

Manejo inicial del paciente agitado

VÍCTOR FERNÁNDEZ GALLEGO¹, EDUARDO MURCIA PÉREZ², JUAN SINISTERRA AQUILINO³,
CARMEN CASAL ANGULO⁴, MARÍA CARMEN GÓMEZ ESTARLICH¹

¹UVI Móvil Motilla del Palancar. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Cuenca, España.

²Departamento de Medicina Legal y Preventiva. Facultad de Medicina. Universitat de València, España. ³UVI Móvil de Almansa. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Albacete, España. ⁴Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU). Servicio de Emergencias Sanitarias. Valencia, España.

CORRESPONDENCIA:

Víctor Fernández Gallego
UVI Móvil Motilla del Palancar
Ronda Sur, s/n
(Parque de Bomberos)
16200 Motilla del Palancar
Cuenca, España
E-mail: victorf@sescam.jccm.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

15-11-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

13-5-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Los pacientes agitados son una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrentan los médicos en su práctica clínica. En la primera valoración, además de tomar las oportunas medidas de seguridad, debemos de hacer un diagnóstico de presunción basado en el origen de la agitación (causa orgánica, trastorno mental subyacente o manifestación de una ansiedad extrema). Ello facilitará una posible resolución mediante un abordaje verbal o por el contrario se procederá a la contención mecánica. En caso de que se tome esta última decisión, se debe planificar con antelación y realizarla con al menos 5 personas. Dicha maniobra suele ser el paso previo a la contención con sedación farmacológica con benzodiazepinas, neurolepticos o una pauta combinada de ambos. Es necesario tener en cuenta el riesgo que suponen estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende o incluso su propia vida, por lo que son candidatos a ingresar en unidades de psiquiatría de forma voluntaria o involuntaria. Si optamos por esta última, debe realizarse al amparo de la Ley, así como las medidas de contención y sedación adecuadas. Todas estas maniobras tienen que estar reflejadas con nuestro informe para el psiquiatra de guardia, que es quien realiza el ingreso. [Emergencias 2009;21:121-132]

Palabras clave: Agitación. Paciente violento. Emergencia psiquiátrica. Urgencia psiquiátrica. Contención. Internamiento.

Introducción

La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora¹, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. Representan un grave problema para el propio paciente (autoagresión), para los familiares, personal sanitario y el entorno en general, tanto personas (heteroagresión) como bienes.

Son situaciones a las que se ha enfrentado tradicionalmente el médico en su praxis con métodos tan variados como controvertidos donde los "accesos de furor de los enajenados" eran contenidos mediante cepos, grillos y reclusión durante meses en jaulas y posteriormente con sillones y camisas de fuerza²; y a las que todavía tienen que enfrentarse con cierta frecuencia los profesionales

que trabajan en el ámbito de las urgencias y emergencias, en centros de Salud Mental, y en general todos aquellos profesionales que atienden a pacientes drogodependientes, alcohólicos y pacientes psiquiátricos³, y que requieren de una intervención rápida.

El paciente agitado no debe confundirse con el violento "per se". Éste genera un problema de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido por personal de seguridad, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer, ya que el estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables⁴.

La agitación psicomotriz no es en forma alguna privativa, ni siquiera característica de los enfermos mentales como se verá a lo largo de este tema, pero no cabe duda de que cierto número de los enfermos que son atendidos por los servicios

de urgencia y unidades de psiquiatría han ejercido algún tipo de violencia⁵.

Etiología

La agitación es en ocasiones la manifestación de una enfermedad médica, en otras es signo de ansiedad extrema y en otras la expresión de un trastorno mental subyacente. Si la agitación psicomotriz viene acompañada con alteración del nivel de conciencia se habla de *delirium*⁶. Antes de abordar una decisión terapéutica se ha de establecer un diagnóstico diferencial de presunción y categorizar al paciente en alguno de estos tres grandes grupos diagnósticos.

Este diagnóstico de presunción orientará el abordaje terapéutico, se hará en función tanto de la sintomatología reflejada por el paciente (nivel de conciencia, lenguaje, etc.) como por la información facilitada por familiares, amigos o testigos (antecedentes psiquiátricos o de enfermedad orgánica, factores precipitantes, consumo o suspensión de tóxicos, forma de inicio, episodios previos, duración del mismo, etc.). En ocasiones, una buena historia clínica detallada no es posible hasta la contención del paciente.

Trastorno mental orgánico

La prioridad, como en toda urgencia psiquiátrica, será descartar una causa orgánica que requiera un tratamiento específico. Diversos trastornos sistémicos del sistema nervioso central así como el abuso de tóxicos terminan repercutiendo sobre la función cerebral, y pueden ocasionar un cuadro de agitación psicomotriz que se manifiesta generalmente como un síndrome confusional agudo o *delirium*, que presenta unas características propias (Tabla 1) y que generalmente no ceden con la contención verbal, por lo que se debe recurrir a la inmovilización del paciente³. Los trastornos orgánicos que pueden provocar un cuadro de agitación psicomotriz se pueden ver en la tabla adjunta (Tabla 2). Estas situaciones se plantean con más frecuencia en los pacientes ingresados en hospitales generales⁷.

Trastornos psicóticos

El paciente que padece un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide es el que con mayor frecuencia puede protagonizar cuadros de agitación psicomotriz en el contexto de descompensaciones o reagudizaciones de su enfermedad por cualquier causa. Los síntomas positivos que se intensifican en las reagudizaciones (ideas delirantes, alucinaciones, etc.) llevan

Tabla 1. Características del síndrome confusional agudo o *delirium*

- Antecedentes de patología orgánica. Posible antecedente de consumo de tóxicos (abuso o abstinencia).
- Comienzo agudo.
- Evolución fluctuante a lo largo del día.
- Alteración del nivel de conciencia (confusión, obnubilado).
- Desorientación témporo-espacial.
- Dificultad para mantener la atención.
- Pensamiento desorganizado: lenguaje incoherente, alucinaciones, alteración del ciclo sueño-vigilia, alteración de la memoria reciente,...
- Semiología orientativa de la causa de la agitación: síndrome febril, alteraciones neurovegetativas (HTA, diaforesis, taquicardia,...), focalidad neurológica (afasia, déficit motores o sensitivos, rigidez de nuca, signos meníngeos, etc.).

