



Manejo de la agitación psicomotora

- ETIOLOGÍA
- FASES DE LA ESCALADA DE AGITACIÓN
- MAGNITUD DE LA AGITACION
- MANEJO NO FARMACOLOGICO DE LA AGITACION: DEESCALADA
- MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA AGITACION

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
Dr. Roberto Castillo y cooperadores/as	Rodrigo Perez	Dr. Carlos Graf F
CARGO Sub Director Médico	CARGO Enc OCSP	CARGO Director (S)
FECHA Y FIRMA 7/8/23	FECHA Y FIRMA 14 Agosto 23	FECHA Y FIRMA 22/8/23

Note: A circular stamp from Hospital Del Salvador de Valparaíso is overlaid on the signature of the Director (S).

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

Contenido

Introducción.....	3
Siglas	3
Objetivos	4
Documentación de referencia	4
Alcance.....	5
Responsables de ejecución	5
Definiciones.....	6
Desarrollo.....	8
ETIOLOGÍA	8
FASES DE LA ESCALADA DE AGITACIÓN.....	10
MAGNITUD DE LA AGITACION.....	13
MANEJO NO FARMACOLOGICO DE LA AGITACION	13
DESESCALADA EMOCIONAL.....	13
LOS 10 DOMINIOS DE LA DESESCALADA.....	14
LA INTERVENCION IN SITU	15
MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA AGITACION	18
INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS	18
ELECCIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	19
FASES DE LA CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA.....	20
CONTENCIÓN FÍSICA <i>VER PROTOCOLO GCL 1.3</i>	20
CONSIDERACIONES E INDICACIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	21
Flujograma	22
Plan de monitoreo.....	22
Plan de supervisión	22
Distribución.....	22
Anexos	23
Control de cambios	25

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

Introducción

El DSM-V define la agitación como una «actividad motora o verbal excesiva y perturbadora asociada con una sensación de tensión interior». Una progresión de la gravedad de la agitación puede conducir a conductas agresivas y violentas

Los pacientes en agitación psicomotora nos enfrentan a situaciones clínicas que pueden llegar a ser de muy difícil manejo por el riesgo que ellos suponen para su entorno, como para el personal de salud e incluso para su propia vida.

Por tanto, para controlar la situación y prevenir estos riesgos, es necesario conocer sobre la escalada de agitación y los diferentes tipos de contención (emocional, ambiental, farmacológica y física), con un enfoque en prevención

Por lo que es fundamental tener y conocer procedimientos establecidos para manejo de cuadros psiquiátricos de este tipo, en los que este claramente definido cómo realizar cada tipo de contención y cuando corresponde realizarla, los recursos humanos y materiales necesarios en cada caso, con el fin de mantener la dignidad de la persona y prevenir lesiones como consecuencia de cualquier procedimiento. Es objetivo institucional orientarnos a la Tendencia a Cero contención Mecánica, en pos de un manejo más humano y con disminución en el uso de técnicas menos restrictivas.

Siglas

- HDS: Hospital Del Salvador-Valparaiso
- TR: tranquilización rápida
- VO: vía oral
- IM: intramuscular
- EV: endovenoso
- SEP síntomas extrapiramidales
- ECG: electrocardiograma
- Sd: Síndrome

Oficina de Calidad y Seguridad 	Manejo de la agitación psicomotora Hospital Del Salvador – Valparaiso	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Objetivos

General

Prevenir o controlar aquellos episodios de agitación y/o violencia

Específico

- Lograr el control de las emociones del paciente, evitando o minimizando la auto y hetero agresión durante su fase de agitación psicomotora.
- Garantizar la seguridad del paciente y del personal que lo rodea.
- Garantizar el respeto a los derechos y la dignidad del paciente
- Disminuir la experiencia traumática del proceso de hospitalización y tratamiento

Documentación de referencia

- The 10 Domains of De-escalation 1 Richmond JS 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. Vol XIII, No 1. 17-25. Feb 2012.
- Janet S Richmond 1, Jon S Berlin, Avrim B Fishkind, Garland H Holloman Jr, Scott L Zeller, Michael P Wilson, Muhamad Aly Rifai, Anthony T Ng. West J Emerg Med . 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup
- Gregory Moore, MD, JD James A Pfaff, MD, FACEP, FAAEM (2017). Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult, UpToDate. Sacado de:
- https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?source=see_linkThe Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 12th edition. David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur. 2015.
- Crisis in the Emergency Department. The Evaluation and Management of Acute Agitation in Children and Adolescents Ruth Gerson; Nasuh Malas; Megan M. Mroczkowski. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 27 (2018) 367–386
- Pharmacologic Management of the Agitated Child. Laurie R. Marzullo, MS Pediatric Emergency Care & Volume 30, Number 4, April 2014

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

- Mejorar el manejo de pacientes agudamente agitados en el servicio de urgencias a través de la implementación del Proyecto BETA (Buenas Prácticas en la Evaluación y Tratamiento de la Agitación). Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, Wong AH, Wilson MP.
- J Am Coll Emerg Médicos Abiertos. 3 de julio de 2020; 1(5):898-907. doi: 10.1002/emp2.12138. eCollection 2020 oct.
- PMID: 33145538
- Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Ruth Gerson; Vera Feuer, Gabrielle H. Silver, Raghuram Prasad, Megan M. Mroczkowski, Western Journal of Emergency Medicine Volume 20, no. 2: March 2019
- Lewis's child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook. Fifth edition 2018. Andrés Martín, Michael H. Bloch, Fred R. Volkmar.
- Psiquiatría de urgencia del niño y adolescente, unidad de Psiquiatría Hospital Luis Calvo Mackenna. Zamora Sergio. 1era edición, 2019.
- Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría. Ministerio de Salud de Chile. 2003.

