



**Universidad  
Europea**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y  
CRÍTICOS EN ENFERMERÍA.**

**IMPLEMENTACIÓN DE ÁREAS  
PSIQUIÁTRICAS ESPECIALIZADAS DENTRO  
DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Autora: Marina Fernández Valle

Directora: Paula Balaguer Escutia

Valencia 2023-2024



## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
2.1	MARCO TEÓRICO.....	4
2.2	JUSTIFICACIÓN.....	6
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>8</b>
4.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO:.....	8
4.2.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:.....	9
4.3.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:.....	10
4.4.	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIOS:.....	11
4.5.	INTERVENCIÓN PROPUESTA.....	11
4.6.	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	12
4.7.	CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.....	13
4.8.	ASPECTOS ÉTICOS:.....	14
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>8.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>26</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>82</b>

## 1. RESUMEN

**Fondo:** El servicio de urgencias hospitalarias representa el primer nivel de atención para pacientes en estado crítico, incluyendo aquellos con trastornos de salud mental. La atención de estos pacientes en un entorno de urgencias se caracteriza por su alta complejidad y la necesidad de evaluaciones y manejos adecuados en un tiempo limitado. Esto resalta la importancia de contar con protocolos específicos y áreas de atención especializadas.

**Objetivo:** Elaboración de un protocolo para la implementación de áreas psiquiátricas especializadas dentro de los servicios de urgencias hospitalarias. Analizando, además, los beneficios y desafíos de integrar estas áreas especializadas, con el fin de mejorar la atención inmediata y adecuada a pacientes con crisis psiquiátricas.

**Metodología:** Revisión en paraguas de la literatura existente sobre los servicios de urgencias psiquiátricas en servicios de urgencias de adulto y el manejo de emergencias psiquiátricas. Los datos fueron recopilados de bases de datos oficiales y se emplearon criterios rigurosos para seleccionar estudios relevantes y de alta calidad.

**Resultados:** Los estudios revisados muestran que la implementación de áreas psiquiátricas especializadas en urgencias resulta en una mejora significativa en la atención a pacientes con crisis psiquiátricas. La especialización permite un manejo más adecuado de las crisis, disminuyendo la necesidad de intervenciones más invasivas y reduciendo la tasa de readmisión.

**Conclusión:** La implementación de estos protocolos mejora significativamente la calidad y eficacia del tratamiento de pacientes con trastornos mentales, proporcionando un manejo más adecuado y seguro en situaciones críticas. Este enfoque optimiza los recursos y la atención, beneficiando tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

**Palabras clave:** *Servicio de Urgencias, psiquiatría, intervención de crisis, protocolos*



## **ABSTRACT**

**Background:** The hospital emergency department represents the first level of care for critically ill patients, including those with mental health disorders. The care of these patients in an ED setting is characterized by its high complexity and the need for appropriate assessment and management in a limited time. This highlights the importance of specific protocols and specialized care areas.

**Objective:** To develop a protocol for the implementation of specialized psychiatric areas within hospital emergency departments. It also analyses the benefits and challenges of integrating these specialized areas in order to improve immediate and appropriate care for patients with psychiatric crises.

**Methodology:** Umbrella review of the existing literature on psychiatric emergency departments in adult emergency departments and the management of psychiatric emergencies. Data were collected from official databases and rigorous criteria were used to select relevant and high-quality studies.

**Results:** The reviewed studies show that the implementation of specialized psychiatric areas in the ED results in a significant improvement in the care of patients with psychiatric crises. Specialization allows for more appropriate crisis management, decreasing the need for more invasive interventions and reducing the readmission rate.

**Conclusion:** The implementation of these protocols significantly improves the quality and efficacy of the treatment of patients with mental disorders, providing more appropriate and safer management in critical situations. This approach optimizes resources and care, benefiting both patients and healthcare professionals.

**Key words:** *emergency service, psychiatric, crisis intervention, clinical protocols.*

## 2. INTRODUCCIÓN

El servicio de urgencias hospitalarias constituye el primer escalón de la asistencia integrada del paciente grave. En el caso de la atención de pacientes con trastornos de salud mental en entornos de urgencias, su complejidad, unida a la necesidad de una evaluación y manejo adecuados en un entorno de tiempo limitado, resalta la importancia de contar con protocolos específicos y áreas de atención especializadas. En este contexto, la enfermería desempeña un papel clave en la implementación y ejecución de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad y eficacia de la atención brindada a esta población vulnerable.

### 2.1 Marco teórico

Las enfermedades mentales han venido marcadas a lo largo de la historia por la ignorancia, el miedo y la inseguridad ante su manejo, dando lugar al abandono y exclusión social de dichas personas. A pesar de todos los avances obtenidos con el paso de los años sobre los conocimientos acerca del cerebro, su funcionamiento y consecuencias en la Salud Mental, hoy en día, sigue habiendo grandes obstáculos para su abordaje desde salud pública. (1)

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». Y, en 2005, la OMS lanzó su propuesta de «*No health without mental health*» haciendo frente a la injustificada marginación de la salud mental en las políticas sanitarias (World Health Organization, 2005).

Actualmente, aproximadamente 1 de cada 8 personas en el mundo sufre algún trastorno mental. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento, y, a

nivel europeo, 1 de cada 10 personas padece una enfermedad mental, siendo la prevalencia en España de un 20%. Según la OMS, los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. (2)

Respecto a la situación actual en España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 (3), en el año 2021 se han llegado a registrar 369,5 casos de trastornos mentales y del comportamiento por cada 1000 habitantes. La frecuentación de la población en las urgencias hospitalarias (hospitales de agudos y de larga estancia) en hospitales del SNS es de 0,44 veces por persona y año, lo que supone un total de 20.860.192 urgencias atendidas anualmente (2021). Esta frecuencia de visitas a urgencias hospitalarias se mantiene bastante estable desde 2012, exceptuando el año 2020 de la pandemia en que la frecuentación se redujo en torno a un 27% respecto al 2019. En 2022 se recupera. En este ámbito, es imperativo establecer un diagnóstico diferencial antes de proceder con cualquier intervención terapéutica. Sin embargo, en el contexto específico de Servicio de Urgencias Psiquiátricas (SUP), esta tarea se presenta como un desafío adicional debido a la complejidad de los cuadros clínicos que se presentan. La prioridad consiste en descartar de manera prematura y efectiva posibles etiologías orgánicas, para así garantizar la aplicación de un tratamiento específico cuando sea necesario. No obstante, es fundamental reconocer la posibilidad de comorbilidad, es decir, la coexistencia de síntomas tanto psiquiátricos como orgánicos en un mismo individuo. Es crucial discernir si los síntomas observados son atribuibles a una patología psiquiátrica subyacente, al consumo de sustancias, o a una combinación de ambos (patología dual).

La demanda de atención psiquiátrica de urgencia está influenciada por una variedad de factores, incluyendo el entorno físico y psicológico del paciente, la urgencia de obtener un diagnóstico preciso o al menos una evaluación inicial rápida, la presión temporal asociada a la toma de decisiones clínicas, así como las expectativas tanto del personal de salud como de los propios pacientes. (4)

La atención inicial, proporcionada por el personal de enfermería en el triaje, permite la identificación de aspectos relevantes del paciente, lo cual, ayuda a la hora de iniciar una

evaluación preliminar para posibles diagnósticos. Sin embargo, este proceso evoluciona conforme se realiza una evaluación más completa. En este contexto, la labor de enfermería es esencial para garantizar una atención integral, especialmente en casos de emergencias psiquiátricas, y se lleva a cabo en colaboración con otros profesionales de la salud. Los enfermeros de urgencias psiquiátricas se enfrentan a desafíos complejos que requieren un enfoque multidisciplinario y específico. Además, asumen una responsabilidad significativa, incluso en situaciones donde son el único personal presente, lo que implica funciones determinantes como la toma de decisiones de forma eficaz. Estas responsabilidades se rigen por una ética profesional sólida, respaldada por normativas y una gestión eficiente de los recursos disponibles. (5)

En todo este contexto, la implementación de protocolos de actuación debidamente estructurados, consensuados y actualizados se torna esencial para garantizar una gestión clínica efectiva y oportuna en el SUP; centrarnos en la especialización del personal sanitario y en la distribución de recursos humanos y materiales.

## **2.2 Justificación**

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social”, reconociendo la importancia intrínseca de la Salud Mental, dentro de la sanidad, pudiendo ésta verse alterada tanto por factores ambientales como genéticos. Como se ha comentado anteriormente, en la actualidad, el número de población con enfermedades mentales aumenta cada día, tanto a nivel nacional como internacional y, son muchas las medidas y protocolos que se están llevando a cabo para mejorar estos problemas sociosanitarios. A pesar de todo esto, la salud mental sigue siendo objeto de estigma y discriminación en la sociedad, haciendo de éste un tema tabú que impedita el acceso a una atención adecuada en relación a los trastornos psicológicos y psiquiátricos.

Parto de la experiencia profesional, tras trabajar en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitarios Marqués de Valdecilla, que me ha permitido comprobar la saturación diaria del servicio y, en primer lugar, debido a la cantidad de pacientes con necesidades

asistenciales psiquiátricas asociado con la falta de recursos, el déficit de conocimientos y falta de especialización del personal sanitario en este tipo de pacientes. Por todo ello, este estudio se centra en la protocolización de medidas innovadoras y necesarias para mejorar la Salud Mental desde los Servicios de Urgencias, creando áreas de urgencias psiquiátricas especializadas.

El protocolo propuesto se fundamenta en la necesidad de abordar la condición de tiempo-dependencia que suponen los trastornos mentales en entornos de urgencias. Su finalidad es proporcionar un cuidado especializado de los pacientes psiquiátricos desde los Servicios de Urgencias de adultos gracias a la elaboración de un protocolo que desarrolle la estrategia a seguir para la implementación de áreas de urgencias psiquiátricas dentro de los servicios de urgencias de adultos. El protocolo se apoyará en las bases del **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (6)**, cuya finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

Todo este enfoque integral tiene como objetivo mejorar la calidad y la prontitud de la atención para aquellos que requieren ayuda en momentos críticos, contribuyendo así a cubrir una necesidad crucial en el ámbito de la salud mental en los servicios de urgencias. En última instancia, se espera que este trabajo, no solo impulse la mejora de los protocolos de atención en salud mental, sino que también promueva una mayor sensibilización y comprensión de la importancia de la salud mental en la atención sanitaria de urgencias.

### **3. OBJETIVOS**

Dada la importancia de todo lo mencionado anteriormente, el **objetivo principal** de este estudio es crear un protocolo claro y efectivo para el desarrollo de un área de urgencias psiquiátricas especializada, dentro de los Servicios de Urgencias de adultos.

**Objetivos secundarios:**

1. Conocer la situación actual de la Salud Mental en España y Europa.
2. Describir la distribución y circuito del Servicio de Urgencias Psiquiátricas.
3. Definir el personal especializado que formará el equipo multidisciplinar del servicio.
4. Identificar el tipo de pacientes que acudirán al servicio.
5. Evaluar los presupuestos y el calendario de implantación.
6. Fomentar la educación del personal sanitario en actuación ante pacientes psiquiátricos.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

### **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:**

El presente estudio es una revisión en paraguas o “umbrella review”, rigurosa y reproducible. Ésta recoge información de diferentes bases de datos, habiendo realizado un cribado de todos ellos tras una lectura crítica. Una vez fueron seleccionados los artículos más adecuados, terminamos con la estructuración del trabajo y desarrollo completo del mismo.

A la hora de elaborar el marco teórico, se parte de fuentes de información como Google académico, de donde se añadieron, como complemento del estudio, diferentes protocolos y planes relevantes para el estudio.

Todos los artículos descritos en esta revisión en paraguas han sido seleccionados teniendo en cuenta la metodología PRISMA actualizada en 2020 (7), la cual se desarrolla más adelante.

Siguiendo el marco PICO se desarrolla una pregunta de investigación clínica precisa y abordable, lo que permite dar inicio a la estrategia de búsqueda.

**Pregunta de investigación:** ¿Qué medidas son necesarias para crear un área de Urgencias Psiquiátricas dentro del Servicio de Urgencias y mejorar la asistencia sanitaria en Salud Mental de España?

**P: Paciente o Problema de interés:** Población adulta de España. Pacientes mayores de 16 años que acuden a Urgencias por problemas o enfermedades psiquiátricas.

**I: Intervención principal:** Protocolo para la creación de Servicios de Urgencias Psiquiátricas

**C: Comparación de intervención:** No hay evidencia de comparación.

**O: Resultado que interesa valorar:** Mejorar el cuidado y prevención de la Salud Mental en España.

#### **4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:**

A la hora de realizar la selección de artículos para la revisión en paraguas, durante el mes de abril, se llevó a cabo una búsqueda avanzada en diferentes bases de datos. En este caso se utilizaron las bases Pubmed (*ANEXO 1*), Web of Science (*ANEXO 2*), Bireme (*ANEXO 3*) y Scopus (*ANEXO 4*). Cada una de las estrategias de búsqueda se plasma en los anexos mencionados y, en cada una de ellas, se detallan los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) con ayuda de operadores booleanos (AND, OR, NOT).

- **DeCS:** *Servicio de Urgencias, psiquiatría, intervención en crisis, protocolos clínicos.*

- **MeSH:** *emergency service, psychiatric, crisis intervention, clinical protocols.*

A continuación, se describen cada uno de ellos y su relación con el estudio:

- *Servicio de Urgencias / Emergency service:* Este término es esencial para identificar la literatura relacionada con los servicios de urgencias, donde se brinda atención inmediata a pacientes con problemas de salud agudos o que requieren atención médica urgente.
- *Psiquiatría / Psychiatric:* Al incluir este término, se busca encontrar información específica sobre el manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el contexto de los servicios de urgencias, lo cual es fundamental para el diseño del protocolo.
- *Intervención en crisis / Crisis intervention:* La intervención oportuna en situaciones de crisis es crucial en los servicios de urgencias psiquiátricas. Por lo tanto, se selecciona este término para identificar estrategias y técnicas efectivas para abordar estas situaciones.
- *Protocolos clínicos / Clinical protocols:* Los protocolos clínicos son guías fundamentales para estandarizar los procedimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento en los servicios de urgencias psiquiátricas. Por tanto, se incluye este término para encontrar literatura relacionada con el desarrollo y aplicación de protocolos clínicos en este contexto.

Por otro lado, fue esencial desarrollar los criterios a seguir en cuanto a la selección de artículos, dentro de los cuales se encuentran:

- Como criterios de inclusión:
  - Artículos relacionados con Urgencias psiquiátricas, paciente psiquiátrico agudo, Salud Mental en el paciente adulto.
  - Artículos escritos en cualquier idioma y fecha.
  - Revisiones sistemáticas y meta-análisis
  - Artículos de bases de datos oficiales.
  
- Como criterios de exclusión:



- Documentos de páginas web no acreditadas.
- Relacionados con paciente pediátrico o neonatal.
- Artículos de opinión o experimentales.

Por último, se aplicaron todos estos filtros y límites establecidos en las bases de datos obteniendo los datos representados de forma específica en un diagrama de flujo según los criterios de PRISMA Flow 2020 que se describirá en los resultados.

### **4.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:**

La muestra de este estudio se constituye de aquellos artículos seleccionados siguiendo una estrategia de búsqueda rigurosa. Se han tenido en cuenta criterios de inclusión y exclusión, así como la eliminación de duplicados para garantizar la calidad y relevancia de los artículos incluidos. La muestra final se presenta de manera visual en un Flow chart, mostrando de manera clara el proceso de selección de los artículos para su inclusión en el estudio.

#### **Población diana:**

El estudio está orientado hacia la población adulta con enfermedades psiquiátricas agudas o episodios de problemas en relación con su salud mental, que precisen de atención sanitaria de forma urgente y efectiva desde los servicios de urgencias hospitalarias.

