

# PROTOCOLOS DE URGENCIAS PARA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Emergency protocols for psychomotor agitation in primary care*

**Iván Alberto Osorio Sabogal**

© <https://orcid.org/0000-0003-3531-0757>

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

**Juan Felipe Martínez Flórez**

© <https://orcid.org/0000-0003-2914-0819>

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

**Marnell Ester Arroyave**

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

**Resumen:** En este capítulo se aborda el manejo del paciente con riesgo o con episodio de agitación en el marco de la atención primaria. En primera instancia, se plantea una serie de recomendaciones para el manejo de pacientes con riesgo de agitación psicomotriz y cómo las acciones sugeridas solo pueden desarrollarse bajo la supervisión de personal médico. Se describen detalladamente protocolos para la identificación del riesgo de agitación; los factores personales y con-

*Cita este capítulo*

Osorio Sabogal, I. A.; Martínez Flórez, J. F.; Ester Arroyave, M. (2022). Protocolos de urgencias para agitación psicomotriz en atención primaria. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 165-197). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

textuales pueden incidir y los protocolos para la prevención y disminución del riesgo. Se incluye, además, pautas y guías para el manejo de los episodios de agitación, que comprenden la valoración médica, las pautas para contención y el uso de medicamentos para la sedación e inmovilización del paciente. Por último, se realizan recomendaciones para el manejo del paciente en contención o sedación y los posibles efectos adversos.

**Palabras clave:** agitación psicomotriz, prevención, identificación del riesgo, valoración médica, sedación, inmovilización.

**Abstract:** This chapter deals with the management of the patient at risk (or with) an episode of agitation in the primary care setting. First, we expose recommendations for the management of patients at risk of psychomotor agitation and the suggested actions that can only be developed under the supervision of medical personnel. Second, protocols for identification of agitation risk are described in detail; personal and contextual factors that may have an impact and protocols for the prevention and reduction of the risk. We also include a guideline for the management of episodes of agitation, including medical assessment, guidelines for restraint and the use of drugs for sedation and immobilization of the patient. Finally, recommendations are made for the management of the patient under restraint or sedation and possible adverse effects.

**Keywords:** psychomotor agitation, prevention, risk identification, medical evaluation, sedation, immobilization.

La agitación psicomotriz no es una enfermedad sino un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas que organizados llevan a un cuadro clínico que no tiene una sola etiología, sino que puede producirse en diferentes entidades nosológicas. Es poco común en la población

general pero frecuente entre las personas con patologías mentales o trastornos de la conducta. Como mencionan García y Bugarín, (2012), la agitación psicomotriz puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico como una situación impredecible, así como en algunos trastornos médicos generales e incluso en personas que previamente no mostraban molestias emocionales pero que repentinamente se encuentran sujetas a situaciones vitales intensas y estresantes.

La agitación psicomotriz se caracteriza por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora que va desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin intención clara, generalmente acompañados de alteraciones de la esfera emocional (Mavroggiorgou y Juckel, 2015). El estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico o colérico. Su desencadenamiento es muchas veces imprevisto y la causa subjetiva casi siempre es poco clara o la respuesta excesiva ante situaciones que pudieron resolverse de otra forma.

Una vez desencadenada, la agitación lleva a agresiones verbales como insultos y amenazas, lesiones físicas no intencionadas e incluso un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, el personal médico y el entorno (heteroagresión).

La agitación precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada. La existencia de un protocolo facilita la actuación del grupo médico y paramédico, aumenta la seguridad del paciente y del personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de pacientes que, con frecuencia, no quieren o no pueden colaborar (Wheat et al., 2016).

El paciente agitado no debe confundirse con el violento. Éste último, genera un problema de orden y seguridad que, como tal, deberá ser sujeto de intervenciones policivas o judiciales pertinentes, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer.

La violencia ejercida por enfermos mentales fuera del hospital es escasa, equiparable a la de la población general, salvo cuando sufren una descompensación de su enfermedad. Es esta situación la más usual en los servicios de urgencias y en los hospitales psiquiátricos donde los pacientes son atendidos a petición propia o, más frecuentemente, de familiares o de terceros. Debe tener en cuenta que un pequeño grupo de pacientes son responsables de un porcentaje elevado de episodios agresivos.

### **Identificación del riesgo de violencia/agitación**

Más allá del diagnóstico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas, y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, no sólo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura. A continuación, se describe una serie de factores favorecedores que deben tenerse en cuenta, ya que su presencia puede indicar un riesgo más elevado de que se presenten conductas agresivas; estos son:

**Factores demográficos:** Los pacientes con más riesgo de presentar un episodio agresivo son los varones, jóvenes, con un bajo nivel educativo, problemas económicos y procedentes de ambientes sociofamiliares desestructurados. Las mujeres serían más propensas a la autoagresión.

**Factores personales:** una historia personal y/o familiar de conductas violentas o disruptivas. Antecedentes de abuso de alcohol y tóxicos. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Mentiras repetidas o rasgos de trastornos de personalidad. Circunstancias vitales estresantes, sobre todo de pérdidas reales o imaginarias.

**Factores clínicos:** rasgos de personalidad antisocial o limítrofe.

Tienen mayor posibilidad de presentar agitación: psicosis descompensadas con síntomas catatónicos, alucinaciones que les ordenan realizar actos violentos, delirios de ser controlado, preocupaciones con fantasías violentas, irritabilidad, suspicacia u hostilidad. Dentro de este grupo son los pacientes maníacos los que tienen mayor riesgo de violencia si se comparan con el resto de los trastornos mentales, especialmente cuando presentan estados de ánimo disfóricos, en los que pueden pasar con facilidad de extrema amabilidad al enfado.

