

CAPITULO 2

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Yolanda María Malavé Pérez 0000-0002-1632-0864 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
yolanda.malave@ucacue.edu.ec

Diana Laura Guerra Ortega 0000-0001-5401-1061 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
diana.guerra@ucacue.edu.ec

Sandra Verónica Luzuriaga Torres 0000-0001-6741-6543 

Docente, de la Carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Sede Azogues.
svluzuriagat@ucacue.edu.ec

I. INTRODUCCIÓN

La Agitación psicomotriz es una asociación de síntomas y signos que se presentan en diversos trastornos manifestándose con incremento de la actividad motora que puede generar conducta violenta y de riesgo a la persona, volviéndose en un estado emergente que requiere de intervención médica oportuna, la intensidad varía dependiendo de la situación y del individuo, pudiendo ir desde una simple inquietud hasta una serie de movimientos extremos sin encontrar tranquilidad ni finalidad alguna, derivando situaciones de agresividad, desde la agresividad verbal hasta la física severa con tendencias que pueden llevar a la autodestrucción con comportamiento que derive en el suicidio, además de ocasionar la afectación de su entorno incluyendo en muchas ocasiones a terceros (1).

Este conjunto de síntomas están enmarcados en los trastornos de la conducta, teniendo múltiples causas como psiquiátricas u orgánicas que pueden estar asociadas al consumo de sustancias nocivas, mismas que generan consecuencia graves e inclusive fatales, en la actualidad existe poca información debido a la poca atención que se da a este tipo de trastornos, dejando de lado la investigación y atención a este tipo de pacientes (2).

El síndrome de agitación psicomotriz requiere de una intervención inmediata en urgencia hospitalaria y por personal entrenado para la atención de dicha condición clínica.

II. DEFINICIÓN

La agitación psicomotriz representa ser un síndrome de hiperactividad física-mental sin control que aparece en el curso de cualquier cuadro psiquiátrico y en menor medida como resultado de otras condiciones médicas descompensadas, se manifiesta por elevada excitación cognoscitiva más hiperactividad motora que se torna consistente y variable,

oscilando entre una mínima inquietud hasta llegar a movimientos descoordinados sin una causa determinada, esta condición generalmente se manifiesta con irritabilidad, inquietud, conductas inapropiadas que pueden generar violencia que representan un riesgo para la total plenitud de la salud integral de la persona tanto psíquica como física y del personal de atención médica (1,3).

III. ETIOLOGÍA

Son varias las causas que llevan a la agitación psicomotriz, dentro de las cuales se incluyen causas orgánicas endocrino metabólicos, tóxicas, neurológicas, psiquiátricas, de comportamiento antisocial e infecciosas, los trastornos endócrino-metabólicos que están relacionados con agitación son hipoglucemia e hiperglicemia, hipoxia, hipercapnia, acidosis metabólica o respiratoria, trastornos de los electrolitos (Na, K, Mg, Ca-), encefalopatía hepática, encefalopatía urémica en pacientes con insuficiencia renal o hepática, hipo e hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal aguda y sepsis, las causas relacionadas con fármacos y tóxicos que generan esta condición contemplan el uso de psicofármacos de forma inadecuada (ansiolíticos, anticolinérgicos, hipnóticos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos, estimulantes como el metilfenidato), simpaticomiméticos, corticoides, así como sustancias de abuso con alcohol, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y opiáceos, además el síndrome de abstinencia (4–6). El uso de drogas es la principal causa de trastornos mentales graves aumentando el número de hospitalización, mortalidad, recaídas, incapacidad temporal o permanente, uso de otros servicios médicos por múltiples complicaciones, afectación familiar y psicosocial (7).

Las enfermedades neurológicas tales como encefalopatía hipertensiva, enfermedad cerebrovascular, meningitis y encefalitis, tumores, traumatismos craneo encefálicos, crisis comiciales también se relacionan con agitación psicomotriz, a la vez las enfermedades psiquiátricas en las que se ve esta condición con más frecuencia son en pacientes dentro del grupo de psicosis como la esquizofrenia y cuadros psicóticos agudos, pacientes con trastornos afectivos que incluyen trastorno bipolar, depresión mayor, ansiedad con ataques de pánico o ansiedad paroxística episódica, estrés agudo, trastornos de la personalidad destacando el trastorno límite y disocial de la personalidad, trastornos generalizados del desarrollo como la discapacidad intelectual, el autismo y otros como los de conducta de aparición en la infancia o edades tempranas como el trastorno por déficit de atención con o