### **4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIOS:**

- **Variable independiente:** La implementación del protocolo para la creación de Servicios de Urgencias Psiquiátricas se considera la variable independiente en este estudio. Esta intervención representa el factor que se manipula para evaluar su impacto en la mejora de la atención a pacientes con enfermedades psiquiátricas agudas en los servicios de urgencias.

- **Variable dependiente:** La mejora en la calidad y efectividad de la atención a pacientes con enfermedades psiquiátricas agudas que acuden a urgencias se establece como la variable dependiente. Esta variable refleja los cambios observados en la atención y los resultados de salud de los pacientes como resultado de la implementación del protocolo.
- **Variables de control:** Se identifican varias variables de control que podrían influir en los resultados del estudio. Estas incluyen factores demográficos como la edad y el género de los pacientes, características clínicas como el diagnóstico y la gravedad del cuadro psiquiátrico, y factores contextuales como el tipo de urgencia y los recursos disponibles en el entorno de urgencias.

#### **4.5. INTERVENCIÓN PROPUESTA**

La intervención propuesta consiste en la implementación de un protocolo completo y detallado para la creación de áreas de Urgencias Psiquiátricas dentro de los Servicios de Urgencias de adultos. Este protocolo buscará mejorar la calidad y efectividad de la atención brindada a pacientes con patologías psiquiátricas que acuden a urgencias con episodios agudos o crisis. Este incluirá una serie de pautas específicas diseñadas para optimizar la evaluación, intervención y seguimiento de pacientes con enfermedades psiquiátricas agudas. Se detallarán los procedimientos para la evaluación inicial, la priorización de la atención, la intervención clínica y el seguimiento de los pacientes. Además, se proporcionarán directrices para la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud mental y otros departamentos relevantes.

#### **4.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

A la hora de hablar el protocolo es necesario una serie de recursos para hacerlo con evidencia científica y rigurosidad (36):

- ❖ **Bases de datos:** Se necesitará acceder a bases de datos especializadas para realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la atención de

urgencias psiquiátricas. Esto incluirá la búsqueda y análisis de artículos científicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica relevantes.

- ❖ **Consulta a expertos:** Será importante contar con la colaboración de psiquiatras, enfermeras especializadas en salud mental y otros profesionales con experiencia en la atención de urgencias psiquiátricas para obtener información y orientación sobre las mejores prácticas y recomendaciones clínicas.
- ❖ **Marco normativo:** Se requerirá conocer y analizar la normativa vigente en materia de salud mental y atención de urgencias en el ámbito local, nacional e internacional. Esto incluirá leyes, regulaciones y directrices emitidas por organismos de salud pública y entidades profesionales.
- ❖ **Herramientas de evaluación:** Será necesario identificar y seleccionar herramientas de evaluación validadas para la valoración inicial y seguimiento de pacientes en situaciones de crisis psiquiátrica. Esto puede incluir escalas de evaluación de riesgo suicida, de gravedad de los síntomas y de funcionamiento psicosocial.
- ❖ **Desarrollo del protocolo:** Se requerirá establecer un equipo multidisciplinario para la redacción y revisión del protocolo de atención en urgencias psiquiátricas. Este equipo estará compuesto por psiquiatras, enfermeras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y otros profesionales involucrados en la atención de pacientes psiquiátricos.
- ❖ **Validación y adaptación:** Una vez elaborado el protocolo, será necesario someterlo a un proceso de validación por parte de expertos en el campo de la salud mental y la atención de urgencias. Además, se deberá adaptar el protocolo a las necesidades y recursos específicos de cada servicio de urgencias hospitalarias.

En cuanto a los recursos humanos y materiales para la implementación efectiva del protocolo en los servicios sanitarios; en términos de personal, será esencial contar con un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales médicos y de enfermería con capacitación especializada en salud mental, así como psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales. Este equipo interdisciplinario permitirá abordar las diversas necesidades de los pacientes con trastornos psiquiátricos de manera integral y coordinada.

Además del personal clínico, se necesitará personal administrativo capacitado para la gestión de citas, documentación y coordinación de recursos, lo que garantizará un flujo eficiente de pacientes y una adecuada gestión de la información clínica.

En cuanto a los recursos materiales, será fundamental contar con áreas físicas específicamente diseñadas y equipadas para la atención de pacientes con trastornos psiquiátricos que proporcionen un entorno seguro y confortable.

Al mismo tiempo, se requerirá acceso a equipos médicos y de emergencia adecuados para la evaluación y estabilización inicial de los pacientes, así como acceso a medicación psiquiátrica y recursos de apoyo psicosocial, como servicios de terapia y grupos de apoyo.

#### **4.7. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS**

En esta revisión se formula una pregunta clínica utilizando el formato PICO. Ésta se adapta a los objetivos, lo que ha proporcionado una estructura clara para la búsqueda de evidencia relevante. Además, se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda exhaustiva, estableciendo criterios estrictos de inclusión y exclusión para los estudios, abarcando un amplio rango de tipos de estudios y períodos de tiempo.

Para garantizar la validez y objetividad de esta revisión, hemos seguido un enfoque riguroso basado en las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (*ANEXO 5*). Esta herramienta está diseñada para mejorar la transparencia y la calidad de las revisiones sistemáticas y meta-análisis. Sirve como guía estructurada para asegurar que todos los aspectos esenciales de cada uno de los artículos seleccionados en la estrategia de búsqueda, sean cubiertos, facilitando la transparencia, reproducibilidad y evaluación crítica de la metodología y resultados.

Por otro lado, se hace uso de la herramienta de evaluación crítica de Crowe (CCAT; Crowe y Sheppard, 2011; Crowe et al., 2011; Crowe et al., 2012) para evaluar los posibles sesgos de los estudios analizados, debido a diferencias de calidad en los mismos. Esta escala consiste en un formulario a partir del cual se obtiene una puntuación general. Los resultados obtenidos ante el formulario CCAT se encuentran en el *ANEXO 6*.

Todas estas medidas nos han permitido mantener la integridad y fiabilidad de nuestros resultados. Y para comprobarlo, se evalúa la calidad de esta revisión en paraguas a través del Checklist de Prisma 2020 mencionado con anterioridad. (*ANEXO 8*)

#### **4.8. ASPECTOS ÉTICOS:**

Se llevará a cabo una evaluación exhaustiva de los aspectos éticos involucrados en la implementación del protocolo. Se garantizará el respeto a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (8). Se respetarán las normativas y regulaciones éticas pertinentes en el manejo de la información y se evitará cualquier forma de sesgo o conflicto de intereses en la selección y presentación de los datos.

Además, se considerará la equidad y la justicia en la distribución de los recursos y la atención a los pacientes en el contexto de la implementación del protocolo. Se buscará asegurar que todas las personas, independientemente de su condición socioeconómica o demográfica, tengan acceso igualitario a los servicios de salud mental de urgencia y se beneficien de cualquier mejora en la calidad y efectividad de la atención.

### **5. RESULTADOS**

Después de llevar a cabo la estrategia de búsqueda en las bases de datos PubMed (9), Scopus (10), Web of Science (11) y Bireme (12) se identificaron un total de 15 artículos relevantes para la revisión en paraguas, entre los cuales encontramos revisiones sistemáticas y meta-análisis. De todos ellos, 5 fueron descartados por no seguir la

temática de la revisión y, otros 5 informes nacionales de Salud Mental en España, fueron incluidos para complementar los datos necesarios a la hora de aplicar el protocolo a nivel nacional. Todo esto se refleja en el diagrama de flujo del estudio que describe el proceso mediante el cual se identificaron todos los estudios relevantes para la investigación. Esto se plasma en la figura 1, siguiendo los criterios de PRISMA Flow 2020.

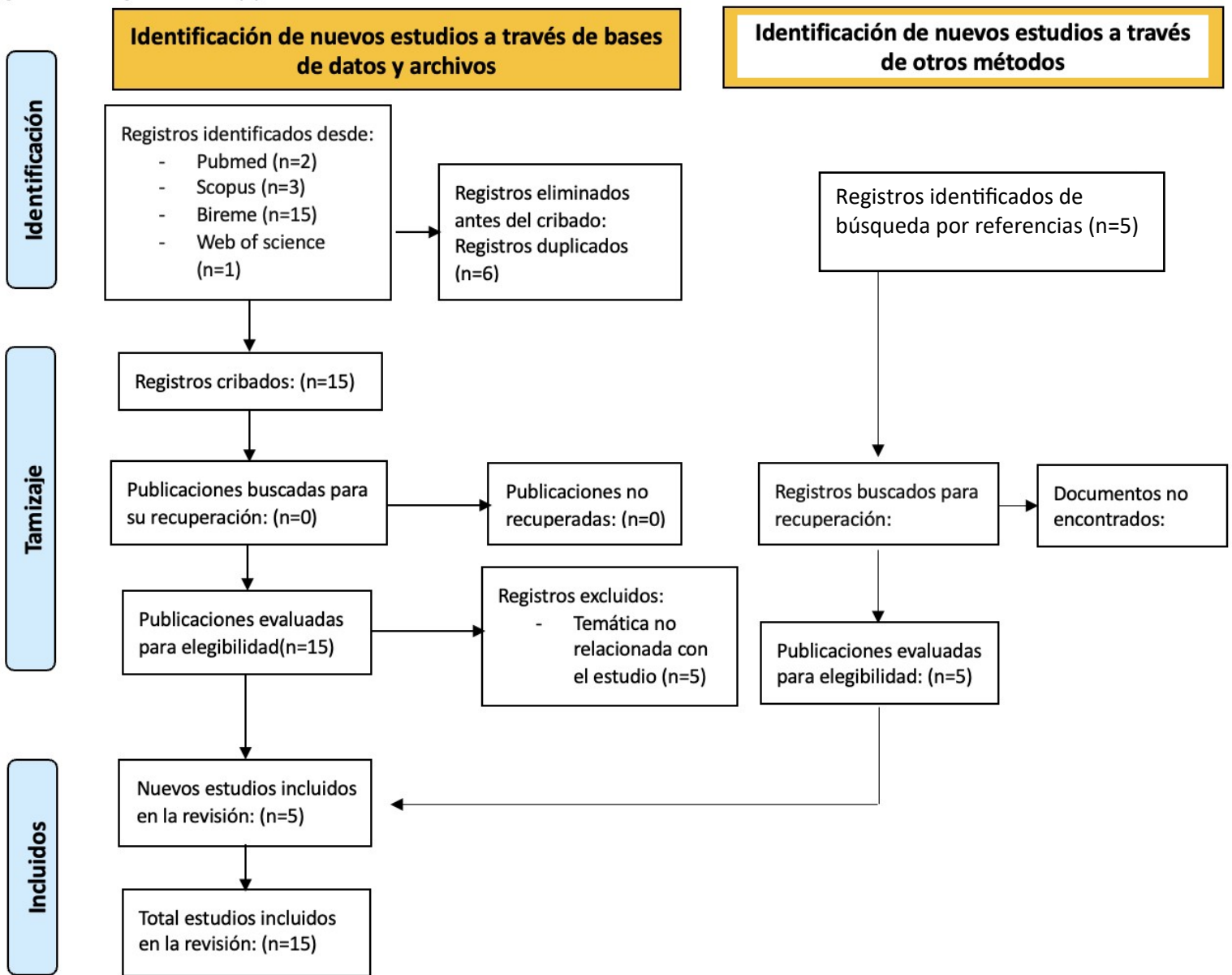


Figura 1. Diagrama PRISMA 2020.

Los estudios incluidos finalmente fueron publicados entre 2005 y 2024, e incluye artículos de diversas zonas geográficas como Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Grecia y España. De todos los artículos, 9 fueron escritos en inglés y 1 en griego.

Estos abordan una gran variedad de temas, desde la efectividad de las intervenciones no farmacológicas hasta las barreras percibidas por el personal médico en entornos hospitalarios y de emergencia, centrándose siempre en la atención urgente del paciente psiquiátrico. El propósito de esta revisión es presentar de manera objetiva los resultados obtenidos de estos estudios, destacando las principales conclusiones y tendencias identificadas. A través de esta síntesis, se busca proporcionar una visión general clara y concisa de los hallazgos actuales en el campo de la atención de emergencia en salud mental para, posteriormente, elaborar el protocolo de implementación de dichos servicios en las áreas de urgencias hospitalarias de adultos.

A continuación, se elabora una tabla con los estudios incluidos en la revisión tras aplicar todos los criterios reflejados con anterioridad:

TÍTULO	AUTOR	PAÍS/AÑO	RESULTADOS
The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. (13)	Huber, Jacqueline P.; Milton, Alyssa; Brewer, Matthew C.; Norrie, Louisa M.; Hartog, Saskia M.; Glozier, Nick	Australia y Nueva Zelanda. 2024	Clasificar las intervenciones no farmacológicas breves es viable, sin embargo, para muchas de ellas la evidencia disponible es escasa o incluso inexistente. Aunque en algunos casos se cuenta con cierta evidencia, la inconsistencia en los resultados frecuentemente dificulta a los médicos realizar inferencias concluyentes, a pesar de que algunas intervenciones muestran un potencial prometedor.
[Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review] (4)	Simonelli-Muñoz, A. J.; Gallego-Gómez, J. I.; Fernández-García, N.; Rivera-Caravaca, J. M.	España, 2021.	Los hallazgos de los once documentos analizados indicaron que la calidad de la atención a los pacientes con trastornos mentales en servicios de urgencias hospitalarias puede mejorarse mediante una mejor formación del personal, la disponibilidad de recursos adecuados y el uso apropiado de medidas de contención, así como la selección cuidadosa de medicamentos. Se recomienda aplicar un enfoque similar al tratamiento de cualquier otro paciente. No obstante, en casos de agitación o falta de cooperación por parte del paciente, se puede requerir la aplicación de medidas de contención verbal, farmacológica y/o mecánica, en ese orden de prioridad.
An Integrative Literature Review of Psychiatric Rapid Response Teams and Their Implementation for De-escalating Behavioral Crises in Nonpsychiatric Hospital Settings (14)	Choi, K.R.; Omery, A.K.; Watkins, A.M.	2019	Estudio y análisis de la implementación de equipos psiquiátricos de respuesta rápida (RRT) para crisis de comportamiento en entornos hospitalario. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reducen las llamadas de seguridad, el uso de restricciones y lesiones del personal.</li> <li>- Fomentan el incremento de conocimientos y autoeficiencia del personal.</li> </ul> Los RRT mejoran de la calidad para reducir los resultados adversos relacionados con la salud conductual en los hospitales.



