

PLAN DE CUIDADOS:

AGITACIÓN EN PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

AGITATION IN A HOSPITALIZED ADULT. STANDARDIZED CARE PLAN

Bernal Pérez, Francisca

Bustamante Pujadas, Cristina

Hernández Ariza, M^a Carmen

Nieves Montero, Jaime

Personal de enfermería del servicio de Cirugía vascular del Hospital de Bellvitge. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.

E-mail: paquibernal@gmx.es

RESUMEN

La agitación psicomotriz en un paciente adulto hospitalizado es una de las situaciones más estresantes con las que se puede encontrar el personal de

enfermería en su trabajo diario. El conocer su manejo, las intervenciones a realizar y el proporcionar en todo momento la seguridad del paciente y la de los profesionales que estén implicados constituye la primera pauta de actuación.

Debemos recordar que la agitación psicomotriz no es sólo característica de los enfermos mentales, hay causas orgánicas que pueden ocasionar estos estados de alteración. Por lo que el conocimiento de estas causas pueden prevenir o minimizar futuras complicaciones.

Con este artículo se pretende guiar al personal de enfermería que trabajan en las plantas de hospitalización en el cuidado de estos pacientes y elaborar unas recomendaciones básicas y pautas de actuación para la creación de unos planes estandarizados para estos enfermos. Para ello se utilizará la taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC.^(1,2,3)

PALABRAS CLAVES:

agitación psicomotriz, cuidados de enfermería, taxonomía enfermera, planes estandarizados.

ABSTRACT:

Psychomotor agitation in a hospitalized adult patient is one of the most stressful situation with which you can find nurses in the their daily work. Knowing its management, interventions to make and always provide patient safety and the professionals who are involved is the first tool of intervention.

We must remember that the psychomotor agitation is not only characteristic of the mentally ill, there are organic causes that can cause these altered states. As knowledge of these causes can prevent or minimize future complications.

This article is trying to guide the nurses working in hospital wards in the care of these patients and developed some basic recommendations and guidelines for action for the creation of standardized plans for these patients. This will draw the taxonomy nurse NANDA, NIC, NOC.

Keywords:

psychomotor agitation, nursing, nurse taxonomy, standardized plans.

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz se entiende como una hiperreactividad motora y psíquica. Se engloba dentro de los trastornos de la conducta. En sí mismo, no es una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de otros trastornos tanto psíquicos como somáticos.⁽⁴⁾

La intensidad del cuadro puede variar desde un ligero nerviosismo hasta movimientos descoordinados sin ninguna finalidad y en respuesta a una tensión interna. Suele ir acompañado de distintas manifestaciones de ansiedad, cólera, pánico o euforia. Estas son situaciones que representan peligro para el paciente (autoagresión) y para el personal que lo atiende (heteroagresión).⁽⁵⁾

Debemos recordar que el paciente agitado no debe confundirse con una persona violenta, aunque a veces recurramos al personal de seguridad en la contención de estos enfermos.⁽⁶⁾

Causas:

Etiología orgánica

Hay diversos trastornos orgánicos que pueden provocar un cuadro de agitación psicomotriz y estas situaciones se plantean con más frecuencia en pacientes ingresados en hospitales generales, por lo que la prioridad en estos casos será establecer un diagnóstico precoz para establecer el abordaje terapéutico óptimo.

Dentro de las causas orgánicas están incluidas:⁽⁷⁾

- Demencias: Alzheimer, demencia vascular, secundarias a enfermedades como la enfermedad de Pick, VIH.
- Epilepsia.
- Consumo de drogas.
- Síndrome de abstinencia de drogas.
- Abstinencia de alcohol, cuadro de Delirium Tremens.
- Alteraciones metabólicas y endocrinas como hipertiroidismo, trastornos

electrolíticos, porfiria aguda.

- Fiebre.
- Hipo/hiperglicemias.
- Encefalopatías: urémica, anóxica, hepática, hipertensiva.

