

Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero

M. Teresa Sanz-Osorio¹, Marisa Jiménez Ordóñez², Mónica Rey Santiso³, Antoni Serrano-Blanco⁴, Montserrat Tiñena Amorós⁵, Olga Viñals Muela⁶, Miguel Ángel Escobar-Bravo⁷

¹Àmbit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa; ²Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Departament de Salut de Catalunya; ³Consorci Sanitari Integral Hospital Dos de Maig; ⁴Parc Sanitari Sant Joan de Déu. CIBERESP; ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁶Antic Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Centre Sociosanitari (CSdM). ⁷Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

Introducció

Actualment estem assistint a un canvi en la sensibilització, tant dels professionals com de la societat en general, per promoure estratègies que redueixin al màxim l'ús de les mesures de restricció física i desenvolupar estratègies preventives i/o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero.

Per mesures de restricció física s'entén “qualsevol acció o procediment que impedeix el moviment lliure d'una persona a una posició de la seva elecció i/o l'accés normal al seu cos mitjançant qualsevol mètode adjacent o subjecte al cos de la persona que no pot controlar o retirar-se fàcilment”¹.

Les mesures de restricció 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 costos². A més, les mesures 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, la seva utilització segueix essent una pràctica utilitzada 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, com exemple, podem citar la Fundació Maria Wolff i Norma Libera-Care, en l'àmbit de la geriatria, o el Projecte HU-CI, 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.

Aquestes experiències han demostrat que és un camí viable que millora molts aspectes assistencials clau com l'entorn, l'equipament, els recursos i la cultura de les institucions respecte a l'atenció al pacient, i que disminueix 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*³ s'han desenvolupat accions que contribueixen a millorar la seguretat del pacient. Una d'aquestes accions ha sigut la creació del grup de treball “Contenció Zero” el 2016, constituït per experts sanitaris, metges i infermers de diferents àmbits assistencials de diversos centres hospitalaris 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'alinea amb la resolució 314/XI del 13 d'octubre de 2016 del Parlament de Catalunya⁴, que insta “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”.

En aquest article es presenta el treball portat a terme pel Grup Contenció Zero del Departament de Salut de Catalunya.

Metodologia

Es va constituir el grup de treball multidisciplinari “Contenció Zero” el juny de 2016, format per 19 membres de diferents àmbits assistencials (geriatria, intensius, salut mental, sociosanitari, etc.) de diversos centres hospitalaris de Catalunya, que es van comprometre a treballar amb reunions presencials mensuals i a combinar-ho amb treball en

Correspondència: M. Teresa Sanz Osorio
Àmbit d'Atenció a la Salut Mental
Consorci Sanitari de Terrassa
Carretera Torrebónica s/n, 7a planta, dreta
08227 Terrassa
Tel. 937 003 600, ext. 7006
Adreça electrònica: msanz@cst.cat

línia, fins a finalitzar l'elaboració del document el desembre de 2018.

Es va revisar la literatura científica mitjançant cerques bibliogràfiques en les principals bases de dades biomèdiques (*Medline, SciELO, Cochrane Library i National Institute for Health and Care Excellence*, entre d'altres) en relació amb la freqüència d'ús de les mesures restrictives en adults i les estratègies emprades per evitar la seva utilització. Es van compartir protocols i manuals de procediments tant de les institucions participants com d'altres disponibles. Posteriorment es va avaluar la informació trobada i es va aportar l'experiència clínica del grup de treball junt amb la d'experts nacionals, fins que es va arribar al consens. També es va reunir amb integrants d'ActivaMent Catalunya Associació (Col·lectiu Actiu de Persones amb l'Experiència del Trastorn Mental).

Població diana

S'adreça a l'atenció d'usuaris majors de 18 anys que requeixen atenció hospitalària, comunitària o sociosanitària i presentin algunes d'aquestes situacions clíniques:

- Agitació: 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 finalitat determinada⁵. L'agitació es pot classificar en lleu –estat d'ansietat amb irritabilitat–, moderada –subagitació o agitació sense violència física–, i greu –aquella que comporta agressivitat manifesta contra persones o objectes⁵.

