

# **GUIA DE PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

## **UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA**

### **SUB UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA PEDIÁTRICA Y SUB ESPECIALIDADES**

#### **PSIQUIATRÍA**



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Atención Integral Especializada</li><li>• Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades</li><li>• Unidad de Gestión de la Calidad</li></ul>	<p>Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino</p> <p>Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

### Índice

I	Título .....	4
II	Finalidad .....	4
III	Objetivos .....	4
a.	Objetivos Generales .....	4
b.	Objetivos Específicos .....	4
IV	Ámbito de aplicación .....	4
V	Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar y Código CPMS .....	5
VI	Consideraciones Generales.- .....	5
a.	Definiciones Operativas .....	5
1.	Definición del Procedimiento: .....	5
2.	Aspectos Epidemiológicos importantes: .....	5
3.	Consentimiento Informado .....	6
b.	Conceptos Básicos .....	6
c.	Requerimientos Básicos .....	7
VII	Consideraciones Específicas .....	8
a.	Descripción detallada del Proceso o Procedimiento .....	8
b.	Indicaciones .....	12
1.	Indicaciones Absolutas .....	12
2.	Indicaciones Relativas .....	12
c.	Riesgos o Complicaciones Frecuentes: .....	12
d.	Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes: .....	13
e.	Contraindicaciones: .....	13
VIII	Recomendaciones .....	13
IX	Autores, Fecha y Lugar .....	14
X	Anexos .....	15



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



XI	Bibliografía.....	22
----	-------------------	----

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

### I Título

Guía de Procedimiento: Manejo de la Agitación Psicomotriz en Pacientes Pediátricos

### II Finalidad

El propósito de esta guía es definir y estandarizar los procesos a seguir en el manejo de la Agitación Psicomotriz en Pacientes Pediátricos del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, garantizando la calidad de atención y seguridad en el paciente pediátrico.

### III Objetivos

#### a. Objetivos Generales

Contar con una guía de procedimiento para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes en estado de agitación psicomotriz que acuden a emergencia, consulta externa u hospitalización, del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

#### b. Objetivos Específicos

- Estandarizar los procesos a realizar para calmar y controlar la actividad física del paciente en agitación psicomotriz protegiéndolo de lesiones físicas que pudiera ocasionarse a sí mismo o a los demás.
- Facilitar la evaluación diagnóstica completa para permitir el inicio del tratamiento específico.
- Prevenir eventos adversos asociados al uso de contención en pacientes con agitación psicomotriz.

### IV Ámbito de aplicación

La presente Guía de Procedimiento es de aplicación por los profesionales de salud, Pediatras, que atienden a pacientes pediátricos en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Además, puede ser usada por otros establecimientos de salud que cuenten con la especialidad y servicio del Ministerio de Salud.

## **V Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar y Código CPMS**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO: MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

**CODIGO CPMS: 90899.01** (Otro procedimiento psiquiátrico no listado)

## **VI Consideraciones Generales.-**

### **a. Definiciones Operativas**

#### **1. Definición del Procedimiento:**

El manejo de la agitación psicomotriz en pacientes pediátricos es un procedimiento que consiste en limitar la movilidad del paciente, parcial o total, con el fin de resguardar la integridad física del paciente y/o de terceros. Se realiza a través de la sujeción mecánica o física, el uso de medicamentos o ambas.

#### **2. Aspectos Epidemiológicos importantes:**

En Estados Unidos los datos estadísticos de agitación psicomotora en los servicios de urgencias psiquiátricas corresponden aproximadamente al 10%, coincidente con estadísticas de otros países como España (1,11).

En el Perú, durante el año 2011 se atendieron 530 casos de agitación psicomotora en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, lo que representó el 9.4% del total de atenciones en dicho periodo (17), coincidiendo con estadísticas de otros países (10% de urgencias psiquiátricas en España y Estados Unidos).

### 3. Consentimiento Informado

El Procedimiento para el manejo de la agitación psicomotriz, debe ser realizado con el Consentimiento Informado que el médico o profesional de salud (Lic. Enfermería, según el caso) debe informar al paciente y al familiar o tutor legal responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, conforme a las normas vigentes.

El Consentimiento Informado debe ser leído y firmado por el padre/madre o tutor legal del paciente pediátrico, previo a la realización del procedimiento.

