

El paciente agitado

Fecha de la última revisión: **06/05/2018**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Evaluación e intervención inicial](#)
3. [¿Cómo lo diagnosticamos?](#)
4. [¿Cómo concretamos su abordaje farmacológico?](#)
5. [Seguimiento o derivación](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. Nos centramos en las formas de presentación aguda, que precisan atención inmediata, especialmente en el contexto de atención a urgencias y, en la medida de lo posible, en el ámbito de la atención primaria.

En general, la intensidad del cuadro puede variar desde una mínima inquietud a una actividad de movimientos extrema sin finalidad alguna. Cuando esa hiperactividad tiene un objetivo determinado hablamos de agresividad o violencia, que puede manifestarse como hostilidad, brusquedad con tendencia a la auto o heterodestrucción. Sin embargo, la agresividad no es una característica central de la agitación, y la frecuencia con la que están asociadas no ha sido claramente establecida. Las causas pueden ser psiquiátricas, orgánicas o derivadas del abuso de sustancias. En los pacientes psiquiátricos aumenta el riesgo de conducta violenta cuando coexiste consumo abusivo de sustancias. Algunas causas orgánicas pueden tener consecuencias potencialmente graves, incluso fatales.

Existen pocos estudios de calidad sobre la atención a los pacientes agitados o violentos, posiblemente por la dificultad de manejo de este tipo de pacientes. Se trata mayoritariamente de investigaciones realizadas en servicios de urgencias hospitalarios o de salud mental, lo que hay que tener en cuenta al considerar la aplicabilidad de sus recomendaciones.

Evaluación e intervención inicial

El paciente puede acudir por propia iniciativa, solicitando ayuda por una vivencia indeseada de su agresividad o falta de control o, lo que es más frecuente, son los familiares, acompañantes o fuerzas de seguridad los que solicitan la atención. La mayoría de los incidentes violentos y graves se relacionan con individuos sin trastornos mentales definidos u orgánicos y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario. Los factores asociados con más frecuencia se relacionan con el paciente: expectativas poco realistas, desacuerdos con la atención prestada o con sus pretensiones y pacientes complejos desde el punto de vista médico, psicológico o social. Respecto a los relacionados con los profesionales destacan: las condiciones de trabajo inadecuadas, la ausencia de estrategias preventivas y de seguridad, y el perfil de los sanitarios.

Independientemente de la causa subyacente, hay acuerdo en que la agitación es una emergencia del comportamiento que requiere una intervención inmediata que permita el control de los síntomas y disminuya el riesgo de lesiones al paciente y el entorno. Determinadas circunstancias dificultan la actuación de los profesionales ante el paciente agitado fundamentalmente: la presión para una actuación rápida, las implicaciones legales y el componente emocional que generan estas situaciones.

En este sentido, el conocimiento, aunque limitado, de las causas y situaciones que predisponen con más frecuencia al personal sanitario al riesgo de agresiones permite establecer estrategias de actuación escalonadas. Por tanto, se deberían considerar los siguientes pasos:

1. Prevenir las situaciones de riesgo.

Las pruebas sobre la efectividad de intervenciones encaminadas a prevenir situaciones de agresividad en el entorno sanitario son limitadas. Es probable que las medidas que actúen sobre los factores favorecedores de encuentros difíciles prevengan o al menos atenúen los riesgos de potenciales agresores (Weiland TJ, 2017; Gaynes BN, 2017). Básicamente, en tres aspectos:

- Intervenciones que mejoren las condiciones ambientales y organizativas (tabla 1).
- Modificaciones en el perfil de los profesionales. Principalmente referidas al aprendizaje y entrenamiento en entrevista clínica y habilidades de comunicación.
- Protocolo de actuación y seguridad preestablecido. Los profesionales deben conocerlos y estar formados en su implementación. Su efectividad, especialmente ante el manejo de violencia inminente, parece depender de: saber lo que tenemos y lo que no tenemos que hacer, tenerlo explicitado y adaptado a las características del entorno en el que se van a usar, la formación permanente de los profesionales que intervienen, su entrenamiento, la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, sobre todo farmacológicas.

Tabla 1. Condiciones ideales de la atención a pacientes agitados o potenciales agresores.

Características de un espacio físico adecuado para la atención

- Amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia.
- 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 de seguridad. El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación.

Apoyo de otros profesionales
• No debemos exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad o policía. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar (delito de denegación de auxilio y omisión de socorro, en caso contrario). • 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.
Actitud en la atención en el domicilio del paciente
• Mejor acudir con familiares. Tendremos que ser especialmente respetuosos en el espacio físico del paciente. Solicitaremos siempre permiso. Si el paciente vive solo deberemos extremar las medidas de seguridad, y en su caso, solicitar asistencia de personal o fuerzas de seguridad.

2. Evaluación inicial.

Identificación de riesgos

Supone la detección de síntomas o signos de riesgos potenciales tanto para el paciente como para su entorno, incluido los profesionales que lo atienden (tabla 2). Fundamentalmente son el desarrollo de violencia en forma de hetero o autoagresividad y el riesgo vital secundario a la posible etiología orgánica de la agitación. En el contexto de atención a estos pacientes generalmente la información se basa en la observación de la conducta, información de la familia y acompañantes, historia previa y juicio clínico. Los antecedentes de episodios violentos y el consumo de sustancias son los factores relacionados con mayor consistencia en los estudios.

Tabla 2. Factores predictores de un acto de violencia inminente. (Dack C, 2013; Téllez Lapeira JM, 2015)
Síntomas o signos clave del riesgo de un acto violento inminente
• Aumento creciente de la actividad motora: hiperactividad músculoesquelética, aumento de la inquietud, paseos constantes en su caso o agitación constante de piernas. • Actitud irritable con todos los que le rodean, llegando a amenazar a quien se le ponga por delante. • Signos de ansiedad: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas. • Presencia de gestos y actitudes violentas: ◦ Amenazas verbales, insultos o palabras groseras. ◦ Volumen alto de voz. Hablar sin escuchar. ◦ Gestos amenazadores con las manos, puños cerrados. ◦ Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado. Mirada retadora. ◦ Exhibición de violencia sobre objetos o golpes en la mesa. ◦ Golpeo o apertura y cierre de puertas de forma nerviosa e impulsiva. • Sospecha de consumo de tóxicos. • Antecedentes de conducta violenta previa. • La presencia de clínica alucinatoria o pensamientos extraños.
Factores predictores de origen orgánico y riesgo vital
• Deterioro de constantes vitales. • Alteración del nivel de conciencia. • Y/o la presencia de alucinaciones visuales.