El cuadro más frecuente suele ser del tipo delirium. Se sospecha de una causa orgánica cuando el cuadro se produce de forma aguda en sus comienzos en un paciente de edad avanzada, sin antecedentes psiquiátricos previos. El enfermo experimenta alteración de la conciencia, desorientación temporo-espacial, confusión, discurso incoherente, hiperexcitabilidad. Pueden aparecer también alteraciones visuales como alucinaciones, y sintomatología clínica como fiebre, temblor, alteraciones en la analítica de sangre. Generalmente estos prodromos aparecen con mayor frecuencia en la noche.

Etiología psiquiátrica

El paciente en este caso presenta: alucinaciones auditivas, ideación delirante, alteraciones de la afectividad y del estado del ánimo, verborrea vociferante o disgregación.

No presenta alteración de la conciencia, no suele existir desorientación. Puede presentarse alteración psicótica en la que sí existe desconexión de la realidad; en este caso estarían presentes trastornos como la esquizofrenia, los episodios maníacos, depresivos y alteraciones por ideación delirante.

También estarían incluidos los trastornos no psicóticos como las crisis de angustia, retraso mental, demencias, alteraciones de la personalidad. O simplemente pueden observarse en situaciones reactivas o de estrés, donde es normal que puedan aparecer cuadros de agitación: duelo, catástrofes, desconexiones ambientales (ingresos en la UCI).

Valoración de riesgos

El profesional que atiende a estos enfermos debe actuar de forma rápida y deberá regirse según un protocolo donde estén recogidas todas las intervenciones a realizar, de esta forma se origina menos presión en el profesional.

En el ingreso de un enfermo en una planta de hospitalización se deben observar ciertos factores que pueden ser indicadores de una conducta alterada y que después se puede convertir en un cuadro de agitación más profunda y severa. Para ello atenderemos a ciertos aspectos de su historia clínica donde aparezcan antecedentes de alcoholismo, sustancias tóxicas, trastornos psiquiátricos, medicación que esté tomando, hablaremos con la familia sobre últimos ingresos donde se haya podido evidenciar alguna conducta alterada.

Del enfermo observaremos si aumenta su actividad motora, el lenguaje verbal y no verbal, así como el gesticular, alucinaciones. Muchas veces la anestesia puede inducir a un cuadro de alucinaciones visuales donde el paciente se desorienta y provoca en él situaciones estresantes que desembocan en conductas agresivas y que precisan contención mecánica para protegerle de lesiones.⁽⁸⁾

¿Cómo controlamos los primeros síntomas?

Ante todo debemos garantizar la seguridad del paciente y la nuestra propia, por lo que se hace necesario tener las pautas de actuación previstas y protocolarizadas; no hay tiempo para improvisaciones.

Observar signos y síntomas de riesgo vital que pudieran requerir intervenciones inmediatas (cianosis, arritmias, anoxia, hipoglucemias).

Abordar la causa que provoca la agitación en la medida que sea posible. No debemos caer en la tentación de pensar que la agitación sea producto de una causa psiquiátrica, olvidando los procesos orgánicos que son potenciales como las hipoglucemias, hemorragias subaracnoideas, hematomas subdurales.

Observar reacciones en el paciente que generen estrés y factores desencadenantes, porque los mecanismos de afrontamientos pueden ser inadecuados o desproporcionados. Vigilar aumento de la actividad motora, movimientos estereotipados, conductas demandantes dirigidas con suspicacia y desconfianza.

Objetivos

Aplicar las medidas correspondientes para garantizar la seguridad del paciente y la del equipo asistencial que lo atiende.

Negociar soluciones terapéuticas.

Disminución de la agresividad u hostilidad.

Informar al paciente y a la familia de la transitoriedad del evento. Son situaciones difíciles de digerir para su entorno.

Intervenciones terapéuticas

Podríamos clasificar tres tipos de intervenciones para abordar el tratamiento en el paciente agitado dentro del ámbito hospitalario:

1. Contención verbal.⁽⁹⁾
2. Contención física o mecánica.⁽¹⁰⁾
3. Contención farmacológica.⁽¹¹⁾

1. Contención verbal

Siempre será la primera pauta a emplear en la medida que sea posible. En esta fase algún miembro de la familia puede contribuir, sobre todo en pacientes con agitación leve o moderada. Para ello se dirigirán ciertas pautas de actuación:

- Presentarnos e informar al paciente en todo momento de lo que se le va a hacer.
- No mentir, ni ofrecer promesas falsas.
- Mostrar actitud conciliadora pero a la vez firme. Debemos aparentar calma y control de la situación.
- El tono de la conversación debe ser suave, sin alzar la voz. Las preguntas serán cortas, escuchando activamente sin mostrar prejuicio alguno sobre su persona.
- Limitar la conducta, explicarle qué conducta será aceptada y cuál no.
- No enfrentarse al paciente en cuanto a ideas y aspectos conflictivos.
- No mantener la mirada fija, puede ser interpretado como signos de amenaza hacia su persona.
- Favorecer el diálogo ofreciéndole en la medida que sea posible algún tipo de bebida o alimento.

