

DIMPA

**DIRECTRICES
MULTICISCIPLINARES
PARA EL MANEJO
DEL PACIENTE
AGITADO**

Actividad considerada de interés científico por SEMES (número de registro 311)

ISBN: 978-84-09-39379-4

Derechos de propiedad intelectual registrados[©]

Contacto: investigacion.sda@gmail.com

COORDINADOR:

- Martín Ayuso, David.

AUTORES:

- Bellver Alcaide, Marcos. Policía Municipal de Madrid. Graduado en Criminología. Formador del uso de la fuerza policial.
- García Granjo, Belén. Inspectora Jefe de Policía Nacional. Diplomada en Enfermería. Coordinadora del área de auxilio y rescate de la Escuela Nacional de Policía.
- García López, Juan Manuel. Guardia Civil de la UCO. Director del Instituto Europeo de Ciencias del Comportamiento. Formado en negociación y análisis del comportamiento por el FBI.
- García Minguito, Laura. Médico Forense Instituto de Medicina Legal de Madrid. Especialista en Psiquiatría.
- Marino Genicio, Rocío. Médico Forense Instituto de Medicina Legal de Madrid. Médico especialista en Medicina familiar. Experta en Urgencias y Emergencias.
- Martín Ayuso, David. Subinspector de Policía Municipal de Pozuelo de Alarcón. Graduado en Criminología. Formador del uso de la fuerza policial.
- Pajuelo Castro, Juan José. Enfermero Servicio de Urgencias Generales del Hospital Universitario La Paz.
- Parada Torres, Enrique. Psicólogo, especialista en Psicología de Emergencias.
- Pinto Pastor, Pilar. Médico Forense Instituto de Medicina Legal de Madrid. Profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid.
- Resani Martínez, Ester. Enfermera experta en Urgencias y Emergencias. Técnico en Emergencias Sanitarias en SVB del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón.

COLABORADORES:

- Artíguez Terrazas, Raúl. Técnico en Emergencias Sanitarias Ambulancias Rodrigo, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL.
- Gutiérrez López, Beatriz. Dra. En Estudios de Paz y Seguridad Internacional. Decsyon Solutions. Profesora adjunta Universidad Europea de Madrid.
- Gutiérrez Sevilla, José Ángel. Enfermero especialista en psiquiatría y salud mental. Enfermero de emergencias en la UVI Móvil de Miranda de Ebro.
- Moreno Martín, Luis Alberto. Diseñador gráfico y maquetador.
- Salinas Casado, Pedro Luis. Sargento Jefe del Equipo Táctico de Respuesta y Rescate Grupo de Acción Rápida Guardia Civil.

CONTENIDO

Introducción	1
Consideraciones generales	2
Síndrome del delirium agitado	2
Operativa	3
Medidas básicas de autoprotección	4
Formación	4
Recepción del aviso y personación en el lugar	5
Operadores de centro coordinador	5
Primera interacción en lugar de los hechos	5
Contención verbal	6
Lenguaje no verbal	6
Contención verbal	7
Contención farmacológica	10
Elección del fármaco	10
Clasificación de fármacos	10
Directrices	12
Contención física	15
Contención manual	15
Contención mecánica	16
Ámbito forense	18
Síndrome de delirium agitado y asfixia posicional	18
Directrices	19
Bibliografía	22

Dedicado al personal de servicios de Urgencias y Emergencias, que, con su esfuerzo, y en ocasiones, con su vida, ponen algo de luz a los tiempos oscuros. Ojalá algún día la sociedad sepa recompensar vuestro sacrificio.

INFOGRAFÍAS DIMPA

Con el fin de aportar una experiencia más interactiva al lector, se han creado unas infografías de cada una de las directrices. Estas se podrán descargar para su difusión, portarlas en dispositivos móviles o imprimirlas para los ambientes de trabajo de profesionales que interaccionan con pacientes agitados.

DIMPA GENERAL



AVISO Y PERSONACIÓN



CONTENCIÓN VERBAL



**CONTENCIÓN
FARMACOLÓGICA**



CONTENCIÓN FÍSICA



ÁMBITO FORENSE



INTRODUCCIÓN

Las directrices recogidas en el presente documento son el resultado de un grupo de trabajo constituido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) con el objetivo de realizar una intervención adecuada en el manejo del paciente agitado. Estas directrices incluyen pautas de actuación durante toda la interacción que se produce con un paciente con agitación psicomotriz: recursos sanitarios extra e intra hospitalarios, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCS) y, en ocasiones, médicos forenses. No obstante, puede ser de interés en otros centros u organismos, tales como centros de mayores, de menores o de atención a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial.

Los destinatarios finales de este documento, podrán crear protocolos que respondan a las necesidades de su organización basados en estas directrices, adaptarlos a los recursos y especificaciones del centro y de los usuarios diana. Estos protocolos deberán actualizarse periódicamente.

Las organizaciones suelen gestionar el manejo del paciente agitado de forma individual y sin coordinación con los demás operadores intervinientes, creando protocolos estancos que, en ocasiones, pueden generar conflictos o incongruencias con protocolos de otras instituciones. SEMES entiende que el manejo del paciente agitado se debe afrontar desde una perspectiva multidisciplinar y transversal, que abarque no solo el ámbito sanitario, sino a todos los implicados en la intervención. Por ello, se publican estas directrices interdisciplinarias.

El manejo del paciente agitado implica la movilización de diferentes recursos: centros coordinadores de emergencias, FFCCS, recursos sanitarios extrahospitalarios de Soporte Vital Básico y Soporte Vital Avanzado (SVB/SVA), intrahospitalarios, y en ocasiones, si el sujeto fallece, la correspondiente intervención de los médicos forenses.

Es un aspecto innovador en nuestro país afrontar la coordinación de todos los eslabones de la cadena en el manejo del paciente agitado, proponiendo que todos los implicados trabajen en una misma dirección y con conocimiento de los procedimientos del resto de servicios participantes.

CONSIDERACIONES GENERALES

La Asociación Americana de Psicología define la agitación como: “*actividad motora excesiva asociada a una sensación de tensión interior. La actividad suele ser improductiva, repetitiva y consiste en comportamientos tales como deambular, inquietud, retorcerse las manos, tirar de la ropa e incapacidad para permanecer sentado*” ¹.

Una vez controlada la situación y en cuanto resulte seguro, es importante considerar las causas de agitación, teniendo en cuenta en primer lugar las potencialmente peligrosas y descartando la posible organicidad como causa de agitación. En la aproximación inicial, se recomienda un registro de constantes vitales incluyendo pulsioximetría y la determinación de una glucemia capilar. Asimismo, es recomendable priorizar la realización de una exploración neurológica y ampliar estudios complementarios en cuanto sea posible.

Entre las causas más probables con las que habría que hacer el diagnóstico diferencial se encuentran las toxifarmacológicas, metabólicas (hipoglucemia, hipoxia), neurológicas (causas vasculares, infecciosas, lesiones intracraneales o crisis epilépticas), médicas generales (hipo e hipertermia, shock, hipertiroidismo), y psiquiátricas^{2,3}.

El presente documento aborda la agitación psicomotriz como un síntoma apreciable objetivamente, independientemente de cuál sea su etiología, que puede deberse a una amplia variedad de patologías y enfermedades mentales. No obstante, es necesario destacar una entidad que en los últimos tiempos ha cobrado especial relevancia en la comunidad sanitaria y policial: el síndrome del delirium agitado (SDA).