<p>A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. (15)</p>	<p>Holgersen, Katrine Høyer; Pedersen, Sindre Andre; Brattland, Heidi; Hynnekleiv, Torfinn</p>	<p>Países Nórdicos. 2022</p>	<p>El estudio concluye que los equipos de resolución de crisis (CRT) pueden reducir las hospitalizaciones y mejorar la satisfacción del paciente al proporcionar tratamiento domiciliario para crisis mentales agudas. Sin embargo, la implementación de los CRT varía entre países y se necesitan más estudios para comprender completamente los elementos necesarios para su éxito y su efecto a largo plazo. Aunque la calidad de la investigación sobre CRT está mejorando, aún existen lagunas en la comprensión de su funcionamiento y efectividad.</p>
<p>Typology of psychiatric emergency services in the United Kingdom: a narrative literature review. (16)</p>	<p>Odejimi, Opeyemi; Bagchi, Dhruva; Tadros, George</p>	<p>Birmingham, UK. 2020</p>	<p>Se identificaron nueve tipos de servicios de urgencias psiquiátricas (PSA), siendo el tratamiento domiciliario de resolución de crisis el más frecuentemente descrito en los artículos. La mayoría de los estudios se centraron en servicios en Inglaterra, en comparación con otros países del Reino Unido. Todos los tipos de PSA fueron considerados beneficiosos para los usuarios de servicios de salud mental, aunque presentaban algunas deficiencias. Se necesita más investigación metodológica para evaluar el impacto y la rentabilidad, y para identificar formas de optimizar los beneficios de los diferentes tipos de PSA. Esto ayudará a informar a investigadores, formuladores de políticas, comisionados, usuarios y cuidadores de servicios, y proveedores sobre cómo garantizar que los servicios de urgencias psiquiátricas actuales y futuros satisfagan las necesidades y apoyen la recuperación durante la crisis.</p>
<p>Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Brief Advice for Alcohol Intake in Hospital Inpatient and Emergency Settings. (17)</p>	<p>Gargaritano, Kristine Lou; Murphy, Caoimhe; Auyeung, Austin B; Doyle, Frank</p>		<p>El estudio revisó sistemáticamente 25 artículos de investigación publicados entre 1999 y 2019. De estos, 23 estudios fueron encontrados mediante búsqueda en bases de datos y 2 mediante métodos de descendencia. Entre los estudios, 16 fueron cuantitativos, 8 cualitativos y 1 de métodos mixtos. Las principales barreras identificadas por el personal médico incluyeron la falta de tiempo (76% de los estudios), incomodidad personal (60%) y falta de conocimiento (60%), reflejando las tres dimensiones del modelo COM-B (Capacidad, Oportunidad, Motivación). Se observaron ligeras diferencias en las barreras según la ocupación del personal: los médicos citaron más frecuentemente la "falta de conocimiento", las enfermeras la "presentación del paciente" y los cirujanos la "incertidumbre del rol". La calidad metodológica de los estudios fue alta, con una puntuación media del 83.4% para los subdominios del CCAT y del 85.8% para la calidad general. Además, se identificaron facilitadores clave como la capacitación adecuada, acceso a herramientas efectivas y una mejor colaboración en equipos.</p>
<p>The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. (18)</p>	<p>Gonzalez, Miriam; Clarke, Diana E; Pereira, Asha; Boyce-Gaudreau, Krystal; Waldman, Celeste; Demczuk, Lisa; Legare, Carol</p>	<p>Canadá. 2017</p>	<p>El artículo examinó la relación entre las intervenciones educativas sobre el uso de sustancias y las actitudes de los proveedores de atención médica en los departamentos de emergencia hacia los pacientes con presentaciones relacionadas con sustancias. Se identificaron 900 artículos relevantes, pero solo uno cumplió con los criterios metodológicos para su inclusión en la revisión, siendo un ensayo controlado aleatorio. Este estudio evaluó el impacto de una intervención educativa basada en habilidades en las actitudes, conocimientos y prácticas de los residentes de medicina de urgencias hacia los pacientes con problemas de alcohol. Aunque se observaron mejoras en el conocimiento y la práctica de comportamientos un año después de la intervención, no hubo diferencias significativas entre los grupos en las medidas de actitud. Por lo tanto, no se encontró evidencia que respalde el uso de intervenciones educativas para mejorar las actitudes del personal del departamento de emergencias hacia los pacientes con presentaciones relacionadas con sustancias.</p>
<p>The impact of knowledge on attitudes of emergency department staff towards patients with substance related presentations: a quantitative systematic review protocol. (19)</p>	<p>Clarke, Diana E; Gonzalez, Miriam; Pereira, Asha; Boyce-Gaudreau, Krystal; Waldman, Celeste; Demczuk, Lisa</p>	<p>Manitoba, Canadá. 2015</p>	<p>El estudio analiza las actitudes del personal del servicio de urgencias hacia pacientes con problemas relacionados con drogas y/o alcohol. Se utilizarán instrumentos validados, como el Cuestionario de Percepción de los Problemas de Drogas y las Drogas (DDPPQ) y el Cuestionario Breve de Percepción de los Problemas de Alcohol y Alcohol (SAAPPQ), para medir estas actitudes antes y después de una intervención educativa. Los resultados se centrarán en los cambios en las actitudes del personal tras la intervención. Se excluirán estudios que aborden la fatiga por compasión, el agotamiento o la satisfacción laboral.</p>
<p>[Alternative emergency interventions in adult mental health care]. (20)</p>	<p>Gråwe, Rolf W; Ruud, Torleif; Bjørngaard, Johan Håkon</p>	<p>Noruega, 2015.</p>	<p>El estudio revela que el tratamiento de emergencia domiciliario, ofrecido en unidades residenciales o de relevo, es una alternativa sólida al tratamiento hospitalario tradicional para pacientes voluntarios con trastornos mentales graves. Se observó que este enfoque era exitoso para el 87% de los pacientes con trastornos mentales graves, incluso después de seis meses de seguimiento. Además, se encontró que el tratamiento de emergencia ambulatorio, tanto en salas de día afiliadas a hospitales como a través de equipos de emergencia para pacientes ambulatorios, mostraba resultados comparables a los del tratamiento hospitalario tradicional en términos de efectividad clínica, pero a un potencial costo más bajo.</p>

Psychiatric emergency services: a review of the literature and a proposed research agenda. (21)	Brown, Field	Jennifer	Virginia. 2005	El artículo señala que hay pocos estudios empíricos sobre los Servicios de Emergencia Psiquiátrica (SPE) y que la falta de herramientas de medición estandarizadas dificulta las comparaciones. Los estudios existentes varían en sus métodos y resultados, complicando la evaluación. Se subraya la necesidad de investigar más sobre la satisfacción del cliente, la influencia de los SPE en la utilización de servicios hospitalarios y la variación en los resultados. A pesar de avances en la investigación, es crucial mejorar la asignación de recursos, la innovación y la especialización de servicios, y desarrollar mejores herramientas de evaluación para optimizar los SPE.
---	--------------	----------	----------------	---

Uno de los artículos analizados, refiere que la clasificación de las intervenciones no farmacológicas breves en servicios de urgencias psiquiátricas ha demostrado ser viable, aunque la evidencia sobre su efectividad es limitada y a menudo inconsistente (13).

El análisis de los equipos psiquiátricos de respuesta rápida (RRT) reveló que estas intervenciones reducen las llamadas de seguridad, el uso de restricciones y las lesiones del personal, además de aumentar el conocimiento y la autoeficacia del personal, mejorando así la calidad de la atención para pacientes con crisis de comportamiento. Los equipos de resolución de crisis (CRT) han demostrado su capacidad para reducir las hospitalizaciones y aumentar la satisfacción del paciente mediante el tratamiento domiciliario de crisis mentales agudas, aunque su implementación y efectividad varían entre países y aún se necesita más investigación para comprender mejor estos elementos. (14)(15)(16)(20)(21)

Una revisión sistemática de 25 artículos entre 1999 y 2019 identificó barreras clave para el personal médico en la implementación de intervenciones psiquiátricas, incluyendo la falta de tiempo, incomodidad personal y falta de conocimiento. Facilitadores, como la capacitación adecuada y una mejor colaboración en equipos, también fueron destacados. (4)

En cuanto a las intervenciones educativas, algunos estudios indicaron mejoras en el conocimiento y las prácticas de los residentes de medicina de urgencias hacia pacientes con problemas de alcohol, aunque no se observaron cambios significativos en las actitudes (17)(18)(19). Pero, otros 2, muestran que la calidad de atención a pacientes con trastornos mentales puede mejorarse mediante una mejor formación del personal, la

disponibilidad de recursos adecuados y el uso apropiado de medidas de contención. (15)

(4)

Además de estos 10 artículos, obtenidos de la búsqueda inicial a partir de las diferentes bases de datos seleccionadas, se incorporaron cinco documentos de referencia clave para enriquecer y complementar el protocolo. Estos documentos, provenientes de organizaciones de renombre, brindan una perspectiva integral sobre la salud mental y las políticas de atención en el ámbito nacional e internacional. Entre los documentos incluidos se encuentran los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 (3), el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (6), la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026(22) y el informe "La situación de la Salud Mental en España 2023"(23). Estos recursos proporcionan datos actualizados, análisis y recomendaciones que enriquecen el contexto y respaldan la formulación de un protocolo integral para la atención de emergencias psiquiátricas en el sistema de salud. La inclusión de estos documentos fortalece la base teórica y práctica del protocolo, garantizando una perspectiva informada y actualizada para su implementación y evaluación.

TÍTULO	AUTOR	RESULTADOS
Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022	Ministerio de sanidad español, Gobierno de España	Este informe hace un análisis de los últimos datos recogidos sobre la salud de la población y los servicios que los atiende en el Sistema Nacional de Salud. Con relación a la atención urgente, describe los últimos datos sobre la demanda de los servicios de urgencias y emergencias. En relación con la Salud Mental, habla de la prevalencia de los trastornos mentales, la mortalidad por suicidio, la demanda de urgencias psiquiátricas; entre otros factores de interés para este estudio.
Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2022	Ministerio de sanidad español, Gobierno de España	El informe aporta los datos más relevantes sobre los profesionales de enfermería y medicina del Sistema Nacional de Salud. Además, habla de la formación sanitaria especializada, de donde sacamos información centrada en la especialidad de psiquiatría y enfermería de Salud Mental para este estudio.
Plan de acción integral sobre	Organización Mundial	El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 proporciona un marco global para abordar los

Salud Mental 2013-2023	de la Salud (OMS)	desafíos relacionados con la salud mental, estableciendo objetivos, principios y enfoques transversales para promover el bienestar mental y garantizar una atención integral y equitativa. Ofrece información sobre cómo reforzar el liderazgo en salud mental, proporcionar servicios integrales, implementar estrategias de promoción y prevención, fortalecer los sistemas de información y adaptar las acciones a nivel regional para abordar las necesidades específicas de cada región.
Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026	Andrés G. Suárez Alonso. Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.	Los objetivos del informe son mejorar la salud mental de la población y garantizar una atención efectiva y respetuosa con los derechos humanos. Aporta datos sobre la prevalencia de problemas de salud mental, los factores de riesgo y protección, así como las estrategias y principios para abordar estos desafíos de manera integral y continua.
"La situación de la Salud Mental en España 2023"	Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y a Fundación Mutua Madrileña.	El informe investiga la situación de la salud mental en España y su relación con el bienestar. Se recopiló información para conocer la percepción de las personas afectadas, la calidad de los servicios y promover la conciencia pública sobre la salud mental. Los objetivos específicos del estudio incluyeron aspectos como el estado de ánimo de la población, las actitudes hacia la salud mental, el estigma, la autovaloración de la salud mental, la percepción de los recursos disponibles y la relación entre salud mental y bienestar. También se exploraron los factores de riesgo, las necesidades y demandas identificadas por la sociedad, las personas con experiencia en salud mental y los profesionales de la salud, así como se propusieron recomendaciones para la promoción y prevención de problemas de salud mental.

A partir de toda la información recogida de todos los estudios e informes analizados, se describe el Protocolo de Implementación de Áreas de Urgencias Psiquiátricas en los Servicios de Urgencias de Adultos en España desarrollado al completo en el ANEXO 7.

## 6. DISCUSIÓN

La atención a pacientes con trastornos mentales en servicios de urgencias hospitalarias enfrenta diversos desafíos, desde la complejidad de los cuadros clínicos hasta la presión temporal para tomar decisiones clínicas precisas. La necesidad de un diagnóstico diferencial efectivo y la posibilidad de comorbilidades entre síntomas psiquiátricos y orgánicos, complican aún más el manejo de estos pacientes. En este contexto, la creación de áreas especializadas en urgencias psiquiátricas podría mejorar significativamente la calidad de la atención, facilitando una evaluación más precisa y una intervención adecuada.(15)

Para gestionar clínicamente de manera efectiva, es esencial implementar protocolos estructurados y actualizados. Esto incluye la especialización del personal sanitario y una adecuada distribución de recursos humanos y materiales. Esta revisión también revela una variabilidad significativa en la implementación de protocolos y la falta de especialización del personal en la gestión inicial de pacientes psiquiátricos en urgencias hospitalarias de adultos. (4) Este hallazgo subraya la importancia de crear un protocolo específico para mejorar la atención de estos pacientes dentro de la alta demanda que se da en los servicios. Además, la investigación sobre el impacto de los equipos de respuesta rápida y los equipos de resolución de crisis en entornos hospitalarios muestra mejoras en el conocimiento y la autoeficacia del personal, así como una reducción de hospitalizaciones y una mejora en la satisfacción del paciente psiquiátrico. (14)

Por otro lado, la formación continuada del personal de enfermería y otros profesionales de la salud es crucial para asegurar una atención integral y de alta

calidad, especialmente en situaciones de emergencia psiquiátrica. Los estudios analizados indican que las intervenciones no farmacológicas pueden ser efectivas, pero requieren más evidencia para ser consideradas concluyentes. En este sentido, la creación de equipos multidisciplinares especializados es esencial. (13)

En relación con el proceso de triaje en el ámbito de la salud mental, se evidencia una complejidad destacada, especialmente en la evaluación de conductas potencialmente suicidas. Para abordar este desafío, se sugiere la utilización de escalas consensuadas con los profesionales de salud mental, como la Escala de Beck, Sad Persons o IS PATH WARM. Además, se propone la implementación de una lista de verificación para evaluar el riesgo durante el triaje, complementando así las herramientas tradicionales y proporcionando un enfoque más integral y sistemático para la evaluación de la crisis psiquiátrica en el contexto de urgencias. (31)

Para concluir, en el ámbito español, surge la necesidad imperante de adoptar un enfoque que fomente la colaboración entre profesionales de la salud mental en la atención de pacientes psiquiátricos en situaciones de emergencia. Es crucial considerar cómo otras regiones han abordado los desafíos y evolucionado en el campo de la psiquiatría de emergencia, así como la cantidad de investigación que queda por realizar y desarrollar en este ámbito. La experiencia acumulada en el campo de la psiquiatría de emergencia ofrece importantes lecciones, que podrían aplicarse en el contexto nacional para mejorar la atención a pacientes con necesidades de salud mental en servicios de urgencias de adultos. (16)

## 7. CONCLUSIONES

La elaboración del protocolo de implementación de áreas de urgencias psiquiátricas en los servicios de urgencias de adultos se ha basado en la información recopilada en los estudios obtenidos en la rigurosa estrategia de búsqueda. Este protocolo se basa en la integración de los modelos ya implantados en otros países como el de la Unidad de Evaluación Psiquiátrica (PAU) y los Equipos de Respuesta Rápida en Crisis (CRT), que han demostrado su efectividad en el Reino Unido. Además, se concluye la siguiente información:

1. La prevalencia de trastornos mentales en España y Europa ha aumentado significativamente.
2. El diseño del servicio propone un flujo optimizado de pacientes, comenzando desde su triaje hasta su eventual alta o ingreso. Deberá incluir áreas específicas que faciliten el manejo eficiente y seguro del paciente.
3. El equipo multidisciplinar debe incluir psiquiatras, enfermeras de salud mental, personal del servicio de urgencias de adultos y seguridad. Cada miembro del equipo tendrá roles claramente definidos, asegurando una atención integral y coordinada.
4. Los pacientes que se beneficiarán de este servicio incluyen aquellos con trastornos mentales agudos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión severa, y aquellos en crisis suicidas.

5. Se ha estimado un presupuesto inicial de 2 millones de euros para la implementación del servicio, que cubrirá los costos de infraestructura, equipamiento y personal durante el primer año. El calendario de implantación se ha dividido en tres fases: planificación (6 meses), implementación (1 año) y evaluación (6 meses). Este enfoque permite una evaluación continua y ajustes según sea necesario para asegurar el éxito del proyecto.
  
6. Por último, se deben llevar a cabo programas de formación específicos para el personal sanitario, incluyendo talleres sobre manejo de crisis, técnicas de de-escalación y primeros auxilios psicológicos.

#### **AGRADECIMIENTOS**

La autora de esta revisión desea agradecer la colaboración de su directora Paula Balaguer Escutia.

#### **DECLARACIÓN DE INTERSES EN CONFLICTOS**

La autora ha declarado que no existen conflictos de intereses en relación con la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

#### **FONDOS**

La autora declara que no ha existido ningún tipo de financiación por parte de ninguna entidad para llevar a cabo esta revisión en paraguas.



