

# Trastornos Mentales

Pablo Cantú Dedes, Dennis .González Valencia y Flora Sepúlveda Belmar

## :: Caso Clínico



“Usted está en turno, cuando es gatillado por un procedimiento, a causa de un varón de 32 años, quien estaría convulsionando según testigos. Al llegar, el paciente estaba tendido de espaldas en el piso de su dormitorio. Al acercarnos el enfermo nos ve y comienza con movimientos intensos de extremidades y tronco, golpeando el suelo con los puños.”

## OBJETIVOS DEL CAPITULO

Al final del capítulo el alumno debe ser capaz de:

- Comprender las características generales y manejo prehospitalario de un paciente psíquicamente agitado.
- Comprender las características generales y manejo prehospitalario de un paciente Simulador, Somatizador.
- Comprender las características generales y manejo prehospitalario de un paciente con Riesgo Suicida.
- Comprender las características generales del traslado psiquiátrico.
- Comprender el Modelo del Abordaje prehospitalario del paciente con trastornos psiquiátricos.

### Introducción.

En este capítulo entregaremos algunos conceptos teóricos y prácticos que consideramos indispensables para un adecuado enfoque pre-diagnóstico y terapéutico de la patología psiquiátrica en el ámbito de la Atención Prehospitalaria. En general, resulta especialmente grave para el personal de salud, enfrentarse a una situación de urgencia con un paciente que sufre psíquicamente. Nos confrontamos a una emergencia situacional, en el breve momento que estamos con el paciente debemos dimensionar que, a pesar de ser un sufrimiento individual, implica cambios en el entorno afectivo y social. Teniendo en cuenta todos los aspectos podremos conceder un especial cuidado a la atención del paciente y aliviar la tensión y la confusión del mismo y sus familiares.

Nos limitaremos a describir y analizar algunos síndromes situacionales gruesos, sin entrar en el diagnóstico exquisito de la patología psiquiátrica, además de abordar sus formas de traslado y derivación.

### 1. Paciente agitado y/o violento.

Recordemos que los individuos más violentos de nuestra sociedad no son enfermos mentales y el tratamiento para ellos es la ley. (2)

La violencia vista en el marco sanitario comprende aquellos individuos con enfermedad psiquiátrica diagnosticable, aquellos que muestran un trastorno neurológico u orgánico que produce violencia, los que perciben sus actos violentos con desagrado, los que están intoxicados o experimentan un síndrome de abstinencia. (1,2)

La aproximación diagnóstica y terapéutica en estos casos, debe ceñirse a normas bien delimitadas. (2)

- El personal de reanimación debe examinar el medio y la seguridad en la escena prioritariamente.
- Tanto el personal como el paciente deben tener acceso a una puerta (salida, escape).
- Personal de seguridad cercana y disponible. (carabineros)
- Hablaremos de forma firme, enérgica, segura, conservando el autocontrol.
- Mostrar interés en el problema, darle seguridad al paciente.
- Mantener una distancia discreta del paciente.
- No tener en el lugar objetos manipulables que puedan servir para la agresión.

Elementos de sospecha de violencia inminente: (2,3)

- Tono del habla es grave, amenazante y vulgar.
- Tensión muscular, se sienta en la punta de la silla o tensa los brazos.
- Hiperactividad, se pasea intranquilo.
- Golpea puertas y muebles.

En cualquiera de estos casos mantenga el autocontrol, no se enfrente al enfermo, aléjese a una zona de seguridad (ambulancia por ejemplo), contáctese con el CR en espera de personal especializado (ambulancia psiquiátrica) y carabineros. No intente abordar solo a este paciente. (5)

### 1.1 Manejo del Paciente Violento y/o Agitado:

Se describen diferentes métodos y formas para controlar efectivamente a un paciente con un trastorno

mental violento. Estas se pueden agrupar en tres pasos consecutivos de acción, de tal modo poder racionalizar nuestros esfuerzos. Estos son:

- Contención Verbal
- Contención Física
- Contención Farmacológica

### 1.1.1 Contención Verbal.

Las técnicas de contención verbal son un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores por medio de la cual interactúan cada uno con sus propios objetivos, emitiendo simultáneamente mensajes verbales y no verbales e influyéndose recíprocamente a lo largo de la interacción. (6,7)

