



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ**  
**ZAMBRANO**

**“PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON**  
**AGITACIÓN PSICOMOTRIZ”**


**SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

	<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sumilla</b>
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Jessica Cazares Sanchez	Medico/a Especialista en Psiquiatría 1	
	Dr. Vincenzo di Pede T.	Medico/a Especialista en Psiquiatría 1	
	Dra. Jose Pico Guadamud	Médico Especialista en Psiquiatría 1	
	Dra. Stephany Correa Escobar	Medico/a Especialista en Geriatría 1	
	Dra. Alexandra Duque Moya	Responsable de la Unidad de Salud Mental Hospitalaria	
	Dra. Daniela Torres Ajila	Psicólogo/a Clínico/a 1	
	Dr. Carlos Quiñonez Freire	Psicólogo Clínico 3	

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 2</b>


	Dr. Bryan Cabezas	Medico postgradista de geriatría	
	Lcda. Grace Torres Chinin	Enfermero/a 3	
	Lcda. Cinthia Rivadeneira Vasquez	Responsable de Enfermería del Servicio de Medicina Interna	
<b>Revisado por:</b>	Dra. Elizabeth Diaz Agila	Coordinadora Medica del Servicio de Medicina Interna	
	Dr. Leonardo Castro Giler	Coordinador de Gestión de Calidad	
	Dr. Benjamín Celi Cuje	Director Asistencial Hospitalario	
<b>Aprobado por:</b>	Mgs. Lorena Baque Solis	Gerente del Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Z.	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este manual”

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 3</b>

## CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	4
2. OBJETIVO .....	5
3. ALCANCE .....	5
4. DEFINICIONES .....	5
5. DIAGNOSTICO .....	7
5.1 Cuadro clínico .....	7
5.2 Exámenes diagnósticos.....	9
5.3 Escala de estratificación.....	9
6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	11
7. TRATAMIENTO .....	12
7.1 Medidas generales.....	12
7.2 Manejo específico .....	14
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO .....	20
9. REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA: .....	21
10. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO .....	22
11. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.....	23
12. CONTROL DE CAMBIOS.....	25
13. REFERENCIAS .....	26
14. ANEXOS.....	28


 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 4</b>

## 1. INTRODUCCION

La Agitación Psicomotriz, es definida por el Diagnóstico de Salud Mental quinta edición (DSM-V) <sup>(1)</sup> como excesiva actividad psicomotora asociada a sensación de tensión interna, no es una entidad nosológica en sí, sino un complejo sintomatológico, constituyendo un síndrome multiforme y multifactorial, potencialmente asociado a diversas condiciones, no solamente de patologías propiamente psiquiátricas, sino también de patologías de otras ramas de las medicina, por lo cual los pacientes que presentan este síndrome pueden manifestarlo en cualquier servicio, no solo a nivel de emergencia sino también de hospitalización y consulta externa, en cualquier nivel de las estructura sanitaria, no solamente en el ámbito psiquiátrico <sup>(2)</sup>. En España, por ejemplo, la incidencia de este síndrome en los centros de salud no psiquiátricos es del 1,5% de los pacientes <sup>(2)</sup>. Tomando en cuenta que, en el último trimestre del año 2023, en el Hospital Gustavo Domínguez, solamente por patologías psiquiátricas, se atendieron 2472 pacientes, por parte de equipo de la Unidad de Salud Mental Hospitalaria (USMH), es evidente la importancia de este síndrome y de su adecuado manejo.

En el anciano el síndrome confusional agudo ocurre en 29% a 64% de los hospitalizados y se acompaña de malos resultados clínicos (mortalidad más elevada durante la estancia hospitalaria y después del alta, mayor estancia hospitalaria, recuperación de la función física tardía o limitada, mayor probabilidad de internamiento en instalaciones de cuidados a largo plazo) <sup>(3)</sup>

En vista de su alta incidencia y del efecto deletéreo en el proceso tanto diagnóstico como terapéutico de los pacientes que lo padecen, poniendo en serio riesgo la vida tanto de estos como de las personas que los rodean, es importante la

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 5</b>

elaboración y aplicación de un protocolo de atención a pacientes con agitación psicomotriz que pueda ser implementado en cualquier área hospitalaria y por todos los profesionales de salud que participen en la atención de los afectados por este síndrome tras nosológico.

## 2. OBJETIVO


Estandarizar procedimientos para el manejo de pacientes con agitación psicomotriz en condición psiquiátrica, mediante la elaboración de un protocolo institucional en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

## 3. ALCANCE

El presente documento está dirigido a todo el personal de salud, médicos y enfermeros del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, mismo que es de aplicación obligatoria para todo el personal involucrado.


## 4. DEFINICIONES

- **Agitación psicomotora:** Estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna. Puede ser de origen orgánico o generado por una enfermedad psiquiátrica subyacente. Los signos son movimientos involuntarios y sin propósito; los síntomas son angustia emocional e inquietud. <sup>(4)</sup>
- **Tensión:** Estado de alteración de una persona, con manifestaciones físicas claras de miedo, ansiedad y agitación. <sup>(4)</sup>
- **Falta de Colaboración:** Rechazo activo a seguir los deseos de otros incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia, puede estar

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 6</b>

asociado con desconfianza, actitud defensiva, obstinación, negativismo, rechazo a la autoridad, hostilidad y beligerancia. (4)