HTA: hipertensión arterial.

con frecuencia a conductas auto o heteroagresivas en los pacientes que las sufren. Éstos en ocasiones, pueden pasar al acto de forma brusca, cuando previamente se han mostrado "aparentemente tranquilos". La diferencia entre los pacientes esquizofrénicos o con otro tipo de enfermedad mental de tipo psicótico y los pacientes que sufren un cuadro psicótico dentro de un *delirium* (origen orgánico) estaría fundamentalmente en el nivel de conciencia: en el *delirium* el estado de conciencia está siempre alterado y no lo está en las psicosis funcionales.

Otra patología psiquiátrica donde también pueden darse episodios de agitación con relativa frecuencia son los trastornos bipolares en las fases de manía, sobre todo si cursan con síntomas psicóticos. La manía delirante se puede manifestar como un comportamiento agresivo, acompañado generalmente de euforia, verborrea y grandiosidad. Habitualmente el paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno bipolar. Éste es el paciente con el trastorno funcional más peligroso⁸.

En general, en los pacientes con una descompensación de tipo psicótico es difícil conseguir un abordaje o contención verbal debido a su desconexión de la realidad, pero no por ello hay que dejar de intentarlo en primera instancia, aunque suele ser necesario recurrir a la contención y administración de medicación neuroléptica.

Tabla 2. Causas orgánicas de agitación psicomotriz

- Demencia: Alzheimer, D. vascular, secundarias a otras enfermedades como la enfermedad de Pick, VIH,...
- Epilepsia, especialmente la del lóbulo temporal.
- Consumo de drogas: cocaína, fenciclidina o polvo de ángel ("popers"), opioides, alcohol, hipnóticos,...
- Síndrome de abstinencia de drogas.
- Abstinencia de alcohol, cuadro de *Delirium tremens*.
- Alteraciones metabólicas y endocrinas como, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, trastornos iónicos, Porfiria aguda intermitente.
- Fiebre/hipertermia.
- Hipo/Hiperglucemia.
- Encefalopatías: anóxica, urémica, hepática, hipertensiva,...

Esta forma de presentación, con frecuencia asociada al consumo de tóxicos es más habitual observarla en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios⁹.

Trastorno no orgánico y no psicótico

Aquí se englobarían aquellos pacientes con trastornos de la personalidad, o aquellos en que la agitación psicomotriz suele ser una situación reactiva a determinados factores como:

- Agitación reactiva o situacional (trastorno adaptativo). El paciente reacciona con agresividad o agitación a un nuevo contexto o situación al que le cuesta adaptarse.

- Ante situaciones catastróficas, reacciones de estrés agudo. El paciente puede reaccionar con ira, rabia y agresividad o incluso con un cuadro de apatía y semicatatónico (despersonalización).

- Reacciones emocionales, ante accidentes, muerte de familiares (duelo).

- Niños sometidos a abuso sexual o maltrato. Debe indagarse esta posibilidad cuando se detecta un cambio brusco de comportamiento o actitudes agresivas en un niño sin patología previa ni historia de psicosis ni consumo de tóxicos¹⁰.

- Reacciones de agresividad por privación sensorial. Son relativamente frecuentes los cuadros de agitación tras intervenciones oftalmológicas en los que el paciente ha estado privado de la visión, o en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos tras la retirada de la sedación. Esta incidencia aumenta con la edad y la gravedad de los pacientes¹¹. Las consecuencias son la autoextubación, retirada de catéteres, drenajes y otros dispositivos de monitorización invasiva.

En este grupo suele resultar más eficaz la intervención verbal, ya que no hay alteración del nivel de conciencia, ofreciendo tanto apoyo psicológico, como en ocasiones medicación (generalmente ansiolíticos que el paciente puede aceptar o rechazar), por lo que no es frecuente recurrir a medidas de contención física.

Actitud terapéutica

En nuestro proceder, el tratamiento deberá ir dirigido en la medida que sea posible a abordar la causa que provoca la agitación. Es un error frecuente ante un paciente agitado asumir un origen psiquiátrico, olvidando descartar un proceso orgánico potencialmente vital como la hipoglucemia, hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis, hematoma subdural, etc.¹. El manejo del paciente agitado, se basa en los siguientes pilares (Figura

1): medidas de seguridad, intervención verbal, contención física, contención farmacológica.

Abordaje general y medidas de seguridad

Si la actuación se produce en el medio extrahospitalario, la aproximación al lugar deberá realizarse recabando toda la información posible a través del centro coordinador. En el lugar se hará un rápido análisis de la situación, y se priorizarán las medidas de seguridad, valorando la conveniencia del uso de sirenas y rotativos. Si la asistencia es en ámbito hospitalario se intentará recabar la mayor información posible de la historia clínica.

Seguridad

Ante todo hay que garantizar la seguridad del personal, paciente y familiares y del entorno material¹². Por ello, en presencia de armas, objetos peligrosos o riesgo inminente, el personal sanitario debe rezagarse para que actúen los cuerpos de seguridad estando dispuestos a actuar una vez se haya procedido a la reducción física.

Se adoptarán una serie de medidas de seguridad pasiva que proporcionen una mayor seguridad en la atención del paciente agitado, cuya actitud por definición es impredecible. Hay que sentirse seguros con el paciente, de lo contrario la inseguridad interferirá en la evaluación¹³:

- Presencia de los miembros de seguridad (en domicilio, consulta u hospital). Se le debe informar al paciente de la situación. Se atenderá al paciente siempre acompañado de personal de seguridad (Cuerpos de Seguridad, vigilantes, celadores formados, etc.). En muchas ocasiones su sola presencia resulta disuasoria al enfermo en su agresividad.

- Si la atención al paciente se realiza en una consulta o lugar habitual de trabajo se debe tener previsto un plan de escape, es decir conocer la entrada y salida en previsión de posibles actitudes violentas. La sala de atención a estos enfermos es deseable que sea amplia, disponer de dos salidas sin cerrojo interior y a ser posible un timbre en la mesa o en su proximidad para avisar a los encargados de la seguridad. Se debe evitar –en lo posible– el abordaje del paciente en pasillos, rincones o lugares apartados. En aquellos lugares no habituales (local público, domicilios, etc.) en los que es requerida nuestra presencia, debemos conocer las salidas antes de abordar al enfermo, y mantener la vía de evacuación abierta, evitando la presencia de objetos (sillones, mesas, sillas, puerta cerrada, etc.). También evitaremos la presencia de objetos que puedan ser utilizados como armas potenciales (lapiceros, ceniceros, etc.).

