ANEXO

PROTOCOLO DE MEDIDAS BÁSICAS PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL.

INTRODUCCIÓN.

En el ámbito de la atención de urgencias hay cuadros de psicopatología con presentaciones que ameritan tomar medidas extraordinarias como la contención física.

Se recurrirá a esta medida de carácter excepcional cuando haya sido imposible resolver la urgencia por medio de la intervención verbal y/o del uso de psicofármacos o medidas ambientales, considerando la persistencia de situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud e integridad física del paciente, como así también de terceros que pudieran estar en riesgo (familiares, personal de salud etc.). El presente protocolo tiene el objetivo de enmarcar este tipo de situaciones excepcionales dentro de un marco que garantice los derechos fundamentales de los pacientes.

Es una inmovilización temporal parcial o total del cuerpo del paciente, cuando existen graves estados de agitación, excitación psicomotriz, conductas agresivas, violentas que impliquen un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Es importante no olvidar que se trata de un ser humano que se encuentra en situación de vulnerabilidad, angustiado y temeroso; la contención física tendrá como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, así como impedir la manipulación de otras medidas aplicadas, como vías o sondas necesarias en agitaciones de causa orgánica o para evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente y que presenta riesgo clínico.

Esta práctica supone una relación de asimetría real, concreta y materializada entre el equipo de salud y la persona con padecimiento psíquico. Se debe tener siempre presente que su ejecución se habilita en el preciso momento en donde el acuerdo terapéutico no es posible debido a que compromete la subjetividad y ejercicio de derechos, por lo que constituye un recurso coercitivo .Esto conlleva a experimentar emociones negativas por parte la persona con padecimiento psíquico y de los profesionales que la realizan.

El presente protocolo adopta como principios rectores fundamentales los siguientes:

- **Excepcionalidad y Último Recurso:** La contención física solo debe aplicarse como **último recurso**, cuando todas las medidas menos restrictivas (verbales, farmacológicas, ambientales) hayan fallado y exista una situación de **riesgo cierto inminente y grave** de daño para la persona o para terceros.
- **Proporcionalidad y Necesidad:** La intensidad, duración y tipo de contención debe ser mínima e indispensable para garantizar la seguridad del paciente. Debe cesar tan pronto como el riesgo desaparezca.
- **Base Legal y Clínica:** Debe realizarse siempre bajo orden médica (psiquiátrica o el médico responsable en la urgencia) y estar debidamente fundamentada en la historia clínica, detallando el riesgo que se busca prevenir.
- **Prohibición de Castigo:** Nunca debe utilizarse como medida de castigo, represalia, conveniencia del personal o para suplir la falta de personal.

Es por ello que en el entorno de las urgencias, se debe contar con un protocolo de actuación que contenga las recomendaciones sobre el procedimiento a implementar y el adecuado registro en la HC de: datos filiatorios, diagnóstico, estado de situación que justifique la medida, que terapéuticas fracasaron previamente, tipo de sujeción, estado clínico general, controles clínicos durante la sujeción, hora de inicio y finalización de la medida.

OBJETIVO GENERAL DEL PROTOCOLO:

Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y la aplicación de contención física en los diferentes establecimientos del SIPROSA que asisten urgencias de salud mental y adicciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Garantizar la seguridad de pacientes, familiares, trabajadores y profesionales.

- Conocer las complicaciones que pueden darse en una contención física, para prevenir efectos adversos mediante cuidados de calidad.

-Realizar consideraciones éticas y jurídico-legales de lo que implica la contención física por parte del personal sanitario.

DEFINICIÓN:

La contención física se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los "métodos extraordinarios que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos".

INDICACIÓN

Su indicación está a cargo del médico psiquiatra responsable del paciente o médico de guardia de Hospital o Dirección de Emergencias, en las siguientes situaciones:

- Para prevención de daños y ante riesgos inminentes al paciente, personal de salud, familia y entorno.

-Por solicitud voluntaria del paciente, si existe justificación terapéutica.

-Para evitar interferencias graves en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (retiro de vías periféricas, sondas nasogástricas, etc.)

-Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe esta posibilidad y que el paciente corre riesgo clínico y no está capacitado para tomar tal decisión.