## 8. ANEXOS

### ANEXO 1. Estrategia de búsqueda PUBMED

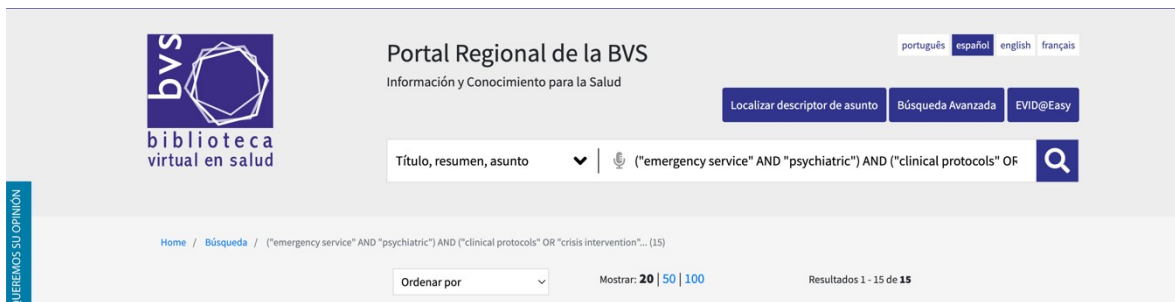
```
#3      ...      >      Search: (("emergency service"[Title/Abstract]) AND  
                (psychiatric[Title/Abstract])) AND (("crisis intervention"  
                [Title/Abstract]) OR ("clinical protocols"[Title/Abstract])) NOT  
                (children[Title/Abstract]) NOT (adolescent[Title/Abstract]) NOT  
                (pediatric[Title/Abstract])) Filters: Meta-Analysis, Systematic  
                Review      2  05:43:32
```

### ANEXO 2. Estrategia de búsqueda Web of Science Core Collection


```
((TS=("emergency service") AND TS=(psychiatric) AND (TS=("crisis intervention") OR TS=("clinical protocols")) NOT TS=(children) NOT TS=(pediatric) NOT TS=(adolescent)))
```

Resultados de la búsqueda: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/summary/6f5fa0b3-2d6f-48e4-80b2-cea623dcfa89-df6287cd/relevance/1>

### ANEXO 3. Estrategia de búsqueda Bireme.



### ANEXO 4. Estrategia de búsqueda Scopus.

S2  AB (((("emergency service" AND psychiatric) AND ("clinical protocols" OR "crisis intervention")) NOT (children NOT adolescent NOT pediatric))))

**Ampliadores** - Aplicar materias equivalentes

**Modos de búsqueda** - Buscar todos mis términos de búsqueda

### ANEXO 5. PRISMA 2020. CHECKLIST.

1. *The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis.*

**Tabla 1.- PRISMA 2020 Lista de verificación**

Sección/tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TITLE</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	207
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	207
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	208
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	209
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	209
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	209-210
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	209-210
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	209
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	209-210
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	210
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	209-210
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	209
	12	Medidas de efecto (211) Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.	
Métodos de síntesis (210-211)	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).	
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.	
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.	
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis	
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	No hay
<b>DISCUSION</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	153
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	150
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	150
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	150
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	210,221,223
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No hay
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	224
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	224
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	224

## 2. [Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review].

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 1.- PRISMA 2020 Lista de verificación

Sección/tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	71
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	71
<b>INTRODUCCIÓN</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	72
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	72
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	73
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	73
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	73
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	73
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	73
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	73, tabla 2
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	No está
Estudio y valoración del individual	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas,	72
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	No está
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	76
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	No está
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No está
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No está
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	No está
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	No está
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	75
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	79
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	79
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No está
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No está
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No está
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	No está
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No está

### 3. An Integrative Literature Review of Psychiatric Rapid Response Teams and Their Implementation for De-escalating Behavioral Crises in Nonpsychiatric Hospital Settings

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 1.- PRISMA 2020 Lista de verificación

Sección/tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	1
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	1 y 2
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	No hay
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	1
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	2
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	2
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	2
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatizaciones utilizadas en el proceso.	3
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	2
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	3
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	3
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	No hay

Medidas de efecto 12 Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

- Métodos de síntesis
- 13a Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).
  - 13b Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
  - 13c Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
  - 13d Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
  - 13e Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo análisis de subgrupos, meta-regresión)
  - 13f Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	3
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.	3
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	3
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	3
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	No está
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	No está
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	3 y 4
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	3 y 4



5.

**ANEXO (6).**

	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No está
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	3 y 4
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No está
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No está
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	4
<b>DISCUSION</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	5
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	5
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	5
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	5
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	1 (no hay conflictos)
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	1 y 3

**4. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services.**

Declaración PRISMA 2020.

**Tabla 4.- PRISMA 2020 Lista de verificación**

	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	3
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	3
Métodos de síntesis	12	Medidas de efecto Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.	
	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (item #5)).	
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.	
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.	
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo análisis de	
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	6
<b>DISCUSION</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	6
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	6
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	6
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	6
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	7
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	7 (no hay conflictos)
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	6

## 5. Typology of psychiatric emergency services in the United Kingdom: a narrative literature review.

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 5.- PRISMA 2020 Lista de verificación

Sección/tema	Ítem	Lista de ítems	Página
		síntesis	
TI	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No hay
RI	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	No hay
Rc	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No hay
IN	Reportar sesgos	21 Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No hay
Ju			
OI	Certeza de la evidencia	22 Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	No hay
M	<b>DISCUSIÓN</b>		
Cl	Discusión	23a Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	4-5
FL		23b Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	7
in		23c Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	7
Es		23d Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	6-7
bl			
Pr	<b>MÁS INFORMACIÓN</b>		
se			
Pr	Registro y protocolo	24a Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No hay
re		24b Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No hay
de		24c Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No hay
Lit	Apoyo	25 Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	7
	Conflicto de intereses competitivos	26 Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	8
Es	Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27 Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	7
va			
rie			

Medidas de efecto 12 (no hay Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

Métodos de síntesis

(2)

- 13a Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).
- 13b Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
- 13c Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
- 13d Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo(s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
- 13e Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis desubgrupos, meta-regresión)
- 13f Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	No hay
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.	No hay
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	3
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	3
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	No está
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	No está
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	4
Resultados de la	20a	Para cada combinación o síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	No hay

## 6. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Brief Advice for Alcohol Intake in Hospital Inpatient and Emergency Settings.

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 6.- PRISMA 2020 Lista de verificación

Sección/tema	Ítem	Lista de ítems	Página
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	2388
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	2388

Medidas de efecto 12 (2388) Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

Métodos de síntesis (2388)

- 13a Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).
- 13b Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
- 13c Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
- 13d Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
- 13e Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis desubgrupos, meta-regresión)
- 13f Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	2388
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.	2388
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	2390-2394
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	2390-2394
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	2390-2394
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	2388
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	2389
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	2388
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No está
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	No está
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	2394
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	2388
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	2388
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	2395
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	2397
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	2395
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	2397
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	2398
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	2398
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No está



7. *The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review.*

Sección/tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TITLE</b>			
Titulo	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	2253
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	2153
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	2154
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	2156
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	2156
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	2157
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	2156
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinarán cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	2157
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	2157-2158
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	2157
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes)	2157-2158
síntesis			2171
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No está
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	2165-2171
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	2165-2171
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	2165-2174
Métodos de síntesis (2158)	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).	
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o	
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	2165-2174
<b>DISCUSION</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	2160-2161
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	2161
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	2161
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	2161
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	2161
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	2153
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No está
estudios			
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	2165
Resultados de la	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	2165-

## 8. The impact of knowledge on attitudes of emergency department staff towards patients with substance related presentations: a quantitative systematic review protocol.

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 8.- PRISMA 2020 Lista de verificación

Sección/tema	ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TITLE</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	133
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	No hay
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	134
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	133
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	135
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	136-137
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	136
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	136-137
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	136-137
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	No hay
	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	No
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	No hay
Métodos de síntesis (no hay)		Medidas de efecto 12 (no hay) Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.	
	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).	
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.	
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.	
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.	
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis desubgrupos, meta-regresión)	
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.	
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los resultados	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de registros incluidos en la síntesis.	136-137
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	134
<b>DISCUSION</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	No hay
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	134
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	No hay
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	No hay
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	138
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	137
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No está

## 9. [Alternative emergency interventions in adult mental health care].

Declaración PRISMA 2020.

Tabla 9.- PRISMA 2020 Lista de verificación

síntesis			
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No está
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	No está
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No está
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No está
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	No hay
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	No hay
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	134
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	No hay
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	No hay
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No hay
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	3265
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No está
valoración del riesgo de sesgo		cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	

Medidas de efecto 12 (no hay) Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

Métodos de síntesis (no hay)

- 13a Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (ítem #5)).
- 13b Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
- 13c Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
- 13d Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
- 13e Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo análisis de subgrupos, meta-regresión)
- 13f Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	No hay
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.	No hay
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	3267
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	No hay
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	3267
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	No hay
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	3267
Resultados de la	20a	Para cada combinación o síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	3267



## 10. Psychiatric emergency services: a review of the literature and a proposed research agenda.

	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	No hay
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	No hay

Métodos de síntesis (no hay)	12 (no hay)	Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.
	13a	Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (Item #5)).
	13b	Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
	13c	Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
	13d	Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis desubgrupos, meta-regresión)
	13f	Describir los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la fortaleza de los resultados sintetizados.

Sección y tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
Informar de la evaluación del sesgo	14	Describa cualquier método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo debido a la falta de resultados en una síntesis (derivada de sesgos de notificación).	No hay
Evaluación de la certeza	15	Describa cualquier método utilizado para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de evidencia para un desenlace.	No hay
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados del proceso de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (consulte la figura 1).	153
	16b	Cite los estudios que parece que cumplieran muchos criterios de inclusión y explique por qué fueron excluidos.	No hay
Características del estudio	17	Cite cada estudio incluido y muestre sus características.	154-160
Riesgo de sesgo en los estudios	18	Presente la evaluación del riesgo de sesgo para cada estudio que se incluyó en la revisión.	No hay
Resultados de estudios individuales	19	Para los resultados de cada estudio: a) estadísticas resumidas para cada grupo (cuando proceda) y b) una estimación de efectos y su precisión (por ejemplo, intervalo confianza/intervalo creíble), idealmente utilizando tablas o gráficas estructuradas.	154-160
Resultados de la síntesis	20a	Para cada combinación o síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios.	No hay
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	154-160
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	No está
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	No está
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	No está
Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	No hay
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	153
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	150
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	150
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	150
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No hay
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No hay
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No hay
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	No hay
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	No hay
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No hay

## ANEXO 6. Formulario CCAT v1.4

1. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis.

Categoría	Descriptores de artículos Artículo	Descripción (Información importante para cada artículo)	Puntaje [0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (resumir artículo)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Texto (resumir artículo)	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>5</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseño(s) de investigación elegido(s) y por qué 2. Idoneidad de(s) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válidas(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predicador(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predicadores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predicador(es)/medida(s) válidos(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 3. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad de(l)os método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluye fecha(s), ubicación(es), entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado -, equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predicadores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos AII adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retrada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predicador/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracazos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores)		
<b>Resultados [5]</b>			<b>5</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugiera más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>5</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>40</b>

## 2. [Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review]

Categoría	Descriptores de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[-Presente;-Ausente;- No aplica]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto <small>(evaluar último)</small>	1. Información clave - 2. Equilibrado - e informativo-		
Texto <small>(evaluar último)</small>	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>5</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
<b>Introducción [5]</b>			<b>5</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseño(s) de investigación elegidos) y por qué 2. Idoneidad del(los) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
<b>Diseño [5]</b>			<b>5</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
<b>Muestreo [5]</b>			<b>3</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegidos) - y por qué - 2. Idoneidad del(los) método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluye fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
<b>Recopilación de datos [5]</b>			<b>4</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado -, equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
<b>Cuestiones éticas [5]</b>			<b>3</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos Adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [5]</b>			<b>5</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tengo en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/impresión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugerir más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>4</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>34</b>

### 3. An Integrative Literature Review of Psychiatric Rapid Response Teams and Their Implementation for De-escalating Behavioral Crises in Nonpsychiatric Hospital Settings.

Categoría	Descripciones de artículos [ -Presente; -Ausente; - No aplica]	Descripción [Información importante para cada artículo]	Puntaje [0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (evaluar último)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Texto (evaluar último)	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>5</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
<b>Introducción [5]</b>			<b>4</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseño(s) de investigación elegido(s) y por qué 2. Idoneidad del(los) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válidos y confiable(s)		
Seño, etc.	1. Seño potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
<b>Diseño [5]</b>			<b>3</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Recrutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
<b>Muestreo [5]</b>			<b>5</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad del(los) método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluye fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
<b>Recopilación de datos [5]</b>			<b>5</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado - equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
<b>Cuestiones éticas [5]</b>			<b>2</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos Ali adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retrada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [5]</b>			<b>3</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el seño -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugiera más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>5</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>34</b>

#### 4. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services.

Categoría	Descriptores de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[-Presente;-Ausente;- No aplica]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (valor último)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Texto (valor último)	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa - , tabla(s) - , diagrama(s) - , figura(s) -		
<b>Preliminares [/5]</b>			<b>4</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [/5]</b>
			<b>4</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la Investigación	1. Diseño(s) de investigación elegido(s) y por qué 2. Idoneidad del(l)os diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial - , variables de confusión - , modificadores del efecto - , interacciones - 2. Generación de secuencia - , asignación de grupo - , equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [/5]</b>
			<b>3</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [/5]</b>
			<b>3</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad del(l)os método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluya fecha(s) - , ubicación(es) - , entorno(s) - , personal - , materiales - , procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación - , baja - , datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [/5]</b>
			<b>4</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado - , equidad - 2. Privacidad - , confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética - , financiación - , conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades - , relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [/5]</b>
			<b>3</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos Alt adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos - , tasa de respuesta - , no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños - , resultados inesperados - , problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [/5]</b>			<b>4</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo - , factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugerir más estudios -		
<b>Discusión [/5]</b>			<b>3</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [/40]</b>			<b>28</b>



## 5. Typology of psychiatric emergency services in the United Kingdom: a narrative literature review.

Categoría	Descriptor de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[Presente; Ausente; - No aplica]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto <small>(evaluar Q1/Q2)</small>	1. Información clave - 2. Equilibrado - e informativo -		
Texto <small>(evaluar Q1/Q2)</small>	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>5</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
<b>Introducción [5]</b>			<b>5</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseña(s) de investigación elegida(s) y por qué 2. Idoneidad de(los) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
<b>Diseño [5]</b>			<b>3</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Redutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
<b>Muestreo [5]</b>			<b>3</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad de(los) métodos de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluya fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
<b>Recopilación de datos [5]</b>			<b>4</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado -, equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
<b>Cuestiones éticas [5]</b>			<b>2</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos Ali adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [5]</b>			<b>4</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/impresión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugiera más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>5</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>31</b>

## 6. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Brief Advice for Alcohol Intake in Hospital Inpatient and Emergency Settings.

Categoría	Descripciones de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[ -Presente;-Ausente; - No aplica ]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto <small>(verificar último)</small>	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Texto <small>(verificar último)</small>	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>4</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
			<b>5</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseños de investigación elegidos y por qué 2. Idoneidad de(los) diseños de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
			<b>4</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
			<b>4</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegidos - y por qué - 2. Idoneidad de(los) métodos de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluya fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
			<b>5</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado -, equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
			<b>4</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos ADI adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [5]</b>			<b>5</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que pueden mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugiera más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>5</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todos los puntajes de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>36</b>

7. The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review.

8.

