Traslado no voluntario desde el domicilio en el trastorno psicótico: Factores de riesgo para la contención mecánica y ventajas de la contención verbal

David Córcoles[1,2], Anna Gonzalez[1], Magdalena Bellsola[1], Jordi León[1], Agnés Sabaté[1], Angeles Malagón[1], Miguel A. Gerónimo[1], Victor Pérez[1,2], Luis M. Martín[1,2]

[1] Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions. Hospital del Mar. Barcelona. [2] Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Introducción

La contención mecánica se utiliza habitualmente en pacientes ingresados en unidades de agudos con el objetivo de disminuir el riesgo hacia uno mismo y hacia terceros. Es más frecuente en aquellos afectos de un trastorno psicótico. Sin embargo, poco o nada se sabe acerca de la necesidad de contención mecánica durante los traslados no voluntarios desde el domicilio hasta la llegada a las urgencias de psiquiatría. Existen programas en muchos hospitales destinados a la reducción de la necesidad de contención mecánica. Una de las herramientas que ha demostrado más utilidad es el entrenamiento en contención verbal del personal asistencial.

Se pretende describir en primer lugar qué síntomas psicóticos predisponen a que se realice contención mecánica en pacientes afectos de E. Paranoide, trasladados de manera no voluntaria desde el domicilio hasta urgencias de psiquiatría.

En segundo lugar, se pretende describir el efecto en la reducción de contenciones mecánicas tras recibir formación en contención verbal.

Material y métodos

Se han seleccionado todos los pacientes afectos de Esquizofrenia Paranoide que tras ser visitados por un equipo de psiquiatría domiciliaria (EMSE – Barcelona), han requerido traslado no voluntario desde el domicilio hasta urgencias de psiquiatría (N=365). Se han registrado variables sociodemográficas y clínicas (a destacar la necesidad o no de contención mecánica) de todos los individuos. A todos se les ha administrado la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS), la Escala de Agresividad Manifiesta (OAS), la escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP), la escala de Impresión Clínica Global (ICG) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Se han comparado las variables cuantitativas mediante T-student y las cualitativas mediante Chi-cuadrado.

A partir del año 2013 se empezó a utilizar la contención verbal en base las recomendaciones del Proyecto Beta[1]. Se han comparado las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes antes y después de 2013 así como la necesidad de contención mecánica durante el traslado.

Resultados

Tabla 1. Diferencias entre pacientes que no requirieron contención mecánica y los que sí.

Contención mecánica	No (N=237)	Si (N=128)	P
Sexo (Hombre)	115 (48,5%)	75 (58,6%)	0,066
Edad *media (DE)*	48,6 (17,0)	42,0 (16,3)	**0,000**
Antecedentes Psiquiátricos	182 (77,4%)	93 (76,9%)	0,900
Abandono del tratamiento	156 (85,7%)	91 (95,8%)	**0,010**
Consumo de tóxicos	48 (20,5%)	40 (32,0%)	**0,016**
Primer episodio	37 (16,5%)	18 (14,4%)	0,603
Antecedentes de agresión*	39 (29,8%)	21 (43,8%)	0,079
Intervención de Policía	131 (55,5%)	98 (80,3%)	**0,000**
ICG *media (DE)*	5,5 (0,7)	5,6 (0,7)	0,085
SUMD *media (DE)*	12,6 (2,9)	13,0 (2,7)	0,239
GEP media (DE)	16,7 (4,2)	18,1 (4,6)	**0,000**
WHO/DAS *media (DE)*	13,1 (4,0)	14,2 (4,0)	**0,013**
EEAG media (DE)	31,6 (10,0)	28,7 (10,0)	**0,011**
PANSS Total *media (DE)*	95,4 (20,5)	105,0 (17,1)	**0,000**
PANSS Positiva *media (DE)*	27,5 (8,8)	31,6 (6,0)	**0,000**
PANSS Negativa *media (DE)*	20,9 (7,8)	22,6 (7,7)	0,125
PANSS Ps. General *media (DE)*	46,6 (10,5)	51,2 (9,3)	**0,000**

**Muestra final de 179 individuos en esta variable*

Tabla 2. Ítems de la Escasa PANNS relacionados con la contención mecánica.

Contención mecánica	No		Si		
	Media	DE	Media	DE	P
Delirios	5,5	1,119	5,66	0,925	0,152
Desorganización conceptual	3,44	3,058	3,87	1,383	0,137
Alucinaciones	3,74	3,756	4,25	1,602	0,143
Excitación	3,66	1,364	4,4	1,33	**0,000**
Grandiosidad	2,68	1,57	3,09	1,785	**0,022**
Suspicacia Perjuicio	4,99	1,428	5,4	1,179	**0,006**
Hostilidad	3,53	1,656	4,91	1,568	**0,000**
Embotamiento afectivo	2,79	1,494	3,01	2,974	0,359
Retraimiento emocional	2,99	1,616	3,09	1,609	0,564
Contacto Pobre	2,73	1,5	2,84	1,368	0,490
Retraimiento social	3,92	1,698	4,02	1,648	0,559
Pensamiento abstracto	2,53	1,402	2,88	1,461	**0,027**
Fluidez conversación	2,41	1,512	2,58	1,59	0,318
Pensamiento estereotipado	3,61	1,355	3,83	1,268	0,140
Preocupación somática	2,74	1,877	2,53	1,752	0,294
Ansiedad	3,56	1,293	3,74	1,256	0,198
Sentimientos culpa	1,65	1,132	1,49	0,763	0,170
Tensión motora	3,28	1,266	3,98	1,331	**0,000**
Manierismos Posturas	2,15	1,18	2,34	1,264	0,149
Depresión	2,01	1,193	1,85	1,08	0,216
Enlentecimiento motor	1,84	1,222	1,61	0,958	0,071
Falta de colaboración	4,32	3,108	5,38	1,512	**0,000**
Pensamientos inusuales	3,64	1,655	3,9	1,664	0,152
Desorientación	1,24	0,559	1,32	0,627	0,239
Atención deficiente	2,17	1,291	2,47	1,374	**0,039**
Ausencia Insight	5,81	1,356	6,34	0,873	**0,000**
Trastornos de la volición	2,3	1,296	2,48	1,273	0,222
Control deficiente impulsos	2,81	1,405	3,93	1,387	**0,000**
Ensimismamiento	2,61	1,459	2,85	1,527	0,135
Evitación social activa	4,47	1,612	4,95	1,388	**0,005**

Tabla 3. Necesidad de Contención Mecánica antes y después de Proyecto Beta.

Contención mecánica	No (N=237)	Si (N=128)	P
Pre-Proyecto Beta	82 (55,8%)	65 (44,2%)	0,003
Post-Proyecto Beta	155 (71,1%)	63 (28,9%)	

En el análisis de las variables sociodemográficas y clínicas no hubo diferencias (p>0,005) entre aquellos pacientes visitados antes y después de utilizar las recomendaciones del proyecto Beta.

Conclusiones

Los pacientes más jóvenes, los que abandonan el tratamiento y que consumen tóxicos son los que con más frecuencia requirieron contención mecánica. Y los síntomas psicóticos que implican mayor excitación y agresividad son los que con mayor frecuencia predispusieron a la contención mecánica. Las recomendaciones del Proyecto Beta han permitido una reducción del 34,6% de la contención mecánica en pacientes trasladados de manera no voluntaria desde el domicilio hasta urgencias de psiquiatría.

Bibliografía:

1. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):17-25.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addicions

Parc de Salut MAR Barcelona