

2. Juvent M, Douchamps J, Delcourt E, Kostucki W, Dulcire C, d'Hooge D, et al. Lack of cardiovascular side effects of the new tricyclic antidepressant tianeptine. A double-blind, placebo-controlled study in young healthy volunteers. *Clin Neuropharmacol.* 1990;13:48–57.
3. Lasnier C, Marey C, Lapeyre G, Delalleau B, Ganry H. Cardiovascular tolerance to tianeptine. *Presse Med.* 1991;20:1858–63.
4. Pogossova GV, Zhidko NI, Krasnitskiĭ VB, Tikhomirova EA, Odintsova AS, Akhmedzhanov NM, et al. Clinical efficacy of tianeptine in patients with ischemic heart disease and comorbid depression [Article in Russian]. *Kardiologiia.* 2004;44:20–4.
5. Soboleva GN, Erylova EA, Riabykina GV, Sobolev AV, Kozhemiakina ESh, Fedorova VI, et al. Trends in heart rate variability in patients with ischemic heart disease and depression treated with antidepressant tianeptine [Article in Russian]. *Ter Arkh.* 2006;78:56–60.
6. Chazov EI, Oganov RG, Pogossova GV, Shal'nova SA, Romasenko LV, Shchurov DV. Depression in cardiological practice: Pilot results from a multicenter clinico-epidemiological trial in hypertensive patients with ischemic heart disease (koordinata) [Article in Russian]. *Ter Arkh.* 2006;78:38–44.
7. Dovzhenko TV, Vasiuk IuA, Semiglazova MV, Krasnov VN, Lebedev AV, Tarasova KV. The clinical picture and treatment of depression spectrum disorders in patients with cardiovascular disease [Article in Russian]. *Ter Arkh.* 2009;81:30–4.
8. Kirichenko AA, Ebzeeva Eiu. The role of depressive disorders in hypertensive disease and possibilities of their correction: Assessment of the effect of tianeptine [Article in Russian]. *Kardiologiia.* 2002;42:36–40.
9. Chazov EI, Oganov RG, Pogossova GV, Shal'nova SA, Romasenko LV, Shchurov DV. Clinico-epidemiological program of the study of depression in cardiological practice in patients with hypertension and ischemic heart disease: First results of a multicenter study [Article in Russian]. *Kardiologiia.* 2005;45:4–10.
10. Vasiuk IuA, Lebedev AV, Dovzhenko TV, Semiglazova MV. Myocardial infarction and depression: Correction of left ventricular remodeling with antidepressant tianeptine [Article in Russian]. *Kardiologiia.* 2009;49:25–9.
11. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Fijtman A, Loredou-Souza AC, Dargél AA, Pfaffenseller B, et al. Adjunctive tianeptine treatment for bipolar disorder: A 24-week randomized, placebo-controlled, maintenance trial. *J Psychopharmacol.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1177/0269881119826602>.

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez*,
Juan Bermúdez Rivera, Ángeles Hevia Maroto,
Isabel Menéndez Miranda y Juan José Martínez Jambrina

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com
(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.04.002>
1888-9891/ © 2019 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Importancia de la formación en técnicas de desescalado para la prevención y tratamiento de los episodios de agitación



Importance of training in de-escalation techniques for the prevention and management of agitation

Sr. Director:

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de etiología multifactorial y que conlleva una alteración del comportamiento motor y un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna¹. La agitación puede conducir a conductas violentas², verbales o físicas hacia sí mismos o hacia sus familiares, personal sanitario y entorno. Este frecuente cuadro clínico, de extrema gravedad, se presenta la mayoría de las veces de forma rápidamente progresiva. Debe considerarse que existen señales de alarma o signos prodrómicos, que por lo general preceden a la agitación³. Entre estos síntomas, encontramos un discurso hostil o suspicaz, un acercamiento desproporcionado al contexto o una expresión facial tensa y enfadada.

La evaluación de la gravedad de la agitación y la predicción de un posible comportamiento agresivo², mediante la detección y abordaje de las señales de alarma, pueden permitir el control de un comportamiento potencialmente

peligroso⁴. Por lo tanto, esta evaluación debe guiar las decisiones terapéuticas², intentando promover el uso de aquellas herramientas que puedan resultar beneficiosas para el paciente. Sin embargo, existen medidas coercitivas como la contención mecánica y la reclusión que por el contrario son potencialmente negativas para la relación terapéutica y perjudiciales tanto para los pacientes como para el personal sanitario⁵, si bien se utilizan cuando la vida del paciente está en riesgo y mientras se espera una respuesta terapéutica.