- **Hostilidad:** Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, incluyendo sarcasmo, conducta pasivo- agresiva, abuso verbal y agresión física. (4)
- **Excitación:** Se refleja en una conducta motora acelerada, incremento en la respuesta a los estímulos, hipervigilancia o excesiva labilidad emocional. (4)
- **Aislamiento:** Situaciones en las que un paciente es sometido a un confinamiento involuntario en una habitación a solas para impedir físicamente la salida del mismo. (4)
- **Reducción del paciente agitado/ agresivo:** Proceso de inmovilización de una persona como paso previo a su contención mecánica, es concebida como un acto terapéutico. (4)
- **Conducta agresiva:** Todo aquel comportamiento destinado a causar algún daño, sea psicológico o físico. (4)
- **Delirium:** Alteración rápida de la conciencia que ocasiona deterioro completo de las funciones cognoscitivas y confusión además de inicio agudo y curso fluctuante. (4)
- **Desescalamiento:** Intervención empleada para personas que se encuentran en riesgo de comportarse agresivamente, es para atenuar, redirigir o desescalar una situación conflictiva, o evitar a través de la verbalización que las personas pasen a la acción agresiva. (4)


 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 7</b>

- **Contención física:** Serie de medidas destinadas a coartar la movilidad de una persona agitada o violenta para evitar autolesiones y lesiones a terceras personas, debiendo aplicarse durante el menor tiempo posible. <sup>(4)</sup>
- **Contención farmacológica:** Basado en la sedación inmediata generalmente requiere de un antipsicótico de primera generación y de acción rápida. <sup>(4)</sup>
- **Contención verbal:** Es la primera pauta de actuación o un elemento básico inicial, y va dirigida a percibir, manejar los problemas y sentimientos del paciente para tratar de impedir la progresión del episodio de agitación psicomotriz. <sup>(4)</sup>
- **Contención ambiental:** Identificar e intervenir en los factores desencadenantes importantes para disminuir el riesgo de agitación, que tiene como objetivo intentar conseguir un ambiente en el cual el paciente se encuentre cómodo y seguro. <sup>(4)</sup>
- **Sujeción torácica:** Facilita un correcto posicionamiento del tronco y proporciona un soporte dinámico en caso de movimientos espásticos. <sup>(4)</sup>

## 5. DIAGNOSTICO

### 5.1 Cuadro clínico

El diagnóstico de una agitación psicomotora es clínico, la anamnesis y la exploración física deben ir encaminadas a diagnosticar ante qué tipo de agitación nos encontramos. Es muy importante la información facilitada por los acompañantes o familiares sobre los acontecimientos somáticos y psiquiátricos, así como la forma de inicio y la duración del episodio actual. Se ha de incidir siempre en la toma o supresión

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 8</b>

de fármacos, drogas o tóxicos. En la exploración física, lo principal es la búsqueda de focalidad neurológica y de signos que impliquen inestabilidad hemodinámica. <sup>(5)</sup>


El reconocimiento rápido del riesgo de agitación es esencial en la intervención. Por ello, es crítico explorar también de forma cuidadosa la existencia de una historia reciente o pasada de comportamientos agresivos, verbales y físicos, impulsivos y premeditados. La existencia de estresores ambientales importantes, de delirios y alucinaciones, o el establecimiento en lo posible de un diagnóstico (psiquiátrico o somático) temprano, son esenciales para elaborar un plan de tratamiento adecuado de la agitación, que puede ser a su vez crítico en la posterior evolución del paciente. <sup>(5)</sup>

El paciente agitado o violento no constituye, desde luego, una categoría médica homogénea, y no debe considerarse de entrada por ello un “enfermo mental”. Tal generalización es causa de muchos y graves errores médicos, y puede ser un determinante negativo para su posterior evolución y para la calidad de los cuidados médicos que precise. En general, se pueden considerar inicialmente cuatro categorías diagnósticas amplias: <sup>(5)</sup>

**Por consumo de sustancias**, tanto intoxicaciones como abstinencias, y entendidas estas no sólo en el contexto de las toxicomanías, sino mucho más ampliamente, incluyendo fármacos en uso terapéutico, consumos accidentales, intoxicaciones voluntarias.

**Por enfermedades orgánicas**, desde el delirium a los síntomas y síndromes neurológicos, metabólicos. Esta consideración es esencial, puesto que en muchas presentaciones aparentemente psiquiátricas subyacen causas orgánicas, incluso en pacientes con antecedentes psiquiátricos en su historia médica, y su descuido diagnóstico implica, en no pocas ocasiones, seguir una vía clínica en la que la



	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 9</b>

evaluación física rigurosa brilla por su ausencia, con las desastrosas consecuencias para su salud que ello acarrea.

**Por trastornos mentales en sentido estricto**, más frecuentemente en trastornos psicóticos, trastornos afectivos, crisis de pánico, trastornos del control de los impulsos y personalidades patológicas.

**Por causas exógenas**, también en personas sanas en situaciones de vulnerabilidad, como el alto estrés ambiental, situaciones personales críticas, etc.

Esta distinción es importante dado que en las causas orgánicas, la aplicación de medidas de contención farmacológica puede resultar insuficiente (e incluso perjudicial en algunas situaciones) si no se trata el trastorno etiológico subyacente, mientras que en otros casos que así lo permitan, la contención verbal adquiere relevancia, incluso se puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad. <sup>(5)</sup>

## **5.2 Exámenes diagnósticos**

Respecto a las pruebas complementarias, se deben pedir las básicas para cualquier cuadro de urgencias: hemograma, electrolitos, función renal, hepática y uroanálisis, incluyendo tóxicos. Los estudios se ampliarán según la sospecha de neuroinfección, accidente cerebrovascular, o tumores.

