

ORIGINAL BREVE

Incidencia y variabilidad de manejo de la agitación aguda en los servicios de emergencias médicas

Isabel Casado Flórez¹, Luis Sánchez Santos², Rafael Rodríguez Calzada³, Fernando Rico-Villademoros⁴, Pere Roset Arissó⁵, Ervigio Corral Torres¹

Objetivo. Evaluar la incidencia y el manejo de la agitación aguda por los servicios de emergencias médicas (SEM) en España.

Método. Estudio observacional descriptivo que utiliza datos agregados de las memorias de actividad o datos internos no publicados de los SEM.

Resultados. Durante el año 2013, los 7 SEM participantes recibieron 4.306.213 llamadas, de las cuales 111.599 (2,6%; 6,2 llamadas/1.000 habitantes) fueron categorizadas como psiquiátricas. Las actuaciones requeridas por motivos psiquiátricos fueron 84.933 (4,2% del total de actuaciones; 4,0 actuaciones/1.000 habitantes) y, de estas, 37.951 fueron por pacientes agitados (1,9% del total de actuaciones; 2,0 actuaciones/1.000 habitantes). Solo 3 SEM disponían de un procedimiento específico para los equipos asistenciales de atención al paciente psiquiátrico y al paciente agitado.

Conclusiones. El paciente agitado es un problema común en los equipos asistenciales de los SEM. Pocos de estos equipos cuentan con procedimientos específicos de actuación ante estos casos.

Palabras clave: Servicios de emergencias médicas. Medicina de urgencias. Emergencia psiquiátrica. Agitación. Epidemiología. Incidencia.

Incidencia de agitación aguda y variación en el manejo de la agitación aguda por los servicios de emergencias médicas

Objective. To describe the management of acute agitation by Spanish emergency medical services (EMS) and assess the incidence of acute agitation.

Methods. Observational descriptive study based on aggregate data from unpublished internal EMS reports.

Results. Seven participating emergency services received 4 306 213 emergency calls in 2013; 111 599 (2.6%, or 6.2 calls per 1000 population) were categorized as psychiatric emergencies. A total of 84 933 interventions (4.2%, or 4 per 1000 population) were required; 37 951 of the calls concerned agitated patients (1.9%, or 2 cases per 1000 population). Only 3 EMS mandated a specific procedure for their responders to use in such cases.

Conclusions. The agitated patient is a common problem for EMS responders. Few teams apply specific procedures for managing these patients.

Keywords: Emergency health care. Emergency medicine. Psychiatric emergency. Agitation. Epidemiology. Incidence.

Introducción

La agitación es una forma extrema de excitación que se asocia con un aumento de la actividad verbal y motora^{1,2}. Si bien no debe confundirse con la violencia, la agitación se acompaña de un mayor riesgo de presentar conductas agresivas o violentas contra uno mismo o contra otros, incluyendo familiares y allegados, personal sanitario u otros pacientes^{2,3}. Los escasos datos disponibles en la literatura respecto a la frecuencia de presentación de la agitación en los sistemas de emergencias médicas (SEM) revelan que la urgencia psiquiátrica representa hasta un 12% del total de las urgencias y, de estas, un 22-30% son causadas por agitación o violencia⁴. En nuestro entorno se ha comunicado que los trastornos psiquiátricos suponen hasta un 3,7% del total de servicios atendidos por los SEM, pero no se proporcionan resultados referentes a los cuadros de agitación⁵. El objetivo de este

estudio fue evaluar la incidencia de agitación como causa de solicitud de asistencia de los SEM en España y conocer cómo se gestiona la asistencia y su variabilidad.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo utilizando los datos agregados del año 2013 provenientes de las memorias de actividad o datos internos no publicados de los 7 SEM que proporcionaron información. No se manejaron datos de pacientes individuales, ni fue posible la identificación de ningún paciente individual concreto; por todo ello, de acuerdo a la normativa vigente en España, este estudio no requirió la autorización de un Comité Ético de Investigación Clínica.