Alcance

- Este protocolo puede ser aplicado tanto con pacientes ambulatorios como hospitalizados.
- Considera menores de edad y adultos.
- Es aplicable por todo el personal clínico y/o administrativo que tenga contacto con pacientes

Responsables de ejecución

- Médicos
- Enfermeros
- Otros integrantes del equipo tratante

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Definiciones

Agitación psicomotriz: es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, caracterizado por una alteración del comportamiento motor, consistente en aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, etc.), además, de un estado afectivo alterado (ansiedad severa, pánico, etc.). Se diferencia por niveles de gravedad en:

- Agitación Nivel Bajo: Agresión verbal
- Agitación Nivel Medio: Agresión física contra uno mismo y/o contra objetos
- Agitación Nivel Alto: Agresión física contra otras personas

Agresión afectiva o impulsiva: corresponden a las reacciones descontroladas, las cuales tienen la potencia o la intención de herir a otros o a sí mismo y ocurren en respuesta a la exposición de eventos percibidos como nocivos (los gatillantes pueden parecer triviales)

Agresión proactiva o instrumental: incluye conducta agresiva o coercitiva utilizada con el propósito de lograr una meta (material o estatus social)

Contención: Es un proceso en el cual, de modo incremental, se aplican una serie de procedimientos con la finalidad de resguardar la seguridad del paciente y los otros, junto con disminuir o controlar el episodio de agitación psicomotora.

Contención emocional: este es el procedimiento por excelencia que debemos procurar donde deberíamos lograr como objetivo Cero Contención Mecánica, para ello es necesario capacitar a todos los profesionales y funcionarios para poner emplear técnicas y estrategias que hacen posible evitar el uso de las contenciones mecánicas, siempre que esto sea posible. Tiene como objetivo establecer un contacto y comunicación abierta a la escucha y ayuda. Busca que síntomas y actos sean verbalizados y no actuados, por medio de la escucha y validación empática de afectos (no de la conducta), mostrar curiosidad por lo ocurrido, interés en el sentir y pensar del paciente, empatía frente a lo frustrado o sentido, con ello, se procura fomentar la calma y estimular la confianza del paciente para solo después poder pensar mejor y ayudarlo en la toma de decisiones y acuerdos.

Contención ambiental: conjunto de acciones realizadas por el equipo que atiende una crisis emocional y/o agitación psicomotora. Consiste en aplicar control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamiento, bajar volumen de equipos, sacar objetos riesgosos que puedan ser lanzados, lo que busca promover confianzas mutuas, una rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación que presenta.

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

Contención farmacológica: medida puntual, de “rescate”, que se podría ofrecer al paciente tras una intervención verbal poco exitosa o fracasada, después de establecer un vínculo con el individuo. Nunca se debe utilizar como castigo, sino como una ayuda para y por el paciente

Contención mecánica o física: Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, eventualmente con sujeción a una cama o camilla, en un paciente que lo requiera, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo y/o de los demás.

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Desarrollo

ETIOLOGÍA

Existe un amplio rango de múltiples factores que pueden interactuar y jugar un rol en la patogenia de la agitación psicomotora: medio ambiente, antecedentes sociales y médicos, psiquiátricos, caracterológicos, relaciones interpersonales, etc.

Frente a la agitación es primordial una evaluación integral liderada por médico tratante, en la cual se evalúen causas orgánicas requieren y un abordaje específico e indispensable para la mejoría. Las causas más frecuentes pueden ser de origen Psiquiátrico, Infeccioso, Neurológico, Drogas, Metabólico, Endocrino.

Las causas de la agitación son determinantes al momento de entregar el tratamiento. Las posibles etiologías son:

Tabla 1

Orgánicas	Psiquiátricas	Situacional-reactiva
<p><u>Tóxicas:</u> Alcohol, fármacos con actividad anticolinérgica (ejemplo: atropina, anti parkinsonianos, antidepresivos, antihistamínicos), digitálicos, corticoides, lidocaína, ansiolíticos, etc.)</p> <p><u>Metabólicas:</u> Encefalopatía hepática, uremia, hipoglicemia, hiponatremia, hipo e hipermagnesemia, hipo e hipercalcemia, acidosis, hipoxia, hipercapnia, fiebre, deshidratación, enfermedades endocrinas (hipo e hipertiroidismo, Cushing, Addison), etc.</p> <p><u>Neurológicas:</u> Convulsión, traumatismo craneal, anoxia cerebral, infecciones intracraneales, accidente cerebro vascular y encefalopatía hipertensiva.</p>	<p><u>Agitación psicótica:</u> Se produce una pérdida del juicio de realidad, una desconexión de su propia realidad para con los demás (por ejemplo, con ideas delirantes paranoides).</p> <p><u>Agitación no psicótica:</u> No se produce una pérdida grave del contacto con la realidad. Entre ellas, destaca la crisis de angustia (ataques de pánico).</p>	<p>Situaciones catastróficas que suponen una amenaza grave para el individuo o sus allegados.</p> <p>Impases, frustraciones, reacciones inadecuadas del equipo a las actitudes del paciente (acting out del equipo), etc.</p>

	Manejo de la agitación psicomotora Hospital Del Salvador – Valparaíso	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Determinar la causa de la agitación constituye una evaluación continua del paciente y del funcionamiento del equipo, debido a que los gatillantes de la agitación pueden evolucionar con el tiempo. El equipo interdisciplinario, debe estar entrenado de forma especializada para notar cambios en el estado mental o conductual del paciente, enfrentar las crisis cuando sea necesario e implementar intervenciones no farmacológicas tempranamente.