## **5.3 Escala de estratificación**

Teniendo en cuenta los criterios y en función de la intensidad de los síntomas la Agitación psicomotriz se clasifica en:

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 10</b>

**Agitación leve:** Implica un mayor aumento de la supervisión, pero respetando la necesidad de mayor espacio interpersonal del paciente.

**Agitación moderada:** Muy inquieto, movimientos frecuentes sin propósito.

**Agitación grave:** Agresivo, desafiante, hostil. No se deja valorar ni tratar. Agitación extrema, violento. Auto y/o hetero destrucción. Peligro inmediato por el enfermo y por su entorno.

Para cada una de las clasificaciones antes mencionadas se presenta a continuación, recomendaciones de manejo de forma general:

**Tabla Nro. 1.** Recomendaciones de manejo de acuerdo a clasificación por gravedad de la agitación.

<b>Agitación leve</b>	<b>Agitación moderada</b>	<b>Agitación grave</b>
Informar al Médico de guardia la activación del protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz	Informar al médico de guardia la activación del protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz	Todo lo anterior.
Control visual continuo. Implementar medidas de contención verbal.	Acompañamiento de personal de enfermería.	Procedimientos de aislamiento, reducción y/o contención mecánica en función del estado del paciente.
Presencia del personal de enfermería cerca, sin estar al lado del paciente. Acompañamiento familiar permanente.	Implementar medidas de contención verbal. Facilitar espacios con disminución de estímulos. Tratamiento farmacológico. Evaluar la idoneidad de las visitas.	Valorar la necesidad de los procedimientos de reducción y de contención mecánica en la habitación de aislamiento. Valorar necesidad de información a familia en caso de disponer de permisos de salida/visita.
	Acompañamiento familiar permanente.	Presencia en la unidad de médico de guardia en cada turno para valorar el estado del paciente.
		Valorar presencia o paseo del personal de seguridad por la unidad de forma periódica.
		Acompañamiento familiar permanente

**Nota:** Elaborado por la Unidad de Salud Mental Hospitalaria - HGDGDZ

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 11</b>


## 6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los episodios de agitación psicomotriz pueden presentarse en diferentes entidades clínicas, a continuación, se presentan las más frecuentes divididas por categorías diagnósticas:

**Tabla Nro. 2.** Patologías que pueden cursar con agitación psicomotriz

AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA			AGITACIÓN REACTIVA
	PSICÓTICA	NO PSICÓTICA	MIXTA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delirium</li> <li>▪ Alteraciones metabólicas y endocrinas (Hipertiroidismo, hiperparatiroidismo)</li> <li>▪ Fiebre/hipertermia</li> <li>▪ Hipo/hiperglicemia</li> <li>▪ Meningoencefalitis</li> <li>▪ Hemorragia subaracnoidea.</li> <li>▪ Hematoma subdural</li> <li>▪ Encefalitis autoinmunitarias</li> <li>▪ Epilepsia del lóbulo temporal, y demás relacionados</li> <li>▪ Infección del sistema nervioso central</li> <li>▪ Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica, hipertensiva)</li> <li>▪ Accidente cerebrovascular</li> <li>▪ Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico</li> <li>▪ Neoplasias cerebrales</li> <li>▪ Trastornos neurodegenerativos (Demencias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis aguda, trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme).</li> <li>▪ Trastornos afectivos (trastorno bipolar y sus derivados, depresión mayor).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos de la Personalidad (principalmente límite y disocial)</li> <li>▪ Trastornos generalizados del neurodesarrollo (autismo, TDAH, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante).</li> <li>▪ Discapacidad intelectual</li> <li>▪ Trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo – reacción aguda al estrés).</li> <li>▪ Trastornos de adaptación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumo de drogas</li> <li>▪ Síndrome de abstinencia de alcohol y demás drogas</li> <li>▪ Psicosis inducida por sustancias psicoactivas</li> <li>▪ Uso de corticosteroides, anticolínicos, opiáceos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duelo.</li> <li>▪ Paciente con abuso sexual o maltrato.</li> <li>▪ Reacciones emocionales</li> <li>▪ situaciones catastróficas</li> <li>▪ Privación sensorial: unidad de cuidados intensivos, cirugía oftálmica, etc.</li> </ul>

**Nota:** Tomado del Manual de urgencias Psiquiátricas – Primera edición - 2023 – editorial panamericana.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 12</b>

## 7. TRATAMIENTO


### 7.1 Medidas generales

El objetivo de tratamiento en pacientes que presentan agitación psicomotriz es la estabilización, mediante la utilización de medidas que tranquilicen al paciente más no la sedación, ya que es importante realizar una evaluación exhaustiva y apropiada de la persona, manteniendo una correcta relación médico paciente y de esta manera elegir la mejor conducta a seguir, en función de las necesidades de cada paciente, según el grado de agitación y su causa. <sup>(6)</sup>

En cuanto a las medidas generales a realizar tenemos:


#### **Contención ambiental:** <sup>(7)</sup>

- Contar área privada, evitar interrupciones.
- Mantener la habitación donde se encuentre el paciente limpia y ordenada
- Procurar que el paciente se encuentre limpio y cómodo
- Disminuir la estimulación sensorial como corrientes de aire caliente/frío, exceso de luz, ruido, entre otros.
- Contribuir el sueño nocturno, atenuando las luces, disminuyendo los ruidos, concentrando los procedimientos en horas puntuales, entre otros.
- Retirar de habitación del paciente objetos que puedan resultar peligrosos
- Permitir el acompañamiento de una persona de significancia
- Ubicar al paciente con agitación o con riesgo de agitación, desorientación, etc., cerca de la estación de enfermería
- Al interactuar con el paciente, intentar mantener una adecuada distancia de seguridad para respetar su espacio personal
- Procurar un ambiente calmado y silencioso.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 13</b>

