

Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática

Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0939>

J.I. Gallego-Gómez¹, N. Fernández-García², A.J. Simonelli-Muñoz³, J.M. Rivera-Caravaca⁴

RESUMEN

Se revisaron los estudios que han investigado el manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias a fin de establecer recomendaciones prácticas. Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados entre 2010 y 2020, en cualquier idioma, mediante consulta en Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, IBECs, LILACS y MEDLINE. La calidad de los artículos revisados se evaluó mediante la herramienta AMSTAR2 y la plataforma FCL 3.0, junto con la declaración PRISMA.

Los resultados de los once artículos seleccionados mostraron que mejorar la formación del personal, los recursos disponibles, el uso adecuado de la contención y la elección adecuada de la medicación puede ayudar a mejorar la atención del paciente con patología mental en el servicio de urgencias hospitalarias. Se recomienda el mismo manejo que en cualquier otro paciente, pero si está agitado o no colaborativo será necesario aplicar contención verbal, farmacológica y/ o mecánica, en ese orden.

Palabras clave. Psiquiatría. Agitación psicomotriz. Intervención de crisis. Urgencias hospitalarias.

ABSTRACT

This article is a systematic review of studies that have investigated the initial management of patients with psychiatric conditions in hospital emergency services in order to establish practical recommendations. A systematic review of the literature was carried out, consisting of studies published from 2010 to 2020, available in any language, consulting Cochrane Library Plus, PubMed, IBECs, LILACS and MEDLINE. The quality of the studies included in this review was assessed by the AMSTAR2 tool and the FCL 3.0 platform, together with the PRISMA statement.

Results from the eleven papers selected showed that improvements in staff training, available resources, appropriate use of restraint and appropriate choice of medication can help to improve the care of patients with mental pathology in hospital emergency services. The same management for any other patient is recommended. However, if the patient is agitated or uncooperative, verbal, pharmacological and/or mechanical restraint (in this order) may be necessary.

Keywords. Psychiatry. Psychomotor agitation. Crisis intervention. Hospital emergency service.

An. Sist. Sanit. Navar. 2021; 44 (1): 71-81

1. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia. Murcia. España.
2. Departamento de Cuidados Intermedios Médicos. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.
3. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería. España.
4. Departamento de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca). Murcia. España.

Correspondencia:

Agustín Javier Simonelli-Muñoz
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina
Universidad de Almería
Carretera Sacramento, s/n
La Cañada de San Urbano
04120 Almería
España
E-mail: sma147@ual.es

Recepción: 06/12/2020

Aceptación provisional: 02/02/2021

Aceptación definitiva: 12/03/2021

INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte esencial del concepto de salud¹. En concreto, una de cada diez personas en Europa padece una enfermedad mental, siendo la prevalencia en España del 20%². A su alta prevalencia se suma la pérdida de productividad que generan –un tercio de los años vividos con discapacidad se atribuyen a trastornos psiquiátricos– y su alta carga económica³. Ante estos datos, se han puesto en marcha diferentes iniciativas europeas para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales^{4,6}.

Las enfermedades mentales suelen afectar el estado de ánimo, el pensamiento, sentimiento y comportamiento, afectando a su capacidad para relacionarse y realizar funciones de la vida diaria en la mayoría de los pacientes. Pueden manifestarse de forma ocasional o, por el contrario, permanecer un periodo de tiempo, convirtiéndose en crónicas^{7,8}.

En la atención inicial en urgencias a personas que sufren una patología mental es frecuente encontrarse situaciones que pueden llegar a ser de riesgo, pudiendo aparecer escenarios peligrosos en la práctica clínica. La alteración emocional o del comportamiento de algunos pacientes puede ocasionar agresiones, heridas e incluso poner en riesgo la vida de las personas^{9,10}. Sin embargo, la comisión de actos violentos por parte de los pacientes con afectación psiquiátrica (PAS) es producto de la presencia de los factores de riesgo para la agresión comunes a la sociedad en su conjunto, y no debido a la enfermedad mental *per se*. En este punto es importante romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental¹¹.

En urgencias, antes de abordar la decisión terapéutica de cualquier paciente se tiene que establecer un diagnóstico diferencial. En el PAS no es tan sencillo como en otros pacientes. La prioridad es descartar la causa orgánica de forma precoz, ofreciéndole un tratamiento específico¹², sin olvidar que pueden coexistir síntomas psiquiátricos y orgánicos en un mismo paciente (comorbilidad), e intentar discernir si el problema de salud deriva del uso de

sustancias, del trastorno psiquiátrico de base o de ambas (patología dual)¹³.

La demanda de consulta psiquiátrica de urgencia está condicionada por múltiples factores como el ambiente físico y psicológico; las dificultades y necesidad de un diagnóstico, al menos de situación, rápido; el factor tiempo; la naturaleza de la toma de decisiones y las expectativas de los agentes implicados (personal y de los pacientes); resultando primordial el uso de protocolos de actuación claros, consensuados y actualizados¹⁴.