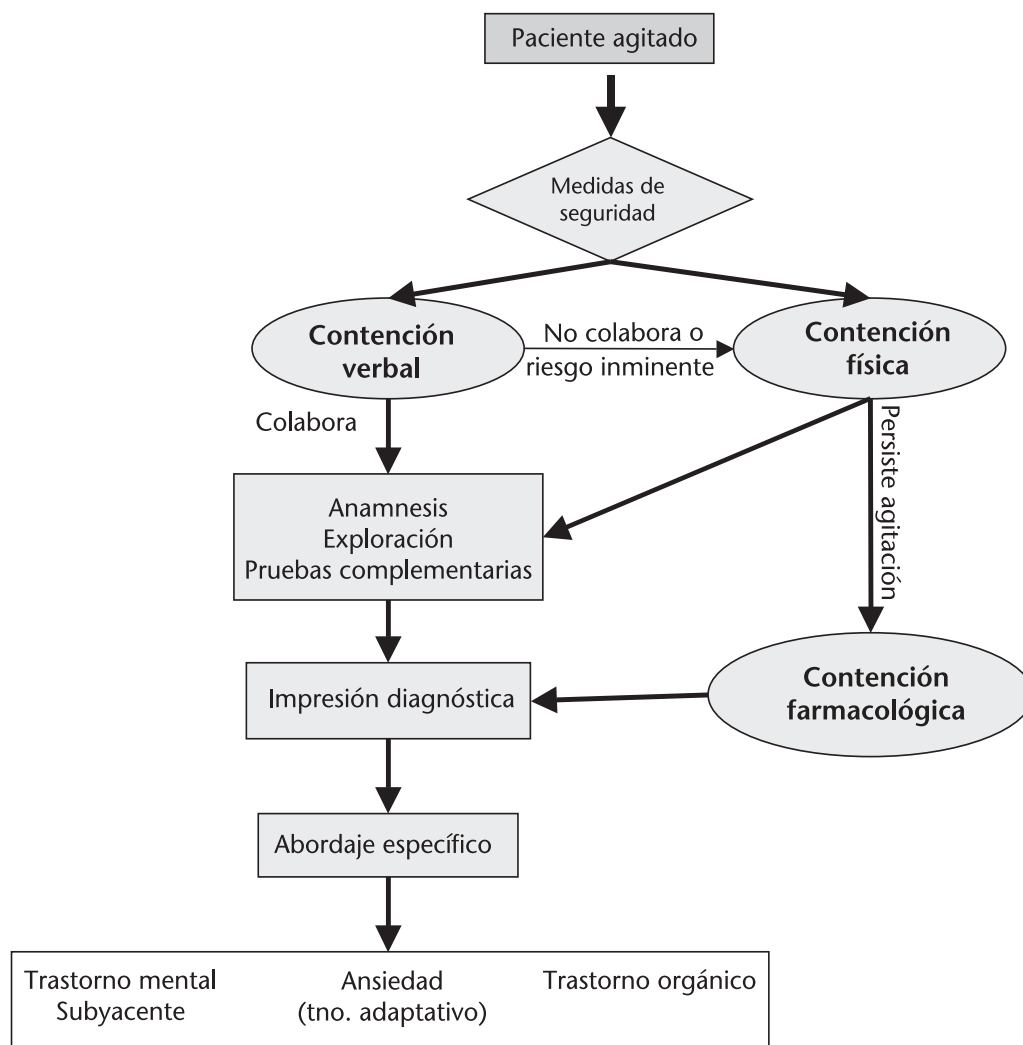


Figura 1. Algoritmo de actuación ante un paciente agitado.

- Mantener una distancia de seguridad. Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación.
- No dar la espalda al paciente.
- Ambiente lo más relajante posible. Evitar estímulos externos (música, gente gritando, estímulos luminosos etc.).
- Estar atentos a signos inminentes de agitación.

Contención verbal o psíquica

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización. En esta fase algún miembro de la familia o acompañante puede contribuir. De esta forma podremos controlar a ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo de origen psíquico, y evitar la necesidad de contención mecánica. Para ello daremos los siguientes pasos:

- Darse a conocer como médico
- Dar información. El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
 - Mostrar actitud tranquilizadora pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
 - Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas) ni mostrar prejuicios hacia él. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.
 - Intentar que el paciente y médico estén sentados uno a cada lado de la mesa (o sillón en domicilios, etc.).
 - No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales de la vista.

– El ofrecer algún tipo de bebida o alimentos puede favorecer el diálogo.

– Valorar, y estar atentos ante signos inminentes de violencia, tales como aumento del tono de voz (habla amenazante, lenguaje insolente y grosero,...), tensión muscular (agarrarse a la silla, etc.), nerviosismo, hiperactividad (frotar de manos, caminar de un lado a otro,...), miradas de reojo, etc.

El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente¹⁴. Ignorar estos gestos de posible violencia es abrir las puertas a una amenaza potencial.

– La presencia de familiares debe ser valorada por el médico. Pero siempre será conveniente y necesario preguntar a familiares y testigos sobre el paciente (antecedentes, consumo de sustancias, situación familiar, apoyo social, etc.) así como de la crisis concreta.

– Considerar la posibilidad de ofrecer medicación sedante por vía oral (diazepam, haloperidol) e incluso parenteral; algunos pacientes, especialmente los que sufren trastornos adaptativos, lo aceptan.

Contención física

Ésta es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado¹⁵; aunque en ocasiones puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente, tanto de agresividad hacia otros (heteroagresividad) como intento autolítico (autoagresividad), si bien en esta última situación la conducta debe ser valorada detalladamente por el riesgo manipulativo, valorando intencionalidad y letalidad¹⁶. La contención mecánica también está indicada en pacientes agitados cuyo comportamiento dificulta el programa terapéutico (retirada de sondas, catéteres, drenajes, etc.)¹⁷.