Los datos fueron recopilados por los distintos SEM participantes mediante un cuestionario estructurado, ela-

Filiación de los autores:

¹SAMUR Protección Civil, Madrid, España.

²Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, España.

³Emergencias Sanitarias de Castilla y León. SACYL. Valladolid, España.

⁴COCIENTE, S.L., España.

⁵Ferrer, Barcelona, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Pere Roset Arissó
Departamento Médico Ferrer
Av. Diagonal, 549
08029 Barcelona, España

Correo electrónico:

proset@ferrer.com

Información del artículo:

Recibido: 21-2-2017

Aceptado: 14-5-2017

Online: 23-6-2017

Editor responsable:

Agustín Julián Jiménez, MD, PhD.

borado a partir de un informe sobre los SEM en España⁶. En una reunión conjunta con todos los participantes se pusieron en común los resultados preliminares, y se discutió y acordó el cuestionario definitivo que finalmente se empleó en este estudio. Este incluía preguntas en cuatro secciones: 1) información sobre los procedimientos empleados y el sistema de información del centro coordinador; 2) información sobre las llamadas atendidas por el centro coordinador; 3) información sobre los procedimientos empleados por los equipos asistenciales y los datos que registran; y 4) información sobre las emergencias atendidas por los equipos asistenciales.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando una hoja de cálculo (Excel). Para las variables relacionadas con las emergencias atendidas se calcularon las tasas anuales utilizando la población de referencia de cada SEM de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística para 2013.

Resultados

De los 7 SEM participantes, 6 proporcionaron información sobre todos los aspectos evaluados en este estudio y 1 centro (el de Castilla La Mancha) no proporcionó datos sobre el número de actuaciones por pacientes con agitación. Durante el año 2013, los 7 SEM participantes recibieron un total de 4.306.213 llamadas, de las cuales 111.599 (2,6%) fueron categorizadas como psiquiátricas; estas cifras se corresponden con unas tasas de 239,1 llamadas totales/1.000 habitantes y 6,2 llamadas por motivos psiquiátricos /1.000 habitantes, con una amplia variación entre los distintos SEM (del 1,6/1.000 habitantes en Castilla La Mancha al 9,4/1.000 habitantes de Galicia).

El 45,7% de las llamadas recibidas implicaron la actuación de los equipos asistenciales. Las actuaciones requeridas por motivos psiquiátricos fueron 84.933 (4,2% del total de actuaciones), y, de estas, 37.951 fueron por pacientes agitados (44,7% de las actuaciones por motivos psiquiátricos, y un 1,9% del total de actuaciones) (Tabla 1).

Los procedimientos utilizados por el centro coordinador y los equipos asistenciales se muestran en las Tablas 2 y 3. Solamente en dos SEM (Galicia y Castilla La Mancha) respondía a la llamada personal sanitario. En 4 SEM

existían procedimientos específicos de atención a las llamadas por emergencias psiquiátricas o procedimientos específicos para la atención del paciente agitado. Solo el SEM de Madrid disponía de un equipo específico para las emergencias psiquiátricas, y solo 3 SEM disponían de un procedimiento específico para los equipos asistenciales de atención al paciente psiquiátrico o específicamente al paciente agitado. El lector interesado puede encontrar una descripción de otras características de los SEM participantes en otras publicaciones⁶. En los 2 SEM (Madrid y Galicia) con protocolos o procedimientos específicos para el paciente agitado y que proporcionan datos al respecto, la proporción de agitación como motivo de atención de los equipos asistenciales respecto al total de asistencias por motivos psiquiátricos fue más baja (del 12,7% al 22,1%) que en los SEM que no tenían procedimiento o protocolos específicos (del 27,9% al 67,3%) (Tabla 1).