El profesional de salud (Lic. Enfermería) o médico especialista que realizará el procedimiento, debe firmar y sellar el Consentimiento Informado, colocando su nombre completo, número de colegiatura y/o especialidad.

El padre/madre o tutor legal debe registrar su aprobación o negación, cumpliendo las normas vigentes, en el formato de Consentimiento Informado. (Ver Anexo N° 01)  
Se exceptúa de este Consentimiento, en el caso de pacientes en situación de emergencia, conforme a Ley General de Salud.

#### b. Conceptos Básicos

- **Agitación psicomotora:** es un estado de hiperactividad física y mental, descontrolada e improductiva y que puede acompañarse de conducta agresiva. (2,3)
- **Conducta agresiva:** toda aquella conducta destinada a causar daño psicológico y/o físico. (2)
- **Contención:** acto de acoger, recibir, contener, proteger, cuidar.
- **Contención verbal:** es la primera pauta de actuación siempre que sea posible, en la cual será necesario fomentar la verbalización, para evitar el paso a la acción física. Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no es total.
- **Contención física:** procedimientos físicos o mecánicos para limitar la movilidad del paciente parcial o total, y así resguardar su integridad física y/o la de terceros.
- **Contención farmacológica:** procedimiento en el que se hace uso de medicamentos (psicofármacos) para limitar la movilidad del paciente, y así resguardar la integridad física de éste y/o terceros.

**c. Requerimientos Básicos****Equipos Biomédicos:**

No aplica

**Materiales Médicos no Fungibles:**

No aplica

**Materiales Médicos Fungibles:**

- Elementos de sujeción estandarizados: sujetadores de tela (muñequeras, tobilleras), faja abdominal, sabanas.
- Jeringa 10 cc.
- Alcohol.
- Algodón.
- Guantes no estériles.

**Medicamentos:**

- Elementos para contención farmacológica: principalmente inyectables y psicofármacos (antipsicóticos y benzodiacepinas).

MEDICAMENTO GENÉRICO	PRESENTACIONES	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES
Diazepam	ampollas 10 mg/2 ml	> 12 años: 0.04 – 0.2 mg/kg EV c/ 2-4 horas. No más de 0.6 mg/kg en 8 h.	Debe aplicarse de forma lenta. No se recomienda su uso IM.
Lorazepam	ampollas: 2 mg/ml - 4 mg/ml	Niños: 0.05 mg/kg/dosis VO c/ 4-8 h. No exceder 2 mg/dosis.	Benzodiacepina. Hipnótico sedante con efectos de inicio corto y vida media relativamente larga.
Midazolam	ampollas 5 mg/ml - 50 mg/10ml	0.1-0.15 mg/kg IM hasta 0.5 mg/kg. No exceder 10 mg. 6-12 años: 0.02-0.05 mg/kg EV c/2-3 minutos. Puede requerir hasta 0.4 mg/kg. No exceder 10 mg dosis total.	Vida media corta, puede usarse vía IM o EV.
Haloperidol	ampollas 5 mg/ml	>12 años: 2-5 mg IM, repetir en 1 h PRN.	Antipsicótico de primera generación de alta potencia. Suele producir efectos extrapiramidales.
Risperidona	Tabletas: 2mg Solución oral: 1mg/ml	5 – 16 años: <20 kg: 0.25 mg/día VO de inicio. Puede incrementarse a 0.5 mg/día. >20 kg: 0.5 mg/día VO de inicio. Puede incrementarse a 1 mg/día.	Antipsicótico de segunda generación. Suele producir somnolencia.

## VII Consideraciones Específicas

Señala los aspectos que, siendo particulares o singulares, pueden presentarse y deben ser considerados para asegurar el cumplimiento del objetivo de la Guía de Procedimiento, incluye:

### a. Descripción detallada del Proceso o Procedimiento: (ANEXO 2)

#### ❖ Contención física (13,14, 15, 16)

- Al ingreso se informará al paciente y familiares respecto al Consentimiento Informado en Medidas de Sujeción.
- Ante la presencia de signos de agitación psicomotriz, en primer lugar el personal intentará contención verbal del paciente, siempre evitando la confrontación con este, manteniendo la tranquilidad.
- A continuación, se detallan estrategias verbales de contención:

ESTRATEGIAS VERBALES DE CONTENCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentarse a uno mismo.</li><li>• Ser empático.</li><li>• Si el paciente tiene algún pedido razonable, concedérselo.</li><li>• Límites no punitivos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar un lenguaje directo y claro, con voz calma.</li><li>• Disminuir estímulos ambientales.</li><li>• Sacar objetos que puedan romperse o ser peligrosos.</li><li>• Dejar que el paciente deambule.</li></ul>

- Si no se logra tranquilizar al paciente, el médico de turno evaluará la necesidad de administrar un sedante, si no responde a éste se iniciará la contención física, que deberá ser indicada por el médico en la historia clínica.
- Si la urgencia en ese momento impide esperar la evaluación del médico, será el personal de enfermería de turno quien indique contener físicamente al paciente, y deberá avisar el médico de turno lo más pronto posible para dejar registro de la contención en la historia clínica.



- Se informará al paciente y/o familiar /o tutor legal la medida a realizar en forma clara y acorde a su nivel de conciencia. Al realizarlo se hará de manera cuidadosa y respetuosa.
- Se retirarán de la unidad los objetos potencialmente peligrosos para el paciente.
- 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); sujetando con las tiras a la baranda de la cama.
- 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, y la cabecera elevada 30-35° para evitar el riesgo de aspiración.
- La contención física debe ser realizada como mínimo por 3 personas (las cuales deben ser personal de salud) asegurándose que los sujetadores (muñequera y tobillera) no estén muy ajustados; deben permitir el ingreso de un dedo debajo de las ataduras garantizando la adecuada circulación periférica.
- A continuación, se detallan recomendaciones para la sujeción física:

RECOMENDACIONES DE SUJECCIÓN FÍSICA	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Posición supina.</li><li>• Evitar presionar el cuello, espalda o pecho.</li><li>• Personal entrenado idealmente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No cubrir cara, nariz o boca.</li><li>• Elevar el cabezal de la cama si es posible.</li></ul>

- 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 la baranda superior de la cama.

- La enfermera responsable evaluará cada 20 minutos o 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.
- Se registrará el procedimiento realizado en la hoja de atención de enfermería y en la evolución médica de la historia clínica.
- Se reevaluará constantemente al paciente, hasta que ya no sea necesario contener al paciente. La sujeción mecánica se mantendrá el menor tiempo posible, retirándose tan pronto el paciente se tranquilice.
- Cuando se suspenda el uso de contención física, deberá quedar registrado en la historia clínica, en la hoja de atención de enfermería y en la evolución médica del paciente.

#### **Abordaje psicofarmacológico**

- La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente pediátrico y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico (5). Los tratamientos psicofarmacológicos no deben ser utilizados jamás como castigo y sin propósitos terapéuticos.
- Los consensos actuales aconsejan siempre ofrecer en primer lugar una medicación por vía oral, pero es muy frecuente que esto se vea imposibilitado por la falta de cooperación del paciente (6).
- La vía intramuscular combina los beneficios de una fácil aplicación y un relativamente rápido inicio de su acción terapéutica, por lo cual continúa siendo en nuestra práctica la vía más utilizada.
- Podemos mencionar dos tipos de fármacos para el manejo de la excitación psicomotriz: antipsicóticos y benzodiacepinas (12).

- En la **Tabla N° 1** se enumeran las medicaciones más comúnmente utilizadas y las dosis de inicio para la agitación en pacientes pediátricos.

**Tabla N° 1: Fármacos para manejo de excitación psicomotriz. (4)**

MEDICACIÓN	DOSIS	TIEMPO DE ACCIÓN (min)	VIDA MEDIA (horas)
<b>Diazepam*</b>	<b>&lt;6 meses:</b> No recomendado <b>&lt;6 años:</b> máx. 0.5 mg/kg. Dosis >0.5 mg/kg. potencialmente tóxica. <b>&gt;12 años:</b> 0.04-0.2 mg/kg EV/IM, c/2-4 horas. No más de 0.6 mg/kg dentro de 8 horas.	15-60 (EV)	20-70
<b>Lorazepam*</b>	Niños: 0.05 mg/kg/dosis (no exceder 2mg/dosis) Adolescentes: 2-4 mg/dosis.	20-30 (VO) 5-15 (IM)	12
<b>Midazolam*</b>	0.05-0.15 mg/kg Adolescentes: 2-4 mg	20-30 (VO) 5-15 (IM)	3-4
<b>Haloperidol</b>	0.1 mg/kg Adolescentes: 2-4 mg	30-60 (VO) 15-30 (IM)	21
<b>Risperidona</b>	<12 años: 0.5 mg Adolescentes: 1mg	45-60 (VO)	20