Ante todo los objetivos que nos hemos planteado son los que tienen que guiar y orientar nuestras acciones, constituyéndonos en personas dignas de confianza, ser recompensante ante actitudes positivas, establecer una buena alianza con el paciente implicándole activamente, identificando sus competencias, cualidades y habilidades. Intentando producir sentimientos de autoeficacia, con lo que conseguiremos en el paciente el deseo de comunicarse con nosotros. (2)

Evitar acusaciones, amenazas y/o exigencias así como los mensajes “tú”. No cortar la conversación, ni poner etiquetas ni generalizar (“siempre”), ni dar consejos prematuros o no pedidos; hablar con claridad sin emplear palabras técnicas. Se debe escoger si es posible el mejor momento y lugar para la conversación, escuchar activamente, hacer preguntas abiertas y específicas, pedir peticiones de parecer (que te parece, que podríamos hacer, me gustaría saber tu opinión sobre...), declaraciones de deseos con mensajes “yo” ( me gustaría, deseo, etc.), aceptar críticas y porqué no, usar el sentido del humor cuando creamos que el paciente lo aceptará. (6,7)

En cuanto al mensaje no verbal, hay que tener cuidado con las manos y no movilizarlas en actitud amenazante, respetar el círculo de seguridad del paciente, no hacer movimientos rígidos, rápidos ni bruscos, y mantener con el cuerpo, el tono de la voz y la conversación un ritmo relajante. (6,7)

### 1.1.2. Contención Física.

La reducción física debe de ejecutarla la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera, y en último momento el personal de reanimación, y siempre en colaboración con alguien, y no sólo por los peligros que conlleva la reducción en sí para la que no estamos preparados al no conocer las distintas técnicas, sino porque el personal de salud es el que va a tener que ganar posteriormente la confianza del paciente y es preferible no crear en él sentimientos animadversivos contra el estamento médico. (1,2,6)

Cuando el paciente advierte un número grande de personas dispuesto a reducirlo, por lo general se somete.

### Consideraciones de la Contención Física.

1. Debe planificar plan de contención.

2. Debe realizarse preferiblemente cuando el paciente esta distraído.
3. Deben estar preparados los sedantes a utilizar en caso que sean necesarios.
4. Las ataduras de cuero son las más seguras. Deben quedar ajustadas pero no apretadas.
5. Hay que explicar al paciente el motivo de la contención y la forma.
6. Nunca retirar las ataduras si no hay suficiente personal para una nueva contención.
7. Los pacientes intoxicados deben ser contenidos en posición lateral para prevenir vómitos y con ellos la aspiración. (2)

### 1.1.3. Contención Farmacológica.

Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa ante su persona

El único objetivo que debemos plantearnos ante una reducción farmacológica es la posible complicación que supone el traslado de un paciente reducido mecánicamente y por tanto agitado, y las ventajas que para el paciente conlleva el ser trasladado dócilmente relajado o dormido, evitando incluso posibles lesiones. Pero dado que los fármacos que empleamos para lograr este objetivo son potencialmente letales (básicamente haloperidol y benzodiazepínicos), es conveniente ir en un medio de transporte que disponga de medios y personal preparado para afrontar las posibles complicaciones yatrogénicas que puedan surgir.

Agitación leve:

- Lorazepam 1 – 2 mg. EV o IM, deltoides, cada 5-10 min.
- Diazepam 5 – 10 mg. EV lento, cada 10 min.
- En caso de reacción paradójica a Benzodiazepinas debe aplicarse Haloperidol, 5 mg, IM cada 20-30 min. (1,8)

Agitación severa:

- Lorazepam 2 – 4 mg, IM, deltoides, cada 3 – 5 min.
- Haloperidol, 5 mg, IM cada 20 – 30 min.
- Estas drogas se potencian y su efecto es superior al que ejercerían altas dosis de cada uno por separado. (1,8)

Traslado rápido a SU adecuado, previa información al Centro Regulador.