sin hiperactividad o el trastorno negativista desafiante, y en el transcurso de enfermedades neurodegenerativas como las demencias; otras causas de agitación psicomotriz, no menos importantes, son los cuadros infecciosos, enfermedades tumorales y autoinmunes, reacciones anafilácticas, déficit vitamínicos, cisticercosis, insuficiencia respiratoria, cardíaca, hepática, renal, pacientes con politrauma y en algunos paciente en el período postoperatorio (5,6,8).

Los pacientes que tienden a presentar violencia con mayor frecuencia son los consumidores y dependientes de sustancias y los relacionados con las causas psiquiátricas, como los que padecen trastornos psicóticos como la esquizofrenia y con trastornos afectivos más que nada en estados maníacos de trastorno bipolar. Entre las sustancias nocivas la de mayor proporción relacionada con la agitación psicomotriz es el alcohol (6,7).

IV. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la agitación psicomotriz no es tan precisa y deja algunas interrogantes, sin embargo, puede relacionarse con la causa de la enfermedad e independientemente de la causa que genere el estado de agitación puede estar relacionado con incremento de la actividad noradrenérgica y dopaminérgica, además de afectación gabaérgica y serotoninérgica, de hecho, suele ser por sobre control prefrontal cortical debido a impulsos agresivos o de emoción (8).

V. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Un adecuado diagnóstico clínico incluye el abordaje inicial del paciente que permita determinar la gravedad de la condición, mediante la anamnesis, examen físico y pruebas complementarias, con la finalidad de identificar signos, síntomas, enfermedades y tratamientos recibidos, además es indispensable la monitorización de signos vitales y la realización del examen neurológico siempre y cuando sea posible.

Manifestaciones clínicas:

El paciente con agitación psicomotora presenta incremento marcado y repetitivo de la actividad motora y verbal, irritabilidad, pérdida de control, síntomas vegetativos tales como sudoración, boca seca, taquicardia, midriasis y pueden o no presentar cuadros de agresividad. Las alteraciones mentales se hacen evidentes y contemplan miedo que lleva al pánico, ira, euforia, falta de autocontrol, ideas delirantes con tendencias paranoides, habla

con discurso desorganizado y labilidad emocional (8).

Abordaje Inicial para el diagnóstico:

En este primer punto es indispensable determinar la gravedad, evolución y el tratamiento del paciente, por lo que una evaluación asertiva inicia determinando el potencial riesgo y prestando atención a normas de seguridad oportunas, así, es indispensable que para la evaluación del paciente con tendencia violenta haya un entorno apropiado para esta condición, procurando que el lugar de atención sea privado, pero no totalmente aislado y se recomienda que haya vigilancia de seguridad como también procurar que la puerta este abierta y permita la salida rápida del médico en el caso que sea necesario. Inicialmente en la consulta se deben determinar signos posibles o inminentes de agresividad tales como: gestos o actitudes, sarcasmo, actitud de tensión de las manos como hacer puños, tono fuerte de la voz o hablar más rápido, conducta de enojo o agresiva, cambios de postura fuertes, actos como golpear objetos, para continuar con la evaluación (4,10).

Se recomienda que en el interrogatorio se apliquen técnicas verbales y visuales correctas, así, el uso de técnicas verbales efectivas es de total importancia en estas condiciones y se debe usar el tono adecuado de voz procurando que sea tranquilo, relajante con honestidad y de manera directa, por cuanto al contacto visual no debe ser directo y el médico debe mantenerse distanciado del paciente al menos a dos brazos de distancia. En el interrogatorio se deben dirigir las preguntas hacia la parte violenta de una manera directa y relevante, esto ayuda al paciente a compartir las emociones, dependiendo de la causa de la condición del paciente, ya que en pacientes con psicosis esta técnica tiene menos efectividad y por el contrario en pacientes con trastornos de la personalidad no tiene utilidad demostrada (4).