### **Contención verbal:** (7)

- Ubicarse frente al paciente, conservando una distancia mínima de dos brazos entre él y el funcionario, pudiendo ser mayor si el paciente lo pide o si el profesional lo considera necesario. Si es posible, situarse a la altura del paciente. Si más personal está presente, evitar rodear al paciente, de modo que no se sienta acorralado.
- Mostrarse con una actitud de escucha y seguridad, utilizando un lenguaje corporal que transmita sensación de calma: Espalda erguida, manos abiertas y visibles (sin objetos que puedan considerarse una amenaza), rodillas semiflexionadas y expresión facial de calma. Evitar el contacto visual excesivo (puede transmitir amenaza) o esquivo (puede transmitir inseguridad).
- Solo una persona establecerá el contacto con el paciente, el resto, deberá evitar las interrupciones. Si la primera persona fracasa en el establecimiento de la comunicación, deberá ser sustituido por otro miembro del equipo.
- Realizar preguntas abiertas para permitir la expresión de demandas y sentimientos del paciente.
- Escuchar al paciente de forma activa y atenta, respetar sus tiempos de palabra y silencio.
- Responder de forma breve, usando frases cortas y vocabulario que sea fácil y entendible para cualquier persona. Mantener un tono de voz calmado y suave. Evitar decir frases como “tranquilo/a”, “todo estará bien”.
- En el manejo general en el adulto mayor con una desescalada exitosa ayuda al paciente a recuperar el control sin necesidad de tratamiento adicional e incluso puede ser efectiva en pacientes con déficits cognitivos como la demencia. Un

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 14</b>

mensaje grabado en vídeo de los familiares también puede ayudar a calmar y aliviar la agitación de los pacientes mayores. <sup>(8)</sup>

## **7.2 Manejo específico**


**Farmacológico:** Es importante conocer que se debe tratar de anteponer el diagnóstico a cualquier tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz, aunque no siempre es factible. <sup>(9)</sup>

Los fármacos que habitualmente se emplean en el manejo sintomático de la agitación psicomotriz son los antipsicóticos y las benzodiazepinas. <sup>(9)</sup>

Se podría utilizar fármacos por vía oral en pacientes que, a pesar de la agitación psicomotriz, colaboren y acepten la medicación. Puede administrarse risperidona 2-4 mg, a la cual podría añadirse clonazepam 2-4 mg o diazepam 10-20 mg vía oral. También podría utilizarse olanzapina 5-10 mg o quetiapina 100-200 mg vía oral. <sup>(10)</sup>

En los pacientes que lo requieran se puede administrar un antipsicótico intramuscular, al cual puede añadirse una benzodiazepina; la combinación más utilizada es el haloperidol 5 mg intramuscular más diazepam 10 mg intravenoso (aplicado en forma muy lenta), no es recomendable exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección; en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg intramuscular 30-60 minutos después.<sup>(9)</sup> Ante el uso de benzodiazepinas por vía parenteral se debe tener siempre a mano su antídoto, el flumazenilo. <sup>(9)</sup>

La aplicación de haloperidol 5 mg intramuscular cada 30-45 minutos hasta llegar a un máximo de 100 mg o la combinación variable de múltiples fármacos

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 15</b>

sedantes no son recomendables como primera elección, por el alto riesgo de síntomas extrapiramidales e hipotensión postural. <sup>(10)</sup>

En pacientes agitados por abstinencia alcohólica, debe preferirse la administración de una benzodiacepina la más utilizada en nuestro medio es el diazepam, en dosis de 10 a 20 mg intravenoso, pero no por vía intramuscular por su absorción errática. También podría usarse el midazolam, en dosis de 2,5-10 mg intravenoso o intramuscular, en el caso de utilizar benzodiacepina se debe vigilar la sedación y constantes vitales, incluso agregando la monitorización continua de estos.


En caso de intoxicación por un depresor del Sistema Nervioso Central (por ejemplo, alcohol o benzodiacepinas) debe evitarse el uso de benzodiazepinas (especialmente por vía intravenosa) por el riesgo de depresión respiratoria. <sup>(10)</sup>

Cuando se trate de una agitación con compromiso del sensorio, no es recomendable el uso de benzodiazepinas, en su lugar la administración de haloperidol 5 mg intramuscular es recomendable. <sup>(10)</sup>

Para la elección del medicamento antipsicótico se debe considerar: el riesgo de efectos secundarios, la ruta de administración, la disponibilidad, las comorbilidades médicas, las interacciones con otros fármacos. <sup>(10)</sup>

Los principales efectos adversos de los antipsicóticos utilizados en agitación psicomotriz son los siguientes:

- Sedación.
- Hipotensión ortostática.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 16</b>

- Efectos anticolinérgicos: boca seca, visión borrosa, estreñimiento, aumento de la presión intraocular, retención urinaria, taquicardia sinusal, prolongación del intervalo QT, mareos y confusión
- Efectos extrapiramidales: distonía aguda, acatisia, hipocinesia, rigidez muscular, síndrome neuroléptico maligno. (10)

### **Consideraciones especiales en el tratamiento del adulto mayor:**


Se deben evitar las benzodiazepinas en personas que aún no las reciben porque existe un mayor riesgo de sedación prolongada, agitación paradójica y empeoramiento del delirio.

