

# Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives

**Avançant cap a la contenció mecànica  
zero**

## **Direcció**

Clara Pareja Rossell. Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària.

Manel Rabanal Tornero. Subdirecció general d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques.

## **Coordinació**

Glòria Oliva Oliva. Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica.

## **Experts redactors d'aquest document**

M. Teresa Sanz Osorio. Infermera. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Fundació per a la Docència Sant Llàtzer.

Antoni Serrano Blanco. Psiquiatra. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Consorci de Investigació Biomèdica en Red de Epidemiología y Salud Pública.

Laura Navarro Vila. Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica.

## **Experts revisors i assessors d'aquest document**

Saiko Allende Leal. Psicòloga. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut.

Luis Mariano Barranco Simal. Infermer. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Ester Castan Campanera. Psiquiatra. Sant Joan de Déu Terres de Lleida.

Meritxell Centeno Casanovas. Psiquiatra. Hospital Benito Menni CASM - Germanes Hospitalàries.

Eva M. Melendo Azuela. Infermera. Pla director sociosanitari. Departament de Salut.

Manuel Sánchez Perez. Psicogeriatra. Hospital Sagrat Cor - Germanes Hospitalàries.

Marcos Serrano Godoy. Geriatra. Hospital Universitari Santa Maria de Lleida.

Maria Ribas Siñol. Psicòloga. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Joan Vegué Grilló. Psiquiatra. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives: avançant cap a la contenció mecànica zero.

Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; 2023.

## **Alguns drets reservats**

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina [web de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

## **Unitat promotora**

Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica.

## **1a edició**

Barcelona, agost de 2023.

## **Assessorament editorial**

Gabinet del Conseller. Serveis editorials.

**Assessorament lingüístic**

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

**Assessorament bibliogràfic**

Biblioteca de Ciències de Salut de Catalunya.

**Pla editorial 2023**

Núm. de registre: 7296.

Disseny de plantilla accessible 1.08.  
Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

## Agraïments

Aquest document no hauria estat possible sense la col·laboració i ajuda incondicional de molts professionals. Es vol agrair aquest suport a tots els membres del grup de treball Contenció Zero i en especial a la nostra companya Marisa Jiménez Ordóñez † per la seva qualitat professional i humana.

A tots els professionals que han preferit mantenir la seva col·laboració en l'anonimat, sense l'ajuda dels quals el present document no hauria estat possible.

A tots els companys que duen a terme les notificacions i gestions dels incidents relacionats amb intervencions restrictives.

## Sumari

Abreviatures .....	8
Justificació ètica .....	9
1 Part 1. Introducció i situació actual de les intervencions restrictives .....	11
1.1 Introducció .....	11
1.2 Terminologia .....	13
1.3 Antecedents.....	17
1.3.1 Epidemiologia .....	17
1.3.2 Conseqüències negatives de la contenció mecànica .....	20
1.4 Notificació d'incidents relacionats amb l'ús de contencions.....	22
1.5 Marc normatiu i legislatiu .....	27
1.6 Material per a la contenció mecànica .....	28
2 Part 2. Objectius, abast del document i metodologia .....	30
2.1 Objectius .....	30
2.1.1 Objectiu general .....	30
2.1.2 Objectius específics.....	30
2.2 Població diana .....	30
2.3 Àmbit o context d'aplicació .....	30
2.4 Aspectes no coberts .....	30
2.5 Professionals a qui va dirigit aquest document.....	30
2.6 Metodologia .....	31
3 Part 3. Recomanacions .....	32
3.1 Mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives .....	32
3.1.1 Mesures de prevenció estàtiques o bàsiques .....	32
3.1.2 Mesures de prevenció dinàmiques.....	40
3.2 Actuacions professionals davant de pacients en estats d'alteració conductual.....	48
3.3 Gestió de l'alteració conductual de les persones ateses en diferents entorns assistencials i socials	53

3.3.1	Gestió de l'alteració conductual de les persones ingressades en sales d'hospitalització psiquiàtrica .....	53
3.3.1.1.	Marc per anticipar l'alteració conductual a les sales d'hospitalització psiquiàtrica .....	53
3.3.1.2.	Formació del personal .....	54
3.3.1.3.	Personal i equipament .....	54
3.3.1.4.	Intervencions no restrictives .....	55
3.3.1.5.	Intervencions restrictives .....	58
3.3.1.6.	Tractament farmacològic urgent de l'agitació (tranquil·lització ràpida) .....	61
3.3.1.7.	Informe immediat a l'incident i revisió formal posterior .....	62
3.3.2	Gestió de l'alteració conductual en entorns comunitaris i d'atenció primària .....	64
3.3.2.1.	Desenvolupament de polítiques .....	64
3.3.2.2.	Formació del personal .....	64
3.3.2.3.	Gestionar l'alteració conductual .....	65
3.3.3	Gestió de l'alteració conductual als serveis d'urgències .....	65
3.3.3.1.	Formació del personal .....	65
3.3.3.2.	Dotació de personal .....	66
3.3.3.3.	Prevenició de l'alteració conductual .....	66
3.3.3.4.	Gestionar l'alteració conductual .....	66
3.3.4	Gestió de l'alteració conductual a gerontogeriatria .....	67
3.3.4.1.	Formació del personal .....	67
3.3.4.2.	Gestionar l'alteració conductual .....	67
4	Conclusions .....	69
5	Referències bibliogràfiques .....	71
6	Annexos .....	81
6.1	Annex 1. Priorització de l'anàlisi de l'incident a partir dels resultats de la matriu de risc ...	81
6.2	Annex 2. Preceptes legals d'aplicació a l'ús d'intervencions restrictives .....	85
6.3	Annex 3. Model de consentiment informat i autorització per a la contenció mecànica.....	100
6.4	Annex 4. Intervencions complementàries amb acció en l'esfera cognitiva .....	105
6.5	Annex 5. Desescalada .....	108

6.6 Annex 6. Aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya..... 116

## **Abreviatures**

DVA: document de voluntats anticipades.

SNiSP Cat: Sistema de notificació d'incidents de seguretat dels pacients de Catalunya.

OMS: Organització Mundial de la Salut.

PDA: Pla de decisions anticipades.

PROSP Cat: Aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya.



## Justificació ètica

Les intervencions restrictives, tot i que suposen una privació de la llibertat i vulneració dels drets fonamentals, es plantegen exclusivament en aquelles circumstàncies en les quals una persona posaria en risc la seva seguretat o fins i tot la pròpia vida, o les d'altres. En aquest context, es contraposen dos principis de la bioètica, ja que es tracta de coartar la llibertat de moviments de la persona (i, per tant, limitar greument la seva autonomia) amb la pretensió de buscar el seu benefici en protegir-la d'un perill (beneficència).

Les intervencions restrictives poden suposar una agressió, un dany moral, i, per tant, només es poden justificar des del punt de vista ètic quan siguin necessàries per aconseguir un bé clar i superior, no només l'abstracte d'una pretesa millora de la seguretat, sinó després d'una ponderació concreta i personalitzada per a cada individu i cada moment. Només amb aquesta ponderació curosa es pot ser respectuós amb la seva dignitat. La dignitat es defineix com el valor intrínsec que tota persona té amb independència de les seves condicions individuals físiques o psicològiques, i sempre requereix respecte (1).

La persona mai pot ser sotmesa a una intervenció restrictiva per una discriminació per part del personal que l'atén (2), ni tan sols de la genèrica d'haver perdut la seva capacitat de decisió. Precisament pel fet d'estar en aquesta situació, la persona mereix ésser tractada amb la màxima consideració per la seva gran vulnerabilitat i el seu alt nivell de dependència. S'ha de tenir en compte que, a pesar que la persona pugui ser incapaç de verbalitzar el seu malestar, pot sentir la mesura imposada com un maltractament i una humiliació. Per aquest motiu, els professionals han de tractar-la amb la màxima delicadesa i sensibilitat, tenint sempre present com es pot sentir qui la patirà.

Per tant, la indicació d'una intervenció restrictiva requereix sempre una valoració acurada del cas concret i una justificació suficient i explicitada. Ha de ser individualitzada, mai emprada com una rutina generalitzada, i menys encara per substituir la necessitat d'un increment de dedicació (3).

Tot i que sol ser aplicada per l'equip d'infermeria, se n'ha de consensuar la instauració amb tot l'equip assistencial, que, després de ponderar la idoneïtat de la mesura (sempre excepcional), la poden indicar com a últim recurs i per sobre d'altres alternatives. S'ha de fer des del respecte per la dignitat de la persona i amb humanitat, de manera que cuidar no pugui ser només aplicar uns protocols i mantenir uns registres. És necessari ser conscients que la mesura restrictiva és provocada per la necessitat d'evitar un dany superior (4) (5).

És imprescindible la sensibilització i formació de tots els professionals, ja que la persona sotmesa a mesures restrictives necessita una atenció integral i una

supervisió propera i freqüent que permeti detectar i minimitzar l'aparició de possibles riscos, a la vegada que això facilita l'avaluació contínua de la persona amb la finalitat de retirar la mesura restrictiva quan sigui possible.

És imprescindible informar la persona en funció de la seva situació de salut, la necessitat de mesura restrictiva i de la seva transitorietat. Igualment, és necessari informar-ne els familiars prèviament i demanar-los el consentiment per substitució abans de posar-la en pràctica, perquè així es faciliti la col·laboració de la cura i arribar a decisions compartides quan sigui possible (2). Cal preveure aquest tipus de decisions abans d'haver-les de discutir amb urgència, tot i que això no ha de ser motiu per obviar l'anàlisi de la ponderació en el moment donat. S'ha d'avançar cap a l'elaboració d'un pla de decisions anticipades (PDA) (6), i haver-ho explicitat en la història clínica. Sempre després de l'aplicació de mesures restrictives cal un diàleg entre la persona i els professionals per minimitzar l'impacte emocional que comporta en tots els éssers humans la limitació de l'autonomia.

Finalment, com tota mesura clínica (i aquesta encara més, ja que pot ser involuntària), s'ha de limitar a les mínimes zones del cos, el mínim temps possible, amb la màxima seguretat per a la persona. Per això cal, per part dels professionals responsables (de la seva indicació, de la seva aplicació i de la seva vigilància i continuïtat), evitar qualsevol excés tant en la mesura utilitzada com en la durada de l'aplicació (7) (8).

## 1 Part 1. Introducció i situació actual de les intervencions restrictives

### 1.1 Introducció

Actualment assistim a un canvi en la sensibilització, tant dels professionals com de la societat en general. Es promouen programes que redueixin al màxim l'ús d'intervencions restrictives i es desenvolupen estratègies preventives o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero, és a dir, evitar l'ús de qualsevol mesura restrictiva per prevenir risc o perill de lesions greus a un mateix o a tercers.

Les intervencions restrictives sempre s'han justificat en pro de la seguretat del pacient, però la realitat demostra que no existeixen proves sòlides de la seva eficàcia i seguretat, ni que evitin els problemes per als quals s'han utilitzat més sovint. De fet, nombrosos estudis continuen associant les contencions mecàniques amb resultats negatius per als pacients i amb un augment de l'ús de serveis i costos (9). A més, les intervencions restrictives en general, i les contencions mecàniques en particular, són una mesura que afecta els drets i principis bàsics de la persona, en sigui aquesta conscient o no.

Malgrat tot, el seu ús segueix essent una pràctica quotidiana en molts àmbits de la sanitat, inclosa l'atenció domiciliària. No obstant això, actualment hi ha iniciatives que comencen a descriure experiències exitoses lliures de contenció mecànica en diferents àmbits assistencials. Com la Fundació Maria Wolff (10) i la metodologia de treball Libera-Care (11), en l'àmbit de la geriatria, o el Projecte HU-CI (12), per la humanització de les unitats de cures intensives, que promouen la disminució o retirada de contencions, sempre tenint en compte que cal prioritzar la seguretat i la dignitat del pacient en aquest procés de canvi.

En salut mental, cal assenyalar la iniciativa de l'instrument de qualitat i drets de l'OMS (QualityRights) que té com a objectiu millorar la qualitat de l'atenció als serveis de salut mental i promoure els drets de les persones amb discapacitats psicosocials i intel·lectuals (13) (14), així com l'equip liderat per John Baker (15), de l'Institut Nacional de Recerca en Salut del Regne Unit (NIHR, National Institute for Health Research), que han descrit fins a 150 intervencions diferents. A més, destaquen alguns exemples que han demostrat evidència científica en la reducció de la utilització de contencions mecàniques, com el model d'unitats segures (*safewards model*) (16) (17), en què es recullen els factors que influeixen en les taxes de conflicte i contenció en les unitats d'aguts de salut mental i que proporciona nombroses estratègies basades en l'evidència per disminuir les situacions conflictives i l'ús de mesures de restricció.

Un altre exemple és Six Core Strategies (National Association of State Mental Health Program Directors, 2006; et Pou, 2020) (18), en què s'identifiquen sis estratègies clau d'intervenció: el treball en equip cap a un canvi organitzacional;

l'anàlisi de dades per informar sobre la pràctica; el desenvolupament de la força laboral mitjançant la creació d'un entorn de treball basat en la recuperació i disminució de la possibilitat d'utilitzar mesures coercitives mitjançant les polítiques, procediments i pràctiques dels centres assistencials; l'ús d'eines de prevenció que permetin identificar el risc de violència; la inclusió dels usuaris dels dispositius de salut mental, i la utilització de tècniques d'anàlisi de la situació viscuda.

Altres exemples més incipients al nostre territori són el moviment #yonoato, de DeltaProject.

Així doncs, aquestes experiències han demostrat que és un camí viable i que milloren molts aspectes assistencials clau com l'entorn, l'equipament, els recursos i la cultura de les institucions respecte a l'atenció a la persona, i que disminueixen les complicacions i els riscos potencials.

Per aquest motiu, des del Departament de Salut, dins de la línia 8 del Pla de salut de Catalunya 2016-2020: gestió de l'excel·lència i la seguretat (19), es van desplegar accions que contribueixen a millorar la seguretat del pacient. Una d'aquestes accions, liderada pel Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica, va ser la creació del grup de treball Contenció Zero el 2016, constituït per experts sanitaris, metges i infermers de diferents àmbits assistencials de Catalunya, amb l'objectiu de garantir la màxima qualitat dels serveis sanitaris mitjançant el desenvolupament d'una pràctica assistencial segura que avança cap a la contenció mecànica zero.

Aquesta iniciativa s'alineava amb la resolució 314/XI, del 13 d'octubre de 2016, del Parlament de Catalunya (20), que instava a "l'elaboració d'un protocol obligatori i comú per a tots els centres sanitaris de Catalunya —públics, privats i concertats— en què es regulin i s'estableixin la justificació, les normes, els materials homologats, el procediment i l'avaluació posterior que cal seguir en els casos de contenció mecànica o immobilització de pacients o interns, als centres geriàtrics, sociosanitaris, centres residencials d'acció educativa (CRAE) i centres sanitaris, i a tots els centres que acullin persones amb discapacitat intel·lectual".

El Departament de Salut, en el marc del Pla de qualitat i seguretat dels pacients 2023-2027 (21), estableix en la línia estratègica 3 com una de les accions a seguir la "promoció de bones pràctiques en la prevenció i el maneig de la contenció en les organitzacions sanitàries" i, paral·lelament, facilita eines que permetin desplegar els models de qualitat i seguretat dels pacients en les diferents línies assistencials.

Per tot això, es considera convenient l'actualització del document *Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero* (22) (23), elaborat el desembre de 2018 pel grup de treball multidisciplinari Contenció Zero.

## 1.2 Terminologia

A continuació, s'explica de manera precisa el significat d'algunes paraules utilitzades en aquest document i que moltes vegades s'utilitzen de manera sinònima, malgrat fer referència a conceptes o accions assistencials diferents i, per tant, amb possibles repercussions en la seguretat dels pacients. La majoria de les definicions s'han extret de les fonts bibliogràfiques que s'indiquen al final d'aquest apartat; les definicions en què no s'especifica cap referència han estat consensuades pel grup de treball que ha elaborat aquest document.

A l'efecte d'aquest document, per ordre alfabètic, s'entén per:

**Agitació psicomotriu (24).** Estat de marcada excitació mental acompanyada d'un augment inadequat de l'activitat motora, en grau variable, des d'una mínima inquietud fins a moviments descoordinats sense una finalitat determinada.

**Consentiment informat (2).** És la conformitat lliure, voluntària i conscient d'un pacient, manifestada en ple ús de les seves facultats i després de rebre la informació adequada, perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut.

**Dispositius limitadors de mobilitat (25).** Utilització de mesures físiques no fixades al cos de l'usuari: les baranes, els coixins de falca, les taules quan s'utilitzen per a aquest fi.

**Document de voluntats anticipades (DVA), també denominat testament vital. (26)** És un document dirigit al metge o metgessa responsable, en què una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat. El document també serveix per designar un representant que actuï com a interlocutor o interlocutora vàlid amb el metge o l'equip sanitari, en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ell mateix. Aquest document s'ha de formalitzar, a través de notari o davant de tres testimonis. Cal incorporar aquest document a la història clínica del pacient.

**Esdeveniment advers (27).** Fet perjudicial per a la salut del pacient, causat com a conseqüència del tractament o per una complicació mèdica (no per la malaltia de fons), que dona lloc a una hospitalització prolongada, a una discapacitat en el moment de l'alta mèdica o ambdues coses.

**Incident (28).** Qualsevol esdeveniment que impliqui l'ús d'una intervenció restrictiva —contenció, tranquil·lització ràpida o aïllament (però no observació)— per gestionar la violència o l'agressió.

**Intervencions no restrictives / no coercitives.** Mesures destinades a la gestió del conflicte per mitjans no invasius (vegeu la figura 1). En aquesta categoria s'engloben:

- **Contenció verbal (tècnica de la desescalada) (29):** intervenció de tipus verbal que pretén la recuperació de l'autocontrol per part del pacient o la seva màxima col·laboració en la resolució de l'episodi d'agitació.
- **Maneig ambiental:** conjunt de mesures orientades a modificar l'entorn de l'usuari amb la finalitat d'evitar estímuls que puguin iniciar o agreujar un episodi d'agitació independentment del nivell d'aquest, i a facilitar l'autocontrol. En són un exemple els canvis d'habitació durant un ingrés, la localització de l'usuari en un entorn tranquil·litzador no restrictiu, la utilització d'estímuls sensorials calmants, l'aïllament a la pròpia habitació sense la porta tancada, etc.
- **Medicació sense finalitat sedativa:** utilització de psicofàrmacs amb objectiu de tranquil·litzar el pacient sense arribar a la sedació o pèrdua de consciència.

**Intervencions restrictives/coercitives.** Conjunt de mesures que s'apliquen sobre un individu, que dificulten o limiten la seva llibertat de moviments, amb l'objectiu de controlar els riscos relacionats amb la seguretat pròpia o la d'altres, com ara (vegeu la figura 1):

- **Aïllament:** localització d'una persona, tota sola, en un espai o habitació especialment habilitat amb les mesures de protecció, vigilància i seguretat adequades, impedit-li sortir durant un període determinat de temps. Podem parlar d'un primer nivell d'aïllament sense tancar la porta amb clau i un segon nivell d'aïllament, més restrictiu, amb tancament de la porta amb clau.
- **Contenció mecànica:** utilització de mesures físiques homologades lligades al cos de l'usuari: cinturons de subjecció abdominal o pelviana, la cinta de tòrax, armilles, tires de peus, canelleres i manyoples.
- **Internament no voluntari:** és la primera mesura restrictiva i limitant de les llibertats de moviment. Aquest té unes consideracions legals al nostre entorn que són d'obligat compliment.
- **Restricció mecànica:** utilització de mesures físiques no fixades al cos de l'usuari: les baranes, els coixins de falca, les taules quan s'utilitzen per a aquest fi.

- **Sedació química:** utilització de psicofàrmacs amb intenció sedativa.
- **Subjecció física (reducció) (28):** utilització del cos del personal sanitari o cuidador dirigit a limitar els moviments de part o tot el cos de la persona a fi de controlar les seves activitats físiques.

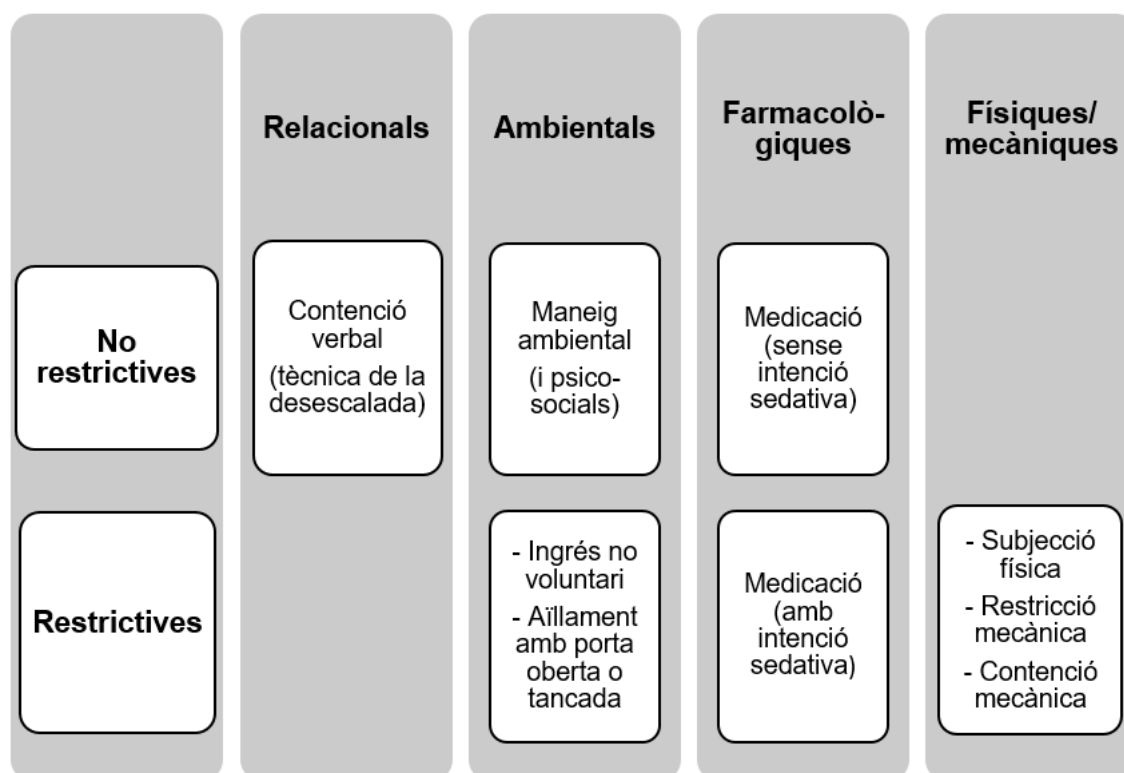


Figura 1. Tipus d'intervencions: no restrictives i restrictives

**Pla de decisions anticipades (PDA) (30) (31).** Es tracta d'una eina que permet identificar i expressar, mitjançant un procés deliberatiu estructurat, els nostres valors i preferències segons com volem que sigui l'atenció sanitària en moments d'hospitalització o estades en serveis de salut. És una eina per aplicar en col·laboració i diàleg amb les professionals que ens atenen i amb les nostres persones properes, i que pot ajudar a l'acompliment de les nostres preferències en moments en què es vegi interrompuda o disminuïda transitòriament la nostra capacitat de prendre decisions. En el procés es valoren les voluntats expressades per la persona atesa, que poden quedar recollides en la història clínica o social de la persona o en un DVA (tot i que no necessàriament).

**Prevenció.** S'ha d'entendre per prevenició el conjunt d'activitats o mesures adoptades o previstes en l'atenció del pacient amb la finalitat d'evitar l'estat d'agitació o disminuir l'ús de mesures restrictives. Concretament, parlem de:

- **Mesures de prevenció dinàmiques.** Conjunt de mesures que s'activen en situacions de conflicte, de situació que comporti qualsevol risc o d'agitació manifesta per prevenció de l'escalada de l'agitació. Inclouen pautes relacionals, d'intervenció conductual, farmacològiques o de l'entorn, amb la finalitat de resoldre la situació.
- **Mesures de prevenció estàtiques o bàsiques.** Conjunt de mesures estructurals, físiques, arquitectòniques o de funcionament establertes per la institució, com ara les normes generals, la carta de drets i deures, la formació adreçada als professionals o la cultura de seguretat.

**Notificació d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients (27).**

Procés utilitzat per documentar les incidències que no es corresponen amb el que és habitual en el funcionament del centre o l'atenció dels usuaris. Sistema instaurat en moltes organitzacions d'atenció sanitària per recopilar i notificar esdeveniments adversos relacionats amb els pacients, com ara errors de medicació i fallades d'equips. Es basa en informes individuals d'incidents.

**Situació conflictiva o disruptiva (32).** Fa referència a tots aquells comportaments dels usuaris que amenacen la seva seguretat o la seguretat dels altres (violència, suïcidi, autolesió, fugida, etc.).

**Segones víctimes (33) (34).** S'entén com a segona víctima el professional implicat directament o indirectament en un esdeveniment advers relacionat amb l'assistència sanitària.



## 1.3 Antecedents

### 1.3.1 Epidemiologia

En les dues últimes dècades s'han escrit nombrosos estudis (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41), tant a Europa com als Estats Units, sobre l'aplicació d'intervencions restrictives i, més específicament, les contencions mecàniques. La majoria estan centrats en pacients psiquiàtrics i residències geriàtriques, amb resultats molt heterogenis. Aquestes variacions en les taxes de retenció s'han atribuït més a la cultura, a la comunicació i a la formació de l'equip i, fins i tot, a la política del centre, que als requisits clínics o de seguretat (42) (43) (44) (45); en menys grau s'ha analitzat el nombre d'accidents ocasionats pel seu ús (46). La manca d'un marc legislatiu comú als diferents països també pot haver contribuït a aquestes diferències d'utilització (41).

