



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA

Código: GCL 1.9

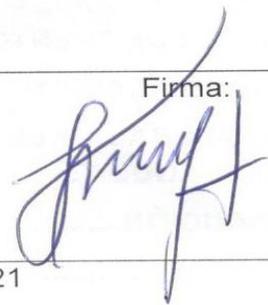
Edición: Tercera

Fecha elaboración:
Octubre 2021

Vigencia: octubre
2026

Página 1 de 17

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dr. Benjamín Rioseco I. Médico Cirujano EU Susana Aravena M. Oficina de Calidad y Seguridad	María José Ferrada EU Coordinadora MT. Carolina Quinteros T. EU Keila García Nuñez Oficina de Calidad y Seguridad Dra. Roberta Lucero Gárate Director Medico	Ricardo Alvear Leal Director General
Firmas: 	Firma: 	Firma: 
Fecha Aprobación	30/12/2021	

Oficina de Calidad
y Seguridad
Hospital San Francisco Pucón



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA

Código: GCL 1.9
Edición: Tercera
Fecha elaboración: Octubre 2021
Vigencia: octubre 2026
Página 2 de 17

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
3. ALCANCE	4
4. RESPONSABLES	4
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	6
6. DEFINICIONES	6
7. DESARROLLO	8
7.1 DESCRIPCIÓN CUADRO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA	8
7.2 TIPOS DE CONTENCIÓN	8
7.3 INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN FÍSICA	9
7.4. CARACTERÍSTICAS DE LA CONTENCIÓN FÍSICA	10
7.5 KIT DE CONTENCIÓN FÍSICA	10
7.6 PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN FÍSICA	11
7.7 RETIRO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA	12
7.8 MEDIDAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA CONTENCIÓN FÍSICA	12
7.9 MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA CONTENCIÓN FÍSICA	13
7.10 MEDIDAS PRIORIZADAS DE CONTENCIÓN FÍSICA QUE SE DEBEN SUPERVISAR EN LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	14
7.11 DE LA INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	14
7.12 CONSIDERACIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA CUANDO SE TRATA LA AGITACIÓN AGUDA	14
8. DISTRIBUCIÓN	15
9. REGISTROS	15
10. CONTROL DE CAMBIOS	15
11. ANEXOS	16

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 3 de 17

1. INTRODUCCIÓN

La psicosis, manía, síndromes de abstinencia, intoxicación farmacológica, delirio e incluso la depresión y ansiedad pueden ocasionar agitación psicomotora, conductas agresivas o desorientación del paciente. Otras causas de agitación aguda son los efectos secundarios de fármacos, dolor, abuso de sustancias o agravación de una enfermedad crónica subyacente.

La condición de agitación psicomotora no es del todo exclusiva de pacientes psiquiátricos, y no es infrecuente enfrentarse a casos clínicos de confusión que hacen necesario un proceder seguro de contención física y farmacológica, que a su vez, prevenga caídas desde la cama o al deambular cuando se den determinadas condiciones que aumentan el riesgo de ocurrencia.

El estado de crisis o agitación representa un síntoma en una persona, la que requiere cuidados y una ayuda efectiva en una vivencia que implica un serio quiebre en su existencia y por tanto un sufrimiento psicosocial importante. El objetivo más importante en la atención del paciente agitado es garantizar su seguridad y la del personal que lo atiende.

La contención física es un recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas tales como agitación psicomotora, para garantizar la seguridad del paciente y del medio. Desde el punto de vista ético, la contención física es un procedimiento útil, e incluso necesario, siempre y cuando se ajuste a indicaciones clínicas. Debe adaptarse a un protocolo establecido y la medida debe llevarse a cabo por personal capacitado, para prevenir eventos adversos asociados a su uso, incluyendo, valoración del paciente, seguimiento y vigilancia por parte del personal, la cual debe estar claramente normada, para prevenir posibles complicaciones en el enfermo y resguardar su seguridad, diagnosticando su situación de riesgo y las medidas a tomar.