Síndrome del delirium agitado

El motivo de su mención específica es debido la falta de difusión en España y su riesgo de mortalidad (9,2%)⁴ durante las contenciones físicas por los primeros intervinientes, normalmente, miembros de las FFCCS. En estos casos de muertes en privación de libertad, es frecuente la apertura de diligencias judiciales por homicidio imprudente⁵.

El SDA es una entidad reconocida por entidades médicas y policiales de reconocido prestigio⁶⁻¹⁰, consiste en un cuadro de agitación física y psicológica constante, que puede llegar a causar la muerte. Se caracteriza por una gran tolerancia al dolor, fatiga, fuerza sobrehumana, hipertermia y una alta segregación catecolaminas. Los pacientes que lo padecen, en ocasiones, fallecen de manera repentina durante la contención física; siendo una característica de esta entidad la dificultad de diagnóstico de la causa de la muerte⁸.

Se entiende que una persona presenta un SDA cuando muestra 6 o más síntomas de los siguientes^{7,9-11}:

1. Comportamiento extremadamente agresivo o violento,
2. mostrar agitación o actividad física constante,
3. desnudez o parcialmente vestido,
4. no responder a la presencia policial,
5. no mostrar síntomas de dolor,
6. fuerza sobrehumana,
7. no mostrar cansancio a pesar de la actividad física intensa,
8. atracción por vidrios/cristales y tendencia a romperlos,
9. ruidos inteligibles,
10. atracción por luces brillantes o sonidos fuertes,
11. hipertermia,
12. respirar rápidamente y
13. sudoración excesiva.

Operativa

Cuando se recibe el aviso en los centros coordinadores de emergencias (112 o similares) informando de un paciente agitado que está originando una situación de peligro para su vida, integridad física o la de terceros, la correcta gestión de la incidencia es vital para minimizar el impacto en todas las personas implicadas en la intervención. La eficacia de la respuesta depende que se identifique lo antes posible al sujeto como un paciente con agitación psicomotriz. Para ello, se deben optimizar la detección precoz de los síntomas; su abordaje como emergencia sanitaria, no solo policial⁶; la correcta gestión de los indicadores no verbales; la contención verbal; contención farmacológica; contención física y, en los casos en los que el paciente fallece, la gestión del cadáver como una muerte judicial con su correspondiente autopsia médico-legal.

En el manejo del paciente agitado es prioritario iniciar la actuación con una contención verbal, que debe prolongarse durante todo el proceso, aunque no sea efectiva. Se evitará en la medida de lo posible la contención farmacológica y física, especialmente las sujeciones mecánicas¹²⁻¹⁵. Esto se debe al estrés que se sufre durante la contención física, elevando las hormonas del estrés y la acidosis⁶ y que conlleva, en algunos casos, consecuencias letales. Por lo tanto, el orden de intervención debe ser:

1. Contención verbal.
2. Contención farmacológica.
3. Contención manual, como transición a una farmacológica.
4. Contención mecánica (último recurso).

Debido a la polémica que generan estos incidentes, especialmente si dan lugar a una muerte en privación de libertad, se aconseja grabar la intervención con cámaras¹⁵⁻¹⁹, que garanticen la seguridad jurídica de la intervención, y aporten material para formaciones futuras. Se recomienda el uso de cámaras corporales para el personal de seguridad y las FFCCS²⁰. Todas las cámaras y las grabaciones obtenidas deben cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos.

Medidas básicas de autoprotección

- Retirar objetos potencialmente lesivos del interviniente, y si es posible, del paciente.
- Despejar la zona donde se va a trabajar y establecer un perímetro de seguridad.
- Los intervinientes deben tener identificada una vía de escape.
- Recibir formación continuada en las áreas de competencia.

Formación

El personal debe tener formación periódica, general y específica. Haciendo especial hincapié en las técnicas de contención verbal, que minimizan la contención física^{13,17,19-22}. Se aconseja como metodología docente las simulaciones tipo *role play*.

Además, se debe mantener formación actualizada en primeros auxilios, especialmente en reanimación cardiopulmonar y desfibriladores¹⁷, dotando de estos a los vehículos sanitarios y policiales.

De ser posible, se realizará una reunión previa al manejo del paciente por los intervinientes. Una vez terminada la actuación, se llevará a cabo un debriefing¹³, mejorando los protocolos de cada unidad con las lecciones aprendidas.

Por último, pero no menos importante, se deben establecer medios para facilitar cuidados al personal, tanto a nivel físico, como mental¹³.

RECEPCIÓN DEL AVISO Y PERSONACIÓN EN EL LUGAR

Los operadores de los centros coordinadores de emergencias (112, 061, 062, 091, 092, etc.) deben detectar aquellas incidencias que puedan deberse a un paciente agitado, y en su caso, activar de forma conjunta y precoz a las FFCCS y al recurso sanitario correspondiente (SVA/SVB)^{7,9}. Si es posible, recabar información del paciente a través de sus familiares o acompañantes.

Si la agitación es observada por primeros intervinientes de las FFCCS, deberán requerir apoyo sanitario urgente, y si es posible, antes de interactuar con el paciente.

Operadores de centro coordinador

- Intentar obtener la mayor cantidad de información posible (lugar, vestimenta, consumos de sustancias, patologías, psicopatologías, etc.).
- Detección de síntomas de agitación, con especial atención a los del SDA.
- Activación de recursos oportunos: FFCCS, sanitarios o bomberos.
- Si la agitación es de alta intensidad, activar recurso sanitario con capacidad de contención farmacológica.
- Historial clínico del paciente si se conoce o se dispone de acceso.
- No cortar comunicación, el incidente es dinámico y puede variar: localización, signos y síntomas, implicados, lesiones.

Primera interacción en lugar de los hechos

- Al aproximarse, dentro de lo posible, prescindir de dispositivos acústicos⁹.
- Informar de la llegada al centro coordinador.
- Establecer zona de seguridad aplicando la conducta PAS.
- En inmuebles, prestar atención a escaleras, ventanas y planos superiores.
- Debido a la movilidad de estos pacientes, se deberá tener especial cuidado con el tráfico rodado.
- Tener identificada una vía de escape.
- En prevención de acciones violentas, retirar de la zona y del propio cuerpo objetos que puedan provocar lesiones (navajas, tijeras, gafas, etc.)²³.
- Reparto de roles: comunicador, intervención, toma de datos, enlace con centro coordinador, etc.
- Solo debe interactuar un interviniente, aprovechar los vínculos creados.

CONTENCIÓN VERBAL

En el manejo del paciente agitado, se recomienda el control de técnicas verbales y no verbales para la desescalada de la situación^{6,24,25}, tanto a nivel de detección, como de actuación.

Lenguaje no verbal

El sistema límbico tiene especial relevancia en la función de supervivencia, destacando su influencia en las emociones y sentimientos de ira, odio y miedo²⁶. El miedo puede transformarse fácilmente en ira, y dar lugar a una agresión²⁷.

El cerebro límbico tiene acceso total a todos nuestros recursos cerebrales disponibles²⁸. Una vez se activa, es responsable de producir las señales no verbales más significativas a la hora de determinar los verdaderos pensamientos y sentimientos²⁹. Es la parte del cerebro que reacciona inmediatamente a los estímulos exteriores de forma refleja e instantánea, sin pensar. Por ello, muestra una verdadera reacción a la información que recibe del entorno²⁷. Además, es nuestro centro emocional, emitiendo señales a otras partes del cuerpo que determinan nuestros comportamientos relacionados con las emociones o la supervivencia³⁰. A lo anteriormente expuesto se añade que, bajo la emoción de la ira, tiende a expandirse el cuerpo, ocupando más espacio³¹.