### Epidemiologia en unitats d'especialització

Tal com s'ha esmentat anteriorment, hi ha molt pocs estudis fets en hospitals generals. Ragan i col. van elaborar un estudi transversal observacional durant 3 mesos el 2013 a les unitats mèdiques, quirúrgiques i de cures intensives en un hospital general de grandària mitjana a Israel (47). La prevalença d'ús de la contenció mecànica (en aquest estudi utilitzaven exclusivament contenció física als canells dels usuaris) va ser del 3,51% (IC del 95% = 2,79-4,37%). L'ús de contencions mecàniques va ser més freqüent als torns d'infermeria nocturns que en els torns de dia: 4,40% versus 2,56% (P = 0,03). El sexe masculí, la dependència, la ventilació invasiva, els tubs invasius (tub nasogàstric o catèter d'orina) i les úlceres per pressió es correlacionaven significativament amb l'ús de la contenció mecànica. En un altre estudi fet a Alemanya en quatre hospitals generals d'aguts i publicat el 2013 (48), es va estimar la prevalença de pacients amb almenys una restricció física,<sup>1</sup> que va ser de l'11,8% (IC del 95%: 7,8-15,7). La prevalença de restriccions físiques entre hospitals oscil·lava entre el 6,2 i el 16,6%; l'associació global amb l'hospital no era significativa. L'anàlisi va revelar que l'edat de 80-99 anys (versus de 18 a 54 anys), ser portador d'una sonda d'alimentació o vesical i l'ingrés a la unitat de cures intensives són condicions que incrementen el risc d'ús de la restricció física. En aquest sentit, un estudi canadenc descriu que es va utilitzar en el 53% dels pacients de l'UCI, amb una mitjana de 4,1 dies (49).

Un estudi fet al servei d'urgències de l'Hospital Universitari Severo Ochoa de Leganés (Madrid) (50) durant el 2019 va registrar les contencions mecàniques<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Els autors inclouen com a restricció física el que en aquest document es classifiquen com a limitadors de mobilitat, restricció mecànica i contenció mecànica.

<sup>2</sup> Mesuren els pacients de qualsevol edat que presentaven contencions mecàniques.

Tipus de subjecció (s'exclouen barres laterals de les lliteres):

- 1 punt (cinturó o canellera).
- 2 punts (dues canelleres).
- 3 punts (dues canelleres i cinturó).

aplicades a persones més grans de 65 anys i va recollir les característiques dels pacients, l'estat funcional i l'estat cognitiu. Segons els autors, la freqüència de contencions mecàniques va ser de l'1,85% (120 usuaris subjectats, respecte a 6.468 atencions a persones més grans de 65 anys). L'edat mitjana dels usuaris continguts era de 83 anys, i el 59,14% eren homes amb alts índexs de dependència. El 38,71% dels pacients que van requerir contencions tenia antecedents de delírium i el 34,4% havia requerit contencions en ingressos previs. El motiu més freqüent per contenir físicament va ser la protecció dels sistemes terapèutics (37,63%) i en un 31,18% de casos no tenien indicacions clares per a l'aplicació de la contenció. La tolerància a aquestes va ser dolenta en el 58% dels casos, i es va augmentar la medicació sedant després de la contenció en un 67,74%. Es va detectar un infraregistre a la història sobretot en pacients amb demència i edats avançades.

A Catalunya, en un estudi fet en un hospital general l'any 2015 (25) es van avaluar 818 pacients, a 52 (6,4%) dels quals es va aplicar una contenció mecànica. La unitat de més prevalença d'utilització va ser l'UCI, amb un 36,3% (12 persones), seguida de psiquiatria, amb un 14,6% (6 persones). A l'UCI el motiu d'instauració dels sistemes de contenció va ser el risc d'interrupció del règim terapèutic, mentre que a psiquiatria va ser l'alteració conductual amb agressivitat. Cal destacar que de les 12 persones que van ser sotmeses a contenció mecànica a l'UCI, 5 es van treure el suport terapèutic a pesar de les contencions mecàniques.

Rubio i col. (51) afirmen que aproximadament el 30% dels usuaris atesos a les urgències hospitalàries necessiten tractament o intervencions coercitives o restrictives. Altres dispositius assistencials d'ús freqüent són les UCI, les unitats de medicina interna o geriatría aguda.

## **Epidemiologia en salut mental**

L'aplicació de les mesures coercitives en unitats psiquiàtriques segueix sent una realitat arreu del món i la variabilitat en l'aplicació no s'explica per diferències en el perfil d'usuaris entre institucions (37) (52) (53). L'estudi fet més ampli sobre mesures coercitives en pacients psiquiàtrics a Europa, pel grup Eunomia (40) [European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice], va situar la mitjana europea del tractament coercitiu psiquiàtric en el 36%. També va demostrar que aquestes dades estaven subjectes a importants variacions nacionals, comparant 10 països europeus. A tall d'exemple s'observa a Grècia un 69% de persones immobilitzades, a Alemanya un 55% i a Bulgària, en contraposició, el 15%. Espanya se situa en el 37% i la discrepància en l'ús de mesures coercitives encara entre hospitals del mateix país és alta. A Catalunya, l'estudi de Serrano-Blanco i col. (9) que analitza la prevalença i costos de l'agitació en una unitat psiquiàtrica del Baix Llobregat identifica 245 episodis de

- 
- 5 punts (canelleres, turmells i cinturó).

contenció mecànica durant l'any 2013, per un total de 918 ingressos (que fan 22.550 estades).

L'àmbit de la psicogeriatría no s'escapa de l'ús d'aquestes pràctiques, tot i que el perfil d'usuaris és diferent al de les unitats de psiquiatria convencionals. Segons dades publicades (54) de Suïssa, al 16,4% dels pacients hospitalitzats a psiquiatria geriàtrica els van aplicar almenys una mesura coercitiva. Es va prescriure com a mínim una mesura coercitiva en el 16,8% de les estades hospitalàries. L'aïllament va ser la mesura coercitiva més prescrita (77,4%), seguida de la contenció mecànica (16,7%). La medicació forçada o altres mesures coercitives van representar el 5,9% de les mesures prescrites.

Cal fer menció especial de l'àmbit de la psiquiatria penitenciària, en què els pacients ja estan sota un règim de coartació de llibertat i les contencions o aïllaments no són infreqüents (55). Existeixen diversos treballs que avisen de l'especial vulnerabilitat en aquestes persones, i és necessari destacar que el règim penitenciari pot seguir normatives diferents al règim sanitari en l'aplicació de la contenció mecànica. Un estudi (56) fet a Bèlgica va incloure tots els pacients ( $N = 654$ ) que van ser ingressats als centres psiquiàtrics forenses d'Anvers o Gant durant un període de sis anys. Els resultats mostren que la meitat de la població (49,4%) va ser sotmesa a almenys una mesura coercitiva (aïllament, contenció mecànica o contenció química) durant l'ingrés. Un petit subgrup de pacients (6,6%) va ser objecte de la meitat de totes les mesures coercitives (51,0%). L'aïllament va ser la mesura coercitiva més utilitzada (48,3%), seguida de la contenció química (12,2%) i de la contenció mecànica (0,8%).

## **Epidemiologia en gerontogeriatria**

Són nombrosos els estudis que identifiquen Espanya com una de les nacions amb els percentatges més alts del món, que arriba al 39,6% de persones immobilitzades. En l'actualitat no hi ha prou evidències per mantenir aquesta afirmació (46) (57).

Segons l'alerta de seguretat en atenció sanitària (48), a les residències geriàtriques van descriure un percentatge d'utilització de la contenció entre el 31% i el 59% dels usuaris. A Catalunya, el percentatge d'ús de contencions mecàniques, segons un informe del Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya publicat el 2011, es trobava al 21,5%. Tenint en compte que del total de residents, un 50% tenia demència, d'aquests portaven contenció mecànica un 41,2% (57). Cal destacar que després de l'elaboració d'aquest estudi i de l'aplicació de les mesures recomanades, el percentatge de contenció mecànica s'ha reduït fins al 17,8%, i en el cas de persones amb demència, al 34,6%.

## **El cost de les contencions mecàniques**

Tot i ser un aspecte molt poc tractat en la literatura científica, en el que sí que coincideixen els estudis és a destacar els importants efectes negatius que té aquesta mesura sobre la salut dels pacients, fet que així incrementa la complexitat i el cost de la seva assistència (58). Una revisió sistemàtica va concloure que l'agitació en les unitats de psiquiatria s'associa amb més durada de l'estada, les taxes de reingrés més altes i més consum de psicofàrmacs (59).

Flood i col. (60) van estudiar les conseqüències econòmiques dels comportaments agitats i les intervencions de contenció associats o mesures coercitives al Regne Unit. Els autors van utilitzar entrevistes del personal clau per estimar els recursos que normalment s'utilitzen per fer front a incidents derivats dels conflictes i la contenció. Utilitzant un enfocament *bottom-up*, s'estima que el cost anual dels comportaments agitats van ser de 72,5 milions de lliures i 106 milions per la contenció el 2005. Més recentment, els costos de contenció s'han estimat a Espanya basant-se en el temps estàndard emprat per professionals de la salut en les mesures de contenció, d'acord amb guies regionals sobre mesures de contenció i 7 protocols hospitalaris sobre el mateix tema (61). Aquesta anàlisi estima els costos directes de l'agitació psiquiàtrica en 27 milions d'euros a Espanya el 2014. L'últim estudi publicat en el nostre entorn per Serrano-Blanco i col. (9) el 2017 va calcular que el cost anual de la contenció l'any 2013 arriba de mitjana a 280.535 € en una unitat d'aguts de psiquiatria referent d'una àrea de 640.572 habitants adults, que representa un 6,9% del pressupost de l'hospital.

En un hospital psiquiàtric d'adolescents, Lebel i col. (58) va comparar els costos l'any 2000 i l'any 2003, fet que indica una reducció del 92% (d'1.446.740 dòlars a 117.036 dòlars) a causa d'una reducció del 91% de l'ús de contencions (de 3.991 a 373).

### **1.3.2 Conseqüències negatives de la contenció mecànica**

Tal com s'ha comentat en diversos apartats d'aquest document, l'aplicació de la contenció mecànica és un procediment controvertit que, a més de vulnerar alguns principis i drets fonamentals de les persones, pot suposar importants conseqüències negatives per al pacient, tant des del punt de vista psíquic com físic. Respecte als esdeveniments adversos que pot produir en l'àmbit psíquic, cal destacar l'estrès agut, l'estrès posttraumàtic, la por, l'agressivitat, l'augment de la confusió, l'agitació, la humiliació, l'aïllament, la crisi de pànic, etc. D'altra banda, en l'aspecte físic els esdeveniments adversos poden ser causa de l'acció directa o indirecta del sistema de subjecció, així com poden estar relacionats amb l'agreujament de les patologies o condicions prèvies de l'usuari o la medicació (vegeu la taula 1).

Taula 1. Conseqüències negatives de la contenció mecànica des del punt de vista físic

Relacionades directament amb el sistema de subjecció	Relacionades indirectament amb el sistema de subjecció	Relacionades amb patologia o condicions prèvies de l'usuari	Relacionades amb la medicació
Mort per asfíxia, dolor, úlceres per pressió, erosions, caigudes, hematomes, laceracions, pressió en plexos nerviosos, edemes, atrapament, fractures o luxacions articulars, tromboembolismes, etc.	Manca de mobilització: infeccions nosocomials, úlceres per pressió, pèrdua de massa òssia, descens del to muscular, disminució de la gana, deshidratació, restrenyiment, incontinència, tromboembolismes, etc.	Mort sobtada, cops, caigudes, hematomes, etc.	Somnolència, risc de caigudes, acumulació, sobredosi, hipotensió.

En cas d'haver d'utilitzar una contenció mecànica, hem d'estar sempre molt alerta a les possibles complicacions. A mesura que han millorat els registres de pla de cures, s'ha detectat l'associació amb nombrosos esdeveniments adversos com úlceres per pressió, restrenyiment, infeccions, incontinència urinària i fecal, pèrdua de to muscular i mobilitat reduïda. S'ha discutit que la cascada de respostes fisiològiques associades amb estats d'hiperactivitat emocional pot comprometre físicament els pacients restringits i que han produït asfíxia, complicacions cardíaques, sobredosis o interaccions amb fàrmacs, traumes bruscos, estrangulament o sufocació, i aspiració. Les complicacions també poden estar associades amb un empitjorament paradoxal de l'agitació psicomotora i un augment de dies d'hospitalització (62) (63).

Han de considerar-se l'augment del risc de caigudes, el deteriorament funcional i accidents que poden precipitar la mort (64) (49) les lesions a la pell com úlceres per pressió i les àlgies (25).

Hi ha escassa literatura sobre els efectes psicològics i cognitius de la restricció física, fet que suggereix que es pot percebre com un procediment punitiu i aversiu, amb el potencial de seqüeles traumàtiques. S'han identificat reaccions emocionals com por, ràbia, ansietat, que es mantenen en el temps com a records dolorosos de frustració, ira, pèrdua de la dignitat i afectació de la interacció social (65).

És necessari fer referència als efectes que poden ser perjudicials en el personal sanitari. Així, s'ha descrit una actitud ambigua vers el procediment, amb creences errònies que poden ocasionar repercussió en la seguretat clínica i la relació terapèutica (66).

Així doncs, alguns dels esdeveniments adversos citats poden estar relacionats amb errors en l'aplicació del procediment o la falta de supervisió adient. Amb tot, es fa necessària la formació dels professionals sanitaris respecte a les indicacions, el procediment, les complicacions que poden derivar-se'n i la importància del seguiment i registre.

#### **1.4 Notificació d'incidents relacionats amb l'ús de contencions**

Segons l'OMS, la seguretat dels pacients és la reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable. Fa referència a les nocions col·lectives dels coneixements del moment, als recursos disponibles i al context en què es prestava l'atenció, ponderats davant del risc de no dispensar el tractament o de dispensar-ne un altre. També al procés en què una organització proporciona atencions que es manifesten per l'absència o la reducció de la incidència de lesions accidentals atribuïbles als processos d'atenció sanitària. Així doncs, garantir la seguretat dels pacients implica l'establiment de sistemes operatius i processos que minimitzin la probabilitat d'errors i maximitzin la probabilitat de detectar-los (67) (27).

De fet, l'incident relacionat amb la seguretat dels pacients és l'esdeveniment o circumstància que podria haver ocasionat o ha ocasionat un dany innecessari a un pacient. En el context de la classificació internacional per a la seguretat del pacient de l'OMS, els incidents relacionats amb la seguretat dels pacients s'anomenen simplement incidents. L'ús de l'adjectiu *innecessari* en aquesta definició reconeix que en l'assistència sanitària es produeixen errors, infraccions, casos de maltractament als pacients i actes deliberadament poc segurs. Els incidents poden tenir l'origen en actes intencionats o involuntaris. Els errors són, per definició, involuntaris, mentre que les infraccions solen ser intencionades, encara que rarament són malicioses, i poden arribar a fer-se rutinàries i automàtiques en alguns contextos (27).

En aquest sentit, els sistemes de notificació i gestió d'incidents pretenen millorar la seguretat i reduir, sempre que sigui possible, la probabilitat que els incidents es tornin a produir. A partir de les notificacions rebudes es pot saber quins són els punts febles del sistema, quins factors contribueixen a aquesta manca de seguretat i establir així mesures específiques de millora.

El sistema de notificació i gestió d'incidents implantat a tots els hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública i consorcis, així com a la totalitat de centres d'atenció primària, és el Sistema de notificació d'incidents de seguretat dels pacients de Catalunya (SNiSP Cat) (68) (69). A més, l'any 2022 es va adaptar el

formulari de notificació d'incidents a l'atenció intermèdia, i durant el 2023 i el 2024 s'adaptarà a altres àmbits assistencials com la salut mental i el Sistema d'emergències mèdiques —SEM—, entre d'altres.

En aquest sistema es poden notificar tot tipus d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients, fet que permet als professionals que el gestionen analitzar-los detingudament, buscar-ne les causes i implantar les solucions que considerin oportunes per evitar que es repeteixin. Convé ressaltar que les notificacions són fetes de manera voluntària, confidencial, anònima i no punitiva.

Al SNiSP Cat, entre altra informació, és molt important completar les conseqüències de l'incident i la probabilitat d'ocurrència de la manera més precisa possible, ja que d'aquests factors se'n derivarà la matriu de risc que determinarà la prioritització amb què es tractarà l'incident notificat (consulteu l'[annex 1](#)). A més, des del Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica s'ofereix formació per millorar la competència dels professionals per a la utilització del SNiSP Cat (70).

D'altra banda, cal assenyalar que tant en el formulari de notificació d'incidents d'atenció hospitalària com en el d'atenció intermèdia en els tipus d'incidents relacionats amb caigudes s'inclou un ítem específic que permet comunicar al notificant si la contenció mecànica ha estat implicada en la caiguda, entre altres elements.

L'extracció de dades feta el 18 de maig de 2023 mostra que des de la implantació del sistema de notificació d'incidents l'any 2013 el nombre de notificacions que els gestors de l'eina dels centres han estudiat, proposant mesures perquè no tornin a passar i que ja donen per tancades, són 107.312, la majoria de les quals provenen de l'àmbit d'hospitalització d'aguts (70%).

Per detectar el màxim de possibles notificacions relacionades amb contencions (verbal, farmacològica i mecànica) —això no implica que en sigui la causa principal—, s'ha fet una cerca global en tots els camps del sistema (tipus d'incidents —inclou caigudes—, descripció de l'incident, conclusió, pla d'acció, etc.) i s'han localitzat un total de 3.155 casos en què el notificant o gestor de l'incident fa menció a les contencions. A més, en la classificació dels incidents segons el risc, s'observa que el 15% (481 casos) es van considerar de risc alt i l'1% (30 casos) de risc extrem.

No obstant, la revisió detallada de les 30 notificacions considerades de risc extrem mostra que, en 12 casos, ni el notificant ni el gestor relacionen com a causa de l'incident la contenció (verbal, farmacològica o mecànica).

De les 18 notificacions que el notificant o el gestor relacionen amb contencions (0,01% del total de notificacions), en 16 casos l'esdeveniment advers ha estat catastròfic (ha produït la mort del pacient o hi ha contribuït) i en els altres 2 casos

la gravetat s'ha classificat com a esdeveniment advers de situació crítica (crític 2), és a dir, ha produït una situació propera a la mort. La figura 2 mostra la distribució d'aquests casos en la matriu de riscos, segons el grau de dany i la probabilitat d'ocurrència.

	Molt infreqüent	Poc freqüent	Possible / ocasional	Probable	Freqüent
Crític 1					
Crític 2				2	
Catastròfic	8	3	3	2	

Figura 2. Distribució a la matriu de riscos dels esdeveniments adversos de risc extrem, segons l'escala de dany i probabilitat d'ocurrència. Els esdeveniments de risc extrem estan representats de color granat.

A la taula 2 es mostra la distribució de casos segons l'any de notificació, edat del pacient, àrea assistencial on s'ha produït l'esdeveniment advers i el tipus d'incident.

Taula 2. Distribució de casos segons l'any de notificació, edat del pacient, àrea assistencial on s'ha produït l'esdeveniment advers i el tipus d'incident

Any de notificació (nre. de casos)	Edat del pacient (nre. de casos)	Àrea assistencial (nre. de casos)	Tipus d'incident (nre. de casos)
Any 2022 (5)	De 81 a 90 anys (6)	Hospitalització (14)	Caigudes (7)
Any 2021 (5)	De 71 a 80 anys (5)	Urgències (3)	Gestió clínica i procediments (5)
Any 2020 (3)	De 61 a 70 anys (3)	Ambulatoria (1)	Comportament del pacient (3)
Any 2017 (1)	De 51 a 60 anys (1)		Dispositius o equips assistencials (2)
Any 2016 (2)	De 31 a 40 anys (1)		Accidents (1)
Any 2015 (1)	De 6 a 10 anys (1)		
Any 2014 (1)	No especificat (1)		



A continuació, es resumeixen les principals accions de millora proposades pels gestors dels centres un cop analitzats aquests incidents:

- Revisar, actualitzar o fer difusió del protocol d'intervencions restrictives en pacients amb desorientació o agitació, segons l'existència prèvia, o no, d'aquest protocol. Incloure aquelles patologies que poden requerir algunes particularitats en ser aplicades.
- Reforçar la formació en intervencions restrictives, inclosa la formació per garantir al màxim l'aplicació correcta de la tècnica de contenció mecànica i la supressió progressiva de l'episodi restrictiu.
- Revisar, actualitzar o fer difusió del protocol de caigudes. Entre altres aspectes, incloure:
  - La valoració del risc de caigudes derivat de la medicació sedant utilitzada en la contenció farmacològica.
  - També fer referència a la disposició dels llits, les baranes i la informació a la família.
- Sessions informatives per recordar la importància del registre a la història clínica de les intervencions restrictives que s'han dut a terme als pacients.
- Fomentar el monitoratge de les contencions mecàniques i la presència d'un acompanyant.
- Localitzar els pacients amb contencions mecàniques o risc de caigudes propers als controls d'infermeria.
- Elaborar documents per a l'abordatge del pacient interdisciplinari. Establir sessions conjuntes de casos complexos entre les diferents especialitats.
- Formacions adreçades a millorar la comunicació i el treball en equip.
- Revisar el procediment normalitzat del centre en relació amb el manteniment del carretó d'aturada.
- Difondre les excepcions a la política restrictiva de visites, tancament de balconades i revisió d'apertura de finestres de tot l'edifici. Cal assenyalar que 5 casos amb resultat catastròfic per al pacient es van produir en el context d'alerta sanitària per COVID-19. En aquest context, per facilitar la renovació de l'aire, les portes dels balcons i les finestres es podien obrir

fins a un límit establert en els protocols dels centres. A més, s'aplicava una política restrictiva de visites que dificultava el relleu d'acompanyants i, per tant, la vigilància contínua dels pacients amb la presència d'un cuidador.

- Evitar les contencions amb cinturó abdominal d'un únic punt i prioritzar la contenció de canells en cas de risc elevat d'autolesió o possibilitat de lesionar altres persones. En 7 dels casos amb resultat catastròfic, els pacients portaven aquest tipus de contenció.
- Millorar infraestructures com la seguretat de les baranes de l'escala d'incendis.
- Oferir suport a les segones víctimes (34).

Finalment, malgrat que dins de les accions de millora no s'hi faci cap referència, en 2 dels casos amb resultat catastròfic un dels principals elements implicats va ser l'ús de contenció mecànica no reglada:

- llençol de contenció lligat al braç de la cadira,
- cintes abdominals amb veta adherent.

## 1.5 Marc normatiu i legislatiu

La Instrucció 1/2022 de la Fiscalia General de l'Estat i, a Catalunya, la legislació de l'àmbit social (Llei 12/2007) tenen en compte expressament l'aplicació d'intervencions restrictives. No obstant això, els preceptes legals que incideixen sobre l'adopció d'aquests tipus de mesures són (vegeu el desenvolupament d'aquests preceptes a l'[annex 2](#)):

- Constitució espanyola de 1978 (71): articles 1.1, 10.1, 10.2, 14, 15, 17.1 i 18.1.
- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat (72): article 10.
- Instrument de ratificació del Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà pel que fa a les aplicacions de la biologia i la medicina (conveni relatiu als drets humans i la biomedicina), fet a Oviedo el 4 d'abril de 1997 (73).
- Llei 1/2000, de 7 de gener, d'enjudiciament civil (74): article 763.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (2): articles 3, 6 i 7.
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (75): articles 2, 4, 5, 7, 8 i 9.
- Decret 306/2006, de 20 de juliol, pel qual es dona publicitat a la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'autonomia de Catalunya (76): articles 4, 23.3, 24.2 i 40.1.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (77): articles 1, 4.a, 4.g i 25.
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (78): articles 12.1.p i 98.n.
- Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família (79): article 212 i següents.
- Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (80): article 6.
- Decret 151/2017, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre (81).
- Instrucció 1/2022, de 19 de gener, de la Fiscalia General de l'Estat, sobre l'ús de mitjans de contenció mecànics o farmacològics en unitats psiquiàtriques o de salut mental i centres residencials i/o sociosanitaris de persones grans i/o amb discapacitat (5).

## 1.6 Material per a la contenció mecànica

En el cas excepcional que s'hagi de dur a terme una contenció mecànica, aquesta s'ha de fer sempre amb materials homologats, de conformitat amb el Reial decret 192/2023 (82), de 21 de març, pel qual es regulen els productes sanitaris. A més, el centre ha de disposar d'un document normalitzat<sup>3</sup> per garantir al màxim l'aplicació correcta de la tècnica.

El material estàndard bàsic homologat sol estar compost per:

- allargadores transversals,
- allargadores curtes,
- cinturó ample abdominal amb suport perineal,
- subjeccions per a canells,
- subjeccions per a turmells,
- manyoples,
- claus magnètiques,
- taps magnètics i el pern corresponent, que configuren el tancament de la subjecció esmentada.

En cap cas es pot dur a terme contenció no reglada com l'ús de benes o llençols lligats a la cadira o barana del llit, entre d'altres.

Finalment, cal tenir en compte sempre que:

- el material utilitzat ha d'estar en òptimes condicions d'ús. Els materials trencats o descosits han de ser rebutjats.
- l'ús correcte d'un material implica la utilització de la talla del sistema en funció de les necessitats del cos de la persona, i cal evitar usar materials massa grans o massa petits.

---

<sup>3</sup> El document normalitzat (protocols, guies, manuals, etc.) ha d'estar validat per la direcció del centre i hi ha d'haver un sistema que n'avalui la implantació.

- la utilització del sistema homologat només per a la finalitat que va ser creat. Per exemple, un peto està creat per subjectar des del tòrax, per la qual cosa no ha de ser utilitzat enrotllat sobre si mateix com a contenció de cintura.