La difenhidramina no debe utilizarse para el tratamiento de personas mayores. Sus efectos adversos anticolinérgicos pueden provocar un empeoramiento del delirio y una sedación prolongada.

Los antipsicóticos de elección en el adulto mayor con síndrome de agitación aguda se utilizará de la siguiente manera <sup>(11)</sup>:

- **Haloperidol:** de preferencia no administrar vía oral en caso de emergencia, iniciar con dosis 2.5mg hasta 5 mg intramuscular y repetir la dosis cada 30 minutos, se sugiere no pasar de una dosis mayor a 30 mg sin embargo la dosis máxima es hasta 100 mg. Considerar el alto riesgo de parkinsonismo, evitar tratamientos prolongados.
- **Risperidona:** Será de elección en pacientes con demencia se iniciará con una dosis 0.5mg a una dosis 1 mg cada 12 horas vía oral. Considere (disminuir la dosis a la mitad en insuficiencia renal, o calcular de acuerdo al aclaramiento de creatinina, metabolismo hepático; riesgo de parkinsonismo)



 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 17</b>

- **Quetiapina:** De elección en demencia de cuerpos de Lewy o enfermedad de Parkinson, iniciar por vía oral desde 25 mg hasta 100 mg. Paciente puede presentar: aumento de la presión arterial diastólica, hipotensión ortostática, taquicardia.

Dadas las características farmacodinámicas y farmacocinéticas del paciente anciano y el riesgo de interacciones o efectos secundarios, es muy importante tener presente siempre la premisa de iniciar estos fármacos con la dosis mínima e ir aumentando de forma lenta hasta obtener resultados. <sup>(11)</sup>


Los médicos deben tener cuidado con los pacientes geriátricos que pueden estar recibiendo múltiples medicamentos para prolongar el intervalo QT, se sugiere realizar un ECG para la evaluación del intervalo QT para monitorización de interacciones farmacológicas de antipsicóticos con otros medicamentos. <sup>(12)</sup>

#### **No farmacológico:**

**Contención mecánica:** Cuando la situación no haya sido controlada con las medidas anteriores y sea justificada la contención mecánica, se pondrá en marcha el protocolo de actuación.

#### **Indicaciones:**

- Siempre será por orden médica.
- Informar al paciente, familiar y/o tutor responsable sobre el procedimiento a realizar y la causa, siempre y cuando la condición del paciente y el contexto de la situación lo permitan.
- Llenado de ficha de supervisión de contención mecánica por el medico prescriptor. **(Anexo 1)**

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 18</b>

- En situación de urgencia la enfermera podrá poner en marcha el procedimiento comunicando seguidamente al médico para que confirme la indicación.


***Equipo material y personal necesario:***

- Correas de sujeción homologada o cinturón abdominal, sujetadores de tela para manos y tobillos. Optativo para un mejor control de los movimientos del paciente, se usa la sujeción torácica con una sábana.
- Se necesitará un mínimo de cuatro (4) personas, preferiblemente cinco (5) en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. <sup>(13)</sup>

***Procedimiento (Sujeción mecánica)***

Tener preparado el equipo de contención para su rápida utilización en caso de urgencia.


1. Hay que intentar que el paciente esté en la habitación para que la medida sea menos traumática y no altere al resto de pacientes.
2. Cada persona sujetará una extremidad del paciente (Anexo 2).
3. Ubicar a paciente en decúbito dorsal en la camilla hospitalaria.
4. Posteriormente se le colocará el medio de sujeción abdominal y después una por una el resto de extremidades.
5. Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación.
6. Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izquierda / pie derecho - muñeca derecha / pie izquierdo.)
7. Con el paciente en la cama, envolver los sujetadores de tela a nivel de la zona distal de los miembros superiores e inferiores (muñecas y tobillos); fijar sujetando con las tiras al barandal de la cama.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 19</b>

8. El cuerpo debe mantener la posición anatómica; los miembros superiores deben estar ubicados a ambos lados del cuerpo en ángulo de 45 grados en relación al tórax; los miembros inferiores deben quedar ligeramente abiertos a 30 a 45 cm de distancia entre uno y otro.
9. Verificar que los sujetadores (muñequera y tobillera) no estén muy ajustados; deben permitir el ingreso de un dedo debajo de las ataduras a fin de garantizar la adecuada circulación periférica.
10. Solo si fuera necesario para un mejor control de los movimientos del paciente, se usa la sujeción torácica, colocando una sábana doblada en diagonal en ancho de 20 cm, pasándola por debajo de ambas axilas, cruzándola en la espalda y fijándola en el barandal superior de la cama.
11. Debe brindarse el abrigo y toda la comodidad que fuera posible; debe colocarse una almohada debajo de la cabeza.
12. La enfermera responsable evaluará cada 30 minutos y cuando fuera necesario la integridad cutánea, la sensibilidad en zonas de presión, y el color, temperatura e irrigación de manos y pies. Monitorizará además las funciones vitales.
13. La sujeción mecánica se mantendrá el menor tiempo posible, retirándose bajo prescripción médica. <sup>(14)</sup>

***Posibles complicaciones de la sujeción mecánica:***

- Cianosis distal.
- Edemas / hematomas.
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa.

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 20</b>

- Neumonía aspirativa.
- Estreñimiento.
- Esguinces, luxaciones.
- Rechazo al tratamiento.