Se pueden detectar indicadores no verbales que, al ser identificados, aporten información suficiente como para anticipar una agresión y protegerse.

Directrices de indicadores no verbales en el paciente agitado³¹⁻³⁵

Indicadores no verbales de la ira

- Cejas bajas y contraídas. Se forman líneas verticales en región intercililar.
- Párpado superior tensado, puede estar bajo o no, por la acción de las cejas.
- Párpado inferior tensado, puede estar o no elevado.
- Mirada dura en los ojos, pueden parecer inflados, abultados.
- Labios en dos posiciones básicas:
 - Presionados firmemente, con las comisuras rectas o baja.
 - Abiertos y tensos en forma cuadrangular, como cuando se grita.
- Puede existir dilatación de los orificios nasales.

Detección de emociones negativas

- Identificación de microexpresiones, especialmente las citadas en el apartado anterior.
- Observación del rostro para la identificación de emociones universales.
 - En el caso de asimetría en el rostro, fijarse en la hemicara izquierda para identificar el estado emocional.

Identificar la expansión corporal del individuo

- Indican la gradación de la emoción.
- Elevación de la barbilla.
- Sacar pecho.
- Separar los brazos.
- Separar las piernas.

Contención verbal

La contención verbal adecuada, aplicando técnicas de comunicación verbal, proyectando calma, seguridad y escucha activa al paciente, favorece la disminución de la intensidad emocional, y por lo tanto, puede reducir la conducta violenta³⁶. Por ello, se aconseja su uso como primera medida en el manejo del paciente agitado^{14,23,36,37}.

Aunque es capaz de prevenir o disminuir la conducta agresiva, puede no ser efectiva en todos los casos^{14,36}. Especialmente en el SDA, siendo uno de sus síntomas no responder a las interacciones con los primeros intervinientes^{4,7,9,38}. Sin embargo, esta no debe cesar durante toda la intervención, incluyendo cuando se haga una escalada a contención farmacológica o física¹⁶.

Los beneficios de utilizar esta contención son: mejorar la seguridad del paciente, de los intervinientes y terceras personas^{39,40}, ayudar a controlar o reconducir conductas agresivas y tratar de evitar el uso de contenciones más restrictivas²³.

Directrices generales^{13,14,42,19,20,23,25,37,39-41}

Gestión del espacio

- Procurar intervenir de manera precoz.
- Aislar al paciente siempre que sea posible.
- Realizar contención verbal por una sola persona. Se recomienda la presencia de personal de apoyo.
- Respetar el espacio personal del paciente y crear distancia de seguridad.
- Aproximarse con calma y cuidado.

Gestión emocional

- Recordar que se trata de una persona en crisis.
- Estar atentos a posibles prejuicios que condicionen nuestra conducta.
- Evitar confrontación mediante la regulación emocional y técnicas de autogestión.
- Mostrar empatía, amabilidad y respeto.
- Establecer límites claros.

Gestión no verbal

- Buscar la atención del paciente mediante el contacto visual.
- Mostrar expresiones faciales calmadas.
- Evitar contacto visual directo prolongado, puede ser interpretado como una amenaza.
- Acompañar el discurso del paciente con asentimientos/o negaciones suaves, alineadas con su discurso y reforzando nuestra actitud de escucha.
- Mantener las manos visibles para el paciente.
- Dirigir las palmas de las manos abiertas hacia el paciente, acompañando con movimientos suaves al lenguaje.
- Evitar cruzar brazos, señalar con el dedo o meter las manos en los bolsillos.

Gestión verbal

- Presentarse (nombre y cargo) y hacer una breve afirmación de nuestra intención de ayudar.
 - “Hola, me llamo Pau, soy psiquiatra y estoy aquí para ayudarte.”
- Preguntar el nombre al paciente y usarlo durante la contención verbal:
 - “¿Cuál es tu nombre?”
 - Si obtenemos el nombre lo usaremos durante la comunicación para acercarnos a él.
- Escucha activa: Parafrasear, mostrando interés por el paciente. Se realiza mediante el parafraseo, la pregunta y el resumen:
 - *Parafraseo:* repetir la última parte del mensaje del hablante para hacer ver a este que le estamos escuchando, “ah, entonces el problema es tu hermano”.
 - *Pregunta:* solicitar información concreta de todo lo hablado por el emisor, “¿así que tienes dos hijos?”.
 - *Resumen:* contar con los datos más significativos obtenidos una pequeña historia de lo comentado por el paciente. “para que me quedan las cosas claras. Tienes dos hijos con problemas escolares y esta situación ha hecho que discutas con tu hermano, ¿es así?”.
- Si de su narrativa se deduce un pensamiento desorganizado o muestra mutismo, emplear técnicas que potencien el contacto con la realidad, sus emociones y con los demás. Emplear *reflejos*:
 - *Reflejos de situación:* le devuelve aspectos básicos de la realidad inmediata, lo que facilita su orientación y contacto con la realidad, “la habitación está muy oscura”, “hace frío”.
 - *Reflejos faciales:* se verbaliza cómo es su expresión facial “pareces triste”, “pareces asustado”. Ayuda a entrar en contacto con las emociones propias.
 - *Reflejos corporales:* se verbaliza la postura corporal “estás sentada con las piernas cruzadas”, “estás tumbado de lado”, y se puede acompañar poniendo dicha postura con el propio cuerpo. Potencia el contacto con la conciencia y sentido de uno mismo en su cuerpo.

- *Reflejos de palabras por palabras:* repetir palabras exactas o frases, desarrollando el contacto interpersonal y la comunicación.
- *Reflejos reiterativos:* si un reflejo de los anteriores despierta una respuesta, se repite.
- Mantener un tono de voz calmado, evitar chillar, amenazar, juzgar, criticar o provocar.
- Realizar preguntas abiertas para facilitar que el paciente hable.
 - “¿Dime en que te puedo ayudar?”
 - “¿Explícame con todo el detalle que puedas como te sientes?”
- Facilitar que el paciente exprese sus temores y emociones.
 - “¿Qué sientes en este momento?”.
 - “Me encantaría que me contaras que estás sintiendo ahora”.
- Si el paciente no responde a preguntas abiertas, realizar preguntas cerradas. Se responden con “sí” o “no”, para facilitar la conexión comunicativa.
- Verbalizar las emociones que deducimos en él, y explicitar de nuevo el deseo de ayudarla.
 - “Te noto muy enfadado, ¿a qué se debe?... Cuéntame; quiero ayudarte.”
- Ser estratégico en la comunicación. Centrarnos en lo que la persona parece necesitar y orientar la conversación a esta parte:
 - “Me gustaría poder hablar contigo para ayudarte”.
 - Evitar utilizar términos absolutos (siempre, nunca, todos, nadie, nada).
- Ser optimista y proporcionar esperanza. Usar palabras sencillas y frases cortas.
- Pedir de forma asertiva lo que queremos que haga o pare de hacer, mostrando alternativas al comportamiento violento.
 - “Por favor, Juan, necesito que pares y me atiendas un momento. Te quiero contar lo que podemos hacer”.
- Ser flexible y negociar situaciones beneficiosas para las partes.
- Valorar la intervención de familiares o allegados como elementos de contención. En caso de que así sea:
 - Informar clara y concretamente de cómo queremos que ayuden y participen en la gestión de la situación
 - Avisar de la posible contención química / mecánica haciéndoles entender que es en prevención de que su ser querido se haga daño o dañe a otras personas.