- Desorganització de la conducta amb potencial risc per a la seguretat: conductes estranyes o fora de context que posin en risc la integritat física, la vida, la continuïtat assistencial o les mesures terapèutiques (arrencament de vies, sondes, respiradors...) ^{1,2}.

- Postura física no ergonòmica: incapacitat de mantenir el cos en una postura ergonòmica correcta per evitar el lliscament, la rotació articular o la limitació de la capacitat respiratòria i la relació amb l'entorn. Tot i que hi ha diferents entitats que no contempen els mecanismes habituals de correcció postural com a contenció mecànica, el fet que el material emprat sigui similar o, fins i tot, de vegades el mateix, fa que el grup de treball hagi considerat necessari mencionar-los per a tenir en compte les potencials complicacions i riscos per a la persona que les requereix.

Resultats

S'ha elaborat un document, basat en l'evidència científica i en les darreres publicacions així com en el consens dels participants del grup i d'altres experts consultats, on es poden trobar un conjunt de recomanacions de caràcter pràctic, que consta dels següents punts: aspectes ètics, objectius, epidemiologia, població diana, definicions i tipus de contencions, mesures de prevenció, actuacions en cas

d'agitació, indicació, aplicació de contencions, conseqüències negatives de les contencions, normativa legal i indicadors d'avaluació.

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

A continuació, es destaquen els següents aspectes:

Definicions i tipus de contencions

El grup va definir la contenció com “conjunt de mesures psicològiques, ambientals, farmacològiques, físiques i mecàniques, que s'apliquen sobre un individu en situació de risc per la seguretat amb l'objectiu de modificar la conducta i/o postura, i reduir els riscos derivats de la seva alteració”.

Aquestes mesures poden ser no restrictives o restrictives (comporten una restricció de moviments i/o llibertat de desplaçament).

A la Taula 1 s'especifica quines actuacions corresponen a una o altra mesura. Entre les no restrictives destaca la tècnica de la desescalada⁶, definida com la intervenció verbal que pretén la recuperació de l'autocontrol per part del pacient i la seva màxima col·laboració en la resolució de l'episodi d'agitació (Taula 2), el maneig ambiental i el tractament farmacològic sense intenció sedativa amb l'únic objectiu de tranquil·litzar el pacient (Taula 3).

Entre les mesures restrictives es defineixen l'ingrés involuntari, l'aïllament, el tractament farmacològic amb intenció sedativa i, per últim, les mesures restrictives físiques que limiten els moviments de la persona a fi de controlar les seves activitats físiques: subjecció física, restricció mecànica i contenció mecànica.

Mesures de prevenció

Per disminuir l'ús de contencions mecàniques és necessari implementar de forma sistemàtica accions destinades a disminuir la incidència i gravetat dels episodis que provoquin el seu ús. Identifiquem les mesures de prevenció estàtiques, relacionades amb l'entorn hospitalari, i les dinàmiques, enteses com el conjunt de mesures que pertanyen a pràctiques terapèutiques habituals i que s'activen electivament en situacions de risc o d'agitació manifesta. Cadascuna d'elles es divideixen en subgrups (Figura 1).

Aquestes mesures estan dissenyades de forma genèrica, amb la finalitat que cada dispositiu assistencial, en funció de les característiques pròpies dels usuaris atesos, seleccioni les més adients (per exemple en unitats de cures intensives, psiquiàtriques, centres residencials, centres sociosanitaris, etc.).