**Trastornos mentales orgánicos:** Traumatismos craneoencefálicos, demencias y episodios confusionales, epilepsia, retraso mental, sobre todo si está presente un menor control de los impulsos.

**Abuso de sustancias:** sobre todo intoxicaciones por alcohol y/o estimulantes, o bien síndromes de abstinencia de sedantes. Poca adherencia al tratamiento.

### **Factores interpersonales o contextuales**

La mitad de los episodios de agitación o agresividad se producen en la primera semana después del ingreso a cualquier servicio.

Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria. Ingresos en unidades poco confortables, masificadas y con un entorno poco estructurado (ausencia de horarios y normas claras).

Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes. El riesgo aumenta cuando el personal es inexperto y temporal, o el paciente percibe que el trato que recibe es descortés o inoportuno. Un exceso de personal puede también incrementar el riesgo. Existencia de posibles víctimas y disponibilidad inmediata de armas potenciales.

Trato percibido por el paciente como excesivamente intrusivo, frustrante o distante (con evitación del contacto, charla o saludos por parte del personal).

Existen también factores inhibidores de la agresión, cuyo conocimiento puede ayudarnos en la prevención de los episodios de agitación.

**Factores personales:** capacidad de adaptación. Buenas habilidades sociales y de comunicación.

**Factores interpersonales o contextuales:** mayor contacto directo planificado con los pacientes. Disponibilidad de actividades sociales alternativas. Personal bien entrenado, con tiempo de dedicación suficiente y con funciones bien definidas. Confortabilidad del espacio físico. Objetivos bien marcados y organización de horarios y actividades clara y predecible.

### **Valoración inicial del riesgo de heteroagresividad/violencia**

La valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado.

Todo paciente al ingreso al servicio debe ser sujeto de una valoración de su riesgo de agitación, agresividad o autoagresión. Esta evaluación debe incluirse en su historia clínica.

El enfermero de acogida debe ser la persona que hace la evaluación inicial.

Debe anotar en una hoja clínica:

1. El nombre del paciente,
2. Al diagnóstico reportado en la Historia Clínica por el psiquiatra,
3. Los medicamentos que toma el paciente de forma regular (psiquiátricos y no psiquiátricos)
4. Las indicaciones que motivaron la realización del procedimiento de restricción,
5. El tipo de comunicación (telefónica, chat institucional, presencial) con el profesional (psiquiatra o médico general) que dio origen a la restricción física,
6. El tipo de restricción que se aplicó, indicando si fue necesaria la contención mecánica del paciente y de que extremidades,
7. Las personas que intervinieron en el caso,
8. Las observaciones e indicaciones que se hicieron al paciente, incluso si tomó una foto de la persona durante la agitación y después del procedimiento,
9. El tiempo que duró la restricción,
10. La condición del paciente al término del procedimiento, si recibió alimentos o medicamentos, si respira adecuadamente, si sus signos vitales están estables (mejor informar el dato).

### **Intervención ante un paciente agitado**

Los actos agresivos pueden estar precedidos en los días anteriores de un aumento de la actividad en general, motora y verbal y de la presencia de amenazas verbales, aunque la presencia de estos en muchas ocasiones no se sigue de un acto agresivo. Es por esto que nos interesa

conocer los signos prodrómicos (iniciales), una serie de síntomas y signos que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación. Entre otros nos podemos encontrar con:

- Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado.
- Hiperactividad músculoesquelética, aumento de la inquietud, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas, hipertensión arterial y taquicardia.
- Aislamiento, irritación.
- Mutismo, negativa a comunicarse o bien elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (insultos, amenazas y palabras groseras).
- Alucinaciones de contenido violento.
- Pensamientos extraños, pobre concentración.
- Discusiones con otros residentes o personal. Golpes contra la mesa y otros objetos, u otros gestos agresivos.

Cuando cualquier miembro del personal detecte estos signos en un paciente, debe seguir las pautas generales de actuación.

### **Pautas generales ante el paciente potencialmente agresivo**

Los pacientes agitados o agresivos despiertan emociones intensas en los profesionales: miedo, irritación, malestar; de forma que el temor subjetivo que provocan puede servir de orientación sobre el potencial de violencia del paciente y ayudar a formular un juicio (Mavrogiorgou et al., 2011). Ante la detección de estos signos en cualquier paciente, por parte de algún miembro del personal que en el curso de su trabajo interactúe con él, se deben de adoptar las siguientes pautas generales:

- 1- Permanecer en nuestra propia “sintonía” emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente.
- 2- No intentar razonar con el paciente hostil.
- 3- Aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional y nos dé la oportunidad de actuar.
- 4- Evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que digamos lo interpretará de la manera que más le interese.
- 5- Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos.
- 6- Transmitir interés y aceptación por lo que nos dice, sin pronunciarse en un primer momento. El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo.
- 7- Mostrar tranquilidad y control sin llegar a ser sobreprotectores o desconsiderados.
- 8- Avisar al enfermero/a responsable e intentar trasladarlo al botiquín, si el incidente se ha producido en el patio, sala de terapia, comedor...El profesional iniciará la contención verbal y ofrecerá medicación si está pautada como opcional “si agitación”.
- 9- Si persiste la agitación y/o heteroagresividad avisar al médico psiquiatra y/o al psicólogo responsable y conecedor del paciente, o al médico general a fin de valorar al paciente y establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir, tanto en el aspecto de control clínico, como el nuevo marco comunicacional que se establezca.