Factores de riesgo para desarrollar agitación o agresividad:

Tabla 2

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de agresión (particularmente violencia 24 horas antes) • Antecedente de destrucción de inmueble • Antecedente de abuso físico o sexual • Historia de violencia interpersonal • Antecedente de hospitalización psiquiátrica previa • Antecedente de acciones disciplinarias previas en colegio u otros ambientes • Lesiones cerebrales traumáticas • Retraso del desarrollo/ discapacidad intelectual • Género masculino • Bajo nivel socioeconómico • Antecedente de criminalidad o involucramiento en pandillas 	<u>Factores Psicológicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad • Baja tolerancia a la frustración • Bajo insight • Baja capacidad de confiar en otros • Pensamiento de mundo negativo • Falta de empatía • Dificultades con figuras de autoridad
	<u>Factores Psiquiátricos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • T. desregulación disruptiva del estado del ánimo • Trastorno de conducta • Trastorno del espectro autista • Ansiedad severa, irritabilidad o labilidad emocional • Trastorno psicótico • Delirium • Catatonia • Uso de sustancias, intoxicación o abstinencia (particularmente a menor edad)
	<u>Factores de salud física:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sistema nervioso central • Trastornos metabólicos • Trastornos endocrinos • Trastornos genéticos • Dolor agudo o crónico • Dificultades para dormir • Infección o inflamación

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

FASES DE LA ESCALADA DE AGITACIÓN

Calma

Estado habitual de paciente y equipo, en este nivel, se puede interactuar y solucionar problemas de manera racional.

Gatillante

No implica signos externos de agitación o estrés, o son mínimos. Es la fase en la que aparece el desencadenante.

- Conflictos con otras personas, castigos, discusiones, frustraciones, agresiones verbales, devaluaciones, desafíos exagerados y fracasos, remoción de recuerdos sin el cierre dentro del contexto terapéutico, sentirse que lo culparon o provocaron culpa, pasado a llevar, observado, criticado, dejada de lado, exigido, puesto en vergüenza, rupturas de vínculo, impases, actuaciones contratransferenciales, etc.

La intervención adecuada sería hablar con el paciente del motivo que le inquieta y si es posible, intentar sacarlo de la situación o desencadenante:

- Modificar o eliminar rutinas problemáticas
- Hacer modificaciones ambientales
- Identificar y corregir otros desencadenantes conocidos
- Reforzar el éxito del autocontrol logrado

Pre agitación

Aquí comienza a mostrar signos externos de estrés y malestar. La persona se vuelve intolerante a los estímulos. Nuestro objetivo será restablecer la calma, de lo contrario, se pasará a la fase de aceleración. Existe nerviosismo y ansiedad:

Se puede identificar por la presencia de los siguientes signos:

- Verborrea o aceleración. También puede haber discurso prácticamente monosilábico
- Aumento del tono de voz
- Presencia de signos motores, como inquietud psicomotriz, aumento de los movimientos de brazos y ojos.
- Distracción y dificultad para seguir tareas.

En esta etapa deberíamos intervenir procurando:

- Mantener un ambiente estructurado y adecuado
- Evitar confrontación
- Conocer la preocupación del paciente
- Ofrecer alternativas realistas
- Redirigir la atención a otro tema o actividad

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

- Mostrar empatía y apoyar al paciente identificando demandas y sentimientos
- Permitir, si es posible, su libertad de movimiento y reforzar positivamente cualquier conducta deseable
- Respetar el espacio personal mutuo y establecer unos límites firmes
- Órdenes verbales concretas. Evitar caer en el duelo de autoridad

Aceleración

Este es el punto en el que la agitación comienza a autoalimentarse y se llega a un punto casi irreversible en la escalada.

En este escenario, solo una correcta intervención puede evitar la escalada de agitación.

Indicadores de la fase de aceleración

- Agitación moderada con agresividad verbal
- Observamos signos verbales como gritos y una actitud desafiante
- Actitud agresiva hacia otros, quizás con insultos y amenazas.
- Actitud provocadora
- Abuso verbal, procura intimidar y se muestra desafiante.
- También hay signos motores, como un aumento de la agitación motriz
- Puede aparecer agresividad a objetos.
- Gestos de amenaza física, como enseñar el puño.

Esta será nuestra última oportunidad para realizar una intervención que consiga rebajar el nivel de agitación:

- Reduiremos drásticamente la interacción verbal con el paciente, hay que ser conciso.
- Escuchémosle atentamente
- Demos respuestas razonables a sus preguntas sin discutir
- Evitemos que se acerquen otros pacientes, dirigiéndolos a otro sitio.

Peak

Típicamente tenemos a un paciente fuera de control, no hay ninguna estrategia verbal para reducir su agitación, aunque paradójicamente, esta es la etapa en la que de forma errónea se suele comenzar a intervenir, lo que conlleva un gran riesgo. Un paciente está en la fase de peak cuando manifiesta una conducta de agresividad combativa (agresividad física). Los signos verbales son los mismos que en la fase de aceleración, sin embargo, los signos motores son los más evidentes. Se muestra agresivo físicamente contra objetos, contra otras personas e incluso contra sí mismo: se agarra de la ropa, da empujones, puñetazos, patadas, etc.

- Debemos promover siempre la seguridad del usuario y del trabajador.
- Usaremos técnicas que vayan de menos restrictivas a más restrictivas.

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

- Mantener la calma y detener cualquier tipo de intervención si esta se vuelve peligrosa.
- Solicitar ayuda a equipo, pero sólo debe hablar la persona a cargo.

Desescalada

Indicadores. Signos verbales y motores:

- Confusión (empezar, parar, movimientos)
- Intentos de reconciliación
- Proyección de culpa
- Sensibilidad a la reconducción.