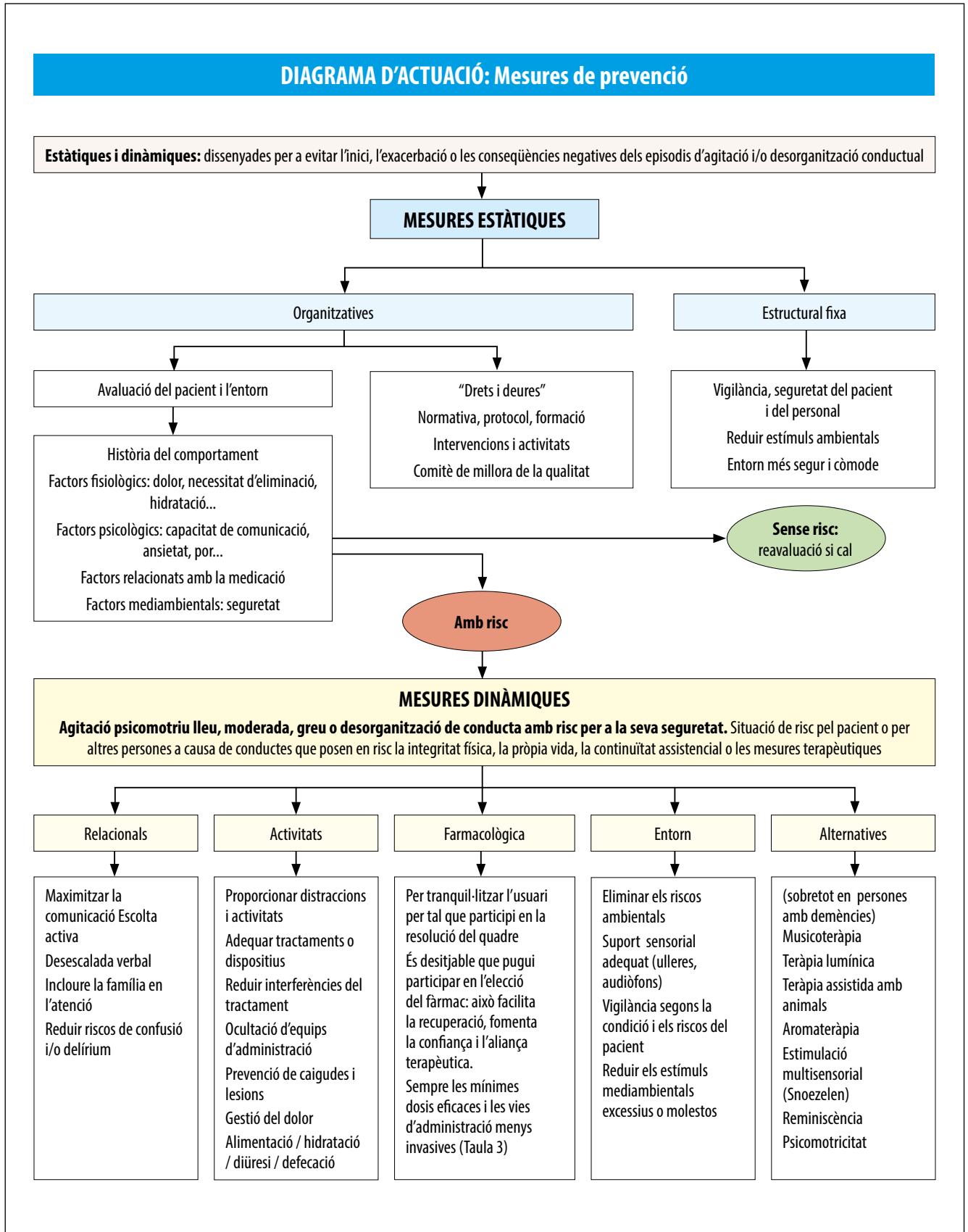


FIGURA 1. Diagrama d'actuació

TAULA 1. Tipus de contencions

TIPUS DE CONTENCIONS				
	Psicològiques	Ambientals	Farmacològiques	Físiques
No restrictives	Contenció verbal Desescalada	Maneig ambiental: mesures orientades a modificar les condicions ambientals durant l'ingrés	Medicació sense intenció sedativa	
Restrictives		Ingrés no voluntari: té unes consideracions legals al nostre entorn que són d'obligat compliment Aïllament amb porta oberta o tancada en funció dels requeriments de la persona	Medicació amb intenció sedativa	Subjecció o reducció física: utilització del cos del personal sanitari per limitar els moviments de l'usuari Restricció mecànica: mesures físiques que limiten el moviment sense estar lligades al cos (taules, baranes, coixins de falca...) Contenció mecànica: mesures físiques homologades lligades al cos de l'usuari

TAULA 2. Tècnica de desescalada

Tècnica de desescalada	
Actitud empàtica	La conducta del professional ha de facilitar el vincle terapèutic i evitar les conductes que empitjorin l'estat d'agitació. Les conductes verbal i no verbal han d'anar en aquesta direcció
Respectar l'espai personal	És recomanable respectar escrupolosament l'espai personal del pacient i establir una distància de seguretat adequada a les seves necessitats
Escoltar	És important escoltar i comprovar que s'ha entès el que l'usuari vol expressar. A través de l'escolta podem identificar els motius i tenir la serenor per conduir la situació
Establir contacte verbal	És imprescindible per resoldre la situació d'agitació. És recomanable l'ús de tècniques de maneig verbal com l'escolta activa, la validació emocional i l'assertivitat. Caldrà establir un únic comunicador i informar qui és, recordant en tot moment que l'equip està per mantenir-lo segur i que l'ajudarà a recuperar el control. Oferir una sortida argumental, evitar discussions
Valorar les dificultats d'atenció	És possible que la persona pugui presentar dificultats d'atenció i de comprensió; per tant, el llenguatge utilitzat ha de ser senzill i ens hem d'assegurar la seva comprensió. Aquesta situació s'accentua en funció de possibles malalties subjacents (deteriorament cognitiu, discapacitat intel·lectual, delírium, etc.)
