



Contenzione fisica in ospedale

Infermiere Francesca Marchetti, Sabrina Fontana e Tiziana Turrin

*Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia
Tel. 051 6363413 - 6363457
Fax. 051 6363025 - 6363500*

E-mail: servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it

Web: www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html

INTRODUZIONE

L'obiettivo della nostra ricerca è di individuare delle evidenze scientifiche in merito all'uso appropriato della contenzione fisica in ospedale al fine di conoscerne i rischi e i benefici e per ridurne l'utilizzo.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata effettuata consultando le banche dati internazionali. Le parole-chiave utilizzate sono state: "physical restraint" e "use restraints". È stata esclusa dalla ricerca, la contenzione fisica nei pazienti affetti da patologie psichiatriche e nei reparti di psichiatria.

RICERCA	DOCUMENTI RILEVATI	DOCUMENTI SELEZIONATI
MEDLINE	50	15
CDR DATABASE	3	0
COCHRANE	3	0
BANDOLIER	0	0
NCG National Guidelines Clearinghouse	1	1
SIGN	0	0
New Zealand Guidelines	0	0
AHRQ	1	1
RCN	0	0
CMA	0	0
eGUIDELINES	0	0
EBN UNIVERSITÀ DI YORK	0	0
THE JOANNA BRIGGS	2	1

DEFINIZIONE

I mezzi di contenzione fisici Sono dispositivi meccanici che limitano i movimenti di tutto, o parte, del corpo del paziente. sono usati per proteggere un paziente o gli altri da danni che potrebbero derivare da un comportamento non sicuro o non adatto.

Ragioni per le quali gli infermieri utilizzano la contenzione fisica

- pazienti a rischio di caduta;
- pazienti che interferiscono sulla somministrazione della terapia;
- pazienti con tendenza a perdersi;
- pazienti con stato d'agitazione;
- i comportamenti del paziente sono percepiti come fastidiosi dal personale o dagli altri pazienti;
- la presenza di molti pazienti rispetto agli infermieri.

Ragioni individuate dai ricercatori come giustificazione all'uso della contenzione fisica

- necessità di controllo sul comportamento del paziente;
- mancanza di conoscenza circa l'uso alternativo alla contenzione;
- per aumentare la sicurezza del paziente;
- limitata capacità di valutazione dei comportamenti;
- paura di controversie legali;
- mancata conoscenza degli effetti negativi della contenzione;
- collaborazione interdisciplinare scarsa.

Rischi e benefici associati all'uso di contenzione fisica:

Rischi:

- ⊖ *Aumento del numero delle cadute;*
- ⊖ *Morte spesso causata da strangolamento, asfissia o traumi;*
- ⊖ *Aumento del livello di confusione;*
- ⊖ *Gli effetti potenziali dell'immobilizzazione includono: contratture, ulcere da decubito, polmoniti, incontinenza urinaria, riduzione dell'iniziativa e della forza fisica;*

Benefici:

- ⊕ Non esistono prove documentate che l'uso della contenzione riduca l'incidenza di cadute o diminuisca il livello d'agitazione del paziente;

DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

Parametri del protocollo

1. Gli interventi restrittivi devono essere usati quando efficaci o quando le procedure non contenitive non hanno prodotto le modifiche comportamentali sperate. Il tipo d'intervento restrittivo dovrebbe essere determinato dopo:
 - ♣ valutazione del paziente, modifiche ambientali o situazionali;
 - ♣ che siano stati identificati i fattori predisponenti e se possibile eliminati;
 - ♣ la consultazione con altri professionisti (medico) se necessario;
 - ♣ sia stato ottenuta la prescrizione medica all'intervento contenitivi.
2. Le controindicazioni all'uso della contenzione devono essere valutate caso per caso prima di attuare interventi restrittivi.

3. Gli interventi restrittivi devono essere spiegati e discussi in modo da essere comprese dal paziente, dalla sua famiglia o dai suoi congiunti.
4. Il paziente deve essere costantemente controllato e devono essere soddisfatti i suoi bisogni.
5. In situazioni d'emergenza, per proteggere il paziente o gli operatori da lesioni, le misure di contenzione possono essere attuate ma l'ordine medico deve essere ottenuto entro breve.
6. Ordini telefonici o verbali devono essere controfirmati dal medico entro 24 ore da quando l'ordine è stato dato.
7. Per prolungare la contenzione deve essere ottenuto il consenso scritto entro 24 ore dall'inizio della stessa.
8. L'uso di misure meno restrittive dovrebbe essere tentato periodicamente ed i suoi effetti documentati.
9. I membri dello staff dovrebbero essere addestrati per l'implementazione ed il monitoraggio degli interventi restrittivi raccomandati.

PROTOCOLLO MULTIDISCIPLINARE

Se il comportamento del paziente lo rendono pericoloso per se stesso o per gli altri, l'infermiere responsabile può decidere di implementare il protocollo per l'uso della contenzione.

L'educazione dello staff o la presenza di un infermiere esperto nell'uso della contenzione è utile per ridurre la sua applicazione.