Además de la contención física está considerado el uso de drogas que permitan controlar la agitación psicomotora, y evitar así daños físicos, en caso de actitudes particularmente peligrosas, para el paciente como para el personal de salud.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 4 de 17

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Garantizar la seguridad del paciente, de los otros pacientes y del personal asistencial ante cuadro de agitación psicomotora en el servicio de Urgencia y/o hospitalizados del Hospital Clínico San Francisco de Pucón, implementando medidas preventivas para disminuir los eventos adversos asociados a la contención física.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas o lesiones, durante su hospitalización.
- Prevenir la interrupción del tratamiento por parte del paciente, (auto retiro de sondas, catéteres, drenajes u otros sistemas de soporte vital administrados).
- Estandarizar el empleo de las medidas de contención en pacientes con agitación psicomotora.
- Evitar los eventos adversos asociados a la contención física.

3. ALCANCE

Ámbito de aplicación: a todos los funcionarios (Médicos, Enfermeras, Matronas y Técnicos paramédicos) a cargo de usuarios que presenten episodios de agitación psicomotora en los servicios clínicos en el HCSFP.

Población de aplicación: A todos los usuarios adultos y pediátricos que presente cuadro de agitación psicomotora en los distintos servicios clínicos del HCSFP.

4. RESPONSABLES

4.1 DE LA EJECUCIÓN

Director Médico: Es responsable de

- ✓ Conocer, velar por el cumplimiento y la difusión del presente protocolo.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 5 de 17

Enfermera coordinadora: Es responsable de:

- ✓ Conocer, velar por el cumplimiento y la difusión del presente protocolo.
- ✓ Asegurar la disponibilidad de elementos y de kit de contención física en las unidades clínicas

El médico tratante o de turno: Es responsable de:

- ✓ Conocer el presente protocolo.
- ✓ Indicar la contención de un paciente y el retiro de las medidas de contención física.

Enfermera/ matrona clínica: Es responsables de:

- ✓ Conocer la ubicación del kit de contención física de agitación psicomotora y resguardar su utilización.
- ✓ Verificar la indicación médica de contención entregada por el médico residente o tratante.
- ✓ Organizar al equipo de enfermería para ejecutar la contención de forma segura tanto para el paciente como para el personal de salud, manteniendo el respeto por la persona y evitando lesiones.
- ✓ Sugerir el tipo de contención física a utilizar (parcial o total).
- ✓ Evaluar que la contención física limite lo mínimo necesario los movimientos del paciente.
- ✓ Realizar registros de las medidas de contención aplicadas
- ✓ Prevenir la incidencia de eventos adversos asociados al uso de contención física.
- ✓ Registrar las acciones relacionadas a la prevención de eventos adversos asociados a las medidas aplicadas en pacientes con indicación de medidas de contención.
- ✓ Realizar educación sobre la importancia y necesidad de la contención en la situación específica para cada paciente, tanto a éste cuando su condición lo permita y a la familia.
- ✓ Devolver el kit a su lugar de custodia una vez utilizado.
- ✓ Detectar fallas o insuficiencias en los implementos de contención física e informarlo para su cambio.

Enfermera/ matrona Jefe del servicio: Es responsables de:

- ✓ Conocer el presente protocolo.
- ✓ Llevar el registro de uso del kit de contención física de agitación psicomotora.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 6 de 17

TENS: Es responsables de:

- ✓ Conocer el presente protocolo.
- ✓ Conocer la ubicación del kit de contención.
- ✓ Cuidar y aplicar la contención física de los pacientes.
- ✓ Cooperar en la instalación de la contención física.
- ✓ Ejecutar los cuidados de enfermería planificados y asignados por la enfermera/matrona, completando datos solicitados en hoja de enfermería para paciente con contención física en agitación psicomotora.
- ✓ retirar la contención física según indicación
- ✓ Almacenar los insumos del kit de contención física limpios y devolver a lugar de custodia.
- ✓ Registrar todas las actividades realizadas en la hoja de enfermería, por ejemplo: los elementos de contención permiten pasar 2 dedos por debajo de ésta, se confirma pulsos periféricos presentes, el estado de la piel se encuentra indemne, etc.

4.2 DE LA SUPERVISIÓN:

Enfermera Coordinadora: Es responsables de:

- ✓ Supervisar el uso del kit de contención física de agitación psicomotora en servicios de hospitalizados y urgencias.

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Norma General Técnica N° 65: Contención en Psiquiatría. Minsal, Julio 2003.
- Procedimiento de contención física de paciente en agitación psicomotora y medidas de prevención de eventos adversos asociada a su uso. HSHA, año 2017, cuarta versión.
- Protocolo de manejo de paciente con episodio de agitación psicomotora en el Hospital Dr. Mauricio Heyermann de Angol, año 2011, primera versión.