## 2. Paciente somatizador, simulador.

### 2.1. Trastornos somatomorfos:

Grupo de trastornos que tiene como rasgos esenciales síntomas físicos para los cuales no hay hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y en los que hay pruebas positivas o una fuerte presunción de que los síntomas están vinculados a factores o conflictos psicológicos.

El Trastorno de Somatización o la antiguamente llamada histeria. Las personas manifiestan quejas somáticas recurrentes y múltiples, las quejas se presentan de forma espectacular o vaga, son frecuentes la ansiedad y la depresión. El trastorno comienza antes de los 30 años y tiene un carácter crónico y fluctuante, estos individuos consumen gran cantidad de medicamentos y consultan a muchos especialistas distintos. Su tratamiento esta dirigido a no sobretratar al paciente y derivarlo a un médico general. (1, 3)

El Trastorno por Dolor o dolor psicógeno, el paciente mantiene un dolor por al menos 6 meses sin que exista causa orgánica o fisiológica que lo justifique, pueden describirse cambios sensoriales y motores, generalmente tienen ganancia secundaria. (1,3)

El Trastorno de Conversión se diagnostica cuando hay una pérdida o alteración funcional que sugiere un trastorno físico, la persona no es consciente de estar provocando el síntoma, estos aparecen de forma abrupta y en el marco de un estrés psicológico, afectan un único sistema en el episodio, pudiendo variar en otros episodios. (1,3,8,10)

La Hipocondría es la interpretación no realista de los síntomas físicos como algo anormal. Esto determina la preocupación por el temor o la creencia de padecer un enfermedad grave. Estos individuos generalmente no sienten molestias físicas, pero consultan innumerables ocasiones para poder descartar la posible existencia de alguna enfermedad. (1,3,8)

## 2.2. Trastornos de Simulación.

Producción voluntaria de síntomas con ganancia secundaria, entiéndase evitar el trabajo, la persecución legal, compensación económica, etc.

Existen tres rasgos cardinales para el diagnóstico:1,3,10

- Produce voluntariamente los síntomas psicológicos claramente.
- Los síntomas que produce, simulan o son objeto de queja que no se explica por otro trastorno mental o físico.
- El objetivo del individuo es asumir el papel de enfermo, con ganancia secundaria.

## 2.3. Tratamiento y Manejo General de estas entidades. (3,10)

- Primero establezca si existe un diagnóstico previo de alguna patología relacionada.
- Actúe con firmeza y confianza en sí mismo.
- No se altere, no discuta con el paciente.
- Aliéntelo y corríjale su actitud.
- Sea amable con el paciente y sus familiares.
- Comuníquele al paciente y sus familiares el origen de su trastorno.
- Ofrézcale opciones de ayuda.
- Si el paciente persiste en sus síntomas, trasládalo al SU.

## 3. Paciente suicida y riesgo suicida.

El suicidio es particularmente trágico pues constituye una de las principales causas de muerte en personas jóvenes, es mayormente logrado por hombres e intentado por mujeres. El suicidio genera una gran incertidumbre y malestar entre familiares y amigos de la víctima. (1,2,4) El suicidio es siempre predecible. Ningún factor o predictor de riesgo o combinación entre ellos es definitivo.

### Suicidio auténtico:

Se caracteriza por el empleo de un procedimiento eficaz y cuyo perfil tipo corresponde a un varón, entre los 40 y los 60 años. Proporción varón / mujer para suicidio consumado era de 3/1. (8)

### Parasuicidio:

Intento de suicidio, gesto autolítico o gesto suicida, sus procedimientos y motivaciones no están dirigidas a producir el suicidio, sino como un medio de demostrar valentía o ira o es una forma de buscar un cambio en su situación personal. Cualquier intento de suicidio debe ser considerado como forma de enfermedad y debe ser remitido para asistencia psiquiátrica. En consecuencia, todo caso de suicidio o intento de suicidio es, por definición, un caso psiquiátrico que nunca debe ser dado de alta sin ser evaluado por un psiquiatra. (2,4,8)

### 3.1. Factores de riesgo de suicidio: (2,8)

- Depresión mayor.
- Alcoholismo.
- Historia de intentos o amenazas de suicidio.
- Sexo masculino.
- Edad avanzada.
- Solteros o viudos.
- Desempleados y sin calificación.
- Enfermedades crónicas.
- Dolores crónicos.
- Enfermedad terminal.
- Tenencia de armas en casa.