Discusión

Nuestros resultados muestran que las urgencias psiquiátricas en los SEM analizados presentan una incidencia de 6,2 llamadas/1.000 habitantes/año, lo que representa el 2,6% de las llamadas atendidas y supone el 4,2% de todos los servicios en los que se realiza movilización de recursos. Estos datos son similares a los comunicados en un metanálisis australiano de 6 estudios observacionales⁷, que encontró que la asistencia en urgencias por trastornos mentales o de la conducta supuso el 4% de todas las visitas, y con las comunicadas en España en un estudio previo, que encontró que el 3,7% de todas las patologías atendidas por los SEM eran psiquiátricas. Sin embargo, en otro estudio realizado en Alemania, un 12% de las llamadas a los SEM eran por urgencias psiquiátricas^{4,5,7}. En cualquier caso, las cifras de frecuencia de llamadas por este motivo muestran que los problemas psiquiátricos son una causa frecuente de solicitud de atención a los SEM. Además, el hecho de que la tasa de actuación por los equipos asistenciales por estos problemas sea superior a la tasa de las llamadas al servicio por esta causa sugiere que este tipo de demandas de atención son consideradas relevantes por los SEM.

En lo que se refiere específicamente a la agitación, casi una de cada dos llamadas recibidas por esta causa

Tabla 1. Actuaciones de los equipos asistenciales totales y por motivos psiquiátricos por los servicios de emergencias médicas en 2013

CCAA	Emergencias atendidas						Población (INE 2013)	Tasa por 1000 habitantes		
	Totales	Psiquiátricas	(%)	Agitados	% (total)	% (psiq)		Totales	Psiquiátricas	Agitados
Madrid [†]	131.175	5.150	3,9	1.138	0,9	22,1	3.198.645	41,0	1,6	0,4
Galicia	377.105	18.049	4,8	2.286	0,6	12,7	2.765.940	136,3	6,5	0,8
Illes Balears	27.749	6.144	22,1	4.132	14,9	67,3	1.111.674	25,0	5,5	3,7
Asturias	185.375	2.778	1,5	963	0,5	34,7	1.068.165	173,5	2,6	0,9
Castilla-La Mancha	20.991	367	1,7	nd	nd	nd	2.100.998	10,0	0,2	nd
Castilla y León	205.897	7.400	3,6	2.063	1,0	27,9	2.519.875	81,7	2,9	0,8
Andalucía	1.080.175	45.045	4,2	27.369	2,5	60,8	8.440.300	128,0	5,3	3,2
Total	2.028.467	84.933	4,2	37.951	1,9*	44,9*	21.205.597	95,7	4,0	2,0

CCAA: comunidad autónoma; INE: Instituto Nacional de Estadística; nd: no disponible; psiq: psiquiátrica.

*Calculado sobre las totales (N = 2.007.476) y psiquiátricas (N = 84.566) de los 6 servicios de emergencias médicas que proporcionaron información a este respecto. [†]Referido todo a la ciudad de Madrid.

[‡]Estimada sobre la población de referencia de los 6 servicios de emergencias médicas que aportaron el dato (N = 19.104.599).

Tabla 2. Procedimientos de atención a las llamadas al centro coordinador

	CCAA							
	MAD	GAL	IB	AST	CLM	CyL	AND	SÍ (%)
¿Se realiza regulación médica?	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	85,7
Operadores entrenados: ¿utilizan un formulario con preguntas previamente diseñadas?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0
En caso de que atienda la llamada personal sanitario:								
¿responden directamente la llamada?	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	NO	28,6
¿Rellenan un informe prediseñado?	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	nd	SÍ	57,1
¿Existe un procedimiento específico de atención a emergencias psiquiátricas?	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	57,1
¿Existe un procedimiento específico de atención al paciente agitado?	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	57,1
¿Utilizan algún tipo de codificación en esta primera fase?	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	71,4
¿Utilizan codificación para el diagnóstico?	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	85,7
Codificación/diagnóstico	CIE9	CIE9	CIE9	nd	CIE9	CIE9	CIE9	85,7
¿Utilizan codificación según prioridades emergencia vital?	NO	SÍ	SÍ	nd	SÍ	SÍ	SÍ	71,4
¿Algún otro tipo de codificación?	NO	NO	NO	NO	nd	nd	SÍ	14,3
¿La información recogida durante la llamada se recoge en una base de datos del servicio?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0
¿Se trata de una única base de datos para todo el caso? (desde la 1ª llamada hasta el cierre por traslado a centro sanitario/resolución en domicilio)	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	85,7
¿Se graban las conversaciones?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0

