



EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

La contenzione fisica in ospedale

Fontana S, Marchetti F, Turrin T. *La contenzione fisica in ospedale*, da Centro Studi EBN Attività 2001; 1: 67-73. Totale pagine 7.

Joanna Briggs Institute– Best Practice Vol 6 Issue 3 2002 *Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review*. Traduzione a cura di Fontana S. Totale pagine 4.

Joanna Briggs Institute– Best Practice Vol 6 Issue 4 2002 *Physical Restraint – Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review*. Traduzione a cura di Marchetti F, Mosci D, Fontana S. Totale pagine 5.

Definizione: la contenzione fisica è realizzata attraverso dispositivi meccanici che limitano i movimenti di tutto o parte del corpo del paziente. I mezzi di contenzione fisica sono usati per proteggere il paziente, o altri, da danni che potrebbero derivare da un comportamento non sicuro o non consono.

Obiettivo: 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 ridurre l'utilizzo.

Materiali e Metodi: la ricerca è stata effettuata attraverso Internet, prevalentemente dalle pagine del Centro Studi EBN del Servizio Infermieristico del S. Orsola Malpighi. I database consultati sono stati: National Guidelines Clearinghouse, CMA, AHRQ, The Joanna Briggs Institute, Medline, Cinahl. Sono stati reperiti 64 documenti di cui ne sono stati selezionati 22 in base a pertinenza, data, tipo di studio.

Risultati: l'esito della ricerca è stato positivo ed ha permesso di raccogliere indicazioni sull'appropriato uso dei mezzi di contenzione fisica. Ciò si realizza mediante una valutazione multidisciplinare dell'assistenza, che riduce l'utilizzo dannoso e non necessario dei mezzi contenitivi, e attraverso l'applicazione di un specifico protocollo.

Rischi e benefici associati all'uso della contenzione fisica:

Rischi:

- ⊗ Aumento del numero delle cadute;
- ⊗ Morte spesso causata da strangolamento, asfissia o traumi;
- ⊗ Aumento del livello di confusione;
- ⊗ Effetti potenziali dell'immobilizzazione: contratture, lesioni da decubito, polmoniti, incontinenza urinaria, riduzione dell'iniziativa e della forza fisica.

Benefici:

- ⊙ NON ESISTONO PROVE DOCUMENTATE CHE L'USO DELLA CONTENZIONE FISICA RIDUCA L'INCIDENZA DI CADUTE O DIMINUISCA IL LIVELLO D'AGITAZIONE DEL PAZIENTE.

Proposta di alternative alla contenzione

In alternativa alla contenzione possono essere intrapresi i seguenti interventi:

Compagnia e sorveglianza: il paziente non deve stare da solo, soprattutto durante le ore notturne. Possono stare con lui i familiari, i volontari, gli amici o il personale.

Cambiare e/o modificare trattamenti fastidiosi: preferire l'alimentazione per os rispetto a quella parenterale o tramite sondino naso gastrico; rimozione di cateteri e drenaggi.

Modifiche ambientali: aumentare la luce; collocare il paziente disorientato vicino alla guardiola; appoggiare il materasso per terra; non posizionare le sponde; creare un ambiente tranquillo; porre il campanello vicino alla persona e rispondere subito alle chiamate; disporre di presidi speciali (letti più bassi, poltrone ecc).

Usare la reality-orienting therapy (ROT) o altri interventi psicosociali: coinvolgere il paziente nella conversazione; fornire dei punti di riferimento (calendario, televisione, radio, orologio); utilizzare attività d'ascolto.

Diversivi e attività cognitive: tv, radio, musica; attività ricreative; esercizi fisici.

SE È NECESSARIO ADOTTARE LA CONTENZIONE ASSICURARSI DI APPLICARLA CORRETTAMENTE.

Perché si usa la contenzione secondo gli infermieri?

- Per proteggere i pazienti a rischio di caduta.
- Per consentire il trattamento terapeutico nei pazienti che interferiscono sulla somministrazione della terapia.
- Per custodire i pazienti che vagano e tendono a perdersi.
- Per proteggere i pazienti con stato d'agitazione.
- Per limitare i comportamenti del paziente che risultano fastidiosi per il personale o per gli altri pazienti.
- Per la gestione di troppi pazienti rispetto al numero degli infermieri.

Livelli di evidenza "The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery"

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione rivisitato.