La intervención consiste en mostrar empatía y reforzar positivamente los signos de desactivación de la conducta agitada o agresiva

Recuperación

Una vez la persona ha vuelto a la normalidad, se ha de reconciliar con el personal para evitar la futura activación, especialmente si se ha necesitado contención física.

El indicador más evidente es la voluntad de volver a la calma, un comportamiento suave para retomar la actividad normal.

Aquí la intervención sobre la persona será mínima:

- Evaluar y propiciar la mejora de la actuación
- Evaluar estresores
- Evaluar prioridades.
- Organizar físicamente los espacios, los eventos en el tiempo y la información verbal
- Enseñar nuevas habilidades

LA MEJOR FORMA DE CONTROLAR A UN PACIENTE EN ESCALADA DE AGITACIÓN ES AYUDARLE A QUE ÉL MISMO PUEDA MANTENER EL CONTROL.

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

MAGNITUD DE LA AGITACION

El factor predominante y que nos guía a la toma de decisiones es el factor riesgo, ya sea auto o hetero dirigido. Existen diversas escalas que pueden determinar la magnitud de la agitación y es en relación al riesgo que se otorga el puntaje. A mayor riesgo / puntaje se piensan en medidas coercitivas. En nuestro establecimiento usaremos la escala BARS

Escala BARS: Escala diseñada para medir conducta y agitación, que permiten una valoración y toma de decisión rápida en cuanto a la conducta a seguir con el paciente. Consta de 7 niveles que van desde la sedación máxima a la agitación extrema.

- **BARS 1:** Paciente que no contesta estímulos, requiere evaluación médica, control de signos vitales.
- **BARS 2:** Somnoliento, pero que responde a estímulo verbal.
- **BARS 3:** Vigil, con movimientos más torpes, riesgo de caída.
- **BARS 4:** Nivel normal de actividad
- **BARS 5:** Signos de aumento de actividad física o verbal, pero que responde a desescalación verbal o uso de pre-tranquilización farmacológica.
- **BARS 6:** Aumento de actividad excesiva o continua, responde al uso de medicación de tranquilización rápida, y no requiere contención física.
- **BARS 7:** Violento, riesgo alto de auto o heteroagresión, requiere uso de medicación de tranquilización rápida y contención mecánica.

Esta herramienta es útil como guía en la toma de decisiones especialmente del personal de enfermería y médicos de turno.

MANEJO NO FARMACOLOGICO DE LA AGITACION

DESESCALADA EMOCIONAL

La desescalada verbal es una técnica muy útil en el manejo del paciente en estado de pre-agitación o agitación leve-moderada.

La desescalada verbal debe servir para poner límites a la conducta evitando confrontación, afianzar, o al menos, no deteriorar la alianza terapéutica y con ello reducir el riesgo de incremento de la conducta violenta y prevenir daños; sin tener que recurrir al uso de intervenciones desagradables y arriesgadas, como la restricción manual, el aislamiento, uso de inyectables, entre otros

Richmond del Project BETA, propone cuatro objetivos principales:

- Procurar la seguridad de los pacientes, del personal y de otras personas en el lugar.
- Ayudar al paciente a controlar sus emociones, su angustia y mantener o recuperar el control de sus acciones.

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

- Evitar el uso de contención física o mecánica cuando sea posible.
- Evitar intervenciones coercitivas que fomenten la agitación.

LOS 10 DOMINIOS DE LA DEESCALADA

1. Respete el espacio personal del paciente y el suyo propio: 2 brazos de longitud. A mayor nivel de agitación esa distancia aumenta proporcionalmente

2. No sea provocativo (evite la escalada iatrogénica) Debe evitarse enérgicamente la humillación del paciente.

Lenguaje corporal:

- Párese en ángulo con el paciente (para no parecer confrontacional),
- Sin puños cerrados
- Manos visibles.
- Evite el contacto visual excesivo
- Evite doblar los brazos o darse la vuelta.
- El lenguaje corporal debe ser congruente con las palabras (de lo contrario parece poco sincero)

3. Establecer contacto verbal y 1 persona interactúa verbalmente

4. Sea conciso y manténgalo simple, puede ser necesaria la repetición.

5. Identifica deseos y sentimientos –Use "información libre" (cosas triviales que dice el paciente, su lenguaje corporal o incluso encuentros pasados con el paciente) para identificar deseos y sentimientos.

6. Escuche atentamente lo que dice el paciente:

- Escucha Activa.
- Use la "Ley de Miller": suponga que el punto del paciente es verdad y trate de imaginar lo que podría ser verdad

7. Puede estar de acuerdo o de acuerdo en no estar de acuerdo: "Fogging" es un comportamiento empático en el que uno encuentra algo de la posición del paciente en que estar de acuerdo.

8. Establecer leyes y límites claros:

- Establecer las condiciones básicas de trabajo.
- Debe ser razonable y hacerse de manera respetuosa.
- Entrenar al paciente sobre cómo mantener el control

9. Ofrezca opciones y optimismo.

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

- Abordar el tema de los medicamentos.
- Ser optimista y dar esperanza.

10. Informe al paciente de lo que está haciendo o vaya a realizar y al personal para que colabore con otras funciones

LA INTERVENCION IN SITU

Incluye contención emocional y ambiental. Se realiza por profesional que está en la sala al momento de ocurrir, con la necesidad de llamar al psiquiatra o residente (si está) o médico de turno

Se debe resguardar la seguridad del paciente y del equipo de salud. En lo posible, no actuar en un espacio abierto; se debe llevar al paciente a un lugar aislado.

Si el paciente accede a trasladarse, debe llevarse a una espacio de intervención apropiada, que deba tener mobiliario acorde, fijo al piso, que esté libre de elementos de riesgo, elementos que pueden ser usados para lanzarlos, o auto agredirse, con mobiliario reducido y cautelando que las ventanas no sean accesibles al paciente.