Nivel de agitación y triaje médico inicial

Cuando la atención la realiza un equipo paramédico (contexto anglosajón) o un centro sin condiciones adecuadas para la atención a estos pacientes, la recomendación inmediata es determinar si el paciente necesita la derivación a otro nivel asistencial. Esta determinación debe basarse en la evaluación del nivel de agitación, situación clínica y la sospecha etiológica evidenciada en la medida de lo posible. Existen diversas escalas de ámbito internacional para evaluar la gravedad de la agitación o el riesgo de agresividad y violencia inmediata. La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda una escala validada en su entorno, creada inicialmente con fines de investigación pero que resulta fácil de usar por profesionales de emergencias, incluso no sanitarios, y que no requiere respuestas del paciente.

Así, el paciente con afectación del nivel de conciencia (difícil o incapaz de despertar, dormido aunque responda al contacto verbal o físico, somnoliento) o violento (precisa restricción) requerirá atención médica y, generalmente, derivación protocolizada (Swift RH, 2002; Nordstrom K, 2012).

Sin embargo, en nuestro entorno no existen suficientes datos sobre su utilidad para la toma de decisiones. En medios médicos no hospitalarios, en la medida que el paciente lo permita, sí que se recomienda una aproximación diagnóstica inicial mediante una historia clínica breve apoyada por la información de la familia o acompañantes, evaluación neurológica básica, examen mental, determinación de constantes vitales, pulsioximetría y glucemia capilar (American College of Emergency, 2017). Esta evaluación inicial nos puede orientar sobre la causa orgánica o funcional de la agitación y valorar situaciones de riesgo vital que precisen abordaje inmediato. Entre los hallazgos clínicos que requieren una evaluación médica inmediata, por sospecha de organicidad, están los siguientes (Nordstrom K, 2012).

Síntomas:

- Síntomas de inicio en >45 años.
- Pérdida de memoria, desorientación.
- Dolor de cabeza intenso.
- Rigidez o debilidad muscular extrema.

- Alucinaciones o delirio.
- Antecedentes, síntomas de abstinencia o intoxicación por sustancias.
- Intolerancia al calor.
- Respiración dificultosa.

Signos:

- Trauma aparente, especialmente craneal.
- Signos vitales anormales: pulso, presión arterial o temperatura.
- Discurso lento o disminución del nivel de conciencia.
- Signos de focalidad neurológica en la exploración (alteración pupilas, incoordinación, convulsiones, hemiparesia).

En cualquier caso, estas recomendaciones están fundamentadas en estudios observacionales no analíticos y consensos. En la figura 1 se propone un algoritmo de evaluación y abordaje inicial de estos pacientes en entorno médico no hospitalario.

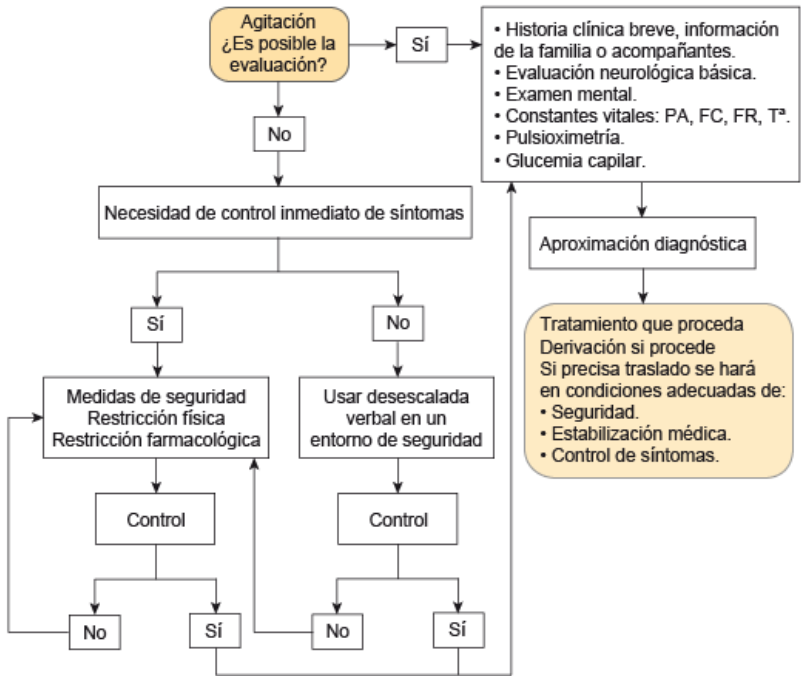


Figura 1. Evaluación y abordaje inicial del paciente agitado en entorno no hospitalario. PA: presión arterial; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; T°: temperatura corporal.

3. Control inicial de los síntomas.

Cuando es necesario el control inmediato de los síntomas nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden.

Medidas de seguridad protocolizadas

Es recomendable tener previstas las pautas de actuación. Su elaboración se basará en las evidencias disponibles, el consenso y la experiencia del equipo de atención primaria, la disponibilidad de medios y las consideraciones éticas y legales establecidas para el abordaje de este tipo de pacientes. Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, es prioritario salvaguardar la seguridad. Esto determinará las condiciones de la entrevista y el apoyo de otros profesionales o las fuerzas de seguridad cuando sea preciso (tabla 1).

Intervención para el control de la conducta: contención

Las medidas de contención son el elemento básico inicial para intentar controlar la agitación del paciente. Son un medio, no una meta de actuación, ya que nos debe posibilitar la evaluación diagnóstica y su correspondiente tratamiento adecuado, objetivos de nuestra atención.

De modo secuencial la contención la aplicaremos del siguiente modo:

Contención verbal: si es posible, constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente. Nos permite valorar su grado de colaboración y estado mental. Comprende por un lado una actitud terapéutica por parte del médico y del resto de los profesionales y técnicas de entrevista clínica adaptadas a estos pacientes, incluidas las técnicas de desescalada verbal (tabla 3).