### 3.2. En qué casos tendremos especial cuidado.

- Paciente que sobrevive a un intento suicida.
- Paciente que se presenta con la queja de ideación suicida.
- Paciente que solicita estar acompañado.
- Paciente que niega la idea pero se comporta demostrándolo.
- Paciente que estando deprimido mejora rápidamente.

### 3.3. Recomendaciones para un índice de sospecha elevado. (1,2,4)

- Tomar en serio toda amenaza, aunque parezca una manipulación.
- Conversar clara y abiertamente con el paciente acerca del suicidio.
- Si se niega a hablar sobre el tema, consultar a familiares y amigos.

### 3.4. Evaluación de riesgo suicida: (2,4,9)

- Grupo étnico: raza blanca, mayor riesgo.
- Sexo: varones, mayor riesgo.
- Presencia de ideas suicidas y realización de planes concretos con tal fin.
- Antecedentes de intentos previos o haber presentado ideas suicidas de frecuencia diaria y duración superior a un mes.
- Antecedentes familiares de conducta suicida.
- Trastorno depresivo, según criterios DSM-IV o CIE-10.
- Trastornos de conducta.
- Consumo de alcohol u otras sustancias de abuso, al menos tres veces por semana.

Cada ítem vale un punto:

- Inferior a 3, sin riesgo suicida.
- De 3 ó 4, riesgo moderado, no precisan intervención urgente, derivar a atención psiquiátrica ambulatoria.
- Superior a 5, deben ser sometidos a entrevista exhaustiva encaminada a detectar el riesgo de suicidio inmediato y deben ser ingresados para recibir tratamiento psiquiátrico.

### 3.5. Manejo General En El Ámbito Prehospitalario.

- Seguridad de la escena
- A-B-C
- Fundamental proveer una instancia de diálogo con el enfermo. Esta permitiría identificar el riesgo, evitar, en lo posible el acto y proveer de una base para la futura solución del problema.

#### 3.5.1. Cómo llevar la entrevista. (6)

En primer lugar nos presentaremos, explicándole si es necesario, el motivo por el que estamos allí, para después pedirle que nos cuente qué le pasa. Ante todo debemos mantener una actitud tranquilizadora encaminada a absorber el temor y la ansiedad del enfermo y mantener también una actitud firme y segura expresando lo que queremos, o lo que queremos que él crea de un modo directo, claro y lo más honesto posible, además de mostrar respeto hacia nuestro paciente y no dañar su autoestima. Converse con el paciente en todo momento. no dejar nunca al enfermo solo, incluso si no existe tal riesgo suicida, hasta que el paciente no este bien evaluado, no se le debe dejar solo bajo ningún concepto.

En estos casos de riesgo suicida conviene empezar la entrevista con preguntas generales sobre el estado afectivo (tristeza, aflicción) y expectativas de futuro (pesimismo) sin olvidar recoger información sobre métodos planes y circunstancias del o los intentos, si es que los ha habido, ya que hay que terminar hablando directamente con él sobre su problema sin tapujos. En estos pacientes hay que plantearse rescatar expectativas (rescatar áreas favorables, aumentar su autoestima, elaborar junto con él una estrategia realista para afrontar su situación crítica) y demostrar al paciente que “cuenta con un apoyo emocional” (de profesionales, familiares o personas significativas). (4)

La conducta suicida puede surgir en cualquier categoría diagnóstica, desde los trastornos de personalidad hasta las psicosis, pasando por los trastornos orgánico-cerebrales y por lo tanto es importante explorar en todo interrogatorio acerca de pensamientos o intenciones suicidas. Si bien no hay predictores seguros, si hay criterios indicativos de gravedad: (2,4)

- Potencia letal del intento: A mayor agresividad del intento peor pronóstico. ¿estaba convencido el paciente de que el método funcionaría? ¿Había hecho alguna maniobra financiera de despedida? (testamento, seguros de vida, donaciones de bienes, etc.)
- Posibilidad de rescate o ayuda: Si ingiere tabletas y lo comunica inmediatamente resta importancia, por el momento, al intento.
- Historia familiar o personal de conducta suicida. Esto empeora el pronóstico.
- Trastorno psiquiátrico: Si el paciente está psicótico (delirante o alucinado) o intoxicado por alcohol o drogas el pronóstico es peor.
- Otros factores: El riesgo aumenta con la edad, divorcio o viudez, sexo (varones mas intentos graves, mujeres mas tentativas), trastorno físico grave, desempleo, soledad, aniversarios, despido, etc.