-Traslado de pacientes con potencial riesgo de agitación o agitación psicomotriz

EQUIPO RESPONSABLE DE EJECUCIÓN

• Médico Psiquiatra, médico de guardia o Dirección de Emergencias (1)
• Enfermeros (5)
• Equipo Interdisciplinario capacitado (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, médicos, etc.)
• Según necesidad autoridad policial en situaciones peligrosas o imposibles

MATERIALES DE CONTENCIÓN:

• Muñequeras para miembros superiores
• Tobilleras para miembros inferiores
• Tira para unir muñequeras
• Tira para unir tobilleras
• Banda de sujeción torácica
• Elementos de protección personal (EPP): (barbijos, guantes, camisolín y protección ocular).

Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones. Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.

Los elementos que se usen para la contención física (chaleco, cintas, maneas) deben reunir las condiciones adecuadas, (longitud, textura, presión) para evitar posibles lesiones al paciente.

PROCEDIMIENTO:

1. Siempre se intentará aplicar de la manera menos restrictiva posible, teniendo presente su finalidad terapéutica, que se fundamenta en el principio bioético de beneficencia.

Explicitar al paciente cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Informar el acto del procedimiento al paciente siempre que este se encuentre en estado de lucidez o comprensión, caso contario se lo hará a su representante legal quien deberá firmar un consentimiento informado.

2. Se recomienda que miembros del equipo (psicólogos, trabajadores sociales) previamente formados para tal fin, informen a la familia o referentes los motivos y características de la medida, y brinden su consentimiento informado según Anexo III; y que

los familiares o referentes no estén presentes en el momento de su realización, a fin de prevenir su posible impacto.

3. El personal de salud que vaya a tener contacto físico con el paciente se protegerá con la utilización de EPP.

4. Identificar riesgos en cuanto a la seguridad del paciente y se modificará para minimizarlos.

5. Antes de iniciar la contención física se deberá comprobar el estado de la cama, camilla y de los materiales de contención.

6. Designar al miembro del equipo encargado de dirigir la contención. Será, además, quien mantenga la comunicación verbal con el paciente durante el procedimiento.

7. Se colocará al paciente en decúbito supino, cada miembro del equipo se encargará de una extremidad y un quinto miembro protegerá la cabeza del paciente.

8. Se procederá a la contención completa o parcial garantizando la seguridad y dignidad del paciente. El acto deberá ser llevado de la forma más rápida y coordinada posible.

9. Una vez establecida la contención, se realizará la evaluación continua del paciente a cargo del médico psiquiatra o médico de guardia dentro de una 1 hora, luego a las 3 posteriores y mientras dure la medida. En cada control valorar, si se continua o no la medida de contención.

Considerar que se retirará, en forma gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación y la condición clínica lo permita.

10. El psiquiatra o médico de guardia o médico responsable deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente el motivo de la contención.

11. La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente:

- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.
- El personal de enfermería debe seguir los controles, cada media hora, liberando de a una extremidad por vez, en caso que el cuadro de crisis cede.

12. Enfermería realizará los registros correspondientes a los controles posteriores en la hoja de registros de contención física y evaluación del paciente cada 30 minutos.

CONTRAINDICACIONES

- Orden expresa del equipo tratante de no aplicar contención.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otras medidas terapéuticas y métodos de contención.
- Casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar con la contención física.
- Cuando el equipo tratante desconoce el estado general de salud del paciente.
- Para el descanso del personal sanitario; como medida de castigo o represión.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no asociada a una enfermedad mental, sino por carácter delictivo (en este caso, es competencia de las fuerzas de seguridad).
- Cuando no exista personal suficiente para llevarla a cabo o sea una situación que conlleve más riesgos que beneficios, o sea técnicamente imposible (persona armada)

COMPLICACIONES:

Lesiones directas:

- Posibles lesiones isquémicas por disminución de la circulación sanguínea
- Lesiones en piel: úlceras, laceraciones y hematomas
- Compresión nerviosa
- Fracturas y luxaciones
- Dificultad respiratoria (la abdominal)
- Edema
- Ahorcamiento por deslizamiento
- Broncoaspiración o muerte súbita tras un período prolongado de agitación y forcejeo

Lesiones indirectas:

- Tromboembolismo
- Agravamiento del deterioro cognitivo, social y funcional

- Aislamiento, depresión y aumento del estado de confusión
- Pérdida de la movilidad, estabilidad, equilibrio y marcha
- Problemas de alimentación
- Incontinencia
- Estreñimiento
- Deshidratación

RECOMENDACIONES

-La contención física es una medida terapéutica de abordaje que tiene indicaciones y contraindicaciones y un procedimiento específico.

