

**Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2014/15**



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**CONTENCIÓN MECÁNICA Y CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA EN ANCIANOS  
INSTITUCIONALIZADOS**

**PHYSICAL OR MECHANICAL RESTRAIN AND  
NURSING CARE IN ELDERLY NURSING HOMES**

**Autor/a: HENAR MONGIL JORRIN**

**Tutor/a: EMILIA CASTRO MANRIQUE**

**Cotutor/a: VIRTUDES NIÑO MARTÍN y FÁTIMA MONGIL JORRÍN**

## RESUMEN:

- **Fundamento y objetivo:** La restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica usada con relativa frecuencia en centros asistenciales. El presente Trabajo de Fin de Grado se centra en la Contención mecánica en ancianos institucionalizados, desde el ámbito de la aplicación de las actividades y cuidados del profesional de enfermería. El objetivo es la profundización e indagación del estado de la cuestión desde una perspectiva geriátrica para valorar los conocimientos enfermeros para una aplicación adecuada de cuidados a pacientes ancianos con restricciones.
- **Material y métodos:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la literatura con el fin de identificar los factores relacionados con la contención mecánica en ancianos institucionalizados, utilizando recursos electrónicos. Se han utilizado vía internet las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science y Google Scholar. Tras la lectura de los artículos, se puede observar un déficit de trabajos y escasos conocimientos sobre las restricciones, lo que nos llevo a una segunda búsqueda en inglés de todo lo publicado en los últimos tres años.
- **Conclusiones:** El resultado es la identificación de los elementos esenciales del concepto de contención mecánica que incluye definirla como una terapia realizada por enfermería y pautada por el médico que implica una inmovilización de una parte o total del cuerpo del paciente. Debemos saber reconocer los riesgos auto/heterolesivos que preceden a la contención mecánica, así como destacar la importancia de unificar criterio y una formación específica del equipo que la realiza. Es esencial disponer de un concepto claro de contención mecánica para poder proporcionar a los pacientes unos cuidados óptimos.
- **Palabras clave:** Restricciones Físicas. Ancianos. Residencias. Cuidados enfermeros.

## **ABSTRACT:**

▪ **Background and objective:** The use of physical or mechanical restraints in geriatric population is a frequent practice in our country. Not only is it more often between those who suffer from a chronic or acute cognitive impairment, but also between those who do not have any. Mechanical restraint is a procedure used in the hospital for nursing professionals. In many mental health units or psycho geriatrics routinely performed with high prevalence. The objective of this paper is to analyze the concept of Mechanical Restraint by analyzing the current state of the literature and define this procedure as used in nursing practice.

▪ **Methods:** We performed a literature search on the literature in order to identify factors associated with mechanical restraint in elderly nursing homes, using electronic resources. Have been used over the Internet the following databases: Pubmed, Web of Science and Google Scholar. After reading the articles, you can see a deficit of jobs and limited knowledge of the restrictions, which led us to a second search in English for everything published in the last three years.

▪ **Conclusion:** The result is to identify conceptual essential elements of the mechanical containment concept which includes defining a therapy performed by nursing staff and guided by the physician which involves immobilizing a part or whole body of the patient against his will. We need to recognize the risks auto / hetero harmful preceding mechanical restraint and highlight the importance of unifying criteria and specific training of the procurement team. It is essential to have a clear concept of mechanical restraint in order to provide optimal care for patients.

▪ **Keywords:** Physical restraints. The elderly. Nursing homes. Nursing care.

## **INDICE:**

### **1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN**

### **2. OBJETIVOS**

### **3. METODOLOGÍA**

### **4. DESARROLLO:**

- 4.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.
- 4.2. CONTENCIÓN MECÁNICA: Definición y tipos.
- 4.3. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS.
- 4.4. EFECTOS Y CONSECUENCIAS DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS.
- 4.5. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN Y EN LAS ALTERNATIVAS A ELLA.

### **5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

### **6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

### **7. ANEXOS:**

- 7.1. ANEXO 1: Tipos de CM más usados.
- 7.2. ANEXO 2: Experiencia personal.
- 7.3. ANEXO 3: Normativa Legal sobre CM.
- 7.4. ANEXO 4: Hoja de registro de la aplicación de CM.
- 7.5. ANEXO 5: Hoja de registro de información de la CM al usuario/ familia/ tutor legal.

## 1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN:

El presente Trabajo de Fin de Grado se centra en la “**Contención mecánica en ancianos institucionalizados**”, desde el ámbito de la aplicación de las actividades y cuidados del profesional de Enfermería.

La restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica usada con relativa frecuencia en centros asistenciales geriátricos. El fin de la misma es garantizar la seguridad de la persona a la que se “contiene”, si bien es cierto, que tal seguridad queda en entredicho, pues no hay evidencias científicas que lo avalen<sup>1</sup>.

Entendemos por “Contención física y/o mecánica” (en adelante CM) el uso de medios o dispositivos físicos o mecánicos, unidos o adyacentes al cuerpo del usuario, que restringen los movimientos de alguna parte del cuerpo, o su totalidad, con el objetivo de prevenir situaciones de riesgo o lesión para la propia persona, terceros o bienes del entorno<sup>2</sup>. Entre éstos, se encuentran chalecos y cinturones de sujeción (cama, silla...), arneses de pecho, muñequeras y tobilleras, sábanas “fantasma”, y barras laterales de la cama cuando su intención es evitar que la persona salga de la misma<sup>3</sup> como se refleja en el Anexo 1: Tipos de CM más usados.

En España se estima que cerca de 800.000 personas mayores de 65 años padecen algún tipo de limitación física, psíquica o funcional<sup>4</sup> que supone que dependan de los cuidados de otras personas para desarrollar de forma satisfactoria las actividades básicas de la vida diaria que proporcionan autonomía e independencia. Muchas de estas personas “dependientes” tienen que ser institucionalizadas para la provisión de estos cuidados básicos.

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de “institucionalización”<sup>5</sup> para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. Es, en este marco, dentro de las instituciones (sociales y/o sanitarias), donde se centra el problema a tratar, el uso de las contenciones o restricciones que limitan los movimientos en las personas que las padecen, en este caso ancianos, en su mayoría dependientes.

Aunque su fin suele ser preventivo, el mismo hecho de contener siempre está impregnado de un matiz o connotación negativa, siendo usados frecuentemente como sinónimos de la contención el “atar” o “sujetar”, verbos que bien nos pueden llevar a siglos pasados donde estas prácticas eran habituales en presos, manicomios, etc., cuando no eran tenidos en cuenta los derechos humanos inherentes a la propia persona, como la libertad, dignidad o autoestima.

Cuando uno entra en una residencia de mayores, una de las situaciones más impactantes es la llamativa cantidad de ancianos inmovilizados, generalmente demenciados; personas presas de sus delirios y amnesia de recuerdos, apesadas en sus sillones. Esta vivencia personal, presenciada antes de iniciar mis estudios de enfermería, es una imagen que perdura en la retina, así relatada en el Anexo 2: Experiencia Personal, por el impacto que produjo en mí, del que nace el interés en la profundización e indagación desde una perspectiva de la enfermería geriátrica, para lograr el suficiente conocimiento y una aplicación adecuada de cuidados enfermeros a los pacientes ancianos con restricciones, sirviendo este trabajo como réplica cómplice a todos esos ancianos contenidos; siendo, sin duda, un tema controvertido en la práctica asistencial, por su gran abanico de repercusiones no solo morales y éticas, sino también sociales y jurídicas, y pese a ello, en España a día de hoy, no contamos con una legislación específica que lo regule<sup>3,6</sup>.

Limitaremos el presente trabajo exclusivamente a las CCMM en ancianos en residencias, sin hacer referencia expresa a las contenciones farmacológicas, ni restricciones psiquiátricas, aunque si exponemos los cuidados y actividades de enfermería guiándonos por patrones alterados en el anciano contenido.