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

El objetivo de la contención farmacológica nunca será la restricción de movimientos ni la inducción del sueño⁴³, sino calmar al paciente para que pueda ser valorado adecuadamente, evitar riesgos para el propio paciente y para los intervinientes, tanto en el entorno hospitalario como extrahospitalario⁴⁴.

Elección del fármaco

Es fundamental evaluar las causas médicas de agitación que puedan ser corregibles⁴⁵.

La selección del fármaco que vamos a utilizar se hará teniendo en cuenta tanto las características del mismo como del paciente (tipo de trastorno que presenta, la edad, la comorbilidad, y situaciones especiales como pueden ser embarazo, retraso mental, etc.)^{46,47}.

Si se sospecha consumo de tóxicos, considerar diagnóstico de SDA, especialmente relacionado con el consumo de cocaína y que puede ser potencialmente letal para el paciente⁴⁸.

Se elegirá la vía de administración en función de las posibilidades de acceso y de las características del fármaco. En la medida de lo posible, los pacientes participarán en el proceso de elección de la medicación. Si coopera, será preferible la toma oral sobre el resto de vías^{43,49}.

Las características del fármaco utilizado han de ser: rapidez de acción (tiempo medio para lograr un nivel de sedación de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)^{50,51} inferior a +1), distintas vías de administración disponibles, mínimos efectos secundarios e interacciones con otros fármacos, duración prolongada, tiempo controlado para que los pacientes regresen al estado mental inicial^{52,53}.

Clasificación de fármacos

Existen fundamentalmente cuatro tipos de fármacos utilizados para el control de la agitación^{43,45}:

- Antipsicóticos de primera generación^{43,45,49}:
 - Haloperidol y droperidol: efectos mínimos sobre signos vitales, actividad anticolinérgica insignificante y mínima interacción con otros medicamentos no psiquiátricos.
 - Clorpromazina y levopromacina.
- Antipsicóticos de segunda generación: deberán ser de primera elección por su seguridad y eficacia⁴⁹:
 - Olanzapina, ziprasidona, aripiprazol, risperidona y quetiapina.
- Benzodíacepinas: generalmente en asociación con los previos:
 - Loracepam, clonazepam, diacepam, midazolam.
- Anestésicos:
 - Ketamina, cuyas indicaciones y nivel de evidencia es muy bajo por los riesgos que pueden conllevar en pacientes cuya patología y hábitos tóxicos son desconocidos^{44,53} así como las dudosas ventajas frente al resto de grupos farmacológicos⁵⁴.

Tabla 1: Dosificación de fármacos^{48,52,54}

FÁRMACO	VÍA ADMÓN.	DOSIS RECOMENDADA DE INICIO	COMIENZO DEACCIÓN	SEMIVIDA PLASMÁTICA	PICO MÁXIMO	CONTRAINDICACIONES
DIAZEPAM	IV IM VO	5-10 mg 5-10 mg 5-10 mg	10-15 min 10-15 min 30-90 min	15-60 horas	Rápido (60min)	-Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. -Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
MIDAZOLAM	IV IM INH	0.2 mg/kg 0.1 mg/kg 0,2-0,3 mg/kg	30-60 seg 2-3 min 1-5 min	2-7 horas	Muy rápido (3-30 min)	- Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. -Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
CLONAZEPAM	IV IM VO	0,5-1 mg 0,5-1 mg 1-2 mg	1-3 min 5-10 min 25-60 min	30-40 horas	Lenta (3 horas)	-Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. -Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
CLORAZEPATO	IV IM VO	25-50 mg 25-50 mg 25-50 mg	1-3 min 5-10 min 25-60 min	40-60 horas	Lenta (3 horas)	-Precaución en intoxicación etílica por riesgo de depresión respiratoria. -Riesgo de reacción paradójica en psicosis orgánica.
HALOPERIDOL	IV IM VO	5-10 mg 5-10 mg 10 mg	20-30 min 10-20 min 20-30 min	12-36 horas	Rápida (30 min-1 hora)	-Precaución si IAM reciente Parkinson.
OLANZAPINA	VO/IM	2.5-15 mg	15-45 min	30-40 horas	5-8 horas	-Glaucoma.
CLORPROMAZINA	IV IM	25-50 mg 25-50 mg Rápido (60min)	15-30 min 3-5 min	16-30 horas	Lenta (1-4 horas)	-Bradycardia < 55 lpm. -Coma etílico.
QUETIAPINA	VO	50-100 mg	15-30 min	7-12 horas	1-2 horas	
ZIPRASIDONA	VO/IM	40-120 mg	15-45 min	8-10 horas	30-60 min	-IAM reciente. -Síndrome QT prolongado.
RISPERIDONA	VO	2-6 mg	30-45 min	2-3 horas	1-2 horas	
KETAMINA	IV IM INH	1-2 mg/kg 4-6 mg/kg 3-6 mg/kg	2-5 min 2-5 min 2-5 min	2-3 horas	Muy rápida (1- 20 min)	-Urgencia hipertensiva preeclampsia, eclampsia. -Precaución en alcoholismo.

IV: intravenoso, IM: intramuscular, VO: vía oral; INH: inhalada intranasal

Directrices

Pautas aplicables⁴⁹

Agitación orgánica

- *Pauta 1: 5-10 mg haloperidol IM. repitiendo cada 30-40 min hasta 20 mg.*
- *Pauta 2: Olanzapina 10 mg VO.*
- *Pauta 3: risperidona 2-5 mg VO.*
- *Pauta 4: añadir a cualquiera de las anteriores lorazepam 1-2 mg VO.*

Agitación psiquiátrica

- Agitación psicótica que no acepta vía oral:
 - *Pauta 1: 10 mg haloperidol IM.*
 - *Pauta 2: 10 mg haloperidol + 10 mg diacepam IM, pudiendo repetir 5 mg de cada uno a los 45 min.*
 - *Pauta 3: 5 mg de haloperidol + 10 mg de diacepam 25 mg de clorpromacipa IM; repetir a los 45 min excepto la clorpromacina.*
 - *Pauta 4: 10 mg de olanzapina IM; repetir si precisa transcurridas 2 h.*
- Agitación psicótica que acepta vía oral:
 - *Pauta 1: 10-20 mg de olanzapina VO.*
 - *Pauta 2: 6-9 mg de risperidona VO.*
- Agitación no psicótica
 - *Pauta 1: 1 comprimido, o 1 ampolla IM si no acepta por VO, de diacepam 10 mg, que puede repetirse a los 30 min.*
 - *Pauta 2: 1 comprimido de lorazepam 5 mg o 1 comprimido de diacepam 10 mg + 50 gotas de haloperidol vo (5 mg).*
 - *Pauta 3: si cualquiera de las pautas anteriores no ha sido eficaz, puede administrarse clopromacina 25 mg IM.*

Monitorización⁵⁰

- Una vez realizada, la sedación debe ser monitorizada y controlada, administrando la mínima dosis necesaria para conseguir el objetivo.
- Se utilizarán escalas de fácil aplicación, siendo las más utilizada la escala RASS.

Tabla 2: Escala RASS^{49,50}.