Se debe actuar con serenidad y respeto, mostrando una postura firme y segura. Siendo una medida extraordinaria, debe durar el mínimo tiempo posible, garantizando que su aplicación no atente contra la dignidad del paciente.

-La contención física se realizará preferentemente en una habitación individual o lugar, con las condiciones adecuadas de seguridad e intimidad (cama o camilla sujeta al suelo,)

-Ausencia de elementos de riesgo, que se hayan quitado cinturones, fósforos, objetos punzantes que pudieran disponer el paciente y el equipo que la realiza.

-Se recomienda que sea realizado por un número adecuado de personas, mínimo 4 para que cada persona sujete una extremidad y si se suma un quinto, la cabeza, adoptando todas las medidas de seguridad para que el paciente no sufra lesiones y no las origine a los demás.

-Se debe cuidar durante la reducción física no forzar las articulaciones, no cargar el peso del personal en el paciente, y evitar objetos lesivos del entorno.

-Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.

-Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.

-Evitar la opresión del cuello y abdomen.

-Una vez realizada la contención, se deberá realizar seguimiento continuo del paciente, debiendo el psiquiatra evaluar dentro de la primera hora, y luego a las 3 horas.

-Se debe dejar constancia en la historia clínica, el motivo de la medida de contención, es una medida terapéutica, al haber fracasado otras medidas terapéuticas, para evitar que el paciente se autolesione, dañe a terceros o a las instalaciones.

- Médico psiquiatra o médico responsable debe registrar en HC motivos y urgencia de aplicación de la medida de sujeción, fármacos utilizados y efecto, control de signos vitales, fechas, hora y personal a cargo de la sujeción; el estado clínico del paciente, diagnóstico, y riesgo grave, consignar si se encuentra comprometida la competencia para consentir.

-En lo posible se debe obtener el Consentimiento informado del paciente, familiar o representante legal.

- Post-Crisis: Una vez resuelta la agitación, el profesional y el paciente deben realizar una reflexión para analizar qué ocurrió y qué estrategias funcionaron o no; escuchar la experiencia del paciente, reparar la relación terapéutica y buscar estrategias alternativas para futuras crisis.

Esto es esencial para el aprendizaje institucional y la alianza terapéutica.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

-Ley Nacional N.º 26.529.
-Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.
-Espector Eduardo: Temas de Responsabilidad Profesional en Psiquiatría, Triñanes Grafica, 2014.
-Ministerio de Salud de la Nación, Atención de urgencias en salud mental, Buenos Aires, 2019.
-Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. Guía de Procedimiento para Contención Física de Usuarios asistidos en Salud Mental en Situaciones de Urgencia y/o Emergencia. Buenos Aires: 2021. IF-2021-37738735-GCABA-SSAH.
-Giovanna Del Giudice. La contención mecánica: ¿tratamiento sanitario o Violación de derechos humanos? Derechos de las personas con discapacidad.

-Dirección Gral. de Salud Mental. Orientaciones Técnicas para la Atención de Urgencias de Salud Mental. Año 2017.
- Luis Nocete Navarro, Víctor López de Loma Osorio y otros: Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de Sujeciones mecánicas en Madrid, España.
- Protocolo de Contención Física para Pacientes con Agitación Psicomotora del Hospital J. M. Obarrio

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ELABORACIÓN:
Esta guía es producto de un proceso de investigación bibliográfica y redacción realizada por la Dra. Mónica González, Mg. Marcela Lemaitre y la Dra. Mara Silvan; como así también consultas de consenso con expertos locales en la temática.
Agradecemos su cooperación técnica y generosidad en la transmisión de su experiencia clínica a los siguientes profesionales: Dra. Viviana Hansen (Cat. Psiquiatría Clínica II - Facultad de Medicina UNT), Dr. Iván Mariani, Dra. Teresa Díaz Jiménez, Dra. Marina Mas, Dr. Juan Palavecino, Dr. Juan Zelaya Contti, Lic. Rubén Villacorta.

ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO - INTERNACION

San Miguel de Tucumán …… de……..de..……..-

HOSPITAL… …

Nombre y Apellido: ……

Documento (tipo y Nº): ……

Domicilio: ……..

Edad: …….

Historia Clínica Nº: ……..