Tabla 3. Contención verbal en el paciente agitado. (Richmond JS, 2012; Téllez Lapeira JM, 2015; Moore G, 2017)	
Actitud de los profesionales	
• Transmitir verbal y no verbalmente nuestra intención de protección frente a su enfermedad. • Evitaremos mostrar miedo en condiciones de seguridad. • Mostraremos confianza en lo que hacemos, control de la situación y firmeza.	
Desarrollo de la entrevista: desescalada verbal	

- Nos presentaremos como médicos. Mantendremos la distancia de seguridad y evitaremos el contacto visual fijo durante largo tiempo, ya que puede ser percibida como amenazante. - Respeto a su espacio personal. - Tono de voz calmado, neutral. - Le dejaremos hablar: el paciente debe sentirse escuchado. - Procuraremos evitar un interrogatorio minucioso y largo, mejor usar eufemismos que preguntas directas pero concisos. - Evitaremos discutir, responder con una actitud hostil, desafiante, provocativa o agresiva a sus argumentos. - Evitaremos realizar juicios de valor sobre su actitud; si lo hacemos, probablemente provoquemos un incremento del riesgo de violencia, especialmente en pacientes con trastornos de la personalidad. - Intentaremos identificar sus necesidades, deseos y sentimientos. - Utilizaremos frases empáticas del tipo "...comprendo que pueda estar muy nervioso...". Debe percibir nuestro interés, nuestra ayuda y comprensión por su problema ("...necesitaría saber en qué o cómo le podemos ayudar..."). - Ofertaremos las opciones factibles al problema planteado, sólo en contexto de colaboración. - Uso de <i>fogging</i> (banco de niebla). Reconoceremos, en su caso, que las críticas son ciertas en parte, sin llegar a darle del todo la razón; ayuda a una escucha más receptiva. - Debemos informar de las conductas inaceptables, los límites de su comportamiento y sus consecuencias. Esto se comunicará de forma respetuosa, no amenazante, pero con firmeza.
Posibilidades de abordaje
- Según la repuesta del paciente desde el inicio de la entrevista y durante el desarrollo de la misma. Si la entrevista se complica y no podemos controlar la situación debemos pasar a otro tipo de intervención (contención mecánica o química). - Según la competencia y experiencia en el manejo de este tipo de entrevistas y su abordaje psicoterapéutico. En este caso, aspectos de técnicas cognitivas-conductuales o psicoterapia breve podrían aplicarse. Si no es así, realizar la anamnesis médica y completar la fase exploratoria, dejando claro lo que no se puede ofrecer y lo que sí, y explicando los pasos diagnósticos y terapéuticos a seguir. - Según la disponibilidad de un entorno preestablecido que nos dé seguridad en la actuación.

La contención verbal parece más efectiva en intervenciones de situaciones de crisis, y en general, menos útil en el resto. Por tanto, ante la falta de formación, experiencia o condiciones del entorno que nos permita sentirnos capaces de resolver con seguridad la situación o si la iniciamos ante sentimientos de miedo, confusión o cansancio del médico, resistencia, violencia o imposibilidad de interactuar, debemos suspender el intento de contención verbal y pasar a otras medidas (Price O, 2015).

Contención mecánica: es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física. La revisión de los estudios que analizan la efectividad de los métodos de contención física o las técnicas de aislamiento para el manejo de pacientes agitados y violentos no permite sacar conclusiones con suficiente consistencia, sobre todo fuera del contexto hospitalario (Muralidharan S, 2006). De hecho, no hay ensayos ni pruebas que apoyen los enfoques no farmacológicos de contención en los pacientes con alteración de la conducta o violencia aguda. Los estudios se suelen situar en hospitales psiquiátricos e incluyen estrategias de vigilancia y observación por personas expertas, restricción física, uso de salas de aislamiento, técnicas verbales para tranquilizar al paciente, observación de signos y síntomas de ira y agitación, evitación de la confrontación, entre otras.

La contención física es una medida terapéutica excepcional, que debe estar integrada dentro del protocolo de actuación médica preestablecido. Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar su libertad. Además, los riesgos que pueden suponer la inmovilización de los pacientes (lesiones, fracturas, incluso muertes por asfixia) y sus posibles consecuencias legales, nos obliga a considerar el principio de beneficencia (asegurarnos que los beneficios superan a los perjuicios). En cualquier caso, debe quedar constancia en la historia clínica de las circunstancias que ha justificado tanto la adopción de esta medida como el tiempo que sea necesario mantenerla.

En atención primaria y en situaciones de urgencias, se utiliza en las siguientes situaciones:

- Ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente ésta no es posible. Tendrá como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, impedir en su caso, la manipulación de otras medidas aplicadas como vías o sondas, probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica o para evitar la fuga de un paciente que acude no voluntariamente.
- En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.
- En ancianos puede ser más efectiva y segura que la sedación farmacológica.
- El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante correas. Las características de su uso vienen recogidas en la tabla 4. No está demostrada la utilidad práctica de otros métodos como aerosoles, dardos, etc.

Seguimiento del paciente inmovilizado:

- El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado.
- Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras.
- Control de constantes vitales.
- Asegurar la correcta hidratación, sobre todo ante necesidad de sedación prolongada (riesgo de rabdomiólisis), vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos.
- Si la inmovilización va a ser prolongada (especialmente referido a medio hospitalario), estaría recomendado anticoagular por riesgo de trombosis venosa.

Tabla 4. Contención física. Inmovilización mediante correas.
- Es una técnica de enfermería pero que va a precisar la ayuda de todo el personal disponible, entre 4 y 5 personas, para que resulte más efectiva en pacientes violentos. - Es necesario contar con los recursos materiales y humanos necesarios para llevarlos a cabo. - La exhibición de fuerza puede resultar de por sí disuasoria, y en algunos casos suficiente. - Mejor utilizar correas comercializadas de cuero que vendas, sábanas o similares. - Se realizará en habitación separada de otros pacientes o familiares. - Eliminar objetos peligrosos próximos.
Técnica

- Se le indica al paciente que se va a proceder a su inmovilización para su protección y correcta atención.
- Ideal actuar 1 persona por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Una persona dirige.
- Colocar al sujeto de espaldas sobre el suelo o la camilla.
- Sujetar con las correas entre 2 puntos (brazo y pierna contralaterales) y 5 puntos (todas las extremidades y cintura), según la intensidad del cuadro.
- Nunca sujetar a un paciente agitado en una silla de ruedas o en un sillón por el elevado riesgo de caída.
- La cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Ante violencia extrema, la inmovilización la deben realizar las fuerzas de seguridad.

Contención farmacológica: las guías y consensos recomiendan iniciar el abordaje con las medidas no farmacológicas, historiar, explorar y establecer un diagnóstico de la causa subyacente. Sin embargo, las situaciones de peligro que pueden plantear estos pacientes limitan con frecuencia el uso de esta estrategia y nos obliga a la contención farmacológica en el contexto de una historia clínica breve y fragmentada, con un examen físico imposible de realizar y contando sólo con sospechas diagnósticas. Por tanto, el objetivo inicial será conseguir tranquilizar al paciente de modo rápido y sin causarle daño. Para ello, utilizaremos medidas de contención farmacológica. En la mayoría de los casos de agitación tanto de origen orgánico como psiquiátrico la precisaremos; es más, la necesidad de contención mecánica va a conllevar generalmente necesidad de sedación farmacológica.