Positivamente se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria de las enfermedades mentales. Estos avances, sobre todo farmacológicos, están cambiando el espectro de patologías como la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Sin embargo, todavía hay muchas áreas en las que es preciso mejorar las actuaciones para alcanzar la excelencia⁶. A pesar de la introducción de protocolos, guías y demás herramientas clínicas, la actividad de los profesionales médicos que trabajan en la urgencia hospitalaria posee una gran variabilidad frente a la asumida opinión de que existe homogeneidad a la hora de tomar decisiones, evidenciada por la realización de intervenciones dispares¹⁵.

El objetivo de esta investigación es analizar mediante una revisión sistemática los estudios que han investigado el manejo inicial del PAS en urgencias hospitalarias (SUH) y establecer recomendaciones para la práctica asistencial.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática. De forma exhaustiva, se analizó la literatura científica disponible relacionada con el objeto de estudio, siguiendo un plan pre-determinado de revisión y búsqueda que permitiera evitar sesgos, en la elección y en los artículos, garantizando una estructura y contenidos adecuados, conforme a las normas de la declaración PRISMA¹⁶. Siguiendo el formato PICO¹⁷, se elaboró una pregunta clínica contestable que permitió iniciar el protocolo de búsqueda (Tabla 1).

Tabla 1. Acrónimo PICO adaptado a esta revisión

P	Paciente o Problema de interés	Paciente con afectación psiquiátrica
I	Intervención principal	Cribado y manejo inicial en urgencias hospitalarias
C	Comparación de intervención	No precisa comparación
O	Resultado que interesa valorar	Conocer la literatura existente sobre el cribado y manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica

Durante los meses de enero y febrero de 2020 se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (IBECS, LILACS y MEDLINE) y Cochrane Plus, adecuando los términos de búsqueda a cada metabuscador. Se utilizaron los descriptores o palabras clave obtenidas de los Tesoros y diccionarios terminológicos. Para asociarlos en la búsqueda se utilizó el operador booleano AND. Concretamente, los términos MeSh utilizados fueron: *Crisis Intervention*, *Emergency Service*, *Psychiatry*, *Psychomotor Agitation*, y los DeCS: Psiquiatría y Urgencias Médicas, intervención en la crisis y agitación psicomotora. La tabla 2 resume la estrategia de búsqueda en cada base de datos utilizada.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios realizados entre 2010 y 2020; literatura científica correspondiente a revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios observacionales retrospectivos y prospectivos, protocolos clínicos y literatura disponible en cualquier idioma; además todos aquellos

artículos que estén enfocados en un ámbito de urgencias o emergencias hospitalarias. Se excluyeron los artículos de opinión y aquellos que no se adaptaban a los objetivos del estudio.

La calidad de los artículos seleccionados se analizó mediante la herramienta AMSTAR 2¹⁸ junto con la plataforma 3.0 para Fichas de Lectura Crítica (FLC 3.0)¹⁹. Ambas herramientas son cuestionarios con opciones de respuesta simples. Sus recomendaciones son asignar calidad Alta si cumplía todos los criterios evaluables en todas las áreas de la herramienta, Media si cumplía en el área de Método y parcialmente en el resto de áreas, o si parcialmente en todas las áreas, y Baja en el resto de los casos. Se consideró ‘no valorable’ si carecía de información en el área de Método o en la mayoría de las áreas, por lo que no era posible valorar la calidad del estudio. Aquellos artículos que tras la evaluación de la calidad metodológica resultaron de una calidad Baja se eliminaron de la fase de la lectura crítica y por lo tanto no participaron en la discusión y conclusión del estudio¹⁸.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda			Resultados	Artículos seleccionados
Pubmed	<i>Crisis Intervention</i>	AND	<i>Emergencies Service</i>	31	2
	<i>Psychiatry</i>			332	6
	<i>Psychomotor Agitation</i>			16	1
Biblioteca Virtual en Salud (LILACS, IBECS, MEDLINE)	<i>Crisis Intervention</i>	AND	<i>Emergencies Service</i>	20	0
	<i>Psychiatry</i>			11	2
	<i>Psychomotor Agitation</i>			8	0
Cochrane Plus	<i>Crisis Intervention</i>	AND	<i>Emergencies Service</i>	41	0
	<i>Psychiatry</i>			77	0
	<i>Psychomotor Agitation</i>			23	0

RESULTADOS

El total de artículos encontrados en las diferentes bases de datos fue de 559. Tras la aplicación de filtros, se seleccionaron aquellos que cumplieran los criterios de inclusión. Se leyeron de forma detallada título y resumen, y finalmente se eligieron once artículos²⁰⁻³⁰, los cuales se utilizaron y analizaron para la presente revisión sistemática (Figura 1).

Una vez realizado el proceso de búsqueda y selección se procedió a la lectura crítica de estos artículos realizando un resumen de cada uno de ellos según el acrónimo PICO, reflejado en la tabla 3.