Manifiesto formalmente mi voluntad de acceder a tratamiento integral de salud mental en internación.

A los fines referidos, declaro expresamente:

Que he recibido información clara, precisa y adecuada con respecto a mi estado de salud; el procedimiento propuesto por el/los profesionales tratantes, los objetivos perseguidos, los beneficios esperados del procedimiento, los riesgos, las molestias y los efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, como así también beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

1. Que fui informado que atento a mi patología, existe la posibilidad de que, ante una crisis de excitación psicomotriz violenta, que ponga en riesgo mi integridad o la de terceros, se deberá controlar la misma mediante contención física de forma temporal, y se me ha informado que dicha situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal de la institución. Que he recibido explicaciones de los profesionales, que es una medida excepcional, y que solo se utiliza cuando es el único medio para conseguir controlar la agitación y / o violencia y que seré liberado inmediatamente después de recuperar el control. Toda esta información fue brindada a mi completa satisfacción y de forma enteramente comprensible para mí, incluso con apoyo gráfico y me ha contestado todas las preguntas que le he formulado sobre los motivos por los cuales se considera pertinente realizar dicha medida.
2. Por lo tanto consiento ser sujetado temporalmente con correas u otros elementos. Qué también se me ha informado sobre las consecuencias que dicha práctica pudiera provocar, molestias concomitantes, así como que beneficios se esperan previsiblemente de la misma, las alternativas existentes y sus riesgos.

3. Que he comprendido la información que se me ha dado, aclarando que también he leído detenidamente y he comprendido absolutamente los términos del presente instrumento.
4. Que he tenido la posibilidad de hacer preguntas y pedir explicaciones, todo lo cual ha sido respondido a mi satisfacción.

Firma del paciente: ……
Aclaración: ……..
Documento: ……

Firma del médico tratante: ……
Aclaración: ……..
M.P.: …….

ANEXO II CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERNACION FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

San Miguel de Tucumán……de……de

Hospital

Requirente (en mi carácter de …… del paciente): ……..

Documento (tipo y Nº): ……

Domicilio: ……

Paciente: ……...

Documento (tipo y Nº): ……

Domicilio: ……

Edad: ……..……...

Historia Clínica Nº: ……

Manifiesto y dejo constancia formal de mi conformidad para que el paciente acceda a tratamiento integral de salud mental en internación.

A los fines referidos, declaro expresamente:

1. Que he recibido información clara, precisa y adecuada con respecto al estado de salud del paciente; el procedimiento propuesto por el/los profesionales tratantes, los objetivos perseguidos, los beneficios esperados del procedimiento, los riesgos, las molestias y los efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, como así también beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
2. Que fui informado que atento a la patología de mi _____, existe la posibilidad de que, ante una crisis de excitación psicomotriz violenta, que ponga en riesgo su integridad o la de terceros, se deberá controlar la misma mediante contención física de forma temporal, y se me ha informado que dicha situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal de la Institución. Que he recibido explicaciones de los profesionales, que es una medida excepcional, y que solo se utiliza cuando es el único medio para conseguir controlar la agitación y / o violencia y que será liberado inmediatamente después de recuperar su control. Toda esta información fue brindada a mi completa satisfacción y de forma enteramente comprensible para mí, incluso con apoyo gráfico y me ha contestado todas las preguntas que le he formulado sobre los motivos por los cuales se considera pertinente realizar dicha medida.

3. Por lo tanto consiento que mi ……. sea sujetado temporalmente con correas u otros elementos. Qué también se me ha informado sobre las consecuencias que dicha práctica pudiera provocar, molestias concomitantes, así como que beneficios se esperan previsiblemente de la misma, las alternativas existentes y sus riesgos.
4. Que he comprendido la información que se me ha dado, aclarando que también he leído detenidamente y he comprendido absolutamente los términos del presente instrumento.
5. Que he tenido la posibilidad de hacer preguntas y pedir explicaciones, todo lo cual ha sido respondido a mi satisfacción.

Firma: ……

Aclaración: ……

Documento: ……

Firma del médico tratante: ……

Aclaración: ……

M.P.: …….