6. DEFINICIONES

- **Agitación psicomotora:** Estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 7 de 17

movimientos descoordinados sin un fin determinado. Es un síntoma que puede estar asociado a múltiples patologías, tanto orgánicas como psiquiátricas.

- **Contención:** Es un proceso en el cual, de modo incremental, se aplican una serie de procedimientos con la finalidad planteada. En orden de aplicación y dependiendo de las circunstancias que afecten a la persona. Existen los siguientes tipos de contención: emocional, ambiental, farmacológica, mecánica o física.
- **Eventos adversos asociados a la contención física:** Corresponde a aquellos provocados por la aplicación de contención física a pacientes. Entre ellos se encuentran: Obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis), compresión nerviosa, edemas, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones, úlceras por presión, bronco aspiración, pérdida de la fuerza y del tono muscular, rigidez, luxaciones, fracturas, entre otros.
- **Elementos de sujeción:** Son dispositivos de restricción de movimientos, las cuales mantienen al paciente parcialmente inmóvil, mientras persiste la situación de riesgo.
- **Kit de contención física:** Conjunto de utensilios (elementos de sujeción) que se complementan en su uso o en su función para contener a un paciente con agitación psicomotriz.
- **HCSFP:** Hospital Clínico San Francisco de Pucón.
- **Pacientes susceptibles de contención:** Pacientes con agitación psicomotora, trastornos psiquiátricos y/o compromiso de conciencia.
- **Posición anatómica:** Posición que por convención se considera la adecuada para el estudio anatómico del cuerpo humano donde la persona debe estar de pie, con la cabeza y el cuello erecto, los brazos a ambos lados del cuerpo (extendidos hacia el piso y con las palmas de las manos vueltas hacia delante), y la mirada hacia el frente, las piernas extendidas y juntas y los tobillos y pies igualmente extendidos.
- **Sujeción:** (terapéutica) Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 8 de 17

7. DESARROLLO

7.1 DESCRIPCIÓN CUADRO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA

La agitación psicomotora no constituye en sí misma una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestada de trastornos, tanto psíquicos como cuadros orgánicos y éstos últimos deben ser los primeros en ser evaluados y tratados para evitar algún tipo de morbilidad asociada.

- **Manifestaciones de agitación psicomotora:**

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

- **Señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca:**

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez.

7.2 TIPOS DE CONTENCIÓN

Las siguientes medidas son aplicadas en el HCSFP según orden de aplicación:

- **Contención ambiental:** Eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores, introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas (figura de autoridad, una figura de fuerza, una figura significativa para el paciente) sacando del contexto a las personas provocadoras o que presenten confrontación con el paciente.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 9 de 17

- **Contención emocional**: Procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras.
- **Contención farmacológica**: Procedimiento clínico que contempla la administración medicamentos a la persona con cuadro de agitación con el objetivo de aliviar la sintomatología, evitar auto y heteroagresiones.
- **Contención mecánica o física**: Corresponde al último recurso terapéutico utilizado en situaciones extremas tales como agitación psicomotora, para garantizar la seguridad del paciente y del medio. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos como muñequeras, tobilleras, cinturones, entre otros.

7.3 INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN FÍSICA

La contención física es indicada por el profesional médico en los siguientes casos

- Conducta violenta de un paciente con peligro para sí mismo o los demás
 - Agitación no controlable con medicamentos.
 - Pacientes con trastornos psiquiátricos, agitados, deprimidos o con riesgo suicida.
 - Pacientes intoxicados.
 - Pacientes con estados de confusión o desorientación.
 - Pacientes con daño orgánico cerebral, compromiso de conciencia o crisis convulsiva.
 - Pacientes que requieren mantener restringidos sus movimientos ya que podrían empeorar lesiones.
 - En otros casos que se estime necesario
- Diariamente deberá indicarse en caso de persistir la necesidad de contención.
- Se debe corroborar que el cuadro de ansiedad, agitación o autoagresión no ha podido ser manejado mediante otras medidas de contención: emocional, ambiental o farmacológica, ni por la intervención de familiares.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 10 de 17

7. 4. CARACTERÍSTICAS DE LA CONTENCIÓN FÍSICA

Al indicar la contención se debe considerar:

- Cuidar la privacidad del paciente y dignidad del paciente
- Durar el menor tiempo posible (no más de 6 a 8 horas idealmente).
- Utilizar el mínimo posible de elementos mecánicos, conteniendo sólo las partes del cuerpo que aparezcan como amenazantes.
- Realizar prevención de los eventos adversos derivados del procedimiento.
- Aplicar la fuerza necesaria y evitando agresiones verbales, físicas y amenazas de cualquier tipo.
- Ser complementado con tratamiento farmacológico SOS, de acuerdo a la indicación médica.
- Ejecutarla con elementos adecuados, actualizados y conocidos de antemano en su uso por el equipo.
- Informar al familiar/tutor de manera oportuna, y al paciente apenas este pueda comprender.
- No deben interferir con el tratamiento médico y no deben generar otros problemas de salud.
- La indicación médica de contención física no debe superar nunca las 24 hrs, en estos casos el médico tratante o residente debe analizar las terapias utilizadas y buscar alternativas farmacológicas.
- Verificar que la cama se encuentre frenada y a la altura mínima para evitar incidentes durante el procedimiento.
- Evitar contener extremidades lesionadas.
- Mantener los implementos limpios y secos.
- Asistir al paciente en su higiene personal y necesidades de alimentación e hidratación
- Realizar los cambios posturales necesarios.

7.5 KIT DE CONTENCIÓN FÍSICA

-Se disponen de kit de contención en cada servicio clínico.

-Posterior a su uso, debe ser devuelto al mismo lugar donde estaba ubicado.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 11 de 17

-Cada kit está compuesto por:

- 1 Cinturón pélvico.
- 2 Muñequeras y/o 2 Tobilleras.

7.6 PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN FÍSICA

1. Explicar al paciente y/o familia el motivo de la contención física.
2. Tranquilizar al paciente a través de la conversación, si esto es posible.
3. Aplicar la inmovilización en posición anatómica.
4. Realizar contención de las extremidades superiores permitiendo la administración de sueros/medicación, dejando un espacio de 1 a 2 dedos entre la piel y la contención para asegurar la circulación sanguínea de la extremidad. Se amarran a la parte lateral de la cama.
5. Realizar la contención de las extremidades inferiores en la zona de los tobillos siguiendo los mismos pasos que en las extremidades superiores. Se amarran a la parte posterior o lateral de la cama.
6. Si corresponde realizar la contención del tronco con el cinturón torácico, cuidar que no quede suelto, ya que el paciente puede deslizarse y ahorcarse o bajarse de la cama ni que quede muy apretado, ya que puede dificultar la respiración.
7. Posicionar al paciente en semifowler (<30°), para disminuir la posibilidad de aspiración.
8. Evaluar cada 2 horas los sitios de contacto de la contención con la piel, para protegerlas y evitar lesiones.
9. Cambiar los sitios de apoyo de las inmovilizaciones, cada vez que se realicen los cambios de posición y prevención de escaras.
10. Apoyar al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas: alimentación, hidratación, eliminación e higiene personal.
11. Mantener vigilado al paciente, verificando su comodidad, seguridad y posibles cambios.
12. El médico debe registrar en la ficha clínica razón de la contención, duración y respuesta del paciente mientras esté contenido, y la enfermera debe registrar en la hoja de enfermería la vigilancia de la contención haciendo hincapié en búsqueda activa de riesgos o complicaciones asociadas.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 12 de 17

13. En el caso de paciente obstétrica, se debe omitir el cinturón pélvico. Solo se deberán usar muñequeras o tobilleras.

7.7 RETIRO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA

-El retiro de la contención física es de indicación médica.

-Se debe informar al paciente y/o familiares de que se procederá con el retiro de las medidas de contención.

-Se quitarán preferentemente las medidas de contención a intervalos, primero se quitará la contención torácica, luego la de las extremidades inferiores y finalmente la de las extremidades superiores.

7.8 MEDIDAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA CONTENCIÓN FÍSICA

-La contención física inevitablemente implica roces, fricciones y estiramientos corporales, pudiendo producirse lesiones, las que deberán verificarse activamente y registrarse de inmediato.

-Si se constata su existencia se debe aplicar en un mínimo plazo, las medidas de reparación y tratamiento pertinente.