CCAA: comunidad autónoma; AND: Andalucía; AST: Asturias; CLM: Castilla La Mancha; CyL: Castilla y León; GAL: Galicia; IB: Islas Baleares; MAD: Madrid; nd: no disponible.

(45,7%) implica la movilización de recursos asistenciales y, globalmente, representan casi un 2% de todas las actuaciones de los equipos asistenciales, cifra cercana a la comunicada por dos SEM en Alemania, que encontraron que entre el 2,6% y el 3,5% de todas las emergencias eran por agitación o violencia⁴.

Tanto en las tasas de llamadas totales o psiquiátricas como en la proporción o las tasas de emergencias atendidas por motivos psiquiátricos en general o por agitación en particular existe una importante variabilidad entre los distintos SEM. Coincidimos con Pacheco *et al.*⁵ en que es difícil comparar los distintos SEM en España. Como se ha señalado, los estándares profesionales, las estructuras organizativas y los mecanismos de coordinación de los SEM varían ampliamente de unos países a otros dentro de la Unión Europea⁸. Creemos que estas diferencias también existen a nivel de los SEM en España, como parecen también señalar los resultados de

nuestro estudio en cuanto a los procedimientos de atención a las llamadas o, sobre todo, los procedimientos de atención de los equipos asistenciales.

En nuestro estudio solo 3 de los 7 SEM participantes disponían de protocolos o procedimientos específicos de manejo del paciente agitado por parte de los equipos asistenciales y estos SEM fueron aquellos en los que la proporción de agitación como motivo de atención de los equipos asistenciales respecto al total de assistencias por motivos psiquiátricos fue más baja. Este resultado sugiere que aquellos SEM que disponen de procedimientos/protocolos específicos para el manejo del paciente agitado difieren del resto en su actuación con las urgencias psiquiátricas.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el diseño empleado no nos permite evaluar si la reducción en la movilización de recursos en los SEM que disponen de un protocolo específico para el manejo de la agitación supone una racionalización de la utilización

Tabla 3. Procedimientos de atención de los equipos asistenciales

	CCAA							
	MAD	GAL	IB	AST	CLM	CyL	AND	SÍ (%)
Técnicos sanitarios: ¿recogen información acerca del diagnóstico?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	42,9
¿Rellenan un formulario?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	71,4
Personal sanitario: ¿rellenan un informe médico o de enfermería?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0
¿Rellenan otro tipo de formulario?	SÍ	NO	NO	NO	NO	nd	NO	14,3
¿Existe algún tipo de equipo asistencial específico para emergencias psiquiátricas?	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	14,3
¿Utilizan algún tipo de codificación en la recogida de datos de la fase asistencial?	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	nd	SÍ	57,1
¿Utilizan codificación para el diagnóstico?	SÍ	SÍ	SÍ	nd	SÍ	SÍ	SÍ	85,7
¿Existe un procedimiento específico de atención a emergencias psiquiátricas?	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	28,6
¿Existe un "procedimiento de paciente agitado" específico?	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	NO	28,6
¿Utilizan codificación para definir manejo de la emergencia psiquiátrica?	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	42,9
¿Recogen si ha habido algún manejo NO farmacológico o farmacológico de la emergencia psiquiátrica?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0
¿Algún otro tipo de codificación utilizada?	nd	nd	NO	NO	nd	nd	NO	0,0
¿Se recoge el posible caso de muerte en la ambulancia o en el centro hospitalario donde se derive?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	100,0
¿Se persigue el diagnóstico de confirmación?	NO	SÍ	NO	NO	NO	nd	SÍ	28,6