*\*excepto en pacientes agitados por intoxicación con un depresor del SNC (alcohol, benzodiacepinas) o agitación con compromiso del sensorio, en esos casos se prefiere el uso de antipsicóticos.*

- Si la agitación es leve a moderada, las benzodiacepinas pueden ser de primera elección; y si es de intensidad severa, lo son los antipsicóticos. Si la causa de la agitación es psiquiátrica independientemente de la severidad se puede elegir antipsicóticos y/o benzodiacepinas (7).

- El uso combinado de haloperidol y de diazepam o midazolam es una de las indicaciones más adecuadas para atender la urgencia (8).
- Los efectos adversos más comunes de las medicaciones son los cardiorrespiratorios, la depresión del SNC y los movimientos extra piramidales. Los primeros son fácilmente tratados con medidas de soporte, la última con anticolinérgicos (biperideno).
- Uno de los efectos adversos más importantes de los antipsicóticos es la presentación de arritmias debido a la prolongación del QTc. Estos eventos son raros y ocurren en pacientes que ya reciben fármacos que prolongan el QTc y/o tienen condiciones cardíacas de base. El monitoreo cardiorrespiratorio es lo más recomendado cuando se recibe medicación para la agitación.

## **b. Indicaciones**

### **1. Indicaciones Absolutas**

- Paciente en estado de agitación psicomotriz.

### **2. Indicaciones Relativas**

- No aplica.

## **c. Riesgos o Complicaciones Frecuentes:**

### **❖ Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:**

- Erosiones cutáneas.
- Hematomas.
- Compresión nerviosa.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio.

### **❖ Complicaciones del uso de psicofármacos:**

Los principales efectos adversos de los antipsicóticos utilizados en situación de emergencia son los siguientes:

- Sedación.
- Hipotensión ortostática.
- Efectos anticolinérgicos.
- Efectos extrapiramidales

**d. Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:**

- Úlceras de presión.
- Cianosis distal.
- Dolores musculares / articulares.
- Estreñimiento.
- Edemas.
- Esguinces, luxaciones.

**e. Contraindicaciones:**

No se han registrado contraindicaciones para el manejo de la agitación psicomotriz.

## **VIII Recomendaciones**

- Históricamente el uso de la fuerza física ha sido utilizada como una estrategia defensiva frente al peligro real o frente a una agresión inminente, no obstante en la actualidad hay objeciones al uso de las restricciones físicas que deben ser tenidas en cuenta.
- Actualmente el uso de la restricción manual o mecánica solo puede ser utilizada cuando hayan fracasado otras estrategias menos agresivas para proteger la integridad de la persona. Se cree en la actualidad que el uso de la fuerza genera efectos adversos a nivel físico y emocional tanto en las personas que son inmovilizadas contra su voluntad como en el personal que tiene que realizar dicha tarea. (9,10).

## IX Autores, Fecha y Lugar

- **Nombre del Ejecutor Responsable:**

M.C. Alain Gonzalo Riveros Tejada. Coordinador de Psiquiatría de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades, del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

- **Fecha y lugar de elaboración de la Guía de Procedimiento:**

Fecha: octubre, 2020.

Lugar: Servicio de Emergencia, Consultorio Externo o Hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

- **Fecha de elaboración y vigencia del Procedimiento:**

Fecha: octubre, 2020.

Vigencia: 03 años a partir de su aprobación mediante Resolución Directoral.