### **Valoración médica**

Se debe valorar básicamente:

- El grado de impulsividad o de planificación de las amenazas.
- Los medios de que dispone el paciente para dañar a los demás.

- Los antecedentes de violencia previa o de conductas impulsivas y los factores precipitantes, las víctimas y la gravedad de los daños. A veces será necesario entrevistar a otras personas dado que el paciente puede haber minimizado la existencia de conductas disruptivas o la presencia de factores de riesgo.

Ante un cuadro de agitación y/o agresividad se ha de evaluar rápidamente la etiología posible y valorar si es debida a la existencia de:

- Causas orgánicas: neurológicas, tóxicas (síndromes de intoxicación o abstinencia) o metabólicas. El cuadro más grave, por el riesgo vital que puede entrañar la causa subyacente, es el delirium. Se debe sospechar cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Un signo frecuente es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo, nocturna.
- Psiquiátricas: No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación témporo-espacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:
  - a. Psicóticas: esquizofrenia o trastorno bipolar.
  - b. No psicóticas: crisis de angustia, crisis histérica, agitación del paciente con retraso mental o trastorno de personalidad.
  - c. Situacionales o reactivas: reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones) o las desconexiones ambientales.

Esta distinción es importante dado que en el primer tipo de causas la aplicación de medidas de contención química puede resultar insuficiente (e incluso perjudicial en algunas situaciones) si no se trata el trastorno orgánico subyacente, mientras que en los otros dos casos la contención verbal adquiere mucha más importancia, incluso se

puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad (Stood y McStay, 2009).

Es necesario descartar las causas orgánicas o tóxicas que generan cuadros de agitación y/o agresividad. Para ello es necesario realizar entre otros, y cuanto antes sea posible a lo largo del proceso, los exámenes complementarios disponibles (cuadro hemático, glicemia, pruebas de tamizaje de psicotóxicos, examen de orina, etc.).

### **Medidas de intervención ante la aparición de un episodio de agitación y/o violento**

#### ***Medidas de distracción***

Las medidas de distracción pueden ser de utilidad como prevención de una crisis de agitación, o para la desactivación en lo posible de la misma. Esta medida facilita la liberación de la energía física, favorece el entretenimiento del paciente y aumenta su autoestima. También ejerce un efecto integrador del paciente mejorando el contacto social con otros pacientes y con el personal asistencial. La invitación hecha al paciente es llevar a cabo una actividad lúdica que puede ser realizada por cualquier miembro del personal.

#### ***Por ejemplo:***

- Invítelo a salir a jugar o a caminar.
- Ofrezca alguna bebida (un dulce también sirve para niños), un alimento
- Preséntele un elemento distractor (una pelota blanda o un juguete de felpa que no pueda ser utilizado como arma).
- Preséntele un papel y un elemento de escritura sin punta afilada (no un lápiz) y pídale que escriba algo que no quiera decir o que lo dibuje.

- Prepare unas cartulinas con caras representativas y preséntese-las para que identifique su estado emocional.

### **Contención verbal**

La contención verbal consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo, y puede ser llevada a cabo por un enfermero y/o profesional. La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y emociones, y la implantación límites de conducta claros. Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

### **Objetivos**

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas con base en las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

### **Procedimiento**

Pautas para mantener la seguridad el profesional, del paciente y de los que les rodean:

- Tras la llamada de emergencia, debe programarse un grupo que pueda acudir a la atención del caso.
- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj).
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible. Sin embargo, si el profesional considera que es necesario y el paciente lo permite, la entrevista se realizará a solas, aunque asegurándose que otros compañeros de trabajo estén pendientes de la situación. El profesional se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad.
- En el caso de que el paciente se encuentre en ese momento acompañado, se valorará si sus acompañantes ejercen una función desestabilizadora aumentando la agresividad, en cuyo caso debe pedirse que salgan de la habitación; si, por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, se mantendrán presentes, siendo este el caso, se debe explicar al paciente con voz firme y segura, pero calmada y pausada que las personas que están ante él desean ayudarlo y no agredirlo ni castigarlo. No obstante, se debe evitar en lo posible que el paciente se sienta acorralado, especialmente si tiene un trastorno paranoico.
- Cuando el paciente hable, mírelo y muestre interés, pero cuando usted hable mantenga la mirada baja y la actitud gacha, con las manos bajas, sin señalar ni meterlas dentro del bolsillo.
- Evite movimientos bruscos o súbitos cambios de posición que puedan ser amenazantes para el paciente.
- Use la estrategia de repetir lo que el paciente está diciendo, como devolviéndole la información. Si el paciente esta callado, empiece la conversación con temas neutrales y no con referencia al comportamiento inadecuado del paciente.
- Nunca ignore o critique lo que el paciente le dice en ese momento.
- No intente tocar al paciente cuando se encuentre en esta situación (contención verbal).

- Mantenga distancia, evite estar al alcance de los golpes del paciente. Nunca le dé la espalda. Informe a otros antes de intentar la contención verbal.

### **Pautas de Actuación No Verbales.**

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

### **Pautas Ambientales**

- Tener en cuenta que, para la atención del paciente un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta, aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, es prioritario salvaguardar la seguridad de los profesionales. Esto determinará las condiciones de la entrevista.
- El espacio de atención debe ser amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia (timbres antipánico o pitos reconocibles) de fácil acceso para los profesionales.
- Se debe intentar reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire y evitar las interrupciones durante la intervención: llamadas de teléfono, dudas administrativas, etc.