La mayoría de los artículos seleccionados para su análisis tuvieron autoría alemana (n=4; 36,4%)^{20,23,28,30}, seguida de la estadounidense y española (n=2 cada una, 18,2%)^{21,22,24,29} y francesa, inglesa y de los Países Bajos, con un artículo cada una (9,1%)^{25,26,27}. Se analizaron dos ensayos clínicos aleatorizados^{27,30}, un estudio observacional descriptivo²⁶, un protocolo²⁹ y siete revisiones sistemáticas^{20-25,28}.

Los resultados de la evaluación de la calidad de los artículos seleccionados según la herramienta AMSTAR2¹⁸ y la plataforma FLC 3.0¹⁹ se indican en la tabla 2. La mayoría de estudios incluidos en esta revisión pueden calificarse como de calidad baja a mo-

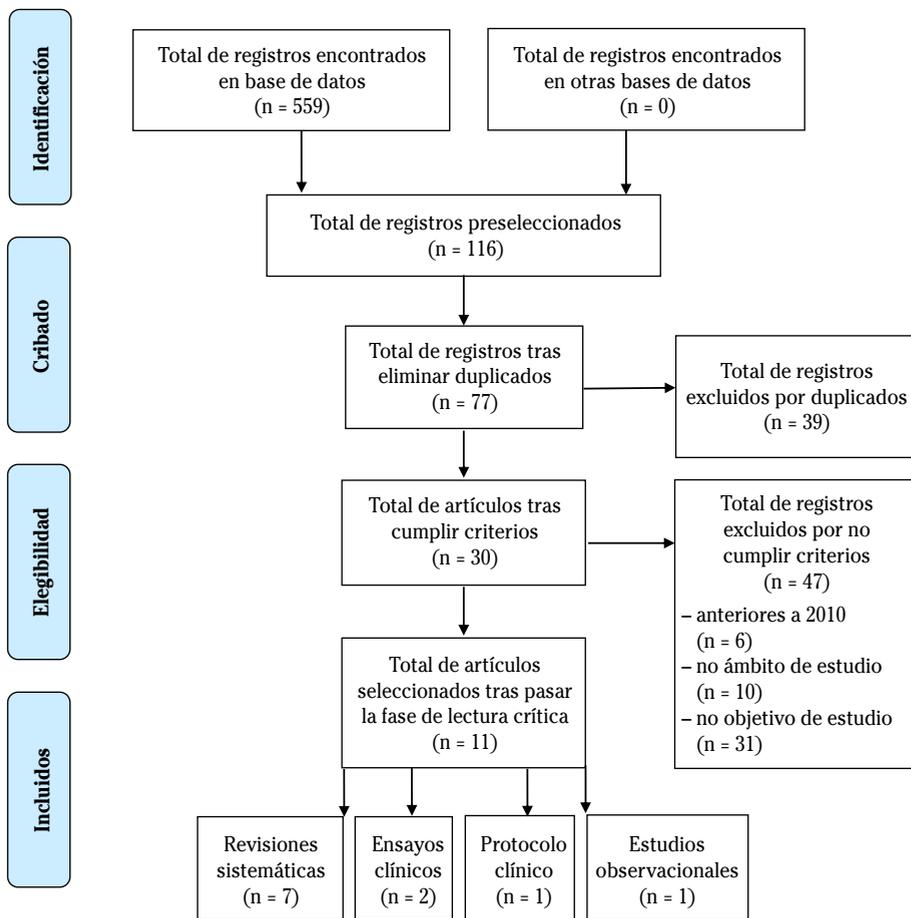


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos según el modelo PRISMA.

derada, solo el 27,3%^{26,27,30} de los estudios fue evaluado como de alta calidad en ambas herramientas. Los déficits más comúnmente evidenciados en AMSTAR 2 fueron la no existencia de un protocolo registrado antes de la revisión (ítem 2), ausencia de justificación de los estudios excluidos (ítem 7) y la consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión (ítem 13). Igualmente, en la evaluación de plataforma FCL 3.0 destaca el método elegido como el área más problemática.

En nuestro estudio hemos encontrado poca evidencia científica relacionada con el manejo inicial del paciente con patología mental en los SUH. Por años, 2012 fue el de mayor producción científica con tres artículos^{21,24,30}, seguido de 2015^{25,29} y 2016^{22,27} con dos artículos cada año; en 2011²⁰, 2014²⁸, 2017²³ y 2018²⁶ solo se publicó un artículo por año.

En un primer momento es prioritario el manejo inicial, garantizar la seguridad tanto del personal como del paciente, de sus familiares y del entorno que rodea la asistencia sanitaria en los SUH, según el 72,7% de los artículos revisados^{20-23,25-28}. El 45,5% de los estudios resaltaron la importancia de valorar los riesgos y rebajar la tensión en la fase de contacto inicial^{20,22,24,28,29}. Para ello recomendaron realizar la entrevista de forma rápida y estructurada, acompañados por personal de Enfermería²⁰, conservando una actitud empática, respetuosa y serena^{20,24,29}, manteniendo siempre la observación del paciente^{20,24}, sin entrar en confrontaciones, y respetando las distancias interpersonales²⁴. Dos estudios describieron las características de las salas para la evaluación del PAS: un espacio tranquilo, amplio, dotadas de dos salidas, botón de alarma y cama con lo necesario para realizar la contención mecánica^{22,29}.