El desarrollo del trabajo se estructura en cuatro bloques: el primero enmarca el estado de la cuestión, el segundo las definiciones y tipos de CM, el tercero hace referencia a cuando se puede o debe aplicar la CM y cuando no está indicado, y las posibles consecuencias que derivan de su uso. La última parte del trabajo está centrada en el papel de la enfermería y los cuidados, y en plantear las alternativas existentes a la restricción física.

## **2. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Valorar el conocimiento y cuidados de enfermería en el uso de la contención mecánica, en ancianos institucionalizados, revisando la evidencia científica.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Analizar los diferentes tipos de contenciones, indicaciones, contraindicaciones y consecuencias que ocasionan.
- Describir el papel de enfermería y sus cuidados en el uso de las contenciones mecánicas en ancianos institucionalizados, y en las posibles alternativas a éstas.

### **3. METODOLOGÍA:**

En el presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica, con el fin de identificar los factores relacionados con la CM en ancianos institucionalizados, utilizando recursos electrónicos. Se han usado vía internet las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science y Google Scholar, con los términos: “contención mecánica”, “residencias de ancianos”, “geriatria” y “cuidados enfermeros”.

Inicialmente se buscaron solamente artículos publicados en español. Tras una revisión minuciosa de los artículos encontrados, se inicia una segunda búsqueda en inglés con los descriptores: “nursing homes”, “physical restrain”, “nursing care”, y “the elderly”, en la base de datos Pubmed, pero limitando la búsqueda sólo a los 2 ó 3 últimos años, y a aquellos en los que el artículo estaba completo, lo cual nos ha servido para conocer las diferencias y actuaciones enfermeras en distintas residencias de ancianos a nivel global.

## 4. DESARROLLO:

### 4.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

Haremos alusión a las primeras fuentes de contenciones en la época de la Grecia clásica, así, en el “*Corpus Hippocraticum*”, citan diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás<sup>4</sup>.

Desde entonces hasta el siglo XVIII ha ido transcurriendo entre psiquiátricos, cárceles, y hospicios, modificándose los utensilios y técnicas, pero sin tener en cuenta al sujeto de la contención, ni por supuesto sus derechos vulnerados. Es en este siglo, en Francia, donde el Dr. Philippe Pinel<sup>7</sup> dedicado al estudio de enfermedades mentales, comienza a propugnar la humanización del trato que se daba por entonces a las personas “enajenadas” eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes.

El primer cambio de tendencia en la importancia de los derechos de los pacientes se pone de manifiesto a través del interés de organizaciones internacionales (ya desde la II Guerra Mundial) con competencia en la materia: Naciones Unidas, Unesco, Organización Mundial de la Salud, Unión Europea y Consejo Europeo (posteriormente). Anexo 3: Normativa Legal sobre CM.

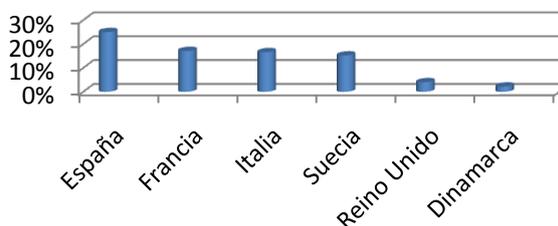
La mayoría de pacientes sometidos a CCMM viven en residencias, entendiéndose éstas como instituciones en las que conviven de forma temporal o definitiva personas con necesidades concretas y diferente grado de dependencia física, social o psicológica. Existen diversos tipos de residencias, según los usuarios a los que dan servicio, o según la entidad que lo presta (públicas, privadas, concertadas...). En España las residencias de ancianos son gestionadas por las autonomías, ciertas diputaciones y ayuntamientos dentro de sus competencias en este tema, aunque también hay algunas cuya gestión corresponde al Estado a través del IMSERSO.

Según un estudio realizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores<sup>8, 9</sup>, aproximadamente un 25% de los ancianos institucionalizados en España son contenidos mecánicamente. La variabilidad es muy alta entre centros, oscilando entre el 0% al 90%. Si nos fijamos en los ancianos que

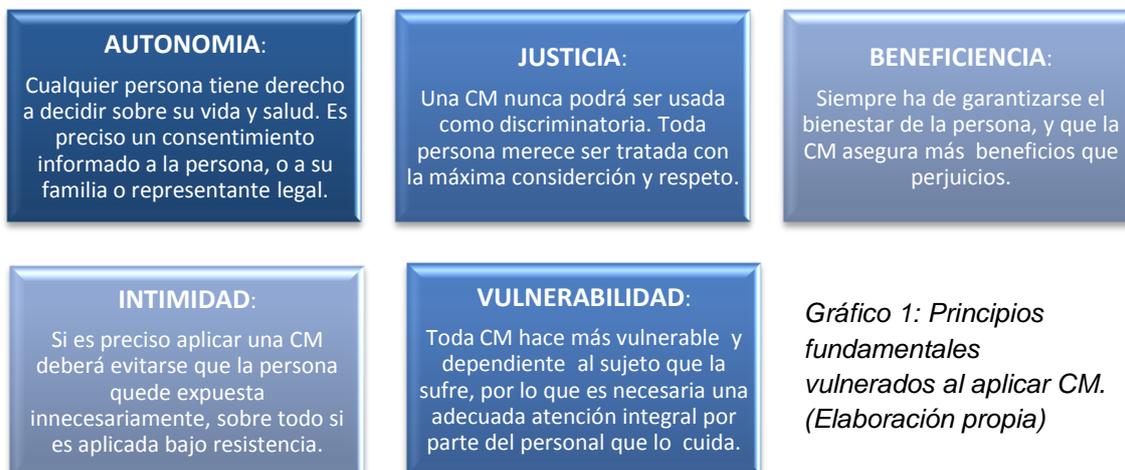
además tienen demencia el porcentaje se eleva al 60%. Las medias de los países de nuestro entorno son muy inferiores, destacando entre ellos: Francia con un 17,1%, Italia un 16,6%, Suecia un 15,2%, Reino Unido un 4% o Dinamarca con un 2,2%, como

se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Porcentajes de CM en distintos países.



Es por estas alarmantes cifras por las que a finales del segundo quinquenio de este siglo surgen en España nuevas organizaciones y entidades que empiezan a sopesar y tener en cuenta las repercusiones jurídicas, sociales, éticas... con un mayor compromiso por velar y cuidar de los usuarios a su cargo, respetando sus derechos a la libertad, integridad física y moral, con un trato y cuidados dignos y humanizados, principios fundamentales<sup>10</sup> que se vulneran al aplicar las CCMM como muestra el gráfico siguiente:



Es imprescindible citar las más importantes de estas entidades pioneras en España: *Conferencia Española de Organizaciones de Mayores* (CEOMA), siendo la primera en trabajar en programas para eliminar sujeciones en los centros residenciales, con el Dr. Antonio Burgueño y su programa “*Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer*”, y *La Fundación Cuidados Dignos*, como creadora e impulsora de la “*Norma Libera-Ger*”, de la mano del Grupo Torrezuri (siendo éste el primer Centro de España Libre de Sujeciones, en 2006).

En 1987 EEUU incorporó la mayor reforma legal de la práctica de los cuidados médicos en residencias (*"Omnibus Budget Reconciliation Act"*, OBRA), que proscribió el uso de la restricción física, haciéndose efectiva en 1990, y gracias a la cual en las "Nursing Homes" han disminuido el uso de restricciones de un 41% en 1988 a un 25% en 1992, y un 20% en 1997.