Categoría	Descripción de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[-Presente;-Ausente;- No aplica]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (evaluar último)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Text: (evaluar)			
<b>1. Preliminares</b>			
<b>2. Introducción</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (evaluar último)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Text: (evaluar último)	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
			Preliminares [5]
			3
<b>3. Diseño</b>			
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
¿Vale la pena continuar?			Introducción [5]
			4
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseños de investigación elegidos y por qué 2. Idoneidad de los diseños de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultados/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultados/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válidos y confiables		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
¿Vale la pena continuar?			Diseño [5]
			4
<b>4. Muestreo</b>			
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
¿Vale la pena continuar?			Muestreo [5]
			4
<b>6. Cuestión de ética</b>			
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegidos - y por qué - 2. Idoneidad de los métodos de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluya fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
¿Vale la pena continuar?			Recopilación de datos [5]
			3
<b>7. Resultados</b>			
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado - equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
¿Vale la pena continuar?			Cuestiones éticas [5]
			4
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos AII adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
			Resultados [5]
			3
<b>8. Discusión</b>			
<b>9. todos</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugiera más estudios -		
			Discusión [5]
			2
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todas las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
			totales [40]
			27

The impact

of knowledge on attitudes of emergency department staff towards patients with substance related presentations: a quantitative systematic review protocol.

9. [Alternative emergency interventions in adult mental health care].

Categoría	Descriptores de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[-Presente;-Ausente; - No aplica]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto <small>(evaluar último)</small>	1. Información clave - 2. Equilibrado -e Informativo-		
Texto <small>(evaluar último)</small>	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [5]</b>			<b>4</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [5]</b>
			<b>5</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseño(s) de investigación elegido(s) y por qué 2. Idoneidad del(los) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial - , variables de confusión - , modificadores del efecto - , interacciones - 2. Generación de secuencia - , asignación de grupo - , equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [5]</b>
			<b>3</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra , cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [5]</b>
			<b>4</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad del(los) método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluye fecha(s) , ubicación(es) - , entorno(s) - , personal - , materiales - , procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación - , baja - , datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [5]</b>
			<b>3</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado - , equidad - 2. Privacidad - , confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética - , financiación - , conflictos) de intereses - 2. Subjetividades - , relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [5]</b>
			<b>3</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos Ali adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos - , tasa de respuesta - , no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños - , resultados inesperados - , problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [5]</b>			<b>4</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo - , factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugerir pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugerir más estudios -		
<b>Discusión [5]</b>			<b>5</b>
<b>9.todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todos las puntuaciones de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [40]</b>			<b>31</b>

## 10. Psychiatric emergency services: a review of the literature and a proposed research agenda.

Categoría	Descripción de artículos	Descripción	Puntaje
Artículo	[ -Presente; -Ausente; - No aplica ]	[Información importante para cada artículo]	[0-5]
<b>1. Preliminares</b>			
Título	1. Incluye objetivos de estudio - y diseño -		
Abstracto (evaluar último)	1. Información clave - 2. Equilibrado -e informativo-		
Texto (evaluar último)	1. Detalles suficientes que otros podrían reproducir. 2. Escritura clara/concisa -, tabla(s) -, diagrama(s) -, figura(s) -		
<b>Preliminares [ /5 ]</b>			<b>5</b>
<b>2. Introducción</b>			
Fondo	1. Resumen de conocimientos actuales - 2. Problemas específicos abordados y motivos para abordarlos		
Objetivo	1. Objetivo(s), hipótesis(s) o meta(s) principal(es) - 2. Preguntas secundarias -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Introducción [ /5 ] 5</b>
<b>3. Diseño</b>			
Diseño de la investigación	1. Diseño(s) de investigación elegido(s) y por qué 2. Idoneidad de(los) diseño(s) de investigación -		
Intervención, Tratamiento, exposición	1. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) elegida(s) - y por qué - 2. Detalles precisos de la(s) intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) - para cada grupo - 3. Intervención(es)/tratamiento(s)/exposición(es) válida(s) y fiable(s)		
Resultado, Producto, Predictor, medida	1. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) elegida(s) - y por qué - 2. Definir claramente los resultados/productos/predictores/medidas. 3. Resultado(s)/producto(s)/predictor(es)/medida(s) válido(s) y confiable(s)		
Sesgo, etc.	1. Sesgo potencial -, variables de confusión -, modificadores del efecto -, interacciones - 2. Generación de secuencia -, asignación de grupo -, equilibrio de grupo - y por quién - 3. Tratamiento equivalente de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Diseño [ /5 ] 5</b>
<b>4. Muestreo</b>			
Método de muestreo	1. Método(s) de muestreo elegido (y por qué) 2. Idoneidad del método de muestreo -		
Tamaño de la muestra	1. Tamaño de la muestra, cómo se eligió y por qué. 2. Idoneidad del tamaño de la muestra -		
Protocolo de muestreo	1. Población(es) objetivo/real/muestra: descripción - e idoneidad - 2. Participantes/casos/grupos: criterios de inclusión y exclusión 3. Reclutamiento de participantes/casos/grupos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Muestreo [ /5 ] 5</b>
<b>5. Recopilación de datos</b>			
Método de recolección	1. Método(s) de recolección elegido(s) - y por qué - 2. Idoneidad de(los) método(s) de recogida -		
Protocolo de recogida	1. Incluya fecha(s) -, ubicación(es) -, entorno(s) -, personal -, materiales -, procesos - 2. Método(s) para asegurar/mejorar la calidad de la medición/instrumentación - 3. Gestionar la no participación -, baja -, datos incompletos/pérdida -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Recopilación de datos [ /5 ] 5</b>
<b>6. Cuestiones éticas</b>			
Ética del participante	1. Consentimiento informado -, equidad - 2. Privacidad -, confidencialidad/anonimato -		
Ética del investigador	1. Aprobación ética -, financiación -, conflicto(s) de intereses - 2. Subjetividades -, relación(es) con participantes/casos -		
<b>¿Vale la pena continuar?</b>			<b>Cuestiones éticas [ /5 ] 5</b>
<b>7. Resultados</b>			
Análisis, Integración, Método de interpretación	1. Todos los métodos para los resultados/productos/predictores primarios elegidos, y por qué. 2. Métodos AII adicionales (por ejemplo, análisis de subgrupos) elegidos (y por qué) 3. Idoneidad del método(s) de análisis/integración/interpretación -		
Análisis esencial	1. Flujo de participantes/casos/grupos a través de cada etapa de la investigación - 2. Características demográficas y de otro tipo de los participantes/casos/grupos - 3. Analizar datos brutos -, tasa de respuesta -, no participación/retirada/datos incompletos/perdidos -		
Resultado, Producto, Análisis de predictores	1. Resumen de resultados (y precisión) para cada resultado/producto/predictor/medida 2. Consideración de beneficios/daños -, resultados inesperados -, problemas/fracasos - 3. Descripción de datos atípicos (por ejemplo, casos diversos, efectos adversos, temas menores) -		
<b>Resultados [ /5 ]</b>			<b>5</b>
<b>8. Discusión</b>			
Interpretación	1. Interpretación de los resultados en el contexto de la evidencia actual (y de los objetivos) 2. Hacer inferencias consistentes con la solidez de los datos. 3. Consideración de explicaciones alternativas para los resultados observados. 4. Tenga en cuenta el sesgo -, factores de confusión/modificadores de efectos/interacciones/imprecisión -		
Generalización	1. Consideración de la utilidad práctica general del estudio. 2. Descripción de la generalización (validez externa) del estudio -		
Observaciones finales	1. Resalte las fortalezas particulares del estudio: 2. Sugiera pasos que puedan mejorar los resultados futuros (por ejemplo, limitaciones) - 3. Sugerir más estudios -		
<b>Discusión [ /5 ]</b>			<b>5</b>
<b>9. todos</b>			
Puntaje total	1. Suma todos los puntajes de las categorías 1 a 8.		
<b>totales [ /40 ]</b>			<b>40</b>

## **ANEXO 7.**

### **PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN DE ÁREAS DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

Los resultados derivados de la revisión en paraguas de la literatura permiten la elaboración de un marco de actuación detallada que se fundamenta en las evidencias y tendencias identificadas en los estudios analizados. Este conjunto de directrices se concibe como una herramienta práctica destinada a la creación del protocolo para mejorar la práctica clínica en el contexto de la atención de emergencia en salud mental. Basándose en las intervenciones más efectivas identificadas y en las barreras y desafíos reportados por el personal médico en entornos hospitalarios y de urgencia, se delinea un marco de actuación claro y metódico.

El protocolo aborda aspectos cruciales para la gestión inicial de pacientes con trastornos psiquiátricos en crisis, incluyendo pautas para la formación del personal, garantizando el acceso a recursos adecuados y promoviendo el cumplimiento riguroso de los procedimientos establecidos. Asimismo, se incorporan recomendaciones específicas para la implementación de equipos de respuesta rápida y equipos de resolución de crisis, así como estrategias para optimizar la detección e intervención en casos de consumo de sustancias en entornos de emergencia. Todo esto proporciona un marco claro y sólido para la gestión óptima de situaciones de crisis en entornos de emergencia.

#### **i. CRONOGRAMA**

A la hora de elaborar el protocolo, y junto con el análisis de resultados de los estudios seleccionados en la revisión en paraguas, se describen unos principios generales, siguiendo los principios directores de los Protocolos de la Asociación Médica Canadiense (24), agrupados en 3 grandes apartados: *a) principios sobre filosofía y ética; b) principios de metodología y, c) principios de puesta en marcha y evaluación.* Además, se

especifican unos atributos o características que deben tener los protocolos para poder ser considerados como tales. Entre estas características figura, en primer lugar, el que debe ajustarse a una definición aceptada de protocolo, con sus componentes y atributos.

Como problema de investigación que abarca el protocolo, se menciona la falta de conocimientos y recursos en relación al abordaje de pacientes con problemas psiquiátricos agudos dentro del contexto de los servicios de urgencias de adultos en España.

A la hora de elegir el tipo de protocolo a desarrollar, nos basamos en el esquema de establecimiento de prioridades en planificación sanitaria según Pineault.(25)

- **Pertinencia del problema:** El protocolo otorga prioridad a la atención según la gravedad de los trastornos psiquiátricos presentados por los pacientes y la urgencia de su intervención. Reconoce que es crucial responder de manera rápida y efectiva a las crisis psiquiátricas para minimizar el riesgo de daño para los pacientes y garantizar una gestión adecuada de su condición.
  
- **Atención a la demanda y expectativas del paciente:** Se consideran las expectativas y solicitudes de los pacientes en la planificación de los servicios de urgencias psiquiátricas. Se entiende que es importante que los servicios sean accesibles y satisfagan las necesidades de los pacientes en crisis, brindando atención empática y respetuosa.
  
- **Trascendencia o repercusión:** El protocolo se centra en las intervenciones que han demostrado ser efectivas en la gestión de crisis psiquiátricas y en la prevención de daños adicionales para los pacientes. Se busca implementar prácticas basadas en

evidencia que maximicen los resultados positivos para los pacientes en términos de salud mental y bienestar.

- **Vulnerabilidad o eficacia de los recursos:** Se compromete a utilizar eficientemente los recursos disponibles, como el personal especializado, las instalaciones y el tiempo, para garantizar una atención oportuna y de alta calidad a los pacientes que lo necesitan. Esto implica una planificación cuidadosa y una asignación adecuada de recursos, para satisfacer las demandas de los pacientes de manera efectiva.
- **Equidad en el acceso y tratamiento:** El protocolo se asegura de que todos los pacientes, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica, tengan igual acceso a los servicios de urgencias psiquiátricas. Se garantiza un tratamiento justo y adecuado para todos los pacientes, sin discriminación, y se promueve la equidad en la prestación de servicios de salud mental de emergencia.

A través de estos principios, el protocolo proporciona un marco sólido para la implementación de servicios de urgencias psiquiátricas específicas, con el objetivo de brindar una atención efectiva, eficiente y equitativa a los pacientes en crisis dentro del entorno de los servicios de urgencias para adultos.

## ii. ESTADÍSTICA

### SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2022 (3), se estima que el 37% de la población española padece algún problema de salud mental. En este contexto, se registran aproximadamente 15,1 visitas a los centros de atención primaria al



año, por cada individuo con alguna enfermedad mental. Esto representa un aumento significativo de alrededor del 40% en comparación con la población general. En cuanto a las consultas de psiquiatría, se estima que se realizan un total de 5.654.449 consultas anuales, siendo atendidas alrededor del 95% de estas en centros públicos.

En cuanto a las urgencias hospitalarias relacionados con trastornos mentales y de comportamiento, han aumentado un 49,3% entre los años 2020 y 2021, calculándose alrededor de 336.612 urgencias con motivo psiquiátrico en 2021.

La tasa de hospitalizaciones en España por enfermedades de salud mental se sitúa en 1,6 por cada 1.000 habitantes. Y, en cuanto a los reingreso urgentes psiquiátricos anuales, en 2021 ha sido de un 11,5% de todos los ingresos.

Existe una alta demanda de servicios de atención sanitaria, centrados en la salud mental en España, que subraya la importancia crítica de garantizar un acceso adecuado a la atención y el tratamiento para aquellos que lo necesitan, comenzando desde la entrada principal a los servicios sanitarios, los servicios de Urgencias.

## **INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**

La red del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España cuenta con un total de 468 hospitales, lo que representa el 60% de los 776 hospitales existentes en el país. De estos, 329 son hospitales de agudos, mientras que 139 son hospitales de larga estancia.

Desde 2010 hasta 2021, el número de hospitales ha experimentado un aumento del 4,9%, lo que equivale a 22 hospitales adicionales en este período. En cuanto a la capacidad de camas, los hospitales del SNS ofrecen un total de 125.974 camas instaladas, de las cuales 114.195 están en funcionamiento. Estas cifras representan el 80,9% y el 81,3% respectivamente de la capacidad total del sector hospitalario español.

En términos de disponibilidad de camas por cada 1000 habitantes, la tasa en funcionamiento de los hospitales de agudos del SNS es de 2,07, mientras que para el conjunto de hospitales, tanto públicos como privados en España, es de 2,47. Estos datos subrayan la importancia de la infraestructura hospitalaria, para garantizar una atención

médica adecuada a la población, incluyendo la atención en servicios de urgencias psiquiátricas, y evidencian la necesidad de una gestión eficiente de los recursos disponibles en el sistema de salud (37).

La infraestructura hospitalaria descrita anteriormente, proporciona una base sólida para la implementación de áreas de urgencias psiquiátricas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Con un amplio número de hospitales distribuidos por todo el país y una significativa cantidad de camas disponibles, existe un marco propicio para ampliar los servicios de salud mental y brindar atención especializada a aquellos que requieren atención urgente en este ámbito. La creación de áreas de urgencias psiquiátricas en estos hospitales permitiría una respuesta más rápida y eficiente a las crisis de salud mental, mejorando así el acceso y la calidad de la atención para los pacientes en situaciones de emergencia psiquiátrica. Además, esta integración en la red hospitalaria existente facilitaría la coordinación y colaboración entre diferentes servicios de atención médica, contribuyendo a un enfoque más integral y holístico en el cuidado de la salud mental en España. (3) (22) (23)

### **iii. EXPERIENCIA COMPARADA**

Para establecer un servicio de urgencias psiquiátricas en España, siguiendo alguno de los artículos revisados, se basará en el modelo de la Unidad de Evaluación Psiquiátrica (PAU) (16) y en los equipos de respuesta rápida en crisis (CRT) (15), modelos que han demostrado ser efectivos en el Reino Unido. La PAU es un modelo de Servicio de Urgencias Psiquiátrica (SUP) que surge de la necesidad de brindar una evaluación integral a las personas en crisis de salud mental, con el objetivo principal de prevenir hospitalizaciones innecesarias y brindar atención de emergencia adecuada.