### 4. Traslado psiquiátrico:

El traslado psiquiátrico una vez decidido, debe hacerse en uno de estos tres medios:

Ambulancia convencional: siempre que tengamos claro que el paciente no es o va a convertirse en un paciente agresivo, el traslado es voluntario, y el paciente va a ser acompañado por un familiar o alguien detrás (11).

Ambulancia psiquiátrica. Ambulancia específicamente preparada para trasladar pacientes psiquiátricos. En teoría e idealmente no llevaría camilla, sino una silla fuertemente anclada al suelo y provista de sujeciones amplias a la cabeza, tórax, brazos y antebrazos, abdomen, muslos y piernas, así como acolchamiento adecuado de la silla y las paredes del habitáculo. El personal de la ambulancia sólo se dedicaría al traslado de estos pacientes y estaría entrenado en técnicas de reducción verbal y física así como dispondría de medios de protección adecuados. (11)

Ambulancia avanzada. Sería un móvil de reanimación avanzada que, en este caso, se empleará para trasladar a un paciente relajado o sedado, que iría sujeto a la camilla, pudiendo acompañarlo además personal policial o auxiliar. (11)

El traslado debe hacerse siempre que se pueda hacia un hospital que tenga urgencias psiquiátricas disponibles y de ser posible con el traslado aceptado y la cama confirmada (en Santiago Hospital Barros Luco Trudeau y Hospital Psiquiátrico)

### 5. Modelo propuesto de abordaje del paciente psiquiátrico.

“Todas las personas con una enfermedad mental o que sean atendidas como tales, deben ser tratadas con

humanidad y respeto por su inherente condición de Seres Humanos". (extracto de la Resolución 46/119 de la O.M.S.). (5)

Como ya hemos visto, el manejo de enfermos con patología psiquiátrica, no puede obedecer a generalidades ni a normas, debido a la diversidad y complejidad de estos cuadros; pero desde un punto de vista primario, es decir durante el primer acercamiento del paciente ante los estamentos de salud, en especial ante los equipos de reanimación prehospitalaria y de urgencia si creemos que es válido el confeccionar un protocolo de manejo que establezca la mejor forma de abordar estos pacientes.

En cuanto al manejo lo primero, sin duda, es la valoración de la seguridad de la escena. Siempre con la presencia de más de un reanimador, procurar una intervención cautelosa, teniendo en cuenta una vía de salida oportuna.

La evaluación sistemática del ABC, debe ser criteriosa sin olvidar el control de hemoglucotest. Una vez