Identificar les necessitats i emocions del pacient	Identificar els sentiments de por, la ràbia i/o incomprensió i ajudar a interpretar-los pot apaivagar l'angoixa i, per tant, la font d'agitació. Ens permetrà pensar en alternatives per a una solució satisfactòria. Cal ser imaginatiu, evitar ser massa restrictiu i validar les decisions quan la persona hagi triat una alternativa pactada
Arribar a un acord o "acordar un desacord"	Hem de ser capaços d'arribar a un acord amb l'usuari. En cas d'arribar a un punt de desacord inamovible, mostrarem de forma calmada i sense amenaçar que estem d'acord en què no ens poden posar d'acord. Posteriorment, plantejarem l'alternativa més adient, l'anunciarem abans de fer-la efectiva i, tot seguit, procedirem sense donar més opcions
Establir límits	Cal establir, de forma clara, les normes i límits pels quals s'han de regir tots els professionals i recordar els marges de convivència. La fermesa no ha de ser autoritària, s'ha d'expressar de forma comprensiva i comprensible
Acompanyar l'interlocutor amb presència de més personal sanitari	Una situació d'agitació pot requerir més personal. Aquest personal es presentarà amb finalitat dissuasiva. L'equip mantindrà una actitud calmada, en silenci, i estarà atent a la situació. L'objectiu de tota actuació és evitar riscos i lesions tant per l'usuari com per l'equip
Un cop resolta la situació	Quan un episodi d'agitació es resol favorablement és oportú agrair a l'usuari la seva col·laboració i reforçar el missatge positiu d'una resolució amb èxit Després de qualsevol intervenció involuntària amb un pacient, correspon a l'equip que va indicar i aplicar aquestes intervencions la restauració de la relació terapèutica Exploreu alternatives per gestionar el comportament si tornés a ocórrer Expliqueu com els medicaments poden ajudar a controlar-se S'ha de tenir cura de la família de l'usuari Finalment, convé parlar amb tots els professionals implicats per comprendre la situació, pensar alternatives i explicitar sentiments per millorar l'abordatge en posteriors ocasions