En caso de paciente menor de edad, se deja constancia de su asentimiento:
Firma: …….
Aclaración: ……
Documento: ……

ANEXO III

1. *Técnicas* de Desescalada Verbal: Los 10 Dominios Clave
2. Recaudos de la Medicación Oral Voluntaria
3. Transición a Vías Más Restrictivas
4. Procedimiento de Retirada Progresiva

Bibliografía Consultada:

-Los 10 Dominios de la Desescalada Verbal" BETA - Best Practices for Assessment and Treatment of Agitated Patients
-Conjunto de guías de consenso publicadas por la American Association for Emergency Psychiatry (AAEP)
-Protocolo de Contención Mecánica Servicio Andaluz de Salud

1- *Técnicas* de Desescalada Verbal: Los 10 Dominios Clave

1. Respetar el espacio personal

- Distancia Segura: Mantenga una distancia de seguridad de al menos dos brazos (aproximadamente 1,5 a 2 metros). Si la persona presenta sintomatología paranoide, aumente esta distancia.
- Posicionamiento: Colóquese en un ángulo, no directamente frente a la persona. Nunca bloquee la salida, ya que esto puede aumentar la sensación de amenaza y atrapamiento.

2. No ser provocador

- Lenguaje No Verbal Calmo: Mantenga una postura relajada y abierta (manos visibles, sin cruzar los brazos). Evite el contacto visual sostenido e intimidante; mantenga un contacto visual normal y respetuoso.
- Tono de Voz: Utilice un tono de voz bajo, suave y lento, incluso si el paciente está gritando. Esto ayuda a reducir la intensidad de la situación y acompañar al paciente a un ritmo más calmado.

3. Establecer contacto verbal

- Un Único Interlocutor: Solo una persona debe hablar con el paciente agitado para evitar la sobrecarga de información y el caos.
- Identificación: Preséntese claramente, mencione su rol y el propósito de su intervención: garantizar la seguridad y ayudar.

4. Ser conciso

- Mensajes simples: Utilice frases cortas y vocabulario sencillo. La capacidad de procesamiento cognitivo se reduce en estados de agitación.
- Si es necesario, repita la misma frase clave (ej. "Queremos ayudarte a que estés seguro/a") de manera calmada y firme hasta que sea registrada.

5. Identificar emociones (Empatía)

- Validación: Reconozca la emoción subyacente. Diga frases como: *"Veo que está muy enfadado por la espera, y es comprensible "* o *"Parece estar muy asustado"*. Validar el sentimiento no significa estar de acuerdo con la conducta.
- Ofrecer: Pregunte qué podría ayudarle en ese momento (un vaso de agua, un lugar más tranquilo, etc.).

6. Escuchar atentamente

- Escucha Activa: Haga un esfuerzo genuino por escuchar y comprender. Utilice el párrafo (ej. " Lo he entendido bien, le preocupa que...") para demostrar que está prestando atención y aclarar la situación.

7. Estar de acuerdo (en lo posible)

- Buscar Puntos en Común: Minimice la confrontación. Si el paciente dice "Todo el mundo aquí es horrible", puede responder: *"Siento que se sienta así. Sé que muchos pacientes se sienten frustrados en urgencias".* Esto establece una alianza.

8. Establecer límites claros y respetuosos

- Definición de Inaceptable: Comunique de forma firme pero tranquila qué conductas no serán toleradas (ej. "Lastimar a alguien o romper cosas no es aceptable aquí").
- Consecuencias sin Amenazas: En lugar de amenazar, exponga las consecuencias: *"Si sigue gritando, tendremos que moverlo a un área más tranquila para que otros pacientes puedan descansar"* (siempre cumpliendo las normativas de derechos humanos).

9. Ofrecer opciones y optimismo

- Empoderamiento: Ofrezca al paciente opciones realistas para que sienta que recupere el control (ej. "¿Quiere tomar la medicación ahora o prefiere esperar 15 minutos?", "¿Quiere sentarse en la silla o en la cama?").
- Esperanza: Comunique que la crisis es temporal: *"Vamos a superar esto juntos. Pronto se sentirá mucho mejor".*

10. Revisar y evaluar

- Post-Crisis: Una vez resuelta la agitación, el profesional y el paciente deben realizar una breve reflexión para analizar qué ocurrió y qué estrategias funcionaron o no. Esto es esencial para el aprendizaje institucional y la alianza terapéutica.

El uso consistente y experto de estas técnicas puede prevenir hasta el 80% de las situaciones que de otro modo requerirían la contención física, cumpliendo así con el principio fundamental de derechos humanos de utilizar la medida menos restrictiva posible.