Según el 45,5% de los estudios revisados, las pruebas diagnósticas dependerán de la sospecha clínica inicial^{22-24,29,30}. Dos estudios coinciden en que, antes de iniciar cualquier actuación, es necesario realizar una historia clínica en la que se recoja información detallada del paciente, como son los antecedentes médicos y quirúrgicos, psiquiátricos y de consumo de tóxicos; la familia o el

entorno del paciente desempeñan un papel fundamental en la entrevista para extraer información sobre el comportamiento o anomalías previas^{20,28}.

Solo un estudio describió cómo debe realizarse la exploración física, estableciendo que debe incluir las constantes vitales del paciente, aspecto general y nivel de interacción²².

Puffer y col³⁰, en su ensayo clínico con 74 médicos, detallaron los métodos diagnósticos más utilizados: exploración física (97%), tensión arterial y pulso (97%), electrocardiograma (77%), radiografía de tórax (16%), oximetría de pulso (62%), control de drogas (32%), tomografía craneal (26%), electroencefalografía (1%), y pruebas de laboratorio: recuento sanguíneo (88%), glucosa (93%), concentración de electrolitos (87%), valores hepáticos (73%), valores renales (84%), coagulación (68%), y análisis de gases (16%). Otros autores^{20,23,24} establecieron recomendaciones similares respecto a las pruebas complementarias rutinarias.

Sin embargo, el 27,3% de los estudios analizados^{21,25,28} manifestaron que no siempre es posible una exploración física y una entrevista íntegra. Las actitudes agresivas y poco colaborativas de estos pacientes, la falta de autonomía, la presión asistencial de las salas de urgencias, o recursos materiales y humanos limitados, dificultan el diagnóstico y el manejo inicial^{21,28}. Uno de ellos demostró que el 72% de los PAS (n=49) requerían más tiempo y recursos que el resto de los pacientes²¹.

Algunos de los estudios detectaron carencias formativas en los médicos de los SUH para la evaluación, tratamiento y manejo de los PAS^{20-22,30}. Un ensayo clínico concluyó que un 80% (n= 59) de los médicos de SUH participantes no disponía de conocimientos suficientes para atender a este tipo de pacientes y experimentaban incomodidad e inseguridad en su manejo inicial³⁰. Las mayores carencias de los médicos de los SUH en cuanto a los conocimientos básicos se centran en el tratamiento farmacológico y en la base legal de la aplicación del tratamiento^{20,30}. Un estudio recomendó incrementar la formación continuada de

Tabla 3. Análisis según esquema PICO de los artículos seleccionados

Autor País Año	Estudio Ámbito	N	Resultados/ Conclusiones	Calidad - AMSTAR 2 - FLR 3.0
Mavrogiorgou et al ²⁰ Alemania 2011	RS Red	N= 13 7 RS 5 retrospectivos 1 ECA	Una vez controlada la seguridad del PS y del entorno, el TTO consistirá en una relación de confianza o CV. Si esto no se pudiera llevar a cabo, se incluye la CF. Dos tipos principales de emergencia psiquiátrica: excitación aguda con agitación psicomotora y trastornos autodestructivos o comportamiento suicida.	-Media -Media
García Álvarez et al ²⁴ España 2012	RS Red	N=3 GPC	Control de la conducta: - Valorar los riesgos y la actitud del personal sanitario Evaluación médica: - Realizar historia clínica y exploración física y psíquica con el Dx diferencial. - TTO etiológico o farmacológico en síndromes de agitación.	-Baja -Baja
Zun et al ²¹ EEUU 2012	RS Red	N=49 6 ECA 26 retrospectivos 2 cualitativos grupos de discusión 14 observacionales 1 comparativo	Los PAS requieren más tiempo y recursos que el resto de los pacientes. El PS carece de habilidades y experiencias en la evaluación y el TTO de los PAS en el ámbito de los SUH; se necesita más formación. Para un manejo seguro se necesita una evaluación correcta, CM y aislamiento adecuado, además de una CF acorde para evitar los principales problemas de estos pacientes en los SUH.	-Media -Media
Puffer et al ³⁰ Alemania 2012	ECA SUH	N=74 Médicos de SUH de tres especialidades (neurología, cirugía y anestesia)	Se conocen las normas de Dx y TTO para PAS, pero o no se aplican o se comenten errores. Faltan habilidades terapéuticas. El PS de SUH manifiesta una gran inseguridad a la hora de abordar a este tipo de pacientes.	-Alta -Alta
Hepp ²⁸ Alemania 2014	RS Red	N=22 2 análisis sobre la declaración BETA 5 CE 5 GPC 10 observacionales	Existe mucha presión asistencial con PAS en los SUH. El objetivo del manejo inicial del PAS es aliviar la presión, siendo una prioridad la seguridad del PAS y del entorno. Los Dx serán muy limitados en situación de emergencia psiquiátrica.	-Baja -Baja
Horn et al ²⁵ Francia 2015	RS Red	N= 7 2 ECA 5 observacionales	Una vez establecida la seguridad se llevará a cabo una evaluación y un Dx para adaptar así el TTO. Existen dificultades en el trato de los PAS, faltando datos esenciales en la entrevista; solo se dispondrá del examen clínico para obtener un Dx orientativo.	-Baja -Baja
Rodríguez et al ²⁹ España 2015	Protocolo SUH	N=4 3 GPC 1 ECA	Protocolo de las distintas dimensiones psicopatológicas. Se describe con detalle el Dx, el manejo y la derivación de PAS en los SUH.	-Críticamente Baja -Baja
Wheat et al ²² EEUU 2016	RS Red	N=21 2 CE 1 ECA 18 observacionales	La evaluación inicial comienza garantizando la seguridad para todos. Una vez determinado el Dx, el TTO dependerá del estado del paciente, si presenta agitación o no. La CF tiene como objetivo calmar al paciente para después tratar la enfermedad. Es importante que los PS estén entrenados para la evaluación, TTO y manejo de los PAS.	-Media -Media
Van Oenen et al ²⁷ Países Bajos 2016	ECA SUH	N=370 PAS atendidos en un SUH	La retroalimentación como manejo del PAS. Los PAS con angustia severa que buscan ayuda psiquiátrica de emergencia no se benefician de la retroalimentación directa.	-Alta -Alta