## 8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

### ***Criterios de Ingreso***


- Paciente que presenta interferencia o debilitación del juicio.
- Estado de agitación, con sospecha (signos y/o síntomas de riesgo de auto o heteroagresiones).
- Pacientes con delirium (Síndrome Confusional Agudo)
- Pacientes con ideaciones, planes e intentos suicidas.
- Pacientes con cuadros psicóticos descompensados (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodios maníacos, episodios depresivos graves, psicosis tóxicas, etc.)
- Pacientes con intoxicación por sustancias (intoxicación o de privación a alcohol, cocaína, cannabis, heroína, etc.); o cuadro clínico (que por intensidad de los síntomas) al usuario le resulte imposible controlar y ponga en riesgo la vida del paciente.

### ***Criterios de Egreso***

- Paciente con juicio conservado y compensado emocional y conductualmente.

### ***Recomendaciones para generar altas***

- Brindar una información de calidad al usuario y sus acompañantes sobre su estado de salud y tratamiento, complicaciones y riesgos para el futuro.


 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 21</b>

- Evaluación médico - psicológica y social. En caso de no contar con referente familiar, el trabajo social debe realizar la coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, o con fundaciones para el acogimiento institucional de los usuarios/pacientes.

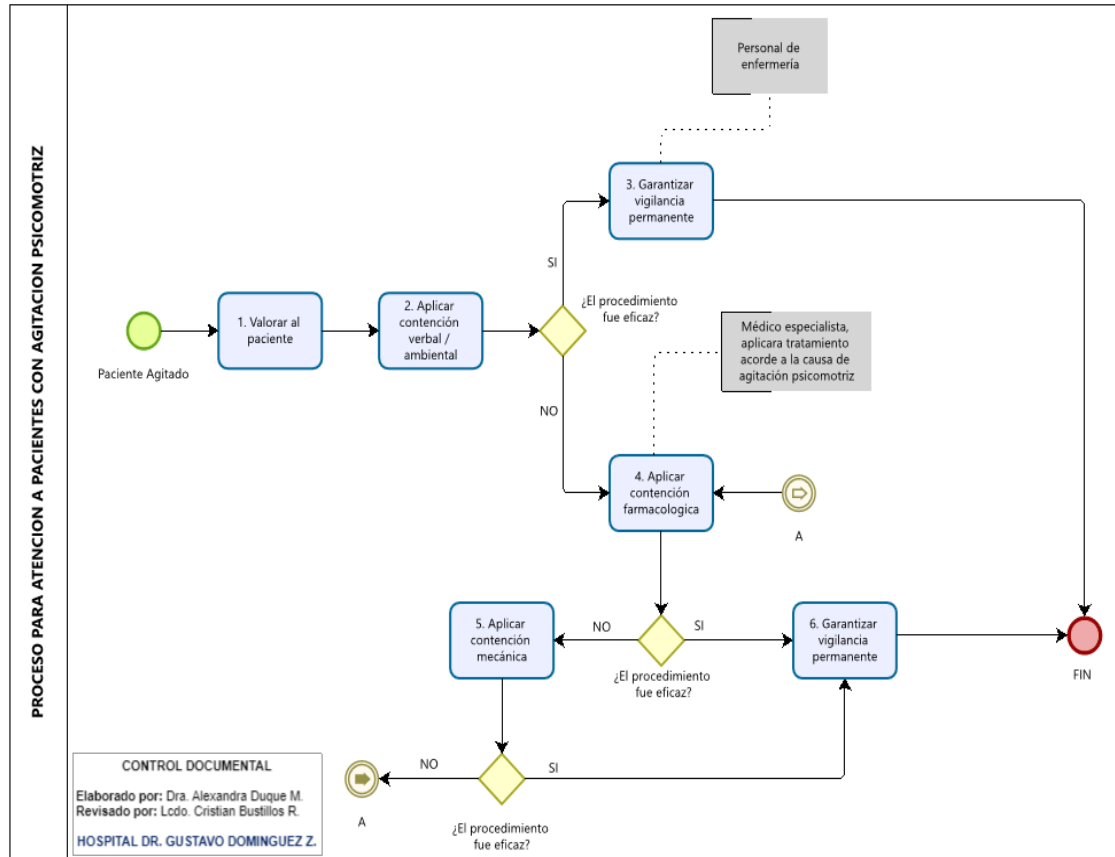
#### **9. REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA:**


Se toma en consideración criterios de referencia a centro de mayor complejidad siempre y cuando la sintomatología persista luego de 15 días y sin lograr resolver en áreas de hospitalización de segundo nivel, sin contar con los medios necesarios de tercer nivel por ejemplo terapia electroconvulsiva.

La contrarreferencia se realizará a la unidad operativa respectiva, dependiendo de la etiología del síndrome de agitación psicomotora (Servicio Ambulatorio Intensivo para pacientes con consumo de alcohol y otras drogas; Consulta externa de primer nivel de atención).

