Med*, 339-346.

XV. ANEXOS

Anexo 1 Escala para valorar la intensidad de la agitación psicomotriz Adaptación de Overt Aggression Scale (OAS)

<i>Agresión verbal</i>	Puntos
1. <i>Habla en voz muy alta, grita con enfado</i>	1
2. <i>Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «Eres tonto»)</i>	1
3. <i>Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo</i>	1
4. <i>Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse así mismo</i>	1
<i>Agresión física contra uno mismo</i>	
5. <i>Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo(en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)</i>	2
6. <i>Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)</i>	2
7. <i>Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves</i>	2
8. <i>Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes</i>	2
<i>Agresión física contra objetos</i>	
9. <i>Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo</i>	3
10. <i>Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes</i>	3
11. <i>Rompe objetos, como las ventanas y cristales</i>	3
12. <i>Prende fuego, arroja objetos peligrosamente</i>	3
<i>Agresión física contra otras personas</i>	
13. <i>Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa</i>	4
14. <i>Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)</i>	4
15. <i>Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)</i>	4
16. <i>Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)</i>	4
<i>Puntaje total</i>	

VALORACIÓN INTENSIDAD AGITACIÓN PSICOMOTORA		
Agitación	(Nivel Bajo)	Igual o menor a 10 puntos
		Cualquiera de los ítem 1,2,3,4 ó 5
Agresividad	(Nivel Medio)	Entre 10 y 20 puntos
		Cualquiera de los ítem 6 , 7, 8, 9 , 10, 11 ó 12
Violencia	(Nivel Alto)	Más de 20 puntos
		Cualquiera de los ítem 13, 14, 15 ó 16

Anexo 2. Principales características Farmacocinéticas y dosis de medicamentos indicados en el manejo del paciente agitado.

Fármaco	Vida Media hrs	Vía	Dosis Inicio mg	Inicio de acción min	Metabolismo
Haloperidol	21-24	PO,IM,IV	5-10	20	Hidroxilación Metilación hepática C2D6 3 A 4 Excreción fecal
Clorpromazina	23-37	IM	25-50	30-60	Hidroxilación Metilación hepática C2D6 3 A 4 Excreción fecal urinaria
Risperidona	20	PO,IM	1-4	días	C 2D6 Excreción urinaria y heces
Olanzapina	21-54	PO,IM	10	15-45	Hepática C 1A 2,2D6, Monooxigenasa3 con flavina. Excreción urinaria y heces
Diazepam	20-50	PO,IM,IV	5-10	15-45	Oxidación (C YP 3 A 3·/4 y 2C19
Lorazepam	8-30	PO,IM	0,5-2	15-20	Conjugación hepática
Clonazepan	27-51	PO	0,5-2	15-20	Hepática Nitroreduccion C YP 3 A ¾