Escalas complementarias para el diagnóstico:

Existen escalas complementarias para medir estado de agitación psicomotriz y son útiles para la identificación de la gravedad y de la evolución del paciente, así como del empeoramiento o mejoría del mismo. Las escalas que se pueden utilizar son las siguientes CGI-S y CGI-I, ACES, PANSS Excitado Component (PANSS-EC) y se detallan a continuación (6,11,12):

- CGI-S: evalúa la gravedad actual de la agitación utilizando puntuaciones que oscilan entre 1 a 7, siendo 1 normal y 7 pacientes muy agitados. Se puede utilizar al momento

del ingreso del paciente

- CGI-I: evalúa la mejoría del paciente con puntuaciones que van desde 1 a 7, siendo 1 mejoría y 7 empeoramiento. Esta evaluación se basa en relación al ingreso con la evolución de la intervención farmacológica y medidas empleadas como tratamiento
- ACES: consta de un ítem que evalúa agitación y sedación en el momento de la evaluación. La puntuación varía de 1 a 9, siendo 1 agitación marcada, 2 agitación moderada, 3 agitación leve, 4 comportamiento normal, 5 calma leve, 6 calma moderada, 7 calma marcada, 8 sueño profundo, 9 imposible de despertar. Es una escala con alta confiabilidad y validez
- PANSS-EC: esta escala consta de 5 elementos para la valoración de pacientes con agitación. Cada uno se clasifican de 1 a 7, siendo más severo 7, la puntuación puede variar desde 5 a 35, interpretándose una puntuación de mayor o igual a 20 como un paciente con agitación clínicamente intensa.

VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios deben ir dirigidos a la identificación de la causa de la agitación psicomotora dependiendo de la sospecha clínica, se puede realizar hemograma completo para descartar infecciones especialmente del sistema nervioso central más análisis del líquido cefalorraquídeo, glucemia en casos de trastornos glicémicos, además se solicita función hepática, renal, pruebas tiroideas, serología para sífilis, VIH, cisticercosis, metabolitos urinarios para drogas tales como cocaína o marihuana y prueba de embarazo. En el caso de que se requiera descartar de epilepsia o cardiopatías se debe realizar electroencefalograma y electrocardiograma. La realización de Tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral debe estar orientada a descartar neoplasias, neurocisticercosis, lesiones del sistema nervioso central y accidente cerebrovascular (8).

VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para el diagnóstico diferencial se debe tomar en consideración varios parámetros como son: el nivel de conciencia, comportamiento, la forma de hablar del individuo, el contenido del pensamiento y sensopercepción, estado cognitivo, somatización con síntomas como taquicardia, diaforesis, taquipnea, focalidad neurológica (13), las principales diferencias de una agitación orgánica y psiquiátrica se observan en la tabla 1.

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
NIVEL DE CONCIENCIA	Fluctuante Alteración de conciencia (obnubilación, sobre todo nocturna)	No suele fluctuar
COMPORTAMIENTO	Inquieto, actitud exigente, vociferante, demanda ayuda, se arranca vía/sonda	Puede existir hostilidad o agresividad verbal hacia acompañantes o interlocutor
HABLA (“FORMA”)	Discurso incoherente	Tono elevado, verborreico, disgregado en esquizofrenia, fuga de ideas en episodio maníaco
CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y SENSOPERCEPCIÓN	Delirios de contenido paranoide, de perjuicio, delirio ocupacional. Alucinaciones visuales o auditivas	Ideación delirante paranoide o de perjuicio en t. psicóticos. Delirios megalomaniacos en manía. Alucinaciones auditivas en t. psicóticos
ESTADO COGNITIVO	Desorientación temporo-espacial, amnesia completa del episodio	Orientación temporo-espacial generalmente no afectada. No amnesia
OTROS DATOS	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica, diaforesis	Antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos, aunque la presencia de ellos no descarta otra causa de agitación.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la agitación por causas orgánicas y psiquiátrica (Tomado de García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020)

Delirium o síndrome confusional agudo (SCA):

Se debe considerar como el primer diagnóstico diferencial; debido a que es una alteración rápida de la conciencia representada por deterioro completo de las funciones cognoscitivas, y confusión (14).

Como características relevantes del síndrome confusional agudo según el DSM IV tenemos:

“Alteración de la conciencia con disminución para centrar, dirigir o mantener la atención, cambio en las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de alguna alteración perceptiva que no se explica por demencia previa, la alteración se presenta en un breve tiempo regularmente en horas o días, demostración por medio de la ficha clínica, examen físico y exámenes de laboratorio que el problema es producto inmediato de una patología previa como intoxicación, abstinencia de sustancias psicoactivas” (15).