## **2 Part 2. Objectius, abast del document i metodologia**

### **2.1 Objectius**

#### **2.1.1 Objectiu general**

Posar a disposició dels professionals i de les institucions sanitàries i socials estratègies per reduir l'ús d'intervencions restrictives per avançar cap a la contenció mecànica zero en població adulta a Catalunya.

#### **2.1.2 Objectius específics**

- Formular recomanacions clau de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives durant l'assistència sanitària i social amb accions destinades a disminuir la incidència i gravetat dels episodis d'alteració conductual.
- Formular recomanacions que orientin les actuacions dels professionals davant de pacients en estats d'alteració conductual.
- Formular recomanacions específiques d'ús d'intervencions restrictives quan siguin necessàries en diferents entorns assistencials i socials.

### **2.2 Població diana**

Pacients més grans de 18 anys que presentin o puguin presentar algun tipus d'alteració conductual, ja sigui per agitació o desorganització de la conducta.

### **2.3 Àmbit o context d'aplicació**

Tots els àmbits assistencials i socials.

### **2.4 Aspectes no coberts**

Aquest document no preveu els aspectes relacionats amb la població menor de 18 anys. L'atenció a les persones menors d'edat és objecte d'un altre document.

### **2.5 Professionals a qui va dirigit aquest document**

Aquest document va dirigit a tots els professionals de l'àmbit de la salut o social (d'atenció hospitalària aguda, d'atenció intermèdia, d'atenció comunitària, d'atenció en salut mental i addiccions i residencials) tant en atenció directa com en la gestió o administració del centre.

## 2.6 Metodologia

S'ha actualitzat el document *Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero*, (22) (23) elaborat al desembre de 2018 pel grup de treball multidisciplinari Contenció Zero.

Es va dur a terme una revisió de l'evidència científica en relació amb la freqüència d'ús de les mesures restrictives en adults i les estratègies emprades per evitar-ne la utilització fins a l'abril de 2023 en les principals bases de dades biomèdiques: Pubmed/Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Health Technology Assessment Database, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), US National Guidelines Clearinghouse, entre d'altres. També es van buscar documents en cercadors com ara Trip Database i Google Acadèmic. Es van seleccionar guies de pràctica clínica, recomanacions, documents de consens, metanàlisis i revisions sistemàtiques. A més, es va revisar manualment la bibliografia dels documents seleccionats per identificar possibles estudis no inclosos en l'estratègia de cerca.

Es van celebrar reunions de caràcter presencial i virtual, amb l'ús d'eines de treball col·laboratiu. Es van compartir protocols i manuals de procediments tant de les institucions participants com d'altres disponibles. Posteriorment es va avaluar la informació obtinguda i es va aportar l'experiència clínica del grup de treball junt amb la d'altres experts, fins que es va arribar al consens.

Finalment, es van consultar diferents fonts d'informació útil per estudiar el context local (dades epidemiològiques, la pràctica clínica habitual, aspectes legals, etc.). Entre aquestes fonts podem esmentar OMS / WHO, Fundació Maria Wolff i la Fundació Cuidados Dignos, l'Institut Nacional de Recerca en Salut del Regne Unit (NIHR National Institute for Health Research), Six Core Strategies o The Safewards Model, etc.

### 3 Part 3. Recomanacions

S'ha elaborat un document basat en l'evidència científica i en les darreres publicacions, així com en els suggeriments d'experts consultats, en què es pot trobar un conjunt de recomanacions de caràcter pràctic. A més, s'han tingut en compte i adaptat les recomanacions de la guia NICE (28) *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*.

El document dona recomanacions dirigides a reduir al màxim l'ús de les mesures de restricció física i a desenvolupar estratègies preventives o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero. Són mesures estructurals, funcionals i organitzatives, dissenyades per evitar l'inici o exacerbació dels episodis d'agitació o desorganització conductual, i específiques en funció de les característiques dels pacients atesos.

#### 3.1 Mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives

Per disminuir l'ús d'intervencions restrictives és necessari implementar de manera sistemàtica accions destinades a disminuir la incidència i gravetat dels episodis que puguin afavorir-ne l'ús.

A continuació, es presenten nou elements clau distribuïts en dos subapartats. Els quatre primers pertanyen a les mesures de prevenció estàtiques o bàsiques, relacionades amb els requisits mínims d'estructura i procés que han d'implementar les organitzacions d'atenció sanitària per evitar o minimitzar les intervencions restrictives. I els altres cinc, a les mesures de prevenció dinàmiques, enteses com el conjunt de mesures que pertanyen a pràctiques terapèutiques habituals i que s'activen selectivament en situacions de risc o d'agitació manifesta (22) (23).

##### 3.1.1 Mesures de prevenció estàtiques o bàsiques

A continuació, es detallen els quatre elements clau que han d'implementar les organitzacions d'atenció sanitària i social per evitar o minimitzar l'ús d'intervencions restrictives.

#### Element clau 1: principis per a la gestió de l'alteració conductual

- **Millorar l'experiència d'usuari del servei**
- ✓ Utilitzeu aquestes recomanacions juntament amb la guia de pràctica clínica o protocol basats en l'evidència científica en l'abordatge del problema de salut o condició clínica específica de l'usuari i:



- treballeu en col·laboració amb els usuaris del servei i els seus cuidadors,
  - adopteu enfocaments d'atenció que respectin la independència, l'elecció i els drets humans dels usuaris del servei.
- ✓ Garantiu que la seguretat i la dignitat dels usuaris del servei i la seguretat del personal siguin prioritats a l'hora d'anticipar o gestionar l'alteració conductual.
  - ✓ L'ús excepcional de les intervencions restrictives s'ha de dur a terme d'una manera que compleixi amb els preceptes legals de drets humans.
- **Formació del personal en la gestió de l'alteració conductual**
- ✓ En qualsevol entorn en què es puguin utilitzar intervencions restrictives, les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de formar el personal per entendre els preceptes legals que incideixen sobre l'adopció d'aquests tipus de mesures excepcionals.
  - ✓ En aquest sentit, és aconsellable la formació contínua dels professionals en lloc de formacions puntuals.
- **Implicar els usuaris del servei en la presa de decisions**
- ✓ Implicar els usuaris del servei en totes les decisions sobre la seva atenció i tractament, i desenvolupar conjuntament amb ells plans d'atenció i gestió de riscos o plans de decisions anticipades. Si un usuari del servei no pot o no vol participar-hi, cal oferir-li l'oportunitat de revisar els plans tan aviat com pugui o ho vulgui i, si hi està d'acord, implicar-hi el seu cuidador.
  - ✓ Comproveu si els usuaris disposen de PDA (30) o DVA (26) o consentiment informat (vegeu l'[annex 3](#)) sobre l'ús d'intervencions restrictives, i si s'ha designat un responsable per a ells, tan aviat com sigui possible (per exemple, durant l'ingrés a una unitat psiquiàtrica d'hospitalització) i teniu en compte aquesta informació a l'hora de prendre decisions sobre l'atenció.
  - ✓ Si un usuari del servei no disposa de pla de decisions anticipades ni DVA ni consentiment informat sobre l'ús d'intervencions restrictives, animeu-lo a fer-ho tan aviat com sigui possible. Assegureu-vos que els usuaris del servei entenguin els principals efectes secundaris dels psicofàrmacs amb intenció sedativa o sense perquè puguin prendre una decisió informada.

- ✓ Assegureu-vos que els usuaris del servei entenguin que durant qualsevol intervenció restrictiva es respectaran els seus drets humans i s'utilitzarà la intervenció menys restrictiva per permetre'ls exercir els seus drets (per exemple, el seu dret a seguir pràctiques religioses o culturals durant les intervencions restrictives) tant com sigui possible. Identifiqueu i reduïu les barreres a l'exercici dels seus drets per part d'un usuari del servei i, si això no és possible, consigneu els motius a la història clínica.
- ✓ Garantiu que els cuidadors participin en la presa de decisions sempre que sigui possible, si l'usuari del servei hi està d'acord.
- **Prevenir les vulneracions dels drets dels usuaris del servei**
  - ✓ Avalueu, juntament amb l'usuari del servei, si són necessaris ajustos als serveis per garantir que es respectin els seus drets i els dels seus cuidadors (inclosos els drets relacionats amb les característiques protegides, tal com defineix la Llei 15/2022 (83), de 12 de juliol, integral per a la igualtat de tracte i la no discriminació) i feu els ajustos que siguin necessaris. Els ajustos poden incloure la prestació d'un tipus particular de suport, la modificació de la manera en què es presten els serveis o l'enfocament de la interacció amb l'usuari del servei o la realització de canvis a les instal·lacions. Anoteu-ho al pla d'atenció de l'usuari del servei.
  - ✓ Promogeu la lluita contra l'estigma de la persona amb experiència en salut mental, des de les organitzacions i els mateixos professionals assistencials (84). L'estigma comença a l'àmbit hospitalari, en identificar i reduir tota la persona a una etiqueta diagnòstica. És fonamental reconèixer la situació actual per poder generar canvis a les institucions, i millorar la pràctica assistencial, reflexionant per identificar i desconstruir les idees estereotipades i errònies potenciadores de l'estigma en salut mental.
  - ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de formar el personal en consciència cultural i en els deures de l'organització en virtut de la Llei 15/2022, de 12 de juliol, integral per a la igualtat de tracte i la no discriminació.

## **Element clau 2: anticipar i reduir el risc d'alteració conductual**

- **Reduir l'ús d'intervencions restrictives**
  - **Formació del personal**
  - ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de formar el personal que treballa en serveis en els quals es poden utilitzar intervencions restrictives en mètodes psicosocials per evitar o minimitzar les

intervencions restrictives. Aquesta formació ha de permetre el personal desenvolupar:

- un enfocament de l'atenció centrat en la persona i basat en valors, en el qual les relacions personals, la continuïtat de l'atenció i un enfocament positiu en la promoció de la salut sustenten la relació terapèutica,
  - una comprensió de la relació entre els problemes de salut mental i el risc d'alteració conductual,
  - habilitats per avaluar perquè el comportament és probable que evolucioni cap a una alteració conductual, inclosos els factors personals, constitucionals, mentals, físics, ambientals, socials, comunicacionals, funcionals i de comportament,
  - habilitats, mètodes i tècniques per reduir o evitar l'alteració conductual quan sorgeix, és a dir, en estratègies de maneig conductual: tècniques de contenció verbal, validació afectiva, atenció centrada en la persona,
  - habilitats, mètodes i tècniques per dur a terme intervencions restrictives de manera segura quan siguin necessàries,
  - habilitats per dur a terme un informe immediat després de l'incident,
  - habilitats per dur a terme una revisió formal posterior a l'incident en col·laboració amb el grup de treball o equip o comitè de millora de la qualitat o unitat de seguiment,
  - formació del personal en tècniques d'autogestió emocional: *mindfulness*, etc.
- ✓ En aquest sentit, és aconsellable la formació contínua dels professionals en lloc de formacions puntuals.
- **Programa de reducció de la intervenció restrictiva**
- ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de garantir que tots els serveis que utilitzen intervencions restrictives tinguin un programa de reducció d'intervencions restrictives per reduir la incidència d'alteració conductual i l'ús d'intervencions restrictives.
- ✓ Els programes de reducció de la intervenció restrictiva haurien de:

- garantir un lideratge efectiu del servei,
  - abordar els factors ambientals que poden augmentar o disminuir la necessitat d'intervencions restrictives,
  - implicar i potenciar els usuaris del servei i els seus cuidadors,
  - incloure activitats d'oci i exercici físic per als usuaris del servei,
  - utilitzar procediments de cura clars i senzills,
  - utilitzar la desescalada,
  - utilitzar plans i estratègies de gestió de crisi i risc per reduir la necessitat d'intervencions restrictives,
  - incloure un informe immediat a l'incident i una revisió formal posterior,
  - explorar l'ús actual i potencial de la tecnologia per informar, supervisar i millorar l'ús d'intervencions restrictives,
  - tenir un seguiment rutinari dels resultats, inclosa la qualitat de vida i l'experiència de l'usuari del servei,
  - basar-se en mesures de resultats (seguretat, eficàcia i experiència d'usuari del servei) per donar suport als programes de millora de la qualitat,
  - incloure una formació regular del personal al respecte.
- ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de recopilar, analitzar i sintetitzar totes les dades sobre alteracions de la conducta i l'ús d'intervencions restrictives, i implicar els usuaris del servei en el procés. La informació hauria de:
- ser compartida amb els equips i serveis implicats,
  - ser compartida amb el patronat o òrgan de govern organitzatiu equivalent,
  - ser compartida amb el departament competent en matèria de salut,

- estar vinculada a les normes establertes en els procediments de salvaguarda.
- ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de disposar d'un grup de treball o equip o comitè de millora de la qualitat o unitat de seguiment de l'experiència dels usuaris del servei per informar i analitzar dades sobre l'alteració de la conducta i l'ús d'intervencions restrictives. Aquests professionals, a més, haurien de:
  - involucrar el personal en la millora contínua de la qualitat i redissenyar la pràctica per reduir l'ús de la restricció,
  - valorar els suports i barreres organitzatives,
  - assistir amb activitats educatives,
  - crear equips especialitzats/referents per poder consultar o avaluar casos especialment complexos,
  - promoure l'intercanvi d'intervencions amb èxit entre el personal.
- ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de publicar informes que incloguin dades sobre alteracions de la conducta i l'ús d'intervencions restrictives dins de cada equip, sala i servei, a més dels motius de les semblances i diferències entre els serveis.

### **Element clau 3: avaluació del pacient i l'entorn**

- **Procediment normalitzat (protocol, guia, manual, etc.) d'avaluació del pacient i l'entorn**
- ✓ Les organitzacions d'atenció sanitària i social haurien de garantir que tots els serveis que utilitzen intervencions restrictives tinguin un procediment normalitzat (protocol, guia, manual, etc.) d'avaluació del pacient i l'entorn validat per la direcció del centre i que hi hagi un sistema que n'avaluï la implantació.
- ✓ El procediment normalitzat hauria d'avaluar:
  - La història del comportament del pacient: recolliu dades sobre els antecedents clínics i conductes de risc de la persona. Sol·liciteu informació als cuidadors o convivents. Avalueu la comunicació, la conducta i els canvis de comportament.

- Identificar la causa que motiva l'agitació: anoteu el diagnòstic que motiva l'agitació. És tan important que no hauria d'aplicar-se una mesura de restricció física o farmacològica sense un diagnòstic clínic de la situació que porta a la situació d'agitació. Així, existeixen diverses situacions clíniques que poden ocasionar agitació psicomotriu: delírium, ansietat, dolor, depressió, episodi psicòtic, infecció d'orina, processos oncològics, demandes no compreses per dificultat en la comunicació (per exemple davant una afàsia), dispnea per una complicació cardiopulmonar, etc.
- Identificar factors fisiològics: avalueu els nivells de sedació, dolor, desequilibris electrolítics, infeccions, hipotensió ortostàtica, síncope, símptomes urinaris o fecals, descans insuficient, dificultats per caminar, mantenir l'equilibri o desplaçar-se, entre d'altres.
- Identificar factors psicològics: avalueu la capacitat de comunicació, la presència de signes o símptomes de depressió, ansietat, impulsivitat, agitació, por, tristesa, trastorn d'estrès posttraumàtic, estressors, entre d'altres, així com els sistemes de suport i estratègies d'afrontament de la persona.
- Medicaments: reviseu la polifarmàcia. Identifiqueu medicaments que puguin contribuir a la confusió, el delírium, els trastorns del moviment i les caigudes. A més, vigileu les reaccions adverses dels medicaments, les interaccions o la interrupció brusca dels medicaments.
- Abús de substàncies, incloses les drogues, l'alcohol i la nicotina.
- Factors mediambientals: examineu la idoneïtat i la seguretat del llit, els dispositius sanitaris i la necessitat d'ús (per exemple, tub de ventilació, medicació intravenosa, catèter urinari), equipament i mobiliari (per exemple, llit, cadira, taules, trapezi) i superfície del terra.

#### **Element clau 4: estructura**

Quant a l'estructura —i, més concretament, en relació amb les dependències, espais i instal·lacions—, cal tenir en compte el que marca l'article 6.1 del Decret 151/2017 (81), de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre, en què s'especifica que els centres i serveis sanitaris han de disposar de les condicions físiques i de confortabilitat que permetin l'adequada atenció sanitària dels pacients, en especial en relació amb la il·luminació, ventilació, privacitat visual i acústica, accessibilitat, climatització,

comunicació i eficiència energètica, d'acord amb el que preveu el Reglament d'instal·lacions tèrmiques en els edificis i la resta de reglaments d'aplicació en aquestes matèries. A aquest efecte, s'han de subscriure els contractes de manteniment de les instal·lacions que preveu la normativa esmentada. Així mateix, els centres i serveis sanitaris s'han de mantenir en tot moment en bones condicions d'ús i higiene, i aplicar els protocols de neteja i desinfecció corresponents al tipus d'activitat que s'hi desenvolupen.

A més, l'article 6.2 s'indica que els centres i serveis sanitaris han de disposar, com a mínim, de tres àrees físicament diferenciades i senyalitzades: una àrea administrativa, una àrea assistencial i una àrea de serveis. En aquest mateix Decret, entre d'altres aspectes, especifica quines han de ser les dimensions mínimes de l'àrea assistencial.

No obstant tot l'anterior, per a l'atenció correcta dels usuaris i per anticipar i reduir el risc d'alteració conductual, el grup de treball considera important que les organitzacions d'atenció sanitària i social tinguin presents les següents recomanacions ambientals, dels sistemes de seguretat i en relació amb el mobiliari i arquitectura (85):

- ✓ Ambientals:
  - Establir una temperatura ambiental confortable.
  - Evitar el soroll excessiu utilitzant sistemes silenciosos.
  - Evitar mala il·luminació.
  - Dissenyar sales d'espera adequades amb seients còmodes i dispensadors de begudes i menjar.
  - Respectar la privacitat del pacient.
  - Bona senyalització de les instal·lacions, serveis i entrades/sortides.
- ✓ Valorar en els dispositius assistencials en què siguin necessaris els sistemes de seguretat següents:
  - Instal·lar serveis de seguretat a l'entrada del dispositiu sanitari i sistemes d'alarma i càmeres de vigilància als entorns clínics.
  - Quan els riscos són clars o previsibles, s'han de facilitar als treballadors sistemes d'alarma, com ara telèfons o ràdios d'ona curta

perquè, en cas d'algun problema, alertin altres companys o el personal de seguretat.

- Disposar d'un sistema de resposta fiable i silencios quan es dispari l'alarma per risc d'agressió que eviti reacció agressiva del potencial agressor.
- Localitzar el personal sanitari o administratiu en espais segurs (vidres de seguretat).

✓ **Mobiliari/arquitectura:**

- Mobiliari segur i adient segons les necessitats de les persones. Per exemple, llits adients per a persones amb risc de caigudes, cadires antilliscants...
- A les sales d'entrevista i a les zones de tractament de crisi, el mobiliari ha de ser mínim, sense angles ni vores pronunciats i, si escau, fixat a terra.
- Si calen sales d'aïllament, han de tenir sostres alts, sense reixetes.
- En dispositius de risc, els despatxos i les sales de recepció han de comptar amb dues sortides.
- Col·locar els mobles de manera que el professional no quedi arraconat.
- Espais confortables per a activitats i zones de relaxació.
- Facilitar zones per a l'exercici físic.

### **3.1.2 Mesures de prevenció dinàmiques**

A la figura 3 es mostra un resum de les mesures de prevenció dinàmiques que s'activen electivament en situacions de risc o d'agitació manifesta.





Figura 3. Resum de les mesures de prevenció dinàmiques que s'activen electivament en situacions de risc o d'agitació manifesta.

A continuació, es descriuen els quatre elements clau d'aquestes mesures dinàmiques.

### Element clau 5: intervencions relacionals

Amb les intervencions relacionals es pretén:

- ✓ Maximitzar la comunicació. Per aconseguir-ho es recomana:
  - Preguntar al pacient què necessita.
  - Comunicar-se amb claredat, lentitud, calma:
    - anomenar sempre el pacient pel seu nom preferit;
    - utilitzar també el llenguatge no verbal;
    - mantenir una actitud relaxada i una expressió amigable. Atendre amb un somriure sempre que sigui possible.
  - Explicar els dispositius, objectes d'atenció.

- Utilitzar l'escolta activa per expressar els sentiments, preocupacions i pors del pacient.
  - Augmentar les visites i la interacció social.
  - Estimular la comunicació.
  - Aplicar tècniques de modificació de conducta orientades a la resolució de problemes concrets, com la desescalada verbal (vegeu l'[annex 5](#)).
- ✓ Incloure la família en l'atenció sempre que estigui indicat i sigui possible:
- Implicar la família en les cures.
  - Utilitzar traductors/familiars si és necessari.
  - Demanar que portin imatges o altres objectes familiars.
  - Preguntar a la família què el pot ajudar a canviar el focus d'atenció.
- ✓ Reduir riscos de confusió o delírium:
- Reorientar el pacient confós. Orientar el pacient en l'espai, temps i persona cada vegada que entrem a veure'l sense que es pugui sentir aclaparat.
  - Utilitzar tècniques per promoure la relaxació (per exemple, massatges terapèutics, música, begudes calentes).
  - Proporcionar períodes de descans.
  - Redirigir verbalment el comportament.
  - Presentar-se cada vegada en entrar a l'habitació del pacient.
  - Proporcionar enllaços de realitat (per exemple, ràdio, calendari, rellotge).
  - Promoure el treball transdisciplinari i la coordinació entre els membres de l'equip. És a dir, que tots els components d'un mateix equip treballin vers un mateix objectiu cooperant entre ells, de manera que els esforços es vegin multiplicats en l'atenció al pacient

per aconseguir allò que tant el pacient com els familiars i l'equip es proposen com a objectiu.

### **Element clau 6: intervencions sobre activitats**

Amb les intervencions sobre les activitats es vol:

- ✓ Proporcionar distraccions i activitats sempre que estigui indicat, sigui possible i segur:
  - Activitats, exercicis, trencaclosques, jocs.
  - Proporcionar material o elements per propiciar activitats manuals. Per exemple, a gerontologia proporcionar objectes, draps, una pilota petita, tovallons, plastilina, textures, davantal d'activitats, cartes, etc.
  - Televisió i música segons preferència de l'usuari.
- ✓ Adequar tractaments o dispositius al més aviat possible:
  - Canviar l'alimentació o els medicaments a la via oral en lloc d'utilitzar la via parenteral o nasogàstrica, sempre que sigui possible.
  - Facilitar la retirada precoç de la ventilació mecànica per disminuir la duració.
  - Valorar si algun dispositiu li provoca molèsties o dolor (sonda nasogàstrica, via endovenosa, etc.) i, en cas afirmatiu, proporcionar una solució.
- ✓ Implementar mesures per reduir interferències del tractament i ocultació dels equips d'administració de medicació o monitoratge:
  - Assegurar la fixació adequada dels tubs.
  - Utilitzar roba de màniga llarga o vestits per ocultar els catèters.
  - Procurar que el pacient es familiaritzi amb els tubs o els equips.
  - Cobrir les ferides.
  - Mantenir les bosses de solució intravenosa i els tubs fora del camp de visió del pacient.

- ✓ Implementar mesures de prevenció de caigudes i prevenció de lesions, basades en evidència:
  - Adaptar les intervencions de prevenció de caigudes als riscos específics dels pacients (per exemple, dispositius assistencials, il·luminació, sabates tancades antilliscants, alarma de llit, protectors de maluc, mitjons antilliscants identificadors de risc de caigudes, etc.).
  
- ✓ Proporcionar una adequada gestió del dolor:
  - Tractar el dolor regularment i abans dels procediments potencialment dolorosos, com ara banyar-se, deambular o altres activitats.
  
- ✓ Alimentació/hidratació/diüresi/defecació:
  - Avaluar les necessitats d'alimentació/eliminació del pacient proactivament.
  - Vigilància freqüent/ fer rondes freqüents per valorar la necessitat d'eliminació o d'higiene.
  - Aplicar horaris individualitzats.

### **Element clau 7: intervencions farmacològiques**

En les intervencions farmacològiques s'han de tenir en compte els aspectes següents:

- ✓ Selecció del fàrmac. Valorar les característiques del pacient, així com l'eficàcia i propietats del fàrmac tranquil·litzant, farmacocinètica i seguretat:
  - Rapidesa en l'inici d'acció.
  - Una durada d'acció curta.
  - Absència de metabòlits actius i d'acumulació del fàrmac.
  - Mínims efectes secundaris.
  - Escasses interaccions farmacològiques.

- Escasses contraindicacions.

És preferible la monoteràpia que l'ús combinat de fàrmacs per minimitzar les interaccions farmacològiques i els efectes adversos.

✓ Dosis:

- S'ha d'utilitzar la dosi mínima eficaç que permeti tranquil·litzar el pacient de manera suficient per disminuir el risc de lesió, però sense reduir el nivell de consciència.

✓ Durada:

- No s'han trobat evidències sobre la durada òptima del tractament. Es recomana la reducció progressiva de la dosi o suspendre el fàrmac, segons la medicació, un cop el pacient s'hagi estabilitzat.

✓ Via d'administració:

- Sempre que sigui possible, la via oral o inhalada és la primera opció, especialment en els casos menys severos. Quan sigui rebutjada o resulti inapropiada, el fàrmac s'administra per via parenteral, concretament per via intramuscular. La via intravenosa només s'utilitzarà de manera excepcional i amb extrema prudència, supervisant i vigilant el pacient, en unitats especials com una UCI.

### **Element clau 8: intervencions generals sobre l'entorn**

Amb les intervencions generals sobre l'entorn es pretén:

✓ Eliminar els riscos

- Eliminar el desordre, elements, vèssaments o els equipaments que poguessin causar lesions.