### **Importante**

No exponerse a riesgos innecesarios. La presencia del personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador.

No esperar a ser agredidos para avisar al equipo.

Si el paciente tiene algún arma, no debe continuarse intervención alguna hasta que el paciente se deshaga de ella depositándola en el suelo o en una caja. Si el paciente no entrega el arma se debe avisar a la policía.

Si el paciente persiste en su actitud amenazante, no se debe exponer. Debe entonces invitar al paciente a salir del espacio de atención y dar aviso a la policía.

### **Directrices Comunicacionales**

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.
- Ante el riesgo de violencia inminente:
- Advertir al paciente que la violencia no es aceptable,

- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente,
- Informarle que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal e incluso vigilantes dispuestos a poner en práctica la sujeción).

### **PRECAUCIONES (Lo que nunca se debe hacer)**

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja no ofrecer medicación “para ayudar a ver las cosas más relajadas”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “Para lograr que dialogue con suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”.

### **Contención mecánica**

La contención mecánica es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado. La decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el médico general. En caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión y comunicarlo inmediatamente al psiquiatra para que ratifique y se responsabilice de la decisión. En cualquiera de los casos, quedará

siempre reflejado por escrito en la historia y el psiquiatra completará la información.

Previamente a su realización debe informarse al paciente el motivo por el que se llevará a cabo la contención mecánica, y cuáles son las opciones terapéuticas, sin demorarse más de lo necesario, pero permitiendo una posible colaboración por parte de aquel, explicándole que tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo. Una vez iniciado el proceso no debe darse marcha atrás, siendo preferible reevaluar la situación tras un breve periodo de sujeción y tras la administración de la medicación adecuada.

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes y/o del personal cuando han fracasado las anteriores medidas para contener la agitación. Su aplicación no siempre requiere que la situación violenta se haya producido, sino que los profesionales estimen de forma razonada que esta se puede producir de forma inminente.

Otras indicaciones para la contención mecánica pueden ser, la prevención de una grave interrupción del programa de tratamiento (vías, sistemas de soporte, sondas,) o un daño al entorno, o cuando lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica o terapéutica.

En el caso de requerirse esta medida se seguirá el Protocolo de Contención Mecánica aprobado por la institución y deben establecerse las pautas de seguimiento, de reevaluación de la medida de contención, las variables físicas y mentales a monitorizar, etc., además de aplicar las medidas medicolegales establecidas en el mismo y notificarlo a la familia o al defensor legal encargado del paciente.

Todos los miembros del equipo deberán conocer el protocolo y estar entrenados para su aplicación sabiendo el papel a desempeñar en cada momento. Se aconseja un mínimo de cinco personas (enfermeros, auxiliares, celadores y/o personal de apoyo). Es importante la realización de cursos de entrenamiento sobre el uso de medidas de contención física en instituciones certificadas. Nunca debe pedirse el apoyo de otros pacientes para la sujeción.

Siempre que se pueda recurrir con eficacia a la contención verbal o química, se debe evitar la contención física. Su uso estaría indicado cuando sea precisa para:

- Evitar lesiones al propio paciente o de otras personas en situaciones de urgencia que impliquen un riesgo para la integridad física.
- Evitar daños materiales en la ubicación donde se encuentra el paciente.
- Evitar interferencias con el plan terapéutico del propio paciente o de otros pacientes (vías, sondas, etc.).
- Evitar otros riesgos inmanejables (fuga, intento autolítico).
- La contención mecánica no debe ser usada como castigo, o como medida de control ante la falta de personal suficiente, etc. Tampoco debe estar indicada cuando exista una conducta violenta que no es síntoma de una enfermedad, sino que es de carácter voluntario y por tanto constitutivo de delito (en este último caso, es fundamental hacer la denuncia ante las fuerzas de orden público).

### **Materiales**

Preparar el material necesario, según el sistema que vamos a utilizar. Los elementos de inmovilización más apropiados son: una camilla baja con barandas o una cama rígida que permita la atadura de los

sujetadores; cuatro sujetadores de tela fuerte o cuero del largo suficiente, una sábana del largo tal que permita que se le aplique sobre tórax y abdomen para impedir que el paciente se deslice por la cama, una almohada baja que solo se pone bajo la cabeza del paciente cuando este se encuentre sedado y en caso necesario.

Se debe contar con el equipo de administración parenteral de medicamentos y las sustancias que puedan necesitarse, incluyendo equipos de venoclisis y líquidos parenterales comunes (SSN o dextrosa). Además, es preferible tener un equipo de reanimación básico (máscara con balón y reservorio, tubos oro-traqueales de tamaño apropiado y laringoscopio con pilas).

### **Personal**

Generalmente, será el personal de enfermería el encargado de dirigir las acciones a realizar. Valorar el personal que será necesario para realizar la contención mecánica, según el estado y constitución del paciente. Cuatro personas mínimo, preferiblemente cinco en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. Nunca debe subestimarse el riesgo que comporta el intentar la inmovilización de un paciente sin los medios materiales y humanos necesarios. Cada persona sujetará una extremidad. Normalmente el personal de enfermería sujetará la cabeza del paciente.