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 22</b>

## 10. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 23</b>

## 11. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

<b>PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Nombre del proceso:</b> Instructivo para atención de intervención temprana		<b>Versión:</b> 1.0
<b>A.</b>	<b>Unidad / Rol</b>	<b>Tarea / Actividad</b>
1	Médico Residente Médico tratante	<p><b>Valorar al paciente</b></p> <p>Evaluar condición clínica del paciente y determinar que tipo de tratamiento necesita (Contención verbal o ambiental)</p>
2	Personal de salud (Médico o Enfermero)	<p><b>Aplicar Contención verbal/ ambiental</b></p> <p>En caso de que el paciente necesite contención ambiental, se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la habitación donde se encuentre el paciente limpia y ordenada</li> <li>• Disminuir la estimulación sensorial como corrientes de aire caliente/frío, exceso de luz, ruido, entre otros.</li> <li>• Permitir el acompañamiento de una persona de significancia</li> <li>• Procurar un ambiente calmado y silencioso.</li> </ul> <p>Para pacientes que necesiten contención verbal, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrarse con una actitud de escucha y seguridad, utilizando un lenguaje corporal que transmita sensación de calma: Espalda erguida, manos abiertas y visibles (sin objetos que puedan considerarse una amenaza), rodillas semiflexionadas y expresión facial.</li> <li>• Realizar preguntas abiertas para permitir la expresión de demandas y sentimientos del paciente.</li> <li>• Escuchar al paciente de forma activa y atenta, respetar sus tiempos de palabra y</li> </ul>

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 24</b>

		<p>silencio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder de forma breve, usando frases cortas y vocabulario que sea fácil y entendible para cualquier persona. Mantener un tono de voz calmado y suave. Evitar decir frases como “tranquilo/a”, “todo estará bien”.</li> </ul> <p>En caso de requerir mayor entendimiento de las actividades a realizar, se recomienda revisar a detalle las páginas 12 y 13 de este protocolo, donde se explica todas las actividades a realizar en los diferentes tipos de contención.</p> <p>Evaluar la eficacia del procedimiento, en caso de que, si haya dado resultados positivos, continuar con actividad Nro. 3. Caso contrario continuar con actividad Nro. 4</p>
3	Licenciados en enfermería o Personal auxiliar de enfermería	<p><b>Garantizar la Vigilancia permanente</b></p> <p>El personal de salud deberá garantizar todas las medidas para la respectiva vigilancia al paciente durante su hospitalización.</p>
4	Médico Residente Médico tratante Licenciado en Enfermería	<p><b>Aplicar Contención farmacológica</b></p> <p>En aquellos pacientes que no haya surgido efecto la contención ambiental o verbal, se deberá aplicar contención farmacológica según indicaciones médicas.</p> <p>Se recomienda revisar las páginas 14 a 17 de este protocolo, donde se detallan las dosis farmacológicas para tratamiento, sugeridas en Guías Clínicas de salud.</p> <p>Evaluar si el tratamiento aplicado fue eficaz, en caso de obtener resultados positivos continuar con actividad Nro. 6, caso contrario continuar con actividad Nro. 5</p>
5	Personal de salud (Médico o Enfermero)	<p><b>Aplicar contención mecánica</b></p> <p>En aquellos pacientes que no haya surgido efecto ninguno de los procedimientos antes realizados,</p>




	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 25</b>

		<p>se recomienda aplicar contención mecánica, el procedimiento se encuentra detallado en las páginas 17-19 de este protocolo, se recomienda su revisión.</p> <p>Después de aplicar la contención mecánica se debe evaluar la eficacia del tratamiento, en caso de ser positivo continuar con actividad Nro. 6. Caso contrario volver aplicar procedimientos desde actividad Nro. 4</p>
6	Licenciados en enfermería o Personal auxiliar de enfermería	<p><b>Garantizar la Vigilancia permanente</b></p> <p>El personal de salud deberá garantizar todas las medidas para la respectiva vigilancia al paciente durante su hospitalización</p>
<b>FIN</b>		

## 12. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
10/10/2024	Versión Inicial	N/A	001


 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 26</b>

### 13. REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Association. 2018.
2. Kheiraoui, F., Favaretti, C., Marino, M. A. Ferriero, M., Pietro, M. Melani. A., Belisari, A., Mantovani, L. G., Janiri, L. Valutazione di Health Technology Assessment sulla loxapina inalatoria. Italian Journal of Public Health. [Internet]: Vol 6; 2017 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.ijph.it/hta-loxapina-inalatoria>
3. Witt, L., Laung, R., Harper, M. Tratamiento de problemas geriátricos comunes. [Internet]. McGrwaw Hil. Página 10. Vol.4; 2023 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3323>
4. Viñales P, Pizarro C, Allard M, Aranda J, Protocolo de Contención de usuario con Agitación Psicomotora. [Internet]; 2021 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-contencion-a-usuario-con-agitacion-psicomotora-version-0.5.pdf>
5. Herreros O., Rubio, B., Gastaminza, X., et al. Agitación psicomotriz [Internet]: España. 1er ed, Editorial Selene; 2014 [Consultado 2024]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/266796213\\_Agitacion\\_psicomotriz](https://www.researchgate.net/publication/266796213_Agitacion_psicomotriz)
6. Pérez, Y., Ortega, D., Torres, S., Agitación Psicomotriz. Tesla Revista Científica [Internet]: 2021 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/32?articlesBySimilarityPage=5>
7. Viñales P., Pizarro, C., Allard, M., Aranda, J., Protocolo de contención de usuario con agitación psicomotora [Internet]: 2021 [Consultado 2024]. Disponible en <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2021/12/Protocolo-contencion-a-usuario-con-agitacion-psicomotora-version-0.5.pdf>
8. Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., et al. Verbal de-escalation of the Agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine [Internet]: 1;13(1):17–25; 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/55g994m6>