- **Lista de Autores y correos electrónicos:**

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría, del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja:

Médico Psiquiatra. M.C. Alain Gonzalo Riveros Tejada. [ariveros@insnsb.gob.pe](mailto:ariveros@insnsb.gob.pe)

Médico Psiquiatra. M.C. Adriana Raquel Pezo Geremia. [apezo@insnsb.gob.pe](mailto:apezo@insnsb.gob.pe)

**X Anexos****ANEXO 1.****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN  
PACIENTES PEDIÁTRICOS**

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las  
Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD  
N° ...../2020/INSNSB)

**PROCEDIMIENTO: MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES  
PEDIÁTRICOS (con Contención Física y/o Farmacológica) CÓDIGO CPMS: 90899.01**

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades –  
Psiquiatría.**

**DIAGNÓSTICO: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Este procedimiento se realiza en todos los pacientes pediátricos que presentan el Diagnóstico  
de Agitación Psicomotriz.

**Descripción del Procedimiento:**

El manejo de la agitación psicomotriz en pacientes pediátricos consiste en limitar la  
movilidad del paciente, parcial o total, con el fin de resguardar la integridad física del  
paciente y/o de terceros. Se realiza a través de la sujeción mecánica o física, el uso de  
medicamentos o ambas. Favoreciendo el tratamiento inmediato frente al estado de agitación  
psicomotora. El procedimiento puede ser realizado con el paciente despierto.

**Objetivo del procedimiento:**

Controlar la actividad física de un paciente que presenta agitación psicomotora, con el fin de  
protegerlo de lesiones físicas que pudiera ocasionarse a sí mismo o a los demás.

**Beneficios Esperados:**

- Evitar agresiones verbales, físicas o amenazas de cualquier tipo por parte del paciente agitado.
- Resguardar la integridad física del paciente y/o terceros.
- Prevenir conductas disruptivas y/o crisis de agitación futuras.

## Riesgos o Complicaciones Frecuentes

### ❖ Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:

- Erosiones cutáneas.
- Hematomas.
- Compresión nerviosa.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio.

### ❖ Complicaciones del uso de psicofármacos:

Los principales efectos adversos de los antipsicóticos utilizados en situación de emergencia son los siguientes:

- Sedación.
- Hipotensión ortostática.
- Efectos anticolinérgicos.
- Efectos extrapiramidales.

## Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Úlceras de presión.
- Cianosis distal.
- Dolores musculares / articulares.
- Estreñimiento.
- Edemas.
- Esguinces, luxaciones.

## Consecuencias previsibles de su realización:

- Aminorar el riesgo de daño a sí mismo o a otros.
- Facilitar la evaluación diagnóstica completa.
- Reducción de la excitabilidad del paciente.
- Permitir el inicio del tratamiento específico.

## Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento:

- Alto riesgo de actividad verbal o motora incrementada sin propósito, que puede culminar en la agresión verbal o física hacia el paciente o los demás.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.



- Destrucción de objetos.

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

Ante la presencia de signos de agitación psicomotora, en primer lugar se intentará la **contención verbal** del paciente, evitando la confrontación con este. Si no se logra tranquilizar al paciente, se evaluará la necesidad de la contención física y/o farmacológica.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

El principal factor de riesgo para presentar agitación psicomotora o conducta agresiva es la existencia previa de alguno de los trastornos o condiciones mencionados previamente. Los siguientes factores predicen un mayor riesgo de agresividad (3):

- Sexo masculino.
- Edad joven.
- Antecedentes de agresividad.
- Violencia en la familia de origen.
- Número de hospitalizaciones previas.
- Desempleo reciente.
- Personalidad disocial.
- Alucinaciones auditivas que imparten órdenes.
- Delusiones paranoides.
- Consumo de sustancias adictivas.

**Pronóstico: Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )**

La mayor parte de las personas que acuden en estado de agitación psicomotora o con conducta agresiva responden favorablemente al tratamiento, dependiendo el pronóstico del diagnóstico definitivo.

**Recomendaciones/Observaciones:**

- La atención de la persona en estado de agitación o con signos de alarma previos a la agitación, debe darse de inmediato.
- El entrevistador debe asumir una actitud respetuosa, tranquila y segura.
- La aproximación al paciente debe ser con cautela, pero sin manifestaciones de miedo; no debe darse la espalda a una persona potencialmente violenta.
- La distancia para la entrevista con el paciente potencialmente violento debe mantenerse entre 1,2 m y 3,6 m.