Respecto a la revisión realizada de la bibliografía publicada en inglés se constata la preocupación por el uso o abuso de restricciones en residencias de ancianos, y los estudios encontrados ofrecen diferentes investigaciones, que varían dependiendo de los objetivos: Un estudio<sup>11</sup> muestra como desde 1999 a 2008 enfermeras norteamericanas redujeron significativamente el uso de las CM en residencias de ancianos con grave deterioro cognitivo, sin embargo, los registros o Minimun Data Set (MDS) obtenidos reflejan que junto con la reducción de restricciones físicas, hay un aumento en el uso de antipsicóticos. Otro estudio<sup>12</sup> revela que los mejores cuidados y registros se asocian con una disminución de las restricciones en residencias donde los profesionales están muy cualificados. En otro, enfermeras canadienses<sup>13</sup> han buscado por medio de los registros (MDS 2.0) índices de calidad a través de una valoración de los residentes para disminuir las sujeciones. Un trabajo Taiwanés<sup>14</sup> refleja la eficacia de un programa de educación a la hora de mejorar el uso de las restricciones, concluyendo la importancia de la formación para disminuir las complicaciones derivadas de éstas. En Europa, son los holandeses<sup>15-17</sup> los que han realizado más trabajos que muestran el uso de protocolos, y cuyos registros señalan una disminución de la conducta desafiante y de las restricciones. El establecimiento de un programa de reducción del cinturón de sujeción, que se consiguió por el cambio de la política institucional, la educación y la disponibilidad de las intervenciones alternativas, tuvo un efecto duradero en la reducción de la restricción. Finalmente podemos señalar una investigación de Gran Canaria<sup>18</sup> sobre la percepción de la enfermería española en el uso de las CCMM, que concluye que, a diferencia de los trabajos publicados en otros países, las enfermeras aquí todavía consideran necesario aplicar restricciones en la práctica cotidiana. Es necesario, por tanto, la educación del personal de enfermería en relación con la moderación de la

restricción física y un conocimiento más profundo de las alternativas y normas internacionales sobre las mismas.

#### 4.2. CONTENCIÓN MECÁNICA: Definición y tipos.

Según la OMS, en 1989 en Auckland, la CM debe considerarse como *“método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos,..., solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”*<sup>19</sup>.

En este punto debemos señalar la ambigüedad en cuanto a los términos existentes en la literatura que concierne a este tema, hablándose indistintamente de contención, sujeción o restricción. Según el Diccionario de la RAE sus definiciones son:

##### DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA:

- **Sujeción:** Acción de sujetar. Unión con la que algo está sujeto de modo que no pueda separarse, dividirse o inclinarse.
- **Contención:** Acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo.
- **Restricción:** Acción y efecto de restringir. (Restringir: Ceñir, circunscribir, reducir a menores límites. Apretar. constreñir, restriñir.)

Analizando la bibliografía sobre sujeciones de diferentes organismos: Instituto Joanna Briggs, Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Guía para Personas Mayores y Familiares del Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, Método Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos, y el Decreto Foral de Navarra 221/2011, entre otros, podemos encontrar las siguientes definiciones<sup>3</sup>:

- **Sujeción Mecánica:** se denomina así a cualquier procedimiento o método que a través de un dispositivo material, mecánico o físico; unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, deliberadamente limite la libertad de movimientos

de todo o una parte del cuerpo de éste, y que no sea capaz de ser retirado con facilidad.

- **Contención Mecánica:** procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente.
- **Restricción Mecánica:** se trata de cualquier acción (mecánica o física), que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona.

Podemos clasificar las contenciones en base a distintos criterios<sup>3</sup> que enumeramos a continuación en la Tabla 2: Clasificación de las CM.

Tabla 2: CLASIFICACIÓN DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS	
EN FUNCIÓN DE:	TIPOS DE CONTENCIÓNES:
Métodos de aplicación:	• <b>Físicas o Mecánicas:</b> aplicación de la fuerza física personal o de dispositivos que limitan la movilidad.
	• <b>Químicas o Farmacológicas:</b> uso de fármacos que seden a la persona o limiten su capacidad física y/o mental.
	• <b>Verbal:</b> aplicación de la dialéctica para que el sujeto se controle y modifique la conducta susceptible de ser frenada o corregida.
Dispositivos, utensilios, o equipo utilizados:	Muñequeras, tobilleras, cinturones abdominales, cinturón de cama, barandillas, sábanas... (Se presentan de forma detallada en el <u>Anexo 1: "Tabla de los dispositivos más utilizados para la contención mecánica"</u> ).
Tiempo que se aplique:	• <b>Agudas, episódicas o esporádicas:</b> aquellas que se utilizan en momentos o circunstancias puntuales, normalmente su duración es corta, horas, o algún día (2-3 días).
	• <b>Crónicas o permanentes:</b> donde su uso es continuado, mayor a 2-3 días o una semana. Muchas veces su aplicación diaria no es revisada, por ello se mantienen en el tiempo, a veces de forma indefinida.
Aceptación de la persona a la que se le aplica	• <b>Voluntarias:</b> El usuario acepta y comprende la contención aplicada.
	• <b>Involuntarias:</b> El usuario no acepta o no comprende el motivo de la contención a aplicar. Necesitan un consentimiento por familiares o allegados o la revisión por parte de un juez (cuando son totales).

Tabla 2: Elaboración propia

Por otra parte hemos de señalar que el término “contención” hace referencia a la acción de poner un límite a la persona, no como dominación o poder, sino con una clara intención de salvaguardar la seguridad de la propia persona o terceros. Desde este trabajo se considerará la **intencionalidad** o fin de la contención: cualquier dispositivo puede ser utilizado como restrictivo cuando limite la libertad de movimiento por parte de la persona a la que se aplica, no solo los dispositivos homologados creados para este fin (cinturones, chalecos, muñequeras, tobilleras...), sino también aquellos de uso cotidiano, como mobiliario o textil, que puedan cumplir la misma función de restringir, limitar o dificultar el movimiento de una o varias partes del cuerpo, como por ejemplo una mesa incorporada a la silla de ruedas, dispuesta de tal forma que impida la movilidad, barreras o barandillas en cama que imposibiliten a la persona levantarse, o sábanas colocadas de tal forma que limiten los movimientos<sup>2-4</sup>.

#### 4.3. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS CCMM.:

**¿Cuándo está indicado su uso?** Diferentes autores<sup>20-22</sup> han concretado las situaciones susceptibles de aplicación de las técnicas de contención mecánica:

- Prevenir conductas que puedan dañar al propio paciente (autolesiones, caídas). Este punto quizás es el más señalado a la hora de aplicar las contenciones, como prevención de caídas, sin embargo no hay ninguna evidencia científica que constataste que realmente las evita.
- Prevenir lesiones a otras personas (familiares, personal sanitario, otros pacientes).
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (retirada de vías, arrancamiento de sondas).
- Evitar daños materiales en el entorno del paciente.
- Evitar la fuga del paciente si se considera que ese riesgo existe.
- Cuando un paciente lo solicita voluntariamente y el facultativo considera que existen criterios clínicos de indicación.
- Como parte de un programa de modificación de conducta, si está previamente explicitado en el plan terapéutico.

**¿Cuándo está contraindicado el uso de CM?** Existe también un amplio consenso entre autores<sup>20-24</sup> en las contraindicaciones de la restricción física:

- Que no esté indicada.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
- Si existe orden facultativa expresa de no restricción física.
- Como castigo o antipatía hacia el paciente.
- Por comodidad o conveniencia del personal o de otros pacientes.
- Si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa.
- Si la violencia tiene intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas de seguridad).

#### 4.4. EFECTOS Y CONSECUENCIAS DE LAS CCMM.:

Pueden ser a corto o a largo plazo, tanto físicos como psíquicos y sociales.

Entre las consecuencias a nivel físico caben destacar daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas musculares, daños en tejidos (piel, fascia, músculos...), edemas, hipotensión ortostática, deterioro de la movilidad, estabilidad, equilibrio y marcha, con aumento de la susceptibilidad para las caídas, y **muerte** (por asfixia, estrangulación, parada cardio-respiratoria o fuego). Es interesante citar aquí un estudio realizado en Munich<sup>25</sup>, donde se analizaron todos los casos de muerte por restricción física según los informes de la autopsia del Instituto de Medicina Legal de esta ciudad, desde 1997 a 2010: entre 27353 casos hubo 26 casos de muerte en los que el individuo tenía CM, de los cuales 22 muertes fueron causadas exclusivamente por la restricción: 11 por estrangulamiento, 8 por compresión torácica, 3 por quedarse colgado de la cabeza con ésta hacia abajo. Es llamativo que en 19 de las 22 muertes las restricciones estaban fijadas incorrectamente.