✓ Suport d'entrada sensorial adequada

- Assegurar-se que el pacient porta ulleres o audiòfons habituals, si és possible.
- Proporcionar una il·luminació adequada.

✓ Proporcionar més vigilància segons la condició i els riscos del pacient

- Fer rondes freqüents d'infermeria.
  - Col·locar els pacients en una zona on es puguin observar freqüentment.
  - Proporcionar persona de companyia i una observació constant (explorar la família, personal, assistents, amics, voluntaris, etc.).
  - Considerar un dormitori amb observació contínua.
- ✓ Reduir els estímuls mediambientals excessius o molestos
- Reduir l'excessiu soroll del monitor de constants vitals, de les alarmes dels aparells electrònics, el to de veu, telèfon, televisió, etc.
  - Adequar la temperatura i il·luminació de l'habitació.

### **Element clau 9: intervencions complementàries**

A l'[annex 4](#) es poden consultar les intervencions complementàries amb acció en l'esfera cognitiva.

La figura 4 mostra el diagrama d'actuació en les mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives .

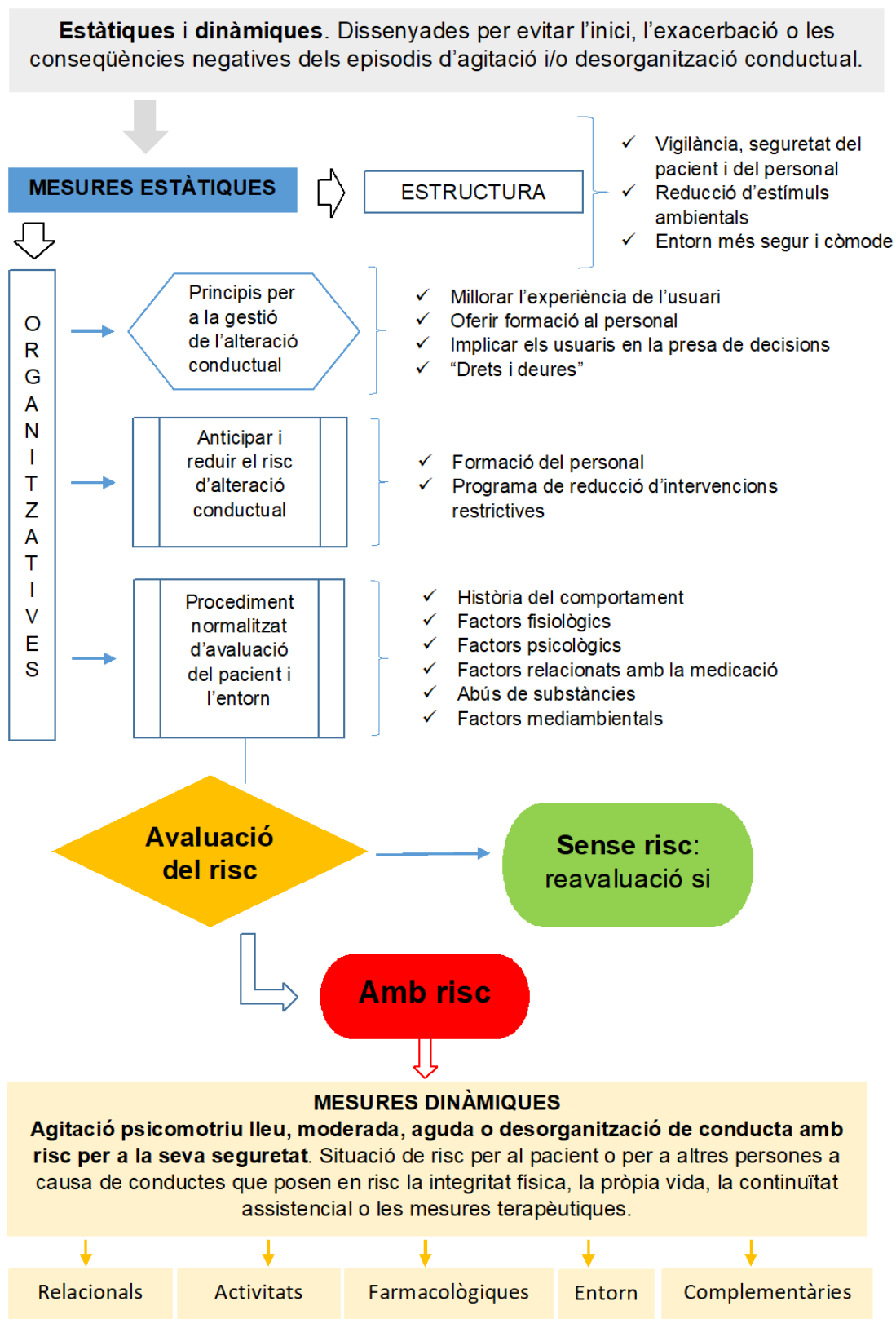


Figura 4. Diagrama d'actuació en les mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives

### **3.2 Actuacions professionals davant de pacients en estats d'alteració conductual**

Davant de qualsevol situació d'agitació o desorganització conductual, cal prendre un seguit de mesures orientades a la resolució del quadre al més aviat possible amb els mínims riscos possibles tant per als usuaris com per als professionals (86).

En aquest sentit, el primer que cal fer és una diagnosi sindròmica del quadre i del grau d'intensitat. Si la situació clínica ho permet, s'inicia un procés d'avaluació de les possibles causes a la vegada que s'estableixen mesures per reduir la intensitat dels símptomes. En el cas d'identificar una causa física (delírium, dolor, etc.), el primer que cal fer és el tractament de la causa de l'agitació, sempre que sigui possible.

En l'avaluació clínica és imprescindible tipificar el grau d'agitació en lleu, moderada o severa, així com la desorganització conductual. En alguns àmbits es pot recomanar la utilització d'escales validades, que ajuden a tipificar situacions clíniques o riscos específics.

La valoració del dolor de persones amb demència o amb capacitat verbal compromesa constitueix un desafiament, i les escales observacionals de conducta resulten de gran ajuda per detectar-los.

A les UCI, l'escala Campbell valora musculatura facial, tranquil·litat, to muscular, resposta verbal i confort. En demències, les més usades per la seva facilitat d'aplicació són l'escala visual analògica (EVA) a deterioraments lleus, i l'escala de valoració del dolor en pacients amb demència (Pain Assessment in Advanced Dementia —PANAID— o Abbey Pain Scale) o escala de valoració del dolor de cares (Faces Pain Scale —FPS—) en deterioraments moderats-greus (87) (88) (89).

En salut mental es poden utilitzar escales per a la valoració del risc de violència, com l'escala d'agressivitat manifesta (*overt aggression scale* —OAS—) o la guia HCR-20 (90) (91).

Descartades i abordades les causes orgàniques, les persones ateses poden patir diferents estats d'agitació, segons els quals s'identifiquen diversos nivells d'atenció. Els abordatges es divideixen entre primera, segona i tercera línia; els de primera línia són els que es fan sempre i els de segona i tercera línia, els que es fan si els abordatges anteriors no aconsegueixen resoldre la situació.

A continuació, es descriuen els tres tipus d'estats d'agitació, la seva caracterització i els procediments d'atenció utilitzats en la contenció (86) (vegeu la figura 5):



➤ Agitació lleu (ansietat i irritabilitat)

- Característiques: símptomes vegetatius, psicològics o físics d'ansietat com sudoració, hiperventilació-sensació d'ofec, tremolor, palpitations, sensació d'opressió toràcica, sensació subjectiva d'angoixa, irritabilitat, tensió fisicomuscular, manca de col·laboració passiva (negativisme), expressa malestar físic o emocional, discurs opressiu, repetitiu i amb to de veu alt.
- Nivells d'atenció:
  - 1a línia: abordatge verbal de l'equip cuidador (desescalada).
  - 2a línia: oferta de tractament oral o intramuscular de l'infermer o infermera (si el tractament està pautat) o metge.
  - 3a línia: oferta de mesures ambientals.
  - Sempre, després de l'abordatge: observació conductual continuada (presencial o mitjançant càmeres) i presencial segons el protocol del centre (aconsellable cada 15 minuts, com a mínim un cop cada hora) fins a la resolució del quadre.

➤ Agitació moderada

- Característiques: ansietat molt elevada (sudoració, hiperventilació-sensació d'ofec, tremolor, palpitations, sensació d'opressió toràcica i sensació subjectiva d'angoixa), hostilitat-disfòria, oposicionisme, inquietud psicomotriu, discurs opressiu, repetitiu i vociferant, agressivitat verbal (insults o amenaces), actitud displicent.
- Nivells d'atenció:
  - 1a línia: abordatge verbal de l'equip cuidador (desescalada) amb personal de reforç (5-6 persones).
  - 2a línia: tractament farmacològic (s'ofereix oral, tot i que podria ser intramuscular) de l'infermer o infermera (si el tractament està pautat) o metge.
  - 3a línia: mesures ambientals.
  - Sempre, després de l'abordatge: observació conductual continuada (presencial o mitjançant càmeres) i presencial

segons el protocol del centre (aconsellable cada 15 minuts, com a mínim un cop cada hora) fins a la resolució del quadre.

- Agitació severa amb agressivitat física: cap a objectes o cap a persones (*auto-* o *hetero-*).
  - Característiques: símptomes d'agitació moderada exacerbats acompanyats d'agressivitat cap a objectes o altres persones o contra un mateix.
  - Nivells d'atenció:
    - 1a línia: abordatge verbal de l'equip cuidador (desescalada) amb personal de reforç (en total amb 5-6 persones).
    - 2a línia: tractament farmacològic (s'ofereix oral encara que sol ser parenteral [intramuscular o intravenosa]) i mesures ambientals.
    - 3a línia: contenció mecànica (valorar de pautar el tractament preventiu de tromboembolisme pulmonar).<sup>4</sup>
    - Sempre, després de l'abordatge: observació conductual continuada (presencial o mitjançant càmeres) i presencial segons el protocol de centre (aconsellable cada 15 minuts, com a mínim un cop cada hora) fins a la resolució del quadre.

No obstant la classificació general anterior, en cas de persones en estat cognitiu alterat (demència, delírium, intoxicacions per substàncies, etc.) podem trobar aquests dos tipus d'agitació següents tipificada segons els riscos i els procediments d'atenció utilitzats en la contenció:

- Desorganització conductual sense risc per al pacient o l'entorn.
  - Característiques: comportament estrany o fora de context que no va acompanyat d'un estat d'agitació moderada o severa.
  - Nivells d'atenció:

---

<sup>4</sup> Quan s'aplica una contenció mecànica que impedeix una lliure mobilitat per un temps superior a les 6-8 h (o inferior en usuaris amb risc de trombosi), es valora imprescindible la instauració de tractament amb heparina de baix pes molecular per evitar trombosi o tromboembolisme pulmonar, que pot ocasionar la mort de l'usuari.

- 1a línia: reorientació verbal del pacient (reconducció de conducta amb indicacions molt senzilles).

Atenció exhaustiva de les necessitats, acompanyament, aplicació de tècniques de validació afectiva.

- Sempre, després de l'abordatge: observació conductual continuada (mitjançant càmeres) i presencial cada hora.

➤ Desorganització conductual amb risc per al pacient o entorn.<sup>5</sup>

- Característiques: comportament estrany o fora de context que va acompanyat d'un estat d'agitació moderada sense intencionalitat.

- Nivells d'atenció:

- 1a línia: reorientació verbal del pacient (reconducció de conducta amb indicacions molt senzilles).

Atenció exhaustiva de les necessitats, acompanyament, aplicació de tècniques de validació afectiva.

- 2a línia: aïllament ambiental per preservar la seva intimitat i evitar conflictes amb altres usuaris.




Administració de tractament farmacològic si es dona un augment de la repercussió emocional (ansiolític o antipsicòtic).

- 3a línia: només en cas d'extrema necessitat i inefectivitat de les mesures anteriors, contenció mecànica (el mínim temps possible). Amb autorització familiar firmada i informant-ne el metge referent.

- Sempre, després de l'abordatge: observació conductual continuada (presencial o mitjançant càmeres) i presencial mínim un cop cada hora o quan la situació ho requereixi.

---

<sup>5</sup> Un usuari que té agitació i trenca coses, les pot acabar utilitzant per anar després contra tercers o contra el personal que aplica la mesura restrictiva.

 <b>Agitació lleu: (ansietat i irritabilitat)</b>	 <b>Agitació moderada</b>	 <b>Agitació severa amb agressivitat física</b>
<p>1a. Abordatge verbal de l'infermer/infermera o el metge/metgessa (desescalada).</p> <p>2a. Oferta de tractament oral o intramuscular de l'infermer/infermera (si el tractament està pautat) o el metge/metgessa.</p> <p>3a. Oferta de mesures ambientals.</p>	<p>1a. Desescalada amb personal de reforç.</p> <p>2a. Tractament farmacològic (se n'ofereix d'oral tot i que podria ser intramuscular) de l'infermer/infermera (si el tractament està pautat) o el metge/metgessa.</p> <p>3a. Mesures ambientals.</p>	<p>1a. Desescalada amb personal de reforç.</p> <p>2a. Tractament farmacològic (se n'ofereix d'oral encara que sol ser parenteral) i mesures ambientals.</p> <p>3a: Contenció mecànica.</p>

Sempre, després de l'abordatge, cal fer l'observació conductual continuada del pacient, presencial o mitjançant càmeres; i presencial segons protocol del centre –és aconsellable cada 15 minuts, com a mínim, un cop cada hora– fins a la resolució del quadre.

Figura 5. Classificació general dels tres tipus d'estats d'agitació i els procediments d'atenció utilitzats en la contenció

### **3.3 Gestió de l'alteració conductual de les persones ateses en diferents entorns assistencials i socials**

En el transcurs de l'atenció dels usuaris cal tenir sempre en compte les recomanacions dels apartats [3.1](#) i [3.2](#) d'aquest document. Addicionalment, és important parar atenció als aspectes que es descriuen a continuació segons l'entorn on es dugui a terme aquesta assistència (28) (22) (23).

#### **3.3.1 Gestió de l'alteració conductual de les persones ingressades en sales d'hospitalització psiquiàtrica**

Les tècniques habituals impliquen establir objectius per al personal, com ara reduir la freqüència d'ús d'una pràctica restrictiva, educar el personal, canviar l'entorn per prevenir incidents i fer reflexions amb el personal sobre l'abordatge de les incidències.

##### **3.3.1.1. Marc per anticipar l'alteració conductual a les sales d'hospitalització psiquiàtrica**

- ✓ Utilitzeu el marc següent per anticipar l'alteració conductual a les sales d'hospitalització psiquiàtrica, i exploreu cada àmbit per identificar maneres de reduir aquestes alteracions i l'ús d'intervencions restrictives.
  - Assegureu-vos que el personal treballi com un equip terapèutic utilitzant un enfocament positiu i encoratjador, mantenint la regulació emocional i l'autogestió del personal (vegeu l'[annex 5](#)) i fomentant un bon lideratge.
  - Garantiu que els usuaris del servei rebin les intervencions i teràpies adequades, activitats físiques, activitats d'oci i suport per a les dificultats de comunicació (92).
  - Alerta a possibles burles, assetjament, contacte físic o sexual no desitjat o mala comunicació entre els usuaris del servei.
  - Identifiqueu com el problema de salut mental de cada usuari del servei pot afectar el seu comportament (per exemple, el seu diagnòstic, la gravetat de la malaltia, els símptomes actuals i els antecedents d'alteració conductual).
  - Anticipeu l'impacte del procés normatiu en cada usuari del servei, per exemple, situació d'ingrés involuntari, estar detingut

formalment,<sup>6</sup> tenir una baixa denegada, tenir un recurs de detenció fallit o trobar-se en un entorn molt restringit com un hospital de baixa, mitjana o alta seguretat.

- Milloreu o optimitzeu l'entorn físic (per exemple, utilitzar portes obertes, millorar i personalitzar la decoració, simplificar la disposició de la sala, disposar espais adequats per fer exercici o sales de relaxació, facilitar l'accés als espais exteriors i la privadesa sempre que sigui possible...).
- Previngueu que la restricció de la llibertat i la llibertat de moviment dels usuaris del servei (per exemple, no permetre que surtin de l'edifici) sigui un detonant d'alteració conductual.
- Anticipeu i gestioneu qualsevol factor personal que es produeixi fora de l'hospital (per exemple, disputes familiars o dificultats econòmiques, consum de substàncies tòxiques, situacions d'abús sexual) que pugui afectar el comportament d'un usuari del servei.

### **3.3.1.2. Formació del personal**

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de garantir la formació del personal que treballa en entorns psiquiàtrics hospitalaris per dur a terme intervencions preventives i restrictives i comprendre els riscos que comporta el seu ús, inclosos els perfils d'efectes secundaris dels psicofàrmacs, amb intenció sedativa o sense.

### **3.3.1.3. Personal i equipament**

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de:
  - Definir i garantir les proporcions adequades de professionals en funció del nombre i necessitats d'atenció sanitària de les persones ingressades a les unitats.
  - Garantir el nombre de professionals necessaris per dur a terme una intervenció restrictiva amb la màxima seguretat per a tots els implicats.

---

<sup>6</sup> És poc habitual, però pot passar, que s'hagi d'atendre un usuari al servei d'urgències o, esporàdicament, en una planta de psiquiatria mentre s'espera dictamen judicial o compareixença.

- Garantir la seguretat del personal durant l'ús d'intervencions restrictives, incloses tècniques per evitar lesions per agulles durant l'ús de psicofàrmacs.
- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de garantir que el carretó d'aturada estigui disponible immediatament si es poden usar intervencions restrictives:
  - Dotar de l'equipament necessari d'acord amb el protocol del centre.
  - Mantenir l'equip i revisar-lo periòdicament segons el procediment normalitzat del centre. El carretó ha de mantenir-se precintat per garantir-ne el control més eficient, i cal assegurar que la medicació i els dispositius que s'han d'utilitzar es troben en les condicions adequades. El centre ha de disposar d'un registre de control i de revisió dels carretons d'aturada, incloent-hi el desfibril·lador. Per dur-ho a terme, el Departament de Salut posa a disposició dels centres l'aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya (PROSP Cat) (93). És una eina que permet millorar la seguretat dels pacients i que disposa de llistes de verificació informatitzades i estandarditzades que guien i faciliten la tasca diària dels professionals (vegeu l'[annex 6](#)).
- ✓ Si es poden utilitzar intervencions restrictives, es recomana que el personal estigui format com a mínim en suport vital bàsic.

#### **3.3.1.4. Intervencions no restrictives**

##### **❖ Teràpia d'observació directa**

#### **Principis generals**

- ✓ El personal ha de ser conscient de la localització de tots els usuaris del servei dels quals és responsable, però no cal que tots els usuaris del servei estiguin a la vista.
- ✓ Almenys una vegada durant cada torn, una infermera ha de dedicar temps a avaluar l'estat mental de l'usuari del servei i relacionar-s'hi positivament. Com a part de l'avaluació, la infermera ha d'avaluar l'impacte de l'estat mental de l'usuari del servei sobre el risc d'alteració conductual i anotar qualsevol risc al full de seguiment.

#### **Desenvolupament d'una política de teràpia d'observació directa**

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de tenir una política de teràpia d'observació directa i compromís positiu que inclogui:
  - definicions de nivells d'observació,
  - qui pot promoure, augmentar, disminuir i revisar l'observació,
  - quan un observador ha de ser home o dona,
  - amb quina freqüència s'han de fer les revisions,
  - com es tindrà en compte l'experiència d'observació dels usuaris del servei, atès que de vegades aquesta tècnica pot provocar sentiments d'incomoditat a la persona i, per això, és important mostrar el màxim respecte i explicar el motiu de la intervenció,
  - com un pot assegurar-se que l'observació es basa en intents continus de participar terapèuticament,
  - els nivells d'observació necessaris durant l'ús d'altres intervencions restrictives (per exemple, aïllament),
  - la necessitat d'una revisió multidisciplinària quan l'observació continua durant una setmana o més.

### **Nivells d'observació**

- ✓ El personal de les sales psiquiàtriques d'hospitalització hauria d'utilitzar els nivells d'observació següents:
  - Observació intermitent de baix nivell: el nivell inicial d'observació en un entorn psiquiàtric especificat. La freqüència d'observació és un cop cada 30 o 60 minuts.
  - Observació intermitent d'alt nivell: s'utilitza normalment si un usuari del servei corre el risc de manifestar alteracions de la conducta que comportin un risc d'auto- o hetero- agressivitat, però no representa un risc immediat. La freqüència d'observació és d'un cop cada 15 o 30 minuts.
  - Observació contínua: s'utilitza generalment quan un usuari del servei presenta una amenaça immediata i cal mantenir-lo a la vista d'un membre del personal d'infermeria designat, amb accés immediat a altres membres del personal si cal.



### **Utilitzant la tècnica d'observació directa**

- ✓ Utilitzeu l'observació només després que una interacció positiva amb l'usuari del servei no hagi pogut dissipar el risc d'alteració conductual.
- ✓ Cal tenir present que els usuaris del servei de vegades troben l'observació provocativa i que això pot portar a sentiments d'aïllament i deshumanització.
- ✓ Utilitzeu el nivell d'observació menys restrictiu necessari equilibrant la seguretat, la dignitat i la privadesa de l'usuari del servei amb la necessitat de mantenir la seguretat dels que l'envolten.
- ✓ Doneu a l'usuari del servei informació sobre per què està sota observació, els objectius de l'observació, quant de temps és probable que duri i què cal aconseguir per aturar-lo. Si l'usuari del servei hi està d'acord, digueu al seu cuidador els objectius i el nivell d'observació.
- ✓ Anoteu les decisions sobre els nivells d'observació a les notes de l'usuari del servei i especifiqueu clarament els motius de l'observació.
- ✓ A l'hora de decidir els nivells d'observació, tingueu en compte:
  - l'estat mental i el risc actual de l'usuari del servei,
  - qualsevol medicament administrat, els seus efectes secundaris i la possible sedació que pot causar,
  - les opinions i propostes de l'usuari del servei i els cuidadors, en la mesura del possible.
- ✓ Anoteu clarament els noms i títols del personal responsable de dur a terme una revisió dels nivells d'observació i quan s'ha de fer la revisió.
- ✓ El personal que duu a terme l'observació ha:
  - de tenir un paper actiu en la implicació positiva amb l'usuari del servei.
  - d'estar informat adequadament sobre la història de l'usuari del servei, els antecedents, els factors de risc específics i les necessitats particulars,

- d'estar familiaritzat amb la sala, la política de la sala de procediments d'emergència i els riscos potencials de l'entorn,
  - de tenir una actitud empàtica, assertiva, ser accessible, escoltar l'usuari del servei i ser capaç de transmetre a l'usuari del servei que és valorat.
- ✓ Assegureu-vos que cap membre del personal fa un període d'observació continuat per sobre del nivell general durant més de 2 hores. Si l'observació és necessària durant més de 2 hores, assegureu-vos que el membre del personal tingui pauses regulars.
  - ✓ Quan es faci el traspàs a un altre membre del personal durant un període d'observació, inclogueu l'usuari del servei en qualsevol discussió durant el traspàs, si és possible.
  - ✓ És important consensuar amb la resta de l'equip si es valora la necessitat d'incrementar el nivell de la teràpia d'observació d'una persona ingressada.

#### ❖ **Desescalada**

- ✓ Aquesta intervenció està desenvolupada a l'[annex 5](#).

#### **3.3.1.5. Intervencions restrictives**

- ✓ Utilitzeu una intervenció restrictiva només si la desescalada i altres estratègies preventives, inclosos els medicaments sense intenció sedativa, han fracassat i hi ha potencial de dany per a l'usuari del servei o altres persones si no es pren cap acció. Tant la desescalada com altres estratègies preventives poden necessitar temps per ser efectives i cal ser pacient i evitar l'aplicació de mesures restrictives dràstiques per pressa o impaciència. En cas que apliqueu una intervenció restrictiva, cal continuar aplicant la desescalada.
- ✓ No utilitzeu intervencions restrictives per castigar, infligir dolor, patiment o humiliació, ni establiu una relació de domini amb l'usuari.
- ✓ Assegureu-vos que les tècniques i mètodes utilitzats per restringir un usuari del servei:
  - són proporcionals al risc i la gravetat potencial del dany,
  - són l'opció menys restrictiva per satisfer la necessitat, però garanteixen la seguretat,

- s'utilitzen no més del que és necessari,
- tenen en compte les preferències de l'usuari del servei, si es coneixen i és possible fer-ho,
- tenen en compte la salut física de l'usuari del servei, el grau de fragilitat, de desenvolupament i l'edat.

#### ❖ **Aïllament**

- ✓ Els serveis que utilitzen l'aïllament haurien de tenir una sala designada que:
  - permeti al personal observar i comunicar-se clarament amb l'usuari del servei,
  - estigui ben aïllat i ventilat, amb controls de temperatura fora de l'habitació,
  - tingui accés a lavabos i rentadors, sempre que sigui convenient,
  - disposi de mobles, finestres i portes segurs.

#### **Realització d'aïllament**

- ✓ Registreu l'ús d'aïllament d'acord amb el protocol del centre.
- ✓ Assegureu-vos que l'aïllament duri el mínim temps possible. Reviseu la necessitat d'aïllament com a mínim cada 2 hores i digueu a l'usuari del servei que aquestes revisions tindran lloc.
- ✓ Establiu un calendari d'observació per als usuaris del servei aïllats.
- ✓ Assegureu-vos que l'usuari del servei en aïllament, si ho desitja, conservi la seva roba i qualsevol article personal, inclosos els d'importància personal, religiosa o cultural, tret que fer-ho comprometi la seva seguretat o la dels altres.