El delirium se muestra como un empeoramiento vespertino o nocturno, en el Síndrome Confusional Agudo también están presente los factores predisponentes tales como edad avanzada, antecedentes de enfermedades neurológicas, trastornos del metabolismo,

cirugías nuevas. Esta patología debe ser tratada de manera rápida y oportuna por el profesional de salud quien deberá centrarse en desechar la organicidad del cuadro clínico y cambios psicopatológicos notables y observar al paciente hasta la resolución del cuadro (14).

Agitación orgánica:

Se puede sospechar de organicidad cuando el paciente presente agitación de comienzo agudo o subagudo, más prevalente en pacientes ancianos sin antecedentes psiquiátricos. Es característico la presencia confusión, deliro, alteración de la conciencia, desorientación hiperreflexia muscular y dificultad para la marcha. Es típico encontrar a un paciente sudoroso, inquieto que vocifera por ayuda o que se desespera y se arranca las vías o sondas, además puede haber alucinaciones visuales y periodos de fluctuación; es decir, la variación de los ciclos calma y agitación nocturnos. En el examen físico puede aparecer, taquicardia, taquipnea, fiebre, diaforesis, manifestaciones neurológicas con alteraciones en los exámenes neurológicos de imagen y de laboratorio (16).

Agitación psiquiátrica:

Dentro de las manifestaciones que el paciente refiere son: alucinaciones auditivas, delirantes y maníacas con lenguaje verborreico y vociferante, agresividad, disforia o euforia. El paciente generalmente conserva su estado de conciencia y se encuentra orientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), aunque algunos solo se orientan en el aspecto temporoespacial. Por lo general presentan antecedentes psiquiátricos establecidos y descompensados con manifestaciones tales como fiebre, dolor o constipación que exacerban cuadro de agitación psicomotriz especialmente en pacientes con demencia (16).

Demencia/Retraso mental

El mayor porcentaje de los casos por agitación es una respuesta al malestar personal como dolor, fiebre, constipación para lo cual es necesario conocer la causa y tratarla, en otros pacientes se debe a un cambio en su estilo de vida (14).

Intoxicación/Abstinencia

En los casos de intoxicación debe existir en primera instancia el antecedente de consumo reciente de sustancias nocivas en dosis elevadas, no debe existir síntomas como consecuencia de enfermedad médica ni trastornos mentales, por lo que es importante confirmar mediante análisis toxicológico, esto significa que los síntomas serán característicos por la supresión o disminución de la sustancia nociva (13), en la tabla 2 se

evidencia el principal cuadro clínico asociado con abstinencia a sustancias más utilizadas a nivel mundial (17).

SUSTANCIA	CLÍNICA DE ABSTINENCIA
ALCOHOL	Temblores, insomnio, sudoración, náuseas, pudiendo llegar a convulsiones o Delirium Tremens en los casos más graves
SEDANTES E HIPNÓTICOS	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio y convulsiones.
OPIÁCEOS (HEROÍNA)	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio y convulsiones.
COCAÍNA	Depresión, irritabilidad, insomnio, cambios en el apetito, náuseas, letargia, anergia, enlentecimiento psicomotor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnía, apatía
ANFETAMINAS, CANNABIS, INHALANTES, TABACO	Fatigabilidad, trastorno del sueño, alteraciones del apetito, irritabilidad y humor depresivo

Tabla 2. Signos y síntomas de la abstinencia por sustancias nocivas más utilizadas. *(Tomado de Guitiérrez Rodríguez R, Castaño López M, Villar Fernández E. Deprivación de drogas - Manual Clínico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020)*

VIII. CRITERIOS PARA REFERENCIA O TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

En este contexto, el médico de atención primaria que se encuentre en esta situación debe ser capaz de (1):