- Debe intentarse llevar al paciente a un lugar menos transitado, pero bajo la vigilancia del personal de apoyo.
- Debe evitarse la confrontación o las manifestaciones de ira, fastidio o burla hacia el paciente, actitudes que pueden desencadenar la agresividad del paciente.
- El entrevistador debe usar un lenguaje claro y sencillo.
- La postura del entrevistador debe ser no de frente al entrevistado (90°) sino en aproximadamente 45°, con las manos al frente y separadas hacia adelante, evitando gestos confrontacionales.
- No debe engañarse al paciente ni prometerle cosas difíciles de cumplir.
- En caso de conflicto familiar o de pareja, debe separarse al usuario de los acompañantes que le generan rechazo.
- Debe alejarse todo objeto potencialmente peligroso.
- El acceso a la salida debe ser fácil para paciente y entrevistador.
- Se sugiere la instalación de alarmas en todo servicio de emergencias psiquiátricas.
- Las decisiones importantes referentes al tratamiento deben ser informadas a los familiares y al mismo usuario, si su condición psiquiátrica lo permite.
- Si a pesar de la medicación, el paciente persiste con alto riesgo de agredir a otros o a sí mismo, el médico puede indicar la sala de aislamiento o la sujeción mecánica por el tiempo mínimo necesario; esta última no debe exceder de las dos horas sin una reevaluación médica que determine la suspensión de la misma o su continuación si fuera muy necesario.
- Los familiares suelen encontrarse bajo un gran estrés al venir a la emergencia, lo cual puede generarles ansiedad o irritabilidad, manifestaciones que deben ser comprendidas y manejadas adecuadamente por el personal, para prevenir conflictos innecesarios.
- En caso de abandono o escaso soporte social, será necesaria la intervención del servicio social, tanto a nivel individual y familiar, como a través de la movilización de la red social comunal.



Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ),  
Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor  
Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el  
Diagnóstico: **AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

#### **Declaro:**

Que el Médico/Lic. Enfermería \_\_\_\_\_ con Colegiatura N°  
\_\_\_\_\_, y/o RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al  
diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento: **CONTENSIÓN FÍSICA Y/O  
FARMACOLÓGICA**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los  
beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento** para la realización del procedimiento: **CONTENSIÓN FÍSICA Y/O  
FARMACOLÓGICA**.



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Madre o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico/Lic. Enfermería**

**Responsable**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Colegiatura N°** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( \_\_\_\_\_ ), C.E. ( \_\_\_\_\_ ), Pasaporte ( \_\_\_\_\_ ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( \_\_\_\_\_ ), Padre ( \_\_\_\_\_ ), Apoderado/Tutor Legal ( \_\_\_\_\_ ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** presentado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento: **CONTENSIÓN FÍSICA Y/O FARMACOLÓGICA** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.



San Borja, ..... de .....del 20.....