El encargado de liderar el procedimiento es el enfermero jefe o licenciado. Es la persona que da las ordenes de inmovilización física, prepara y aplica la sedación. Intenta las transacciones con el paciente o toma en consideración su disminución de agitación para una sedación oral. Puede ordenar el retiro de alguien del personal que se encuentre inestable (si fue agredido o amenazado por el paciente, miembro del grupo de carácter irascible que pueda estimular al paciente)

Cuatro auxiliares o cuidadores con funciones de inmovilización. Preferiblemente deben permanecer callados pero vigilantes mientras

uno o dos miembros del equipo intentan negociar con el paciente o disminuir su agitación.

### **Rutina de sujeción**

No precipitarse, es preferible esperar unos minutos a que esté reunido todo el personal si la situación lo permite, a la actuación precipitada que pueda provocar lesiones innecesarias a todos.

Aislar al paciente del resto de enfermos, si es posible dialogar con él y llevarlo a su habitación. Explicarle el procedimiento al paciente, el motivo de la medida e intentar lograr su colaboración. De lo contrario, pedir al resto de pacientes que salgan de la sala y se dirijan a sus habitaciones, reunirlos a todos en un determinado lugar y, siempre que sea posible, bajo la atención de un miembro del personal de Enfermería, que explicara lo que se está realizando, intentando calmar y apaciguar el clima agresivo u hostil que se pueda originar.

Una vez tomada la decisión, reducir al paciente sin agresividad, sin discusiones y recordando siempre que se está ante un enfermo y como tal hay que tratarlo.

Cada uno de los integrantes del equipo deben saber qué parte del cuerpo inmovilizar, sujetando las extremidades con ambas manos proximalmente a dos articulaciones (codo y muñeca o rodilla y tobillo).

Se inmovilizan las cuatro extremidades en hombres y tres extremidades en mujeres, dejando una pierna libre cuando el personal se retire. Si el paciente realiza movimientos bruscos del tronco se puede completar la sujeción con una sábana envolvente, no muy apretada, sobre la parte baja del tórax y el abdomen, dejando libres los brazos que se inmovilizan aparte.

Una vez inmóvil en cama, se debe revisar la presión de los sujetadores para evitar lesiones neurológicas o vasculares graves.

Cuando el paciente se encuentra inmovilizado en cama, el personal debe retirarse lentamente y en silencio, primero el que se encuentra junto a la cabeza, luego los que se encuentran junto a los brazos y finalmente los que se encuentren junto a las piernas.

Se dan cinco a diez minutos al paciente para procurar calmarse por sí solo y luego ingresa el enfermero, puede ir acompañado solo por una persona más, para interrogar al paciente y proponer sedación oral o no (pocos pacientes cuya agitación llegó al extremo de la contención física pueden ser sujetos de sedación oral).

La presencia de un grupo grande de personas con entrenamiento que se mantengan firmes y decididos pueden evitar una agresión física del paciente agitado, pero cuando el paciente se encuentra inmovilizado, los grupos deben evitarse pues estimulan al paciente limitando el efecto del medicamento y la sedación.

Todos los demás pacientes deben retirarse del lugar para evitar complicaciones adicionales para éstos (estrés post traumático al presenciar la inmovilización o actitudes bizarras como agresión al paciente que se encuentra desarmado o al personal que intenta contenerlo).

La ayuda de otros usuarios para contener o sujetar al paciente agitado es un hecho extraordinario que solo cabe en situaciones de grave amenaza para la vida el personal o para el paciente.

### **Espacio físico para la contención**

El espacio físico indispensable para la contención deberá ser un cuarto restringido exclusivamente para el paciente. Debe estar sin luz solar directa, poco iluminado, pero no en plena oscuridad.

Preparar la cama. Si es posible se fijarán previamente las correas de sujeción. Estas se colocarán a la altura de los tobillos y de las muñe-

cas, en los largueros de la cama. Las tablas de la cama deben estar fijadas mediante tornillos para evitar accidentes.

La habitación deberá estar despejada y libre de objetos potencialmente peligrosos y que puedan entorpecer la sujeción.

Si no se va a usar almohada, debe retirarse del espacio, al igual que todo elemento que no sea necesario y pueda ser usado como arma de auto o hetero agresión. Debe existir en el lugar un reloj de pared con números grandes, preferiblemente en la pared de la cabecera de la cama o camilla.

### **Tiempo de restricción**

1. El tiempo de restricción debe ser el mínimo necesario y en general no excede de cuatro a seis horas.
2. Debe informarse al paciente sobre el tiempo que va a permanecer en restricción física (aun a pacientes con déficit cognitivo severo, se puede indicar la hora en la que va a salir de ese espacio) indicándole de forma gestual la hora en que saldrá, señalándole las manecillas del reloj.
3. En la primera hora debe observarse la condición, las modificaciones del patrón respiratorio y movimientos del paciente, si hay signos vasculares o neurológicos por excesiva presión de los elementos usados en muñecas o tobillos, por ejemplo.
4. Después de una hora el paciente puede ser monitorizado de forma menos intensiva y se pueden ir eliminando paulatinamente las restricciones físicas a intervalos, hasta dejar solo dos puntos de sujeción, siempre según las condiciones clínicas del paciente.
5. Después de seis horas de restricción debe reevaluarse al paciente y dejar constancia de cualquier prolongación de este procedimiento por parte del médico psiquiatra o general.

### **Restricción química**

La restricción química es el uso involuntario de psicofármacos en una situación de crisis para ayudar a contener la conducta agresiva de un paciente que se encuentra fuera de control.

No es apropiado dejar al paciente inmovilizado sin medicación. Por definición, la restricción química se ejecuta con medicación intramuscular (IM) para lo cual es preciso tener en cuenta el historial médico del paciente, los medicamentos que toma, la velocidad de acción del medicamento y la dosis suministrada, los efectos secundarios y las posibles interacciones con otros medicamentos que esté recibiendo el paciente.