E' importante che l'infermiere responsabile coinvolga, nel pianificare la contenzione, i colleghi ed il medico, in modo che egli possa o approvare la contenzione o modificare la terapia.

PROTOCOLLO PER LA CONTENZIONE FISICA

PROCEDURA	PUNTI CHIAVE
1. Una valutazione deve essere svolta per capire se esistono fattori che inducono lo stato d'agitazione quali fattori ambientali, temporali, dolore ecc.	1.a. il risultato della valutazione deve essere riportato nella documentazione infermieristica. 1.b. la diagnosi infermieristica come "alto rischio di lesione" o "potenziale rischio d'aggressività" deve essere riportata nel piano assistenziale.
2. Tentativi devono essere fatti per modificare o eliminare i fattori di rischio.	2.a. la consultazione con esperti dovrebbe essere compiuta se necessario. 2.b. la documentazione infermieristica dovrebbe riportare tutte le misure adottate e risultate efficaci.
3. Se i comportamenti pericolosi o lesivi del paziente continuano nonostante i tentativi di eliminare i fattori scatenanti	3.a. la documentazione infermieristica deve riportare: → che l'intervento è clinicamente

<p>è necessario ricorrere alla contenzione fisica.</p>	<p>giustificato; → che altri interventi meno restrittivi sono stati tentati prima; → che le condizioni del paziente sono state prese in considerazione; → che è stato ottenuto l'ordine medico per attuare la contenzione.</p>
<p>4. Il paziente o chi lo rappresenta dovrebbero essere coinvolti nel processo decisionale quando ritenuto appropriato. Educare la famiglia del paziente circa l'uso della contenzione.</p>	<p>4.a. i rischi ed i benefici, incluso il diritto di preservare la dignità e al costo di possibili rischi alla sicurezza del paziente devono essere spiegati in modo comprensibile. 4.b. il consenso all'uso della contenzione fisica deve essere ottenuto dal paziente o dal suo familiare di riferimento.</p>
<p>5. E' necessaria la prescrizione medica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'ordine deve essere limitato nel tempo (se il paziente durante questo periodo si tranquillizza la contenzione deve essere rimossa); ➤ L'ordine deve essere scritto per un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato; chi attua e chi rimuove la contenzione deve conoscere questa regola; ➤ Deve essere specificato il tempo d'inizio e di fine della contenzione; il medico deve indicare il tipo, il motivo, e il tempo d'utilizzo della contenzione; ➤ La massima durata della contenzione deve essere di 24 ore. 	<p>5.a. la Commissione Congiunta per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (JCAHO) ha definito che il tempo massimo di un ordine medico scritto per l'uso della contenzione o per l'isolamento può andare da un tempo di quattro ore fino al massimo di 24.</p>
<p>6. Se durante il primo periodo dopo la contenzione, il paziente si presenta ancora aggressivo o pericoloso, la restrizione può essere riapplicata senza nuovo ordine medico.</p>	<p>6.a. in cartella il medico deve avere chiaramente descritto che il comportamento è parte dello stesso episodio che provocò i primi provvedimenti; 6.b. la durata totale della contenzione senza ulteriore prescrizione non deve eccedere le 24 ore.</p>

<p>7. Un nuovo ordine medico è necessario se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vi è un comportamento diverso; ➤ Se la contenzione è necessaria per un periodo di tempo superiore al limite; ➤ Ogni 24 ore. 	
<p>8. Mentre la contenzione fisica è in uso il paziente deve essere controllato ogni 30 minuti.</p>	<p>8.a. il controllo non è limitato all'osservazione, ma comprende il monitoraggio delle condizioni cliniche, dell'orientamento, del corretto posizionamento dei presidi contenitivi, della motilità, sensibilità delle estremità legate.</p> <p>8.b. le osservazioni devono essere riportate nella documentazione infermieristica.</p>
<p>9. Il paziente sarà rilasciato dalla contenzione al massimo ogni due ore.</p>	<p>9.a. la necessità di liberare il paziente è per consentirgli di bere, mangiare, andare in bagno o altre attività di vita;</p> <p>9.b. il tempo in cui il paziente è liberato e le attività che compie devono essere documentate.</p>
<p>10. Se il paziente ha avuto bisogno di 24 ore di contenzione continua o ci sono stati più quattro episodi di agitazione in una settimana è necessario rivalutare gli interventi contenitivi.</p>	<p>10. Possibili alternative da considerare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Cambiare gli interventi di contenzione; → Cambiare le dosi dei farmaci; → Usare diversi interventi comportamentali.