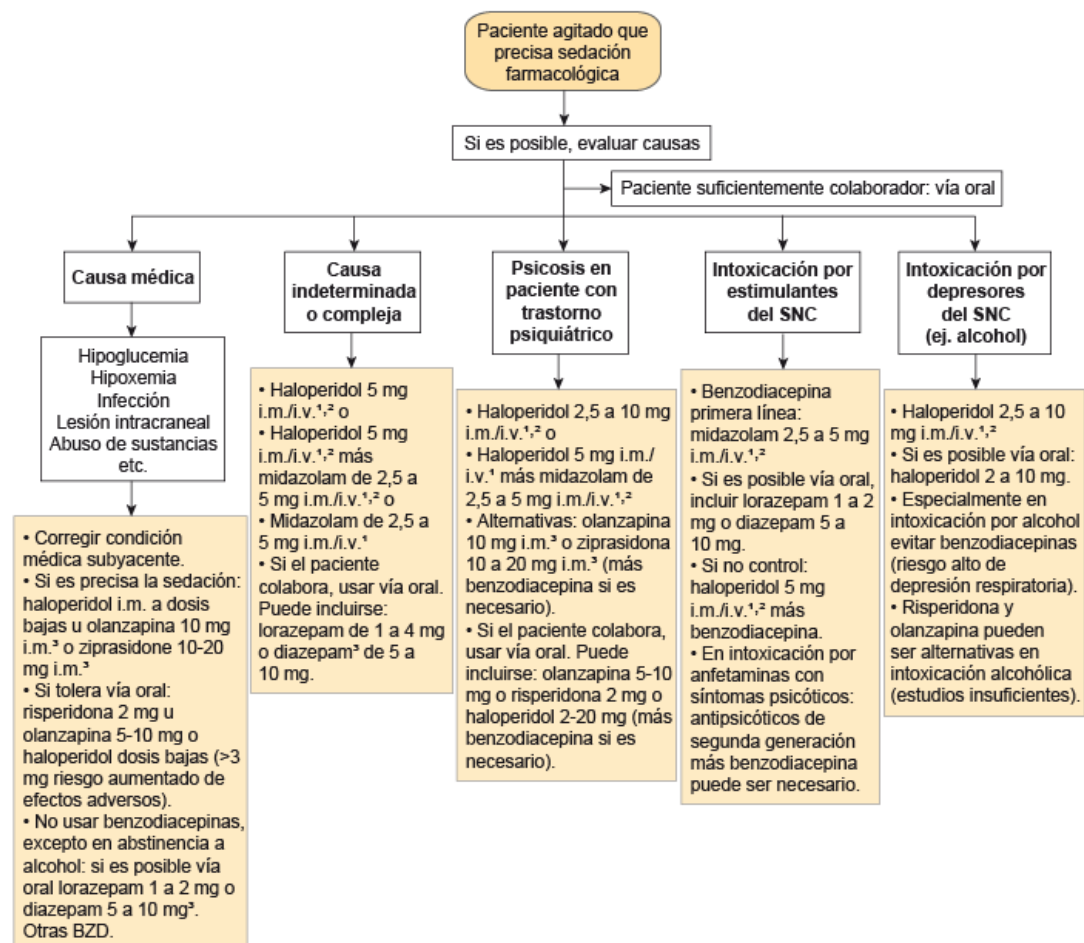
El fármaco ideal es el que consigue una rápida acción tranquilizante sin sedación excesiva que impida la relación con el paciente, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con bajo riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas, lo cual es importante considerar, ya que será utilizado habitualmente en pacientes en los que todavía no se ha establecido la causa subyacente de la agitación. No parecen existir diferencias significativas de efectividad según la vía de administración, a pesar de las diferencias de comienzo de acción: más rápida la vía intramuscular que la oral y la intravenosa (i.v.) que la intramuscular (i.m.). Los datos son escasos, pero parece que el 50% de los pacientes agitados llega a aceptar la vía oral, aunque su inicio más lento puede limitar su uso en algunos pacientes. El uso de la vía i.m. o i.v. con antipsicóticos (clásicos o atípicos) se asocia con más frecuencia a efectos extrapiramidales, más dificultades de administración (resistencia a la aguja o necesidad de colocar una vía venosa), puede limitar la relación médico-paciente y presenta el riesgo de pinchazos en los sanitarios.

Los siguientes fármacos han demostrado efectividad en mayor o menor medida, según las pruebas disponibles (insuficientes y de calidad limitada) y con las pautas evaluadas (Rund DA, 2006; Zimbroff DL, 2008; Zeller SL, 2010; Isenberg DL, 2015; Banco de Preguntas Preevid, 2015; Huf G, 2016):

- Antipsicóticos clásicos administrados por vía oral o parenteral. Básicamente **haloperidol** (dosis de 5 a 15 mg/día vía oral o de 5 a 10 mg/i.m., en agitación severa dosis de 2,5-10 mg adicional cada 15-30 minutos hasta sedación). En mayores mitad de las dosis. En agitación no severa de pacientes con psicosis aguda parece recomendable no sobrepasar los 7,5 mg/día (Donnelly L, 2013).
- Antipsicóticos atípicos orales o parenterales. En general, menos evidencias para su uso como fármacos de primera línea en urgencias con pacientes agitados de causa indeterminada. Sin embargo, en agitación psiquiátrica severa hay pruebas de efectividad variable con **olanzapina**, **risperidona** (Lim HK, 2010), **quetiapina**, **aripiprazol** y **ziprasidona**. Los más evaluados son **olanzapina** oral (10 a 20 mg/día) e i.m. (2,5 a 10 mg con una segunda dosis de 5-10 mg a las 2 o más horas si precisa) (Tulloch KJ, 2004; Suzuki H, 2014; Chan HY, 2014; Isbister GK, 2017; Cole JB, 2017); y **ziprasidona** i.m. (10 mg cada 2 horas o 20 mg de inicio, si es necesario, y la segunda dosis a las 4 horas, máximo 40 mg/día) (Battaglia J, 2005).
- Benzodiazepinas (BDZ). Las más evaluadas son **lorazepam**, en algún estudio oral (2 mg) pero sobre todo vía i.m. (1 a 4 mg, dosis adicionales de 0,5-2 mg cada 30 minutos o cada 10 minutos si es imprescindible); y **midazolam** i.m. (2,5 a 15 mg, en sujetos gravemente agitados 2,5-5 mg incluso cada 3-5 minutos). **Lorazepam** intramuscular no está comercializado en nuestro país, pero puede prepararse mediante fórmula magistral. Parece presentar mejor y más rápida absorción que **diazepam**. Sin embargo, ante una situación aguda y en el medio extrahospitalario no es posible.
- Los tratamientos combinados corresponden a los antipsicóticos más benzodiazepinas. Entre las asociaciones evaluadas se encuentran:
 - **Haloperidol** 10 mg oral o 5 mg i.m. más **lorazepam** 1 o 2 mg i.m. o **midazolam** 2,5-5 mg i.m., si necesidad.
 - **Haloperidol** 5 a 10 mg i.m. más prometazina 25 a 50 mg i.m. (Alexander J, 2004; Huf G, 2016); y droperidol 5 mg i.m./i.v. más **midazolam** 5 mg i.m./i.v. (Taylor DM, 2017). Usados en entorno anglosajón.
 - **Olanzapina** 20 mg/día oral más **lorazepam** 1 a 4 mg/día oral si precisa.
 - Otras combinaciones menos estudiadas: **risperidona** oral más **lorazepam** oral y **aripiprazol** oral más **lorazepam** i.m.