La restricción química debe ser administrada y supervisada por el personal de enfermería. No existe otro profesional que pueda suministrarla.

Es posible suministrar medicación oral sedante solamente en el paciente que disminuye su estado de agitación cuando es inmovilizado.

En cualquier caso, si el paciente persiste en ser agresivo y está extremadamente agitado aún en restricción, se recomienda el uso de medicación parenteral en combinación con la inmovilización o restricción física, aunque también se puede usar medicación oral para sedar y tranquilizar al paciente, si éste la acepta.

Si el paciente acepta la medicación oral, esta debe suministrarse mientras está sentado o en pie. Si ya estaba inmovilizado, deben desinmovilizarse los miembros superiores y sentar al paciente para que reciba el medicamento y el líquido pasante, para evitar una broncoaspiración.

El nivel adecuado de sedación es aquel que permita al paciente estar alerta y en contacto con el medio y responder las preguntas del per-

sonal sin presentar agitación psicomotora o agresividad; en el momento en que se alcance este nivel de sedación, se pueden retirar las restricciones.

### **Medicamentos para intervenir en la agitación**

En caso de agitación de severidad tal que el paciente requiera medicación, se debe considerar inicialmente la sedación oral.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2009), el fármaco más útil para sedación oral es el lorazepam tabletas de 1 o 2 mg. Se puede suministrar por vía oral o sugerir al paciente levantar la lengua y poner la pastilla en el espacio sublingual donde debe mantenerla por algunos minutos hasta que se disuelva. En ciertos casos, una alternativa sería el uso de otra benzodiacepina como alprazolam tabletas de 0.25 mg o 0.5 mg o clonazepam tabletas de 0.5 mg o 10 gotas. También puede utilizarse en pacientes levemente agitados amitriptilina 5 mg más 1 mg de trifluoperazina (presentación comercial Cuait-D grageas) una tableta u otros fármacos orales de acción rápida en sedación como haloperidol tabletas 5 mg o trifluoperazina 5 mg tabletas (con más riesgo de efecto adverso de tipo movimientos distónicos).

Las benzodiacepinas como el lorazepam, alprazolam o clonazepam pueden tener poco efecto en un paciente que ha estado medicado previamente con este tipo de sustancias, clozapina o quetiapina; también en el paciente consumidor frecuente de marihuana. En esos casos si se desea usar la sedación oral mejor usar el Cuait-D o aumentar la dosis.

En pacientes con cuadros de agitación leve o moderada, pero incoercibles (no se controla después de las medidas propuestas) pero que no presentan psicosis franca, es preferible usar diazepam ampollas 10 mg IM (aplicar media ampolla en menores de 14 años o menos de 40 kg) porque, aunque su efecto es más prolongado, su sedación es menos potente, lo cual puede ser un riesgo extra con midazolam ampollas (MinSalud, 2009).

Así mismo, MinSalud (2009) recomienda que, en pacientes con agitación moderada a severa sin psicosis franca, se debe usar midazolam en presentación de ampollas 3CC=15 mg. No se aplica la ampolla completa sino media ampolla (7.5 mg) en adultos sanos o adolescentes de más de 40 kg. En niños más pequeños en los que sea imprescindible aplicar esta medicación, se debe aplicar 1 CC=5 mg y estar muy vigilantes con el patrón respiratorio por el riesgo de apnea. En adultos consumidores recientes de psicoactivos o usuarios de múltiples drogas sedantes se puede aplicar 2CC=10 mg en caso de agitación.

El efecto de sedación con el midazolam es casi inmediato, es decir, si el paciente se inyecta y al cabo de una hora no hay indicio de sedación, puede considerarse el uso de una dosis complementaria similar (7.5 mg IM en general).

En paciente adulto con agresión severa y psicosis franca, se puede usar midazolam 7.5 mg IM y adicionar haloperidol ampollas 5 mg IM que pueden aplicarse en la misma jeringa (siempre verificando que no vaya a dejar sedimento en el embolo).

El uso de haloperidol ampollas IM en paciente con agitación y sin clara psicosis puede producir efecto adverso de distonía que puede confundir al equipo.

Como alternativa en paciente con agitación y que por cualquier razón sea preferible no sedar profundamente, se puede usar solo haloperidol ampollas 5 mg o 10 mg pero siempre debe tenerse en cuenta los efectos secundarios de distonía aguda (movimientos de cara, cuello, ojos que se presentan por periodos cortos, luego desaparecen y repiten varias veces) y los efectos de tipo neuroléptico como fiebre y rigidez que pueden confundirse con una infección de sistema nervioso central (meningitis).

Cuando se aplica la sedación con diazepam ampollas, no se puede aplicar en conjunto con otros medicamentos (midazolam ampolla o haloperidol ampolla) pues va a producir sedimento solido en la jeringa.