INTERVENTI SPECIFICI PER LA RIDUZIONE DELL'USO DELLA CONTENZIONE

- ♣ Assicurarsi che tutto il personale abbia avuto un corso di aggiornamento sulla contenzione, in particolare che siano state diffuse le metodiche alternative alla contenzione.
- ♣ In tutti i modi possibili, trattare e/o eliminare le cause o la necessità all'uso della contenzione. Assicurarsi di aver capito e pienamente valutato la storia del paziente al fine di determinare il perché la contenzione sia già stata usata.
- ♣ Tentare in alternativa i seguenti interventi:
 - ◆ *Compagnia e sorveglianza:*
 - Fare in modo che il paziente non stia da solo,
 - Possono stare con lui il personale, familiari, volontari o amici;

- Ciò è soprattutto importante durante le ore notturne;
- ◆ *Cambiare e/o modificare fastidiosi trattamenti:*
 - Alimentazione per os invece che quell'endovenosa o tramite sng;
 - Rimozione di cateteri e drenaggi.
- ◆ *Modifiche ambientali:*
 - Aumentare la luce;
 - Mettere il paziente vicino alla guardiola;
 - Mettere il materasso per terra;
 - Non mettere le sponde;
 - Creare un ambiente tranquillo;
 - Dare vicino il campanello;
 - Rispondere subito al campanello;
 - Avere presidi speciali (letti più bassi, poltrone ecc).
- ◆ *Usare la reality-orientig teraphy (ROT) o altri interventi psicosocial:*
 - Coinvolgere il paziente nella conversazione;
 - Avere dei riferimenti disponibili (calendario, televisione, radio, orologio);
 - Uso del tocco terapeutico;
 - Utilizzare attività d'ascolto.
- ◆ *Diversivi e attività mentali:*
 - Tv, radio, musica;
 - Attività ricreative;
 - Esercizi fisici;
 - Esercizi di ADL.

♣ Se è necessario applicare la contenzione assicurarsi di applicarla correttamente.

CONCLUSIONI

Nella letteratura scientifica si registra una crescita esponenziale di articoli e di studi sul tema della contenzione fisica, a testimonianza della sensibilità e del sempre maggiore interesse per l'argomento, però non abbiamo trovato linee guida che esplicitano il grado dell'evidenze.

Analizzando il materiale reperito, possiamo concludere che:

1. l'educazione dello staff, sia infermieristico che medico, all'uso della contenzione fisica per implementare e monitorare gli interventi restrittivi, è utile per conoscerne i rischi e i benefici e ridurre l'utilizzo;
2. è necessaria la prescrizione medica scritta per l'intervento restrittivo;
3. la documentazione infermieristica deve sempre riportare: una valutazione iniziale del comportamento del paziente, gli interventi meno restrittivi tentati prima; l'ordine medico scritto ottenuto per attuare la contenzione, le misure restrittive adottate, il monitoraggio delle condizioni cliniche durante questo periodo e l'efficacia dell'uso della contenzione.

BIBLIOGRAFIA

Articoli discussi

- University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center. RESTRAINTS. Research-based protocol 1996 (revised 1997 Sep).
- Collège des médecins du Québec. Recommendations on the use of restraints and isolation. Clinical Practice guidelines. 1999.

Articoli consultati

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. 2001; capitolo 26
- The Joanna Briggs Institute. Physical restraint. Systematic Review Protocol.
- Lee D, Chan M, Tam E. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29 (1) 153-159
- Bertocci GE, Evans J. Injury risk assessment of wheelchair occupant restraint systems in a frontal crash: a case for integrated restraints. *J Rehabil*, 2000; 37 (5):573-89
- Owens MF. Patient restraints. Protection for whom? *JONAS Law Ethics Regul*, 2000; 2 (2): 59-65
- Thelot W, Guimond-Papai P. Physical restraints and older adults. *Can Nurse* 2000; 96 (2): 36-40
- Morrison EF, Fox S, Burger S, Goodloe L, Blosser J, Gitter K. A nurse-led, unit-based program to reduce restraint use in acute care. *J Nurs Care Qual* 2000; 14 (3): 72-80
- Mion LC, Fogel J, Sandhu S, Palmer RM, Minnick AF, Cranston T. Outcomes following physical restraint reduction programs in two acute care hospitals. *J Qual Improv* 2001; 27 (11): 605-18
- Bellido Perez M, Colell Areny E. Physical restraint in geriatric psychology. *Rev Enferm* 2001; 24 (2): 97-102
- Hancock CK, Buster PA; Oliver MS, Fox SW, Morrison E, Burger SL. Restraint reduction in acute care: an interdisciplinary approach. *J Nurs Adm* 2001; 31 (2): 74-7
- Werner PhD, Mendelsson MD. Nursing staff members intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J of Advanced Nursing* 2001; 35 (5): 784-791
- Scherer Y et al. Restrained patients: An important issue for critical care nursing. *Heart e Lung* 1993;vol. 22, No. 1: 77-83
- Leith B. The use of restraints in critical care. *J Can Crit Care Nurs* 1998; 9 (3): 24-8
- Leith BA. Canadian critical care nurses and physical restraints. *J Can Crit Care Nurs* 1999; 10 (1): 10-4
- Whitman GR, Davidson LJ, Sereika SM, Rudy EB. Staffing and pattern of mechanical restraint use across a multiple hospital system. *Nurs Res* 2001; 50 (6): 356-62
- Arbesman MC, Wright C. Mechanical restraints, rehabilitation therapies, and staffing adequacy as risk factors for falls in an elderly hospitalized population. *Rehabil Nurs* 1999; 24 (3): 122-8