TAULA 3. Aspectes relacionats amb la farmacologia

Aspectes relacionats amb la farmacologia	
Selecció del fàrmac	<p>Valorar les característiques del pacient, així com l'eficàcia i propietats del fàrmac tranquil·litzant, la farmacocinètica i la seguretat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapidesa en l'inici d'acció • Durada d'acció curta • Absència de metabòlits actius i d'acumulació del fàrmac • Mínims efectes secundaris • Escasses interaccions farmacològiques • Escasses contraindicacions <p>És preferible la monoteràpia que l'ús combinat de fàrmacs per tal de minimitzar les interaccions farmacològiques i els efectes adversos</p>
Dosi	S'ha d'utilitzar la dosi mínima eficaç que permeti tranquil·litzar el pacient, de forma 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 reduir la dosi o suspendre el fàrmac un cop el pacient s'hagi estabilitzat
Via d'administració	Sempre que sigui possible, la via oral o la inhalada seran la primera opció, especialment en els casos menys greus. Quan sigui rebutjada o resulti inapropiada, el fàrmac s'administrarà per via parenteral, concretament per via intramuscular. La via intravenosa només s'utilitzarà de forma excepcional i amb extrema prudència, supervisant i vigilant el pacient, en unitats especials com ara una unitat de cures intensives

Conclusions

La disminució o retirada de contencions mecàniques és un camí viable que precisarà d'una evolució i adequació del sistema sanitari, que se centri en la prevenció i millori els aspectes assistencials clau en l'atenció al pacient. Amb aquesta finalitat es posa a disposició dels professionals sanitaris de Catalunya un document de consens sobre la contenció mecànica zero per disminuir i, en tant que sigui possible, evitar la utilització de dispositius de contenció mecànica mitjançant l'aplicació de mesures de prevenció per a evitar l'inici, l'exacerbació i/o les conseqüències negatives dels episodis d'agitació i/o desorganització conductual, prioritzant la dignitat i la seguretat dels pacients.

Agraïments: a la resta dels membres del Grup de Treball de Contenció Zero del Departament de Salut (en ordre alfabètic): Luis Mariano Barrancos Simal, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Núria Bosch Ros, Hospital Santa Caterina-Institut d'Assistència Sanitària; Ester Castan Campanera, Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Hospital de Santa Maria; M. Alba Comellas Padró, Fundació Althaia de Manresa; Sandra Escobar Jorqueras, Hospital de Viladecans; M. del Mar Fernández Adarve, Centre Sociosanitari Bernat Jaume; Edurne Justo Nevado, Consorci Sanitari del Garraf; Clara Llubià Maristany, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Àlex Marieges Gordo, Sant Joan de Déu - Terres de Lleida; Lydia Martín González, Hospital de Viladecans; David Pérez de García,

Hospital Plató; Silvana Piñeiro Bottinelly, Hospital Plató; Gabriel Pulido Moreno, Hospital Benito Menni, Germanes Hospitalàries; Teresa Roigé Cortadelles, Consorci Sanitari Integral, Hospital Dos de Maig; Manuel Sánchez Pérez, Hospital Sagrat Cor, Germanes Hospitalàries; Isabel Terron Huici, Departament de Salut.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP, International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Nov; 64 (11): 2307-10.
2. Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Aznar Lou I, Baladón Higuera L, Gibert K, Gracia Canales A et al. Inpatient costs of agitation and containment in an urban area. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 6;17(1):212.
3. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. 2016. Direcció General de Planificació en Salut. Consultable a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf. Accés el 15 d'octubre de 2018.
4. 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). Consultable a: <https://www.parlament.cat/document/bopc/179063.pdf>. Accés el 15 d'octubre de 2018.
5. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV et al. Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Sep;44(5):166-77.
6. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012; 13(1):17-25.