Tanto la PAU, como los CRT, operan las 24 horas del día y se centra en proporcionar una clasificación adecuada a las personas que presentan crisis de salud mental. Están dirigidas principalmente por enfermeras de salud mental y supervisada por un psiquiatra consultor. El SUP se compondrá de un equipo multidisciplinar, junto al propio equipo de

urgencias de adultos, que, en su conjunto, garantizará una atención especializada para cada paciente.

Al implementar un servicio de urgencias psiquiátricas, basado en el modelo de la PAU, se espera reducir la carga sobre los servicios de emergencia hospitalaria, al tiempo que se proporciona una atención especializada y oportuna a las personas que experimentan crisis de salud mental. Además, este enfoque puede ayudar a prevenir hospitalizaciones innecesarias, al brindar a los pacientes medidas de comodidad y tratamiento adecuado durante un período inicial de hasta 72 horas.

Por otro lado, los CRT se centran en la atención domiciliaria y la intervención rápida, con el objetivo de evitar admisiones hospitalarias y proporcionar una atención continuada y personalizada. Las características y principios clave de los CRT incluyen:

- Ofrecen servicios accesibles y flexibles, adaptándose a las necesidades individuales de los pacientes y brindando atención en el hogar.
- Se emplean enfoques terapéuticos psicosociales tanto para crisis agudas como para trastornos mentales crónicos.
- La inclusión de profesionales de diversas disciplinas asegura una atención integral y holística.
- La adherencia a un modelo estandarizado, como la escala de fidelidad CORE CRT, mejora la calidad y efectividad de la atención proporcionada.

La investigación sobre estos modelos ha demostrado resultados positivos, incluyendo una reducción significativa en las admisiones hospitalarias psiquiátricas y una menor carga para los servicios de urgencias. Sin embargo, también se reconoce la necesidad de una evaluación longitudinal más completa que tenga en cuenta las opiniones de todas las partes interesadas para validar aún más su efectividad.

Al adoptar estos modelos en la propuesta de servicios de urgencias psiquiátricas en España, se aprovecha la experiencia y los aprendizajes obtenidos en otros contextos para

mejorar la atención y el apoyo a las personas que enfrentan crisis de salud mental en nuestra comunidad. Este enfoque combinado busca proporcionar una atención más eficiente, personalizada y continua, alineada con las mejores prácticas internacionales y adaptada a las necesidades locales.

#### iv. ESTUDIO DE IMPLANTACIÓN Y PRESUPUESTOS

##### 4.1. Dimensión de servicio de urgencias.

Según los datos estadísticos registrados en los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud de España, en 2022, se conoce que el número de urgencias atendidas en el SNS en 2022 fue de 22.759,5 anuales, de las cuales, psiquiátricas, se encuentran entorno a más de 300.000 fueron psiquiátricas. (26)

Debido a la gran demanda de los servicios de urgencias por parte de la población, que aumenta cada año, se crea este protocolo, con el objetivo de disminuir el tiempo de espera para la atención de los pacientes y que, a la hora de ser tratados, haya un cuidado más especializado y centrado en la salud mental.

Entre los factores a tener en cuenta para decidir el tamaño y la capacidad del servicio de urgencias psiquiátricas de adultos, se incluyen:

- ***Demanda de atención:*** Se evaluará el número de pacientes que requieren atención urgente en salud mental, teniendo en cuenta tanto la cantidad como la complejidad de los casos.
- ***Disponibilidad de recursos:*** Se analizará la capacidad del hospital para brindar atención psiquiátrica, incluyendo la cantidad de camas disponibles en el servicio de urgencias psiquiátricas, la disponibilidad de personal médico y de enfermería

especializado, así como el equipamiento y material necesario para realizar intervenciones médicas.

- **Tendencias y proyecciones futuras:** Se considerarán las tendencias de atención psiquiátrica en la región, así como las proyecciones futuras en términos de demanda de atención y recursos disponibles.

Una vez completado el estudio previo, se determinará el tamaño óptimo del servicio de urgencias psiquiátricas de adultos. Esto incluirá la cantidad de camas disponibles, el número de boxes de atención, la asignación de personal médico y de enfermería, así como el equipamiento y material necesario para garantizar una atención eficaz y segura. Este enfoque garantizará que el servicio de urgencias psiquiátricas pueda satisfacer las necesidades de la población atendida de manera adecuada y proporcionar la atención necesaria a los pacientes con trastornos mentales agudos.

#### **4.2. Tipo de paciente atendido.**

A la hora de elaborar el perfil de paciente que será atendido por este servicio, se seguirán las siguientes características y que cumplan estos criterios (27):

- Personas adultas
- Con enfermedades psiquiátricas conocidas crónicas que sufran una crisis por la que acudan a urgencias.
- Sin antecedentes psiquiátricos que presenta un problema agudo de salud mental.
- Intentos autolíticos o de autolesión que perjudiquen a la persona o a terceros.
- Paciente con síndrome psicótico o neuróticos
- Alteraciones de la conducta o trastornos de la personalidad que puedan precisar de contención por orden médica.
- Paciente psiquiátrico que acude tanto de forma voluntaria como involuntaria.
- Personas que acuden por sobredosis o dependencia a tóxicos.

#### **4.3. Especialización del personal y funciones laborales.**

La identificación de un personal especializado y cualificado, para formar parte del equipo multidisciplinar del área de urgencias psiquiátricas, es crucial para garantizar una atención óptima a los pacientes que enfrentan crisis mentales agudas. Este aspecto requiere un enfoque interdisciplinario que integre diferentes profesionales de la salud mental, con habilidades específicas para abordar las complejas necesidades clínicas y psicosociales de los pacientes. A continuación, se describen los diferentes profesionales que compondrán el servicio, junto a sus funciones laborales concretas.

### **Personal médico (28):**

El Real Decreto establece la creación de las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del INSALUD. Las funciones del médico de urgencia hospitalaria incluyen:

Funciones del médico de urgencia hospitalaria:

1. Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, utilizando los recursos disponibles y colaborando con otros servicios hospitalarios según sea necesario.
2. Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica lo requiera, siguiendo los procedimientos establecidos en el centro.
3. Dar el alta a los pacientes una vez atendidos en el servicio de urgencias, proporcionando el correspondiente informe clínico.
4. Informar a los pacientes y, en su caso, a sus familiares, sobre su diagnóstico, tratamiento, procedimientos realizados y futuras acciones a tomar.
5. Organizar y coordinar el traslado de pacientes que requieran atención en otros hospitales o servicios médicos más especializados.
6. Realizar informes según lo exija la normativa legal vigente.
7. Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.

8. Gestionar eficientemente los recursos asignados para garantizar una atención óptima.
9. Participar en el desarrollo y mantenimiento de sistemas de información del centro y en actividades de mejora de calidad y programas de investigación propios de la especialidad.
10. Cooperar y coordinarse con otros dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

En cuanto a las funciones de los psiquiatras, que trabajarán en el servicio de forma cooperativa con los médicos de urgencias, desarrollan unas funciones específicas. A la hora de definir las nos basamos en la Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.

Las funciones del especialista en Psiquiatría, según el documento proporcionado, se resumen en los siguientes puntos:

1. Promoción de la Salud Mental: Impulsar acciones para mantener y mejorar la salud mental de la población.
2. Prevención de Trastornos Mentales: Implementar estrategias para evitar la aparición de trastornos mentales y del comportamiento.
3. Diagnóstico: Identificar y evaluar los trastornos mentales y del comportamiento en adultos.
4. Pronóstico: Estimar la evolución probable de los trastornos mentales diagnosticados.
5. Tratamiento: Proveer intervenciones terapéuticas adecuadas para el manejo de los trastornos mentales y del comportamiento.
6. Rehabilitación: Ayudar a los pacientes a recuperar su funcionamiento normal, después de haber padecido un trastorno mental.

7. Investigación: Participar en investigaciones relacionadas con la psiquiatría para avanzar en el conocimiento de la especialidad.
8. Docencia: Impartir formación y educación en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría.
9. Gestión Clínica: Administrar recursos y coordinar la atención dentro de los servicios de salud mental.
10. Prevención e Información Sanitaria: Realizar actividades preventivas y proporcionar información sanitaria a la comunidad y a los pacientes.
11. Educación Sanitaria: Educar a pacientes, familiares y la comunidad en general, sobre salud mental y prevención de trastornos.
12. Trabajo en Equipos Multiprofesionales: Colaborar con otros profesionales de la salud en la atención integral de los pacientes.
13. Actuación en Unidades y Servicios de Psiquiatría: Desempeñar sus funciones en redes de salud mental, unidades asistenciales y servicios de psiquiatría autorizados.

Estas funciones se desarrollan en el marco de un programa formativo oficial, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, que incluye competencias específicas y transversales, así como la evaluación de estas competencias a lo largo de un periodo de formación de cinco años.

#### **Personal de enfermería (29):**

En España se registran 220.103 enfermeros que prestan sus servicios en el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que supone un 72% del total. En concreto, en los servicios de urgencias y emergencias 112/061 del SNS, cuentan con 3.755 enfermeros (1,7%). El número de profesionales de enfermería que trabajan en urgencias y emergencias del SNS ha aumentado un 32,7% de 2012 a 2021.

En relación con la importancia de la especialización de la enfermería, en 2022 se forman 217 nuevos especialistas en Enfermería de Salud Mental, obteniendo un total de 486 especialistas entre 2016 y 2022. Todo esto da un total de 7600 enfermeros con la especialidad de Salud Mental en España, según indica el Sindicato de Enfermería. Este



personal de enfermería especializado sería el responsable de las Urgencias psiquiátricas, junto a aquellos que trabajan en los servicios de urgencias de adultos. Con ello se creará una atención más adecuada hacia los pacientes, en la que el personal tenga los conocimientos adecuados para el manejo de pacientes críticos.

Por tanto, a la hora de hablar de las funciones de enfermería en las urgencias psiquiátricas, nos vamos en la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. En este se desarrollan las competencias esenciales de la enfermera de salud mental, las cuales se aplican en este protocolo:

#### Competencias Asistenciales:

1. Establecer y mantener una relación terapéutica para facilitar la comunicación y el proceso de recuperación.
2. Realizar juicios profesionales, basados en la integración de conocimientos y el pensamiento crítico.
3. Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental, aplicando el concepto de atención integral.
4. Participar en la elaboración de planes integrales de atención a la salud mental y en la coordinación de la continuidad de cuidados.
5. Desarrollar guías clínicas, basadas en evidencias científicas, y participar en la gestión de medicamentos y productos sanitarios.
6. Programar y ejecutar planes de cuidados en el ámbito comunitario, incluyendo visitas domiciliarias como herramienta terapéutica.
7. Coordinar los cuidados entre diferentes dispositivos y niveles asistenciales, supervisando intervenciones y ajustándolas a las necesidades específicas de cada paciente.
8. Actuar como gestora de casos, en problemas de salud mental que requieran continuidad de cuidados ,y asesorar a profesionales y grupos.

#### Competencias Docentes:

1. Educar en materia de salud mental a individuos, familias, grupos y comunidades.
2. Formar a futuros profesionales y especialistas de enfermería en salud mental, así como colaborar en la formación de otros profesionales de la salud.

#### Competencias Investigadoras:

1. Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud mental, liderando o participando en proyectos de investigación multidisciplinares.
2. Divulgar la evidencia científica para mejorar la práctica clínica y promover el desarrollo de la disciplina.

#### Competencias de Gestión:

1. Dirigir y participar en la organización y administración de servicios de salud mental.
2. Contribuir a la determinación de objetivos y estrategias en salud mental dentro de la política sanitaria y social del país.
3. Gestionar recursos humanos para proporcionar cuidados de enfermería de salud mental de manera integral y efectiva.

Estas competencias reflejan el amplio espectro de responsabilidades y habilidades que caracterizan el papel de la enfermera especialista en salud mental en el área de urgencias psiquiátricas, contribuyendo ,así, a la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias.

#### **Personal de seguridad:**

Si el hospital sobre el que se plantee el proyecto ya dispone de un servicio de seguridad dentro del área de urgencias adultas, el mismo personal de éste se pondrá a disposición del área de Urgencias psiquiátricas. Estos recibirán cursos de formación

especializada sobre el manejo de personas con crisis de agitación o alteración de la conducta.

En caso de que el hospital no disponga de este servicio, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y gastos que se puedan permitir, se contratará un servicio de seguridad cualificado en el control de pacientes con problemas de salud mental que puedan suponer un riesgo para la seguridad del personal, o que requieran de contención esporádica por parte de este equipo.

**Personal auxiliar y celadores:** personal del propio servicio de urgencias destinado a esta área tras haber recibido cursos de formación en manejo de paciente psiquiátrico.

Funciones auxiliares (30):

En el contexto del artículo 35 de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, las funciones de las auxiliares de salud mental, pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno, tanto en centros sanitarios de atención especializada como de atención primaria, bajo supervisión correspondiente.
2. Interpretar y comprender la información y el lenguaje asociados a los distintos procesos de atención sanitaria.
3. Realizar tareas administrativas y de organización de una consulta, evaluando necesidades de productos y materiales.
4. Tener una visión global de las condiciones sanitarias de los pacientes/clientes, cuidados auxiliares de enfermería a realizar, e instrumental y material utilizado.

5. Promover la humanización de la asistencia sanitaria utilizando técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.

6. Realizar tareas de ayuda e instrumentación en los equipos/gabinetes de salud bucodental.

7. Aplicar técnicas hidrotermales básicas.

8. Potenciar el conocimiento, actitudes y hábitos preventivos e higiénico-sanitarios en la población.

9. Colaborar con el equipo de trabajo, asumiendo responsabilidades y manteniendo flujo de información adecuado.

10. Valorar la interrelación de las personas con la salud/enfermedad y sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores.

11. Actuar en condiciones de emergencia, transmitiendo señales de alarma y aplicando los medios de seguridad establecidos.

12. Poseer una visión global e integrada del sistema sanitario en sus aspectos organizativos, funcionales, sociales y administrativos.

13. Adaptarse a nuevas situaciones laborales generadas como consecuencia de innovaciones tecnológicas y organizativas introducidas en su área laboral.

Por otro lado, se espera que estos auxiliares realicen tareas específicas como la movilización del paciente, ayudar en su deambulación, ejecutar operaciones para facilitar la exploración y observación del paciente, aplicar tratamientos locales, colaborar en la prevención de accidentes y primeros auxilios, y participar en el control de infecciones nosocomiales. También se espera que mantengan el orden, limpieza y condiciones higiénico-sanitarias de los boxes de los pacientes, así como la limpieza, desinfección y esterilización del material e instrumental de las consultas/unidades.