- Estar atentos a cualquier signo de violencia (aumento del tono de voz, lenguaje con amenazas, nerviosismo, miradas de reojo y sobre todo al comportamiento de gestos y movimientos que pueden ser el signo más importante de violencia inminente).
- Advertir al paciente que la violencia no será aceptable.
- Ofrecer la posibilidad de administrar medicación sedante por vía oral , tipo diacepam o haloperidol para ayudarle a ver las cosas de una manera más relajada.
- Recurrir a mostrar una exhibición de fuerza (personal de seguridad) si es preciso. A veces sólo la presencia de otras personas provocan un cambio de actitud y colaboración, ante la inminencia de una contención física.

Sin con estas pautas no conseguimos tranquilizar al paciente y continúa aumentando la agitación deberemos proceder a la contención física.

2. Contención física o mecánica

Procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física. Como procedimiento y acto sanitario debemos conocer las indicaciones, contraindicaciones y su mecanismo de actuación. Debemos entender que tal procedimiento supone una privación de libertad del paciente que puede tener implicaciones legales y que por lo tanto debe estar supeditada a las normas que están incluidas en el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución.

Las indicaciones en las que se aplica este procedimiento son variadas y podemos destacar las siguientes:

- La prevención de posibles lesiones al propio paciente (autolesiones).
- La prevención de lesiones a su entorno (familia, otros pacientes, personal sanitario).
- Para evitar interferencias con el plan terapéutico asignado (evitar retirada de vías periféricas, sondas vesicales, sondas nasogástricas, etc).
- Evitar daños materiales en el entorno del paciente.

- Cuando se ha pactado con el paciente con el condicionante de disminuir conductas disruptivas.
- Para evitar fugas del paciente si se considera que exista riesgo para ello y el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el personal facultativo lo encuentra pertinente con criterios de aplicación.

Las contraindicaciones en las que no se deben aplicar medidas de restricción de movimientos serían las siguientes:

- Cuando no exista indicación pertinente.
- Cuando la situación se pueda resolver mediante otros métodos de contención verbal o farmacológica.
- No se deberá utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Si se utiliza este procedimiento como condicionamiento de antipatía hacia el paciente.
- Cuando la conducta violenta que se produzca sea voluntaria, es decir que no se justifique por una enfermedad sino por conducta delictiva en cuyo caso será competencia de las Fuerzas de Seguridad.
- Cuando sea utilizado para el descanso del personal.
- Cuando sea utilizado por falta de personal.

Procedimiento de la sujeción mecánica

En primer lugar la toma de decidir si es aplicable el procedimiento de contención la deberá autorizar el médico responsable del paciente o en su defecto el facultativo de guardia. En caso de urgencia en que no se pueda contactar con el personal médico, el diplomado de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento, pero deberá comunicarlo al médico con la mayor premura posible.

Se deberá cumplimentar y firmar el formulario de indicación de contención física.

El personal mínimo para realizar este procedimiento lo constituirán como mínimo cuatro personas, aunque lo ideal serían cinco. Cada uno sujetará una

extremidad y el último la cabeza. Si es necesario se podrá precisar la ayuda de celadores y personal de seguridad.

El material utilizado constará de sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y pies y cuatro agarraderas con imanes.

En todo momento se intentará mantener informado al paciente sobre la necesidad de la contención física evitando cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, es una medida sanitaria y no una venganza. En todo caso será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación.

En el proceso de la contención física es preciso tener un plan asignado para cada persona que participará en la contención, de esta manera se evita discusiones previas y peligros innecesarios tanto para el paciente como para el personal que abordará la sujeción mecánica.

