

Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives: avançant cap a la contenció mecànica zero

María Teresa Sanz-Osorio¹, Antoni Serrano Blanco², Laura Navarro Vila³, Glòria Oliva Oliva⁴, Clara Pareja Rossell⁵, Manel Rabanal Tornero⁶

¹Grup de recerca en Diagnòstics i Intervencions Complexes en Salut des de l'Ocupació i la Cura (OCCARE). Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, Spain.; ²Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Consorci de Investigació Biomèdica en Red de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); ³Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; ⁴Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; ⁵Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; ⁶Subdirecció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Introducció

Les intervencions restrictives, enteses com el conjunt de mesures que s'apliquen sobre un individu, que dificulten o limiten la seva llibertat de moviments, tot i que suposen una 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). La seva utilització segueix essent una pràctica estesa en molts àmbits de la sanitat, inclosa l'atenció domiciliària.

En les dues últimes dècades s'han realitzat nombrosos estudis, tant a Europa com als Estats Units, sobre l'aplicació d'intervencions restrictives i, més específicament, de les contencions mecàniques; la majoria d'aquests estudis estan centrats en pacients psiquiàtrics i residències geriàtriques, amb resultats molt heterogenis.

Aquestes variacions en les taxes de contenció s'han atribuït més a la cultura, la comunicació i la formació de l'equip i, fins i tot, a la política del centre que als requisits clínics o de seguretat. La manca d'un marc legislatiu comú pot haver contribuït a aquestes diferències d'utilització.

En menor mesura, s'ha analitzat el nombre d'accidents

ocasionats pel seu ús, així com els efectes negatius que té aquesta mesura sobre la salut dels pacients en incrementar la complexitat de l'estat de salut de la persona atesa, els riscos i el cost de la seva assistència^{1,2}.

Com exemple, cal destacar que de les 18 notificacions realitzades mitjançant el Sistema de notificació d'incidents de seguretat dels pacients de Catalunya (SNiSP Cat)³ relacionades amb contencions (0,01% del total de notificacions), en 16 casos l'esdeveniment advers ha estat catastròfic, provocant o contribuint a la mort de la persona, i en els altres 2 casos la gravetat s'ha classificat com esdeveniment advers de situació crítica, que ha produït una situació propera a la mort.

Degut al canvi en la sensibilització, tant dels professionals com de la societat en general, s'estan promovent programes que redueixin al màxim l'ús d'intervencions restrictives i s'estan desenvolupant estratègies preventives i/o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero.

Per aquets motius, des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'ha desenvolupat el document *Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero*⁴, amb l'objectiu de posar a disposició dels professionals i de les institucions sanitàries i socials estratègies per a reduir l'ús d'intervencions restrictives, per avançar cap a la contenció mecànica zero en població adulta a Catalunya. En aquest article es fa un resum de les recomanacions i de les conclusions més rellevants d'aquest document.

Metodologia

S'ha actualitzat el document elaborat el desembre de 2018 pel grup de treball multidisciplinari Contenció Zero del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

S'ha elaborat un document basat en l'evidència científica i en les darreres publicacions, així com en els suggeriments

Correspondència: M. Teresa Sanz Osorio
Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa
Fundació per a la Docència Sant Llàtzer
C/ de la Riba, 90
08221 Terrassa
Tel. 937 837 777 ext. 229
Adreça electrònica: maite sanz@euit.fdsll.cat

ments de professionals 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 *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*⁵.

Resultats

Els resultats es presenten en tres apartats. En primer lloc, es defineixen les mesures de prevenció, on s'identifiquen nou elements clau distribuïts en dos subapartats; posteriorment, s'identifiquen les actuacions professionals davant de pacients en estats d'alteració conductual; per últim, es presenta la gestió de l'alteració conductual de les persones ateses en diferents entorns assistencials i socials.

1) Mesures de prevenció: són accions que s'han d'implementar de forma sistemàtica, destinades a disminuir la incidència i la gravetat dels episodis que puguin afavorir l'ús de les restriccions.

a) 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.

- Principis per a la gestió de l'alteració conductual. En aquest punt quedarien inclosos aspectes com la millora de l'experiència d'usuari del servei, la formació del personal en la gestió de l'alteració conductual, implicar els usuaris del servei en la presa de decisions i prevenir les vulneracions dels drets dels usuaris.