Además, pueden aparecer úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal, estreñimiento, disminución del apetito, y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. También producen un aumento del riesgo

de complicaciones relacionadas con la inmovilización (deshidratación, impactación fecal, y dificultades respiratorias, neurológicas, hemodinámicas...).

El riesgo de muerte aumenta en personas inmovilizadas si además son fumadores, personas con deformidades, pacientes que no sean supervisados de forma continua, personas en posición supina sin elevación de la cabeza (ya que predispone al riesgo de broncoaspiración), así como en decúbito prono (mayor riesgo de asfixia)<sup>26</sup>.

Las consecuencias a nivel psíquico o psicológico: quizás son las que más impacto tienen en el paciente, aunque paradójicamente son las menos estudiadas o registradas. Citaremos por una parte las que han sido observadas dentro de la experiencia personal en diferentes residencias y las obtenidas en la revisión bibliográfica.

Dentro de la observación directa: gran ansiedad que presentan las personas sometidas a inmovilización, en muchas ocasiones llegando a aumentar la agitación o inquietud previas (incluso cuando son aplicadas medidas farmacológicas conjuntas), junto con sensaciones de tristeza, abatimiento, humillación, miedo, confusión, desesperanza, e incomprensión o abandono por parte de quienes le cuidan. Es importante también, hacer una mención a la restricción en la estimulación de estas personas, totalmente contraindicada en pacientes con deterioro cognitivo, pues éste se ve agravado al disminuir los estímulos que le llegan (ambientales, visuales, auditivos...).

Y respecto a la bibliografía podemos citar, entre las sensaciones experimentadas “vergüenza e injusticia, revivir eventos traumáticos del pasado, sentirse abandonado y desatendido”<sup>27</sup>, vivenciarlo como “castigo por mis acciones”, “pánico, miedo, impotencia, ira, frustración, y un sentimiento de injusticia”<sup>28</sup>, “reacciones emocionales negativas, como aversión, tristeza, ira, miedo/ansiedad y decepción”<sup>29</sup>.

Las consecuencias sociales: son obvias, aislamiento y soledad, sobre todo cuando la CM se realiza en cama o habitación del paciente, y máxime al restringirle los contactos. Además de la merma de autonomía y necesidad de otra persona para proporcionar los cuidados básicos, y la pérdida del rol social.

#### 4.5. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN Y EN LAS ALTERNATIVAS A ELLA

Hasta ahora se ha intentado enmarcar el tema de las contenciones desde un punto de vista global y centrándonos en las instituciones sociosanitarias de personas mayores. Ahora se trata de definirnos desde el punto de vista de la Enfermería en las residencias: cómo contener cuando es inevitable hacerlo, cómo evitar las consecuencias negativas de la contención, y lo más importante cómo puedo prescindir del uso de la misma.

También conviene recordar que partimos de la base que toda restricción física o CM debe ser aplicada de forma **individual**, con una **prescripción médica** única para ese anciano, firmada por el médico de cabecera del mayor, o bien el médico del centro (sea una residencia o en el ámbito hospitalario), donde conste el motivo de ésta y su duración. Además se debe revisar de forma sistemática que la causa de la misma sigue vigente, para poder retirarla en cuanto ceda. En el Anexo 4: Hoja de registro de la aplicación de CM, se muestra un ejemplo de registro donde constaría quien toma la medida (médico o D.U.E.), confirmación por Médico como representante del Equipo sanitario, así como las sucesivas revisiones o anulación de las medidas adoptadas.

Si en un momento dado una enfermera debe tomar la decisión de aplicar una CM a un anciano en el centro donde trabaja, en ausencia del médico, podría hacerlo, justificando igualmente el motivo, el tipo de CM y su duración aproximada, y siendo necesaria la confirmación y prescripción médica a la mayor brevedad, o mejor dicho, tras la puesta en común por parte de todo el equipo de asistencia sanitaria (cuidadores, médico, enfermera, fisioterapeuta...), quienes valorarán en conjunto cada caso, así como las posibles alternativas a éstas, y deberá siempre constar dentro del Plan de Atención Individualizado de cada usuario (Anexo 4), como una medida terapéutica más, y como tal debe ser informada a la familia, que deberá estar de acuerdo, firmando a ser posible un documento informativo, como el que se muestra en el Anexo 5: Hoja de registro de información de la CM al usuario/familia/ tutor legal.

Es importante señalar que estos procedimientos a nivel hospitalario están más regulados y protocolarizados, sobre todo dentro de las Unidades de Psiquiatría.

Sin embargo, la práctica en residencias de ancianos es otra, siendo casi excepcional una contención total de la persona (abdomen y extremidades), y al contrario, muy común y habitual las sujeciones parciales, tanto en silla como en cama (cinturón abdominal, muñequeras...). También estas sujeciones parciales necesitan ser prescritas e individualizadas, y esto debe conocerlo todo el personal del centro.

Un interesante estudio en este campo muestra el desconocimiento que existe entre el personal sanitario en cuanto a las CCMM. Realizado en España por Fariña-López, y publicado en 2013, contó con la participación de 94 enfermeras y 284 auxiliares de enfermería, la mayoría contrarias a la aplicación de restricciones físicas, aunque justificando su uso para evitar caídas. De este estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones<sup>30</sup>:

- Sólo el 32% sabía que existían alternativas a las sujeciones.
- El 69,1% desconocía que estos procedimientos pudiesen causar la muerte.
- El 69,8% reconocía que su formación en este campo era limitada o nula.
- Sólo el 47,1% de las enfermeras dejaba constancia por escrito, de su aplicación en la historia clínica del paciente.

#### **Cómo contener adecuadamente:**

- Antes del procedimiento: Dependiendo de la causa o el tipo de contención que precise se requerirán más o menos personas (una contención completa óptima requiere de 5 personas, y entre ellas una que dirija).
  - Distracción y vigilancia del mayor. Cuando estén listas las personas que van a proceder se le informará al usuario (siempre).
  - La actitud del personal es muy importante, nunca se debe aplicar como venganza o castigo, por lo que hay que ser cuidadosos con el lenguaje verbal y no verbal, hablando en tono firme y seguro, asegurándole que es una medida terapéutica para su mejoría, intentando tranquilizarle y estando siempre a su vista. Es importante transmitir dominio de la situación, así como humanidad y cercanía.

- El personal implicado debe despojarse de objetos peligrosos por si hubiese algún forcejeo, esto es: relojes, bolígrafos, collares, pendientes, gafas...
  - Se evitará en todo lo posible la presencia de terceras personas, para evitar la humillación, una posible actitud manipuladora...
- Durante el procedimiento:
- La primera fase es la de sujeción, en el caso más extremo hablamos de una sujeción total (5 personas, 5 puntos de contención: 4 extremidades y abdomen) en la que cada persona del equipo sujeta una extremidad y la quinta la cabeza, reduciendo el movimiento desde las zonas distales, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.
  - Lo habitual es, si la sujeción no se ha realizado en su habitación, dirigir a la persona hacia allí, a su cama. En ésta deben estar preparados los dispositivos para la contención, con los cierres magnéticos homologados. Si no hay otra indicación se procede a contener en decúbito supino, iniciándose así la 2ª fase que es la inmovilización, con la colocación del cinturón abdominal, después los miembros inferiores, y por último los superiores. El cabecero debe quedar ligeramente elevado. Si la inmovilización es parcial, para evitar caídas, se realizará en diagonal, brazo derecho- pierna izquierda (o al revés). No es recomendable inmovilizar un único miembro.
  - Si la contención se prolonga es recomendable iniciar profilaxis anticoagulante (pautada).
  - Los objetivos durante este proceso son: Mantener la dignidad y la autoestima de la persona contenida, preservar su intimidad, mantener contacto verbal con intervalos regulares, implicarle en sus cuidados y favorecer su integridad. Esto se realizará durante las visitas que realicemos, y se detalla en el siguiente punto (en cuidados de enfermería).
- Después del procedimiento: Seguimiento de la CM:
- En CM completas se realizan hojas de seguimiento cada 2 horas, con una vigilancia muy estrecha que evite los riesgos asociados de esta inmovilización total, donde constarán constantes vitales, hidratación,

ingesta, eliminación, estado de la piel, revisión de las zonas contenidas y de los dispositivos usados, nivel de conciencia... entre otros parámetros, junto con la firma del personal que realiza la supervisión. Así mismo se debe reevaluar la causa motivadora de la CM, con la firma del médico responsable de forma periódica.