Autor País Año	Estudio Ámbito	N	Resultados/ Conclusiones	Calidad - AMSTAR 2 - FLR 3.0
Schneider et al ²³ Alemania 2017	RS Red	N=19 17 observacionales 1 monografía 1 compendio BETA	Medidas terapéuticas generales de emergencia para los diferentes Dx psiquiátricos.	-Baja -Baja
Wong et al ²⁶ Inglaterra 2018	Descriptivo SUH	N=3.739 Pacientes adultos usuarios de los SUH	Describir los patrones en el uso de la CM en los PAS en SUH.	-Alta -Alta

RED: *on line*; RS: revisión sistemática; ECA: estudio controlado aleatorizado; CE: consenso de expertos; GPC: guía de práctica clínica.

PS: personal sanitario; TTO: tratamiento; CV: contención verbal; CF: contención farmacológica; Dx: diagnóstico; PAS: paciente con afectación psiquiátrica; CM: contención mecánica; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

médicos y enfermeros relativa a las emergencias psiquiátricas²¹

El PAS mostró un mayor riesgo somático de morbilidad y mortalidad, siendo más vulnerable a sufrir una negligencia en el diagnóstico de una enfermedad física mermando el diagnóstico inicial^{23,28,29}.

El 54,5% de los artículos revisados establecieron como segunda fase del abordaje del paciente agitado, el control de la conducta mediante la contención verbal^{20,22,24,26,28,29}. Un ensayo clínico aleatorizado que evaluó la eficacia de la retroalimentación en el manejo del PAS concluyó que este tipo de pacientes no se benefician de la retroalimentación directa en los SUH²⁷.

El 81,8%^{20-24,26,28-30} de los artículos seleccionados tratan el tema de la contención farmacológica, cuyo objetivo principal es *calmar al paciente para después tratar*²². Aunque el 36,4% de los estudios consideraron la vía oral como vía de administración de primera elección^{22,24,28,29}, la elección del fármaco y su vía de administración dependerá del grado de agitación del PAS y del diagnóstico²¹.

Los fármacos más utilizados fueron los ansiolíticos, los antipsicóticos y los hipnóticos^{20-24,26,28-30}. Dentro de los antipsicóticos atípicos, un 27,3% utilizó la olanzapina^{20,23,28}, mientras que la risperidona, el aripiprazol, la ziprasidona y la melperona fueron utilizados en un único estudio²³. Los antipsicóticos típicos utilizados fueron el haloperidol^{20,23,28,30} en el 36,4% de los estudios, el

zuclopentixol^{20,23}, la levomepromacina²⁰ y la pimiperona²³. Las benzodiazepinas utilizadas fueron lorazepam y diazepam^{20,23,30}, y lorazepam y midazolam²⁸. De todos los artículos revisados, solo uno detalló cuáles son los fármacos más utilizados y en qué porcentaje de casos se utilizan. De una muestra de 74 médicos de un SUH, un 91% prescribió diazepam, un 88% lorazepam y un 87% haloperidol³⁰.

Tres estudios evaluaron los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico^{21,22,24}, cuya elección debe realizarse logrando siempre un balance riesgo/beneficio²⁴. Un estudio²² recomienda evitar las benzodiazepinas en pacientes con EPOC y los antipsicóticos típicos en pacientes con antecedentes de patología neurológica. La sobredosificación en fármacos como el midazolam, la prolongación del segmento QT en la risperidona, olanzapina y haloperidol y el aumento de la agitación en algunos pacientes psicóticos relacionado con el uso del haloperidol, fueron los principales inconvenientes relacionados con el tratamiento farmacológico²¹.