Se debe guardar una distancia segura y mantenerse de frente al paciente, en caso de estar en un box o en el pasillo, el personal de salud debe situarse cerca de la puerta (sin cerrar el paso, que la puerta no tenga seguro por dentro). Es importante que a dicha sala solo ingrese el paciente y el profesional a cargo de la contención, mientras el resto del personal debe mantenerse cerca y/u observando a través de una video cámara, por si el profesional requiere ayuda.

La evaluación de la etiología comienza al indagar porque el paciente se ha agitado

1. Considerando los antecedentes como gatillantes ambientales o interpersonales, junto con estresores internos como dolor o síntomas psiquiátricos agudos. Dicha evaluación debe realizarse en caso de una agitación leve a moderada, siempre resguardando la seguridad del personal.
2. Iniciar manejo verbal y ambiental con el objetivo de evitar el incremento de la conducta agresiva, manteniendo en todo momento el respeto y una actitud tranquila y conciliadora con el paciente.
3. Si el paciente se muestra impermeable a la contención emocional con un primer funcionario, otra persona del equipo deberá intentar realizar el procedimiento de contención emocional (se debe agotar siempre este recurso hasta la última instancia).
4. Luego, si la contención verbal es parcial o bien no funciona, se procede a brindar la posibilidad de administración de fármacos en forma oral. En caso de que el paciente solicite fármacos para contención, sin haberse realizado contención verbal o ambiental previa, se le dará la opción de contención verbal con profesional acorde

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

(según la disponibilidad) o la entrega de un fármaco. En caso de que solicite fármaco, se sugiere que se realice contención emocional simultánea, por un profesional acorde y disponible.

5. Si el cuadro agudo no cede con las medidas antes descritas, de acuerdo con la indicación médica entregada, el enfermero/a debe proceder a la administración de fármacos por vía parenteral. Si el paciente se resiste, a ser inyectado, preparar el equipo de enfermería para proceder a la contención mecánica o física, para su eventual uso.
6. Explicar al paciente, la situación y la necesidad de aplicar la medicación inyectable, explicando al paciente que de serle imposible autorregularse, deberá ser contenido por su propio bien y el de los demás, explicando además que el retiro de las contenciones se realizará en el menor tiempo posible.
7. Todos los pasos deberán de ser explicitados de forma sencilla y concreta de lo que se está en ese momento realizando.

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR CONTENCIÓN EMOCIONAL/VERBAL

1. Comunicar la situación de inmediato al resto de los integrantes del equipo, con el fin de poder realizar la contención según las indicaciones propuestas previamente, dependiendo si es horario hábil o no hábil.
2. Comunicar al paciente que la intención del profesional es asegurar la seguridad de el/ella
3. Una persona del equipo será la que negociará y la que dirigirá la conversación, los demás integrantes del equipo deberán estar atentos ante actitudes imprevistas por parte del paciente. Solo un funcionario establecerá el contacto con el paciente, el resto del personal, de encontrarse presente, deberá evitar las interrupciones. Si el primer funcionario fracasa en el establecimiento de la comunicación, será sustituido por otro miembro del equipo.
4. No mostrarse agresivo, física o verbalmente.
5. Usar un lenguaje simple, con voz suave y movimientos lentos.
6. Mantenerse a distancia prudente.
7. No responder a los insultos o provocaciones.
8. Mantener privacidad y respeto.
9. No enjuiciar, mantener escucha activa y atención plena
10. No se debe por ningún motivo golpear al paciente.
11. Se sugiere que los interventores se retiren los lentes ópticos y otros elementos susceptibles de sujeción.
12. Reducir estimulación ambiental (luces, ruidos, etc.).
13. Simplemente preguntar “como puedo ayudar”.

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

14. Reflejar emociones, realizar preguntas cerradas o realizar hipótesis (“parecer muy molesto, me pregunto si se relación con...”)
15. Ofrecer alternativas, para permitir al paciente sentir más control, junto con establecer límites claros, (“no podemos hacer esto, pero quizás podamos hacer esto otro”).
16. No tener una conducta prejuiciosa, (“esto que haces está mal” ó “no debes sentirse así”).
17. Dirigir la expresión de demandas y sentimientos del paciente, realizando preguntas abiertas.
18. Escuchar al paciente de forma activa y atenta, respetando sus tiempos de palabra y silencio y utilizando técnicas de clarificación.
19. Responder de forma concisa, utilizando frases cortas y vocabulario simple, que sea fácil y entendible por cualquier persona. Mantener un tono de voz calmado y suave.
20. Dejar el tiempo que sea suficiente para que el paciente pueda procesar la información recibida y responder.
21. Ser paciente y repetir, tantas veces como sea necesario, lo que el paciente requiera.
22. Establecer acuerdos/desacuerdos, límites, entre otros, de forma razonable y respetuosa. Se le debe explicar al paciente, amistosa y respetuosamente, que comportamientos son aceptables y cuáles no, así como sus consecuencias.
23. De no ser posible dar respuesta a las demandas del paciente, ofrecer alternativas y/o realizar intervenciones que puedan ser percibidas como actos de amabilidad (actividades de confort, entretenimiento, entre otros). Evitar ofrecer alternativas difíciles o imposibles de cumplir.
24. Evitar utilizar frases como “tranquilo/a”, “Cálmese”, “todo estará bien”

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA AGITACION

Opción Farmacológica oral, Medicación de dispersión bucal. Zyprexa Zydys Dispersable si paciente presenta cuadro leve o moderado y es posible el dialogo y acuerdos.