- Cuando la CM no es total (siendo lo más frecuente en residencias: cinturones, muñequeras, petos....) también es necesaria una supervisión cuidadosa, con el fin de que no aparezcan efectos indeseados. En la literatura revisada no existe un consenso sobre cuán estrecha debe ser esta vigilancia, quedando a criterio de la persona/s encargada/s del usuario contenido y/o del propio centro. En las visitas periódicas al mayor (si es posible mejor tenerlo siempre a la vista: puerta abierta, lugar cercano...), tanto si está en su habitación, como en un salón, se deben reevaluar el o los dispositivos usados, la piel en contacto con ellos, hablando al anciano y siempre informándolo de lo que vamos a hacer, sin olvidarnos de evitar ese posible aislamiento secundario al que se ven sometidos, aprovechando esos momentos para orientarle (espacio, tiempo, personas...), y estimularle en lo posible (durante el día).
- Así mismo se debe reevaluar la causa de la aplicación de la CM y riesgo de la misma. Existen hojas en las que esto queda por escrito, como se muestra en el apartado de “revisión de las medidas consensuadas” del Anexo 4: Hoja de Registro de Aplicación de CM.
- Es muy recomendable en estas personas tener registros escritos de: Riesgo de Úlceras por presión (Escala de Norton o Braden), seguimiento de cambios posturales, Riesgo de caídas (Downton), escalas de deterioro cognitivo (Mini Mental), o escalas funcionales de autonomía en las actividades de la vida diaria (Índice de Katz o Barthel), para poder realizar un seguimiento mucho más preciso de la evolución del usuario sometido a una CM.
- Todos los objetivos comentados en el punto anterior (dignidad, autoestima, integridad...) se inician cuando se comienza la CM, manteniéndose durante todo el tiempo que dura la misma.

Las **actividades y cuidados de enfermería** que debemos garantizar, y aseguran el mantenimiento de estos objetivos han sido organizadas según los Patrones Funcionales que se exponen en la siguiente **Tabla 3**.

PATRONES FUNCIONALES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ANCIANO CONTENIDO
<p><b>PATRÓN I:</b> <b>PERCEPCIÓN-</b> <b>MANTENIMIEN-</b> <b>TO DE LA</b> <b>SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentar que la persona este lo más confortable proporcionando todos los medios a nuestro alcance (televisión, música, llamador, manta...)</li> <li>• Evaluar periódicamente riesgos potenciales derivados de la CM.</li> <li>• Evaluar el riesgo de caídas (antes, durante y después de la CM) y la medicación o factores que pueden favorecerlas. Si el motivo de la CM es prevención de caídas valorar estrictamente esta medida.</li> <li>• Valorar conductas generadoras de salud y la disposición para mejorar.</li> </ul>
<p><b>PATRÓN II:</b> <b>NUTRICIONAL</b> <b>METABÓLICO:</b> <b>mantenimiento</b> <b>de la</b> <b>integridad</b> <b>tisular,</b> <b>alimentación</b> <b>adecuada,</b> <b>vestido y</b> <b>autocuidado-</b> <b>higiene:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar zonas de presión y fricción. Aplicación de ácidos hiperoxigenados y medidas o dispositivos para evitar úlceras.</li> <li>• Observación de la piel, en especial zonas cercanas o más distales de la CM, para asegurar correcta vascularización.</li> <li>• Proporcionar ropa cómoda y holgada. Vigilar y evitar arrugas en cama.</li> <li>• Cambios posturales, evitando presión en zonas de riesgo y contacto directo entre prominencias óseas, manteniendo alineación corporal, distribución del peso y equilibrio del paciente, sentado o acostado, usando cojines, almohadas u otras superficies blandas, evitando el arrastre. Realizar movilizaciones reduciendo fuerzas tangenciales y fricción, utilizar sábanas, traveseras o guías. Si es necesario proporcionar colchón antiescaras (no indicado en contenciones totales ya que los dispositivos no son compatibles con la presión alternante).</li> <li>• No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas, ya que no sólo no previenen la aparición de lesiones, sino que además pueden ocasionar daños adicionales.</li> <li>• Paliar el déficit de autocuidado, favorecer la autonomía en lo posible. Si precisa se realizará higiene en cama, con limpieza diaria de la piel, aplicando crema hidratante, revisando pliegues y zonas de presión. Así mismo se cuidará el cabello, higiene bucal, ojos y oídos.</li> <li>• Control de constantes vitales: Tª, T.A., F.C., F.R. y saturación.</li> <li>• Hidratación y alimentación adecuadas. Vigilar apetito y control del peso.</li> <li>• Ventilación, control de la temperatura y adecuación de la habitación.</li> </ul>

**PATRON III:  
ELIMINACIÓN**

- Vigilar la eliminación, proporcionándole los materiales para ello, y controlando entradas y salidas. En ocasiones es preciso hacer balance.
- Control exhaustivo de las deposiciones por mayor predisposición al estreñimiento e impactación fecal.
- Estricto manejo de la incontinencia, evitando la humedad y la maceración de la piel que favorece la aparición de lesiones.

**PATRON IV:  
ACTIVIDAD/  
EJERCICIO**

- Proporcionar dispositivos de ayuda según situación del paciente: barandillas, trapecio... que contribuyan a una mayor autonomía.
- Los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio se evaluarán mediante las constantes y la observación de signos y síntomas, debiendo estar atentos a posibles complicaciones y problemas que pueden aparecer: infecciones respiratorias, dificultad a la hora de expectorar, tos, secreciones, apnea del sueño, trombosis venosas profundas, edemas...
- Movilizaciones activas (realizando el anciano contenido ejercicios que debemos instruir y animar a realizar), y si no con movilizaciones pasivas ejecutadas de forma periódica por el personal al cargo (deberemos enseñarlos para que sean realizados) para evitar todos los problemas derivados del inmovilismo a nivel dermo-ósteo-muscular, respiratorio y cardiocirculatorio, así como agravante de cualquier patología previa.

**PATRON V:  
REPOSO/  
SUEÑO:**

- Se deberá favorecer el descanso nocturno, no permitiendo siestas largas durante el día.
- Disminuir los estímulos visuales/auditivos en horas nocturnas (dejando una luz tenue), y reduciendo los excitantes las últimas horas de la tarde.
- Puede ser preciso la administración de infusiones relajantes, o la medicación prescrita hipnótica o ansiolítica.

**PATRON VI:  
COGNITIVO/  
PERCEPTIVO:**

- Retirar de su entorno elementos peligrosos.
- Intentar favorecer la orientación en lo posible: reloj a la vista, decirle el momento del día en el que está...
- Valorar la aparición de dolor e intentar corregirlo.
- Evitar la aparición de Síndrome Confusional Agudo: proporcionar correcciones de posibles déficits sensitivos (gafas, audífono...), estimulación suave, orientación, objetos conocidos cerca, rutinas...
- Valorar alteraciones sensorperceptivas y tratarlas.

<p><b>PATRON VII: AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizarle y hablar con él pausadamente. Dejarle que exprese miedos y temores.</li> <li>• Valorar sentimientos producidos por la CM: desesperanza, baja autoestima, depresión, ansiedad. Comunicar a facultativo si vemos que pueden enmascarar posible depresión subyacente.</li> </ul>
<p><b>PATRON VIII: FUNCIÓN Y RELACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se mantiene la CM favorecer visitas y la estimulación para no aislarle.</li> <li>• Verificar que la familia ha sido informada (Anexo 5).</li> <li>• Intentar hablar con el mayor de forma frecuente para evitar aislamiento.</li> <li>• Ser congruentes en los mensajes verbales y no verbales.</li> <li>• Proporcionar en lo posible cercanía y cariño.</li> </ul>
<p><b>PATRON IX: SEXUALIDAD/ REPRODUCCION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar si existe alguna alteración en esta área, el interés sexual...</li> </ul>
<p><b>PATRON X: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los elementos de la contención cada 2 horas como máximo.</li> <li>• Vigilar la tolerancia a la contención, física como psíquica y la forma de afrontarla.</li> </ul>
<p><b>PATRON XI: VALORES Y CREENCIAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la espiritualidad de la persona con CM, su religiosidad... respetando sus creencias.</li> </ul>

Tabla 3: Cuidados de Enfermería al anciano contenido. Elaboración propia.