Livello I Evidenza ottenuta da una ricerca sistematica di tutti i trials randomizzati controllati rilevanti.

Livello II Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.

Livello III.1 Evidenza ottenuta almeno un trials pseudo-randomizzato controllato (collocazione alternata o altri metodi).

Livello III.2 Evidenza ottenuta da studi comparativi con controlli concorrenti e assegnazione non randomizzata (studi per coorte), studi caso-controllo o serie di casi con un gruppo controllo.

Livello III.3 Evidenza ottenuta da studi comparati con controllo storico, due o più bracci singoli di studi, o una serie di casi senza gruppo di controllo parallelo.

Livello IV Evidenza ottenuta da serie di casi sia post-test o pre-test e post-test.

Perché si usa la contenzione secondo i ricercatori?

- Per necessità di controllo sul comportamento del paziente.
- Per mancanza di conoscenze circa le alternative alla contenzione.
- Per aumentare la sicurezza del paziente.
- Per limitata capacità di valutazione dei comportamenti.
- Per paura di controversie legali.
- Per mancata conoscenza degli effetti negativi della contenzione.
- Per collaborazione interdisciplinare scarsa.

Protocollo per la contenzione fisica

PROCEDURA	PUNTI CHIAVE
1. Deve essere svolta una valutazione 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. Devono essere fatti dei tentativi per modificare o eliminare i fattori di rischio.	2.a. devono essere consultati degli esperti se necessario. 2.b. la documentazione infermieristica deve 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, è necessario ricorrere alla contenzione fisica.	3.a. la documentazione infermieristica deve riportare che: • l'intervento è clinicamente giustificato; • prima sono stati tentati altri interventi meno restrittivi; • sono state prese in considerazione le condizioni del paziente; • è stato ottenuto l'ordine medico per attuare la contenzione.
4. Il paziente, o chi lo rappresenta, devono essere coinvolti nel processo decisionale della applicazione della contenzione quando ritenuto appropriato. Educare la famiglia del paziente rispetto l'uso della contenzione.	4.a. devono essere spiegati in modo comprensibile i rischi ed i benefici, della contenzione; 4.b. deve essere ottenuto il consenso all'uso della contenzione fisica dal paziente o dal suo familiare di riferimento.
5. E' necessaria la prescrizione medica: • 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.	
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.	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.
7. Un nuovo ordine medico è necessario se: • vi è un comportamento diverso; • se la contenzione è necessaria per un periodo di tempo superiore al limite; • ogni 24 ore.	
8. Mentre la contenzione fisica è in uso il paziente deve essere controllato ogni 30 minuti.	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, della sensibilità delle estremità legate. 8.b. le osservazioni devono essere riportate nella documentazione infermieristica.
9. Il paziente sarà rilasciato dalla contenzione al massimo ogni due ore.	9.a. la necessità di liberare il paziente è per consentirgli di bere, di mangiare, di andare in bagno o altre attività di vita; 9.b. documentare il tempo di rimozione dalla contenzione e le attività compiute.
10. Se il paziente ha avuto bisogno di 24 ore di contenzione continua o ci sono stati più di quattro episodi di agitazione in una settimana è necessario rivalutare gli interventi contenitivi.	10.a possibili alternative da considerare sono: • Modificare gli interventi di contenzione; • Rivedere le dosi dei farmaci; • Usare diversi interventi comportamentali.

Raccomandazioni

Sono state proposte altre raccomandazioni sulla base dei risultati di alcuni studi (livello III e IV):

1. ridurre la variabilità che esiste nella pratica clinica
 - è raccomandato che le organizzazioni ed gli erogatori di assistenza adottino un metodo standardizzato nell'uso dei dispositivi per la contenzione fisica;
2. ridurre il rischio di ferita:
 - la contenzione fisica dovrebbe essere usata soltanto come ultima risorsa e soltanto quando i potenziali benefici sono più grandi del danno potenziale;
 - se deve essere usata la contenzione fisica, è raccomandato che sia impiegato il minimo livello di contenzione che assicura la sicurezza della persona, o che facilita il trattamento;
 - una volta iniziata, l'esigenza della contenzione fisica dovrebbe essere rivalutata regolarmente.

Joanna Briggs Institute *Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review*

Professionisti Obiettivi

Durata offerta Numero partecipanti Sessioni di

Crediti Costi Informazioni