Si la situación así lo amerita, ya sea que el paciente solicite un SOS o que nosotros creamos que lo requiere, se realizará la sugerencia de fármaco vía oral bucodispersable, el cual actuará mucho más rápido que la vía oral para ayudar a frenar impulsos si paciente cree o considera que no se siente capaz de poder hacerse cargo. Dicha indicación finalmente queda al criterio del médico tratante.

Opción Medicación Inyectable O tipo invasivo que contempla la administración de una sustancia en el cuerpo del paciente agitado o alterado por crisis emocional a través de una vía parenteral

El objetivo es aliviar o disminuir la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base y debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado clínico y receptividad del paciente lo permita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos y consecuencias.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Se determina el grado y severidad de la agitación, procurando el empleo de medidas que no aumenten el desajuste del paciente, e inviten a establecer un dialogo prudente, de ayuda y apoyo, tendiente a medidas de desescalada emocional, misma que si falla, o se incrementa se escalara a medidas farmacológicas y/o físicas.

Generalmente, se comienza con contención verbal, en la que se puede asociar o no, la medicación oral. La Tranquilización Rápida (TR) Intramuscular, consiste en la administración de un medicamento neuroléptico cada 30 a 60 minutos, para tratar estados de agitación grave, de nivel medio o alto. La mayoría de las personas responde entre 30 a 60 minutos.

La Tranquilización Rápida no es un tratamiento completo, sino el complemento de la intervención verbal y una parte del tratamiento clínico integral que resguarde los derechos y dignidad del paciente.

Las metas del manejo farmacológico en la agitación incluyen:

1. Tratar la causa de base de malestar (distrés)
2. Calmar al paciente lo suficiente para poder proveer efectiva y acertadamente una evaluación y tratamiento.

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaiso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Recomendaciones con respecto al manejo farmacológico:

1. Incluye otorgar medicamentos de rápida acción, pero sin sedar excesivamente.
2. Con el fin de disminuir el riesgo de efectos adversos se prefiere utilizar la vía oral a la vía intramuscular o endovenosa.
3. Siempre debe ofrecérsele al paciente la opción de ingerir el medicamento vía oral primero. Este enfoque otorga al paciente el alivio que la situación está siendo abordada por adultos, da al paciente su rol agentivo sobre su propio control y sobre su tratamiento y además puede causar tranquilización "anticipatoria".
4. Los neurolépticos debe ser usados juiciosamente, solamente cuando están verdaderamente indicados y con un apropiado monitoreo, debido a sus potenciales efectos adversos (particularmente efectos adversos extrapiramidales)
5. El proceso de contención farmacológica debe ser un continuo de la contención emocional. Es necesario acompañar al paciente, si éste así lo requiere, durante la administración de los fármacos y hasta que logre sentirse más en regulación de sus emociones, pudiendo explicarle qué fármacos se administran y cuál es su efecto.

ELECCIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si las medidas no farmacológicas no han sido efectivas, se procederá a realizar la administración de tratamiento farmacológico, el cual dependerá del nivel de agitación (siempre dando la posibilidad de tratamiento farmacológico vía oral primero)

1. **Agitación nivel bajo:** Olanzapina Bucodispersable VO, Clorpromazina o quetiapina vo. (si no responde repetir)
2. **Agitación nivel medio:** Olanzapina vo dispersable /IM (haloperidol vo+ Lorazepam IM?)
3. **Agitación nivel alto:** Olanzapina IM o Haloperidol IM + Lorazepam IM

La forma de prevenir la escalada de una agitación psicomotora, es la elaboración de una buena intervención de medidas que impidan que un paciente se agite, como la atención a no generar situaciones que se puedan convertirse en gatillantes o provocadores, así como realizar intervenciones preventivas y darse cuenta prontamente de la generación de un impase causada por cualquiera del equipo.

	Manejo de la agitación psicomotora Hospital Del Salvador – Valparaíso	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

FASES DE LA CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA

- 1° Contención emocional
- 2° Contención emocional + contención ambiental
- 3° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica
- 4° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica + contención física o mecánica

CONTENCIÓN FÍSICA *VER PROTOCOLO GCL 1.3*

Su uso esta sólo reservado cuando las estrategias no farmacológicas y farmacológicas no han sido efectivas en disminuir la agitación y el paciente presenta un riesgo inminente de daño a sí mismo o a otros. (Consulte protocolo de Contención mecánica)

Quien este interviniendo, siempre explicara y explicitará lo que se esté haciendo y se vaya a realizar, procurando que paciente colabore con el procedimiento, si fuera eso posible.

En caso de que se deba realizar una sujeción física mediante el plan de cuidados de enfermería se deben debe incluir las siguientes medidas para disminuir e impedir situaciones adversas, descritas en la tabla

Tabla 3

	Edad		
	<9 años	9-17 años	>18 años
Evaluación presencial del médico para indicar contención física	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones
Renovación de la indicación por personal calificado	Cada 1 hora	Cada 2 horas	Cada 4 horas
Evaluación presencial del médico para renovar indicación de contención física	Cada 4 horas	Cada 4 horas	Cada 8 horas
Evaluación cada 15 minutos (todas las edades)	Control de signos vitales Signos de lesiones por las contenciones Nutrición e hidratación Circulación en las 4 extremidades y rango de movimiento Higiene (diuresis, deposiciones) Estado físico y psicológico Idoneidad para el retiro de contenciones		

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

CONSIDERACIONES E INDICACIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Lo expresado en este protocolo aplica tanto para población adulta como infantojuvenil.

Se puede hacer la salvedad que, en el caso de los niños, la decisión de contener físicamente puede dilatarse ante la presencia de agresión a terceros o mobiliario, en relación a la menor sensación de peligro para el paciente u otros que puede darse al tratar con menores de edad, quedando esta decisión a criterio del médico presente en el procedimiento.