### ALTERNATIVAS A LA CONTENCIÓN MECANICA:

Es necesario en el ámbito institucional conocer los recursos con los que podemos contar para evitar las contenciones en el anciano. Se exponen a continuación en cuatro bloques: actividades preventivas y de seguridad, técnicas de modificación de la conducta y de contención verbal, formación de los profesionales y por último, calidad y trabajo en equipo.

**Promocionar las actividades preventivas, cuidadoras, rehabilitadoras y medidas de seguridad que eviten caídas**<sup>31</sup> (principal causa de la aplicación de CM en mayores):

- Trato humano, respetuoso y agradable, basado en los derechos fundamentales.
- Absoluto control de los psicofármacos y la polifarmacia.
- Fisioterapia y rehabilitación de la marcha y el equilibrio.
- Adecuación de las ayudas técnicas para la marcha.
- Revisión exhaustiva y tratamiento de los factores de riesgo de caídas tanto intrínsecos como extrínsecos. Documentación y registro de las caídas, estudiando de forma individualizada sus causas y consecuencias.
- Realización de actividades físicas destinadas a la prevención de éstas.
- Adaptación del entorno arquitectónico y mobiliario.
- Escucha activa y acompañamiento humano. Acompañamiento terapéutico.
- Actividades lúdico-recreativas. Talleres ocupacionales.
- Fomento de la independencia y toma de decisiones.
- Paseo diario (si es posible en el exterior).
- Rondas frecuentes al WC y control de la incontinencia nocturna y diurna. Acompañamiento por el personal para ir al servicio.
- Cambios en el entorno que favorezcan un clima agradable.
- Promocionar la visita de familiares y voluntarios y la atención individualizada.
- Puertas con códigos de seguridad que proporcionen un entorno seguro donde deambular.
- Pulseras y relojes con localizador GPS.
- Disponer de salas de contenciones espaciales y de aislamiento controlado.
- Proporcionar un entorno seguro: señalizaciones claras (con imágenes grandes) de lugares frecuentes (WC, comedor, habitación...), de baja intensidad que no deslumbren, camas de altura baja, llamadores al alcance...

### **Entrenamiento en técnicas de contención verbal y manejo de la conducta:**

- El personal tiene que estar entrenado en la práctica de habilidades sociales que sean capaces de modificar la conducta en las personas inquietas agitadas o agresivas. También es preciso tener un conocimiento especial de los trastornos de conducta que surgen en las demencias, como vagabundeo o escapismo, intentando siempre fomentar la deambulación en un entorno seguro.
- Así mismo es imprescindible un trato con empatía, delicadeza, y humanidad, sin olvidar los roles establecidos y las normas que hay que cumplir, flexibilizando según los casos individuales.
- Muchas veces la simple presencia es un acto terapéutico para el anciano confuso o inquieto.

### **Invertir en formación y sensibilización de los profesionales:**

- Realización de talleres de sensibilización destinada a profesionales sobre el uso de las contenciones mecánicas.
- Programas de formación en uso de las contenciones.
- Formación específica de trastornos de la conducta en ancianos con demencias y su manejo.

### **Invertir en calidad y en trabajo en equipo:**

- Acreditarse por un organismo de calidad asistencial.
- Asesorarse y formarse por los organismos e instituciones de referencia en estándares de calidad.
- Formarse en trabajo en equipo y diálogo ético.
- Formarse y adecuar el trabajo a los procesos y el seguimiento por indicadores de calidad.

## 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

### CONCLUSIONES:

- No hay evidencia científica que determine que los ancianos contenidos mecánicamente se caigan menos, siendo ésta la principal causa para aplicar la CM.
- En la actualidad, en las Instituciones para mayores de España hay un alto porcentaje de ancianos que son contenidos (mayor si hay demencia), variando según los estudios revisados, y estando muy por encima de media europea. Sin embargo, organizaciones de prestigio, así como otras de nueva creación, instan a cambiar de rumbo hacia Instituciones Libres de Sujeciones, o donde éstas sean aplicadas de forma muy puntual y regulada.
- Uno de los factores más determinantes a la hora de aplicar CM es la falta de formación- desconocimiento en la materia por los profesionales implicados en los cuidados. Se desconocen indicaciones y contraindicaciones, consecuencias y procedimientos, así como alternativas a la misma.
- Existe una gran ambigüedad respecto a la terminología existente en contenciones en el ámbito sociosanitario.
- El papel de la enfermera es fundamental en la CM en las instituciones de mayores. Desde la formación e información del personal, así como la coordinación dentro del equipo para evitar contenciones innecesarias, y un correcto seguimiento del plan individualizado de cada usuario, haciendo que si es precisa una contención, ésta sea valorada, revisada y protocolarizada por todo el personal implicado, aplicando los cuidados necesarios.

### DISCUSIÓN:

Con la revisión de la literatura actual, y en base a la experiencia personal, queda demostrado que muchos son los ancianos sujetos de restricciones mecánicas en el ámbito institucional, quizás demasiados en la época en la que vivimos en la que los derechos fundamentales de toda persona deberían ser respetados.

También es evidente que el desconocimiento y la carencia de formación en las nefastas consecuencias que acarrearán las contenciones, y las alternativas a éstas, hacen que todavía sean usadas de forma indiscriminada, lo que urge invertir en materia de formación, concienciación y difusión para fomentar la autonomía de nuestros mayores, especialmente en residencias geriátricas, donde las contenciones aplicadas en ancianos de riesgo, con patologías asociadas, son aún más peligrosas.

Si parece cierto, que en los últimos años se han comenzado a desarrollar, elaborar y publicar más protocolos, guías y manuales donde se establece el cómo, dónde, y por qué, aunque siguen estando vacías en cuanto al “quien” se contiene. Si se sabe a quién hay que contener, y en qué casos, pero se siguen vulnerando derechos por doquier, sin informar adecuadamente del proceso, y sin implicar a la persona y su familia de ello, todavía siendo una respuesta unilateral desde el campo sanitario, dejando a un lado todos los aspectos psicosociales de la persona contenida, sus valores y principios.

Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer, desde la preparación de los profesionales implicados en estos cuidados, hasta la “activación” de los usuarios ancianos en residencias, donde se les “aparca”, sentados en sus sillones a lo largo de largas horas, sin a veces estar sujetos de forma física, pero con sus almas encadenadas, sin poder decidir sobre cuestiones tan simples como que ropa ponerse, o que fruta elegir de postre, esto, como puntualización puramente subjetiva, es también “contener” la libertad, y nos marca unos objetivos mucho más altos a la hora de respetar derechos y principios de quienes cuidamos.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ramos Cordero P, López Trigo J.A, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio J.M. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50 (1):35–38.
2. Rodríguez Delgado J. Contenciones Mecánicas en geriatría: Propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social .Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48 (4):185–189.
3. Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Documento de Consenso sobre Contenciones Mecánicas y Farmacológicas. 2014.
4. Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos.2014; 25(2): 63-67.
5. Rojas Ocaña M.J, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez Rodríguez J.B. Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006; 17(1): 6-23.
6. Urrutia Beaskoa A, Erdoiza Inunciaga I. Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Basada en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos. 2ª Edición. Nutricia y Fundación Cuidados Dignos. 2014.
7. Levine JM. Historical notes on restraint reduction: the legacy of Dr. Philippe Pinel. J.Am GeriatrSoc 1996; 44:1130-3.
8. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Coordinador del programa: Dr. Antonio A. Burgueño Torijano.
9. Corral Cano J. Contenciones físicas. Reflexión sobre su vigencia. Universidad de Cantabria. Grado en Enfermería. 2014.
10. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Comisión deontológica. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Barcelona, 2006. Disponible: [http://www.seegg.es/Documentos/doc\\_int/contencion\\_colg\\_barcelona.pdf](http://www.seegg.es/Documentos/doc_int/contencion_colg_barcelona.pdf)
11. R. Tamara Konetzka, PhD, Daniel J. Brauner, MD, Joseph Shega, MD, Rachel M. Werner, MD, PhD. The Effects of Public Reporting on Physical Restraints and Antipsychotic Use in Nursing Home Residents with Severe Cognitive Impairment. JAGS MARCH 2014–VOL. 62, NO. 3.