-Es de responsabilidad del equipo de salud advertir efectiva y activamente al usuario y familia de las posibles complicaciones que rodean el decidir usar contenciones físicas.

Medidas:

- Corroborar la indicación médica de contención física.
- Supervisar al paciente en forma periódica.
- Mantener al paciente semisentado (<30°).
- Controlar la presión ejercida de las contenciones sobre las extremidades o el tronco, para mantener la comodidad y seguridad del paciente.
- Comprobar la temperatura, color y sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.
- En la contención del tronco debe quedar con la presión necesaria como para evitar lesiones, dificultad respiratoria o desplazamiento de la contención.
- Comprobar que las barandas de la cama estén alzadas.
- Verificar freno de la cama

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 13 de 17

- Mantener camas en su nivel más bajo.

7.9 MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA CONTENCIÓN FÍSICA

Contención de extremidades:

El objetivo es limitar el movimiento de extremidades superiores o inferiores, en ambos casos deben sujetarse extendidas y ligeramente abiertas (posición anatómica) aplicando la contención lo más distal para evitar lesiones por forzar la inmovilización o lesiones isquémicas periféricas por contractura de los músculos después de tiempo prolongado de sujeción.

Cuidados:

- Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con una presión moderada.
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, a la estructura inmóvil de la cama (no a las barandas).
- Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura y sensibilidad de las extremidades contenidas cada 2 horas.
- Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Educación al paciente y/o familia.

Contención pélvica:

- Se debe inmovilizar en decúbito supino.
- No aplicar a embarazadas.

Cuidados:

- Colocar las sujeciones almohadillada y con una presión moderada.
- Colocar la sujeción sobre las crestas iliacas.
- Asistir al paciente para orinar o defecar.
- Realizar cambios de posición al menos cada 2 horas.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 14 de 17

– Educación al paciente y/o familia

7.10 MEDIDAS PRIORIZADAS DE CONTENCIÓN FÍSICA QUE SE DEBEN SUPERVISAR EN LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

- Indicación médica para la contención física del paciente.
- Utilización de elementos autorizados para este fin (kit de contención).
- Los elementos de contención permiten pasar 2 dedos por debajo de ésta.

7.11 DE LA INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

La **indicación de la contención farmacológica debe ser realizada por el médico tratante o de turno**, quien debe dejar registro de esta acción en la ficha clínica del paciente. Se preferirán drogas parenterales (IM o IV) para controlar la agitación severa, favoreciendo el uso de vía oral en cuanto sea posible.

7.12 CONSIDERACIONES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA CUANDO SE TRATA LA AGITACIÓN AGUDA

Subgrupo de pacientes	Fármaco de elección
-Agitación de origen desconocido - Agitación por abuso de alcohol/sustancias	Benzodiazepina (prevención de síntomas de abstinencia)
- Agitación causada por psicosis/manía	Antipsicóticos típicos/atípicos (tratamiento de psicosis subyacente)
- Demencia	Considerar antipsicótico atípico (sobre todo en ancianos) y usar la dosis más baja efectiva
- Ancianos	Si se usa benzodiazepina, optar por lorazepam. Considerar antipsicótico atípico por sobre uno típico, administrando la dosis más baja efectiva
- Antecedentes de convulsiones	Considerar una benzodiazepina. Evitar haloperidol y antipsicóticos atípicos por reducción del umbral convulsivo.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 15 de 17

- Síndrome de QT prolongado	La primera opción son las benzodiazepinas; los antipsicóticos atípicos son la segunda, y los típicos la última.
-----------------------------	---

8. DISTRIBUCIÓN

- Servicios de Urgencia
- Servicios de Hospitalización
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

9. REGISTROS

- DAU
- Hoja de enfermería.
- Evolución en ficha clínica

10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto
1	07/20	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de logo institucional, Cambio de Director General y Cambio equipo Oficina de Calidad y seguridad del paciente. - Se agregan definiciones - Se describen medidas aplicadas en el HCSFP - Se agrega breve descripción de medidas aplicadas a pacientes embarazadas - Cambia n° de páginas de 13 a 17 	Primera
2	04/21	<ul style="list-style-type: none"> - Se agrega índice dinámico y se detallan responsabilidades. - Actualización de terapia farmacológica. - Adición ítems 7.12 “Espectro farmacológico para manejo de la contención” y 7.13 “Consideraciones que deben tenerse en cuenta cuando se trata la agitación aguda”. 	Segunda