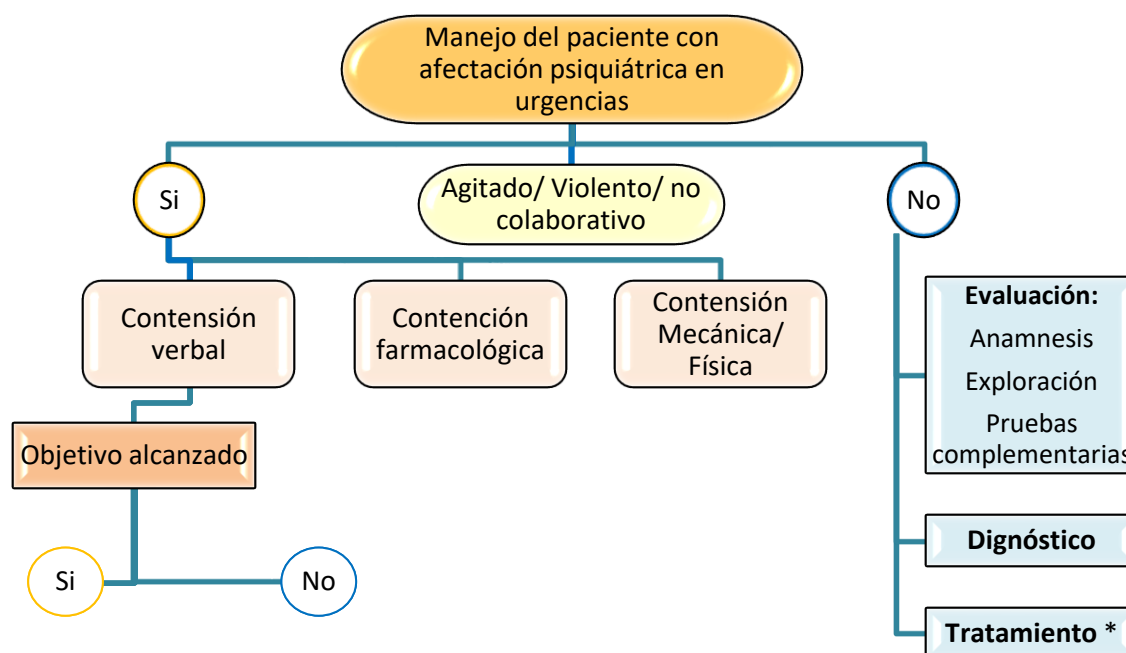
- Expresar un diagnóstico provisional de trastorno psiquiátrico o enfermedad mental, que se sustentan como las únicas causas para ingreso.
- Identificar que la situación en escena corresponda con la urgencia.
- Decidir qué tan conveniente resulta la sujeción física y la sedación farmacológica.
- Redactar el respectivo informe de derivación
- Emitir instrucciones pertinentes al personal de salud y al personal asistencial o a cualquier individuo que intervenga para que los hechos se desarrollen con la mayor normalidad posible.
- Determinar la unidad de segundo o tercer nivel previamente autorizado y validado por el especialista en psiquiatría para la ejecución de la transferencia del paciente.

- Identificar la forma de transferencia adecuada del paciente a la unidad correspondiente con la debida monitorización y seguridad del paciente.
- No es recomendable realizar la transferencia en ambulancias con otros enfermos.
- Durante el traslado del paciente a un nivel superior es indispensable que se analice la posibilidad de que el paciente sea acompañado de personal de seguridad para conservación de la integridad física que evite autolesiones del paciente y agresiones al personal de salud a cargo.
- Una vez que el paciente sea dado de alta del nivel superior con el diagnóstico y tratamiento, mediante referencia inversa debe continuar con la monitorización de su cuadro clínico a través del primer nivel de atención.

IX. TRATAMIENTO

La identificación del paciente con esta conducta debe priorizar el manejo temprano y oportuno evaluando la necesidad de la inmovilización del paciente con contención física, esto en el caso en donde la comunicación verbal no sea efectiva por el grado de agitación psicomotriz evidenciada, además dependiendo de cada paciente y de la asociación con violencia se administra sedación química mediante la utilización de antipsicóticos de primera y segunda generación, benzodiacepinas o ketamina (4).

En los pacientes con agitación psicomotriz el objetivo del tratamiento va dirigido a la estabilización mediante procesos que tranquilicen al paciente más no sedarlos, ya que la finalidad es poder realizar una evaluación profunda y apropiada del individuo y de esta manera escoger la mejor conducta a seguir, asegurándonos de mantener una adecuada relación con el paciente respetando sus derechos como ser humano y brindándole el apoyo necesario para que exista una adecuada adherencia al tratamiento elegido según sus necesidad, en función al grado de agitación y patologías metabólicas añadidas o causantes, el algoritmo a seguir frente a un paciente con agitación psicomotriz a nivel hospitalario se evidencia en la tabla 3 (13,18).