Para ello se deberán establecer unas fases de actuación con el propósito de preparar el entorno. Ofreciendo un ambiente tranquilo y relajado, reduciendo aquellos factores que pudieran alterar la conducta del enfermo: ruidos, luces. En la habitación sólo quedarán aquellas personas que sean necesarias, sacando las que pudieran originar confrontación con el enfermo. Se intentará establecer un ambiente de calma y tranquilidad, sin estímulos añadidos, para iniciar una comunicación basada en el respeto, donde las explicaciones que se abordarán serán sencillas y claras, contestando en todo momento las preguntas que pudieran surgir por parte del paciente.

El método más utilizado es la inmovilización mediante correas comercializadas, evitando usar vendas, sábanas o similares en su defecto.

Las sujeciones deberán ser revisadas periódicamente para comprobar su seguridad. Se liberará de forma alternativa las extremidades cada 30 minutos para prevenir complicaciones como el tromboembolismo. Para ello se deberá administrar medicación anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular. No se deberá dejar a un paciente sujeto por un solo miembro porque además

de poder soltarse puede autolesionarse.

Se deberá asegurar una correcta hidratación del paciente sobre todo en enfermos en los que se tenga la necesidad de una sedación prolongada. Así mismo se deberá vigilar la vía aérea y la higiene en pacientes ancianos.

La contención mecánica es una medida muy estresante para el enfermo, por lo que si la agitación no cede será necesario una sedación farmacológica.

3. Contención farmacológica

La indicación de la terapia farmacológica estará condicionada por el grado de agitación y la sospecha diagnóstica.

La vía de administración más recomendable es la vía oral, pero en la práctica del paciente agitado tanto esta vía como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos enfermos, por lo que optaremos por la vía intramuscular que si bien es cierto no es tan rápida como la endovenosa, resulta más segura.

En cuanto a los fármacos que se utilizan en la agitación dependerá de la intensidad del cuadro en sí. De forma genérica se utilizan las benzodiazepinas en pacientes que no presentan síntomas psicóticos. En enfermos esquizofrénicos, maníacos o con trastornos de la personalidad se administrarán neurolepticos. El personal de enfermería deberá conocer las indicaciones y los posibles efectos adversos de estos fármacos y cómo tratarlos.

Las benzodiazepinas producen sedación rápida y eficaz. Se administran generalmente por vía IV. Hay que vigilar signos de depresión respiratoria sobre todo en pacientes ancianos y broncopatas. Los más conocidos son el diazepam, midazolam, clorazepato dipotásico.

Los neurolepticos controlan la hiperactividad, la ansiedad y la excitación. Hay que vigilar como efectos secundarios los síntomas extrapiramidales. Los más utilizados son: haloperidol que es el fármaco de elección para la agitación

psicótica, la clorpromazina, la levomepromazina que es el neuroléptico más sedante.

Las pautas de tratamiento irán encaminadas al diagnóstico etiológico y dependerá de la causa de la agitación psicomotriz.

Diagnósticos de enfermería más comunes en la agitación

Los diagnósticos enfermeros que son más comunes en la planificación de cuidados son aquellos que pertenecen a la esfera cognitiva/perceptual y seguridad / protección.

➤ **00140 Riesgo de violencia autodirigida** relacionado con el estado mental o emocional alterado.

NOC: 1408 Autocontrol del impulso suicida.

Indicadores:

140801 Expresa sentimientos.

140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen.

140805 Verbaliza control de impulsos.

NIC: 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia.

4354 Manejo de la conducta autolesión.

7110 Fomentar la implicación del familiar.

5380 Potenciación de la seguridad.

4640 Ayuda para controlar el enfado.

4380 Establecer límites.

6580 Sujeción física.

Actividades:

- Control del ambiente libre de peligros. Adecuar la habitación sin objetos que pudieran ocasionar lesiones al paciente o al personal.
- Las ventanas estarán selladas.