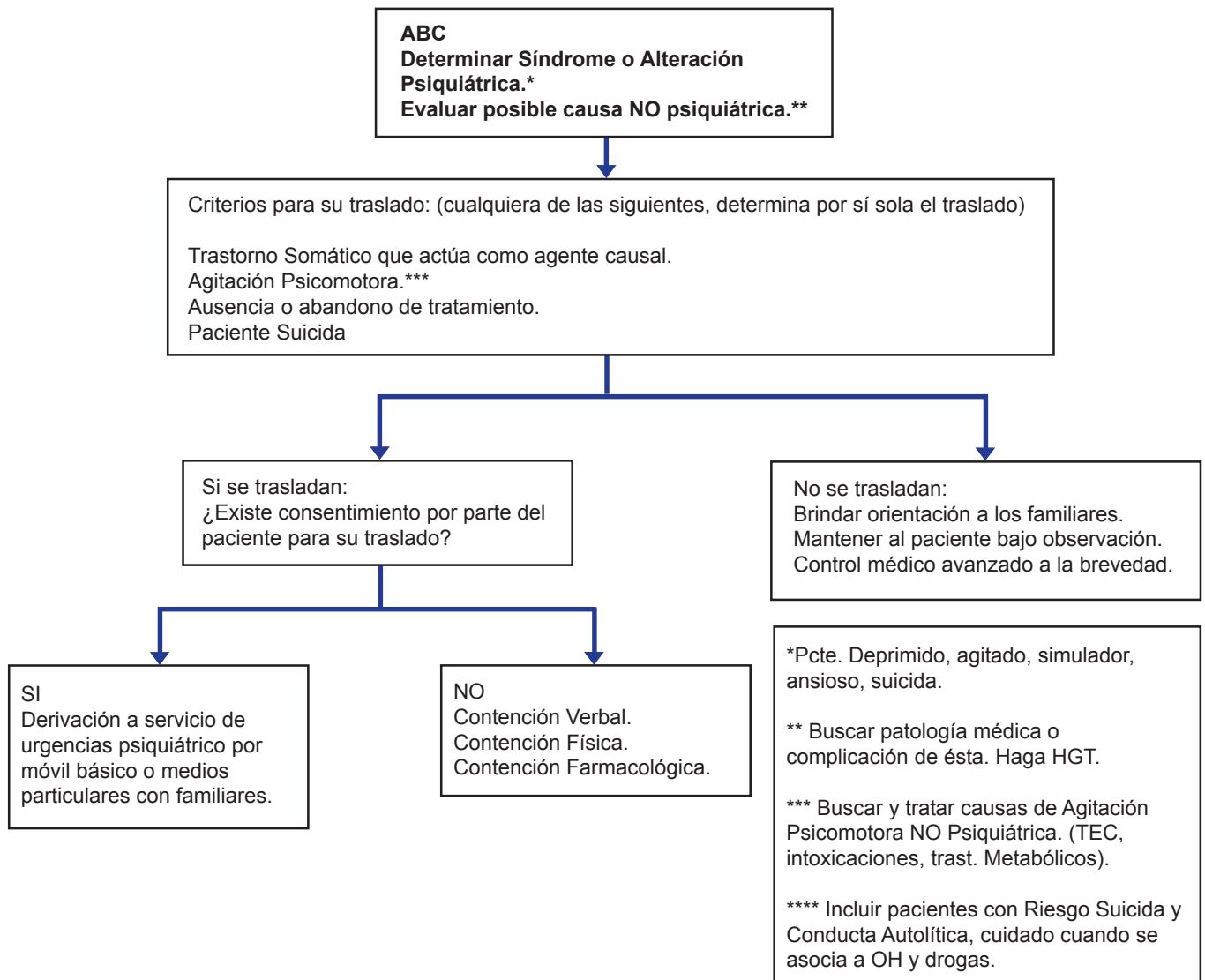
determinado la condición general del paciente debemos determinar si se traslada o no. Para esto podemos aplicar los siguientes criterios:

- ¿Hay un trastorno somático que actúa como agente causal del desorden psiquiátrico?
- ¿Estamos en frente de una agitación psicomotora que ponga en peligro al paciente y/o su entorno?
- ¿Hay ausencia o abandono de tratamiento psiquiátrico prescrito?
- ¿Estamos en presencia de un enfermo con riesgo suicida?

Cualquiera de las anteriores determina que el paciente debería ser trasladado. Ahora bien, si existe consentimiento por su parte el traslado sería en móvil básico o por sus medios. Mientras que si no la hay, deberíamos trasladar al enfermo en condiciones avanzadas.

Por último la derivación, como ya se dijo, debería ser a un servicio de urgencia psiquiátrico adecuado o bien a un servicio de urgencia general.