* Tratamiento según la causa: Agitación del trastorno mental de base o causa orgánica u otros

Tabla 3. Algoritmo del manejo del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias (Tomado de Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Caravaca JM. Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: A systematic review. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. el 1 de enero de 2021;44(1):71–81)

Inmovilización del paciente o contención mecánica:

Es necesario identificar la necesidad de la inmovilización del paciente agitado y violento, mediante la contención física ya que es una medida que puede evitar lesiones agravantes, por lo que se debe instaurar de manera coordinada y rápida mediante elementos que ayuden con la inmovilización de la cintura, así como de los miembros superiores e inferiores del paciente (8).

Debe ser un proceso de duración mínima y en pacientes en los que no se haya logrado disminuir la agitación mediante técnicas verbales ya que puede relacionarse con complicaciones al no aplicarse adecuadamente, dentro de estas complicaciones incluyen hematomas, edema, cianosis distal, dolores articulares y musculares, luxaciones, esguinces.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico está basado en la sedación inmediata generalmente requiere de un antipsicótico de primera generación y de acción rápida, los más utilizados (4):

- Droperidol o Midazolam o combinación de antipsicóticos de primera generación con un benzodiacepina como Droperidol y Midazolam, haloperidol y lorazepam, que suele ser necesaria en casos en donde el paciente está muy agitado o violento.

- La utilización de benzodiacepina es útil en pacientes con agitación por drogas, abstinencia o intoxicación, al igual que en casos de agitación indiferenciada, aunque en teste ultimo también se puede utilizar un antipsicótico de primera generación.
- En el caso de pacientes con trastornos psiquiátricos establecidos se administra agentes antipsicóticos de primera generación de preferencia y antipsicóticos de segunda generación.
- En pacientes no violentos y agitados se puede administrar tratamiento vía oral (tabla 4).

ANTIPSICÓTICOS VÍA ORAL *	BENZODIACEPINAS VÍA ORAL*
HALOPERIDOL SOLUCIÓN (10-30 GOTAS)	Diazepam 10-20mg
OLANZAPINA 5-10MG (DOSIS MÁXIMA 20MG/DÍA)	Lorazepam 1-5mg
RISPERIDONA 2-4MG	Clonazepam 2-4mg
	Clorazepato 15-50mg
	Alprazolam 0,5-2mg

* Estos medicamentos solo pueden ser utilizados siempre y cuando el paciente colabore

Tabla 4. Fármacos para el tratamiento de la agitación psicomotriz por vía oral (Tomado de García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020).

Antipsicóticos de primera generación:

En esta línea de medicamentos se utilizan el haloperidol y droperidol para el control de la agitación aguda. El haloperidol tiene su inicio de acción entre 5 a 20 minutos, se puede administrar de manera oral e intramuscular, a dosis de 2,5 a 10mg y debe reducirse en adultos mayores a la mitad, se puede reaplicar la dosis en 15 a 30 minutos. El droperidol alcanza su acción entre 15 a 30 minutos con duración de 6 a 8 horas y puede administrarse intravenoso o intramuscular a dosis de 2,5 a 5 mg. Estos medicamentos se han relacionado con efectos cardíacos como arritmias que llevan a prolongación del intervalo QT, o a torsades de pointes, además, pueden ocasionar efectos extrapiramidales o reacciones distónicas por lo que se debe tratar de evitar su uso en casos de embarazo, lactantes, en síndromes de abstinencia, convulsiones o en toxicidad anticolinérgica (4).

Antipsicóticos de segunda generación o atípicos:

Dentro de este grupo de medicamentos se encuentran la olanzapina, risperidona y ziprasidona. Estos medicamentos han demostrado tener menos efectos secundarios que los de primera generación, es decir que causan menos sedación y menos efectos

extrapiramidales. La olanzapina tiene un inicio de acción entre 15 a 45 minutos con vida media de 2 a 4 horas, se administra intramuscular a dosis de 10mg, no se recomienda la utilización intravenosa por riesgo de depresión respiratoria (4).