Antes de proceder a la misma debe informarse al paciente de la razón o motivo y cuáles son las opciones terapéuticas y ofrecerle siempre la posibilidad del tratamiento farmacológico. Hay que explicar que esta técnica tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo⁸. En ocasiones, sólo la presencia y la disposición del personal decidido para la contención hacen que el paciente reconozca como real la inminencia de la misma y provoque el cambio de actitud y su cooperación.

La valoración de la conducta agitada como resultante de una patología, no requiere de sofisticadas especulaciones psiquiátricas, tan sólo el sentido común y la experiencia de cualquier sanitario^{6,7}.

Al ser realizado contra la voluntad del paciente, requiere una actuación rápida y coordinada, por lo que, antes de proceder, se debe planificar

la contención mecánica. La sujeción mecánica supone un riesgo para el paciente y una pequeña probabilidad de que aumente la ansiedad y agresividad del mismo, sobre todo inicialmente, además de una serie de complicaciones menores¹⁸, por ello no se debe plantear como una medida definitiva. Sin embargo, lo habitual es que el enfermo se calme después de estar sujeto.

El personal deberá estar bien entrenado y ser en número suficiente, 5, y al menos 3 en el caso de niños de menos de 50 Kg¹⁰. Es un error intentar someter físicamente al paciente sin contar con los medios o fuerza suficientes¹⁹. Además debe haber un plan ideado, de lo contrario la inmovilización puede resultar un fracaso, o cuando menos un riesgo innecesario. Y llegados a este punto, tomada la decisión de la contención mecánica, no intentar ya la solución verbal^{6,8}.

Ejecución de la contención mecánica

1. Un principio básico consiste en que uno, –generalmente el médico– dirige el procedimiento, que como norma general se colocará a la cabecera del paciente, si bien la contención puede ser planteada por personal de enfermería, y la evaluación y confirmación por el médico responsable del caso⁷.

2. Determinar un plan específico, en el que cada persona sujeta una extremidad del paciente (previamente asignada), y uno la cabeza. No olvidar colocarse los guantes.

3. Se sujeta al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.

4. Para reducir al paciente en el suelo, deberá ser girado de espaldas sobre el suelo. Con el paciente en el suelo, el que dirige el procedimiento, da instrucciones, sujeta y protege la cabeza del paciente y los otros cuatro sujetan cada uno de los miembros del paciente previamente asignados (Figura 2), asegurando la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas) (Figuras 3 y 4), lo que limita considerablemente la movilidad además de disminuir el riesgo de fracturas.

5. Si hemos de trasladar un paciente agitado (a la habitación, camilla, ambulancia), se realizará sujetando las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor del codo con apoyo bajo los hombros.

6. En la cama o camilla, se procederá a colocar las ataduras, en las muñecas y tobillos, además de las cinchas de seguridad (Figuras 5 y 6). La posición de inmovilización debe ser la más adecuada en cada caso. La posición de decúbito prono según algunos autores²⁰ tiene ventajas respecto a la decúbito supino, ya que evita la aspiración del vó-



Figura 2. Contención manual entre 5 personas, uno dirige a la cabeza del paciente y los cuatro restantes uno a cada extremidad.

mito, evita que el paciente se golpee la cabeza contra la camilla y se suele asociar a una resolución más rápida de la crisis. Sin embargo, también se ha relacionado con situaciones de muerte súbita por asfixia posicional^{21,22}, especialmente en pacientes obesos o cuando se les aplica una presión en la espalda²³, otros por el contrario consideran que la mejor es la de decúbito supino con una inclinación de 30°²⁴. Consideramos que la posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia del paciente, anticipar nuevas situaciones de agitación y además de un mejor acceso venoso para administración de fármacos y monitorización, especialmente si se recurre a la sedación.

Las ataduras se deben revisar periódicamente para comprobar su comodidad y seguridad, y en caso de que se prolongue la inmovilización física se liberará una extremidad de forma alternativa aproximadamente cada 30 minutos para prevenir



Figura 3. Detalle de la contención de la extremidad superior. Fijación de articulaciones: codo y hombro.



Figura 4. Detalle de la contención de la extremidad inferior.

el tromboembolismo, si bien no suele llegar a ser necesario tras la contención química. En ambiente extrahospitalario deberemos adaptarnos a los recursos disponibles. En las unidades de vigilancia intensiva (UVI) móviles se debería disponer de cinchas de cuero homologadas o dispositivos de contención; en su defecto, podremos recurrir a las vendas de crepe o similares. En este contexto, suele resultar muy útil el empleo de una camilla de tijeras (sin abrir), usándola por el lado convexo hacia el paciente y haciendo presión sobre ella. Prestaremos especial atención a asegurar un acceso entre las palas de la camilla a la vía aérea, y trataremos de contener las extremidades superiores e inferiores dentro del espacio de la camilla de cuchara (Figura 7). Esto se puede complementar con otros dispositivos de inmovilización como el arnés de araña (Figuras 8 y 9). Esta contención será provisional entretanto resolvemos la situación aguda.

La contención mecánica es una medida muy estresante para el paciente, por lo que en caso de que el paciente no ceda en su agitación, será el paso previo y necesario a una sedación farmacológica. La retirada de la inmovilización física se debe realizar progresivamente, observando la respuesta del paciente. Se retirará cada vez la sujeción de un solo miembro a intervalos de 5 minutos excepto los dos últimos que se retirarán a la vez. No se debe dejar nunca a un paciente sujeto por un solo miembro porque, además de poder soltarse, puede autolesionarse.

La duda en ocasiones se plantea cuando los miembros de los cuerpos de seguridad traen esposado a un paciente. En este caso, se seguirán los principios de seguridad anteriormente comentados previos a la valoración del paciente. Se po-



Figura 5. Fijación de la contención a muñeca y barras de la camilla.

drá liberar cuando se haya iniciado el tratamiento y éste ejerza su efecto (sedación, si procede). Por otro lado, no debemos olvidar que si se trata de una persona detenida, hay que valorar el riesgo de fuga antes de retirar la contención así como la presencia de agentes de seguridad.