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Madre o Tutor Legal**

**Responsable**

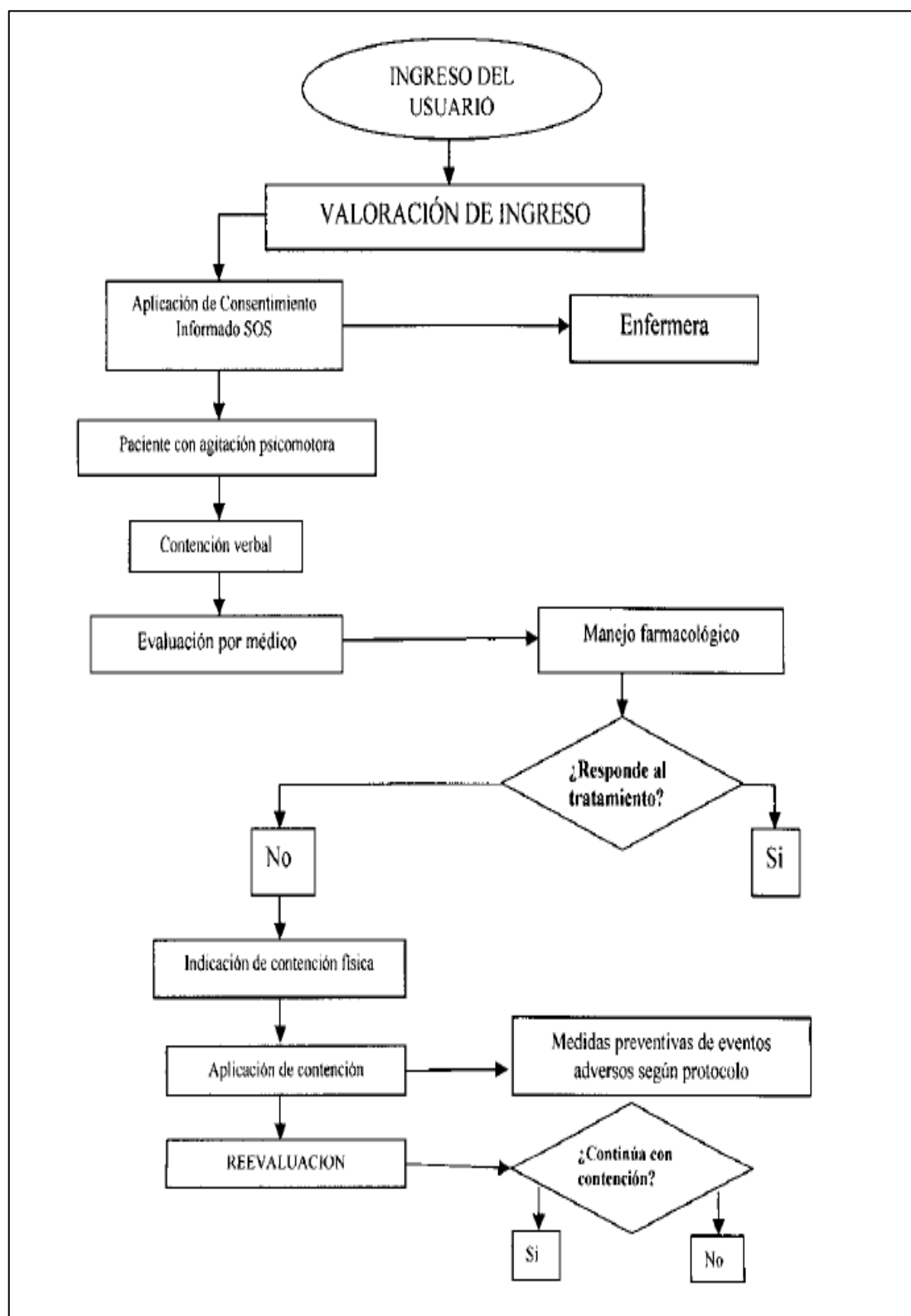
**Nombre** \_\_\_\_\_

**DNI N°** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico/Lic. Enfermería**

**Colegiatura N°** \_\_\_\_\_

**RNE N°** \_\_\_\_\_

**ANEXO 2: FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO**

## **XI Bibliografía**

1. Sadock BJ, Sadock VA. Urgencias psiquiátricas en los adultos. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 907-918.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Signos y síntomas en psiquiatría. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 274.
3. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: A review of clinical presentation, burden, and treatment. J Psychiatr Pract. 2011; 17: 170-185.
4. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Año 2013.
5. Ley 26.657 art. 12. LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, Sancionada: Noviembre 25 de 2010, Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Argentina.
6. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatry Pract. 2005; 11:5-108; quiz 110-2.
7. Chun, T, Katz, E, Duffy, S. Pediatric Mental Health Emergencies and Special Health Care Needs. Pediatr Clin North Am. 2013; 60: 1185-1201.
8. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency. Ann Emerg Med, 2005; 47:79-99.
9. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales. En Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009
10. Ramos Brieva J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Masson; 1999.
11. Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, et al. Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas. Actas Españolas de Psiquiatría. 2006; 34(4): 239-244.
12. Sonnier, L; Barzman, D. Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients. Paediatr Drugs. 2011;13 :1-10.

13. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009; 21: 121-132. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: [http://www.semes.org/revista/vol21\\_2/10.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf).
14. Sadock BJ, Sadock VA. Urgencias psiquiátricas en los adultos. En: Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica*. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 907-918.
15. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Clinical Guideline 25. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments. Febrero 2005. (Citado en agosto del 2012) Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG025NICEguideline>.
16. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(S2): S96-103.
17. Información estadística del Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (Citado en agosto del 2012) Disponible en: [http://www.insm.gob.pe/emergencia\\_estadistica.htm](http://www.insm.gob.pe/emergencia_estadistica.htm).