El 45,5% de los artículos revisados abordaron el tema de la contención mecánica como parte del abordaje terapéutico, concluyendo que solo se llevará a cabo si no es efectiva la contención verbal o farmacológica^{20,21,24,26,29}. En un estudio descriptivo de 4.661 pacientes a los que se les aplicó la contención mecánica, el 12,3% eran PAS²⁶. Sólo dos estudios^{26,29} establecieron recomendaciones más concretas sobre la rea-

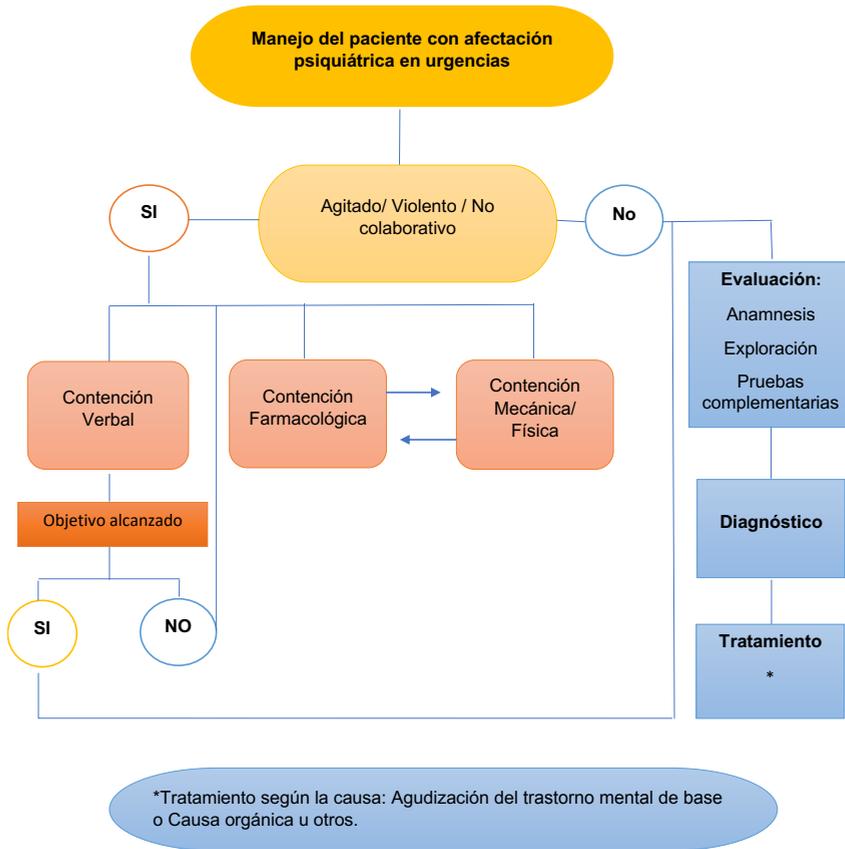


Figura 2. Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias.

lización de la técnica y las complicaciones asociadas: al tratarse de una emergencia y de una actuación contraria a la voluntad del paciente, deberá realizarse de manera rápida y coordinada^{26,29}, manteniéndola el mínimo tiempo posible y con control de Enfermería cada 30 minutos²⁹. Cuatro o cinco puntos de sujeción aumentan la seguridad de la técnica^{26,29}, y el personal mínimo involucrado en la inmovilización debería ser cuatro o cinco personas, aunque lo ideal sería cinco²⁹. Para garantizar la seguridad de todos los implicados, siempre se requerirá la presencia de los celadores y/o del personal de seguridad^{24,26,29}.

En la figura 2 se realiza un esquema donde de forma sencilla se recoge cuál debe ser el manejo del PAS en los SUH.

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha revisado la información existente acerca del manejo inicial del PAS a fin de aportar recomendaciones prácticas, fruto del consenso científico, para los SUH.

Los estudios mostraron escasas diferencias en la mayoría de aspectos evaluados. Coinciden en que antes de abordar la decisión terapéutica, debe establecerse un diagnóstico diferencial^{21,24,25}, siendo un error suponer que el origen de dicha actitud o agitación es psiquiátrico y debido a su enfermedad de base, obviando las posibles causas orgánicas^{20,21}.

Los pacientes con antecedentes psiquiátricos son más propensos a enfermedades

orgánicas³¹; sin embargo, en situaciones de emergencia no es posible realizar anamnesis en profundidad, lo que dificulta el diagnóstico correcto²³. Wright y col³² destacan que en los SUH se necesitan modelos diagnósticos sencillos y apropiados para la toma de decisiones en esas circunstancias, enfatizando la importancia de una correcta estructuración de los SUH para la evaluación segura y eficaz del enfermo psiquiátrico. Sin embargo, en los artículos analizados hay aspectos que no quedan del todo claros, como puede ser determinar en qué casos y en qué momento se debe avisar al psiquiatra, o qué profesional (médico o enfermera) está capacitado para hacerlo^{21,28}. En un estudio realizado en Australia, los médicos de urgencias consultaban con especialistas en psiquiatría solo ante situaciones complejas, por los amplios conocimientos que poseen³³. Las enfermeras también pueden jugar un papel importante en la decisión de solicitar atención psiquiátrica especializada³⁴.