#### ❖ **Subjecció física (reducció)**

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien d'assegurar-se que la subjecció física sigui feta per personal que treballi en estreta col·laboració

com a equip, entenguin les funcions dels altres i tinguin un lideratge clarament definit.

- ✓ Quan utilitzeu la subjecció física, eviteu portar l'usuari del servei a terra, però si és necessari:
  - utilitzeu la posició supina (boca cap amunt) si és possible, o
  - si la posició prona (boca avall) és necessària, utilitzeu-la durant el mínim temps possible.
- ✓ No utilitzeu la subjecció física d'una manera que interfereixi amb la respiració o la circulació de l'usuari del servei. Mai es pot aplicar pressió a la caixa toràcica, el coll o l'abdomen, o obstruir la boca o el nas.
- ✓ No utilitzeu la subjecció física d'una manera que interfereixi amb la capacitat de comunicació de l'usuari del servei, per exemple obstruint els ulls, les orelles o la boca.
- ✓ Si la persona presenta malestar general, discapacitat intel·lectual, obesitat, algun tipus de malformació, o està embarassada, s'ha de considerar una situació de gran risc per a la persona, per la qual cosa s'ha d'incrementar la vigilància i reduir la mesura restrictiva al màxim possible.
- ✓ Sempre es fa preservant al màxim possible la dignitat i la seguretat de l'usuari del servei durant la subjecció física.
- ✓ No utilitzeu la subjecció física durant més de 10 minuts.
- ✓ Es valora l'ús de tractament farmacològic urgent per a l'agitació o l'aïllament com a alternatives a la subjecció física prolongada (més de 10 minuts).
- ✓ Assegureu-vos que el nivell de força aplicat durant la subjecció física sigui justificable, adequat, raonable, proporcional a la situació i aplicat durant el mínim temps possible.
- ✓ Un membre del personal ha de liderar l'ús de la subjecció física. Aquesta persona s'ha d'assegurar que els altres membres del personal siguin:
  - capaços de protegir i recolzar el cap i el coll de l'usuari del servei, si cal.

- capaços de comprovar que les vies respiratòries i la respiració de l'usuari del servei no estan compromeses.
- capaços de controlar els signes vitals.
- secundats durant tot el procés.
- ✓ Vigileu la salut física i psíquica de l'usuari del servei durant el temps que sigui clínicament necessari després d'emprar la subjecció física.
- ✓ Tingueu cura de la resta de persones ingressades a la unitat per donar confiança i seguretat.

#### ❖ **Contenció mecànica**

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de disposar de protocols d'actuació per garantir que la contenció mecànica en adults només s'utilitzi en entorns d'alta seguretat (excepte quan es transfereixen usuaris del servei entre entorns de seguretat mitjana i alta, com en la darrera recomanació d'aquest apartat), i s'ha d'informar quan s'usa.
- ✓ Utilitzeu la contenció mecànica només com a últim recurs i amb la finalitat de gestionar la violència dirigida cap a un mateix o cap a altres persones.
- ✓ Tingueu en compte la contenció mecànica quan transferiu usuaris del servei que corren un alt risc de violència i agressió entre entorns de seguretat mitjana i alta. En aquest context, la restricció s'hauria de planificar clarament com a part de la gestió global del risc.

#### **3.3.1.6. Tractament farmacològic urgent de l'agitació (tranquil·lització ràpida)**

La tranquil·lització ràpida en aquest document fa referència a l'ús de la medicació per via parenteral (normalment intramuscular o, excepcionalment, intravenosa) si la medicació oral o inhalada no és possible o adequada i cal una sedació urgent amb medicació. Es recorda que la via intravenosa només s'utilitza de manera excepcional i amb extrema prudència, supervisant i vigilat el pacient, en unitats especials com una UCI.

- ✓ El centre ha de disposar d'un protocol de tractament farmacològic urgent de l'agitació en adults basat en l'evidència científica, adaptat a les circumstàncies del seu medi. Aquest document normalitzat (nom oficial del document, data de l'elaboració o última actualització, institució responsable, procés de revisió i actualització del document del centre, etc.)

pot estar en suport electrònic o en paper, i ha d'estar validat per la direcció del centre.

- ✓ A més, a l'hora de decidir quin medicament cal utilitzar, tingueu en compte:
  - les preferències de l'usuari del servei d'acord amb el pla de decisions anticipades o DVA o consentiment informat, sobre l'ús d'intervencions restrictives,
  - problemes de salut física preexistents o embaràs,
  - possible intoxicació,
  - resposta prèvia a aquests medicaments, inclosos els efectes adversos,
  - potencial d'interacció amb altres medicaments,
  - la dosi diària total dels medicaments prescrits i administrats.
- ✓ Quan prescriviu medicaments per a tranquil·lització ràpida, escriviu la recepta inicial com a dosi única i no la repetiu fins que no s'hagi revisat l'efecte de la dosi inicial.
- ✓ Després d'una tranquil·lització ràpida, cal controlar segons el protocol l'efectivitat, els efectes secundaris, el pols, la pressió arterial, la freqüència respiratòria, la temperatura, el nivell d'hidratació i el nivell de consciència de l'usuari del servei, entre d'altres.

### **3.3.1.7. Informe immediat a l'incident i revisió formal posterior**

Tal com s'ha indicat anteriorment en aquest document, un incident es defineix com qualsevol esdeveniment que impliqui l'ús d'una intervenció restrictiva — contenció, subjecció física, tranquil·lització ràpida o aïllament (però no observació)— per gestionar l'alteració conductual.

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de garantir que les sales tinguin suficient personal amb una combinació d'habilitats i expertesa que els permetin:
  - escriure un informe immediat després de l'incident,
  - supervisar i respondre als riscos en curs, i contribuir a les revisions formals posteriors a l'incident.

- ✓ La direcció o gerència del centre ha de garantir que rep informes periòdics de cada sala sobre incidents violents i l'ús d'intervencions restrictives.

### **Informe immediat després de l'incident**

- ✓ Després d'utilitzar una intervenció restrictiva, i quan els riscos s'han controlat, la infermera i el personal de medicina han de dur a terme un informe immediat després de l'incident per identificar i abordar els danys físics als usuaris o al personal del servei, els riscos en curs i l'impacte emocional sobre els usuaris i el personal dels serveis.
- ✓ S'hauria de fer una revisió de l'incident utilitzant el [marc per anticipar l'alteració conductual a les sales d'hospitalització psiquiàtrica](#) per determinar els factors que hi han contribuït i que ha requerit una intervenció restrictiva, i identificar els factors que es puguin abordar ràpidament per reduir la probabilitat d'un nou incident i modificar els plans de risc i cura consegüentment.
- ✓ Notifiqueu l'incident al [SNiSP.Cat](#) o sistema de notificació i gestió d'incidentes de seguretat dels pacients de què disposi el centre perquè s'iniciï una revisió formal posterior a l'incident (68). Recordeu que el formulari del SNiSP Cat és intuïtiu i és adaptable a les diferents realitats i permet fer suggeriments al professional, notificant de manera automàtica un cop es gestioni l'incident.
- ✓ Un cop passat l'incident, assegureu-vos que l'usuari del servei implicat tingui l'oportunitat de parlar de l'incident en un entorn de suport amb un membre del personal o un cuidador. Oferiu a l'usuari del servei l'oportunitat d'expressar la seva perspectiva de l'esdeveniment i preneu notes.
- ✓ Assegureu-vos que qualsevol altre usuari del servei que hagi vist o sentit l'incident tingui l'oportunitat de parlar-ne per entendre què ha passat, sense infringir la confidencialitat.
- ✓ Assegureu-vos que tot el personal implicat en l'incident tingui l'oportunitat de parlar de la seva experiència amb el personal que no hi ha participat.
- ✓ Comenteu l'incident amb els usuaris del servei, els testimonis i el personal implicat només després d'haver recuperat la calma, i intenteu:
  - reconèixer les respostes emocionals a l'incident i avaluar si hi ha una necessitat de suport emocional per a qualsevol trauma experimentat. En cas necessari, ofereix atenció com a segona víctima al personal implicat directament o indirectament en l'incident (34).

- promoueu la relaxació i la sensació de seguretat.
  - doneu suport a un retorn als patrons normals d'activitat.
  - garantiu que totes les persones implicades en l'atenció de l'usuari del servei hagin estat informades de l'esdeveniment. En el cas dels seus cuidadors, només si la persona dona el permís, si no és que és una persona tutelada.
- ✓ Assegureu-vos que s'ha completat la documentació necessària.

### Revisió formal posterior a l'incident

- ✓ El grup de treball o equip o comitè de millora de la qualitat o unitat de seguiment hauria de dur a terme una revisió formal posterior de la notificació de l'incident tan aviat com sigui possible i, com a màxim, 72 hores després de l'incident.
- ✓ L'anàlisi de la notificació de l'incident s'hauria de fer a través de l'eina [SNiSP.Cat](#) que el Departament de Salut posa a disposició de tots els centres assistencials de Catalunya.
- ✓ El grup de treball o equip o comitè de millora de la qualitat o unitat de seguiment hauria de lliurar un informe a la sala on s'ha produït l'incident basat en la seva revisió formal posterior.

### 3.3.2 Gestió de l'alteració conductual en entorns comunitaris i d'atenció primària

Per obtenir orientació sobre la [subjecció física](#) que pot utilitzar el personal de l'ambulància i els [informes immediats després de l'incident](#) en què també pot participar el personal de l'ambulància, vegeu les recomanacions dels apartats corresponents.

#### 3.3.2.1. Desenvolupament de polítiques

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social, incloses les ambulàncies, haurien de garantir que disposen de polítiques actualitzades sobre la gestió de l'alteració conductual en les persones, ja sigui en el treball en solitari, ja sigui en entorns comunitaris i d'atenció primària, d'acord amb aquest document.

#### 3.3.2.2. Formació del personal



- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social, incloses les ambulàncies, haurien de considerar la formació del personal que treballa en entorns comunitaris i d'atenció primària en mètodes per evitar la violència, incloses tècniques d'anticipació, prevenció, desescalada i autoprotecció, depenent de la freqüència de la violència i l'agressió en cada entorn i fins a quin punt el personal es mou entre escenaris.
- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social, incloses les ambulàncies, haurien de garantir que el personal que treballa en entorns comunitaris i d'atenció primària pugui dur a terme una avaluació del risc d'alteració conductual en col·laboració amb els usuaris dels serveis que és sabut que estan en risc i els seus cuidadors, si és possible. L'avaluació de riscos hauria d'estar disponible per a la supervisió del cas i en els equips comunitaris hauria d'estar subjecta a una revisió multidisciplinària.

### **3.3.2.3. Gestionar l'alteració conductual**

- ✓ Un cop feta una avaluació de riscos, el personal que treballi en entorns d'atenció primària i comunitària hauria de:
  - compartir l'avaluació de riscos amb altres serveis sanitaris i d'atenció social i agències col·laboradores (incloses les forces d'ordre públic) que puguin participar en l'atenció i el tractament de la persona, i amb els cuidadors si hi ha riscos per a ella.
  - ser conscient de les responsabilitats professionals en relació amb els límits de confidencialitat i la necessitat de compartir informació sobre riscos.

### **3.3.3 Gestió de l'alteració conductual als serveis d'urgències**

Per obtenir informació sobre la [subjecció física](#) i el [tractament farmacològic urgent de l'agitació](#) que es poden utilitzar als serveis d'urgències, vegeu les recomanacions dels apartats corresponents.

#### **3.3.3.1. Formació del personal**

- ✓ Els proveïdors d'assistència sanitària haurien de formar el personal dels departaments d'urgències en mètodes i tècniques per reduir el risc d'alteració conductual, inclosa l'anticipació, la prevenció i la desescalada.
- ✓ Els proveïdors de salut haurien de formar el personal dels departaments d'urgències en el triatge de salut mental.

- ✓ Els proveïdors de salut haurien de formar el personal dels departaments d'urgències per distingir entre estats de deliri excitat (síndrome cerebral orgànica aguda), lesió cerebral aguda i estats psiquiàtrics d'excitació (com ara mania i altres psicosis).

### **3.3.3.2. Dotació de personal**

- ✓ Les organitzacions sanitàries haurien de garantir que, en tot moment, hi hagi de personal de servei als serveis d'urgències que tingui formació en gestió de l'alteració conductual d'acord amb aquest document.

### **3.3.3.3. Prevenció de l'alteració conductual**

- ✓ Dur a terme el triatge de salut mental per a tots els usuaris del servei a l'entrada als serveis d'urgències, juntament amb el triatge de salut física, i actuar en conseqüència, i evitar esperes en la mesura del possible.
- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària haurien d'assegurar-se que els departaments d'emergències tinguin almenys una sala d'entrevistes designada per a l'avaluació de la salut mental que:
  - és a prop o forma part de l'àrea de recepció principal del servei d'emergències,
  - està disponible per a avaluacions de salut mental com a prioritat,
  - pot acollir còmodament 4-5 persones,
  - està equipada amb mesures de seguretat, com un sistema de trucada d'emergència, una porta d'obertura exterior i una finestra per a l'observació, mobiliari de seguretat, ben ventilada i lluminosa, sense elements que potencialment puguin ser emprats com a armes.
- ✓ El personal que entrevista una persona a la sala d'entrevistes designada hauria:
  - d'informar la infermera referent del pacient en el servei d'urgències abans d'iniciar l'entrevista,
  - d'assegurar-se que hi hagi un altre membre del personal, preferiblement la infermera referent.

### **3.3.3.4. Gestionar l'alteració conductual**

- ✓ Si un usuari del servei es posa agressiu o violent, no l'excloueu del servei d'urgències. Gestioneu la violència o l'agressió d'acord amb les recomanacions dels apartats [3.2](#) i [3.3.1.2 a 3.3.1.5](#).
- ✓ Descarteu sempre primer una causa orgànica i, només si aquesta és descartada, considereu la situació com una emergència psiquiàtrica i consulteu els serveis de salut mental de manera urgent.
- ✓ El personal del departament d'urgències també pot participar en els [informes immediats](#) després de l'incident.

### 3.3.4 Gestió de l'alteració conductual a gerontogeriatria

Durant l'avaluació dels usuaris (element clau 3) amb agitació psicomotriu, el principal diagnòstic diferencial cal fer-lo amb el [delírium](#). De fet, davant d'una situació de delírium i abans de qualsevol intervenció restrictiva, hauria de tractar-se totes les causes desencadenants i identificar-les, sempre que sigui possible.

A més, en l'atenció dels usuaris d'aquestes unitats, les intervencions relacionals (element clau 5) és important reduir els [riscos de confusió o delírium](#).

Dins dels estímuls ambientals, té especial importància establir polítiques que afavoreixin el descans nocturn (son) en les unitats.

#### 3.3.4.1. Formació del personal

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien de garantir la formació del personal que treballa en entorns de gerontogeriatria per dur a terme intervencions preventives i restrictives i comprendre els riscos que comporta el seu ús, inclosos els perfils d'efectes secundaris dels psicofàrmacs, amb intenció sedativa o sense.
- ✓ Els proveïdors d'assistència sanitària haurien de formar el personal per a la identificació, el maneig i la prevenció del delírium en unitats d'especial incidència.

#### 3.3.4.2. Gestionar l'alteració conductual

- ✓ Si un usuari del servei es posa agressiu o violent, gestioneu la violència o l'agressió d'acord amb les recomanacions dels apartats [3.2](#) i [3.3.1.2 a 3.3.1.5](#), excepte l'aïllament. A continuació, es descriu un resum del procés assistencial:

- Després de la identificació d'agitació psicomotriu per part del personal assistencial, cal anotar el diagnòstic clínic que provoca l'agitació.
  - En pacients de risc pels antecedents previs o per la situació clínica que presentin, hauria d'incloure's dins del pla de cures la informació al pacient i la família del protocol d'intervenció davant un quadre d'agitació, i deixar per escrit la voluntat del pacient si és possible o de la família davant les mesures necessàries que cal prendre.
  - Cal anotar la intensitat de l'agitació.
  - Cal iniciar mesures de control i contenció no farmacològiques ni físiques si la intensitat de l'agitació ho permet.
  - Si no és possible controlar l'agitació, cal iniciar mesures d'intervenció restrictiva segons el procediment descrit en aquest document. Hauria d'haver-hi un consentiment per escrit del pacient o família, tractament signat pel facultatiu, iniciar sempre amb la mínima intensitat possible (tant en subjeccions com en fàrmacs), monitoratge per part del personal segons protocol amb anotacions en curs clínic en tot moment. Finalment, cal fer una reavaluació per part del facultatiu segons els resultats i efectes secundaris.
  - Si calgués modificar el tractament per augmentar la intensitat de la subjecció o del tractament farmacològic, hauria d'haver-hi un nou consentiment informat.
  - Tot aquest procés hauria d'estar protocol·litzat, amb registres electrònics del seguiment.
- ✓ Després d'utilitzar una intervenció restrictiva, s'ha de dur a terme un l'informe immediat a l'incident i una revisió formal posterior.

## 4 Conclusions

- Les intervencions restrictives poden suposar una agressió, un dany moral, la privació de la llibertat, la vulneració dels drets fonamentals i un increment dels riscos per a la seguretat del pacient per les conseqüències negatives que poden comportar. Per aquest motiu, es plantegen exclusivament en aquelles circumstàncies en les quals una persona posaria en risc la seva seguretat o, fins i tot, la pròpia vida o la d'altres, i no només l'abstracció d'una pretesa seguretat més gran.
- Davant d'una persona que manifesti qualsevol simptomatologia d'agitació o desorganització conductual, cal prendre un seguit de mesures orientades a la resolució del quadre al més aviat possible amb els mínims riscos possibles tant per als usuaris com per als professionals. És necessari fer una avaluació clínica que permeti una diagnosi sindròmica del quadre i del grau d'intensitat, a la vegada que s'estableixin mesures per reduir la intensitat dels símptomes. En el cas d'identificar una causa física, el primer que cal fer és el tractament de la causa de l'agitació sempre que sigui possible.
- Descartades i abordades les causes orgàniques, el nivell d'atenció (abordatge verbal de l'equip cuidador, tractament farmacològic, etc.) s'ha d'adequar a l'estat d'agitació de la persona.
- La indicació d'una intervenció restrictiva requereix sempre una valoració individualitzada i acurada del cas concret, consensuada per tot l'equip, amb una justificació suficient i explicitada. A més, els professionals han de ser responsables i respectuosos amb la dignitat de la persona.
- En el cas excepcional que s'hagi de dur a terme una contenció mecànica, aquesta s'ha de fer sempre amb materials homologats, en òptimes condicions d'ús i amb l'aplicació correcta de la tècnica.
- També cal fer el seguiment de la mesura restrictiva per part dels professionals del centre seguint el protocol establert. A més, s'ha de limitar a les mínimes zones del cos, el mínim temps possible, amb la màxima seguretat per a la persona.
- Per disminuir l'ús d'intervencions restrictives és necessari implementar de manera sistemàtica accions destinades a disminuir la incidència i la gravetat dels episodis que puguin afavorir-ne l'ús. Es presenten nou elements clau distribuïts en mesures de prevenció estàtiques o bàsiques, que fan referència a tots els aspectes que han d'implementar les organitzacions d'atenció sanitària i social per evitar o minimitzar l'ús d'intervencions restrictives, i mesures de prevenció dinàmiques, enteses

com el conjunt de mesures que pertanyen a pràctiques terapèutiques habituals i que s'activen selectivament en situacions de risc o d'agitació manifesta.

- Finalment, s'identifiquen intervencions concretes segons els diferents entorns assistencials i socials. Tots tenen en comú la necessitat de formació dels professionals, la prevenció i gestió precoç de l'alteració conductual i l'aplicació de mesures restrictives de menys a més grau de restricció. En aquest sentit, el desenvolupament de polítiques actualitzades sobre la gestió de l'alteració conductual en les persones desenvolupades pels proveïdors d'atenció sanitària i social són fonamentals.

## 5 Referències bibliogràfiques

- (1) Cortina, A. *Ética de la razón cordial: Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. 2a ed. Madrid: Ediciones Nobel, 2009.
- (2) Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Portal Jurídic de Catalunya.
- (3) "Contencions". *Quaderns de la Bona Praxi*. 2013;32.
- (4) Busquets Alibés, E.; Busquets Surribas, M.; Cuxart Ainaud, N.; Gasull Vilella, M.; Banti Lizarralde, J. *Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: Aspectes ètics i legals*. 2006.
- (5) Instrucció 1/2022, de 19 de gener, de la Fiscalia General de l'Estat, sobre l'ús de mitjans de contenció mecànics o farmacològics en unitats psiquiàtriques o de salut mental i centres residencials i/o sociosanitaris de persones majors i/o amb discapacitat. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 36 (2022).
- (6) Departament de Salut. *Diccionari de bioètica*. 2019.
- (7) Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. *Document de reflexió sobre contencions*. 2015.
- (8) Comité de Bioética de España. *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Madrid: 2016.
- (9) Serrano-Blanco, A.; Rubio-Valera, M.; Aznar-Lou, I.; Baladón Higuera, L.; Gibert, K.; Gracia Canales, A. [et al.]. "In-patient costs of agitation and containment in a mental health catchment area". *BMC Psychiatry*, vol. 17, núm.1 (6 juny 2017), 212.
- (10) *Investigación, terapias no farmacológicas y emociones*. Disponible a: <<https://mariawolff.org>>
- (11) Fundación Cuidados Dignos.
- (12) Proyecto-HUCI. HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos.

(13) OMS. *Protecció contra la coacció, la violència i el maltractament. Formació bàsica de QualityRights de l'OMS: Els serveis socials i de salut mental*. Ginebra: OMS, 2019.

(14) OMS. *Estratègies per posar fi a l'aïllament i a la contenció: Formació especialitzada de QualityRights de l'OMS*. Ginebra: OMS, 2019.

(15) Baker, J.; Berzins, K.; Canvin, K.; Benson, I.; Kellar I, Wright, J. [et al.]. *Non-pharmacological interventions to reduce restrictive practices in adult mental health inpatient settings: The COMPARE systematic mapping review*. Southampton (Regne Unit): NIHR Journals Library, 2021.

(16) Bowers, L. "Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 21, núm. 6 (agost 2014), p. 499-508.

(17) Fletcher, J.; Hamilton, B.; Kinner, S. A.; Brophy, L. "Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria, Australia: Staff perspectives". *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10 (juliol 2019),10:462.

(18) Huckshorn, K. *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*© A snapshot of six core strategies for the reduction of S/R. NASMHPD 2006;1:1-23.

(19) Generalitat de Catalunya; Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Health Plan for Catalonia 2016-2020 (2016).

(20) XI Legislatura tercer període, número 242, dilluns 24 d'octubre de 2016. Resolució 314/XI del Parlament de Catalunya, 250-00325/11, sessió 13 (13.10.2016).

(21) Generalitat de Catalunya. Pla de qualitat i seguretat dels pacients de Catalunya 2023-2027. Departament de Salut, 2023.

(22) Departament de Salut. *Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: Avançant cap a la contenció mecànica zero*. (inèdit)

(23) Sanz-Osorio, M. T.; Jiménez-Ordoñez, M.; Rey-Santiso, M.; Serrano-Blanco, A.; Tiñena-Amorós, M.; Viñals-Muela, O. [et al.]. "Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: Avançant cap a la contenció mecànica zero". *Annals de Medicina* [Barc 1976], vol. 102, núm. 4 (2019), p. 163-167.

(24) Gallego, V.; Pérez, E.; Aquilino, J.; Angulo, C.; Estarlich, M. "Manejo inicial del paciente agitado". *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina*



*de Urgencias y Emergencias*, vol. 21, núm. 2 (2009), p. 121-132. ISSN 1137-6821.

(25) Sanz Osorio, M. T.; Monistrol Ruano, O.; Morillo García, E.; Martos Torres, P.; Andrés, L.; Escobar Bravo, M. Á. “Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica”. *Annals de Medicina* [Barc 1976], vol. 103, núm. 3 (setembre 2020), p. 122-126.

(26) Decret 175/2002, de 25 de juny, pel qual es regula el Registre de voluntats anticipades. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 3665 (2002).

(27) Glossari. Disponible a:

<<http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/glossari>>

(28) *Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings: Updated edition*. Londres: British Psychological Society (UK), 2015.

(29) Richmond, J. S.; Berlin, J. S.; Fishkind, A. B.; Holloman, G. H.; Zeller, S. L.; Wilson, M. P. [et al.]. “Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup”. *The Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, núm. 1 (febrer 2012), p. 17-25.

(30) TERMCAT, Centre de Terminologia. *Diccionari de bioètica*. 2019. Disponible a: <<https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/271>>

(31) *Manual per a la recuperació i l'autogestió del benestar. Activa't per la salut mental*. 2021.

(32) *Safewards*. Disponible a: <<https://safewards.net/es>>

(33) Anglès, R.; Fidel, S. “Actuació davant de les segones víctimes: Cultura de la seguretat dels pacients”. *Annals de Medicina* [Barc 1976] vol. 99, núm. 4 (2016), p. 152-155.

(34) *Seguretat del pacient i professionals sanitaris: Bones pràctiques en l'atenció a les segones víctimes*. Disponible a: <<http://seguretatdelspacients.gencat.cat>>

(35) Bowers, L.; Cullen, A. E.; Achilla, E.; Baker, J.; Khondoker, M.; Koeser, L. [et al.]. *Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): Combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services*. Southampton (Regne Unit): NIHR Journals Library, 2017.