2- Recaudos de la Medicación Oral Voluntaria (MOA)

1. El Momento y la Forma de Ofrecerla

- Ofrecerla, No Imponerla: La medicación oral debe ser ofrecida como una herramienta de ayuda y de forma no amenazante. Se enmarca en el dominio de "Ofrecer Opciones" de la desescalada verbal.
- Explicación Clara y Concisa: El profesional debe explicar al paciente:
- Propósito: Que la medicación es para reducir su malestar, ansiedad o enfado, y ayudarle a recuperar la calma.
- Efecto Esperado: Que se sentirá más relajado y podrá pensar con más claridad.
- Ventaja: Que al tomarla por vía oral, mantiene el control y se evita la necesidad de una intervención más restrictiva (inyección o sujeción).
- Nunca como castigo: La oferta no debe estar condicionada a un comportamiento o usarse como amenaza (ej. "Si no te lo tomas, te ataremos").

2. Elección Farmacológica:

Busca la eficacia rápida con el mínimo riesgo de sedación excesiva o efectos secundarios que confundan la evaluación diagnóstica.

Clase de Fármaco	**Agitación Típica / Ventajas**	**Ejemplos Comunes (Dosis Bajas)**
Benzodiacepinas	Agitación por **ansiedad**, abstinencia alcohólica/sustancias, sin síntomas psicóticos primarios. Rápida acción sedante y ansiolítica.	**Lorazepam** (1-2,5 mg) o **Diazepam** (5-10 mg).

Clase de Fármaco	Agitación Típica / Ventajas	Ejemplos Comunes (Dosis Bajas)
Antipsicóticos Atípicos	Agitación con **síntomas psicóticos** (delirios, alucinaciones). Perfil de efectos secundarios más favorable que los típicos.	**Olanzapina** (5-10 mg) o **Risperidona** (1-2 mg).
Combinación	Agitación severa con psicosis. A veces se combinan antipsicóticos y epinas (ej. Olanzapina + Lorazepan	Dosis bajas y das.

- Prioridad: En muchos protocolos actuales, los antipsicóticos atípicos orales son de primera línea cuando la agitación es moderada o si hay psicosis, mientras que las benzodiacepinas se reservan para la ansiedad pura o la abstinencia.
- Formulación: Se prefieren formulaciones de disolución rápida o líquidos, si están disponibles.
3. Vigilancia y Seguimiento
- Tiempo de espera: El protocolo debe establecer un tiempo razonable para evaluar la respuesta (generalmente 30 a 60 minutos).
- Registro: Documentar la dosis, hora de administración y la respuesta del paciente.

3-Transición a Vías Más Restrictivas

Si el paciente rechaza la MOA o la toma, pero la agitación no cede y el riesgo persiste, el protocolo debe guiar la transición, siempre de forma escalonada:

Nivel de Intervención	Vía y Principio	Recaudo de Derechos Humanos
1. Desescalada Verbal	Comunicación, empatía y opciones.	**Máximo respeto a la autonomía.**
2. Medicación Oral Voluntaria (MOA)	Farmacológica por boca (Autoadministrada).	**Mantiene la autonomía, es la última opción *voluntaria*.**
3. Medicación Intramuscular (IM) NO Voluntaria	Farmacológica por inyección (Asegurada).	**Riesgo inminente** requiere la intervención no voluntaria, pero **sin contención física** si es posible.
4. Contención Física (CF)	Restricción mecánica o humana.	**Último**, solo recurso si los anteriores fallan y el riesgo es **inminente e intolerable.**

4. Procedimiento de Retirada Progresiva de la Contención Física

La contención nunca debe retirarse de golpe, ya que el paciente puede percibir la liberación como una oportunidad para atacar o escapar. La retirada debe ser secuencial y gradual:

1. Indicación Médica: La decisión debe ser indicada y registrada por el médico responsable.
2. Información al Paciente: Se debe informar al paciente, en un tono tranquilo y firme, que se procederá a liberarlo porque ha demostrado control, y se le explica el procedimiento.
3. Retirada Secuencial: Se recomienda quitar las sujeciones de forma escalonada, manteniendo al equipo preparado (al menos 2-3 personas) en caso de re-agitación.

Paso 1: Se liberan las extremidades inferiores (Tobillos).

Paso 2: Se liberan las extremidades superiores (Muñecas).

Paso 3: Se libera la sujeción del tronco (Cinturón/Pechera).