Lo más importante en el abordaje terapéutico de la contención verbal es un enfoque estructurado, claro y firme, dirigiéndose al paciente de una manera empática y mostrando interés²⁰, lo que en la mayoría de ocasiones tendrá mejor resultado que cualquier otra medida restrictiva²¹. Para ello hay que tener en cuenta cómo se encuentra el paciente, si se muestra colaborativo o, por el contrario, está agitado o ausente, para priorizar el tipo de actuaciones²⁰. Cuando se trata el tema de la entrevista, la mayoría de los artículos los desarrollan como recomendaciones, sin aportar resultados concretos^{20,22,24,35,29}.

Por otro lado, se plantean acudir a la intervención involuntaria del paciente mediante contención farmacológica o mecánica, solo si no fuera efectiva la contención verbal en los términos expuestos en los párrafos precedentes^{20,26}.

La contención farmacológica es un proceso que consiste en la administración de un fármaco al paciente con el objetivo de aliviar sintomatología y tranquilizarlo rápidamente^{21,22,25,26,31}. La mayoría de los artículos revisados utilizaban las benzodiazepinas y los antipsicóticos como fármacos de base en estos pacientes^{20,23,28,30}. Sin embargo, con-

sideramos que los estudios no profundizan suficientemente en aspectos como vías de administración, dosis recomendadas, eficacia y efectos secundarios en función de la situación clínica y/o patología psiquiátrica^{20-24,26,28-30}. Autores como Lepping³⁶ revisaron el uso de medicación con los pacientes que acudieron por cuadros de agresividad a los SUH de veintinueve países. Los resultados mostraron que haloperidol y lorazepam fue la medicación más utilizada. Otros autores²², consideran adecuado utilizar la vía oral y la dosis mínima eficaz para controlar o disminuir los efectos secundarios, debiendo vigilar y confirmar la ingesta, siempre que el paciente esté tranquilo y se muestre colaborador. Pese a ello, en pacientes no colaboradores generalmente se utiliza la vía parenteral, prefiriendo la vía intravenosa antes que la intramuscular por su efecto rápido de acción²². Algunos autores manifestaron la necesidad de más estudios sobre eficacia de los fármacos utilizados en la contención de pacientes agitados^{22,26}.

Es necesario matizar que la contención mecánica es considerada la primera medida cuando se trata de una situación de agitación o violencia grave con riesgo para el entorno^{21,26}, cuando no es posible la realización de alguna técnica terapéutica, por su negación y agitación^{20,21,26}, o cuando los otros pilares de manejo han fallado^{20,26}. En estos casos, el seguimiento de pautas correctamente protocolizadas es la clave para la óptima realización de dicha técnica²⁷. Los artículos seleccionados recomiendan informar previamente al paciente, así como su realización rápida, planificada y coordinada por personal formado y entrenado para ello^{26,27,29}.

Algunos de los artículos revisados pusieron de manifiesto la necesidad de mayor formación de los profesionales sanitarios de los SUH en el manejo del paciente con agitación psiquiátrica^{20-22,30}. Marciano y col³⁷ afirman que una correcta formación de los médicos de urgencias mejora el nivel de la atención médica recibida, así como la tranquilidad y confianza de los profesionales.

Como limitaciones del estudio destacamos la necesidad de ampliar las bases de búsqueda y los descriptores incluyendo

áreas de frontera, así como profundizar en el análisis de la calidad metodológica de los trabajos extraídos, procurando elementos para una mayor diferenciación entre los tipos de estudios y sus propuestas.

La revisión realizada muestra que la escasa literatura existente sobre el manejo inicial del paciente con patología mental en urgencias no aporta evidencia científica suficiente. Sería necesario realizar protocolos de actuación con una metodología rigurosa, que establezcan pautas de actuación extrapolables y definitivas para una actuación integral y multidisciplinar, que permita mejorar la calidad asistencial a los PAS en los SUH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud Mental. Ginebra: OMS, 2020. https://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. HARO JM, PALACÍN C, VILAGUT G, MARTÍNEZ M, BERNAL M, LUQUE I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD- España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
3. WITTCHEM HU, JACOBI F, REHM J, GUSTAVSSON A, SVENSSON M, JÖNSSON B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
4. KNAPP M, MCDALD D, MOSSIALOS E, THORNICROFT G. Salud Mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental 2007. <https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=6E8FF5A68A25BA5510A3F62FF4C287F5?sequence=1
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007. https://www.msrebs.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
7. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. MedlinePlus. Temas de Salud. Enfermedades Mentales: Consultado el 10 de febrero de 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España. Edición electrónica de la CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades. Salud Mental: Intervención en crisis. Consultado el 13 de febrero de 2020. <https://eciemps.msrebs.es/ecieMaps/browser/metabusador.html>
9. FERNÁNDEZ V, MURCIA E, SINISTERRA J, CASAL C, GÓMEZ MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* 2009; 21: 121-132.
10. MUÑOZ J, MARTÍNEZ M, TORRES J, CALDERÓN DE LA BARCA JM, BERLANGO A, GARCÍA EI et al. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. *Semergen* 1999; 6: 532-536.
11. FRESÁN A, ROBLES R, COTA M, BERLANGA C, LOZANO D, TENA A. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Ment* 2012; 35: 215-223. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2013.029>
12. MUÑOZ J, MARTÍNEZ M, MONTERO FJ, JIMÉNEZ L. Manejo en urgencias del paciente agitado. En: *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2002; 609-614.
13. TESTA A, GIANNUZI R, DAINI S, BERNARDINI L, PETRONGOLO L, SOLLAZZO F. Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. *Eur Rev Pharmacol* 2013; 17 (Suppl 1): 55S-64S.
14. Instituto de Estudios Médico Científicos. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. Madrid: INESME, 2011. <https://consaludmental.org/publicaciones/Informeinesmesaludmental.pdf>
15. TOLEDO MUÑOZ LM. Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: Análisis del contexto clínico, sociodemográfico y económico. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 6 de junio de 2015. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/45767>
16. GONZÁLEZ J, BUÑUEL JC, APARICIO M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. *Evid Pe diatr* 2011; 7: 97.
17. SANTOS C, PIMENTA C, NOBRE M. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15: 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>