- (36) Steinert, T.; Noorthoorn, E. O.; Mulder, C. L. "The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighbouring countries". *Frontiers in Public Health*, 2:141 (2014).
- (37) Al-Maraira, O. A.; Hayajneh, F. A. "Use of restraint and seclusion in psychiatric settings: A literature review". *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 57, núm. 4 (2019), p. 32-39.
- (38) Quintana, S.; Font, R. "Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: Estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica". *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 18, núm. 1 (2003), p. 33-38.
- (39) Lemonidou, C.; Priami, M.; Merkouris, A.; Kalafati, M.; Tafas, C.; Plati, C. "Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos". *The European Journal of Psychiatry* [edició en espanyol], vol. 16, núm. 2 (2002).
- (40) Raboch, J.; Kalisová, L.; Nawka, A.; Kitzlerová, E.; Onchev, G.; Karastergiou A. [et al.]. "Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries". *Psychiatric Services*, vol. 61, núm. 10 (octubre 2010), p. 1012-1017.
- (41) Grupo Eunomia. "La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 33, núm. 5 (2005), p. 331-338.
- (42) Staggs, V. S. "Predictors of seclusion and restraint following injurious assaults on psychiatric units". *Journal of Patient Safety*, vol. 17, núm. 8 (1-12-2021), p. 562-567.
- (43) Abraham, J.; Hirt, J.; Kamm, F.; Möhler R. "Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics". *Journal of Clinical Nursing*, vol. 29, núm. 17-18 (setembre 2020), p. 3183-3200.
- (44) Unoki, T.; Hamamoto, M.; Sakuramoto, H.; Shirasaka, M.; Moriyasu, M.; Zeng H. [et al.]. "Influence of mutual support and a culture of blame among staff in acute care units on the frequency of physical restraint use in patients undergoing mechanical ventilation". *Acute Medicine & Surgery*, vol. 7, núm. 1 (2020), e479.
- (45) Zulian, L. R.; Mori, S.; Teraoka, E. C.; Miyasaki, V. Y. K.; Zanei, S. S. V.; Whitaker I. Y. "Factors associated with the use of physical restraint in intensive care patients". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 54 (2020), e03571.

(46) Fariña-López, E. “Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 46, núm. 1 (2011), p. 36-42.

(47) Ragan, B.; Wolfowitz, E.; Gil, E. “Use of physical restraints in a general hospital: A cross-sectional observational study”. *The Israel Medical Association Journal*, vol. 17, núm. 10 (octubre 2015), p. 633-638.

(48) Krüger, C.; Mayer, H.; Haastert, B.; Meyer, G. “Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study”. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, núm. 12 (diciembre 2013), p. 1599-1606.

(49) Luk, E.; Sneyers, B.; Rose, L.; Perreault, MM.; Williamson, DR.; Mehta, S. [et al.]. “Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units”. *Critical Care*, vol. 18, núm. 2 (24 març 2014), R46.

(50) Medina Ortega, J. Á.; Rivas Jáuregui, I.; Urrutia Beaskoa, A.; Álvarez-Rodríguez, E. “Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias”. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*, vol. 2, núm. 1 (2023), p. 24-29.

(51) Carcoba Rubio, Nerea; Barriuso, Carlos García; Guevara Jiménez, Concepción. “Contención mecánica en urgencias”. *NURE Investigación*, núm. 60 (setembre 2012).

(52) Staggs, V. S. “Variability in psychiatric facility seclusion and restraint rates as reported on hospital compare site”. *Psychiatric Services*, vol. 71, núm. 9 (1-9-2020), p. 893-898.

(53) Laukkanen, E.; Kuosmanen, L.; Selander, T.; Vehviläinen-Julkunen, K. “Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: A register study with root-level data”. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 74, núm. 6 (agost 2020), p. 439-443.

(54) Chieze, M.; Kaiser, S.; Courvoisier, D.; Hurst, S.; Sentissi, O.; Fredouille, J. [et al.]. “Prevalence and risk factors for seclusion and restraint in old-age psychiatry inpatient units”. *BMC Psychiatry*, vol. 21, núm. 1 (8-2-2021), 82.

(55) Kuivalainen, S.; Vehviläinen-Julkunen, K.; Louheranta, O.; Putkonen, A.; Repo-Tiihonen, E.; Tiihonen, J. “Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital”. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 52, núm. 1-6 (2017).

(56) van Heesch, B.; Boucké, J.; De Somer, J.; Dekkers, I.; Jacob, E.; Jeandarme, I. "The use of coercive measures in a high security setting in Belgium: Prevalence and risk factors". *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 82 (2022), 101792.

(57) Vidal Puig, M. M. *Prevalença i valoració de l'assessorament fet sobre l'ús de les contencions mecàniques en els serveis socials residencials de gent gran*. 2012.

(58) Lebel, J.; Goldstein, R. "Special section on seclusion and restraint: The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination". *Psychiatric Services*, vol. 56, núm. 9 (2005), p. 1109-1114.

(59) Rubio-Valera, M.; Luciano, J. V.; Ortiz, J. M.; Salvador-Carulla, L.; Gracia, A.; Serrano-Blanco, A. "Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: A systematic review of the evidence". *BMC Psychiatry*, vol. 15, núm. 35 (4-3-2015).

(60) Flood, C.; Bowers, L.; Parkin, D. "Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards". *Nursing Economic*, vol. 26, núm. 5 (2008), p. 325-330, 324.

(61) Garrido Viñado, E.; Lizano-Díez, I.; Roset Arissó, PN.; Villagrán Moreno, JM.; Mur de Viu Bernad, C. "El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España". *Psiquiatría Biológica*, vol. 22, núm. 1 (2015), p.12-16.

(62) Mohr, W. K.; Petti, T. A.; Mohr, B. D. "Adverse effects associated with physical restraint". *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, núm. 5 (6-2003), p. 330-337.

(63) Garriga, M.; Pacchiarotti, I.; Kasper, S.; Zeller, S. L.; Allen, M. H.; Vázquez, G. [et al.]. "Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus". *World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 17, núm. 2 (2016), p. 86-128.

(64) Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), 2014.

(65) Sethi, F.; Parkes, J.; Baskind, E.; Paterson, B.; O'Brien, A. "Restraint in mental health settings: Is it time to declare a position?". *British Journal of Psychiatry*, vol. 212, núm. 3 (març 2018), p. 137-141.

(66) Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G. J.; Polo-Luque, M. L.; Hanzelíková, Pogrányivá, A.; Penelo, E. "Physical restraint use with elderly patients: Perceptions of nurses and nursing assistants in Spanish acute care hospitals". *Nursing Research*, vol. 67, núm. 1 (2018), p. 55-59.

(67) Massanés-González, M.; Álava-Cano, F.; Oliva-Oliva, G.; Navarro-Vila, L.; Jiménez-Ordoñez, M.; Esquerra-Majó, M. [et al.]. "Notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients com a eina per a la millora contínua". *Annals de Medicina* [Barc 1976] vol. 100 (2017), p.18-22.

(68) *Sistema de notificació i gestió d'incidents*. Disponible a:  
<[http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes\\_de\\_seguretat\\_dels\\_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/sistema-de-notificacio](http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes_de_seguretat_dels_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/sistema-de-notificacio)>

(69) López-Guerrero, Eva.; Canals-Giménez, V.; Román-Ortega, S.; Navarro-Vila, L.; Bosser-Giralt, R.; Oliva-Oliva, G. [et al.]. *Notificació d'incidents en la seguretat del pacient en l'hospitalització d'aguts a Catalunya: Dades de 2022*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària, 2023.

(70) *Formació. Gestió de riscos. Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients de Catalunya (SNISP Cat): Notificant*. Disponible a:  
<<http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/formacio>>

(71) Constitució espanyola. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 311 (1978).

(72) Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 102 (1986), 1-24.

(73) Instrument de ratificació del Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina (Conveni relatiu als drets humans i la biomedicina), fet a Oviedo el 4 d'abril de 1997. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 251 (1999), 36825-36830.

(74) Llei 1/2000, de 7 de gener, Llei d'enjudiciament civil. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 7 (2000).

(75) Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 274 (2002).

(76) Decret 306/2006, de 20 de juliol, pel qual es dona publicitat a la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'autonomia de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4680 (2006).

(77) Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 299 (2006).

(78) Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4990 (2007).

(79) Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 5686 (2010).

(80) Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (2013).

(81) Decret 151/2017, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 7477 (2017).

(82) Reial decret 192/2023, de 21 de març, pel qual es regulen els productes sanitaris. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 69 (2023).

(83) Llei 15/2022, de 12 de juliol, integral per a la igualtat de tracte i la no discriminació. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 167 (2022).

(84) Hernán, M.; Pérez, B.; Aragay, M.; Mestres, S.; Gavaldà, C.; Sicilia, L. *Dossier per a la formació de professionals de la salut mental des de la primera persona* (2021).

(85) Soler P.; Gascón, J. *RTM-IV Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales: Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales*. 4a ed. Cyesan, 2012.

(86) Rubio-Valera, M.; Huerta-Ramos, E.; Baladón, L.; Aznar-Lou, I.; Ortiz-Moreno, JM.; Luciano, J. V. [et al.]. "Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención". *Actas españolas de Psiquiatría*, vol. 44, núm. 5 (2016). p. 166-177.

- (87) Abbey, J.; Piller, N.; De Bellis, A.; Esterman, A.; Parker, D.; Giles L. [et al.]. "The Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia". *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 10, núm. 1 (gener 2004), p. 6-13.
- (88) Rodríguez-Mansilla, J.; Jiménez-Palomares, M.; González-López-Arza, MV. "Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 49, núm. 1 (1.1.2014), p. 35-41.
- (89) Montoro-Lorite, M.; Canalias-Reverter, M. "Dolor y demencia avanzada: Revisión bibliográfica". *Gerokomos*, vol. 26, núm. 4 (deseembre 2015), p. 142-147.
- (90) Font Pujol, J.; Gras Pérez, ME.; Calvó Perxas, L.; Vilalta Franch, J. "Escala para la evaluación del riesgo de agresividad en una Unidad de Agudos de Psiquiatría". *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 48, núm. 1 (2020), p. 8-18.
- (91) Hilterman, E.; Pueyo, A. A. *HCR-20-Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos + bloc protocolos de 25 hojas*. Edicions Universitat Barcelona: 2005.
- (92) Pérez, M. "Terapias no farmacológicas en demencia y agitación". *FMC*, vol. 26, núm. 1 (gener 2019), p. 43-49.
- (93) Aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya (PROSP Cat). Disponible a:  
<[http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes\\_de\\_seguretat\\_dels\\_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/prosp-cat](http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/projectes_de_seguretat_dels_pacients/plataforma-de-seguretat-dels-pacients-de-catalunya/prosp-cat)>
- (94) Cummings, J.; Sano, M.; Auer, S.; Bergh, S.; Fischer, CE.; Gerritsen, D. [et al.]. "Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: An international psychogeriatric association consensus algorithm". *International Psychogeriatrics*, (6-3-2023) p. 1-12.
- (95) Wilfling, D.; Calo, S.; Dichter, MN.; Meyer, G.; Möhler, R.; Köpke, S. "Non-pharmacological interventions for sleep disturbances in people with dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1, núm. 1 (3-1-2023), CD011881.
- (96) Forbes, D.; Blake, C. M.; Thiessen, E. J.; Peacock, S.; Hawranik, P. "Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 26, núm. 2 (febrer 2014), CD003946.

(97) Lu, G.; Jia, R.; Liang, D.; Yu, J.; Wu, Z.; Chen, C. "Effects of music therapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials". *Psychiatry Research*, 304 (octubre 2021), 114137.

(98) Lai, N. M.; Chang, S. M. W.; Ng, S. S.; Stanaway, F.; Tan, S. L.; Chaiyakunapruk, N. "Animal-assisted therapy for dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 (gener 2019), CD013243.

(99) Ball, E. L.; Owen-Booth, B.; Gray, A.; Shenkin, S. D.; Hewitt, J.; McCleery, J. "Aromatherapy for dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (agost 2020), CD003150.

(100) Carvalho, S. C.; Martins, F. S.; Martins, A. N.; Barbosa, R. C.; Vicente, S. G. "Effectiveness of Snoezelen in older adults with neurocognitive and other pathologies: A systematic review of the literature". *Journal of Neuropsychology*, (21 setembre 2023).

(101) Woods, B.; O'Philbin, L.; Farrell, E. M.; Spector, A. E.; Orrell, M. "Reminiscence therapy for dementia". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 3 (1 març 2018), CD001120.

(102) Abraha, I.; Rimland, J. M.; Trotta, F. M.; Dell'Aquila, G.; Cruz-Jentoft, A.; Petrovic, M. [et al.]. "Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series". *BMJ Open*, vol. 7, núm. 3 (16 març 2017), e012759.

(103) Formació . Disponible a:

<<http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/professionals/formacio>>



## 6 Annexos

### 6.1 Annex 1. Priorització de l'anàlisi de l'incident a partir dels resultats de la matriu de risc

El SNI SP Cat (68) (69) per facilitar la gestió entre altres recursos:

- disposa d'eines integrades d'anàlisi dels problemes o causes que van provocar l'incident notificat (arbre de causes, anàlisi London, anàlisi causa-arrel, etc.),
- permet adjuntar documentació addicional (notes i arxius),
- permet l'enviament de correus electrònics relacionats amb l'incident a diferents professionals i fer-ne el seguiment des de la mateixa eina,
- permet derivar l'incident a un altre gestor perquè revisi, gestioni i analitzi,
- permet establir i planificar un pla d'acció (per evitar que un incident similar s'esdevingui en el futur, si és possible), incloent-hi una o més accions de millora, i fer-ne el seguiment mitjançant el diagrama de Gantt,
- permet valorar la probabilitat que l'incident no s'hagués produït (evitabilitat),
- facilita l'elaboració d'informes seleccionant els apartats que es volen exportar a PDF (dades de la descripció de l'incident, matriu de riscos, pla d'acció i conclusió) i enviar-lo per correu electrònic sense sortir de l'eina.

A continuació, es mostren les classificacions dels incidents de seguretat dels pacients que s'utilitzen al SNI SP Cat segons el grau de dany, la probabilitat d'ocurrència i el risc i, finalment, la priorització de l'anàlisi de l'incident a partir dels resultats de la matriu de risc.

#### a. Grau de dany

Les conseqüències de l'incident es calculen a partir de l'escala de dany següent:

- Incident que no arriba al pacient.

- Circumstància notificable (no arriba al pacient 1): circumstància amb capacitat de causar un incident, és a dir, un risc detectat.
- Quasiincident (no arriba al pacient 2): l'incident s'ha produït, però s'ha detectat abans d'arribar al pacient.
- Incident que arriba la pacient i no provoca dany
  - Incident sense dany (mínim): l'incident no ha produït lesió.
- Incident que arriba al pacient i provoca dany: esdeveniment advers
  - Menor: ha calgut observació del pacient, però no s'ha produït lesió.
  - Moderat 1: el dany ha requerit tractament o ha causat lesió temporal.
  - Moderat 2: el dany ha requerit o allargat l'hospitalització i provoca una lesió temporal.
  - Crític 1: el dany ha produït una lesió permanent.
  - Crític 2: el dany ha produït una situació propera a la mort.
  - Catastròfic: el dany ha produït o contribuït a la mort del pacient.

#### **b. Probabilitat d'ocurrència**

La probabilitat d'ocurrència, és a dir, la probabilitat que torni a succeir, és la freqüència en què pot tornar a ocórrer l'incident:

- Molt infreqüent: poc probable que es repeteixi. Pot ocórrer només en circumstàncies excepcionals (al cap de més de 5 anys).
- Poc freqüent: pot esdevenir-se en algun moment cada 2 - 5 anys.
- Possible/ocasional: és possible que torni a passar o que passi 1 o 2 vegades l'any.
- Probable: pot esdevenir en diverses circumstàncies diverses vegades l'any.

- Freqüent: és esperable que torni a passar en les properes setmanes o mesos.

### c. Risc

Al SNI SP Cat a partir del grau de dany i la probabilitat d'ocurrència de l'incident es calcula, automàticament, la matriu de risc (vegeu la figura 6).

- Risc molt baix: verificació de possibles tendències de presentació a tot l'hospital.
- Risc baix: verificació de possibles tendències de presentació a l'àrea o al servei afectat.
- Risc moderat: requereix una valoració de l'incident i el seguiment de possibles tendències de presentació al servei afectat.
- Risc alt: requereix una anàlisi detallada de l'incident i l'adopció de mesures per difondre a l'àrea o al servei afectat.
- Risc extrem: requereix una anàlisi detallada de l'incident i l'adopció de mesures immediates per difondre a tot l'hospital.

Per tant, és molt important completar el grau de dany i la probabilitat d'ocurrència de la manera més precisa possible, ja que d'aquests factors se'n derivarà el nivell de prioritat amb què es tractarà l'incident.

	Molt infreqüent	Poc freqüent	Possible/ ocasional	Probable	Freqüent
No arriba al pacient 1	●	●	●	●	●
No arriba al pacient 2	●	●	●	●	●
Mínim	●	●	●	●	●
Menor	●	●	●	●	●
Moderat 1	●	●	●	●	●
Moderat 2	●	●	●	●	●
Crític 1	●	●	●	●	●
Crític 2	●	●	●	●	●
Catastròfic	●	●	●	●	●

Figura 6. Captura de pantalla de la matriu de risc de l'incident que mostra el SNI SP Cat. Els esdeveniments de risc extrem estan representats de color granat.

#### **d. Priorització de la gestió de l'incident**

Segons el risc de l'incident es recomana iniciar la gestió:

- Risc molt baix, iniciar la gestió abans de 35 dies.
- Risc baix, iniciar la gestió abans de 28 dies.
- Risc moderat, iniciar la gestió abans de 21 dies.
- Risc alt, iniciar la gestió abans de 14 dies.
- Risc extrem, iniciar la gestió abans de 7 dies.

## 6.2 Annex 2. Preceptes legals d'aplicació a l'ús d'intervencions restrictives

- **Constitució espanyola de 1978 (71):**
  - Article 1.1, sobre la llibertat com un dels valors superiors de l'ordenament jurídic.
  - Article 10.1, "La dignitat de la persona, els drets inviolables que li són inherents, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i als drets dels altres són fonament de l'ordre polític i de la pau social".
  - Article 10.2, "Les normes relatives als drets fonamentals i a les llibertats que la Constitució reconeix s'interpretaran de conformitat amb la Declaració Universal de Drets Humans i els tractats i els acords internacionals sobre aquestes matèries ratificats per Espanya".
  - Article 14, sobre la igualtat i la no discriminació.
  - Article 15, "Tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, ningú no pugui ser sotmès a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants".
  - Article 17.1, "Tota persona té dret a la llibertat i a la seguretat. Ningú pot ser privat de la seva llibertat, sinó amb l'observança del que estableix aquest article i en els casos i en la forma previstos en la llei".
  - Article 18.1, "Es garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge".
- **Llei 14/1986 (72)**, de 25 d'abril, general de sanitat. Respecte a l'article 10, els apartats 1 i 2 queden modificats per l'article 6.1 de la Llei 26/2011, d'1 d'agost, d'adaptació normativa a la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat i amb la disposició derogatòria única de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, es deroguen els apartats 5, 6, 8, 9 i 11.

Així doncs, els apartats 1 i 2 de l'article 10 queden modificats en els termes següents:

1. Tots tenen els drets següents respecte a les diferents administracions públiques sanitàries:

Al respecte a la seva personalitat, dignitat humana i intimitat, sense que pugui ser discriminat pel seu origen racial o ètnic, per raó de gènere i orientació sexual, de discapacitat o de qualsevol altra circumstància personal o social.

2. A la informació sobre els serveis sanitaris a què pot accedir i sobre els requisits necessaris per al seu ús. La informació s'ha d'efectuar en formats adequats, seguint les regles marcades pel principi de disseny per a tothom, de manera que siguin accessibles i comprensibles a les persones amb discapacitat.

Els apartats de l'article 10 vigents i sense modificacions són:

3. A la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés i amb la seva estada en institucions sanitàries públiques i privades que col·laborin amb el sistema públic.

4. A ser advertit de si els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin poden ser utilitzats en funció d'un projecte docent o de recerca, que, en cap cas, no pot comportar perill addicional per a la seva salut. En tot cas, és imprescindible l'autorització prèvia i per escrit del pacient i l'acceptació per part del metge i de la direcció del corresponent centre sanitari.

7. Al fet que se li assigni un metge, del nom del qual l'informaran, que serà el seu interlocutor principal amb l'equip assistencial. En cas d'absència, un altre facultatiu de l'equip assumirà aquesta responsabilitat.

10. A participar, a través de les institucions comunitàries, a les activitats sanitàries, en els termes establerts en aquesta Llei i en les disposicions que la desenvolupin.

12. A utilitzar les vies de reclamació i de proposta de suggeriments en els terminis previstos. En un cas o en l'altre, ha de rebre resposta per escrit en els terminis que s'estableixin per reglament.

13. A triar el metge i els altres sanitaris titulats d'acord amb les condicions previstes en aquesta Llei, en les disposicions que es dictin per al seu desenvolupament i en les que regulin el treball sanitari als centres de salut.

14. A obtenir els medicaments i els productes sanitaris que es considerin necessaris per promoure, conservar o restablir la seva salut, en els termes que reglamentàriament l'estableixi l'Administració de l'Estat.

15. Respectant el peculiar règim econòmic de cada servei sanitari, els drets que preveuen els apartats 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 11 d'aquest article són exercits també pel que fa als serveis sanitaris privats.

- Instrument de ratificació del Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà pel que fa a les aplicacions de la biologia i la medicina (**Conveni relatiu als drets humans i la biomedicina**), fet a

Oviedo el 4 d'abril de 1997 (73). Les parts, estats signants que es comprometen en aquest Conveni, han de protegir l'ésser humà en la seva dignitat i la seva identitat i han de garantir a tota persona, sense cap discriminació, el respecte a la seva integritat i als altres drets i llibertats fonamentals respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina.

Cada part ha d'adoptar en la seva legislació interna les mesures necessàries per aplicar el que disposa aquest Conveni.

- **Llei 1/2000**, de 7 de gener, d'enjudiciament civil. Article 763: internament no voluntari per trastorn psíquic (74).

1. L'internament, per trastorn psíquic, d'una persona que no estigui en condicions de decidir-ho per ella mateixa, encara que estigui sotmesa a la pàtria potestat o a tutela, requereix l'autorització judicial, que s'ha d'obtenir del tribunal\* del lloc on resideixi la persona afectada per l'internament.

L'autorització ha de ser prèvia a l'internament, llevat que hi hagi raons d'urgència que facin necessària l'adopció immediata de la mesura. En aquest cas, el responsable del centre en què s'hagi produït l'internament n'ha de donar compte al tribunal competent al més aviat possible i, en tot cas, dins el termini de vint-i-quatre hores, a l'efecte que s'efectuï la ratificació preceptiva d'aquesta mesura, que s'ha de fer en el termini màxim de setanta-dues hores des que l'internament arribi a coneixement del tribunal.

En els casos d'internaments urgents, la competència per ratificar la mesura correspon al tribunal del lloc en què radiqui el centre on s'hagi produït l'internament. Aquest tribunal ha d'actuar, si escau, d'acord amb el que disposa l'apartat 3 de l'article 757 d'aquesta Llei.

2. L'internament de menors sempre s'ha de fer en un establiment de salut mental adequat a la seva edat, amb l'informe previ dels serveis d'assistència al menor.

3. Abans de concedir l'autorització o de ratificar l'internament que ja s'ha efectuat, el tribunal ha d'oïr la persona afectada per la decisió, el Ministeri Fiscal i qualsevol altra persona la compareixença de la qual consideri convenient o li sigui sol·licitada per l'afectat per la mesura. A més a més, i sens perjudici que pugui practicar qualsevol altra prova que consideri rellevant per al cas, el tribunal ha d'examinar pel seu compte la persona afectada per l'internament i oïr el dictamen d'un facultatiu designat per ell. En totes les actuacions, la persona afectada per la mesura d'internament pot disposar de representació i defensa en els termes que assenyala l'article 758 d'aquesta Llei.

En tot cas, la decisió que adopti el tribunal en relació amb l'internament és susceptible de recurs d'apel·lació.

4. A la mateixa resolució que acordi l'internament hi ha de constar l'obligació dels facultatius que atenguin la persona internada d'informar periòdicament el tribunal sobre la necessitat de mantenir la mesura, sens perjudici dels altres informes que el tribunal pugui requerir quan ho consideri pertinent.

Els informes periòdics han de ser emesos cada sis mesos, llevat que el tribunal, atesa la naturalesa del trastorn que ha motivat l'internament, assenyali un termini inferior.

Rebut els referits informes, el tribunal, amb la pràctica prèvia, si escau, de les actuacions que consideri imprescindibles, ha d'acordar el que sigui procedent sobre la continuació de l'internament.

Sens perjudici del que disposen els paràgrafs anteriors, quan els facultatius que atenguin la persona internada considerin que no cal mantenir l'internament, han de donar l'alta al malalt, i ho han de comunicar immediatament al tribunal competent.

- **Llei 21/2000**, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (2).  
Concretament,

- Article 3. El titular del dret a la informació assistencial

1. El titular del dret a la informació és el pacient. S'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament.

2. En cas d'incapacitat del pacient, aquest ha d'ésser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació.

3. Si el pacient, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per entendre la informació, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, se n'ha d'informar també els familiars o les persones que hi estan vinculades.

- Article 6. El consentiment informat

1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.



2. Aquest consentiment s'ha de fer per escrit en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i, en general, quan es duen a terme procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient.

3. El document de consentiment ha d'ésser específic per a cada supòsit, sens perjudici que s'hi puguin adjuntar fulls i altres mitjans informatius de caràcter general. Aquest document ha de contenir informació suficient sobre el procediment de què es tracta i sobre els seus riscos.

4. En qualsevol moment, la persona afectada pot revocar lliurement el seu consentiment.

- Article 7. Excepcions a l'exigència del consentiment i atorgament del consentiment per substitució

1. Són situacions d'excepció a l'exigència del consentiment:

a) Quan hi ha risc per a la salut pública, si ho exigeixen raons sanitàries d'acord amb el que estableix la legislació que hi sigui aplicable.

b) Quan en una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt no és possible aconseguir l'autorització d'aquest o dels seus familiars o de les persones que hi estan vinculades.