- Vigilar los artículos que traigan las visitas. Deben ser inspeccionados por el personal sanitario al cargo del enfermo.
- Puede ser óptimo compartir la habitación con otro enfermo para disminuir la sensación de aislamiento y procurar que el paciente no permanezca solo.
- La habitación del paciente debe estar ubicada cerca del control de enfermería para realizar una vigilancia más exhaustiva.
- Se utilizarán utensilios de plástico de usar y tirar en las comidas.
- Se procederá a la sujeción mecánica si precisa para limitar la intención de autolesionarse.
- Ayudar al paciente a emplear estrategias de autocontrol.
- Comunicar el riesgo potencial a los demás cuidadores.
- Establecer límites a la conducta. El paciente debe entender cuáles serán las conductas que se aceptarán y cuáles no.

➤ **00138 Riesgo de violencia dirigida a otros** relacionado con alteraciones de procesos mentales y emocionales.

NOC: 1401 Control de la agresión.

Indicadores:

140101 Se abstiene de arrebatos verbales.

140102 Se abstiene de violar el espacio personal de los demás.

140118 Autocontrola conductas agresivas.

NIC: 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia.

5380 Potenciación de la seguridad.

Actividades:

- Crear un ambiente no amenazador y libre de peligros.
- Mostrar calma, emplear escucha activa y permanecer junto al paciente fomentando su seguridad.
- Explicar procedimientos y técnicas que se le vayan a realizar tanto al

paciente como a la familia. Se crea de esta manera un ambiente terapéutico de confianza que puede tranquilizar al enfermo porque se le está diciendo la verdad en todo momento.

- Aclararle las dudas que pueda tener el paciente.
- Evitar las emociones intensas que pueden disparar conductas alteradas y provocar más agitación y más impulsos amenazadores hacia el personal.
- Dejar la luz encendida si es necesario.
- En este caso se dispondrá de una habitación individual.
- Instruir a la familia sobre las medidas de prevención de peligros.
- Establecer límites si es preciso.
- Emplear contención si es preciso.

➤ **00146 Ansiedad** relacionada con situación de estrés, hospitalización y manifestado por nerviosismo, agitación.

NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

140204 Busca información para reducir la ansiedad.

140214 Refiere dormir de forma adecuada.

140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad.

4920 Escucha activa.

Actividades:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- Proporcionar siempre una información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer junto al paciente fomentando seguridad y comprensión, intervenciones que disminuirán el miedo.
- Ayudar al paciente a identificar las causas y conductas estresantes.

- Proporcionar mecanismos de relajación: masajes, ambiente tranquilo sin ruidos.
- Administrar medicación relajante bajo prescripción facultativa si precisa.
- Fomentar la escucha activa y la presencia.

➤ **00128 Confusión aguda** relacionada con reagudización de proceso crónico, hospitalización y manifestado por creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.

NOC: 0900 Cognición.

Indicadores:

090001 Se comunica de forma clara y adecuada para su edad.

090005 Está orientado.

090009 Procesa la información.

NIC: 6450 Manejo de ideas ilusorias.

6440 Manejo del delirio.

5270 Apoyo emocional.

Actividades:

- Proporcionar información adecuada de su situación.
- Fomentar las visitas si procede, limitando el tiempo si comprobamos sobreexcitación.
- Disponer limitación física si es necesario.
- Establecer comunicación con frases simples, directas y descriptivas.
- Vigilancia y supervisión para controlar al paciente.
- Educar a la familia sobre la forma de tratar al paciente.
- Fomentar apoyo emocional.
- Orientar al paciente sobre personas, lugares y tiempo.
- Establecer relación de confianza.
- Evitar discutir sobre las creencias falsas.
- Evitar reforzar las ideas ilusorias.

- **00035 Riesgo de lesión** relacionado con alteración del estado mental y sujeción física.

NOC: 1902 Control del riesgo.

Indicadores:

190201 Reconoce los factores de riesgo.

190207 Sigue las estrategias de control de riesgos seleccionados.

190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

NIC: 6480 Manejo ambiental.

5460 Contacto.

6650 Vigilancia.

6580 Sujeción física.

Actividades:

- Vigilancia y control cada 30 minutos.
- Aflojamientos de las sujeciones y valoración de respuesta del paciente.
- Elevar barandillas y bajar la cama a una altura lo más baja posible.
- Vigilancia de posibles complicaciones derivadas de la inmovilización y contención.
- Evitar lesiones al forzar la inmovilización (fracturas, luxaciones).
- Valorar estado de la piel, buscando lesiones isquémicas (después de tiempos prolongados de inmovilización).
- Retirar de la habitación el mobiliario que no sea necesario.