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 16 de 17

11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1: FÁRMACOS DISPONIBLES EN HCSFP PARA MANEJO DE AGITACIÓN PSICOMOTORA

Fármaco	Dosis	Dosis máxima	Dosis máxima en 24 hrs	Tiempo de inicio	Tiempo para repetir la dosis	Vida media (hrs)
Haloperidol IM	2,5-10 mg	10 mg	30 mg	15 min	0,5 – 1 hr	20
Lorazepam IM	2 mg	4 mg	10 mg	15 min	0,5 – 1 hr	13
Quetiapina VO	12,5-50 mg	200 mg	800 mg	90 min		6

11.2 anexo 2: ESPECTRO FARMACOLÓGICO PARA MANEJO DE LA AGITACIÓN

Las drogas de elección son:

- **Lorazepam**: Benzodiazepina. Droga con mayor respaldo en guías médicas y bibliografía para uso agudo, y se considera el **tratamiento de primera línea para la agitación indiferenciada**.
 - Dosis inicial: 2 mg IM o IV, repetición de la dosis en caso necesario al menos 30 minutos después de la dosis inicial.
 - Efectos adversos: Sedación. Puede causar depresión respiratoria e hipotensión, sobre todo con la administración repetida y en dosis altas. Otro efecto adverso importante es la agitación paradójica, y el inicio o la agravación de la confusión (personas con delirium y ancianos).
- **Haloperidol**: Antipsicótico de primera generación. **El haloperidol IM se considera como segunda opción farmacológica en el manejo de agitación psicomotora**. La administración concomitante de lorazepam tiene efectos calmantes aditivos, pero mayor incidencia de sedación.
 - Dosis: 0.5 mg dosis IM o EV hasta 30 mg/día, repetir cada 8 a 12 horas. Dosis máxima: 30 mg/día en adultos.
 - Efectos adversos: síntomas extrapiramidales (disonías, acatisia, parkinsonismo, xerostomía, hipotensión, delirio); crisis comiciales al disminuir el umbral convulsivo (por ello se deben evitar en delirium tremens, abstinencia a benzodiazepinas y agitaciones de origen comicial). Prolongación del QT con dosis altas o administración IV. Síndrome Neuroléptico Maligno.
- **Quetiapina**: neuroléptico atípico, especialmente indicada en la psicosis y agitación asociada a enfermedad de Parkinson y la demencia por cuerpos de Lewy.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA</p>	Código: GCL 1.9
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Octubre 2021
		Vigencia: octubre 2026
		Página 17 de 17

- Dosis: 12,5 a 25 mg/ día, dosis máxima de 200 mg/día.
- Efectos adversos: sus efectos secundarios más frecuentes son la hipotensión postural, la sensación de mareo y la somnolencia, RAM que se pueden limitar iniciando aumento progresivo de dosis. Esta droga es más útil para la etapa de estabilización del cuadro confusional, que en el cuadro agudo.
 - **Midazolam:** mismos cuidados que lorazepam.
 - Dosis: 0.02 a 0.03 mg/kg/dosis cada 2 a 5 minutos. Máximo 2,5 mg, y 1,5 mg en ancianos.
 - **Trazodona:** Es un fármaco que ha demostrado su eficacia clínica en el manejo del comportamiento perturbado grave, la ansiedad y la agitación de diferentes etiologías. Es probablemente el estándar en el tratamiento no neuroléptico de la agitación en ancianos y también puede combinarse con seguridad con fármacos antipsicóticos.
 - Dosis: terapia inicial 150 mg aumentando en 50 mg oral cada 3 a 4 días. Dosis máxima oscila entre 400 a 600 mg /día.

11.3 ANEXO 3: COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERDOS IMPORTANTES DE LOS FÁRMACOS PARA AGITACIÓN AGUDA

Efecto	Benzodiazepinas	Antipsicóticos típicos (1ra generación)	Antipsicóticos atípicos (2da generación)
Somnolencia	++	+	+
Hipotensión postural	+	+/-	+/-
Síntomas extrapiramidales	-	++	+
Depresión respiratoria	+	-	+/-
Sd. neuroléptico maligno	-	+	+
Síndrome QT largo	-	+	+
Taquicardia ventricular polimorfa / Torsades de Pointes	-	+	+
Desinhibición paradójica del SNC	+	-	-