- Anticipar i reduir el risc d'alteració conductual: reduir l'ús d'intervencions restrictives mitjançant aspectes com la formació del personal o l'establiment d'un programa de reducció de la intervenció restrictiva.

- Avaluació del pacient i de l'entorn, mitjançant l'elaboració de procediments normalitzats com ara protocols, guies o manuals.

- Aspectes relacionats amb l'estructura, els espais i les instal·lacions, a nivell ambiental, de seguretat, de mobiliari o d'arquitectura.

b) 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.

- Intervencions relacionals: maximitzar la comunicació, incloure a la família en l'atenció sempre que estigui indicat i sigui possible, i reduir riscos de confusió o *delirium*.

- Intervencions sobre activitats. Es pretén proporcionar distraccions i activitats sempre que estigui indicat, sigui possible i segur; adequar tractaments o dispositius el més aviat possible; implementar mesures per reduir interferències

del tractament i ocultació dels equips d'administració de medicació o monitoratge; implementació de mesures de prevenció de caigudes i prevenció de lesions basades en l'evidència; proporcionar una adequada gestió del dolor; i proporcionar una adequada atenció a les necessitats bàsiques d'alimentació, hidratació, diüresi i defecació de la persona.

- Intervencions farmacològiques, mitjançant la valoració d'aspectes com la selecció del fàrmac, la dosi, la duració del tractament i la via d'administració més adients.

- Intervencions generals sobre l'entorn. Aquestes intervencions fan referència a aquelles mesures destinades a eliminar els riscos, al suport d'entrada sensorial adequada, a proporcionar més vigilància segons la condició i els riscos del pacient, i a reduir els estímuls mediambientals excessius o molestos.

- Intervencions complementàries. S'inclouen en aquest apartat aquelles intervencions que, en funció de la persona, poden estar aconsellades com ara la musicoteràpia, l'artteràpia, etc.

La Figura 1 mostra el diagrama d'actuació en les de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives.

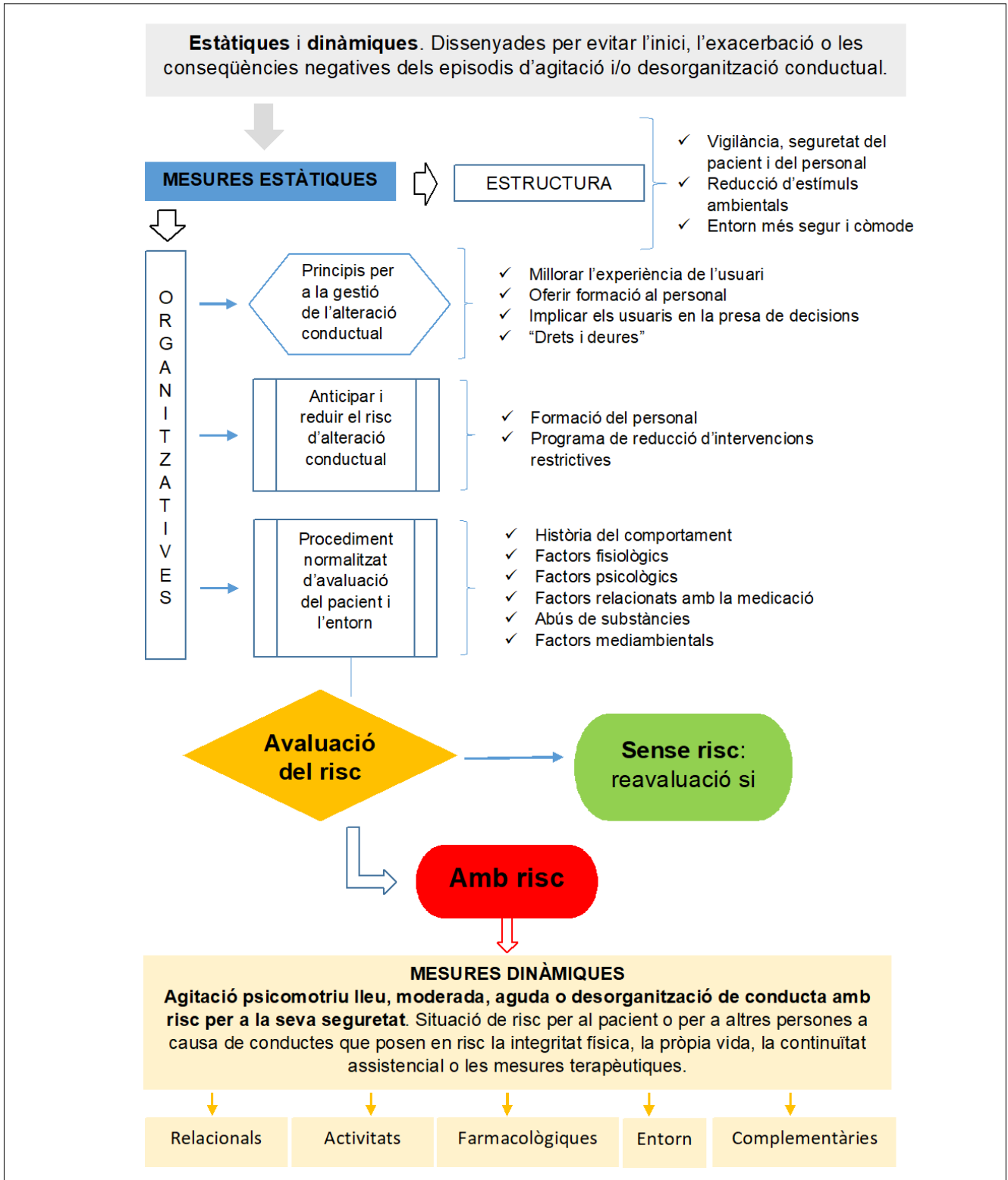
2) Actuacions professionals davant de pacients en estats d'alteració conductual segons el nivell d'agitació (lleu, moderat o greu). En cas de persones amb estat cognitiu alterat (demència, *delirium*, intoxicacions per substàncies, etc.), es pot identificar la desorganització conductual sense risc per al pacient o l'entorn, o la desorganització conductual amb risc per al pacient o l'entorn. Segons les manifestacions i característiques de la persona, es duren a terme unes intervencions o altres (Figura 2).