CCAA: comunidad autónoma; AND: Andalucía; AST: Asturias; CLM: Castilla La Mancha; CyL: Castilla y León; GAL: Galicia; IB: Islas Baleares; MAD: Madrid; nd: no disponible.

de recursos adecuada, una mayor calidad de la atención o unos mejores resultados para los pacientes tanto en términos clínicos como de satisfacción. En cualquier caso, disponer de un protocolo específico sí debería suponer una mejora del manejo del cuadro, ya que las emergencias psiquiátricas como la agitación requieren de una intervención rápida para evitar o, al menos, limitar sus consecuencias^{9,10}. Además, el diagnóstico etiológico y el manejo terapéutico del paciente agitado (que deberían ser simultáneos) es un proceso complejo¹¹⁻¹⁴ que realizado de forma inadecuada puede resultar en la utilización innecesaria de medidas de contención mecánica (con las implicaciones negativas que estas tienen para los pacientes y personal sanitario), un aumento de la agitación hasta llegar a la violencia contra uno mismo o contra otros, y un aumento de los costes para el sistema sanitario^{15,16}. Por otra parte, hasta un 60% de los pacientes con trastornos mentales que son atendidos por centros que no son primariamente psiquiátricos no son correctamente diagnosticados ni adecuadamente tratados⁹. Por ello, la implantación de procedimientos o protocolos de actuación para el paciente agitado en los SEM y el adecuado entrenamiento del personal implicado podrían redundar en una mejor actuación ante estos casos, utilizando el tratamiento más adecuado y disminuyendo la necesidad de recurrir a la contención mecánica, y reduciendo los costes. En este sentido, los resultados de un estudio realizado en Alemania muestran que cuando los SEM reciben formación y seguimiento respecto al manejo de las emergencias psiquiátricas, la atención a estos pacientes es más adecuada en términos de una prescripción farmacológica más específica en el caso de pacientes con trastornos psicóticos y una utilización más frecuente de intervenciones verbales⁴. Otra limitación del trabajo consiste en que si bien el diagnóstico y categorización del paciente agitado la realizaba el personal de los SEM, no disponemos de datos que confirmen ese diagnóstico. Además, aunque el número de SEM participantes fue importante, un número mayor de SEM no participaron en la encuesta, limitando la generalización de los resultados.

En conclusión, nuestros resultados muestran que el paciente agitado es un problema común al que deben enfrentarse los equipos asistenciales de los SEM y que pocos de estos equipos cuentan con protocolos o procedimientos de actuación ante estos casos. Creemos que la implantación de un protocolo específico podría mejorar la atención que reciben los pacientes y optimizar la utilización de recursos sanitarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación externa del presente artículo.

Responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Agradecimientos

A Anagram-ESIC que coordinó y gestionó el trabajo y a todos los colaboradores.

Bibliografía

- Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13:3-10.
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1123-33.
- Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med.* 2006;31:331-7.
- Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:360-6.
- Pacheco A, Burusco S, Senosiain MV. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33(Supl 1):37-46.
- Barroeta Urquiza J. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Madrid: MENSOR; 2011.
- Baratt H, Rojas-García A, Clarke K, Moore A, Whittington C, Stockton S, et al. Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016;11:e0154449.
- Davoli E (coord). Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. In: Organization WH, ed. Copenhagen 2008. (Consultado 3 Mayo 2017). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf
- Mavrogiorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108:222-30.
- Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias.* 2009;21:121-32.
- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17:86-128.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Jr., Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13:17-25.
- Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Jr., Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13:26-34.
- Holloman GH, Jr., Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med.* 2012;13:1-2.
- Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract.* 2011;17:170-85.
- Jiménez Busselo MT ADJ, 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 (Barc).* 2005;63:526-36.