A los pacientes en UVI u observación, la contención física a fin de evitar interrupciones del tratamiento o la monitorización, se puede realizar envolviendo las manos en vendajes de algodón en forma de "guantes de boxeo" (este método permite el libre movimiento de los brazos, pero restringe el uso de los dedos) o bien fijando las extremidades a los barrotes de la cama¹¹.

Tratamiento farmacológico

La indicación de terapia farmacológica urgente y la vía de administración dependerán del grado de



Figura 6. Fijación de la contención en tobillos a barras de la camilla. El paciente está en decúbito prono.



Figura 7. Contención de urgencia con camilla de cuchara.

agitación y de la sospecha diagnóstica. Generalmente se recurrirá a la vía parenteral, y es preferible la intravenosa (IV) a la intramuscular (IM) por su rapidez de acción. Sin embargo, la obtención de un acceso IV en pacientes con agitación aguda puede resultar difícil y habitualmente requerirá la contención física previa, por lo que con frecuencia se recurre a la vía IM, aunque la tranquilización requiere un poco más de tiempo. Si se opta por la vía oral, idealmente se utilizará en forma líquida y se asegurará que el paciente ha ingerido la medicación. La vía sublingual también es eficaz en esta situación. Los estudios indican que el 64% de pacientes psiquiátricos en unidades de urgencias prefieren la medicación psicotrópica a la contención o reclusión (36%)²⁵.

Cuadros leves y moderados

Recordamos que durante la fase verbal ofrecemos la medicación sedante, generalmente por vía oral o sublingual, habitualmente benzodiazepinas de absorción rápida del tipo diazepam (Valium®, 5 y 10 mg), alprazolán (Tranquimazín®, comp. 0,25, 0,5, 1 y 2 mg), loracepan (Orfidal®, Idalprem®, comp 1, 5 mg), cloracepato dipotásico (Tranxilium®, 5, 10,15 y 50 mg), o neurolepticos como Haloperidol (tab. 10 mg, gotas 10:1 mg en frascos de 15 y 30 cc) o Levopromacina (Sinogan®, comp 25 y 100 mg, gotas sol al 4%, 1:1 mg).

De forma genérica, si el paciente no presenta síntomas psicóticos, los fármacos de elección son las benzodiazepinas, por ejemplo en los síndromes de abstinencia o las intoxicaciones por drogas; si por el contrario son pacientes esquizofrénicos, maníacos, incluso sujetos con retraso mental o trastornos de la personalidad, administraremos neurolepticos. Sin embargo, dado que el efecto inmediato que se persigue es la sedación del pa-



Figura 8. Arnés tipo araña.

ciente y no el control de los síntomas psicóticos, aconsejamos la combinación de ambos grupos farmacológicos independientemente del diagnóstico²⁶, ya que estudios comparativos entre benzodiazepinas y haloperidol muestran que las primeras son más rápidas en lograr la sedación, y reducen por ello el tiempo de exposición a la actitud violenta²⁷. Si ha habido antecedentes de contención farmacológica, la respuesta satisfactoria a determinados fármacos será un factor a tener presente. Deben conocerse además de sus indicaciones, los posibles efectos adversos de estos fármacos y cómo tratarlos, por lo que en una situación de urgencia son preferibles aquellos de los que más experiencia se disponga.

La sedación farmacológica deberá ser adecuada y rápida para que podamos retirar la contención lo antes posible. Las dosis son muy variables en función del paciente, así como el consumo de tóxicos o uso de otra medicación concomitante. En los ancianos las dosis suelen reducirse a la mitad. Una vez decidido el grupo terapéutico, debemos decidir el fármaco o los fármacos que vamos a utilizar (Tabla 3).

Benzodiazepinas

Producen una sedación rápida y eficaz. Se deben utilizar por vía IV, si bien el midazolán tiene una buena absorción IM y un buen perfil de seguridad. Existe un riesgo de depresión respiratoria, especialmente en pacientes broncópatas, en los cuales se debe usar con precaución. Se dispone de un antídoto, el flumacénil (Anexate®, ampollas 0,5 mg/5 ml).

Las más utilizadas son:

- Midazolán (Dormicum®, ampollas 15 mg/3 ml o de 5 mg/5 ml). Se administra por vía IV a dosis inicial estándar de 0,1 mg/Kg. Para un mejor manejo se diluye la ampolla en suero fisiológico. La vía IM es una alternativa eficaz, obtenién-



Figura 9. Paciente fijado con un arnés de araña.

dose una respuesta aproximadamente a los 6 min.

- Diacepam (Valium®, ampollas de 10 mg/2 ml). Se administra por vía IV o IM, aunque por esta última vía la absorción es errática.

- Cloracepato dipotásico (Tranxilium®, viales de 20, 50 y 100 mg) a dosis de 50 mg por vía IV.

Neurolepticos

El objetivo inicial no es el tratamiento de los síntomas psicóticos (si los hubiera), que puede requerir varias semanas, sino el control de la hiperactividad, la excitación y la ansiedad, que se consigue en 30 a 90 min. Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales, que deben tratarse con biperideno (Akineton®, amp. 2 mg); su incidencia se reduce con el uso combinado de benzodiazepinas²⁸. Los fármacos más utilizados son los siguientes:

- Haloperidol (Haloperidol®, ampollas de 5 mg). Es el neuroleptico de elección para el tratamiento de la agitación psicótica¹². La dosis inicial es de 2,5 a 10 mg por vía IV o IM, que se puede repetir cada 30 min hasta conseguir la sedación o llegar a la dosis máxima de 30 mg en 24 horas. Algunos autores recomiendan la administración conjunta con biperideno 2 mg IM para reducir el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales⁴, aunque este efecto preventivo es controvertido.

- Clorpromazina (Largactil®, ampollas de 25 mg). Es una fenotiacina. Se administra a dosis de 25 mg por vía IM (nunca IV directa), que se puede repetir cada 2-4 horas hasta conseguir la sedación. Tiene una actividad sedante mayor que el haloperidol, pero disminuye el umbral convulsivo. Produce hipotensión, boca seca, visión borrosa, estreñimiento o retención urinaria como efectos secundarios.