En cuanto a la seguridad del uso de estos fármacos en los pacientes con agitación aguda, destaca el riesgo de síntomas extrapiramidales de los antipsicóticos, especialmente de **haloperidol**, hipotensión de todos ellos, en menor medida **risperidona**, y ortostatismo por parte de **quetiapina**. Haloperidol y, sobre todo, droperidol, riesgo de arritmias por prolongación intervalo QT (poco frecuente pero potencialmente grave). Entre los antipsicóticos de segunda generación es más frecuente con **ziprasidona**. Las BDZ presentan más somnolencia y, como reacción adversa grave, la posibilidad de producir depresión respiratoria sobre todo administradas por vía parenteral y con dosis adicionales acumuladas. De hecho, se recomienda su uso cuando exista soporte vital que permita el control de esta potencial respuesta.

En general, en situaciones de violencia extrema y necesidad de sedación inmediata se recomienda el uso de antipsicótico típico (**haloperidol**), benzodiazepina (**midazolam** o **lorazepam**) o combinación de ambos. Cuando el origen es indeterminado es razonable el uso de benzodiazepina inicialmente y como alternativa haloperidol. En situaciones de intoxicación o abstinencia por sustancias las benzodiazepinas y si presenta alteración psiquiátrica antipsicóticos (haloperidol y como alternativa razonable antipsicóticos de segunda generación). En ocasiones es necesario pasar de una clase a otra cuando el primer fármaco no es eficaz o se requiere en dosis excesivas o se presenta un efecto paradójico con aumento de la agitación. En pacientes agitados no violentos y colaboradores, si es posible, se recomienda el uso de la vía oral (figura 2). Aunque hay literatura limitada para su recomendación, en entorno hospitalario y anglosajón se usa ketamina como una opción para el control inmediato de un paciente agudamente agitado (American College of Emergency, 2017).



En todos los casos, si es posible, utilizaremos la vía oral de inicio. Titularemos según necesidad y máximo de dosis recomendada en ficha técnica. Monitorización de efectos adversos, especialmente: si se ha superado la dosis recomendada, hay consumo de sustancias, comorbilidad, en mayores (en general reducir dosis a la mitad) o con daño por medidas de restricción.

¹ i.m. (intramuscular) e i.v. (intravenosa): la vía intravenosa presenta más riesgo de complicaciones, no recomendada en medio extrahospitalario.
² Solución inyectable de haloperidol está indicada en ficha técnica únicamente para la administración intramuscular. Midazolam en ficha técnica indicado para sedación consciente, anestesia y sedación cuidados intensivos. Vía i.v. deberá emplearse sólo si se dispone de equipos de reanimación. Vía subcutánea no contemplada en ficha técnica, aunque está avalada ampliamente en la literatura científica, especialmente en cuidados paliativos.
³ Olanzapina no debe administrarse por vía intravenosa o subcutánea. Ziprasidona en ficha técnica no se recomienda vía i.m. en mayores de 65 años. Diazepam: vía intramuscular debe reservarse para casos excepcionales porque el grado de absorción es impredecible.

Figura 2. Algoritmo de intervención para la sedación farmacológica del paciente agitado.
 (Wilson MP, 2012; NICE, 2015; Guideline NSW, 2015; Korczak V, 2016; Moore G, 2017)

¿Cómo lo diagnosticamos?

El control de la conducta nos permite disminuir los riesgos que conlleva su alteración, pero también realizar una aproximación diagnóstica, al menos sindrómica y psicopatológica, que nos ayude a la toma de decisiones. No debemos olvidar, sin embargo, que la sedación farmacológica puede dificultar esta evaluación.

Agruparemos los tipos de agitación en función de sus posibles causas.

Causas de agitación:

- Agitación orgánica:
 - Delirium debido a enfermedad médica:
 - Trastornos neurológicos: traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebrovascular y encefalopatía hipertensiva. Neoplasias primarias y secundarias. Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, neurosífilis y SIDA. Epilepsia.
 - Trastornos sistémicos: endocrinológicos, metabólicos, cardiovasculares, deficiencias vitamínicas, intoxicaciones, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, enfermedades autoinmunes, fármacos.
 - Demencia y sus diferentes tipos.
- Agitación psiquiátrica:
 - Esquizofrenia.
 - Trastornos delirantes y otros trastornos psicóticos.
 - Fase maníaca de un trastorno bipolar.
 - Trastornos no psicóticos:
 - Trastornos de ansiedad y por estrés postraumático.
 - Trastornos de la personalidad.
 - Trastornos adaptativos.
 - Trastornos disociativos.
 - Otros trastornos.

- Agitación mixta:
 - Trastornos relacionados con el consumo de alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), cannabis, cafeína, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, otras.
 - Otros trastornos.

Evaluación del paciente agitado. Utilizaremos como herramientas básicas diagnósticas (American College of Emergency, 2017):

- Historia clínica: como ya hemos comentado, nos basaremos en la observación, la información procedente de los familiares o acompañantes, la historia clínica previa del paciente, y los datos de la anamnesis que podamos obtener. Nos interesa especialmente sus antecedentes psiquiátricos, orgánicos y consumo de tóxicos. La existencia de episodios similares y los datos relativos al episodio actual: factores precipitantes, cronología de los acontecimientos y síntomas clínicos.
- Examen del estado mental: con especial interés en la determinación del nivel de conciencia (apertura de los ojos, lenguaje, movimientos espontáneos y a estímulos): obnubilación, confusión, estupor o coma. Sin olvidar explorar la memoria, afectividad, forma y contenido del pensamiento (incoherencia e ideas delirantes) y alteraciones sensoperceptivas.
- Examen neurológico y físico básico.
- Pruebas complementarias básicas: en atención primaria limitadas a constantes vitales, glucemia basal capilar y saturación oxígeno mediante pulsioximetría.