12. Laura MWagner, Shawna M McDonald, Nicholas G. Castle. Nursing Home Deficiency Citations for Physical Restraints and Restrictive Side Rails. *Western Journal of Nursing Research* 2012- 35(5) 546–565.
13. Carole A Estabrooks, Jennifer A Knopp-Sihota, Peter G Norton. Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Research Notes* 2013, 6:460. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/460>
14. Chang YY, Yuhh, LohEW, Chang LY. The Efficacy of an In-Service Education Program Designed to Enhance the Effectiveness of Physical Restraints' *Nurs Res.* 2015 Jul 10.[Epub ahead of print]
15. S.A. Zwijsen et al. Coming to Grips With Challenging Behavior: A Cluster Randomized Controlled Trial on the Effects of a Multidisciplinary Care Program for Challenging Behavior in Dementia. *JAMDA* 15 (2014) 531.e1e531.e10 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.007>
16. Claar D van der Maarel-Wierink, Gert-Jan van der Putten, Luc M.J. De Visschere, Ewald M Bronkhorst, Cees de Baat, Jos M.G.A. Risk of Aspiration in Care Home Residents and Associated Factors. *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING* •VOL. 41, NO. 2, 2015
17. Math JM Gulpers, Michel H C Bleijlevens, Ton Ambergen, Elizabeth Capezuti, Erik van Rossum, Jan PH Hamers. Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. *JAGS JANUARY 2013–VOL. 61, NO. 1*
18. Fariña Lopez E, Estévez-Guerra G J, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Cristina Gómez-Cantorna C, Capezuti E A. Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46:5, 322–330.
19. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Auckland: Organización de Naciones Unidas; 1989.
20. Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. Disponible en: [http://www.fundacionmanantial.org/ssm\\_area\\_3/programas/guias/quia\\_contencion.pdf](http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/quia_contencion.pdf).
21. Grupo de trabajo de contención mecánica. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2003.
22. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica, Servicio Andaluz de Salud. 2010. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM\\_Nov\\_2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf).

23. Ramos Brieua JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999
24. Rodríguez de Vera Selva ML, Alarcón Tobarra N, Ruíz García J, Pérez Mascuñán MD. Protocolo de contención mecánica. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/2f2c033f33dc3ee760b9836265c8b711.pdf>.
25. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W: Deaths dueto physical restraint. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(3): 27–32. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0027
26. Ana Seoane Lago, Tamar Alava Cascon, Margarita Blanco Prieto, Helena Diaz Moreno. Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005.
27. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. J PsychiatrMent Health Nurs 2009; 16: 440-6.
28. Stubbs BC, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views and the impact of training. J PsychiatrMent Health Nurs 2009; 16: 90-105.
29. Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior-the experience of service users and staff members. J Appl Res Intellect Disabil 2005; 18:19-34.
30. Fariña-López E., Estévez-Guerra G.L., Núñez González E., Pérez Hernández Dde G., GandoyCreco M. Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff. Geriatr Gerontol.2013;48(5):209-15
31. Rodríguez Delgado, J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Documento para el Grupo de Trabajo sobre Contenciones Mecánicas del Comité de Ética de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya. 2012.

## **7. ANEXOS:**

ANEXO 1: Tipos de CM más usados.

ANEXO 2: Experiencia personal.

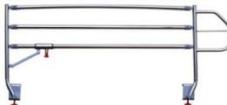
ANEXO 3: Normativa Legal sobre CM.

ANEXO 4: Hoja de registro de la aplicación de CM.

ANEXO 5: Hoja de registro de información de la CM al usuario/ familia/ tutor legal.

ANEXO 1: TIPOS DE CM MÁS USADOS

	TIPO DE DISPOSITIVO DE CM	EFFECTOS Y VENTAJAS	INDICACIONES	OBSERVACIONES	IMAGEN
En cama:	<b>SÁBANA DE SUJECCIÓN "sábana fantasma"</b>	Sujeta sin opresión. Permite total movilidad e incorporación del usuario.	Personas con demencias con alteraciones conductuales durante la noche (quitarse el pañal, esparcir heces...)		
En cama:	<b>CINTO ABDOMINAL CON HEBILLA DE VELCRO</b>	Permite estar en la cama sujeto por el abdomen admitiendo movimiento del resto del cuerpo. Debe estar bien colocado. Puede tener sistema antivuelco que permita girarse sin riesgo de caída.	Personas con riesgo real de caídas y lesiones.	La banda se debe sujetar al usuario y al somier. Debe estar colocada firme pero sin opresión. Requiere supervisión para evitar que la persona quede colgando de ella. En personas con gran agitación puede ser retirado con facilidad.	
En cama:	<b>CINTO ABDOMINAL CON CIERRE MAGNÉTICO O MECÁNICO</b>	Permite estar en la cama sujeto por el abdomen admitiendo movimiento del resto del cuerpo. Debe estar bien colocado. Puede tener sistema antivuelco que permita girarse sin riesgo de caída.	Personas con riesgo real de caídas y lesiones.	La banda se debe sujetar al usuario y al somier. Debe estar colocada firme pero sin opresión. Requiere supervisión para evitar que la persona quede colgando de ella. Es difícil que pueda ser retirado por que necesita llave o imán para su apertura.	
En silla:	<b>CHALECO ABDOMINAL + PERINEAL</b>	Sujeta sin oprimir permitiendo movimientos y cuidados. De tejido acolchado, sujeta al usuario (pecho, abdomen, cintura, pelvis) de manera que no puede resbalarse ni caerse a los lados.	Indicado como sujeción básica del usuario a la silla de ruedas, cuando hay riesgo de que se caiga hacia delante o a los lados.	Se abrocha en la espalda con cierre regulable. Existen distintas medidas.	

En silla:	<b>CHALECO ABDOMINAL</b>	Sujeta sin oprimir permitiendo movimientos y cuidados. De tejido acolchado, sujeta al usuario (pecho, abdomen) que no puede resbalarse ni caerse a los lados.	Indicado como sujeción del usuario a la silla, cuando hay riesgo de que se caiga hacia delante o a los lados.	Se abrocha en la espalda con cierre regulable. Existen distintas medidas.	
En silla:	<b>CINTURON ABDOMINAL + PERINEAL</b>	Sujeta sin oprimir permitiendo movimientos y cuidados. De tejido acolchado, sujeta al usuario (abdomen, cintura y pelvis) de manera que no puede resbalarse ni caerse a los lados.	Indicado como sujeción del usuario a la silla, cuando hay riesgo de que se caiga hacia delante o a los lados.	Se abrocha en la espalda con cierre regulable. Existen distintas medidas.	
En silla:	<b>CINTURON ABDOMINAL</b>	Sujeta sin oprimir permitiendo movimientos y cuidados. De tejido acolchado, sujeta al usuario (abdomen) de manera que dificulta el que pueda caerse.	Indicado como sujeción del usuario a la silla, cuando hay riesgo de que se caiga hacia delante o a los lados.	Se abrocha en la espalda con cierre regulable. Existen distintas medidas. Se debe vigilar que el usuario no se resbale e intente salir por debajo.	
En cama:	<b>BARRAS O BARANDILLAS LATERALES</b>	No limitan movimientos en cama, sino que el paciente tenga más complicado bajarse de ella. Son abatibles, y actualmente cuentan con protectores para evitar lesiones por golpearse con ellas.	Se usan en pacientes que tienen riesgo de caída, o en aquellos con movilidad reducida para ayudarles en los cambios posturales.	En usuarios agitados pueden ser peligrosas puesto que intentan saltarlas, a veces precisan de otro medio de contención adicional como cinturón abdominal.	 