En aquests supòsits, es poden dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

2. Són situacions d'atorgament del consentiment per substitució:

a) Quan el malalt, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per prendre decisions, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, el consentiment s'ha d'obtenir dels familiars d'aquest o de les persones que hi estan vinculades.

b) En els casos d'incapacitat legal, d'acord amb el que estableix l'article 219 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família.

c) En els casos de persones internades per trastorns psíquics en qui concorrin les circumstàncies de l'article 255 de la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família.

d) En el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectualment ni emocionalment per comprendre l'abast de la intervenció sobre la pròpia salut, el

consentiment l'ha de donar el representant del menor, havent escoltat, en tot cas, la seva opinió si és més gran de dotze anys. En la resta de casos, i especialment en casos de menors emancipats i adolescents de més de setze anys, el menor ha de donar personalment el seu consentiment.

Això no obstant, en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana assistida, cal atènyer-se al que estableix amb caràcter general la legislació civil sobre majoria d'edat i, si escau, la normativa específica que hi sigui aplicable.

3. En els supòsits definits a les lletres *a*, *b* i *c* de l'apartat 2, es poden dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

4. En els casos de substitució de la voluntat de l'afectat, la decisió ha d'ésser la més objectiva i proporcional possible a favor del malalt i de respecte a la seva dignitat personal. Així mateix, el malalt ha d'intervenir tant com sigui possible en la presa de decisions.

- **Llei 41/2002**, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (75). Concretament:

- Article 2. Principis bàsics.

1. La dignitat de la persona humana, el respecte a l'autonomia de la seva voluntat i a la seva intimitat han d'orientar tota l'activitat encaminada a obtenir, utilitzar, arxivar, custodiar i transmetre la informació i la documentació clínica.

2. Qualsevol actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el consentiment previ dels pacients o usuaris. El consentiment, que s'ha d'obtenir després que el pacient rebi una informació adequada, s'ha de fer per escrit en els casos que preveu la Llei.

3. El pacient o usuari té dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, entre les opcions clíniques disponibles.

4. Qualsevol pacient o usuari té dret a negar-se al tractament, excepte en els casos que determina la Llei. La seva negativa al tractament ha de constar per escrit.

5. Els pacients o usuaris tenen el deure de facilitar les dades sobre el seu estat físic o sobre la seva salut de manera lleial i veritable, així com el de col·laborar a

obtenir-les, especialment quan siguin necessàries per raons d'interès públic o amb motiu de l'assistència sanitària.

6. Qualsevol professional que intervé en l'activitat assistencial està obligat no només a prestar correctament les seves tècniques, sinó a complir els deures d'informació i de documentació clínica, i a respectar les decisions adoptades lliurement i voluntàriament pel pacient.

7. La persona que elabori o tingui accés a la informació i la documentació clínica està obligada a guardar la reserva deguda.

- Article 4. Dret a la informació assistencial.

1. Els pacients tenen dret, amb motiu de qualsevol actuació en l'àmbit de la seva salut, a conèixer qualsevol informació disponible sobre la pròpia salut, tret dels casos que exceptua la Llei. A més, qualsevol persona té dret al fet que es respecti la seva voluntat de no ser informada. La informació, que com a regla general es proporciona verbalment i de la qual es deixa constància en la història clínica, comprèn, com a mínim, la finalitat i la naturalesa de cada intervenció, els riscos i les conseqüències.

2. La informació clínica forma part de totes les actuacions assistencials, ha de ser veritable, s'ha de comunicar al pacient de manera comprensible i adequada a les seves necessitats i l'ha d'ajudar a prendre decisions d'acord amb la seva pròpia i lliure voluntat.

3. El metge responsable del pacient li garanteix el compliment del seu dret a la informació. Els professionals que l'atenguin durant el procés assistencial o li apliquin una tècnica o un procediment concret també són responsables d'informar-lo.

- Article 5. Titular del dret a la informació assistencial.

1. El titular del dret a la informació és el pacient. També han de ser informades les persones que hi estan vinculades, per raons familiars o de fet, en la mesura que el pacient ho permeti de manera expressa o tàcita.

2. El pacient ha de ser informat, fins i tot en cas d'incapacitat, de manera adequada a les seves possibilitats de comprensió, i s'ha de complir el deure d'informar també el seu representant legal.

3. Quan el pacient, segons el criteri del metge que l'assisteix, no tingui capacitat per entendre la informació a causa de l'estat físic o psíquic, la informació s'ha de

posar en coneixement de les persones que hi estan vinculades per raons familiars o de fet.

4. El dret a la informació sanitària dels pacients es pot limitar per l'existència acreditada d'un estat de necessitat terapèutica. S'entén per necessitat terapèutica la facultat del metge per actuar professionalment, sense informar-ne abans el pacient, quan per raons objectives el coneixement de la pròpia situació pugui perjudicar la seva salut de manera greu. Arribat aquest cas, el metge ha de deixar constància raonada de les circumstàncies a la història clínica i ha de comunicar la seva decisió a les persones vinculades al pacient per raons familiars o de fet.

- Article 7. El dret a la intimitat.

1. Qualsevol persona té dret al fet que es respecti el caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut, i que ningú no hi pugui accedir sense autorització prèvia emparada per la llei.

2. Els centres sanitaris han d'adoptar les mesures oportunes per garantir els drets a què es refereix l'apartat anterior, i han d'elaborar, quan sigui escaient, les normes i els procediments protocol·litzats que garanteixin l'accés legal a les dades dels pacients.

- Article 8. Consentiment informat.

1. Qualsevol actuació en l'àmbit de la salut d'un pacient necessita el consentiment lliure i voluntari de l'afectat, una vegada que, rebuda la informació que preveu l'article 4, hagi valorat les opcions pròpies del cas.

2. El consentiment ha de ser verbal per regla general. Tanmateix, s'ha de prestar per escrit en els casos següents: intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, aplicació de procediments que suposen riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient.

3. El consentiment escrit del pacient és necessari per a cada una de les actuacions que especifica el punt anterior d'aquest article, amb la possibilitat d'incorporar-hi annexos i altres dades de caràcter general, i ha de tenir informació suficient sobre el procediment d'aplicació i sobre els seus riscos.

4. Qualsevol pacient o usuari té dret a ser advertit sobre la possibilitat de fer servir els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin en un projecte docent o d'investigació, que en cap cas no pot comportar risc addicional per a la seva salut.

5. El pacient pot revocar lliurement per escrit el seu consentiment en qualsevol moment.

- Article 9. Límits del consentiment informat i consentiment per representació.

1. La renúncia del pacient a rebre informació està limitada per l'interès de la salut del pacient mateix, de tercers, de la col·lectivitat i per les exigències terapèutiques del cas. Quan el pacient manifesti expressament el desig de no ser informat, s'ha de respectar la seva voluntat i s'ha de fer constar la renúncia documentalment, sense perjudici d'obtenir el seu consentiment previ per a la intervenció.

2. Els facultatius poden dur a terme les intervencions clíniques indispensables en favor de la salut del pacient, sense necessitat de comptar amb el seu consentiment, en els casos següents:

a) Quan existeix risc per a la salut pública a causa de raons sanitàries que estableix la llei. En tot cas, una vegada adoptades les mesures pertinents, de conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 3/1986, s'han de comunicar a l'autoritat judicial en el termini màxim de 24 hores sempre que disposin l'internament obligatori de persones.

b) Quan existeix risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no és possible aconseguir la seva autorització, consultant, quan les circumstàncies ho permetin, els seus familiars o les persones que hi estan vinculades de fet.

3. S'atorga el consentiment per representació en els casos següents:

a) Quan el pacient no sigui capaç de prendre decisions, a criteri del metge responsable de l'assistència, o l'estat físic o psíquic no li permeti de fer-se càrrec de la seva situació. Si el pacient no té representant legal, el consentiment l'han de prestar les persones que hi estan vinculades per raons familiars o de fet.

b) Quan el pacient estigui incapacitat legalment.

c) Quan el pacient menor d'edat no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció. En aquest cas, el consentiment l'ha de donar el representant legal del menor després d'haver escoltat la seva opinió si té dotze anys complerts. Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els pares n'han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent.

4. La interrupció voluntària de l'embaràs, la pràctica d'assaigs clínics i la pràctica de tècniques de reproducció humana assistida es regeixen pel que s'estableix amb caràcter general sobre la majoria d'edat i per les disposicions especials aplicables.

5. La prestació del consentiment per representació ha de ser adequada a les circumstàncies i proporcionada a les necessitats que s'hagin d'atendre, sempre en favor del pacient i respecte a la seva dignitat personal. El pacient ha de participar en la mesura possible en la presa de decisions al llarg del procés sanitari.

- Decret 306/2006, de 20 de juliol, pel qual es dona publicitat a la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de **l'Estatut d'autonomia de Catalunya** (76).

- Article 4. Drets i principis rectors.

1. Els poders públics de Catalunya han de promoure el ple exercici de les llibertats i els drets que reconeixen aquest Estatut, la Constitució, la Unió Europea, la Declaració Universal de Drets Humans, el Conveni europeu per a la protecció dels drets humans i els altres tractats i convenis internacionals subscrits per Espanya que reconeixen i garanteixen els drets i les llibertats fonamentals.

2. Els poders públics de Catalunya han de promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat dels individus i dels grups siguin reals i efectives.

- Article 23.3 Totes les persones, amb relació als serveis sanitaris públics i privats, tenen dret a ésser informades sobre els serveis a què poden accedir i els requisits necessaris per usar-los; sobre els tractaments mèdics i els seus riscos, abans que els siguin aplicats; a donar el consentiment per a qualsevol intervenció; a accedir a la història clínica pròpia, i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia, en els termes que estableixen les lleis.
- Article 24.2 Les persones amb necessitats especials, per mantenir l'autonomia personal en les activitats de la vida diària, tenen dret a rebre l'atenció adequada a la seva situació, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen.
- Article 40.1 Els poders públics han de tenir com a objectiu la millora de la qualitat de vida de totes les persones.
- **Llei 39/2006**, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (77).

- Article 1. Objecte de la Llei.

1. Aquesta Llei té per objecte regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, en els termes que estableixen les lleis, mitjançant la creació d'un sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència, amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques i la garantia per l'Administració general de l'Estat d'un contingut mínim comú de drets per a tots els ciutadans en qualsevol part del territori de l'Estat espanyol.

2. El sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència respon a una acció coordinada i cooperativa de l'Administració general de l'Estat i les comunitats autònomes, que preveu mesures en totes les àrees que afecten les persones en situació de dependència, amb la participació, si escau, de les entitats locals.

- A l'article 4.a es reconeix el dret a les persones en situació de dependència a gaudir dels drets humans i llibertats fonamentals, amb ple respecte de la seva dignitat i intimitat, i a l'article 4.g, el dret a decidir lliurement sobre l'ingrés en un centre residencial.

- Article 25. Servei d'atenció residencial. Especifica:

1. El servei d'atenció residencial ofereix, des d'un enfocament biopsicosocial, serveis continuats de caràcter personal i sanitari.

2. Aquest servei es presta en els centres residencials habilitats a aquest efecte segons el tipus de dependència, el grau d'aquesta i la intensitat d'atencions que necessiti la persona.

3. La prestació d'aquest servei pot tenir caràcter permanent quan el centre residencial es converteixi en la residència habitual de la persona, o temporal quan s'atenguin estades temporals de convalescència o durant les vacances, caps de setmana i malalties o períodes de descans dels cuidadors no professionals.

4. El servei d'atenció residencial l'han de prestar les administracions públiques en centres propis i concertats.

- **Llei 12/2007**, d'11 d'octubre, de serveis socials (78).

- L'article 12.1.p disposa que entre els drets específics dels usuaris de serveis residencials i diürns consta no ésser sotmès a cap mena d'immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans mecànics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió, llevat

que hi hagi un perill imminent per a la seguretat física dels usuaris o de terceres persones. En aquest darrer cas, les actuacions s'han de justificar documentalment, han de constar en l'expedient de l'usuari o usuària i s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, d'acord amb el que estableix la legislació.

- L'article 98.n tipifica com a infracció molt greu immobilitzar o restringir la capacitat física o intel·lectual dels usuaris, per mitjans mecànics o farmacològics, sense una prescripció mèdica que indiqui la durada de la contenció, les pautes de mobilització i la revisió, a excepció dels supòsits de perill que estableix l'article 12.1.p. És una infracció idèntica el fet de no aplicar aquestes mesures en el cas que hagin estat prescrites.
- **Llei 25/2010**, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família (79). Concretament, a partir de l'article 212 es detallen, entre d'altres, els drets a l'autonomia de la persona en l'àmbit de la salut, que inclou el dret a la informació sobre la salut, el consentiment informat i el document de voluntats anticipades i els internaments.
- **Reial decret legislatiu 1/2013**, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (80). L'article 6, respecte a l'autonomia de les persones amb discapacitat, declara:

1. L'exercici dels drets de les persones amb discapacitat s'ha de fer d'acord amb el principi de llibertat en la presa de decisions.

2. Les persones amb discapacitat tenen dret a la lliure presa de decisions, per a la qual cosa la informació i el consentiment s'han d'efectuar en formats adequats i d'acord amb les circumstàncies personals, seguint les regles marcades pel principi de disseny universal o disseny per a totes les persones, de manera que els resultin accessibles i comprensibles.

En tot cas, s'han de tenir en compte les circumstàncies personals de l'individu, la seva capacitat per prendre el tipus de decisió en concret i assegurar la prestació de suport per a la presa de decisions.

- D'altra banda, cal destacar, de conformitat amb el **Decret 151/2017** (81), de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre són finalitats primordials, l'establiment dels requisits i de les garanties tecnosanitàries comunes per a la seguretat i qualitat de l'assistència sanitària prestada als ciutadans en els centres i serveis sanitaris, i crea les condicions per a la protecció adequada i efectiva dels drets dels pacients, l'exigència als centres i serveis sanitaris de l'efectiva i permanent disposició dels mitjans necessaris



per desenvolupar, en condicions de seguretat i qualitat, les activitats sanitàries per a la realització de les quals estiguin autoritzats, així com la promoció de la millora contínua de la qualitat assistencial i de la protecció dels pacients per tal d'aconseguir uns nivells de qualitat i seguretat bàsics a tots els centres i serveis sanitaris de Catalunya. Les disposicions d'aquest Decret són aplicables als centres i serveis sanitaris ubicats al territori de Catalunya, ja siguin de titularitat pública o privada.

- Segons l'article 4.1, les persones físiques i jurídiques titulars dels centres i serveis sanitaris que es troben dins de l'àmbit d'aplicació d'aquest Decret estan obligades a garantir la formació continuada del personal del centre o servei sanitari, tant fix com eventual; disposar de guies de pràctica clínica basades en l'evidència científica per dur a terme la seva activitat assistencial, validades formalment per la direcció del centre i el o la responsable assistencial, amb menció expressa de la darrera actualització i les fonts utilitzades; implantar les mesures i accions necessàries per disminuir el risc de l'assistència sanitària i evitar-lo en la mesura del que sigui possible; elaborar i comunicar al departament competent en matèria de salut les informacions i estadístiques sanitàries que aquest li sol·liciti i facilitar informació sobre l'activitat desenvolupada, accessibilitat i indicadors de qualitat, d'acord amb la normativa que sigui d'aplicació en la matèria; sotmetre's a l'avaluació de l'òrgan competent en matèria de seguretat dels pacients, així com dels projectes que impulsi en aquesta línia el departament competent en matèria de salut; vetllar pel compliment de les mesures de seguretat, qualitat i adequació tecnològica, així com de la gestió de riscos per als pacients i per als professionals que treballen al centre; disposar d'un sistema fiable que permeti en tot moment la identificació inequívoca dels pacients, ja sigui ingressats en una planta d'hospitalització, atesos en unitats específiques com urgències, diàlisi, cirurgia major ambulatoria, hospitals de dia i altres d'anàlogues, o quan siguin atesos en qualsevol tipus de centre o servei sanitari, entre d'altres.

A més, a l'article 4.4 s'especifica que els centres i serveis sanitaris han de vetllar per la millora contínua de la qualitat de l'assistència i pel respecte de la dignitat i dels drets dels pacients, i tenir especial cura dels drets dels infants, dels adolescents i, en general, de tots els col·lectius més vulnerables, en l'àmbit de les aplicacions de les ciències de la salut.

A l'article 12, formació continuada, s'especifica que els centres i serveis sanitaris han de disposar d'un pla de formació que inclogui les mesures necessàries que calgui adoptar per activitats de formació continuada, les quals constitueixen un dret i un deure per als professionals sanitaris, i del qual s'ha de mantenir un registre actualitzat. Així mateix, han de facilitar als professionals l'actualització dels coneixements en seguretat i qualitat assistencial, adaptada a les característiques del seu personal i dels mitjans tècnics i científics que hagin d'emprar en la seva activitat professional. També han de disposar d'un pla d'acollida a nous professionals, de manera que es garanteixi la seguretat dels pacients i

s'eviti al màxim la possibilitat de cometre errors que generin incidents amb afectació als pacients.

El pla de formació ha de garantir que la pràctica clínica doni resposta a les necessitats i les expectatives en salut pel que fa al sexe i al gènere, i ha d'incloure el coneixement de la fisiopatologia de les dones en els diferents sistemes orgànics, així com els continguts multidisciplinaris necessaris per detectar les situacions de violència masclista i les pràctiques de control sexual.

D'altra banda, a l'article 16, participació dels pacients en el procés assistencial, s'indica que els centres i serveis sanitaris han de facilitar informació als pacients per millorar la seva seguretat assistencial. De manera que els centres i serveis han de vetllar perquè la persona a qui es proposa un procediment assistencial, diagnòstic o terapèutic, sigui informada de manera prèvia a l'atorgament o no del seu consentiment. Aquesta informació prèvia ha de ser suficient i adequada per permetre-li comprendre els beneficis, riscos i inconvenients del procediment. S'ha de respectar el dret dels pacients a refusar el tractament. Quan el consentiment s'atorgui per escrit, cal que als pacients se'ls lliuri una còpia de la documentació signada. A més, els centres també han de preveure la possibilitat que els pacients planifiquin l'atenció que volen rebre i designin el o la representant que els substituirà en cas d'incapacitat. Per això han de disposar d'un protocol per ajudar a elaborar i difondre el document de voluntats anticipades, d'acord amb les guies i recomanacions que faci públiques el departament competent en matèria de salut.

Finalment, cal destacar que a l'article 19 de gestió de la qualitat assistencial i de la seguretat dels pacients, entre altres aspectes, s'especifica que cada centre o servei sanitari ha de disposar d'un manual de procediment que ha d'estar a l'abast de tot el personal en el lloc de treball i que ha d'incloure circuits i procediments, escrits d'actuació davant les diferents necessitats assistencials dels pacients, amb descripció clara de les diferents responsabilitats del personal sanitari i no sanitari. El personal sanitari de nova incorporació ha de ser format en l'ús d'aquest manual abans de poder assumir cap responsabilitat assistencial. A més, el departament competent en matèria de salut ha de facilitar un sistema de notificació d'incidents que garanteixi la confidencialitat de les notificacions i l'anonimat, i que en faciliti l'anàlisi i la presentació de propostes de millora per disminuir-los en la mesura que sigui possible.

- **Instrucció 1/2022**, de 19 de gener, de la Fiscalia general de l'Estat, sobre l'ús de mitjans de contenció mecànics o farmacològics en unitats psiquiàtriques o de salut mental i centres residencials o sociosanitaris de persones grans o amb discapacitat (5). Té per objecte reforçar l'atenció, en el marc de la funció tutèl·la del Ministeri Fiscal, de les persones grans o amb discapacitat, en tant que col·lectius especialment vulnerables, davant de la necessitat de vetllar per l'efectiu reconeixement i salvaguarda de la seva dignitat, pressupost per al lliure desenvolupament de la seva personalitat i l'exercici de tots els drets i les llibertats que els són constitucionalment

reconeguts (article 10 de la Constitució espanyola), en relació amb l'ús de contencions o subjeccions físiques o farmacològiques a què es poden veure sotmesos.

Així doncs, les raons de seguretat i protecció justificatives de l'ús d'intervencions restrictives es veuen desplaçades per una concepció que situa la persona, la seva voluntat, desitjos i preferències al centre de la seva cura, visió que s'allunya de l'excessiu proteccionisme que s'ha mantingut en relació amb les persones que integren aquests col·lectius.

### **6.3 Annex 3. Model de consentiment informat i autorització per a la contenció mecànica**

#### **DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT I AUTORITZACIÓ PER A LA CONTENCIÓ MECÀNICA**

##### **Dades de la persona atesa**

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DATA DE NAIX.: \_\_\_\_\_

NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_

##### **Dades del familiar, cuidador, tutor/a o representant legal**

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

TELÈFON: \_\_\_\_\_

en qualitat de (cal encerclar la que sigui procedent):

Familiar (cal indicar relació familiar amb la persona atesa):

\_\_\_\_\_

Cuidador

Tutor/a o representant legal

##### **Dades del metge / infermera informant**

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

Número de col·legiació: \_\_\_\_\_

Servei/subunitat sol·licitant: \_\_\_\_\_

Nom del procediment: contenció mecànica

Motiu d'aplicació de la contenció mecànica:

1) Situació clínica actual: \_\_\_\_\_

2) Riscos de la situació clínica descrita: \_\_\_\_\_

Mitjançant aquest document, el metge/infermera a dalt indicat us comunica la necessitat d'aplicar-vos contenció mecànica com a darrer recurs, de manera excepcional i havent esgotat totes les alternatives que no comportin l'aplicació d'una limitació de moviments (si sou la persona representant, a la persona atesa a la qual representeu) pel fet que ella no pot assabentar-se correctament de la informació que es detalla en aquest document.

A tal efecte, i a fi que valoreu si doneu o no el consentiment a l'aplicació de la contenció mecànica, us informem sobre les seves característiques i dels possibles riscos i complicacions d'aquest procediment. Respecte dels riscos i complicacions, també us informem que es portaran a terme les accions necessàries per prevenir-los en la mesura del possible.

## INFORMACIÓ SOBRE LA CONTENCIÓ MECÀNICA

La contenció mecànica és un mètode per limitar, totalment o en part, els moviments de la persona. L'ús de la contenció mecànica és un últim recurs, a més d'excepcional, per controlar la vostra activitat física i ajudar-vos a protegir-vos de lesions, a evitar lesions a altres persones o altres situacions que puguin posar-vos, o posar altres persones, en perill.

Les contencions mecàniques sempre es fan amb materials homologats, en funció de les necessitats del pacient i amb les condicions adequades (longitud, textura, pressió) per evitar lesions. Les més habituals són:

- Subjeccions per a canells.
- Subjeccions per a turmells.
- Cinturó ample abdominal.
- Manyoples.
- Tòrax.

- Peto.

### QUANT TEMPS DURARÀ?

La mesura aplicada serà al menys restrictiva possible, durant el mínim temps possible i serà revisada periòdicament.

### POSSIBLES COMPLICACIONS I RISCOS GENERALS de l'aplicació de la CONTENCIÓ MECÀNICA

L'aplicació d'una contenció mecànica per personal qualificat i amb els mitjans homologats és segura. Malgrat tot, no està exempta de riscos o complicacions, sobretot si la contenció mecànica es perllonga. Les complicacions físiques més greus es relacionen amb la immobilització o l'enllitament prolongat.

Els riscos i complicacions són:

- Efectes psicològics: pèrdua de l'autoestima, sentir emocions de tristor, ira, por; sentiment d'aïllament social, sentiment d'impotència, humiliació, així com símptomes d'apatia, depressió i agressivitat.
- Aparició de dolor, pèrdua de to muscular i rigidesa, trombosis venoses, edemes, hematomes i alteració de la integritat de la pell (lesions a les zones de contacte amb el dispositiu utilitzat) tals com abrasions i laceracions, nafres per la pressió rebuda i el consegüent augment del risc d'infeccions per aquestes alteracions.
- Disminució de la gana, alteracions en la necessitat d'evacuació (incontinència urinària o fecal, restrenyiment).
- Problemes respiratoris, circulatoris o neurològics de diferents magnituds.
- De manera molt excepcional, també es pot relacionar amb la mort de l'individu per diferents motius, com l'ennuegament, l'asfíxia, l'aparició de tromboembolismes pulmonars, cardíacs o cerebrals, etc.

RISCOS PERSONALITZATS (especifiqueu els riscos en funció de les característiques de la persona)

---

---

---

## CONSIDERACIONS IMPORTANTS

La implicació dels familiars i dels cuidadors és molt important en el desenvolupament del tractament. Per aquest motiu recomanem compartir amb el personal assistencial la idoneïtat d'augmentar tant com es pugui el temps d'acompanyament de la persona atesa.

En algunes circumstàncies, incrementar l'acompanyament pot ajudar a no haver d'aplicar aquestes mesures o a reduir-ne el temps d'ús. En d'altres, la presència d'altres persones pot ser contraproductiu i cal una valoració clínica prèvia abans de prendre una decisió.

Donades totes aquestes condicions, DECLARO que:

- ✓ He entès les explicacions i la informació que conté aquest full de consentiment informat.
- ✓ Se m'ha donat el temps suficient per llegir-lo de manera comprensible i se m'han donat les explicacions utilitzant un llenguatge clar i senzill.
- ✓ Se m'ha permès fer les observacions que he necessitat i se m'han aclarit els dubtes que he plantejat.
- ✓ Entenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar aquest consentiment amb el document *Revocació de procediments de mesures restrictives*, que se'm facilitarà i explicarà, si així ho demano.
- ✓ Entenc l'abast de la contenció mecànica i els riscos d'aplicar-la i de no aplicar-la.