En la tabla 5 se describe el diagnóstico diferencial sindrómico del paciente agitado. Sospecharemos causa orgánica en pacientes mayores de 40 años con síntomas psiquiátricos no conocidos, comorbilidad orgánica, reacción adversa a medicamentos y/o alteración del nivel de conciencia. El antecedente de uso de sustancias nos orientará hacia intoxicación o abstinencia como causa de la agitación. Los antecedentes psiquiátricos en pacientes conscientes y orientados como causa funcional.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial sindrómico del paciente agitado. Síntomas y signos más frecuentes y característicos.				
	Agitación orgánica	Agitación psiquiátrica psicótica	Agitación psiquiátrica no psicótica	Agitación mixta y relacionada con consumo de tóxicos
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Posibles
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Posibles
Consumo de tóxicos	Menos frecuente	Posible	Menos frecuente	Frecuente
Nivel de conciencia	Disminución nivel de alerta	No afectada	No afectada	Posible afectación nivel de conciencia
Orientación	Desorientación temporoespacial	No afectada	No afectada	Posible desorientación
Curso	Fluctuante, empeoramiento nocturno	No fluctuante	No fluctuante	Puede fluctuar
Ideas delirantes	Delirio ocupacional	Ideas de perjuicio o megalomaníacas	Ausentes	Posibles
Alucinaciones	Visuales	Auditivas	Ausentes	Posibles
Afectividad	No afectada	Hostilidad o indiferencia	Temor o angustia	Posibles
Focalidad y signos físicos	Presentes	Raro	Posibles	Posibles
Pruebas complementarias	Alteradas	Normales	Normales	Puede alteradas

¿Cómo concretamos su abordaje farmacológico?

En la figura 2 aparecen reflejadas las propuestas de tratamiento en función de la orientación etiológica del cuadro de agitación y según las pruebas disponibles de efectividad y seguridad. En la agitación orgánica si la causa o los factores precipitantes del síndrome confusional agudo son identificados y abordables desde nuestro medio, se administrará el tratamiento específico. Las medidas de sostén incluyen: control de constantes vitales, mantenimiento de vía aérea si precisa e hidratación. Las benzodiacepinas en el delirium no relacionado con el alcohol no están recomendadas (Lonerган E, 2009). Su uso se reserva para el delirium relacionados con la abstinencia por alcohol u otros sedantes: **diazepam** 10-20 mg o **clorazepato dipotásico** 15-30 mg (cuando interese aumentar el umbral convulsivo), **midazolam** 2,5-5 mg (i.m. o i.v.) o **clonazepam** 1-2 mg (especialmente en pacientes neurológicos) (Amato L, 2010). **Clometiazol**, constituye una opción de tratamiento hospitalario del delirium tremens por abstinencia alcohólica.

En la agitación asociada a la demencia, se recomienda el **haloperidol** en formas de agresividad grave. Se ha mostrado efectivo a dosis >2 mg al día. Se dará durante poco tiempo -no más de 3-6 semanas- por riesgo de efectos adversos, sobre todo extrapiramidales (Lonerган E, 2002). **Risperidona** y **olanzapina** han demostrado mejoría de la agresividad y de la psicosis en estos pacientes. Sin embargo, se han asociado a importantes efectos adversos: **olanzapina** a aumento de mortalidad global y **risperidona** a un incremento de accidentes isquémicos cerebrales, sobre todo en mayores de 75 años (Ballard C, 2008). Así mismo, parece que en sujetos de edad avanzada, el riesgo de muerte asociada a los antipsicóticos convencionales es comparable a los atípicos, por lo que hasta disponer de más pruebas todos los antipsicóticos deben considerarse de riesgo en los mayores.

En la agitación psiquiátrica psicótica (enfermedad mental grave de inicio o descompensación aguda, brote esquizofrénico, manía aguda fundamentalmente con agitación y/o violencia) los antipsicóticos son de elección (**haloperidol**, **olanzapina**, **ziprasidona**, **risperidona**, **aripiprazol**, **quetiapina**) (San L, 2005; Marder SR, 2006; Thomas P, 2009) y si es necesario añadir benzodiacepina, aunque su uso en estos pacientes es controvertido (TREC Collaborative Group, 2003; Vesper FH, 2006; Gillies D, 2013) (ver guía: **El paciente delirante**). Si es posible usando la vía oral. La vía intravenosa, en su caso, sólo en situaciones excepcionales y en entorno hospitalario por aumento del riesgo de efectos adversos. **Zuclopentixol** acufase i.m. podría estar indicado ante el riesgo de agresividad persistente (a corto plazo no es más sedante que **haloperidol** [Jayakody K, 2012]); consigue mantener niveles plasmáticos de 2 a 3 días con riesgo de efectos secundarios destacables extrapiramidales. Droperidol i.m. o i.v. tiene una acción rápida y más sedativa que **haloperidol** pero menos que las BDZ. Sin embargo, ha sido cuestionado por el riesgo dosis-dependiente de prolongación del intervalo QTc y de complicaciones cardíacas, que han determinado su menor uso, especialmente en EE.UU., donde era tratamiento de primera línea. En España tiene uso hospitalario y sólo está autorizado como antiemético. Los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos como la

distonía aguda se pueden tratar con **biperideno** 2,5-5 mg i.m. o i.v. lento y la acatisia aguda con benzodiacepinas.

En crisis de ansiedad o situacionales generalmente es más factible la vía oral y recomendado el uso de benzodiacepinas, sobre todo sin síntomas psicóticos ni consumo de alcohol: **alprazolam** (0,5-1 mg), **lorazepam** (1-2 mg) o **diazepam** (5-10 mg) son comúnmente usados en urgencias; si fuera preciso se podría repetir la dosis a los 20 minutos. No está clara la ventaja de la utilización de la vía sublingual con respecto a la vía oral. Su absorción por vía intramuscular es errática y en principio debe ser evitada.