3) Gestió de l'alteració conductual de les persones ateses en diferents entorns assistencials i socials:

- Gestió de l'alteració conductual de les persones ingressades en sales d'hospitalització psiquiàtrica. Inclou la intervenció per anticipar l'alteració conductual de les persones; la formació dels professionals, el personal i l'equipament; les intervencions no restrictives (teràpia d'observació directa i desescalada verbal); les intervencions d'aïllament, subjecció física i contenció; el tractament farmacològic urgent i, per últim, l'informe immediat i la revisió formal posterior.

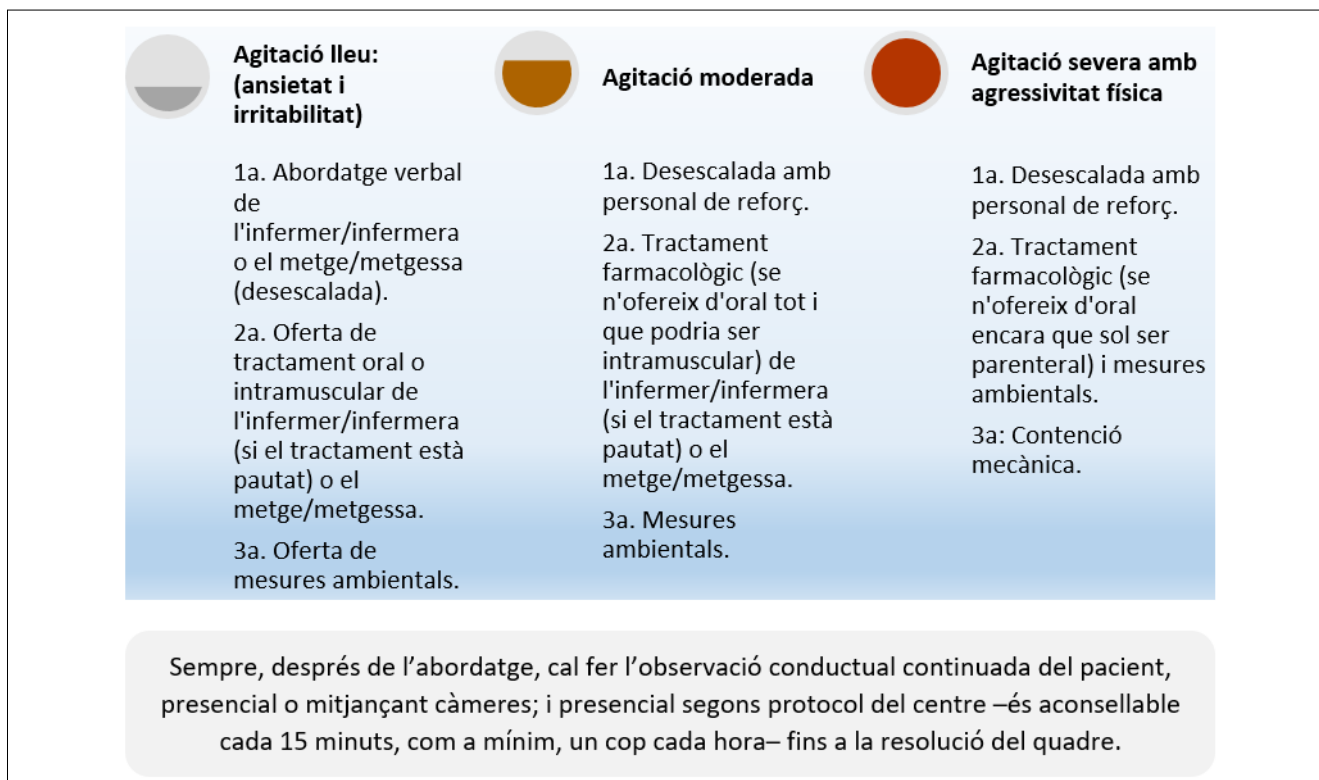
- Gestió de l'alteració conductual de les persones ateses en entorns comunitaris i d'atenció primària. Es valoren aspectes de desenvolupament de polítiques, la formació de professionals i la gestió de l'alteració conductual de la persona atesa.

- Gestió de l'alteració conductual de les persones ateses als serveis d'urgències. Es defineixen as-



FONT: Referència 4.

FIGURA 1. Diagrama d'actuació en les mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives



FONT: Referència 4.

FIGURA 2. Classificació general dels tres tipus d'estats d'agitació i els procediments d'atenció utilitzats en la contenció

pectes relacionats amb la formació i la dotació del personal, i la prevenció de l'alteració conductual de la persona atesa, així com aspectes específics de la gestió de l'alteració conductual en dispositius d'atenció urgent.

- Gestió de l'alteració conductual a gerontogeriatria. Inclou la formació dels professionals i aspectes relacionats amb la gestió de l'alteració conductual de les persones ateses.

- 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 la gestió precoç de l'alteració conductual, així com l'aplicació de mesures restrictives de menys a més grau de restricció. En aquest sentit, és fonamental el desenvolupament de polítiques actualitzades sobre la gestió de l'alteració conductual en les persones, desenvolupades pels proveïdors d'atenció sanitària i social.