- Levomepromazina (Sinogan®, ampollas de 25 mg). Es el neuroleptico más sedante. Se utiliza a

Tabla 3. Fármacos habitualmente empleados en la agitación

Fármaco	Nombre comercial	Dosis estándar	Vía de administración	Vía alternativa	Comienzo de acción (min.)	Efectos adversos
Clorpromacina	Largactil®	25-50 mg	IM	---	30-60'	Hipotensión, extrapiramidalismo, discinesia tardía,...
Haloperidol	Haloperidol®	5-10 mg	IV, IM	VO	20'	extrapiramidalismo, discinesia tardía, ...
Midazolam	Dormicum®	2-5 mg	IV, IM	---	1'-5'	Depresión respiratoria y cardiaca
Diacepam	Valium®	2-10 mg	IV, IM	VO	15'-45'	
Alprazolam	Tranquimazin®	0,25-1 mg	VO	---	45'-90'	
Loracepam	Idalpren®, Orfidal®	0'5-2	VO	----	15'-20'	

IV: Intravenosa; IM: Intramuscular; VO: Vía oral.

dosis de 25-50 mg por vía IM (nunca IV) que se puede repetir cada 2-4 horas hasta conseguir la sedación, sin sobrepasar los de 200 mg.

Estrategias más recientes incluyen los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de las emergencias psiquiátricas como la agitación psicomotriz. Éstos presentan por lo general una larga vida media y una gran variedad de formulaciones, en líquido (risperidona, Risperdal®; zuclopentixol, Cisordinol®, Clopixol®), en tabletas de desintegración rápida (olanzapina, Ziprexa®; risperidona) o en inyectables IM (olanzapina, zuclopentixol), lo que permite iniciar un tratamiento vía parenteral y continuarlo con la misma medicación vía oral. Estos nuevos antipsicóticos presentan menos efectos extrapiramidales²⁹ frente a los convencionales o típicos como el haloperidol o la clorpromacina, además de un mejor perfil de tolerancia por parte de los pacientes, y han adquirido una gran popularidad en el manejo psicótico del agitado, donde son muy eficaces. Sin embargo, su coste y su desconocimiento hacen que su uso no esté tan difundido pese a su perfil de seguridad.

Pautas de tratamiento

Siempre que sea posible, se debe realizar un tratamiento etiológico. La combinación de benzodiazepinas y neurolépticos es una combinación segura, efectiva y razonable, más eficaz que cada fármaco por separado, y se protegen mutuamente de la aparición de efectos secundarios; además por sus distintos mecanismos de acción, se logra el efecto sedativo-tranquilizador más rápidamente con la pauta combinada que ambos grupos de fármacos solos³⁰. Las pautas de tratamiento deberán ser adaptadas a cada paciente (edad, consumo de tóxicos, peso, etc.).

Tratamiento etiológico

El tratamiento etiológico dependerá de la causa de la agitación psicomotriz. En ocasiones, un

adecuado diagnóstico en la fase de contención mecánica (por ejemplo una hipoglucemia) puede llegar a evitar un tratamiento farmacológico sedante, si bien esto no es frecuente por la situación de estrés y la falta de cooperación²⁶, la imposibilidad de realizar exploraciones complementarias, y una anamnesis dificultosa.

Dentro del tratamiento etiológico incluiremos todas aquellas medidas generales, que incluyen el control de las constantes vitales, del equilibrio hidroelectrolítico y metabólico, efectos indeseables de la medicación administrada, sueroterapia, así como lesiones producidas antes o durante la contención. En muchos casos el tratamiento etiológico es lento en su actuación, primordialmente a nivel psicomotor, por lo que es preceptivo utilizar además otras terapéuticas: las medidas asistenciales y/o psicofarmacológicas.

Vigilancia y traslado

La vigilancia y control del paciente agitado durante el traslado comprende:

- No dejar nunca solo al paciente, incluso cuando está inmovilizado.
- Cerciorarse periódicamente que las fijaciones están bien aseguradas.
- Comprobar que las fijaciones son "confortables", es decir, que ejercen su función sin riesgos ni lesiones añadidas: excoriaciones, quemaduras por roce, dificultad de la circulación (comprobar pulso).
- Evitar estímulos estresantes. El traslado en ambulancia se realizará generalmente con prioritarios luminosos que no molesten al paciente, y se evitará el uso de sirenas, aceleraciones y deceleraciones bruscas.
- Comprobar una adecuada temperatura y ventilación del habitáculo asistencial, pues temperaturas extremas (mucho calor o mucho frío) pueden suponer un estrés añadido para el paciente.
- Vigilar periódicamente el paciente, valorar su conducta y/o estado de conciencia (si está seda-

do) y toma de constantes (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, glucemia).

– Si el paciente está sedado, es conveniente monitorizarlo (ritmo ECG, saturación de oxígeno) y aspirar periódicamente las secreciones.

El traslado deberá realizarse al centro útil, esto es, si se sospecha una causa orgánica a un hospital general, si existe historia previa de causa psiquiátrica, a un hospital donde pueda ser valorado por un psiquiatra, y dispongan de posibilidad de ingreso, ya que no todos los hospitales cuentan con este servicio las 24 horas. El recurso dependerá del estado del paciente, si el paciente se ha mostrado colaborador en la primera fase (contención verbal), puede ser suficiente con una ambulancia convencional o recursos de familiares, pero nunca sólo. Si se ha procedido a la contención mecánica se requerirá una unidad de transporte psiquiátrico o en su defecto una unidad de soporte vital básico (SVB) que garanticen la contención durante el traslado. Si por el contrario se ha recurrido a la sedación, es conveniente que el paciente vaya monitorizado, o al menos vigilado (unidad de SVB) para evitar riesgos de broncoaspiración, que dependerá en gran medida de la profundidad de sedación alcanzada.

Es importante y conveniente que estas situaciones queden registradas, tanto las circunstancias en las que se produce la agitación como las consecuencias de las mismas (lesiones, daños materiales, etc.), para poder tomar las medidas oportunas, tanto de prevención, mejoras de tratamiento y de formación, como legales³¹.