La risperidona es más utilizada para el control de agitación en adultos mayores y en casos de esquizofrenia, se administra vía oral o intramuscular a dosis de 1 a 2mg, este medicamento es de preferencia cuando se requiere de administración oral y para controlar rápidamente la agitación. La ziprasidona tiene un inicio de acción de 15 a 20 minutos con vida media de 2 a 4 horas, se administra intramuscular u oral a dosis de 10 a 20mg, generalmente se administra en pacientes agitados por producto de esquizofrenia o bipolaridad, este medicamento se ha relacionado con prolongación del intervalo QT similar a los efectos causados por los medicamentos de primera línea (4).

ANTIPSICÓTICOS VÍA IM*	ANTIPSICÓTICOS VÍA IM*
• HALOPERIDOL 1 AMPOLLA O ½ AMPOLLA DE 5MG. SE PUEDE REPETIR CADA 30 MINUTOS. DOSIS MÁXIMA 30 MG/DÍA. • OLANZAPINA 10MG (1 AMPOLLA). REPETIBLE A LAS 2-4 HORAS. DOSIS MÁXIMA 20MG/DÍA. NO COMBINAR CON BZD. • ZIPRASIDONA 20MG (1 AMPOLLA). REPETIBLE A LAS 2-4 HORAS. DOSIS MÁXIMA 60MG. • ARIPIRAZOL 9,75MG (1 AMPOLLA). REPETIBLE A LAS 2 HORAS. DOSIS MÁXIMA 3 AMPOLLAS AL DÍA. COMBINAR CON BZD PARA CONSEGUIR SEDACIÓN.	Diazepam 10-20 mg. Clonazepam 2-4mg. Midazolam 2,5-5mg. Grado de Recomendación C en Abstinencia Alcohol y/o BZD

* Estos medicamentos son utilizados de preferencia cuando el paciente no colabora, IM: Intramuscular

Tabla 5. Fármacos para el tratamiento de la agitación psicomotriz por vía intramuscular (*Tomado de García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020*).

Terapias con combinación de medicamentos:

En el caso de pacientes agitados violentos y combativos se pueden combinar medicamentos para alcanzar mejores resultados de sedación, se puede utilizar benzodiacepinas y antipsicóticos de primera generación, como Midazolam y droperidol o lorazepam y haloperidol, para alcanzar sedación rápida y disminuir eventos secundarios.

Estas combinaciones se utilizan vía intravenosa o intramuscular con las siguientes dosis Midazolam 5mg, droperidol 5mg, lorazepam 2mg y haloperidol 5mg, además se puede administrar dosis adicionales en el caso de ser necesario cada 3 a 5 minutos de midazolam o cada 10 a 20 minutos de lorazepam (4).

ANTIPSICÓTICO + BZD*	ANTIPSICÓTICO + BZD*
HALOPERIDOL (5-10 MG IM) + MIDAZOLAM (5 MG) (GRADO DE RECOMENDACIÓN A)	Haloperidol (5-10 mg) + Midazolam (2,5 mg) Risperidona (2-4 mg) + Lorazepam (2,5-5 mg) Olanzapina (10-20 mg) + Lorazepam (1-4 mg) Riesgo de hipotensión: vigilar.

* Estos medicamentos son utilizados de preferencia cuando el paciente no colabora ya sea por vía intramuscular o intravenosa

Tabla 6. Fármacos para el tratamiento de la agitación psicomotriz por vía intramuscular o intravenosa en combinación (Tomado de García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020).

Ketamina:

Es un medicamento anestésico que se utiliza en casos de pacientes con agitación aguda y con cuadros de violencia ocasionada por delirio o abuso de drogas o cuando las terapias anteriores con benzodiacepinas y antipsicóticos han fallado, se utiliza intravenosa o intramuscular, a dosis iniciales de 1 a 2mg/kg intravenosa o de 4 a 6mg/kg intramuscular, con un refuerzo de media dosis hasta conseguir los efectos de sedación deseados, se debe tener precaución con la administración intravenosa rápida ya que se ha relacionado mayormente con la presentación de efectos secundarios tales como hipertensión, laringoespasmo, taquicardia, vómito, obstrucción de vías respiratorias, además es indispensable evitar esta medicación en casos de esquizofrenia ya que puede exacerbarla (4,19,20).

X. PRONÓSTICO:

El paciente agitado generalmente tiene un pronóstico favorable con mejoría de la conducta agitada, sin embargo, dependerá de la causa que haya generado la agitación.