Conclusions

- 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 (en resum, serien formació, protocols, entorn i estructura) i mesures de prevenció 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.

Agraïments: Aquest document no hauria estat possible sense la col·laboració i ajuda incondicional de molts professionals. Es vol agrair, en especial, a la nostra companya Marisa Jiménez Ordóñez† la seva qualitat professional i humana. A tots els membres del grup de treball Contenció Zero, del Departament de Salut, es vol agrair igualment la seva contribució a l'equip revisor del document *Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives: avançant cap a la contenció mecànica zero*, per la seva dedicació, confiança i suport.

NOTA

Els autors declaren que no hi ha conflictes d'interès.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, 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*. 2015;15(1):1-13.
2. Sanz Osorio MT, Monistrol Ruano O, Morillo García E, Martos Torres P, Andrés L, Escobar Bravo MA. Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica. *Annals de Medicina*. 2020;103(3):122-6.
3. Seguretat dels Pacients. Sistema de notificació i gestió d'incidents de seguretat del pacient de Catalunya (SNiSP Cat). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Consultable a: <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/>. Accés el 26 de març de 2024.
4. Generalitat de Catalunya. 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.
5. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings: Updated edition. NICE Guideline, No. 10. Londres: British Psychological Society (UK); 2015. Consultable a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>. Accés el 4 d'abril de 2024.