Conclusiones

El proceso de contención física es una medida preventiva en el que concurren dos circunstancias; de un lado se aplica un procedimiento sin el consentimiento del paciente y por otro se le priva de libertad. Si bien es cierto que existen unas normativas regladas a tal procedimiento recogidas por el artículo 211 del Código Penal, en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento

Civil y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, hay veces en las que no se rigen estos principios.

La privación de libertad de un paciente debe estar regida bajo tutela judicial, por lo que el personal facultativo debe poner en conocimiento del juez las razones por las que se lleva a tal necesidad. Esta actividad debe quedar registrada de forma escrupulosa en una hoja donde quedan evidenciados los aspectos más importantes y que deberán ser observados en todo momento para preservar todas las necesidades del paciente.

Los pacientes agitados son una situación clínica que se da con relativa frecuencia en el ámbito hospitalario. Se debe hacer una valoración diagnóstica para conocer el origen de la desorientación. A veces pecamos de presumir que el origen tiene causa psiquiátrica, cuando puede ser originado por un trastorno orgánico. La agitación psicomotriz no es sólo característica de los enfermos mentales. Por lo tanto la exclusión de las posibles causas orgánicas constituye el primer paso para la evaluación del paciente agitado.

Las medidas aplicadas a este tipo de pacientes implican un mayor grado de atención y seguimiento del enfermo. No caben las improvisaciones, se deben protocolarizar las intervenciones de enfermería en el manejo de estos pacientes, para ello se hace imprescindible una formación adecuada, un plan de actuación preacordado para evitar peligros innecesarios.

Es importante recordar que las intervenciones que se aplican no se deben utilizar como un castigo. El personal de enfermería no debe mostrar cólera, enfado con este tipo de pacientes. Deberá mostrar una actitud de respeto, amabilidad, evitando en todo caso someterlo a posturas humillantes y a insultos.

Las sujeciones deberán ser autorizadas por el médico, aunque sea de forma verbal, se prefiere por escrito en las hojas de prescripciones médicas. Siempre se deberá registrar la razón de la contención y la evaluación en todo

momento de la respuesta del paciente.

Se mantendrá la dignidad y la autoestima de estos enfermos, preservando su intimidad y manteniendo su integridad física porque ellos no van a poder atender a sus necesidades fisiológicas.

Nunca se deberán aplicar estas medidas con el objetivo de suplir la falta de medios, recursos o cuidadores.

Bibliografía

1. NANDA. Nursing Diagnoses Definitions and Classification, 2009-2011. Ed. Elsevier. Madrid.
2. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), Madrid España, 2006. Ed. Elsevier.
3. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC), Madrid España, 2006, Ed. Elsevier.
4. Muñoz Avila J, Martínez Grueiro M, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado. En : Medicina de urgencia y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2ª ed. Madrid: Haurcourt SA; 2002. p 609-14.
5. Bobes, J; Bousuño, M,; Saiz, P.A,; González, MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma, 2000.
6. Muñoz Ávila J, Torres Murillo J, Calderón de la Barca Gásquez JM, Berlango A, García Criado EL, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. Semergen 1999;6: 532-6.
7. García Bernardo, E; González Galán, MJ. Urgencias Psiquiátricas. En Megías Lizancos, F, Serrano Parra, MD; Enfermería en psiquiatría y Salud Mental. Madrid-Valencia: DAE, 2000.
8. Lapeira Téllez JM, Villena Ferrer A, Morera Rayo S, Pascual Pascual P, López García C. El paciente agitado. Guías clínicas 2005; 5 (34). Disponible en [http:// www.fisterra.com](http://www.fisterra.com). Consultado el 05-07-2012.
9. Balanza V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de

- agitación. *Medicine* 1999; 7(109): 5099-5101.
10. Torres Hernández P, Fernández-Amela Herrera R, Zabala Fernández ML. Uso de los medios de contención en una unidad de agudos de psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. *An Psiquiatria* 2002; 18:369-74.
 11. Yildiz, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency setting. *Emerg Med J*, 2003;20: 339-46.