NIVEL	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo.	Ansioso, violento.
+3	Muy agitado.	Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc.
+2	Agitado.	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador.
+1	Ansioso.	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Alerta y tranquilo.	
-1	Adormilado.	Despierta con la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-2	Sedación ligera.	Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-3	Sedación moderada.	Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
-4	Sedación profunda.	No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
-5	Sedación muy profunda.	No hay respuesta a la estimulación física.

Traslado

Una vez valorado el paciente y controlada la situación de riesgo, habrá de evaluarse el destino final del mismo. Es frecuente que estos pacientes deban ser trasladados a un centro hospitalario desde el punto de atención sanitaria inicial⁵⁵, incluso de manera involuntaria, si fuese preciso por su seguridad⁵⁶.

Los recursos disponibles para el traslado de un paciente agitado con contención farmacológica son:

- SVA: equipo con al menos un Técnico en Emergencias Sanitarias, un enfermero y un médico.
- SVB: al menos dos técnicos en emergencias.
- Ambulancia adaptada al transporte de pacientes con posible trastorno psiquiátrico o cuadro de agitación (ambulancia psiquiátrica): al menos dos técnicos. Será el recurso más apropiado cuando sea preciso el traslado con contención mecánica.

El paciente siempre deberá ir acompañado de, al menos, un sanitario en la célula asistencial durante el traslado, sea cual fuere el recurso elegido.

La elección del recurso más apropiado deberá estar protocolizado y se hará conforme a las características del paciente y a su situación clínica, manteniendo los objetivos de salvaguarda de seguridad para su salud y la integridad de los intervinientes⁵⁷.

Tabla 3: Elección recurso apropiado para traslado |del paciente agitado.

SITUACION DEL PACIENTE	RECURSO ADECUADO
Paciente colaborador, sin riesgo vital, sin auto heteroagresividad.	SVB
Relativamente/no colaborador, sin riesgo vital, sin auto ni heteroagresividad.	SVB
No colaborador, sin riesgo vital y con auto/heteroagresividad.	Ambulancia psiquiátrica / SVA
No colaborador, con riesgo vital y con auto heteroagresividad o no.	SVA

CONTENCIÓN FÍSICA

La contención física puede ser manual o mecánica (requiere el uso de un dispositivo), y tiene como fin limitar los movimientos de una persona para que no produzca daños, no se lesione a sí misma o a terceros^{12,13,15,21}.

Contención manual

La contención manual eleva los niveles de catecolaminas y produce lesiones en intervinientes y pacientes^{4,7,38}. Por lo que debe usarse tras el fracaso de la contención verbal, la ausencia de contención farmacológica y como recurso de transición a una atención médica.

Directrices para la contención manual^{5,9,58,59}

- Escotar, si es posible, sin contención física hasta la llegada de sanitarios,
- Un interviniente supervisará al paciente, observando especialmente su función ventilatoria.
- No aplicar, o minimizar en la medida de lo posible, presión en el cuello.
- No aplicar, o minimizar en la medida de lo posible, presión torácica.
- Contener por las extremidades.
- Evitar o minimizar golpes e impactos.
- Si se utilizan cintas de contención blandas, usarlas en extremidades.
- Evitar o minimizar la posición decúbito prono.
- En cuanto sea posible posicionar decúbito supino, lateral o sentado.
- No usar *hogtied* o estrangulaciones.
- Una vez contenida la persona, se procederá a su cacheo.

Aquellas FFCCS que dispongan de dispositivo electrónico de contención (DEC), evaluarán la integración del mismo en estas directrices en función de cuestiones como la peligrosidad, corpulencia, casos COVID-19 o presencia de fluidos corporales de forma masiva en el paciente. Concretamente, el uso del DEC consistiría en: realizar un disparo y, aprovechando la incapacitación creada por la descarga eléctrica, los agentes contendrían a la persona, reduciendo forcejeos físicos prolongados, la compresión torácica y la lesividad de todos los implicados⁶⁰⁻⁶³. Cabe destacar que los DEC, como el resto de elementos del uso de la fuerza policial, son armas de baja letalidad⁵⁸, por lo que su uso no está exento de riesgos. No obstante, en comparación con otros medios policiales, es el más rápido y el que genera menores niveles de acidosis y catecolaminas⁶³.

Contención mecánica

Las Contenciones Mecánicas (CM) se llevan a cabo mediante dispositivos para inmovilizar a una persona o restringir su capacidad de movimientos¹². Están indicadas para evitar lesiones al paciente, terceras personas, daños o prevención de interrupción de medidas terapéuticas^{19,64}.

La tendencia actual es utilizar el término inmovilización terapéutica como alternativa a la CM^{65,66}. Además, se tiende a evitar las CM, o al menos, utilizarse como último recurso^{15,16,20-22,64} debido a su impacto en los derechos fundamentales de los pacientes^{19,64}, el riesgo de lesiones o incluso la muerte^{12,17,67}. Su uso debe ser pautado de forma personalizada^{17,19}, minimizando el tiempo y puntos de sujeción^{15,17,19,22,64}.

La CM no se debe aplicar como un castigo^{19,64,65,68} ni como una medida modificadora de la conducta¹⁹. Se debe preservar la privacidad, dignidad y seguridad del paciente, por lo que se realizará el procedimiento de forma aislada²⁰.

En relación a los menores, el proceso de contención se desarrolla de la misma manera que en adultos, prestando especial atención a la fuerza utilizada para adoptar la medida. Se evaluará la conveniencia de que esté presente un familiar, ya que en adolescentes puede ser un estresor^{64,65}.

En los casos en los que proceda, se actuará de acuerdo a lo regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Directrices ^{13,15,17-20,22, 64-71}

Previo a la contención

- Se realizará la contención por prescripción médica.
- Si por urgencia se omite la autorización médica, se debe ratificar la medida dentro del plazo de 1 hora por el facultativo.
- Uso de material homologado.
- Puntos posibles de las sujeciones: cintura, cuatro cintas para las extremidades, y como punto de último recurso, tórax.
- Las sujeciones deben ir fijadas al chasis de la cama y no a las barreras laterales o colchón.

Procedimiento de contención mecánica

- Preparar el entorno, retirando mobiliario potencialmente lesivo.
- El personal debe retirar objetos peligrosos que porten ellos y el paciente.
- Posicionar al paciente decúbito supino, alineado y en posición cómoda.
- Nunca contener decúbito prono debido al alto peligro de asfixia.
- Extender los brazos perpendiculares al cuerpo.
- Una persona (facultativo si se dispone), coordina al equipo que contiene.

- Se recomienda 5 personas para realizar la sujeción:
 - Cabeza: supervisa al paciente y utiliza técnicas de contención verbal.
 - Extremidades superiores: se fijan por el hombro y la muñeca.
 - Extremidades inferiores: se fijan por encima de la rodilla y el tobillo.
- Si se dispone, se reforzará cada extremidad con una persona en casos de agitación extrema.
- El orden de colocación de las sujeciones será: cintura, extremidad superior derecha, extremidad inferior izquierda, extremidad superior izquierda y extremidad inferior derecha. Tórax, si procede.
- En caso de inmovilización parcial, debe ser de 3 puntos: cadera y extremidades superior e inferior contrapuestas.
- Revisar que las sujeciones permitan circulación sanguínea y no interfieran con el tratamiento.
- Elevar el cabecero de la cama a 30°.