Internamiento

Se pueden dar tres circunstancias:

– Internamiento voluntario: Aunque su adjetivo hace suponer que no debe ser problemático, no está exento de controversia, y requiere una valoración psiquiátrica detallada del paciente, del proceso morboso, los antecedentes, motivos por los que solicita el ingreso, apoyos sociales, familiares, etc. Habrá que diferenciar entre aquellos pacientes que busquen en el internamiento un tratamiento a sus crisis de agitación psicomotriz manifestada con pródromos o reconocida por el propio paciente, de aquellos que buscan un beneficio secundario al rol del enfermo y al proceso de hospitalización, o evitar cuando no justificar, actuaciones o conductas ilegales o de conflictividad social.

– Internamiento involuntario no urgente, que precisará de la autorización judicial previa y generalmente acompañado de los preceptivos informes

psiquiátricos o forenses. En estos casos no siempre es necesaria la presencia del médico con carácter de urgencia. Cuando ésta se precisa, los pacientes suelen responder bien a la contención verbal y actuación psicológica. De no ser así, se procederá como se ha indicado anteriormente.

– Internamiento involuntario urgente, en el contexto de una patología psiquiátrica descompensada, que en ningún caso son autorizados previamente por el juez, sino que se realizan por el médico, y posteriormente y en un plazo no superior a 24 horas se da cuenta al juez, al objeto que éste controle la legalidad del acto (el internamiento ordenado por el médico) pues supone una restricción de un derecho fundamental como es la libertad, garantizado por el artículo 17 de nuestra Constitución³². El internamiento debe ser confirmado por el psiquiatra o médico de guardia del hospital de referencia. Si bien es cierto que estas situaciones de agitación psicomotriz se suelen plantear en el contexto extrahospitalario, es importante que el médico que decide proceder a la contención y derivación del paciente al hospital informe adecuadamente de las circunstancias y motivos que obligan a dichas medidas. Este informe es más importante, y por lo tanto debe ser más detallado, cuando se ha procedido a una sedación del paciente puesto que los datos serán de gran importancia a la hora de decidir el ingreso y por lo tanto la comunicación al juez de tal medida.

El internamiento por razones de urgencia está contemplado en el artículo 763 de la Ley 1/2000 de 7 de Enero, Ley de Enjuiciamiento civil que sustituye y amplía el contenido del artículo 211 del Código Civil (derogado por esta misma ley). En concreto, dice:

“El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad, requerirá la autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida de la que se dará cuenta al juez cuanto antes, y en todo caso en el plazo de 24 horas. El internamiento de menores se realizará, en todo caso, en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

El internamiento urgente es un instrumento legal que permite al médico, dar solución a un problema de carácter sanitario (“a problemas médicos, soluciones médicas”)³³, con posterior control judicial, lo que excluye la intervención del juez con carácter previo al internamiento urgente. Por lo general, es preferible proceder a la contención

de un paciente contra su voluntad, que afrontar los problemas legales derivados en caso de que se lastime a sí mismo o a terceros cuando es evidente una amenaza de violencia⁸. Cuando la intervención se produce en un domicilio donde se nos niega el acceso, la entrada al domicilio del enfermo mental exige la autorización previa del juez, salvo los casos de estado de necesidad. Esta intervención se llevará a cabo, cuando sea necesaria, por las Fuerzas de Seguridad.

¿Quién lo diagnostica?

Cualquier médico está capacitado para tomar esta decisión, no es necesario que sea especialista, ni en psiquiatría ni en urgencias. La sospecha basada en criterios clínicos debidamente fundada (por ejemplo, riesgo de autolisis, pérdida del control de impulsos, agresividad manifiesta, antecedentes, etc.) es suficiente para tomar la decisión de un traslado forzoso y posterior ingreso. Las funciones del médico en estas situaciones son:

- Emitir el diagnóstico provisional de trastorno psíquico o enfermedad mental, única causa de ingreso que aquí se contempla.
- Determinar que las características de la situación se corresponden con la urgencia.
- Decidir la conveniencia o no de la contención física y la sedación farmacológica, y en su caso prescribir los fármacos correspondientes.
- Escribir el preceptivo informe de derivación
- Dar las oportunas instrucciones, tanto al personal sanitario como a los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y/o a cualquier otra persona que interviniere, para que la intervención se desarrolle con la máxima normalidad
- Decidir el traslado forzoso y el internamiento urgente, que será confirmado por el psiquiatra o médico de guardia del hospital de referencia.
- Decidir sobre la forma más adecuada de realizar el traslado: con medios propios de que dispongan familiares o allegados, ambulancias de SVB o de traslado psiquiátrico, o incluso la UVI móvil. Está totalmente desaconsejado el traslado en ambulancias colectivas con otros enfermos. No hemos de olvidar que aunque logremos convencer al paciente de la conveniencia de ir al hospital (o centro psiquiátrico), se trata de un ingreso por definición involuntario y urgente, lo cual se ha de tener presente en el momento de decidir el recurso a emplear. Cuando el paciente esté sedado profundamente, hemos de monitorizar las constantes del mismo.
- Indicar la necesidad o no de que los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad den escolta al paciente

durante el trayecto. Su presencia en el interior de la ambulancia puede estar indicada a petición del médico y con personal sanitario si considera que existe un peligro, pues está en sus funciones “ayudar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro” y “mantener y reestablecer en su caso, el orden y la seguridad ciudadana”. Si la actuación es dentro de un municipio intervendrá la Policía Municipal, pero no es infrecuente que en una interpretación de la distribución territorial de competencias rehúsen abandonar el municipio, por lo que se requerirá en tales circunstancias –si el centro sanitario está fuera del municipio– la colaboración de los cuerpos de competencia supramunicipal, Guardia Civil, Policía Nacional o Policía Autonómica, si no habían intervenido.

– Dar cuenta al juez de guardia en el plazo de 24 horas, para posterior control y tutela de la privación de libertad del paciente, quien podrá solicitar los correspondientes informes tanto al centro de ingreso como al médico forense sobre el estado y evolución del paciente y decidirá, en un plazo máximo de 72 horas, no sobre el alta médica, sino que el paciente no esté privado de libertad a causa del internamiento más de lo necesario para el tratamiento médico, para lo que requerirá los informes oportunos (psiquiátricos, forenses, sociales). El alta corresponde a los facultativos responsables del tratamiento, con la obligación de comunicarlo al juez competente.