18. SHEA BJ, REEVES BC, WELLS G, THUKU M, HAMEL C, MORAN J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BJM* 2017; 21: 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
19. LÓPEZ DE ARGUMENTO M, REVIRIEGO E, GUTIÉRREZ A, BAYÓN JC. Actualización del sistema de trabajo compartido para revisiones sistemáticas de la evidencia científica (Plataforma FLC 3.0). Bilbao: Ipar, 2017.
20. MAVROGIORGOU P, BRÛNE M, JUCKEL G. The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Aerzteblatt Online* 2011; 108: 222-230. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0222>
21. ZUN L. Pitfalls in the care of the psychiatric patient in the emergency department. *J Emerg Med* 2012; 43: 829-835.
22. WHEAT S, DSCHIDA D, TALEN MR. Psychiatric emergencies. *Prim Care* 2016; 43: 341-354. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>
23. SCHNEIDER F, WEBER-PAPEN S. [Psychiatric emergencies]. *Der Nervenarzt* 2017; 88: 819-833. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0352-9>
24. GARCÍA MJ, BUGARÍN R. Agitación psicomotriz. ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias. *Cad Aten Primaria* 2012; 18: 73-77.
25. HORN M, VAIVA G, DUMAIS A. [Drug management of agitation in emergency departments: theoretical recommendations and studies of practices]. *La Presse Médicale* 2015; 44: 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.04.027>
26. WONG A, TAYLOR R, RAY J, BERNSTEIN S. Physical restraint use in adult patients presenting to a general emergency department. *Ann Emerg Med* 2019; 73: 183-191. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.020>
27. VAN OENEN F, SCHIPPER S, VAN R, SCHOEVEERS R, VISCH I, PEEN J et al. Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016; 16:110. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0811-z>
28. HEPP U. [Psychiatric emergencies in the outpatient setting]. *Praxis (Bern)* 2014; 103: 503-510.
29. RODRÍGUEZ B, PACHECO D, CUEVAS S, MURUGARREN S. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en Urgencias. *Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2015; 11: 5112-5117. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.008>
30. PUFFER E, MESSER T, PAJONK F. [Psychiatric care in emergency departments]. *Der Anaesthesist* 2012; 61: 215-223. <https://doi.org/10.1007/s00101-012-1991-7>
31. RODRÍGUEZ ML, ALARCÓN L, RUIZ J, PÉREZ MD. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Complejo Universitario Hospitalario de Albacete 2012. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>
32. WRIGHT K, MCGLEN I, DYKES S. Mental health emergencies: using a structured assessment framework. *Emerg Nurse* 2012; 19: 28-35. <https://doi.org/10.7748/en2012.03.19.10.28.c8993>
33. JELINEK GA, WEILAND TJ, MACKINLAY C, GERDTZ M, HILL N. Knowledge and confidence of Australian emergency department clinicians in managing patients with mental health-related presentations: findings from a national qualitative study. *Int J Emerg Med* 2013; 6: 125-132. <https://doi.org/10.1186/1865-1380-6-2>
34. BRENNAMAN L. Crisis emergencies for individuals with severe, persistent mental illnesses: a situation-specific theory. *Arch Psychiatr Nurs* 2012; 26: 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.11.001>
35. SANTIAGO A. Protocolo de contención de movimiento de pacientes. Hospital Clínico San Carlos, Hospital de la Fuentefría 2010. <http://www.aesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos-Madrid.pdf>
36. LEPPING P. The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 14: 38-43.
37. MARCIANO R, MULLIS DM, JAUCH EC, CARR CM, RANEY L, MARTIN RH et al. Does targeted education of emergency physicians improve their comfort level in treating psychiatric patients? *West J Emerg Med* 2012; 13: 453-457. <https://doi.org/10.5811/westjem.2012.3.6899>

