



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves (Revisión)

Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R

Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R.

Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

(Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004408.

DOI: [10.1002/14651858.CD004408.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5).

www.cochranelibrary.com/es

Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves

Steve R Kisely¹, Leslie A Campbell², Richard O'Reilly³

¹School of Medicine, The University of Queensland, Woolloongabba, Australia. ²Department of Community Health and Epidemiology, Dalhousie University, Halifax, Canada. ³Western University, London, Ontario, Canada

Contacto: Steve R Kisely, School of Medicine, The University of Queensland, Princess Alexandra Hospital, Ipswich Road, Woolloongabba, Queensland, QLD 4102, Australia. s.kisely@uq.edu.au, steve.kisely@health.qld.gov.au.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Esquizofrenia.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 6, 2017.

Referencia: Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD004408. DOI: [10.1002/14651858.CD004408.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Existe controversia acerca de si el tratamiento comunitario obligatorio (TCO) para los pacientes con enfermedades mentales graves (EMG) reduce el uso de los servicios sanitarios, o mejora el resultado clínico y el funcionamiento social.

Objetivos

Examinar la efectividad del tratamiento comunitario obligatorio (TCO) para los pacientes con enfermedades mentales graves (EMG).

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos basado en estudios del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials) (2003, 2008, 2012, 8 noviembre 2013, 3 junio 2016). Se obtuvieron todas las referencias de los estudios identificados y se estableció contacto con los autores cuando fue necesario.

Criterios de selección

Todos los ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA) relevantes de TCO comparados con la atención estándar para los pacientes con EMG (principalmente esquizofrenia y trastornos similares a la esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión con características psicóticas). La atención estándar podría ser el tratamiento voluntario en la comunidad u otra forma preexistente de TCO, como el alta supervisada.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, seleccionaron los estudios, evaluaron su calidad y extrajeron los datos. Se utilizó la herramienta de Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo. Para los resultados binarios, se calculó un riesgo relativo (RR) de efectos fijos, su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) y, cuando fue posible, el número necesario a tratar para un resultado beneficioso adicional (NNTB). Para los resultados continuos, se calculó una diferencia de medias de efectos fijos (DM) y su IC del 95%. Se utilizó el enfoque GRADE para crear tablas de «Resumen de los hallazgos» para los resultados clave y se evaluó el riesgo de sesgo de estos hallazgos.

Resultados principales

Esta revisión incluyó tres estudios (n = 749). Dos se basaron en los Estados Unidos y uno en Inglaterra. El estudio inglés tuvo el menor sesgo, cumpliendo tres de los siete criterios de la herramienta de Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo. Los otros dos estudios cumplieron sólo un criterio, la mayoría de los cuales se calificó como incierto.

Dos ensayos de los EE.UU. (n = 416) compararon el "compromiso ambulatorio ordenado" (CAO) por el tribunal con el tratamiento comunitario totalmente voluntario. No hubo diferencias significativas entre el CAO y el tratamiento voluntario a los 11-12 meses en ninguno de los principales índices de resultados de los servicios de salud o de los participantes: uso del servicio - reingreso al hospital (dos ECA, n = 416; RR 0,98; IC del 95%: 0,79 a 1,21; evidencia de baja calidad); uso del servicio - cumplimiento con la medicación (dos ECA, n = 416; RR 0,99; IC del 95%: 0,83 a 1,19, evidencia de baja calidad); funcionamiento social - detención al menos una vez (dos ECA, n = 416; RR 0,97; IC del 95%: 0,62 a 1,52; evidencia de baja calidad); funcionamiento social - falta de hogar (dos ECA, n = 416; RR 0,67; IC del 95%: 0,39 a 1,15; evidencia de baja calidad); o satisfacción con la atención - coerción percibida (dos ECA, n = 416; RR 1,36; RR 1,36; IC del 95%: 0,97 a 1,89; evidencia de baja calidad). Sin embargo, un ensayo encontró que el riesgo de victimización disminuyó con el CAO (un ECA, n = 264; RR 0,50; IC del 95%: 0,31 a 0,80; evidencia de baja calidad).

El otro ECA comparó las órdenes de tratamiento comunitario (OTC) con el alta supervisada menos intensiva y más breve (sección 17) en Inglaterra. El estudio no encontró diferencias entre los dos grupos para los resultados principales de los servicios de salud, incluido el reingreso al hospital a los 12 meses (un ECA, n = 333; RR 0,99; IC del 95%: 0,74 a 1,32; evidencia de calidad moderada), ni para ninguno de los resultados a nivel de los participantes. La ausencia de diferencias entre los dos grupos persistió a los 36 meses de seguimiento.