Donat tot això,

- Sí, CONSENTO lliurement que s'apliqui la contenció mecànica en els moments que resulti imprescindible al meu familiar/ésser cuidat/tutoritzat o a mi mateix/a.
- No CONSENTO que s'apliqui la contenció mecànica, entenent que la no contenció mecànica comporta els riscos de què he estat informat/ada.

Consentiment formulat d'acord amb la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

Fet que faig constar als efectes oportuns. I perquè no hi hagi impediments de cap tipus, signo el present document informat.

(localitat) \_\_\_\_\_, (dia) \_\_\_\_\_ de/d' (mes) \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Signatura de pacient o persona representant

Signatura del personal mèdic o infermera

### **REVOCACIÓ del consentiment informat**

Jo, en/na \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, revoco el consentiment prestat en data \_\_\_\_\_ i DECLARO, per tant, després de la informació rebuda, que no autoritzo que s'apliqui al meu familiar/tutoritzat o sobre mi mateix/a el procediment de contenció mecànica.

(localitat) \_\_\_\_\_, (dia) \_\_\_\_\_ de/d' (mes) \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Signatura de pacient o persona representant



#### **6.4 Annex 4. Intervencions complementàries amb acció en l'esfera cognitiva**

La malaltia d'Alzheimer i la demència van acompanyades d'una gran varietat de síndromes neuropsiquiàtriques i l'increment de pacients amb demència arreu del món preveu un nombre creixent amb canvis de comportament. Les síndromes neuropsiquiàtriques es troben entre les característiques més difícils de la demència per als pacients i els cuidadors. Millorant-ne l'impacte millorarà substancialment la qualitat de vida dels pacients i dels seus cuidadors (94).

L'agitació és una de les síndromes neuropsiquiàtriques més freqüents que es produeixen en la demència. Les síndromes d'agitació es produeixen en totes les formes de demència i poden aparèixer en qualsevol punt de l'espectre de gravetat. El comportament agitat es produeix fins al 70% dels pacients en el curs de la demència de la malaltia d'Alzheimer i és més probable que es produeixi en pacients amb un deteriorament cognitiu més greu (94).

Determinades situacions, com poden ser els trastorns del son, s'associen a una sèrie de problemes per a les persones amb demència, els seus familiars i els cuidadors (95). En les persones amb demència, poden provocar un empitjorament dels símptomes cognitius, comportaments desafiants com la inquietud o deambular i altres danys, com ara caigudes accidentals. Els trastorns del son també s'associen a una angoixa significativa del cuidador i s'han descrit com un factor que contribueix a la institucionalització de les persones amb demència (95).

Les teràpies complementàries són atractives per als pacients, els professionals i les famílies, ja que es considera improbable que produeixin esdeveniments adversos. Existeixen nombroses metaanàlisis i revisions sistemàtiques que avaluen els beneficis i els perjudicis de diferents intervencions no farmacològiques en persones amb demència en comparació amb l'atenció habitual, cap tractament, qualsevol altra intervenció no farmacològica o qualsevol tractament farmacològic destinat a millorar-ne les síndromes neuropsiquiàtriques, i descriure els components i processos de qualsevol intervenció complexa inclosa. No obstant això, en la majoria d'aquests estudis els resultats observats en l'agitació s'analitzen com a variables secundàries o no s'analitzen específicament. Així doncs, segons l'evidència científica disponible, cap intervenció única o multimodal es pot identificar clarament com a adequada per a una implementació generalitzada en pacients amb demència (95) (96).

A continuació, es descriuen les principals intervencions complementàries amb acció en l'esfera cognitiva:

- ✓ Musicoteràpia

Quan es fa servir la musicoteràpia, els metges han de ser conscients que els mètodes i les tècniques específiques de musicoteràpia, inclosa, entre d'altres,

l'adaptació de material musical a les necessitats individuals, la improvisació musical i l'exposició de temes personals que sorgeixen a partir dels processos musicals requereixen un entrenament en musicoteràpia especialitzat.

En la metaanàlisi de Lu *et al.* (97) s'observa que la musicoteràpia pot millorar significativament l'ansietat durant el tractament. Però, atès que només vuit assajos clínics aleatoritzats van informar dels efectes de la musicoteràpia en el seguiment i que la durada del seguiment va ser inconsistent, es necessiten més investigacions sobre els efectes duradors després de suspendre la intervenció.

✓ Teràpia lumínica / fototeràpia

La metaanàlisi de Forbes *et al.* (96) no va trobar cap efecte de la fototeràpia en la funció cognitiva, el son, el comportament desafiador (per exemple l'agitació) o els símptomes psiquiàtrics associats amb la demència.

✓ Teràpia assistida amb animals

En la revisió de Lai *et al.* (98) s'observa que existeixen proves en alguns assajos clínics aleatoris que la teràpia assistida amb animals, és a dir, amb animals ensinistrats en teràpia, sembla reduir modestament els símptomes depressius en persones amb demència, però fins ara no hi ha proves clares que la teràpia assistida amb animals afecti altres resultats com el funcionament social, la qualitat de vida o el funcionament físic o cognitiu en aquesta població, sense dades sobre els efectes adversos ni els resultats en l'àmbit animal. Tot i això, la certesa de les estimacions per a tots els resultats (o la qualitat de l'evidència) va ser de molt baixa a moderada, la qual cosa significa que hi ha una clara possibilitat que les troballes generals puguin canviar amb investigacions addicionals.

✓ L'aromateràpia

Segons la revisió de Gray *et al.* (99), les directrius actuals emeses per NICE al Regne Unit recomanen que l'aromateràpia es pugui considerar per promoure el benestar de les persones amb demència. Malgrat aquestes recomanacions i l'augment de la popularitat, la raó de l'aromateràpia es basa en una investigació científica limitada, amb la majoria de l'evidència procedent d'estudis amb alt risc de biaix (sèries de casos, estudis no controlats, etc.). Addicionalment, malgrat la implantació de processos normatius com la Directiva europea de medicaments tradicionals d'herbes, Directiva 2004/24/CE, l'absència d'un organisme regulador que aprovi la pràctica de fabricació de productes sense llicència, com els olis essencials, fa impossible identificar aquells que assoleixin uns estàndards acceptables. Per tant, hi ha incerteses tant sobre l'eficàcia com sobre la seguretat.

Les fragàncies procedents de diversos olis de plantes aromàtiques s'apliquen en forma d'impregnació aromàtica d'un ambient, sala o habitació, generalment a

través de la difusió del vapor per escalfament de l'essència o també per massatge sobre la pell del pacient. No obstant, a partir de l'evidència disponible, no és possible assegurar que els pacients amb demència i agitació o altres signes d'angoixa es beneficien de l'aromateràpia. Els informes d'esdeveniments adversos als assaigs van ser molt pobres. Tot i que els quatre assaigs que s'han esmentat no van detectar efectes adversos, no es pot suposar que l'aromateràpia no impliqui risc de dany (99).

✓ Estimulació multisensorial Snoezelen

L'estimulació multisensorial Snoezelen és una intervenció no farmacològica que proporciona entorns multisensorials controlats per estimular els sentits primaris (vista, oïda, olfacte, tacte, gust, propioceptiu i vestibular). Tot i que el seu ús i el seu potencial s'han estès pel que fa a determinades poblacions i entorns, encara no hi ha evidència de la seva eficàcia en adults grans amb trastorns neurocognitius i altres patologies (100).

✓ Reminiscència

Consisteix en l'aprofitament de la millor conservació de la memòria remota en els malalts amb demència per estimular el contacte social mitjançant la rememoració de fets del passat, especialment susceptibles de ser compartits en grup. Se sol acompanyar de l'ajuda de material iconogràfic o d'enregistraments de l'època i lloc de procedència del pacient o dels fets que li van ser familiars, per estimular el record i la participació en el grup. De vegades, aquesta reminiscència pot centrar-se en la mateixa biografia del pacient, amb l'intent de rescatar una idea de sentit del seu períple vital.

La metaanàlisi de Woods *et al.* (101) mostra que els efectes de les intervencions de reminiscència són inconsistents, sovint de magnitud petita i poden diferir considerablement entre els contextos i les modalitats. Concretament, en examinar els resultats dels efectes en pacients amb demència, no van estar clars en els dominis de l'estat d'ànim, el funcionament en les activitats quotidianes, l'agitació/irritabilitat i la qualitat de les relacions.

✓ Psicomotricitat

Comprèn tècniques actives (moviment de parts del cos, equilibri, coordinació amb objectes o sense, marxa i joc terapèutic) i tècniques passives (mobilitzacions segmentàries, massatges, estimulació sensorial i relaxació) que poden resultar especialment útils en estadis lleus i moderats de la demència (102).

## 6.5 Annex 5. Desescalada

La primera intervenció que s'hauria d'aplicar en tot pacient és un abordatge orientat a la recuperació del control per part del mateix pacient. En els casos en què això és possible, s'ha d'ajudar el pacient a restablir l'autocontrol i fer-lo partícip de la resolució del quadre. En aquest sentit, s'ha descrit una tècnica de contenció verbal denominada tècnica de desescalada que ha permès reduir els quadres d'agitació en entorns sanitaris (29).

### Formació del personal (28)

- ✓ Els proveïdors d'atenció sanitària i social haurien d'oferir una formació al personal sobre la desescalada que els permeti:
  - reconèixer els primers signes d'agitació, irritació, ira i agressivitat,
  - comprendre les causes probables de l'alteració conductual, tant en general com per a cada usuari del servei,
  - utilitzar tècniques per a la distracció i la calma, i maneres de fomentar la relaxació,
  - reconèixer la importància de l'espai personal,
  - respondre a l'alteració conductual d'un usuari del servei d'una manera adequada, mesurada i raonable, i evitar la provocació.

### Principis generals

- ✓ Establir una estreta relació de treball amb els usuaris del servei a la primera oportunitat i controlar amb sensibilitat els canvis en el seu estat d'ànim o serenitat que puguin provocar alteració conductual.
- ✓ Separar els usuaris del servei agitats dels altres (utilitzant zones tranquil·les de la sala, dormitoris, habitacions de confort, jardins o altres espais disponibles) per ajudar a la desescalada, assegurant que el personal no quedi aïllat.
- ✓ Utilitzar una àmplia gamma d'habilitats verbals i no verbals i tècniques d'interacció per evitar o gestionar situacions desencadenats conegudes (*triggers*) (com ara rebutjar la sol·licitud d'un usuari del servei, demanar-li que deixi de fer alguna cosa que vol fer o demanar-li que faci alguna cosa que no vol fer) sense provocar agressivitat.

- ✓ Encoratjar els usuaris del servei a reconèixer els seus propis factors desencadenants i primers signes d'alerta d'alteració conductual, i a discutir i negociar els seus desitjos si s'agiten. Inclogueu aquesta informació en els plans d'atenció i en els plans de decisions anticipades.
- ✓ Comunicar respecte i empatia amb l'usuari del servei en totes les etapes de la desescalada.

### **Tècniques de desescalada**

- ✓ Si un usuari del servei s'agita, un membre del personal hauria d'assumir el paper principal en comunicar-se amb ell. Aquest membre del personal hauria d'avaluar la situació per seguretat, demanar aclariments amb l'usuari del servei i negociar per resoldre la situació d'una manera no conflictiva.
- ✓ Utilitzar tècniques de regulació emocional i d'autogestió per controlar les expressions verbals i no verbals d'ansietat o frustració (per exemple, la postura corporal i el contacte visual) quan es duu a terme una desescalada.
- ✓ Utilitzar una àrea o una habitació designades per reduir l'excitació o l'agitació emocional i ajudar l'usuari del servei a calmar-se. En els serveis on es practica l'aïllament, no utilitzeu habitualment la sala d'aïllament per a aquest propòsit perquè l'usuari del servei pot percebre això com una amenaça o càstig.

En general, la tècnica de desescalada consta de deu passos que permeten al pacient recuperar l'autocontrol a la vegada que faciliten al professional sanitari la gestió de l'episodi minimitzant els riscos (vegeu la figura 7).

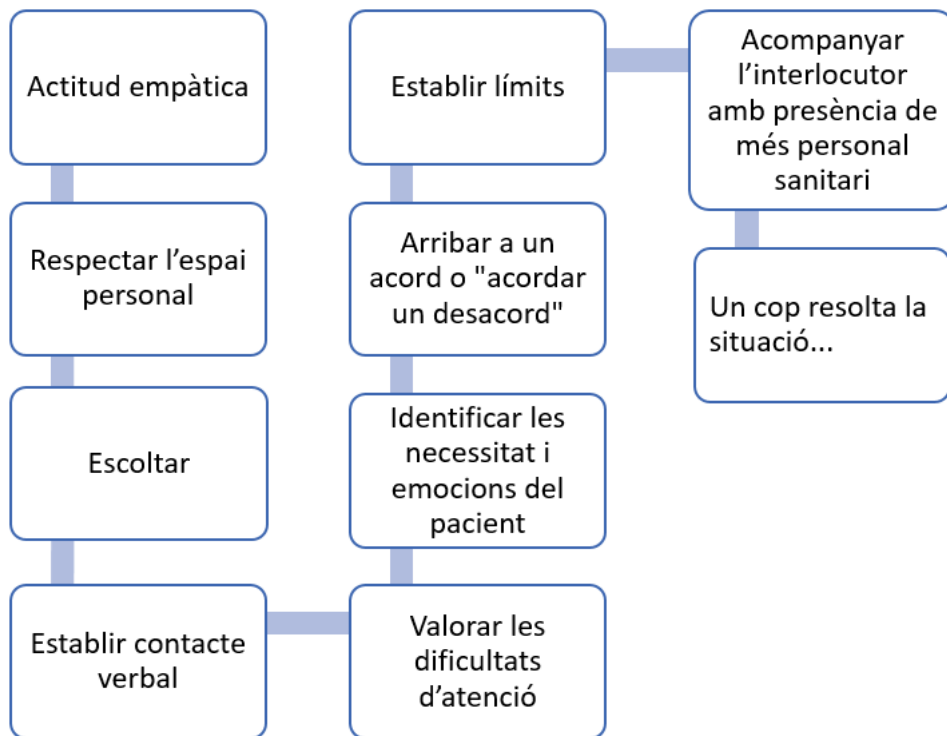


Figura 7. Passos de la tècnica de desescalada

Tal com s'ha indicat anteriorment, s'aplica en un entorn segur, per un equip format i especialitzat, tot seguint una sèrie d'indicacions o passos que es descriuen a continuació:

➤ Actitud empàtica

La conducta del professional sanitari que s'enfronta a qualsevol nivell d'agitació en un pacient hi ha de facilitar la connexió i evitar qualsevol conducta que promogui o incentivi l'empitjorament de l'estat d'agitació. La conducta verbal i no verbal han d'anar en aquesta direcció. Dins d'aquestes conductes s'ha de:

- Mostrar calma i control de la situació.
- Evitar judicis de valor.
- Parlar a poc a poc, baixet, amb to relaxat.
- Mantenir una postura relaxada, no estar amb els braços plegats, mostrar les mans obertes, etc.

➤ Respectar l'espai personal

Les persones en estats d'agitació senten por del que la situació pugui esdevenir. En aquest sentit, és recomanable respectar escrupolosament l'espai personal del pacient i establir:

- Una distància de seguretat per al pacient adequada a les seves necessitats.
- Si el pacient demana més espai o que els professionals canviïn de localització, és recomanable no oferir-hi resistència frontal, valorar si la demanda és factible i executar-la.
- Un contacte visual sintònic amb el pacient. No s'ha de mantenir la mirada de manera reptadora, però tampoc és adient evitar el contacte ocular.
- Oferir un entorn sense presència d'altres, que preservi la intimitat.

➤ **Escoltar**

Només a través de l'escolta podrem identificar els motius i tenir la serenor per conduir la situació. Durant la comunicació és important:

- Escoltar, demostrar que l'escoltem utilitzant estratègies assertives i mantenint contacte visual no invasiu: és important transmetre al pacient que el que li passa ens importa. Escoltar-lo i donar senyals de comprensió mostra el nostre interès i connecta el pacient amb nosaltres (i la solució).
- Comprovar que entenem el que el pacient vol expressar. Alguna vegada, i per mantenir la connexió amb el pacient, és interessant comprovar amb el pacient que hem entès allò que vol expressar fent un petit resum de manera humil. Si el pacient veu que hem entès el que li passa serà més capaç d'acceptar alguna de les propostes que li puguem fer.

➤ **Establir contacte verbal**

El contacte verbal és imprescindible per resoldre la situació d'agitació per molt agitat que estigui el pacient. És el canal de comunicació i la via per la qual podem arribar a pactar una resolució del quadre. S'ha de cuidar aquesta via en tot moment, respectar el pacient i informar-lo de les opcions més adients en cada moment. Durant la comunicació verbal cal:

- Establir un únic comunicador. Aquest és qui es comunica amb el pacient, i només aquest. És adient que el comunicador sigui una persona de confiança del pacient, indiferentment del càrrec o posició que ocupi dins el personal sanitari. És qui conduirà la desescalada i qui ajudarà el pacient en tots els passos. No obstant això, mai actuarà sol; sempre ha d'estar acompanyat de l'equip assistencial.
- Informar de qui és l'interlocutor: en els casos en què el pacient no conegui el personal sanitari, cal informar-lo del nom i càrrec que ocupa l'interlocutor. Això l'ajudarà a situar-se i també li mostrarà que la persona que l'atén s'identifica i és atent i sincer.
- Indicar que la funció de l'equip és mantenir-lo segur: tal com hem dit, el pacient agitat té por i dificultats per contenir-se. Cal transmetre confiança indicant que l'interlocutor (i l'equip) l'atenen per ajudar-lo a afrontar la situació de manera segura, i que ningú permetrà que algú rebi cap dany.
- Indicar que l'objectiu de la desescalada és que la persona recuperi el control de la situació, la simptomatologia i la seva conducta. En cap cas l'objectiu pot ser anul·lar la persona, sufocar l'agitació i provocar dany. L'objectiu és que de l'experiència actual el pacient en pugui aprendre eines que li permetin en el futur aconseguir-ho tot sol.
- Oferir una sortida argumental: és possible que el pacient estableixi una argumentació sobre els motius de la seva agitació (si n'hi ha). És millor no contradir-lo obertament i oferir sempre una sortida argumental per on el pacient pugui sentir-se comprès i avançar cap a un canvi de conducta més adequada.
- És recomanable l'ús de tècniques de maneig verbal com l'escolta activa, la validació emocional i l'assertivitat.
- No discutir: mai rebutrem obertament els arguments del pacient. Si cal reconduir un argument ho farem després d'escoltar-lo i pensant molt bé alguna alternativa factible, que proposarem en el moment més adient.
- Reforçar el missatge d'ajuda.

➤ Valorar les dificultats d'atenció

Una persona en procés d'escalada pot presentar dificultats d'atenció i de comprensió. Per tant, el llenguatge que utilitzem ha de ser al més simple possible



i ens hem d'assegurar la comprensió del pacient. Aquesta situació s'accentua en funció de possibles malalties subjacents que puguin estar actives en el moment de l'agitació (deteriorament cognitiu, discapacitat intel·lectual, delírium, etc.). Cal:

- Utilitzar frases curtes, paraules fàcils.
- Repetir el discurs de manera breu totes les vegades que sigui necessari.
- Mantenir l'atenció del pacient: un pacient que escolta i manté l'atenció és més procliu a arribar a una solució positiva. Escoltar amb atenció requereix esforç, i això dificulta que estigui planificant una altra acció potencialment violenta.

➤ Identificar les necessitats i emocions del pacient

Identificar els sentiments, necessitats i peticions i ajudar a interpretar-los pot apaivagar l'angoixa i, per tant, la font d'agitació. La por, la ràbia o la incomprensió són motius habituals en l'agitació, identificar-les serà útil per pensar en alternatives compatibles amb una solució satisfactòria. Cal tenir present:

- Ser imaginatiu, no ser massa restrictius i proposar alternatives positives i factibles. Mai imposar-ne una sobre una altra. Cal facilitar sempre que la persona (cuidador o família si la persona no hi pot participar) intervingui en l'elecció. Un pacient que tria i es compromet en una solució és més fàcil que hi col·labori.
- En proposar alternatives és oportú presentar-les amb les conseqüències més probables. Si el que proposa el pacient no és factible cal argumentar-ne el motiu.

Validar les decisions quan el pacient hagi triat una de les alternatives pactades.

➤ Arribar a un acord o "acordar un desacord"

Quan entrem en la part final del procés, un cop s'han produït els passos anteriors, hem de:

- Ser capaços d'arribar a un acord amb el pacient.
- Algunes vegades la situació pot arribar a un punt de desacord inamovible. Per tant, estaríem d'acord amb el desacord. És a dir, tractaríem d'assolir acords amb el pacient en qüestions generals.

Fins i tot, consensuar estar d'acord amb el fet de no coincidir amb les opinions o postures del pacient.

- Ho farem de manera calmada i sense cap to d'amenaça. Tan sols és un acord al voltant del qual, malgrat la disposició, no s'ha trobat una via d'acord.
- Tot seguit plantejarem l'alternativa més adient per ajudar a calmar el pacient segons el nostre punt de vista, l'anunciarem abans de fer-la efectiva i tot seguit procedirem sense donar més opcions.

➤ Establir límits

- Cal establir les normes per les quals s'ha de regir tothom al servei.
- Establir els límits de manera clara però no taxativa: tota conducta s'ha de regir dins uns marges de convivència, l'explicitació dels quals pot ajudar en la presa de contacte amb la realitat, cal indicar els límits que no poden ser transgredits.
- La fermesa no ha de ser autoritària. S'ha d'expressar de manera comprensiva i comprensible.

➤ Acompanyar l'interlocutor amb presència de més personal sanitari

- Una situació d'agitació pot requerir la presència de més personal sanitari que el mateix interlocutor. Aquest personal es presentarà amb finalitat dissuasiva, però ha d'estar preparat per intervenir si la situació requereix una contenció física o mecànica (tot i que l'objectiu és que no calgui fer-la).
- Per atendre una persona en estat d'agitació mai hi pot anar una persona sola. Sempre ha d'anar acompanyada com a mínim d'una segona persona. En els casos en què l'agitació comporta riscos d'actuació, és important que, a banda de l'interlocutor, hi hagi un grup de 4 a 5 persones més, en funció del nivell d'agitació.
- El nombre de personal sanitari ajuda el pacient a valorar alternatives, l'interlocutor a sentir-se segur, i permet un abordatge de la situació de manera segura en la majoria dels casos.
- L'equip estarà una mica més distant que l'interlocutor, en actitud calmada, en silenci i atent a la situació. Ha d'actuar només en el

moment que l'interlocutor ho indiqui i sempre de manera coordinada amb les indicacions d'aquest.

- L'objectiu de tota actuació és evitar riscos i lesions tant del pacient com de l'equip sanitari.

➤ Un cop resolta la situació

- Cal parlar amb els pacients i el personal que han presenciada la situació.
- Un episodi d'agitació pot esdevenir una situació estressant per a tothom: les persones ingressades, els professionals i els cuidadors.
- Després de qualsevol intervenció involuntària amb un pacient agitat, correspon a l'equip que va indicar i aplicar les intervencions restrictives la restauració de la relació terapèutica per pal·liar la naturalesa traumàtica de la intervenció coercitiva i disminuir el risc de violència addicional. Comenceu explicant per què la intervenció era necessària. Deixeu que el pacient expliqui l'esdeveniment des de la seva perspectiva. Exploreu alternatives per gestionar l'agressivitat si el pacient es tornés a agitar. Ensenyeu el pacient a demanar un temps d'espera i a expressar enuig. Expliqueu com els medicaments poden ajudar a prevenir actes de violència i escolteu l'opinió del pacient sobre si s'han tractat les seves preocupacions.
- Una vegada que el pacient està en calma, es pot planificar amb ell què és el millor: "Què funciona quan estàs tan molest com estaves avui? Què podem fer en el futur per ajudar-te a mantenir el control?"
- Quan un episodi d'agitació es resol favorablement és oportú agrair al pacient la seva col·laboració i reforçar el missatge positiu d'una resolució amb èxit.
- Convé, quan la situació s'ha redreçat, poder parlar amb tots els implicats per comprendre la situació, pensar alternatives i explicitar sentiments per poder-los treballar. L'equip ha de ser sensible a suggeriments per millorar l'abordatge en ocasions posteriors.

## **6.6 Annex 6. Aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya**

L'aplicació proactiva de seguretat dels pacients de Catalunya (PROSP Cat) és una eina de prevenció de riscos que permet millorar la seguretat dels pacients i ajuda tant a identificar com a gestionar el risc evitable (93).

Permet actuar abans que arribi al pacient i causi un dany perquè:

- ✓ Disposa de llistes de verificació informatitzades i estandarditzades que guien i faciliten la tasca diària dels professionals.
- ✓ Configura les variables per adaptar-les a la realitat de cada centre.
- ✓ Identifica àrees crítiques a partir dels quasiaccidents detectats de manera sistemàtica i proactiva.
- ✓ Disposa d'una comunicació eficaç dels quasiaccidents detectats.
- ✓ Planifica les activitats.
- ✓ Disposa d'un quadre de comandament informatitzat que facilita la presa de decisions.

L'aplicació PROSP Cat està en constant evolució i desenvolupament, s'adapta contínuament al que aprenem cada dia i incorpora noves llistes de verificació informatitzades i noves funcionalitats. A més, des del Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica s'ofereix formació per millorar la competència dels professionals per a la utilització de l'aplicació PROSP Cat (103).

Actualment, l'aplicació PROSP Cat incorpora més de 190 llistes de verificació informatitzades relacionades amb diferents processos assistencials. A la figura 8 es mostren alguns exemples de les llistes de verificació disponibles a l'atenció urgent, l'ús segur del medicament i la gestió de material.

Finalment, cal assenyalar que el PROSP Cat disposa d'una llista de verificació per dur a terme l'auditoria de la contenció mecànica.



Figura 8. Exemples de les llistes de verificació disponibles al PROSP Cat