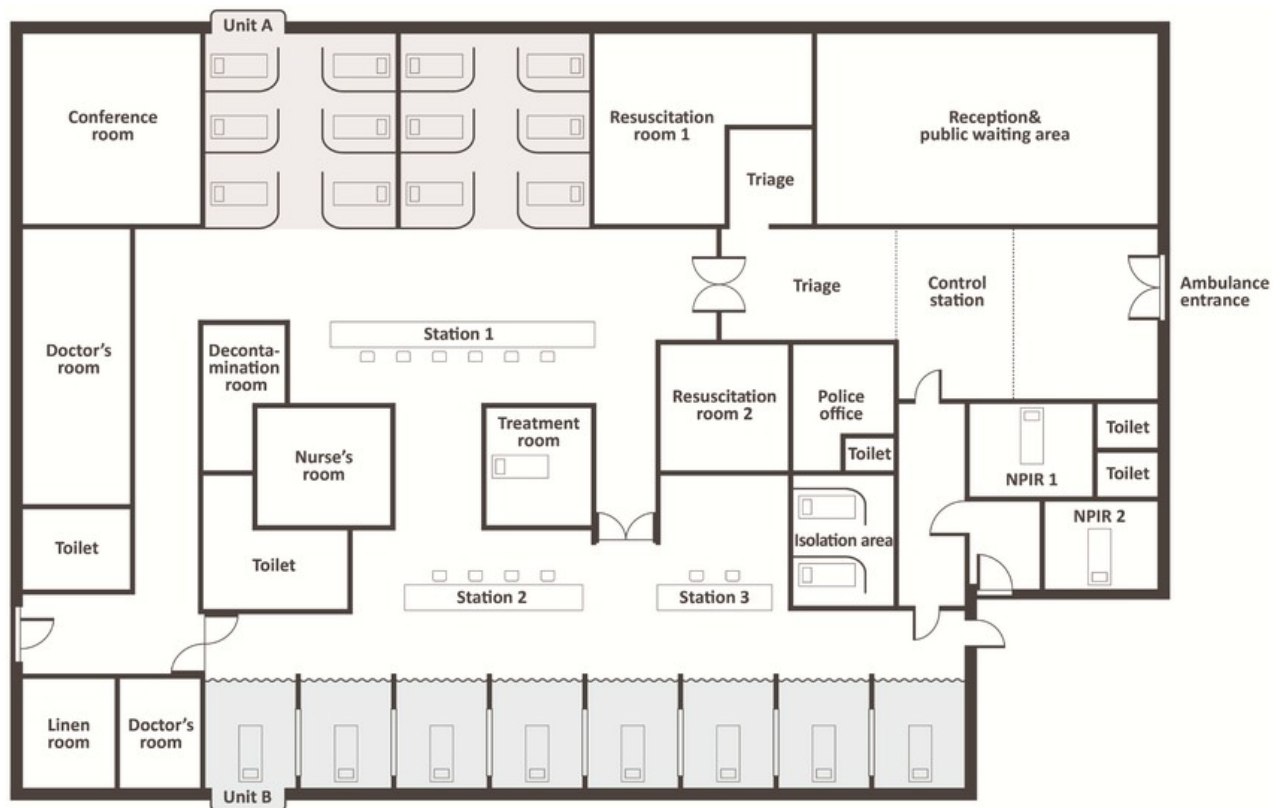
En cuanto al personal de **celadores**, es esencial el trabajo en equipo con el resto de profesionales, teniendo un papel crucial en el manejo del paciente psiquiátrico a la hora de realizar los traslados dentro de las instalaciones, garantizando su movilidad segura entre las diferentes áreas del servicio. Además, dentro de sus funciones, incluyen la de colaborar en técnicas como la contención de pacientes y apoyo al equipo sanitario en la prestación de atención integral y humanizado a los pacientes con trastornos mentales.

#### **4.4. Circuito y organización con seguridad y medidas judiciales.**

Para proporcionar una visión clara y detallada de cómo se estructurará el área de urgencias psiquiátricas, se muestra, a continuación, un diseño de la posible organización del mismo.

Como plano de referencia, nos basamos en el modelo de los "Korean Regional Emergency Center Facility Standards". Su distribución proporciona una optimización del flujo de pacientes, asegura una evaluación rápida y efectiva, y garantiza que cada área del servicio esté equipada para brindar la mejor atención posible a los pacientes.

Seguidamente, se plasma el plano detallado del servicio de urgencias de adultos con las áreas comunes (entrada, administración, zona de traje, boxes) y específicas de psiquiatría (mitad inferior del plano), donde destacan las distintas áreas funcionales y, cómo cada una de ellas contribuye a un manejo integral y coordinado de las emergencias psiquiátricas.



*Imagen 1. Servicio de Urgencias Psiquiátricas, Korean Emergency Center.*

\*Aclaración de algunas áreas del plano:

- ⇒ *Resuscitation room: Box de críticos*
- ⇒ *Police office: Cuarto personal de seguridad.*
- ⇒ *Isolation area: Box de aislamiento*
- ⇒ *NPIR: Box conductual*
- ⇒ *Decontamination room: Cuarto sucio*
- ⇒ *Linen room: Cuarto limpio*

El circuito a seguir en esta área por los pacientes, una vez entran por la puerta de urgencias, se distribuye en las siguientes áreas:

- a) Triage y sala de espera
- b) Boxes
- c) Box conductual o de aislamiento.
- d) Control médico y de enfermería.
- e) Almacén/ cuarto limpio y sucio.
- f) Cuarto de seguridad

#### A. TRIAJE Y SALA DE ESPERA

La puerta de entrada a cualquier servicio de urgencias se rige por el triaje. Este es un componente fundamental en el que el personal sanitario lleva a cabo una de las tareas más importantes; clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición y la urgencia de su tratamiento, lo que facilita una asignación eficaz de los recursos disponibles, dando una atención inmediata a los que más lo necesitan. El Servicio de Urgencias Psiquiátricas, modelo que se desarrolla en este protocolo, tendrá una zona de triaje común a los servicios de Urgencias de Adultos, donde aquellos pacientes que acudan por causas de salud mental, serán clasificados siguiendo el Triage Manchester o el Sistema Español de Triage, a partir del cual, serán pasados a la sala de espera común del propio servicio de urgencias o serán trasladados de forma urgente a los boxes de urgencias psiquiátricas que se describen más adelante.(31)

Esta primera atención del paciente psiquiátrico es primordial para establecer un diagnóstico diferencial sobre la etiología de los síntomas y, de esta forma, discernir entre si son debidos a un trastorno psiquiátrico o a una situación aguda debidas a eventos concreto, un cuadro orgánico u otros motivos a estudio.



Mediante el triaje se destinará a los pacientes a diferentes niveles de atención siguiendo las siguientes indicaciones:

- Pacientes que se presenten calmados, colaboradores, cuya llegada al servicio haya sido voluntaria y, en el caso de que no presente otros factores relevantes, serán atendidos conforme al sistema de triaje establecido y podrán ser dirigidos a la sala de espera común. Se recomendará que permanezcan acompañados, siempre que sea posible.

- En situaciones donde los pacientes lleguen involuntariamente, por orden judicial, o muestren signos de intranquilidad o agresión, el personal de triaje informará al médico y enfermera a cargo para una atención prioritaria, con el objetivo de reducir el tiempo de espera en la medida de lo posible. Se consideran intranquilos o irritables a aquellos pacientes que manifiesten una actitud agresiva, exigencias excesivas, negatividad o confrontación, con el riesgo potencial de agitación.

- Aquellas personas que acudan, tanto de forma voluntaria como involuntaria por intentos autolíticos, serán pasados con prioridad al área de boxes de urgencias psiquiátricas y los facultativos serán avisados por el personal de triaje.

- Los pacientes agitados con riesgos para sí o para terceras personas recibirán atención prioritaria, con la aplicación de medidas de contención adecuadas en los casos en los que el médico lo crea consecuente y sea pautado. La agitación se considera una emergencia médica. Estos pacientes serán supervisados por el personal de seguridad pertinente, con la consecuente valoración continuada del personal sanitario hasta poder trasladar a otras áreas del servicio. En estos casos se hará uso del box conductual. (13)

- Pacientes en situación de riesgo vital serán tratados a las áreas de reanimación o boxes de críticos, con la misma prioridad que cualquier otro paciente en estado crítico, siguiendo el sistema de triaje establecido.

- En el caso de pacientes derivados desde la unidad de salud mental o por orden judicial para ingreso hospitalario, el personal de triaje informará al psiquiatra de guardia, quien tomará las medidas necesarias según sus instrucciones. (32)

## B. BOXES

El objetivo es optimizar el uso de los recursos disponibles y proporcionar una atención integral a los pacientes con trastornos mentales agudos, asegurando una evaluación precisa y una transición sin problemas hacia el tratamiento continuado en la unidad de psiquiatría. Por lo tanto, se plantea la siguiente distribución (21):

- **Boxes para la Primera Atención de Urgencias Psiquiátricas:**

La mitad de los boxes disponibles en el servicio de urgencias psiquiátricas se destinarán a la primera atención de pacientes que llegan con crisis psiquiátricas agudas. Estos boxes están diseñados para realizar evaluaciones rápidas y brindar atención inmediata a pacientes que requieren intervenciones urgentes. El personal médico y de enfermería estará capacitado para manejar situaciones de crisis y realizar evaluaciones preliminares para determinar el plan de tratamiento adecuado. Se realizará una evaluación inicial del paciente para determinar su estado físico y mental, así como el nivel de urgencia de su situación. Se tomarán medidas para estabilizar al paciente y se implementarán intervenciones de manejo de crisis según sea necesario. Además, se proporcionarán tratamientos iniciales para controlar los síntomas agudos y garantizar la seguridad del paciente, lo que puede incluir la administración de medicamentos para calmar la agitación o la ansiedad, así como la implementación de medidas de contención si es necesario. (14)

- **Boxes para Preingresos en la Unidad de Psiquiatría:**

La otra mitad de los boxes se reservarán para pacientes que requieren ingreso en la unidad de psiquiatría. Estos boxes están destinados a proporcionar una evaluación más completa y estabilización antes del traslado a la planta de

psiquiatría para ingreso hospitalario. En estos boxes, se realizará una evaluación más detallada del paciente y se tomarán medidas para estabilizar su condición antes del ingreso. Se pueden realizar pruebas adicionales, ajustes en el tratamiento y preparativos logísticos para el traslado a la planta de psiquiatría. El personal médico y de enfermería en estos boxes trabajará en estrecha colaboración con el equipo de ingreso de la unidad de psiquiatría para garantizar una transición fluida y segura del paciente a su ingreso hospitalario. Se coordinarán los detalles del traslado y se comunicarán las necesidades del paciente al equipo de atención en la planta de psiquiatría para garantizar una continuidad en la atención.

En la distribución de los boxes en el servicio de urgencias psiquiátricas, se implementará un protocolo estricto para garantizar la seguridad de los pacientes. Cada box estará diseñado para proporcionar un entorno seguro y adecuado para la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales agudos. Además del equipamiento médico estándar, se retirará todo el material que pueda ser utilizado para autolesionarse, como objetos punzantes, cortantes o productos químicos peligrosos.

Este enfoque proactivo en la gestión del material sanitario y la seguridad en los boxes no solo contribuirá a la seguridad del paciente, sino que también proporcionará un ambiente de atención médica más controlado y eficiente para el personal médico y de enfermería.

### C. BOX CONDUCTUAL O DE AISLAMIENTO

Un box conductual en un servicio de urgencias psiquiátricas es un área segura diseñada para evaluar y manejar pacientes con comportamientos agresivos o desorganizados debido a trastornos mentales agudos. Cuenta con medidas de seguridad, como paredes y muebles resistentes, así como sistemas de observación continua y acceso rápido al personal de seguridad. El personal está capacitado en técnicas de manejo de crisis y sigue protocolos específicos para abordar las necesidades del paciente de manera segura y efectiva.

Además, este box podrá ser utilizado en caso de que el paciente padezca alguna patología contagiosa que precise de aislamiento, implementando medidas adicionales para garantizar la seguridad del paciente y del personal. Estas medidas incluirán el uso de EPP, protocolos de higiene y desinfección, capacitación del personal y señalización adecuada. (4) (14)

#### D. CONTROL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

En este servicio se diseñará un control médico y de enfermería común para que el personal sanitario pueda valorar en conjunto la evolución de los pacientes y crear un plan de actuación y cuidados.

Este control estará dispuesto de forma que tengan visibles todos los boxes y sillones para tener un control y supervisión de todos los pacientes. Este dispondrá de ordenadores, teléfono, carros de medicación de enfermería, material de seguridad y monitorización.

#### E. ALMACÉN/ CUARTO LIMPIO Y SUCIO.

El almacén y cuarto limpio de un servicio de urgencias psiquiátricas estará organizado de manera que facilite el acceso rápido a los suministros necesarios para la atención de los pacientes. En términos de ubicación, idealmente estará situado cerca del área de atención de urgencias, para minimizar los tiempos de respuesta.

En cuanto al material a almacenar, se incluirán los suministros médicos básicos para realizar técnicas o asistir al paciente. También se dispondrá de una zona de medicamentos para tratamientos y de emergencia, como antipsicóticos, ansiolíticos y sedantes, así como equipo de contención, como camillas de contención y material de sujeción.

El cuarto limpio debe mantenerse ordenado y despejado para facilitar la búsqueda y la identificación de suministros. Además, debe cumplir con los estándares de limpieza y desinfección para garantizar un entorno seguro y libre de contaminación. Es importante que el personal esté capacitado para mantener la organización y limpieza del almacén y cuarto limpio, así como para garantizar el manejo adecuado del material sanitario.

## F. SEGURIDAD

En la distribución de los boxes, en el servicio de urgencias psiquiátricas, se implementará un protocolo estricto para garantizar la seguridad de los pacientes. Cada box estará diseñado para proporcionar un entorno seguro y adecuado para la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales agudos. Además del equipamiento médico estándar, se retirará todo el material que pueda ser utilizado para autolesionarse, como objetos punzantes, cortantes o productos químicos peligrosos. Este proceso se llevará a cabo antes de que el paciente ingrese al box, y se supervisará de cerca para evitar cualquier riesgo potencial.

Los boxes estarán equipados con mobiliario básico, que incluirá una cama o camilla para el paciente, sillas para el personal médico y visitantes, mesa auxiliar, armario para almacenar suministros médicos y ropa de cama adicional. Asimismo, contarán con elementos de seguridad, como puertas con cerraduras seguras para prevenir el escape de los pacientes y asegurar su seguridad, así como sistemas de alarma y cámaras de vigilancia para monitorear el área.

### **4.5. Presupuesto y calendario de implementación.**

#### **PRESUPUESTO ESTIMADO**

Para implementar un servicio de urgencias psiquiátricas en España, es crucial establecer un presupuesto detallado que cubra todos los aspectos necesarios para su funcionamiento. Basándonos en datos y estudios previos, a continuación, se presenta un desglose estimado de los costos involucrados:

Se conoce que en 2020 el gasto de las Comunidades Autónomas en servicios primarios de salud públicos (donde se incluyen los servicios de urgencias) se cifró en 10.762 millones de euros, representando un 13.95 del gasto consolidado en el sector. Con estos datos y otros, recogidos en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 (3) y en

el Instituto Nacional de Estadística (INE) (33), vamos a valorar los gastos promedio que supondrá este servicio.

### **1. Infraestructura y Equipamiento Inicial:**

- Renovación y adecuación del espacio: 500,000 EUR - 1,000,000 EUR, según el tamaño y las necesidades específicas del área.
- Equipamiento médico y tecnología: 200,000 EUR - 500,000 EUR.
- Mobiliario y otros suministros: 100,000 EUR - 200,000 EUR.

Total estimado para infraestructura y equipamiento: 800,000 EUR - 1,700,000 EUR.

### **2. Personal:**

- Médicos psiquiatras (5): 500,000 EUR anuales (100,000 EUR por médico).
- Enfermeras especializadas (10): 400,000 EUR anuales (40,000 EUR por enfermera).
- Psicólogos (5): 250,000 EUR anuales (50,000 EUR por psicólogo).
- Trabajadores sociales (3): 120,000 EUR anuales (40,000 EUR por trabajador social).
- Personal administrativo y de apoyo (5): 150,000 EUR anuales (30,000 EUR por persona).

Total estimado para personal: 1,420,000 EUR anuales.

### **3. Costos Operativos Anuales:**

- Mantenimiento y suministros: 100,000 EUR anuales.
- Capacitación continua del personal: 50,000 EUR anuales.
- Otros costos operativos (medicamentos, servicios, etc.): 200,000 EUR anuales.

Total estimado para costos operativos: 350,000 EUR anuales.

Presupuesto total anual estimado:

- Primer año (incluyendo infraestructura): 2,570,000 EUR - 3,470,000 EUR.
- A partir del segundo año (solo operativos y personal): 1,770,000 EUR anuales.