Bibliografía

- 1 Muñoz Ávila J, Martínez Grueiro M, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado. En: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 2ª ed. Madrid: Harcourt SA; 2002. p. 609-14.
- 2 Livianos Aldana L, Magraner Gil A, Rojo Moreno L, Rojo Moreno L. La liberación y contención del loco en la praxis terapéutica de la España decimonónica. An Psiquiatría 1987;3:76-81.
- 3 Martínez A, Hinojal R. Manejo del paciente violento en prisión. Rev Esp Sanid Penit 1998;1:13-19.
- 4 Muñoz Ávila J, Torres Murillo J, Calderón de la Barca Gázquez JM, Berlango A, García Criado El, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. Semergen 1999;6:532-6.
- 5 Calcedo Ordoñez A, Molina Rodríguez V, Arango López C. Cuidados y tratamiento de paciente violento (1ª parte). An Psiquiatría 1994;10:135-9.
- 6 Pérez González S. Protocolo de restricción de movimientos. Enfermería Global. 2003; 2 (Disponible en URL: www.um.es/eglobal/)
- 7 Protocolo de Contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Grupo de trabajo de contención mecánica; Madrid 2003.
- 8 Mc Coy MC. Violencia en la sala de urgencias. En: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Medicina de Urgencias 5ª ed. México: Mc Graw Hill; 2002. P. 2236-40.
- 9 Sanz Gil R, Vázquez Souza M, Oca Bravo L, Soler Roibal A. Perfil del paciente violento en urgencias. An. Psiquiatría 2001;17:358-63.
- 10 Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. An Pediatr 2005;63:526-36.
- 11 Nirmalan M, Dark PM, Nightingale P, Harris J. Physical and pharmaco-

- logical restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations. *Br J Anesth*. 2004;92:789-92 (DOI: 10.1093/bja/ae138).
- 12 Catherine A, Marco MD, Jason Vaughan MD. Emergency Management of agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med* 2005;23:767-76 (DOI:10.1016/j.ajem.2005.02.050).
 - 13 Alcántara Espadafor S, Fernández Castillo A. Urgencias en psicopatología. En: *Manual de Urgencias*. Vilchez Lara MJ. Barcelona: Masson SA; 1999. p: 365-70.
 - 14 Jiménez Bustelo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr* 2005;63:526-36.
 - 15 Mayor S. Restraint should be last resort for violent behaviour. *BMJ* 2005;330:438.
 - 16 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 Psiquiatría* 2002;18:369-74.
 - 17 Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med* 2005;54:80-4.
 - 18 Zun LS. A prospective study of the complications rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 2003;24:119-24.
 - 19 López-Ibor Aliño JJ. Psicosis aguda, delirium y agitación psicomotriz. En: *Tratado de Emergencias Médicas*. Carrasco Jiménez MS, De Paz Cruz JA. Madrid: Aran Ediciones; 2000. p: 1737-42.
 - 20 Mallada P, Gascón J, Menchón JM, Otín JM, Vallés V. Agitación psicomotriz. En: Soler PA y Gascón J: *RTM II. Recomendaciones Terapéuticas en trastornos mentales*. Comité de Consenso de Cataluña en terapéutica de trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson. 1999.
 - 21 Bell MD, Rao VJ, Weitli C, Rodríguez RN. Positional asphyxia in adults: 30 cases. *Am J Foren Med Pathol* 1992;13:101-7.
 - 22 Farham FR, Knenedy HG. Acute excited status and sudden death *BMJ* 1997;315:1107-8.
 - 23 Chan TC, Vilke GM, Neuman T, Clausen JL. Restraint position and positional asphyxia. *Ann Emergency Med* 1997;30:578-85.
 - 24 Govern de les Illes Balears. Gestió Sanitaria de Mallorca (GESMA). Protocolo de contención mecánica. Acceso el 8 de septiembre de 2008. Disponible en URL: http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Protocolos_y_Procedimientos/Pro.
 - 25 Sheline Y, Nelson T. Patient choice deciding between psychotropic medication and physical restraint in a emergency. *Bulletin of the American Academy Psychiatry and the law* 1993;21:321-9.
 - 26 Binder RL, McNiel DE. Contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. *Psychiatric Services* 1999;50:1553-4.
 - 27 TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ* 2003; 327: 708-13 (DOI:10.1136/bmj.327.7417.708)
 - 28 Díaz JE. Chemical Restraint. *J Emerg Med* 2000; 19: 289-91. (DOI: S0736-4679(00)00245-6).
 - 29 Citrome L. New treatments for agitation. *Psychiatric quarterly* 2004;75:197-213.
 - 30 Battaglia J, Moss S, Rush J. Haloperidol, loracepan or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997;15:335-40.
 - 31 Plan Director de Seguridad Corporativa y de protección del patrimonio del Sescam. Plan Perseo. (Disponible en URL: <http://www.com-cuenca.org/documentos/PLAN%20PERSEO.pdf>)
 - 32 Disponible en URL: www.constitucion.es
 - 33 Guía de actuaciones en ingresos involuntarios y urgentes. Consellería de Bienestar Social (Subsecretaría de Justicia). Consellería de Sanidad (Dirección General de Atención Especializada). 1998.
 - 34 Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. (art. 11) Disponible en: URL <http://www.boe.es> (BOE n. 63 de 14/3/1986).

Management of the agitated patient in the emergency department

Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC

Agitated patients must be managed fairly often in routine emergency department practice. After safety measures are taken during initial assessment, a tentative diagnosis based on the cause of agitation (physical condition, underlying mental disorder, or extreme anxiety) should be made. That diagnosis will facilitate possible resolution of the problem through dialog with the patient or through physical restraint. If restraint is chosen, the manner of proceeding should be planned and at least 5 persons should be involved. The restraining maneuver is usually followed by administration of benzodiazepines, neuroleptic agents, or a combination of both in order to assure sedation. It is important to remember that these patients pose a threat to their families, emergency room staff, and themselves; therefore, they are candidates for voluntary or involuntary admission to a psychiatric unit. If that is the course of action chosen, admission must comply with the law and adequate restraint and sedation should be prescribed. All such actions should be recorded in the emergency department's report to the psychiatrist on duty, who will be the admitting physician. [*Emergencias* 2009;21:121-132]

Key words: Agitation. Emergency services, psychiatric. Physical restraint.