En caso de que el paciente deba ser sedado mientras es remitido a una institución especializada tenga en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cabecera a 30 grados
- Disponibilidad oxígeno
- Carro de paro disponible
- Protección gástrica
- Continuar con medicamentos de base
- Considerar SNG
- Cambios de posición
- Disponer de succión para secreciones

**Tabla 1.** Medicamentos que pueden ser empleados durante un episodio de agitación.

Medicamento	Dosis	Contraindicación	Efectos
<b>Haloperidol ampollas mgs. Para aplicación IM o EV</b>	Según el grado de agitación: LEVE 2,5mg (media ampolla) MODERADO 5 – 10mg- (una a dos ampollas) SEVERO 10mg (dos ampollas) Se puede repetir a los 15 minutos, hasta que el paciente se calme. La vía EV debe ser aplicada lentamente y con vigilancia de ritmo cardiaco y presión arterial.	Antecedente de síndrome neuroléptico maligno, psicosis atropinica, enfermedad de Parkinson, insuficiencia hepática, glaucoma, hipertrofia prostática.	Distonía aguda, temblor, akatisia, síndrome neuroléptico maligno, temblor fino arritmia auricular, bloqueo aurículoventricular de tercer grado intermitente, taquicardia ventricular, prolongación del intervalo QT

Medicamento	Dosis	Contraindicación	Efectos
<p><b>Midazolam ampollade 5CC=5mgs para aplicación EV y 3CC=15mgs de aplicación IM</b></p>	<p>Según grado de agitación: LEVE 5 mg IM (1CC de la ampolla de 3CC) MODERADA 7,5mg a 10mg (1,5CC a 2CC de la ampolla de 3CC) SEVERA 10mg a 15mg (2CC a 3CC de la ampolla de 3CC) Se pueden requerir dosis mayores en pacientes consumidores de sustancias o usuarios de medicamentos psiquiátricos sedantes. Se deben usar dosis menores en adultos mayores de 60 años, con problemas respiratorios o menores de 14 años. La ampolla de 5CC=5mgs EV se usa básicamente para pequeños procedimientos o cirugías por su corto tiempo de acción (extracción de cuerpos extraños, extracciones dentarias, retiro de puntos de sutura, yesos, etc.)</p>	<p>Insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática grave, síndrome apnea obstructiva intoxicación por depresores del SNC</p>	<p>Depresión respiratoria, vértigo, nistagmus, ataxia, disartria</p>
<p><b>Diazepam ampollas de 1CC=10mgs para aplicación EV o IM</b></p>	<p>Para pacientes en estado de ansiedad no psicóticos, eventos conversivos o somatización se aplican 10mg IM Para eventos convulsivos, paciente epiléptico. Se diluye la ampolla en 10 CC y se aplica EV lenta hasta que mejore la crisis. Se puede repetir inmediatamente si no hay control de la crisis.</p>	<p>Insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática grave, síndrome apnea obstructiva intoxicación por depresores del SNC</p>	<p>Depresión respiratoria, vértigo, nistagmus, ataxia, disartria</p>

Fuente: Esta tabla fue realizada teniendo como base los siguientes referentes: MinSalud (2009) y (Olivares y Pinal, 2009).

## Medicamentos inútiles en agitación

Algunas medicinas muy útiles para pacientes psiquiátricos son inútiles para el paciente en estado agitado por diversos motivos: su tiempo de acción es muy largo para tener incidencia en el estado de agitación, no producen sedación en el paciente, pueden aumentar la agitación, (Olivares y Pinal, 2009).

1. Fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina. Llamados IRSS, no tienen efecto inmediato, entonces no sirve el suministrarlos en paciente agudo. A veces pueden causar efecto paradójico de aumentar la agitación.
2. Pipotiacina ampollas, risperidona ampollas. Antipsicóticos de depósito. No tienen efecto inmediato, solo sirve su uso crónico. Pueden ocasionar que el paciente tenga efecto secundario de tipo extrapiramidal que confunda más el cuadro.
3. Quetiapina, risperidona, olanzapinas orales. Antipsicóticos orales de segunda y tercera generación. No tienen efecto inmediato. Pueden producir somnolencia de forma lenta.
4. Amitriptilina, imipramina, mirtazapina. Antidepresivos orales. Aunque tienen un efecto sedante menos potente, pueden producir efectos secundarios que compliquen el cuadro. O sedación prolongada.
5. Zolpidem o zopiclona, triazolam. Hipnóticos de efecto agudo. Su efecto de sedación puede ser inmediato y generar errores diagnósticos o pueden confundir al paciente ocasionando conductas extrañas con alucinaciones o movimientos bizarros.
6. Acido valproico, carbamazepina, fenobarbital o fenitoína. Anticonvulsivantes que no tienen ninguna utilidad en pacientes agitados.

## **Efecto placebo**

Suministrar un medicamento placebo en el paciente no está indicado en el paciente agitado. Nunca se deben usar medidas placebo coercitivas como aplicar ampollas de agua destilada, suministrar gotas de alcohol por fosas nasales, simular aplicar inyecciones, etc.

En un paciente con un cuadro moderado de agitación, conocido del servicio y que acepte medicación oral puede suministrarse inicialmente sedantes naturales como gotas de valeriana (15 a 30) o gotas de pasiflora (15 a 30). Si al cabo de algunos minutos el paciente continúa agitado, se suministrará la medicación oral sugerida o se continua con la restricción química IM, (MinSalud, 2009).

## **Efectos secundarios, cómo reconocerlos y cómo intervenirlos**

En caso de sedación con midazolam o con cualquier otra benzodiacepina el efecto más importante es la sedación profunda que puede ocasionar depresión respiratoria (paciente con respiraciones muy superficiales y menos de doce por minuto) en cuyo caso debe suspenderse cualquier sedación, movilizar al paciente, elevar la cabeza sobre la cama para evitar broncoaspiración y suministrar oxígeno si el paciente tiene señas de cianosis (color morado) de uñas, boca, orejas o nariz. Si el cuadro persiste debe remitirse a un hospital, con LEV y oxígeno, para el suministro del antídoto de las benzodiacepinas.