Post contención

- Informar al paciente, familiares/tutor y autoridad judicial, cuando proceda.
- Evaluación constante de paciente y sus constantes vitales atendiendo a su estado y personal disponible.
- El seguimiento médico y de enfermería se realizará según las necesidades personalizadas del paciente y la disponibilidad del personal. Se propone:
 - Seguimiento médico:
 - 1ª valoración: antes la 1ª hora.
 - 2ª valoración: máximo a las 4 horas de la primera.
 - 3ª valoración: máximo cada 8 horas.
 - Evaluación por enfermería:
 - Permanente si es un caso agudo¹³.
 - Cada 15 minutos las 2 primeras horas.
 - Si disminuye la agitación, evaluar cada hora.
- Mantener aseo, higiene, hidratación y alimentación (usar vajilla de plástico).
- En contenciones superiores a 24 horas, valorar profilaxis antitrombótica.
- Valorar retirada de las sujeciones progresiva, de 5 a 3 puntos.
- Para la retirada de las sujeciones debe haber al menos dos personas.

Toda la actuación asistencial realizada durante el proceso deberá quedar registrada en la historia clínica, tanto la prescripción como las medidas adoptadas.

ÁMBITO FORENSE

El fallecimiento de un paciente agitado tiene una especial relevancia cuando la muerte acontece mientras el sujeto está bajo custodia. En estos casos es imprescindible hacer un diagnóstico diferencial entre las posibles etiologías médico-forenses: suicida, homicida y accidental. Sin embargo, las muertes judiciales que ocurren en el contexto de la contención y de los pacientes agitados, requieren de un estudio minucioso por sus posibles consecuencias. Aunque no haya un protocolo de autopsia específico para el paciente agitado (entendido en el sentido amplio) si lo hay para las dos situaciones más habituales y conflictivas que suelen presentarse: la asfixia posicional y el SDA.

Tras un estudio pormenorizado, el SDA se caracteriza por ausencia de una causa evidente de muerte^{7,72}. El estudio de la asfixia posicional puede ser también muy inespecífico. En ambos casos cobra especial importancia el relato de los hechos previos al fallecimiento y las circunstancias en las que acontece.

Síndrome de delirium agitado y asfixia posicional

Diagnóstico diferencial

A la hora de la valoración médico forense del caso sospechoso de SDA debe hacerse un diagnóstico diferencial con otras entidades susceptibles de producir una muerte súbita y alteraciones en el comportamiento, así como con intoxicaciones. Hacer el diagnóstico diferencial siguiendo las reglas mnemotécnicas “AEIOU TIPS” y “SMASHED 2” recogidas en el *White Paper Report on Excited Delirium Syndrome* (tablas 4 y 5)⁸.

Tabla 4: Regla mnemotécnica “AEIOU TIPS” para el diagnóstico diferencial de alteraciones mentales.

LETRA	DESCRIPCIÓN
A	Alcohol
E	Endocrino, encefalitis, electrolitos
I	Insulina (hipoglucemia)
O	Oxígeno (hipoxia), opiáceos (drogas de abuso)
U	Uremia
T	Toxinas, traumatismos, temperatura
I	Infección
P	Patología psiquiátrica, porfiria
S	Accidente cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea, lesión ocupadora de espacio en sistema nervioso central.

Tabla 5. Regla mnemotécnica “SMASHED 2” para el diagnóstico diferencial de las alteraciones mentales

LETRA	TÍTULO	DESCRIPCIÓN
S	Sustrato	Alteraciones en la glucemia o la tiamina.
	Sepsis	
M	Meningitis	Infecciones del SNC, VIH, demencia, encefalitis, absceso cerebral o toxoplasmosis.
	Enfermedad mental	Brote psicótico, no respuesta a la medicación, manía, depresión, mala evolución enfermedad mental, agresividad, tentativa de suicidio (bajo custodia policial).
A	Alcohol	Intoxicación o por síndrome de abstinencia.
	Accidente	TCE, accidente cerebro vascular, contusión cerebral, hematoma subdural o epidural.
S	Convulsiones	Pueden ser post-ictus.
	Estimulantes, alucinógenos y anticolinérgicos	Cocaína, anfetaminas, cafeína, fenciclidina, LSD, ketamina, psilocibina, antihistamínicos, atropina, escopolamina, estramonio.
H	Hiper	Hipertensión, hipertiroidismo, hipercapnia, hipertermia.
	Hipo	Hipotensión, hipotiroidismo, hipoxia, hipotermia.
E	Electrolitos	Hiper/hiponatremia, hipercalcemia.
	Encefalopatía	Hepática, VIH, urémica, hipertensiva, síndrome de Reye, tumor SNC.
D	Drogas	Intoxicación o por síndrome de abstinencia.
	No olvidar otras drogas	Monóxido de carbono, litio, esteroides, salicatos, drogas de diseño, teofilina, MDMA, antipsicóticos, toxinas fuera de los test habituales de drogas, otros.

Directrices^{4,7,11,73-79}

Levantamiento del cadáver

- El lugar de los hechos debe ser minuciosamente estudiado y será necesario obtener los datos sobre el estado clínico del paciente antes del fallecimiento.
- Conseguir información sobre cualquier otra circunstancia de interés (intentos de reanimación, procedimientos médicos realizados...).
- Saber si hubo reducción policial y cómo aconteció (número de policías, técnicas de reducción empleadas, duración de la contención).
- Preguntar si se han empleado armas de baja letalidad o algún otro instrumento.

- Solicitar información sobre el comportamiento del sujeto antes del fallecimiento, lo referido por los testigos y el visionado de vídeos de los hechos en caso de que hubiese alguno disponible.

Autopsia médico-legal

Se seguirán las directrices habituales de las autopsias médico-forenses, pero haciendo especial hincapié en los siguientes puntos:

Antes de iniciar la autopsia:

- Valorar los antecedentes médicos del sujeto, teniendo especial interés los antecedentes cardiacos y psiquiátricos.
- Conocer si era consumidor de sustancias de abuso.

Examen externo del cadáver:

- Recoger de forma minuciosa las lesiones existentes y la gravedad de las mismas para poder descartar si alguna fue la causa del fallecimiento. Es habitual que presenten múltiples abrasiones y traumatismos secundarios al golpearse ellos mismos la cabeza contra objetos, tirarse por escaleras o desde ventanas.
- Realizar un estudio radiológico que permita visualizar traumatismos importantes.
- Descartar signos de muerte asfíctica: presencia de petequias (aunque también han sido descritos en casos de SDA), cianosis facial, traumatismos o lesiones torácicas y valorar el origen de los hallazgos.
- Tomar fotografías de todas lesiones encontradas durante el examen externo.
- Recoger torunda nasal en caso de que sea necesario el estudio de *sprays* o tóxicos.

Examen interno del cadáver:

- Si es necesario, realizar disección cutánea más meticulosa que incluya no solo cuello sino facial, en miembros e, incluso, en región dorsal.
- Excluir posibles causas de una muerte súbita, especialmente de origen cardíaco y lesiones secundarias a traumatismos.
- Descartar las muertes asfícticas, especialmente, con una disección detallada de la región cervical.
- Buscar lesiones costales y pulmonares típicas en muertes asfícticas por compresión toracoabdominal.
- Realizar fotografías de todas lesiones observadas en el examen interno.