Ante la necesidad del uso de fármacos para la tranquilización rápida, se sugiere guiarse por lo descrito en la siguiente tabla:

Tabla 4

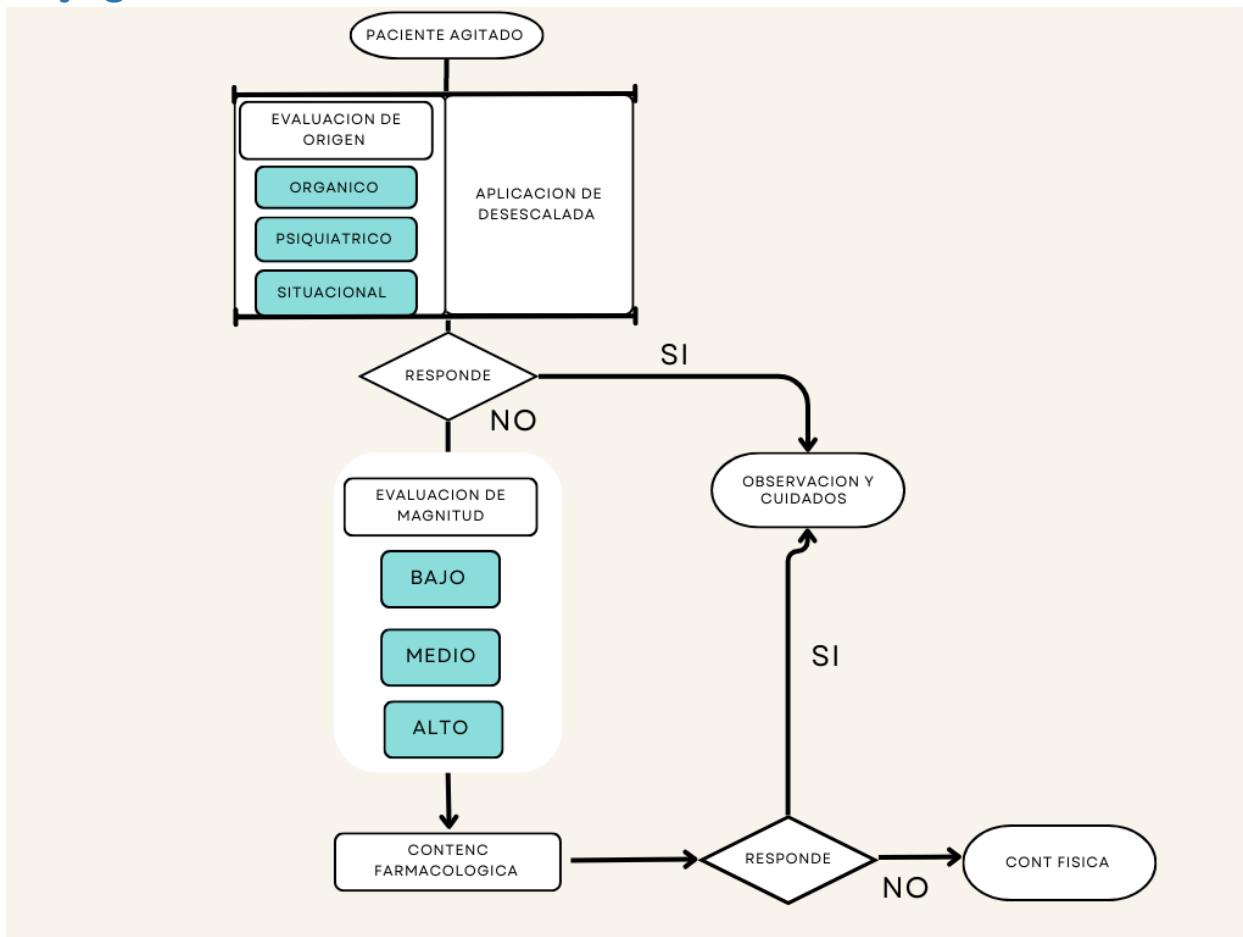
Fármaco	Vía de administración	Dosis	Comienzo del efecto
BENZODIAZEPINAS			
Lorazepam	VO/IM/EV/ SL	0,05-0,1mg/kg/dosis (máx. 2mg)	5-10min IM/EV 20-30min VO
Midazolam	VO/IM	VO: 0,25-0,5mg/kg/dosis. Máx. 20mg IM: 0,1-0,15mg/kg/dosis. Máx. 10mg	15-20min VO/IM 3-5min EV
ANTIPSIKÓTICOS			
Risperidona	VO/ODT	VO: 0,25-2mg ODT: 0,25-2mg	1-2 horas
Olanzapina	VO/IM/ODT/ SL (Zydis)	VO: 2,5-5mg ODT: 2,5-5mg	15-30min IM
Haloperidol	VO/IM	VO: 0,5-5mg IM: 0,05-0,15mg/kg (máx. 5mg/dosis)	20-30min IM 45-60min VO
Clorpromazina	VO/IM	VO/IM: 0,55mg/kg/dosis	30-60min

VO: vía oral. IM: intramuscular. EV: endovenoso. ODT: tableta orodispersable.

Para mayor detalle en el manejo de la agitación en niños, ver protocolo AG UIJ

<p>Oficina de Calidad y Seguridad</p> 	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	<p>Código: AG HDS</p>
		<p>Versión: 1</p>
		<p>Fecha: AGOSTO 2023</p>
		<p>Prox. Revisión: AGOSTO 2028</p>

Flujograma



Plan de monitoreo

No aplica

Plan de supervisión

No aplica

Distribución

- Subdirección Gestión Asistencial – Atención Abierta / Cerrada
- Subdirección Gestión Del Cuidado – Atención Abierta / Cerrada
- OCSP
- Partes

	<p>Manejo de la agitación psicomotora</p> <p>Hospital Del Salvador – Valparaíso</p>	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Anexos

Anexo 1:

Manejo de los fármacos bucodispersables

La manipulación será con cuidado pues se fragmentan fácilmente.