El tratamiento de la agitación incluye el uso de fármacos y de técnicas no farmacológicas. Podría decirse que se ha estudiado suficiente sobre tratamiento psicofarmacológico en pacientes agitados. Por el contrario, hasta ahora ha habido poca discusión sobre técnicas de desescalado verbal y a pesar de la creciente evidencia de su eficacia, a lo largo de la formación sanitaria en nuestro medio, no disponemos de un aprendizaje reglado en técnicas de desescalado ni en el manejo del paciente agitado más allá del tratamiento psicofarmacológico.

Las pautas del Proyecto «Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation» buscan estandarizar las técnicas de desescalado verbal para que se realicen con las mejores garantías⁶, y de la mejor manera posible. Estas técnicas, tienen el potencial de disminuir los niveles de inquietud y agitación, así como de reducir la potencial violencia asociada⁷. Además, aportan beneficios en términos de seguridad, resultados y satisfacción del enfermo⁷, y son claramente beneficiosas para la relación médico-paciente, entre otros motivos, porque llevan a una reducción en el número de contenciones mecánicas.

Se ha visto que la disminución por sí misma en el uso de contenciones mecánicas sin un entrenamiento específico puede llevar a un aumento de los ataques contra pacientes y personal⁸. En este sentido, es necesaria una formación específica en las distintas unidades y centros sanitarios para aumentar el conocimiento de los factores que conducen a la agitación, la enseñanza de intervenciones lo menos restrictivas posibles y el aprendizaje de reacciones seguras a la violencia del paciente para que la aplicación de la técnica sea eficaz.

Se recomienda que la formación en gestión de emergencias conductuales y agitación, análoga a la formación avanzada para el soporte vital cardiovascular, sea periódica⁷, a poder ser anual. Debería incluir, no solamente el aprendizaje en un aula o un libro, sino también la puesta en práctica de habilidades. En este sentido, las técnicas de desescalado pueden aprenderse mediante «role playing» o pueden practicarse encuentros simulados con pacientes⁷. Hay que destacar que todos los miembros del personal del hospital, no solamente los sanitarios que trabajan en psiquiatría, pueden aprender técnicas de desescalado y usarlas con éxito si están bien entrenados y adoptan un determinado conjunto de habilidades.

En conclusión, el personal clínico de los departamentos de urgencias y de otros dispositivos de la red de salud mental debería formarse en técnicas de desescalado, así como en prevención y manejo de la conducta agitada y agresiva^{7,9}, por lo que recomendamos la implantación de programas de formación en desescalado verbal. Consideramos que esta formación es aplicable en nuestro medio y tiene el potencial de mejorar el manejo de los episodios de agitación, aumentando a su vez la satisfacción del usuario con todo el proceso terapéutico.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clinical Therapeutics*. 2010;Vol. 32:403-25.
3. Noguchi IHDH. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77:19.
4. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17:86-128.
5. Huckshorn KA. Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2006;33:482-91.
6. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med* [Internet]. 2012;13:1-2. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3298232&tool=pmcentrez&rendertype=Abstract>.
7. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, 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* [Internet]. 2012;13:17-25. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/55g994m6>
8. Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2004;55:1311-2. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.55.11.1311>
9. Knox D, Holloman G. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. 2012;13:35-40. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/Opr571m3>

Gonzalo Salazar de Pablo^{a,b,*} y Ana González-Pinto^{c,d}

^a Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College London, Londres, Reino Unido

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^c Hospital Universitario de Alava-Santiago, CIBERSAM, EHU, Vitoria, España

^d Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, CIBERSAM

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsalazardepablo@gmail.com
(G. Salazar de Pablo).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.02.004>

1888-9891/ © 2019 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clozapina y hepatitis aguda



Clozapina and acute hepatitis

Sr. Director:

La clozapina es un antipsicótico atípico introducido en clínica a principios de los 70 e indicado en pacientes con esquizofrenia resistente a otros antipsicóticos y en los trastornos psicóticos que aparecen en la enfermedad de Parkinson en los que ha fracasado la terapia convencional.

Dada la gravedad de los efectos adversos hematológicos (neutropenia/agranulocitosis), con incidencias del 3 y

0,7%, respectivamente, y cardiovasculares (pericardiomio-carditis, enfermedad tromboembólica, arritmias o muerte súbita), recogidos en su ficha técnica¹, no se ha generalizado su uso como terapia de primera línea, a pesar de su eficacia demostrada en la esquizofrenia resistente. Esto mismo ha condicionado, probablemente, que se haya prestado menor atención a otros efectos adversos. Tal es el caso de la hepatitis aguda, de predominio citolítico que, aunque muy raramente, puede conducir a necrosis hepática fulminante mortal.

Hemos revisado la bibliografía médica (MEDLINE, PubMed; palabras clave: *clozapine and hepatotoxicity y/o liver enzyme elevations*) y hemos constatado diversas