**Manejo del paciente psiquiátrico.**



## Caso clínico inicial: resolución

Una vez que determinamos que la situación es segura, nos acercamos al enfermo y definimos si efectivamente el aparente cuadro convulsivo es tal. Impresiona que sus movimientos mas bien son voluntarios, pues obedecen a la sinergia muscular. Al acercarnos hay temblor palpebral intenso, impide voluntariamente que abramos sus párpados y al lograrlo su mirada se dirige hacia arriba. Realizamos un HGT con un valor de 165 mg/Dl. Todo esto nos inclina a pensar que definitivamente el enfermo se encuentra en un estado conversivo ansioso. Procedemos a informar de la situación tanto a los testigos, calmando la ansiedad generalizada, además de informar al centro regulador. Procedemos a realizar intervención en crisis, comenzando con la contención verbal. Nuestra posición, cercana al enfermo, pero sin invadir su perímetro de seguridad, ofrecemos nuestra conversación procurando llegar al origen del problema sin forzar al individuo. Nuestra actitud es neutral pero serena, apoyadora sin llegar a ser complaciente. En ese momento el paciente cesa de moverse y comienza a llorar, ante lo cual nosotros facilitamos su desahogo convidándole a hacerlo sin limitaciones. Luego que el paciente nos impresiona más relajado, indagamos cautamente sobre el origen de su problema. El enfermo ya sin tanto apremio nos relata su conflicto el cual escuchamos atentamente. Luego de la intervención hablamos con el enfermo de la necesidad de manejo especializado para su alteración mental, que necesita diagnóstico y que el tratamiento tiene alta probabilidad de ser efectivo en su caso. De esta forma accede a trasladarse para una evaluación psiquiátrica. Se conversa con los familiares responsables de él y se decide, en conjunto con el médico regulador, dejar al paciente a cargo de sus familiares con la indicación de evaluación especializada próxima.

### Preguntas:

1. Ante un paciente agitado- violento, qué deberíamos tener a nuestras espaldas?

- a) Personal de Carabineros
- b) Drogas preparadas para contención farmacológica
- c) Una vía de escape
- d) Un elemento disuasivo como un garrote
- e) Elementos que den confianza al enfermo, como cigarrillos.

2. En cuanto al paciente suicida es cierto que:

- a) El suicidio es más intentado por hombres, pero más consumado por mujeres
- b) Hay poco riesgo en aquellos que ya sobrevivieron a un intento de suicidio
- c) En la entrevista es mejor no hablar directamente del

deseo de morir ante el enfermo

- d) Todo intento o ideación suicida debe ser atendida seriamente aun cuando parezca manipulación
- e) Un paciente con intento suicida debe ser trasladado solo si se ha lesionado durante su acto.

3. Cualquiera de los siguientes criterios, indican que un enfermo con trastornos mentales debe ser trasladado:

- a) Un trastorno somático que actúa como agente causal del desorden psiquiátrico
- b) Una agitación psicomotora que ponga en peligro al paciente y/o su entorno
- c) Ausencia o abandono de tratamiento psiquiátrico prescrito
- d) Presencia de un enfermo con riesgo suicida
- e) Todas las anteriores.

### :: Apuntes

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Bibliografía

---

1. Saunders. Ho. Manual moderno. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencia. 3a Ed. Urgencia Psiquiátrica. 41. 843-861.
2. Steven E. Hyman - George E. Tesar - Paul J. Barreira. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3a Ed. Paciente Suicida. 4. 23-29.
3. Steven E. Hyman - George E. Tesar - Paul J. Barreira. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3a Ed. Paciente Ansioso. 18. 147-161.
4. Steven E. Hyman - George E. Tesar - Paul J. Barreira. Manual de Urgencias Psiquiátricas 3a Ed. Depresión. 17. 133-145.
5. Leonardo Alegría A. Formación Técnica en el Manejo de Pacientes Psiquiátricos de Urgencia. Manual. 2001.
6. Tintinalli, Ruiz, Krome. American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine. 4a Ed. 1997. Behavioral Disorders: Emergency Assessment and Stabilization. 242. 1335-1338.
7. Tintinalli, Ruiz, Krome. American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine. 4a Ed. 1997. Crisis Intervention. 247. 1352-1356.
8. Doyma. El Manual Merk. 1989. Psiquiatría. 12. 1708-1817.
9. American Psychiatric Association. Masson, Barcelona. 1995. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
10. Tintinalli, Ruiz, Krome. American College of Emergency Physicians. Emergency Medicine. 4a Ed. 1997. Conversion Reactions. 246. 1350-1352.
11. Malagon. Londoño. Manejo Integral de Urgencias 2a Ed.