Seguir las siguientes recomendaciones: No manipule las tabletas con las manos húmedas porque se pueden deshacer.

- Sujete el blíster por los extremos y separe una de las celdillas, rompiéndola suavemente por las perforaciones que la rodean.
- Retirar suavemente la parte de atrás de la celdilla.
- Extraiga con cuidado la tableta.
- Deposite la tableta de preferencia en la lengua o carillos. Se disolverá directamente y rápidamente en la boca. También se puede echar la tableta en una taza o en un vaso de agua. Se debe beber inmediatamente.

Anexo 2: medicamentos de uso en agitación en HDS

En la siguiente tabla se especifican los fármacos más usados para el manejo de agitación psicomotora y disponibles actualmente en Chile, junto con sus dosis, biodisponibilidad, efectos adversos y monitoreo.

Haloperidol	0.5- 5 mg o 0.55 mg/kg/dosis (mitad de la dosis vo si uso IM)	VO	1 hr.	2-6 hrs	15-30 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • EPS • Prolongación QT • Hipotensión • Sd. Neuroléptico o maligno 	Dosis máxima: 15-40 kg: 6 mg >40 kg: 15 mg Considerar ECG o monitoreo por prolongación de QT	>3 años en psicosis, sd. Tourette e hiperactividad
	< 12 años: 0.25- 0.75 mg/kg/dosis IM	IM	< 1 hora	20 min	20 hrs.			
Clorpromazina	12,5-50 mg o 0.55 mg/kg/dosis (mitad de la dosis VO si uso IM)	VO	30-60 min	30-60 min	7-8 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Prolongación QT • Hipotensión • Sedación 	Dosis máxima: <5 años: 40 mg/día >5 años: 75 mg/día	1-12 años para manejo de problemas de conducta grave.
		IM	15 min	15 min				

	Manejo de la agitación psicomotora Hospital Del Salvador – Valparaiso			Código: AG HDS
				Versión: 1
				Fecha: AGOSTO 2023
				Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Risperidona	0.25-1 mg o 0.005-0.01 mg/kg/dosis	VO	<1 hr	1 hr	3-20 h.	<ul style="list-style-type: none"> • EPS • Riesgo metabólico • Sedación • Hipotensión ortostática • Prolongación QT • Sd. Neuroléptico o maligno 	Dosis máxima: Niño: 1-2 mg Adolescente: 2-3 mg	>5 años en irritabilidad asociada a autismo.
	VO: 2.5-10 mg	VO (SL)	5 hr	5 hrs	21-51 h	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo metabólico • Sedación • Hipotensión ortostática • bradicardia • EPS • Prolongación QT • Sint. Anticolinérgicos • Sd. Neuroléptico o maligno 	No coadministrar lorazepam EV o IM con olanzapina IM por riesgo de depresión respiratoria. (separar administración por lo menos 1 hora) Dosis máxima: 10-20 mg	>10 años con episodio maniaco/mixto o depresión bipolar.
IM debe ser ¼ de la dosis VO	IM	15-45 min	15-45 min					
Quetiapina	25-50 mg o 1-1.5 mg/kg/dosis	VO	<1 hr	30 min a 2 hrs	5 hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación • Hipotensión 	Dosis máxima > 10 años: 600 mg. Mayor sedación con dosis más bajas.	>10 años con episodio maniaco o mixto.
Lorazepam	0.5 a 2 mg o 0.05-0.1 mg/kg/dosis	VO	1 HR	2 HR	10-20 Hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción paradójica • Sedación • Depresión respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • No coadministrar Lorazepam EV o IM con olanzapina IM por riesgo de depresión respiratoria. (separar administración por lo menos 1 hora) • Puede ser utilizado en conjunto con haloperidol, o risperidona 	Sin aprobación FDA < 18 años.
		IM	20-30 min	IM/ EV: <25 min				
		EV	1-5 min					
						Dosis máxima: <ul style="list-style-type: none"> • Niño: 4 mg • Adolescente: 2-8 mg 		

	Manejo de la agitación psicomotora Hospital Del Salvador – Valparaiso	Código: AG HDS
		Versión: 1
		Fecha: AGOSTO 2023
		Prox. Revisión: AGOSTO 2028

Cisordinol Zuclopentixil acetato	El rango de dosis habituales es de 50-150 mg (1-3 ml) En algunos pacientes puede ser necesaria una inyección adicional, 24 a 48 horas después de la primera inyección	IM	2 hrs y alcanz a 8 hrs, a	24-48 horas (promedio 36 horas).	de 2 a 3 días	La frecuencia y severidad de las RAM son más pronunciadas en la primera etapa del tratamiento y declinan posteriormente durante la continuación del tratamiento. SEP especialmente en los primeros días después de una inyección y en la primera etapa del tratamiento.	No está destinado al uso prolongado y la duración del tratamiento no debe superar las dos semanas. La dosificación máxima acumulada no debe exceder 400 mg, con un máximo de 4 inyecciones	Cisordinol Acutard no se recomienda para uso pediátrico
-------------------------------------	---	----	---------------------------	----------------------------------	---------------	---	--	---

Control de cambios

EDICION	CAMBIOS	FIRMA	FECHA
1	ELABORACION	<ul style="list-style-type: none"> • ROBERTO CASTILLO • MARCELO VALDEBENITO • SUSSANNE GUERRATY • DANIELA PEÑA • MARCELO BRICEÑO • CAMILA MUJICA 	AGOSTO 2023