La combinación de los resultados de los tres ensayos no alteró estos resultados. Por ejemplo, los participantes en cualquier forma de TCO no tuvieron menos probabilidades de ser readmitidos que los participantes en los grupos control, ya sea en tratamiento totalmente voluntario o sujetos a alta supervisada intermitente (tres ECA, n = 749; RR de reingreso al hospital a los 12 meses 0,98; IC del 95%: 0,82 a 1,16 evidencia de calidad moderada). En términos de NNTB, se necesitarían 142 órdenes para evitar una readmisión. No hubo diferencias claras entre los grupos para la coerción percibida a los 12 meses (tres ECAs, n = 645; RR 1,30; IC del 95%: 0,98 a 1,71; evidencia de calidad moderada).

No hubo datos sobre los efectos adversos.

Conclusiones de los autores

Estos datos de la revisión muestran que los resultados de la TCO no muestran diferencias claras en el uso de los servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención voluntaria o el alta supervisada breve. Sin embargo, los pacientes que recibían TCO tenían menos probabilidades de ser víctimas de delitos violentos o no violentos. No está claro si este beneficio se debe a la intensidad del tratamiento o a su carácter obligatorio. Los períodos cortos de licencia condicional pueden ser tan efectivos (o no) como el tratamiento formal obligatorio en la comunidad. La evaluación de una amplia gama de resultados debe ser considerada cuando se introduzca esta legislación. Sin embargo, las conclusiones se basan en tres ensayos relativamente pequeños, con riesgo alto o incierto de sesgo de cegamiento y evidencia de calidad baja a moderada. Además, es posible que los ensayos clínicos no reflejen plenamente los beneficios potenciales de esta intervención compleja.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves

Antecedentes

Muchos países utilizan el tratamiento comunitario obligatorio (TCO) para los pacientes con problemas graves de salud mental, incluyendo Australia, Canadá, Israel, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos. Los partidarios de este enfoque sugieren que el TCO es necesario debido al cambio a la atención comunitaria de los pacientes con enfermedades mentales graves y que es menos restrictivo tratar obligatoriamente a alguien en la comunidad que someterlo a repetidas hospitalizaciones. También alegan que es efectivo para ofrecer estabilidad a la vida de los pacientes con enfermedades mentales graves. Los que se oponen al TCO temen que el tratamiento y el apoyo sean sustituidos por un mayor énfasis en el control, la contención y la amenaza. También existe el temor de que el TCO pueda socavar la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, provocando sentimientos de desconfianza y control, lo que podría alejar a los pacientes con enfermedades mentales graves de los servicios de atención.

Dado el uso generalizado de estos poderes, que obligan a los pacientes a someterse a un seguimiento con los servicios de salud mental y a tratamiento mientras viven en la comunidad, es importante evaluar los beneficios, la efectividad o los posibles riesgos del tratamiento obligatorio.

Búsquedas

Esta revisión se basa en búsquedas realizadas en 2012 y 2013, y actualizadas en 2016.

Características de los estudios

Esta revisión ahora incluye tres ensayos con 749 pacientes, con seguimiento en un estudio que se extiende a 36 meses. Dos de estos ensayos compararon formas de TCO versus atención estándar o atención voluntaria y el tercer ensayo comparó una forma de TCO llamada "orden de tratamiento comunitario" con el alta supervisada.

Resultados

Tratamiento comunitario obligatorio y tratamiento ambulatorio no voluntario para pacientes con trastornos mentales graves (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

Los resultados de los ensayos mostraron que el TCO general no tenía más probabilidades de resultar en un mejor uso de los servicios, funcionamiento social, estado mental o calidad de vida en comparación con la atención "voluntaria" estándar. Los pacientes en el ensayo que recibían TCO eran menos propensos a ser víctimas de delitos violentos o no violentos. Los períodos cortos de licencia condicional pueden ser tan efectivos (o no) como el tratamiento obligatorio en la comunidad.

Conclusiones

Hubo información muy limitada disponible, todos los resultados se basaron en tres ensayos relativamente pequeños de calidad baja a media, lo que dificulta el establecimiento de conclusiones firmes, por lo que es muy necesario realizar más investigaciones sobre los efectos de los diferentes tipos de TCO.