En caso de efecto adverso de tipo distonía por haloperidol, debe suspenderse este fármaco (o de otros que pueden producirlo como risperidona, aripiprazole o pipotiaccina) y en caso de angustia por la distonía, aplicar midazolam 5 mg IM e iniciar biperideno 2 mg cada ocho horas por una semana pues este cuadro puede persistir por una semana.

En caso de fiebre y rigidez por el haloperidol, debe suspenderse el fármaco, iniciar LEV, medios físicos para disminuir la fiebre y remitirse al hospital por el riesgo de muerte por síndrome neuroléptico maligno.

### ***Complicaciones médicas de la contención***

1. Obstrucción de vía aérea.
2. Broncoaspiración.
3. Rabdomiólisis.
4. Trombosis venosa profunda.
5. Úlceras en los sitios de presión.
6. Úlceras en los sitios donde se aplicaron las restricciones.
7. Muerte del paciente.

### ***Complicaciones psicológicas de la contención***

1. Agresividad dirigida específicamente hacia el personal que realizó la intervención.
2. Estrés agudo y trastornos de ansiedad post contención.
3. Estrés post traumático del paciente.
4. Aumento de la agitación posterior al procedimiento como una consecuencia.
5. Complicaciones medicolegales de la contención: demandas por secuestro simple, agresiones físicas, psicológicas o sexuales.
6. Ansiedad, depresión o psicosis de otros usuarios después de presenciar el procedimiento.
7. Agitación de otros usuarios como consecuencia de observar el procedimiento.

### ***Prevención de agitaciones***

- En la institución son frecuentes los eventos de agitación y serían útiles algunas medidas para disminuir riesgos, como:
- Contar con un botón de pánico que permita el llamado pronto del personal debido a lo disperso de los espacios.
- En caso de no poder contar con esto o como medida complementaria, sería útil que cada uno de los miembros del personal contara con un pito con un silbido de llamada conocido por todos.

- Sería útil que varios miembros del personal se entrenaran para responder en caso de agitación y no depender de voluntarios o tener grupos insuficientes.

***En relación con la población general, sería útil:***

- Programar e invitar a miembros representativos de la comunidad a asistir a una o varias reuniones donde se indiquen los objetivos de la institución, las personas que se atienden, los riesgos que se corren y se expliquen los procedimientos que pueden llegar a observar (contención de un paciente en fuga, por ejemplo), el apoyo que pueden brindar, etc.

***En relación con el personal***

- Dar información clara a los miembros del equipo sobre el tipo de pacientes.
- Solicitar su apoyo para casos de urgencia o incluso crear la brigada de emergencias que se entrene con periodicidad.
- Permitir que algunos miembros se aparten de este tipo de acciones por convicción personal o por su carácter (personas poco activas físicamente o muy agresivas y fácilmente exaltables), sin que esto tenga implicaciones sobre su labor habitual.
- En caso de agresión por parte de un paciente se debe dejar constancia de lo ocurrido, realizando las acciones preventivas del caso (mordedura humana, contacto con sangre de pacientes con riesgo de infección, etc.).
- Todo miembro del personal que haya sido agredido por un paciente deberá tener una evaluación psicológica en un tiempo prudencial (una semana después) para determinar sus consecuencias emocionales del evento.

### **Con respecto a otros pacientes**

- Brindar información sobre sus derechos y deberes, de forma clara y acorde a sus limitaciones cognitivas.
- Enseñar a actuar cuando otro paciente se agita, apartándose, evitando estimularlo, llamando al personal indicado cuando observen estas conductas.
- Explicar que este tipo de acciones no se hacen como castigo sino como protección.

### **Con respecto a la entidad**

Informar a ICBF sobre estas situaciones y los protocolos que se tienen para la atención.

Mantener un libro de agitación con una copia del informe que se deja en cada historia clínica pero que luego es difícil de consolidar y que se pueda supervisar por el equipo clínico y por ICBF para dar aportes que eviten repetición de estas conductas.

Mantener un libro de agresiones al personal (accidentes de trabajo) que pueda ser consultado y evaluado por el personal de salud ocupacional y directivos, para minimizar riesgos laborales.

Permitir a los pacientes papel (puede ser un formato sencillo con nombre, fecha y comentarios) y lápiz para que describan con sus palabras lo ocurrido y ubicar un buzón de sugerencias, quejas y reclamos que se deriven de la intervención y cuyo contenido pueda discutirse posteriormente con ellos y dejar un documento post intervención.

Realizar investigación de casos y procedimientos que permita mejora continua de este tipo de intervenciones.

## Referencias

- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. (2011). The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(13), 222–230. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0222>.
- Mavrogiorgou, P., & Juckel, G. (2015). Erregungszustände [Acute agitation conditions]. *Der Nervenarzt*, 86(9), 1111–1119. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4149-9>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Guía para el manejo de urgencias. 3° edición Tomo III. <https://ids.gov.co/web/2016/crue/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>.
- Olivares Díez, JM; Pinal Fernández, B. (2009). Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En T. Palomo y MA. Jiménez (Ed.), *Manual de psiquiatría* (661-667). Grupo ENE Publicidad, S.A. Madrid - España.
- Sood, T. R., & Mcstay, C. M. (2009). Evaluation of the psychiatric patient. *Emergency medicine clinics of North America*, 27(4), 669–ix. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.07.005>.
- Wheat, S., Dschida, D., & Talen, M. R. (2016). Psychiatric Emergencies. *Primary care*, 43(2), 341–354. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>.