XI. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. Manejo inicial del paciente Agit. 2009;21(2):121–32.
2. Télles Lapeira J, Villena Ferrer A, Rayo S, Ballesteros M, Martínez M. Guía clínica de El paciente agitado - Fistera. Elsevier [Internet]. 2018 May 6 [citado 2021 Aug 17]; Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/el-paciente-agitado/>
3. Herreros O, Gastaminza X, Morell BR, Díaz Atienza F. Agitación psicomotriz. 2014 [citado 2021 Jul 17]; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/266796213>
4. Pfaff JA, Disclosures C. 1/8/2021 psychomotor agitation - UpToDate. 2021;1–37.
5. Santiago Stucchi-Portocarrero, Lizardo Cruzado, Regina Fernández-Ygreda, Martín Bernuy-Mayta, Horacio Vargas-Murga, Franz Alvarado-Sánchez, et al. Vista de Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. [Internet]. 2014 [citado 2021 Aug 8]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1160/1192>
6. Lopez L, Adriana Lic, Villar García, Isabel Odalis Lic, Yachachin Vargas, Mardeli Massiel Asesora, et al. Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en. 2017;2020–1. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3554>
7. Santolalla Arnedo I. Impacto del consumo de drogas sobre la agitación psicomotriz en pacientes con trastorno mental grave hospitalizados - Dialnet [Internet]. [Madrid-España]: Universidad Rey Juan Carlos (España); 2016 [citado 2021 Aug 17]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157287>
8. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi I. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Rev Neuropsiquiatr. 2014;77(1):19.
9. García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hosp Univ Virgen del Rocío [Internet]. 2020 [citado 2021 Aug 17]; Disponible en: <https://www.hospitaluvrocio.es/manualclinico-urgencias/indice/psiquiatria/paciente-agitado/>
10. Bustos J, Capponi I, Ferrante R, Frausin M, Ibañez B. Excitación psicomotriz:

- “manejo en los diferentes contextos.” Rev Argentina Clínica Neuropsiquiátrica [Internet]. 2010;16(3):291–304. Disponible en: https://www.alcmeon.com.ar/16/63/11_Bustos.pdf
11. Alonso Montoya;, Amparo Valladares;, Luis Lizán;, Luis San;, Rodrigo Escobar;, Silvia Paz. PANSS-EC en psicosis aguda y agitación en una sala de emergencias psiquiátrica [Internet]. 2011 [citado 2021 Jul 17]. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/744430_2
 12. Emilio Sacchetti, Paolo Valsecchi 2 ET, Laura Paulli, Raffaele Morigi, Antonio Vita. Psychomotor agitation in subjects hospitalized for an acute exacerbation of Schizophrenia. Psychiatry Res [Internet]. 2018 Dec 1 [citado 2021 Jul 17];270:357–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30293014/>
 13. García Sánchez C, Jiménez Casado C, Villar Fernández E. Paciente agitado - Manual Clínico de Urgencias. Hosp Univ Virgen del Rocío. 2020;
 14. Suárez JC, Tanzarella E. Paciente agitado VMI. 2018;263–9.
 15. Carrasco DM, Macarena Zalaquett D. DELIRIUM: UNA EPIDEMIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIA A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. 2017;
 16. Sociedad Española De Enfermería De Urgencias Y Emergencias. El paciente agitado. 2009; Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>
 17. Guitiérrez Rodríguez R, Castaño López M, Villar Fernández E. Deprivación de drogas - Manual Clínico de Urgencias. Hosp Univ Virgen del Rocío [Internet]. 2020 [citado 2021 Aug 17]; Disponible en: <https://www.hospitaluvrocio.es/manualclinico-urgencias/indice/psiquiatria/deprivacion-de-drogas/>
 18. Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Caravaca JM. Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: A systematic review. An Sist Sanit Navar. 2021 Jan 1;44(1):71–81.
 19. Mónica Guerra Labayén B, Prandi L, Traversa D, José M. Informe rápido de evaluación de tecnologías sanitarias: ¿Debería usarse Ketamina para el tratamiento de la agitación/delirio en el ámbito pre-hospitalario /emergencias? 2020;
 20. Urrego Sepúlveda J, Berrouet Mejía M, Montoya González L. El paciente agitado de origen toxicológico en el servicio de urgencias: revisión de tema. Imbiomed

[Internet]. 2019 Jan 10 [citado 2021 Aug 17];11(2). Disponible en:
<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=113116>