Tabla 6. Análisis complementarios de interés en el estudio médico forense del SDA.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN CASOS SOSPECHOSOS DE SDA.	
Histopatología	Muestras para descartar una muerte súbita.
	Esqueleto laríngeo para estudio estrangulación.
	Estudio en encéfalo de receptores/marcadores dopaminérgicos y proteínas de choque térmico.
	Disección de lesiones eléctricas en caso de uso de dispositivos eléctricos de control.
Toxicológicas	Buscar drogas de abuso estimulantes (cocaína, anfetaminas, éxtasis), drogasalucinógenas y medicación anticolinérgica. Descartar intoxicación.
Bioquímicas	Búsqueda de acidosis metabólica y rabdomiólisis.
	Estudio de la glucemia en humor vítreo.
Genéticas	Descartar patologías cardíacas sin sustrato en la autopsia como síndrome de Brugada o QT largo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edit. (American Psychiatric Association, ed.); 2013.
2. Correas J, Villoria L. El paciente agitado o violento. In: Masson, ed. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. ; 2003:109-122.
3. Dubin W, Weiss K. Emergency psychiatry. In: Lippincott-Raven, ed. *Psychiatry*. ; 1997:1.
4. Baldwin S, Hall C, Bennell C, Blaskovits B, Lawrence C. Distinguishing features of Excited Delirium Syndrome in non-fatal use of force encounters. *J Forensic Leg Med*. 2016;41:21-27. doi:10.1016/j.jflm.2016.03.006
5. Martín Ayuso D. Análisis del conocimiento de las fuerzas y cuerpos de seguridad en España del síndrome del delirio agitado. Propuesta de directrices para protocolos. *Arch Criminol Segur Priv y Crim*. 2022;18(9):91-109. doi:10.5281/zenodo.5108684
6. Faculty of Forensic & Legal Medicine. Acute behavioural disturbance (ABD): guidelines on management in police custody. Published online 2019. https://fflm.ac.uk/wp-content/uploads/2019/05/AcuteBehaveDisturbance_Apr19-FFLM-RCEM.pdf
7. DeBard ML, Adler J, Chan T, Bozeman WP, Coffman SR, Costello MW. White Paper Report on Excited Delirium Syndrome Assistant Clinical Professor of Emergency Medicine. *Am Coll Emerg Physicians*. 2009;21(08).
8. Mitchell RA, Diaz F, Goldfogel GA, et al. Position Paper: Recommendations for the Definition, Investigation, Postmortem Examination, and Reporting of Deaths in Custody National Association of Medical Examiners. *Natl Assoc Med Exam*. Published online 2017:1-22. doi:10.23907/2017.051
9. National Institute Justice: Weapons & Protective Systems Technologies Center. Special Panel Review of Excited Delirium. Published online 2011. <https://nij.ojp.gov/library/publications/special-panel-review-excited-delirium>
10. Kutcher S, Bowes M, Sandford F, et al. *Report of the Panel of Mental Health and Medical Experts Review of Excited Delirium*; 2009. http://novascotia.ca/just/Public_Safety/_docs/Excited Delirium Report.pdf
11. Gonin P, Beysard N, Yersin B, Carron P-N. CME Information : Excited Delirium : A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2018;25(5):552-565. doi:10.1111/acem.13330
12. World Health Organization. *Strategies to End Seclusion and Restraint*. WHO QualityRights

Specialized Training. Course Guide.; 2019.

13. National Collaborating Centre for Mental Health. *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. British Psychological Society; 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
14. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):17-25. doi:10.5811/westjem.2011.9.6864
15. Knox DK, Holloman GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35-40. doi:10.5811/westjem.2011.9.6867
16. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. doi:10.3109/15622975.2015.1132007
17. Centers of Medicare & Medicaid Services. Cms Manual System. Published online 2008. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R115NCD.pdf>
18. HCPro. *The CMS Restraint Training Requirements Handbook*. HCPro; 2016.
19. García-Portilla MP, Grande i Fullana I. Consenso español: Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. In: *Sociedad Española de Psiquiatría*. ; 2020:126.
20. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(5):898-907. doi:10.1002/emp2.12138
21. Patel MX, Sethi FN, Barnes TRE, et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. *J Psychopharmacol*. 2018;32(6):601-640. doi:10.1177/0269881118776738
22. American College of Emergency Physicians. Use of physical restraints - Policy Statement. Published online 2020. <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/use-of-patient-restraints.pdf>
23. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *Int J Ment*

Health Nurs. 2012;21(4):310-319. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x

24. Misitano RK. Evidence-Based Verbal De-escalation Techniques for the Family Nurse Practitioner : Education and Simulation. Published online 2017. <https://repository.usfca.edu/dnp/91/>
25. Anderson LN, Clarke JT. De-escalating verbal aggression in primary care settings. *Nurse Pract.* 1996;21(10):95, 98, 101-102, passim. doi:doi: 10.1097/00006205-199610000-00007
26. Saavedra Torres SJ, Díaz Córdoba WJ, Zuñiga Cerón L fernanda, Navia Amézquita CA, Zamora Bastidas OT. Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología.* 2015;7(2):29-44. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/morfologia/article/view/52874>
27. Navarro J, Karlins M. *What Everybody Is Saying: An Ex-FBI Agent's Guide to Speed-Reading People.* (HarperCollins, ed.); 2008.
28. Goleman D. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ.* (Books B, ed.); 1995.
29. Ratey JJ, Galaburda AM. *A User's Guide to the Brain: Perception, Attention, and the Four Theaters of the Brain.* (Books P, ed.); 2001.
30. Ledoux J. *The Emotional Brain.* (Simon & Schuster, ed.); 1996.
31. Gross MM, Crane EA, Fredrickson BL. Methodology for Assessing Bodily Expression of Emotion. *Behav J Nonverbal.* Published online 2010:223-248. doi:<https://doi.org/10.1007/s10919-010-0094-x>
32. Knapp ML, Hall JA. *Non-Verbal Communication in Human Interaction.* (Cengage Learning, ed.); 2009.
33. Kohler CG, Turner TH, Gur RE, Gur RC. Recognition of Facial Emotions in Neuropsychiatric Disorders. *CNS Spectr.* 2004;9(4):267-274. doi:10.1017/S1092852900009202
34. Ekman P, Friesen W. *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement;* 1978.
35. Sánchez-Navarro JP, Román F. Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *An Psicol.* 2004;20(2):223-240. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27351>
36. Mavandadi V, Bieling PJ, Madsen V. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale.' *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(6-7):357-368. doi:10.1111/jpm.12310
37. Jacob T, Sahu G, Frankel V, Homel P, Berman B, McAfee S. Patterns of Restraint Utilization in a

- Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatr Q*. 2016;87(1):31-48. doi:10.1007/s11126-015-9353-7
38. Baldwin S, Hall C, Blaskovits B, Bennell C, Lawrence C, Semple T. Excited delirium syndrome (ExDS): Situational factors and risks to officer safety in non-fatal use of force encounters. *Int J Law Psychiatry*. 2018;60:26-34. doi:10.1016/j.ijlp.2018.06.011
 39. Vieta E, Garriga M, Cardete L, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1-11. doi:10.1186/s12888-017-1490-0
 40. Zimbhoff DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs*. 2008;22(3):199-212. doi:10.2165/00023210-200822030-00002
 41. Hallett N. Preventing and managing challenging behaviour. *Nurs Stand*. 2018;32(26):51-63. doi:10.7748/ns.2018.e10969
 42. Parada Torres E. *Psicología y Emergencia. Habilidades Psicológicas En Las Profesiones de Socorro y Emergencia*. 2nd ed. (Desclée de Brouwer, ed.); 2009.
 43. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):26-34. doi:10.5811/westjem.2011.9.6866
 44. Solano JJ, Clayton LM, Parks DJ, et al. Prehospital ketamine administration for excited delirium with illicit substance co-ingestion and subsequent intubation in the emergency department. *Prehosp Disaster Med*. 2021;36(6):697-701. doi:10.1017/S1049023X21000935
 45. Rund DA, Ewing JD, Mitzel K, Votolato N. The use of intramuscular benzodiazepines and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. *J Emerg Med*. 2006;31(3):317-324. doi:10.1016/j.jemermed.2005.09.021
 46. Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Martín López LM. Urgencias psiquiátricas. In: Masson, ed. *Introducción a La Psicopatología y La Psiquiatría*. 7th ed. ; 2011:532-547.
 47. Seoane Lago A, Alava, Cascón T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. In: *Hospital Universitario Príncipe de Asturias*. ; 2005.
 48. Martín-Cazorla F, Santos-Amaya I, Ramos-Medina V, Rubio-Lamía LO, Palomo-Rando JL. Muerte por síndrome de deliriumm agitado en Andalucía. *Rev Española Med Leg*. 2010;36(2):62-67. doi:10.2307/1136743

49. Chinchilla A. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2 ed. (ELSEVIER ESPAÑA SL., ed.); 2009.
50. Chamorro C, Martínez-Melgar J., Barrientos R, GRUPO DE TRABAJO, SEMICYUC DAYSD LA. Monitorización de la sedación. 2008;32(1):45-52. <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13116126>
51. Ely EW, Truman B, Thomason JWW, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983
52. Isenberg DL, Jacobs D. Prehospital Agitation and Sedation Trial (PhAST): A randomized control trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular midazolam for the sedation of the agitated or violent patient in the prehospital environment. *Prehosp Disaster Med*. 2015;30(5):491-495. doi:10.1017/S1049023X15004999
53. Martín-Cazorla F. *Delirium Agitado: Manejo Forense, Clínico y Policial*. Bosch Editor; 2021.
54. DeSouza IS, Thode H, Shrestha P, Allen R, Koos J, Singer AJ. Rapid tranquilization of the agitated patient in the emergency department: A systematic review and network meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2022;51:363-373. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.011>
55. Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Ballesteros Merino M, Martínez Ruiz M. *Guías Fistera. El Paciente Agitado*. (Fistera, ed.). Fistera; 2020.
56. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl*. 2011;108(13):222-230. doi:10.3238/arztebl.2011.0222
57. Casado Flórez I, Sánchez Santos L, Rodríguez Calzada R, Rico-Villademoros F, Roset Arissó P, Corral Torres E. Incidencia y variabilidad de manejo de la agitación aguda en los servicios de emergencias médicas. *Emergencias*. 2017;29(4):253-256.
58. Castillo EM, Prabhakar N, Luu B. *Factors Associated with Law Enforcement-Related Use-of-Force Injury*. Vol 30. Elsevier Inc.; 2012:526-531. doi:10.1016/j.ajem.2011.01.017
59. Hall C, Kader AS, Danielle McHale AM, Stewart L, Fick GH, Vilke GM. Frequency of signs of excited delirium syndrome in subjects undergoing police use of force: Descriptive evaluation of a prospective, consecutive cohort. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(2):102-107. doi:10.1016/j.jflm.2012.05.008
60. Wilson MP, Vilke GM. The patient with excited delirium in the emergency department. *Behav Emergencies Emerg Physician*. Published online 2013:125-131. doi:10.1017/CBO9781139088077.021

61. Smith MR, Kaminski RJ, Rojek J, Alpert GP, Mathis J. The impact of conducted energy devices and other types of force and resistance on officer and suspect injuries. *Policing*. 2007;30(3):423-446. doi:10.1108/13639510710778822
62. MacDonald JM, Kaminski RJ, Smith MR. The effect of less-lethal weapons on injuries in police use-of-force events. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2268-2274. doi:10.2105/AJPH.2009.159616
63. Ho JD, Dawes DM, Nelson RS, et al. Acidosis and Catecholamine Evaluation Following Simulated Law Enforcement "Use of Force" Encounters. *Soc Acad Emerg Med*. 2010;17(7):60-68. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00813.x
64. López López MT, De Montalvo Jääskeläinen F, Bedate Alonso C, et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. In: *Comité de Bioética de España*. ; 2016.
65. San Martín Ruiz O, Álvarez Díaz R, Cortes Duran E, et al. Protocolo de inmovilización terapéutica del paciente agitado. In: *Hospital Universitario La Paz*. ; 2015.
66. Huizing E, El-Khabit Vázquez M, Navarro Domínguez F, et al. *Protocolo de Contención Mecánica*. (Servicio Andaluz de Salud, ed.); 2010. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/protocolo-de-contencion-mecanica>
67. Lachance C, Wright M-D. *Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545889/pdf/Bookshelf_NBK545889.pdf
68. CEAS. Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes. In: *Hospital La Fuenfría y Hospital Clínico San Carlos*. ; 2010.
69. López Fernández I, Alonso Fernández J, del Valle García M, et al. Protocolo De Contención De Pacientes. In: *Servicio de Salud Del Principado de Asturias*. ; 2018.
70. Unidad de Psiquiatría. HIC. Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura. In: *Servicio Extremeño de Salud*. ; 2017.
71. MIND. *Mental Health Crisis Care: Physical Restraint in Crisis. A Report on Physical Restraint in Hospital Settings in England*; 2013. https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf
72. Kunz SN, Þórðardóttir S, Rúnarsdóttir R. Restraint-related asphyxia on the basis of a drug-induced

- excited delirium. *Forensic Sci Int*. Published online 2018. doi:10.1016/j.forsciint.2018.04.051
73. Pujol-Robinat A, Salas-Guerrero M. Muerte súbita cardíaca en circunstancias especiales. *Rev Esp Med Leg*. 2018;44(1):38-45. doi:10.1016/j.reml.2017.10.003
 74. Medallo-Muñiz J, Martín-Fumadó C, Nuno-Vieira D. Actuación medicolegal en personas en custodia judicial o policial. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(SUPPL. 2):12-15. doi:10.1016/S0025-7753(14)70066-1
 75. Kunz SN, Þórðardóttir S, Jónasson JG. Arrest-related death on the basis of a drug-induced excited delirium syndrome. *J Forensic Leg Med*. 2021;77. doi:10.1016/j.jflm.2020.102091
 76. Gill JR. The syndrome of excited delirium. *Forensic Sci Med Pathol*. 2014;10:223-228. doi:10.1007/s12024-014-9530-2
 77. Castellà García J, Marrón Moya MT, Recio Andrés I. *Recomendaciones Específicas Para La Unificación de La Autopsia Judicial En El Instituto de Medicina Legal de Cataluña.*; 2013.
 78. Vilke GM, Mash DC, Pardo M, et al. EXCITATION study: Unexplained in-custody deaths: Evaluating biomarkers of stress and agitation. *J Forensic Leg Med*. 2019;66:100-106. doi:10.1016/j.jflm.2019.06.009
 79. Martín-Cazorla F, Santos-Amaya I, Rubio-Lamia L. Historia del síndrome de delirium agitado. *Rev la Esc Med Leg*. 2009;(11):11-21. <https://revistas.ucm.es/index.php/REML/article/view/50331/46780>