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 27</b>

9. Álvarez M., Bugarín R., Cad A., Agitación psicomotriz Primaria [Internet]: 18:73–7; 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol\\_4/Act\\_ABCD\\_2\\_Cadernos\\_Vol\\_18\\_n4.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL18/vol_4/Act_ABCD_2_Cadernos_Vol_18_n4.pdf)
10. Stucchi, S., Cruzado, L., Fernández, R., Bernuy, M., Vargas, H., Alvarado, F., Rondón, J., Núñez, P. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]: vol. 77, núm. 1, pp. 19-30; 2014 2012 [Consultado 2024]. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372033985003.pdf>
11. Barneda, V. Manejo farmacológico de la agitación psicomotriz en el paciente anciano. Viguera. Sociedad Española de Psicogeriatría [Internet]; 2023 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.viguera.com/sepg/sec/verRevista.php?id=428a1512a341753735138#>
12. Shenvi, C., Kennedy, M., Austin, C.A., Wilson, M.P., Gerardi, M., Schneider, S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool [Internet]: 75(2):136-145; 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563402/>
13. Flores Placencia, J. L. Atención de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de Quito [Internet]; 2014 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6208/3/06%20ENF%20731%20GUIA.pdf>
14. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]; 77 (1), 19. 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/mp.v77i1.1160>
15. Ministerio de Salud Pública, Lineamientos Operativos para las Unidades de Intervención en Crisis [Internet]; 2018 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-uinidades-de-intervencion-en-crisis.pdf>

 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 28</b>

16. Ministerio de Salud Pública, Lineamientos operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias [Internet]; 2016 2012 [Consultado 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-salud-mental-hospitalaria.pdf>

#### **14. ANEXOS**

**Anexo 1:** Ficha de contención mecánica

**Anexo 2:** Método de sujeción por cada extremidad y cabeza

	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 29</b>

## Anexo 1

### Ficha de contención mecánica


HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO FICHA DE CONTENCIÓN MECÁNICA SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
Nombre y Apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso: Sala:
Edad:	Sexo: Cama:
<b>INFORMACION A PACIENTE / FAMILIA</b>	
Se ha explicado la necesidad de la contención a:	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos	
<b>INDICACION DE LA SUJECION</b>	
Fecha: _____ Hora: _____	
Indicación de la contención (márquese la/s casilla/s correspondiente/s)	
<input type="checkbox"/> Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas <input type="checkbox"/> Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos <input type="checkbox"/> Evitar daños físicos significativos <input type="checkbox"/> Reducir estímulos sensoriales (aislamiento) <input type="checkbox"/> Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicado	
Situación actual del paciente	
<input type="checkbox"/> Agitación psicomotriz severa <input type="checkbox"/> Riesgo potencial de agresividad <input type="checkbox"/> Confusión /desorientación / delirium <input type="checkbox"/> Impulsividad suicida <input type="checkbox"/> Otra.....	
<b>IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIALES</b>	
<input type="checkbox"/> Ancianos <input type="checkbox"/> Fumadores crónicos <input type="checkbox"/> Patología cardiovascular <input type="checkbox"/> Lesiones osteo-musculares previas	<input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Encamamiento prolongado <input type="checkbox"/> Riesgo tromboembólico previo <input type="checkbox"/> Otros.....
<b>MEDIO S UTILIZADO S PREVIAMENTE A LA CONTENCIÓN</b>	
<input type="checkbox"/> Intervenciones verbales <input type="checkbox"/> Intervención con familiar <input type="checkbox"/> Medicación oral <input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Medicación parenteral <input type="checkbox"/> Aislamiento sin contención <input type="checkbox"/> Sin alternativas desde el principio
<b>TIPO DE SUJECION</b>	
<input type="checkbox"/> Miembros superiores <input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Cruzada
Firma del médico responsable:	Firma del enfermero de turno:

Form. UEQC – HSP – MIN – PSI - PR- AP – 001



AUTORIZACION	
<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre y apellidos: _____</p> <p>Cedula de Identidad: _____</p> <p>Parentesco: _____</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>FIRMA:</p>	
SEGUIMIENTO DE CONTENCIÓN	SEGUIMIENTO DE CONTENCIÓN
<p>Fecha: _____</p> <p>Inicio: _____</p> <p>Fin: _____</p> <p>Intervalo de tiempo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médico que Indica las medidas de contención</p> <p>_____</p> <p>Enfermera/o Responsable</p>	<p>Fecha: _____</p> <p>Inicio: _____</p> <p>Fin: _____</p> <p>Intervalo de tiempo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médico que Indica las medidas de contención</p> <p>_____</p> <p>Enfermera/o Responsable</p>
SEGUIMIENTO DE CONTENCIÓN	SEGUIMIENTO DE CONTENCIÓN
<p>Fecha: _____</p> <p>Inicio: _____</p> <p>Fin: _____</p> <p>Intervalo de tiempo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médico que Indica las medidas de contención</p> <p>_____</p> <p>Enfermera/o Responsable</p>	<p>Fecha: _____</p> <p>Inicio: _____</p> <p>Fin: _____</p> <p>Intervalo de tiempo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Médico que Indica las medidas de contención</p> <p>_____</p> <p>Enfermera/o Responsable</p>



 Ministerio de Salud Pública	<b>HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z.</b>	<b>Estado: Aprobado</b>
	<b>Servicio de Medicina Interna</b>	<b>Versión: 1.0</b>
	<b>Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación Psicomotriz</b>	<b>Fecha: 10-10-2024</b>
	<b>HGDGDZ-UEQC-HSP-MIN-PR-001</b>	<b>Página: 31</b>

## Anexo 2

Método de sujeción por cada extremidad y cabeza