En la agitación relacionada con consumo de tóxicos y formas mixtas (ver guía: **Medidas generales en intoxicaciones agudas en el adulto**). En general no son aconsejables los neurolépticos, sobre todo **haloperidol**, por disminuir el umbral convulsivo, especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a benzodiacepinas o agitaciones con fondo comicial. Utilizar en estos casos benzodiacepinas. Se puede plantear el uso de antipsicóticos según la comorbilidad psiquiátrica de estos pacientes. Así, en pacientes agitados con psicosis anfetamínica, existe alguna evidencia de efectividad de **olanzapina** i.m. o **haloperidol** i.m. (Shoptaw SJ, 2009). También benzodiacepinas en situaciones de abstinencia a opiáceos y algunas intoxicaciones por estimulantes.

Seguimiento o derivación

Tras el control de los síntomas valoraremos la actitud a seguir en función del tipo de agitación que hemos abordado, los antecedentes del paciente, su situación sociofamiliar y la disponibilidad de seguimiento.

- La agitación de origen orgánico y cuadros confusionales generalmente van a requerir derivación al servicio de urgencias del hospital para confirmar la patología causal y su tratamiento específico.
- La agitación psiquiátrica de origen psicótico generalmente va a conllevar traslado involuntario para valoración de un posible ingreso en salud mental.
- La agitación psiquiátrica de origen situacional o ansioso suele permitir remisión del paciente a su domicilio y seguimiento por su médico de familia, consultas de salud mental y/o recursos sociosanitarios.
- En las situaciones de violencia con delito tendrán que intervenir también las fuerzas de seguridad.
- Los cuadros relacionados con consumo de sustancias pueden tener respuestas variables según la situación planteada: remisión al médico de familia, equipos de atención a drogodependientes, recursos sociosanitarios y de salud mental o incluso valoración de ingreso en urgencias de un hospital.

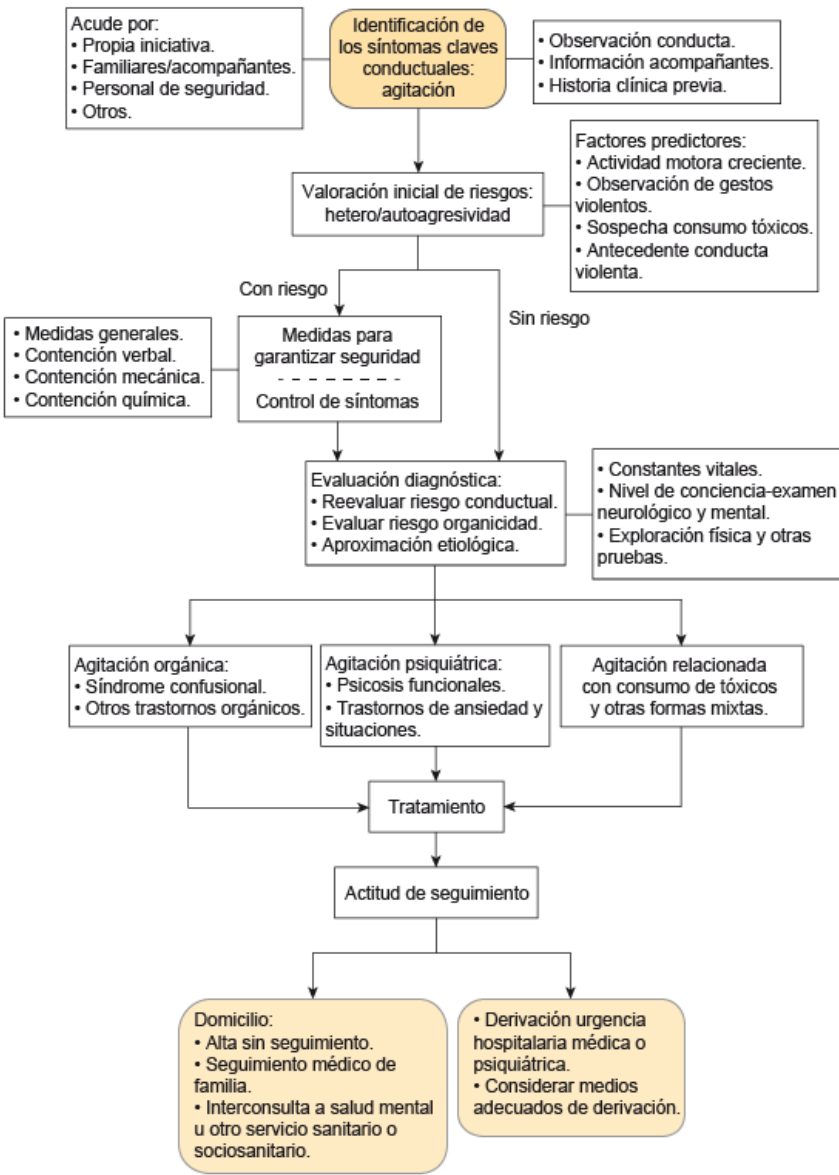


Figura 3. Algoritmo de manejo del paciente agitado.

- Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. Br J Psychiatry. 2004;185:63-9. PubMed [PMID: 15231557](#). [Texto completo](#)
- Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepinas para el síndrome de abstinencia alcohólica (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 3 Art no. CD005063. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on the Adult Psychiatric Patient, Nazarian DJ, Broder JS, Thiessen MEW, Wilson MP, Zun LS, Brown MD, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. Ann Emerg Med. 2017;69(4):480-98. PubMed [PMID: 28335913](#). [Texto completo](#)
- Ballard C, Waite J. Efectividad de los fármacos antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la agresividad y la psicosis en la enfermedad de Alzheimer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Banco de Preguntas Preevid. ¿Está demostrado científicamente cuál es el antipsicótico de elección ante una crisis psicomotriz aguda? ¿Olanzapina o Haloperidol? Murciasalud, 2015. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20491&idsec=453#
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Drugs. 2005;65(9):1207-22. PubMed [PMID: 15916448](#)
- Chan HY, Ree SC, Su LW, Chen JJ, Chou SY, Chen CK, et al. A double-blind, randomized comparison study of efficacy and safety of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in patients with schizophrenia and acute agitated behavior. J Clin Psychopharmacol. 2014;34(3):355-8. PubMed [PMID: 24743717](#)
- Cole JB, Moore JC, Dolan BJ, O'Brien-Lambert A, Fryza BJ, Miner JR, et al. A Prospective Observational Study of Patients Receiving Intravenous and Intramuscular Olanzapine in the Emergency Department. Ann Emerg Med 2017;69(3):327. PubMed [PMID: 27823873](#)
- Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and metaanalysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. Acta Psychiatr Scand. 2013;127(4):255-68. PubMed [PMID: 23289890](#)
- Donnelly L, Rathbone J, Adams CE. Haloperidol dose for the acute phase of schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD001951. PubMed [PMID: 23983042](#). [Texto completo](#)
- Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. Psychiatr Serv. 2017;68(8):819-31. PubMed [PMID: 28412887](#)
- Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(4):CD003079. PubMed [PMID: 23633309](#). [Texto completo](#)
- Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(11): CD005146. PubMed [PMID: 27885664](#). [Texto completo](#)
- Isbister GK. Droperidol or Olanzapine, Intramuscularly or Intravenously, Monotherapy or Combination Therapy for Sedating Acute Behavioral Disturbance. Ann Emerg Med. 2017;69(3):337-9. PubMed [PMID: 27974168](#)
- Isenberg DL, Jacobs D. Prehospital agitation and sedation trial (PhAST): a randomized control trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular midazolam for the sedation of the agitated or violent patient in the prehospital environment. Prehosp Disaster Med. 2015;30(5):491-5. PubMed [PMID: 26323511](#)
- Jayakody K, Gibson RC, Kumar A, Gunadasa S. Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(4):CD000525. PubMed [PMID: 22513898](#). [Texto completo](#)
- Korczak V, Kirby A, Gunja N. Chemical agents for the sedation of agitated patients in the ED: a systematic review. Am J Emerg Med. 2016;34(12):2426-31. PubMed [PMID: 27707527](#)
- Lim HK, Kim JJ, Pae CU, Lee CU, Lee C, Paik IH. Comparison of risperidone orodispersible tablet and intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychotic agitation: a randomized open, prospective study. Neuropsychobiology. 2010;62(2):81-6. PubMed [PMID: 20523078](#)
- Loneragan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD006379. PubMed [PMID: 19821364](#)
- Loneragan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002852. PubMed [PMID: 12076456](#)
- Management of Patients with Acute Severe Behavioural Disturbance in Emergency Departments. New South Wales: Ministry of Health; 2015. [Texto completo](#)
- Marder SR. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 10:13-21. PubMed [PMID: 16965191](#)
- Moore G, Pfaff JA. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. En: Hockberger RS, Grayzel J, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD002084. PubMed [PMID: 16855984](#)
- National Institute for Health and Care Excellence Guideline Guideline Development Group. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. London: NIHCe Guideline; 2015. [Texto completo](#)
- Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med 2012;13(1):3-10. PubMed [PMID: 22461915](#). [Texto completo](#)
- Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. Br J Psychiatry. 2015;206(6):447-55. PubMed [PMID: 26034178](#). [Texto completo](#)
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Ziller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25. PubMed [PMID: 22461917](#). [Texto completo](#)
- Rund DA, Ewing JD, Mitzel K, Votolato N. The use of intramuscular benzodiazepines and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. J Emerg Med. 2006;31(3):317-24. PubMed [PMID: 16982374](#)
- San L, Arranz B, Escobar R. Pharmacological management of acutely agitated schizophrenic patients. Curr Pharm Des. 2005;11(19):2471-7. PubMed [PMID: 16026300](#)
- Shoptaw SJ, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD003026. PubMed [PMID: 19160215](#)
- Suzuki H, Gen K, Takahashi Y. A naturalistic comparison study of the efficacy and safety of intramuscular olanzapine, intramuscular haloperidol, and intramuscular levomepromazine in acute agitated patients with schizophrenia. Hum Psychopharmacol. 2014;29(1):83-8. PubMed [PMID: 24424709](#)
- Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, Kramer D, Chandler LP. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. J Psychiatr Res. 2002;36(2):87-95. PubMed [PMID: 11777497](#)
- Taylor DM, Yap CY, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, et al. Midazolam-Droperidol, Droperidol, or Olanzapine for Acute Agitation: A Randomized Clinical Trial. Ann Emerg Med. 2017;69(3):318-26. PubMed [PMID: 27745766](#)
- Téllez Lapeira JM, Gálvez Alcaraz L. El paciente agresivo. AMF. 2015;11(5):272-80.
- Thomas P, Alptekin K, Gheorghe M, Mauri M, Olivares JM, Riedel M. Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia. CNS Drugs. 2009;23(3):193-212. PubMed [PMID: 19320529](#)
- TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. BMJ. 2003;327(7417):708-13. PubMed [PMID: 14512476](#). [Texto completo](#)
- Tulloch KJ, Zed PJ. Intramuscular olanzapine in the management of acute agitation. Ann Pharmacother. 2004;38(12):2128-35. PubMed [PMID: 15522977](#). [Texto completo](#)
- Veser FH, Veser BD, McMullan JT, Zealberg J, Currier GW. Risperidone versus haloperidol, in combination with lorazepam, in the treatment of acute agitation and psychosis: a pilot, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Psychiatr Pract. 2006;12(2):103-8. PubMed [PMID: 16728906](#)
- Weiland TJ, Ivory S, Hutton J. Managing Acute Behavioural Disturbances in the Emergency Department Using the Environment, Policies and Practices: A Systematic Review. West J Emerg Med. 2017;18(4):647-61. PubMed [PMID: 28611886](#). [Texto completo](#)

- Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):26-34. PubMed [PMID: 22461918](#). [Texto completo](#)
- Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. Clin Ther. 2010;32(3):403-25. PubMed [PMID: 20399981](#)
- Zimbroff DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. CNS Drugs. 2008;22(3):199-212. PubMed [PMID: 18278976](#)

Más en la red

- Hosker CM, Bennett MI. Delirium and agitation at the end of life. BMJ. 2016;353:i3085. PubMed [PMID: 27283962](#)
- Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry. 2016;173(5):543-6. PubMed [PMID: 27133416](#). [Texto completo](#)
- Zun LS. Evidence-Based Review of Pharmacotherapy for Acute Agitation. Part 1: Onset of Efficacy. J Emerg Med. 2018;54(3):364-74. PubMed [PMID: 29361326](#)
- Zun LS. Evidence-Based Review of Pharmacotherapy For Acute Agitation. Part 2: Safety. J Emerg Med. 2018;54(4):522-32. PubMed [PMID: 29433934](#)

Autores

▪ Juan Manuel Téllez Lapeira	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la semFYC
▪ Alejandro Villena Ferrer	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) Jefe de Estudios de Unidad Docente
▪ Susana Morena Rayo	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)
▪ Marta Ballesteros Merino	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (4)
▪ Marta Martínez Ruiz	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (4)

(1) Centro de Salud Zona 5-B. Albacete. España.
(2) Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Albacete-Hellín. España.
(3) Centro de Salud de Hellín 2. Albacete. España.
(4) Gerencia de Atención Integrada de Albacete. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