### **Factibilidad de la Inversión en el Sistema Sanitario Español**

La financiación de este tipo de servicios y formación precisos para la implantación de un área de urgencias psiquiátricas dentro del servicios de urgencias de adultos sería compartida por el Estado y las Comunidades Autónomas dentro de las acciones anuales del Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024(34), incluido dentro de la Estrategia de Salud Mental 2022—2026 (22), o dentro de un plan similar que sustituya al presente<sup>1</sup>. Los fondos destinados a este plan en 2022 fueron de 100 millones de euros. Encaja dentro de las acciones de la Línea 2: “Optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del SNS”, cuyo punto 2.3 contempla “2.3. Disposición de un presupuesto finalista en el Ministerio de Sanidad para impulsar la implantación efectiva del presente Plan”, o el punto 2.8 “2.8. Valorar en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) la necesidad de abordar la actualización de la cartera común de servicios de salud mental”.

En el año 2023, España invirtió aproximadamente 2,5 millones de euros en servicios de salud mental, lo que representa un incremento significativo en comparación con años anteriores. Esta tendencia refleja una mayor conciencia y compromiso por parte del gobierno para abordar los problemas de salud mental. Sin embargo, la distribución de estos fondos ha variado considerablemente entre las diferentes comunidades autónomas.

---

<sup>1</sup> Se ha de tener presente que el 30 de mayo de 2024, la Comisionada de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Belén González, ha comparecido ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, donde ha desgranado sus proyectos y ha anunciado un nuevo plan de acción 2025-2027 que conllevará cofinanciación a las comunidades autónomas. (35)



La implementación del servicio de urgencias psiquiátricas, con un presupuesto anual de alrededor de 2.57 a 3.47 millones de euros en el primer año y 1.77 millones de euros en los años subsecuentes, es factible dentro del marco financiero del sistema sanitario español. Esta inversión representa una fracción del gasto total en salud mental y podría ser cubierta mediante la reasignación de fondos, incrementos presupuestarios específicos, o financiamiento adicional a través de programas europeos y nacionales de salud.

Por último, conforme a los datos del Ministerio de Sanidad, el coste medio de una urgencia no ingresada en el año 2021 osciló entre 315 euros en un hospital de 1000 camas a un coste de 302 euros en un hospital de entre 500 y 1000 camas, dimensiones hospitalarias en las que se tendría en cuenta la implementación de un área de urgencias psiquiátricas.

Junto al coste del establecimiento del servicio, habrá que preverse el ahorro de costes que el servicio general experimentará como consecuencia de la canalización de las consultas

psiquiátricas al correspondiente servicio de urgencias psiquiátricas a razón de los siguientes costes:

### **COSTE MEDIO en € Por Tamaño. Años 2012-2021**

**Hospitales Generales, Materno-Infantiles, Infantiles y Oncológicos. Hospitales Públicos SNS**

**Sanidad en datos. Ministerio de Sanidad**

**Más de 1000 Camas**

**Moneda Constante**

Coste urgencia no Ingresada ajustado

201	202	202
9	0	1

262	314	315
-----	-----	-----

## 200- 500 Camas

### Moneda Constante

Coste urgencia no Ingresada ajustado		
2019	2020	2021
265	308	302

*Informe anual Sistema Nacional de Salud 2022. (3)*

## CALENDARIO DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación del servicio de urgencias psiquiátricas requiere una planificación meticulosa y una ejecución escalonada. A continuación, se presenta un modelo de calendario:

### 1. Preparación y Planificación (6 meses):

- Meses 1-2: Elaboración del proyecto, consultas con expertos, y obtención de permisos.
- Meses 3-4: Contratación del personal clave y adquisición de equipamiento.
- Meses 5-6: Capacitación inicial del personal y adecuación del espacio.

### 2. Implementación (6 meses):

- Meses 7-9: Instalación de equipos y mobiliario, pruebas de funcionamiento.
- Meses 10-12: Inicio de operaciones en fase piloto, ajustes y mejoras.

### **3. Operación Completa (a partir del mes 13):**

- Monitoreo continuo, evaluación de desempeño y ajuste de procedimientos según sea necesario.

## **5. FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN MANEJO Y ACTUACIÓN ANTE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.**

La formación del personal sanitario en el manejo de pacientes psiquiátricos es esencial para mejorar la atención en situaciones de crisis. Un programa formativo eficaz debe incluir componentes didácticos y prácticos que aborden tanto el conocimiento técnico como las habilidades interpersonales necesarias para tratar adecuadamente a estos pacientes. (19)

Múltiples estudios analizados identifican una falta de formación dentro de los profesionales sanitarios en relación con el manejo de los pacientes psiquiátricos (18). Esto sugieren que, para lograr un impacto duradero en las actitudes y comportamientos del personal sanitario, es necesario una formación prolongada y continua. Implementar programas de formación, sostenidos en el tiempo y que incluyan evaluaciones periódicas y retroalimentación, puede contribuir a mejorar la calidad de la atención psiquiátrica en entornos de urgencias. Temas a destacar, y sobre los que profundizar en las formaciones, deben ser:

- Manejo inicial del paciente, valoración de riesgos y seguridad tanto del personal como del paciente.
- Abordaje del paciente psiquiátrico.
- Exploración física del paciente psiquiátrico y pruebas complementarias.

- Formación continuada respecto a emergencias psiquiátricas.
- Manejo de contenciones mecánicas, físicas y químicas.
- Estudio de patologías y tratamientos farmacológicos psiquiátricos.
- Cuidados de enfermería en el paciente psiquiátrico.

**ANEXO 8. Checklist PRISMA 2020 de esta revisión en paraguas.**

**PRISMA 2020 Lista de verificación**

Sección/tema	Ítem #	Lista de ítems	Página
<b>TITLE</b>			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática,	1
<b>RESUMEN</b>			
Resumen	2	Consulte la lista de comprobación PRISMA 2020 para resúmenes (Tabla 2).	4
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de los conocimientos existentes.	6
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o preguntas que la revisión desea contestar.	7
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	9, 10
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencia y otras fuentes buscadas o consultadas para identificar estudios. Especifique la fecha en la que se buscó o consultó por última vez cada fuente.	
Estrategia de búsqueda	7	Presentar las estrategias de búsqueda completas para todas las bases de datos, registros y sitios web, incluidos los filtros y los límites utilizados.	9,10
Proceso de selección	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumplía los criterios para la inclusión de la revisión, incluidos cuántos revisores examinaron cada registro y cada informe recuperado, si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	16
Proceso de recopilación de datos	9	Especifique los métodos utilizados para recopilar los datos de los estudios, incluido el número de revisores que recopilaron datos de cada informe, si trabajaron de forma independiente, los procesos para obtener o confirmar datos de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	9-19
Lista de datos	10a	Enumerar y definir todos los desenlaces (outcomes) para los cuales se buscaron datos. Especifique si se buscaron todos los resultados admitidos por cada desenlace (outcome) en cada estudio (por ejemplo, para todas las medidas, puntos de tiempo, análisis) y, si no, los métodos utilizados para decidir qué resultados recopilar.	17-20

	10b	Enumerar y definir todas las demás variables para las cuales se buscaron datos (por ejemplo, características de participante e intervención, fuentes de financiación). Describa cualquier asunción hecha sobre cualquier información que falte o no esté clara.	11
Estudio y valoración del riesgo de sesgo	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, incluidos los detalles de las herramientas utilizadas, cuántos revisores evaluaron cada estudio y si trabajaron de forma independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	14

Medidas de efecto 12 (17-21) Especifique para cada resultado como se midió el efecto (por ejemplo, riesgo relativo, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de resultados.

**Métodos de síntesis  
(76-21)**

- 13a Describa los procesos utilizados para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis. (por ejemplo, tabular las características de la intervención del estudio y comparar con los grupos planificados para cada síntesis (Ítem #5)).
- 13b Describir los métodos necesarios para preparar los datos para la presentación o síntesis, como el manejo de las estadísticas de resumen que faltan o las conversiones de datos.
- 13c Describir cualquier método utilizado para tabular o mostrar visualmente los resultados de estudios individuales y síntesis.
- 13d Describir los métodos utilizados para sintetizar resultados y proporcionar justificación para las opciones. Si se realizó un metanálisis, describa el modelo (s), el método(s) para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística y paquete(s) de software utilizados.
- 13e Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de la heterogeneidad entre los resultados del estudio (por ejemplo, análisis

síntesis			
	20b	Presente los resultados de todas las combinaciones o síntesis estadísticas realizadas. Si se realizó un metanálisis, presente para cada uno un resumen de la estimación y su precisión (por ejemplo, confianza/intervalo creíble) y medidas estadísticas de heterogeneidad. Si compara grupos, describa la dirección del efecto.	No hay
	20c	Presente resultados de toda la investigación de posibles causas de heterogeneidad entre los resultados del estudio.	17-21
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la solidez de los resultados combinados.	27-42
Reportar sesgos	21	Evaluaciones de los riesgos de sesgo debido a la falta de resultados (derivados de sesgos de notificación) para cada combinación evaluada.	43-52

Certeza de la evidencia	22	Proporcione evaluaciones de certeza (o confianza) en la evidencia de cada resultado evaluado.	27-42
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras pruebas.	22,23
	23b	Discuta cualquier limitación de la evidencia incluida en el examen.	22,23
	23c	Discutir las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	22,23
	23d	Discutir las implicaciones de los resultados para la práctica, la política y la investigación futura.	22,23
<b>MÁS INFORMACIÓN</b>			
Registro y protocolo	24a	Proporcione información del registro de la revisión, incluido el nombre del registro y el número de registro, o indique que la revisión no se registró.	No hay
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo de revisión o indique que no se ha preparado un protocolo.	No hay
	24c	Describir y explicar cualquier cambio en la información proporcionada en el registro o protocolo.	No hay
Apoyo	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para su revisión, y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	25
Conflicto de intereses competitivos	26	Declarar cualquier conflicto de interés de los autores de las revisiones.	25
Disponibilidad de datos, código y otros materiales	27	Informe cuáles de las siguientes opciones están disponibles públicamente y dónde se pueden encontrar: formularios y plantillas de recopilación de datos; datos extraídos de los estudios incluidos; datos utilizados para todos los análisis; código analítico; cualquier otro material utilizado en la revisión.	No hay

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro Cuesta J, Noguez Zambrano I, García López F, Rodríguez Blázquez C, editores. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; 2020. [citado 2 de junio de 2024]
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental, nueva comprensión, nuevas esperanzas [documento en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [accedido el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>.
3. Sanidad, M. d. (2022). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*. [citado 2 de junio de 2024] España: MINISTERIO DE SANIDAD CENTRO DE PUBLICACIONES PASEO DEL PRADO, 18-20 28014 MADRID.
4. Simonelli-Muñoz AJ, Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Rivera-Caravaca JM. [Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review]. *An Sist Sanit Navar*. 28 de abril de 2021;44(1):71-81. [citado 2 de junio de 2024].
5. Mallqui Pánfilo Arone. Valoración inicial de enfermería en emergencias psiquiátricas: revisión sistemática. *Vive Rev. Salud* [Internet]. 2023 Dic [citado 2024 Mayo 08] ; 6( 18 ): 972-987. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2664-32432023000300972&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432023000300972&lng=es). Epub 25-Sep-2023. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i18.278>.
6. (MSD), E. d. (s.f.). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. Organización Mundial de la Salud 202. [citado 2 de junio de 2024].

7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. [citado 2 de junio de 2024] Rev Esp Cardiol. 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9.
8. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
9. PubMed [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Advanced Search Results. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>
10. Scopus preview - Scopus - Welcome to Scopus [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.scopus.com/>
11. Bases de datos Web Of Science | Recursos Científicos [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.rekursocientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/wos>
12. Portal Regional de la BVS | Información para acción en salud [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://bvshalud.org/es/>.
13. Huber JP, Milton A, Brewer MC, Norrie LM, Hartog SM, Glozier N. The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. [citado 2 de junio de 2024] Aust N Z J Psychiatry. marzo de 2024;58(3):207-26.
14. Choi KR, Omery AK, Watkins AM. An Integrative Literature Review of Psychiatric Rapid Response Teams and Their Implementation for De-



- escalating Behavioral Crises in Nonpsychiatric Hospital Settings. [citado 2 de junio de 2024] *J Nurs Adm.* 2019;49(6):297-302.
15. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H, Hynnekleiv T. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nord J Psychiatry.* [citado 2 de junio de 2024] noviembre de 2022;76(8):565-74.
  16. Odejimi O, Bagchi D, Tadros G. Typology of psychiatric emergency services in the United Kingdom: a narrative literature review. *BMC PSYCHIATRY.* 10 de diciembre de 2020;20(1):587. [citado 2 de junio de 2024]
  17. Gargaritano KL, Murphy C, Auyeung AB, Doyle F. Systematic Review of Clinician-Reported Barriers to Provision of Brief Advice for Alcohol Intake in Hospital Inpatient and Emergency Settings. *Alcohol Clin Exp Res.* octubre de 2020;44(12):2386-400. [citado 2 de junio de 2024].
  18. Gonzalez M, Clarke DE, Pereira A, Boyce-Gaudreau K, Waldman C, Demczuk L, et al. The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. [citado 2 de junio de 2024] *JB I Database Syst Rev Implement Rep.* agosto de 2017;15(8):2153-81.
  19. Clarke DE, Gonzalez M, Pereira A, Boyce-Gaudreau K, Waldman C, Demczuk L. The impact of knowledge on attitudes of emergency department staff towards patients with substance related presentations: a quantitative systematic review protocol. [citado 2 de junio de 2024] *JB I Database Syst Rev Implement Rep.* 2015;13(10):133-45.
  20. Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. [Alternative emergency interventions in adult mental health care]. [citado 2 de junio de 2024]. *Tidsskr Laegeforen.* diciembre de 2005;125(23):3265-8.
  21. Brown JF. Psychiatric emergency services: A review of the literature and a proposed research agenda. *Psychiatr Q. SUM* de 2005;76(2):139-65.

22. Salud., C. I. (2021). [citado 2 de junio de 2024] *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. España: Ministerio de Sanidad.
23. Madrileña., C. S. (2023). *Informe Salud Mental España 2023*. La Situación de la Salud Mental en España 2023. Madrid.
24. Saura Llamas J, Saturno Hernández P. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. *Aten Primaria*. 2003;29(5):94-6. [citado 2 de junio de 2024].
25. López De Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (I). *SEMERGEN - Med Fam*. enero de 2003;29(5):244-54. [citado 2 de junio de 2024].
26. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html?permalink=045c6c2b201554a814ff4850eac7286e>
27. Conde Díaz M, Esteban Ortega C, Rosado Jiménez L, Barroso Peñalver MD, Romero González S. La urgencia psiquiátrica en un hospital general: La patología de la agresividad principal motivo de consulta. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* [Internet]. 2009 [citado 2 de junio de 2024];29(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD [Internet] [citado 2 de junio de 2024]. Sec. 1, Real Decreto 866/2001 ago
29. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental [Internet]. [citado 2 de junio de 2024] Sec. 3, Orden SPI/1356/2011 may 24, 2011 p. 51802-22. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2011/05/11/spi1356>

30. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas [Internet]. [citado 2 de junio de 2024] Sec. 1, Real Decreto 546/1995 jun 5, 1995 p. 16503-26. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/04/07/546>
31. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A.. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2024 Jun 02] ; 33( Suppl 1 ): 55-68. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es).
32. Pedro Marco Aguilar, M. Á. (2014). *ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*. La Rioja: Rioja Salud. [citado 2 de junio de 2024].
33. INE [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. INEbase/ Sociedad / Salud. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573175)
34. Pública, D. G. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*. España: Ministerio de Sanidad. [citado 2 de junio de 2024]
35. La comisionada de Salud Mental anuncia un nuevo plan de acción 2025-2027 [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2024/300524-salud-mental.aspx>
36. BIBLIOGRAPHY Subdirección General de Información Sanitaria de la Secretaría General de Salud Digital, I. e. (2022). [citado 2 de junio de 2024] Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2022. España: Ministerio de Sanidad.
37. SNS, M. I.-S. (2007). *Salud Mental Organización y Dispositivos* [citado 2 de junio de 2024]. Sistema de Información de Atención Primaria – Sistema Nacional de Salud.