<p>En muñeca:</p>	<p><b>MUÑEQUERA</b> Con cierre de magnético, de hebilla o de velcro.</p>	<p>De tejido acolchado. Distintos tipos de cierre, en función del grado de seguridad que precise.</p>	<p>Limita movimiento en mano, cuando el usuario tiende a arrancarse sondas, catéteres... o el nivel de agitación es tan intenso que puede lesionarse a sí mismo o a otros.</p>	<p>Regulable, tanto por el contorno de muñeca, como la amplitud de movimiento. Debe ser revisada para verificar correcta circulación a las partes más distales, y evitar ulceraciones.</p>	
<p>En pie:</p>	<p><b>TOBILLERA</b> Con cierre de velcro o magnético.</p>	<p>De tejido acolchado. Distintos tipos de cierre, en función del grado de seguridad que precise.</p>	<p>Limita movimiento pie/pierna, cuando el usuario precisa de inmovilización de ese miembro.</p>	<p>Regulable, tanto por el contorno como la amplitud de movimiento. Debe ser revisada para verificar correcta circulación a las partes más distales, y evitar ulceraciones.</p>	
<p>En mano:</p>	<p><b>MANOPLA:</b> Con cierre de velcro o magnético.</p>	<p>Fabricado en material suave para no lastimarse al rozarse con ellas. Ofrece una protección total en manos y muñecas.</p>	<p>Adaptables a todas las medidas. Usadas en personas que tienden a autolesionarse.</p>	<p>Deben revisarse por maceración de la piel, aunque suelen ser de material transpirable.</p>	

## ANEXO 2: EXPERIENCIA PERSONAL

*Enero 2000. Entro en una Residencia Geriátrica a visitar a un familiar mayor, algo lejano, al que recientemente sus hijos han institucionalizado por no poder prestar los cuidados necesarios al aumentar su nivel de dependencia. Me señalan que aguarde en el salón principal del Centro, e indican con amabilidad que espere a que traigan a la persona en cuestión.*

*En lo que llega, recorro la sala, amplia y espaciosa. La primera impresión se ve algo distorsionada por la escasa luz que procede de unos grandes ventanales; es un día invernal y muy gris, y parece que ese color impregna paredes y ánimo de las personas allí presentes. Una docena de ancianos, aposentados en enormes sillones, dispersos, empequeñecidos, adormilados la mayoría. Un par de ellos parecen estar algo fuera de sí, y sus gritos, aunque no fuertes en volumen, son capaces de desgarrarme por dentro. Uno balbucea algo incomprensible mientras se mueve de delante hacia atrás. Otro lucha por zafarse de un cinto que lo sujeta al sillón, mientras clama un **¡¡¡soltadme, soltadme!!!...** Muy a mi pesar, centra su pertrecha vista en mí, detrás de unas enormes y algo turbias gafas desfasadas. Al verme, grita aún más..., peor aún, me reclama a mí: **¡¡¡por favor, suéltame, quítame esto, por favor!!!**, mientras un escalofrío tan helado como el día me recorre de pies a cabeza, inmovilizándome en el sitio, en medio del salón. Incapaz de reaccionar me giro, presa de impotencia, quizás mezclada con cierta angustia y un miedo infundado...*

*El nombre de la visita que esperaba y verla en una silla de ruedas entrar al salón distrajo mis emociones, pero ese recuerdo se ha mantenido en mi interior hasta hoy.*

*Ha pasado, desde entonces, mucho tiempo, muchas visitas a esa Residencia, y también a otras donde he ejercido como voluntaria, quizás en respuesta a los gritos de esa mujer, que despertaron en mí la necesidad de cuidar al que lo necesita, aliviar el dolor del sufriente, o simplemente distraer al angustiado. Quizá esa petición lanzada al aire fue lo que me animó a estudiar Enfermería, y disfrutar de ello a medida que me adentraba en la teoría y más en la práctica.*

*Cuando, ya a las puertas de finalizar estos estudios, tengo el reto de realizar este trabajo, vuelven esas palabras a resonar con fuerza en mi interior: **¡¡¡por favor, suéltame, quítame esto, por favor!!!...** mientras esos pequeños ojillos tras unas enormes gafas vienen a mi memoria, ¿cómo seguir desoyendo lo que no ha cesado después de tantos años?, ¿cómo seguir dándole la vuelta a esa anciana que solo me pedía ese favor?, ¿qué puedo hacer para, a día de hoy, ayudar a quien como ella sigue gritando pidiendo ayuda?...*

### ANEXO 3: NORMATIVA LEGAL SOBRE CONTENCIÓN MECÁNICA

El primer cambio de tendencia en la importancia de los derechos de los pacientes se pone de manifiesto a través del interés de organizaciones internacionales (ya desde la II Guerra Mundial) con competencia en la materia: Naciones Unidas, Unesco, Organización Mundial de la Salud Europea y Consejo Europeo (posteriormente).

La autonomía del paciente como bien jurídicamente protegido surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona, tal y como ha sido plasmada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948.

Posteriormente, en 1997 en la ciudad de Oviedo (España), se crea el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, “El convenio sobre los Derechos Humanos y Biomedicina” o “Convenio de Oviedo”. Trata explícitamente sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, resaltando el derecho a la información y el consentimiento informado relativo a la salud de las personas.

En nuestro país, previamente se promulgaron diferentes normativas legales:

- **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.** Tiene como objetivo primordial establecer la estructura y el funcionamiento del Sistema Sanitario público en el nuevo modelo político y territorial que deriva de la Constitución Española de 1978. Según su artículo 1, su objeto consiste en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
- **Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o Convenio de Oviedo,** firmado en abril de 1997 en la ciudad de Oviedo (España). Entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía y del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria,
- **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal,** califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos.
- **El Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre,** aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- **Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre,** por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

- **Orden Foral 186/2014, del 2 de abril**, del consejero de políticas sociales, por la que se aprueba el protocolo para el uso de sujeciones en los centros residenciales de la tercera edad y discapacidad.

Desde un punto de vista legislativo, cada parlamento autónomo había dado su enfoque y aplicado sus criterios en diversas cuestiones (acceso a la Historia Clínica, Consentimiento Informado...) con las consiguientes diferencias entre unas Comunidades Autónomas y otras, lo cual queda corregido con las Leyes generales básicas reguladoras.

Desde el tema que nos interesa de las CCMM no existe ningún tipo de legislación específica; sí hay una normativa general, tanto nacional como autonómica. Reflejamos el ejemplo de nuestra comunidad:

#### CASTILLA Y LEÓN

##### LEY 16/2010, DE 20 DE DICIEMBRE, DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEÓN:

- **Art.5:** Finalidad y objetivos del sistema de servicios sociales.1) “Proporcionar una adecuada cobertura de las necesidades personales básicas y de las sociales, para promover la autonomía y bienestar de las personas y asegurar su derecho a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida”. 2) “Los servicios sociales estarán especialmente dirigidos a favorecer el desarrollo integral, la autonomía, la integración, la igualdad de oportunidad, y la integración plena de las personas mediante la detección de sus necesidades personales básicas y sus necesidades sociales, la prevención de situaciones de riesgo, la eliminación o tratamiento de las situaciones de vulnerabilidad, desprotección, desamparo, dependencia o exclusión, y la compensación de los déficits de apoyo social”.
- **Art.56:**E) “El deber de dispensar a las personas usuarias de los servicios sociales...un trato digno y corrección con respeto a su intimidad y el derecho a ser tratado con respeto y corrección”
- **Art.116:** Infracciones graves. I) “No realizar de modo adecuado las prestaciones debidas a las personas usuarias de centros y servicios establecidos por la normativa reguladora pudiendo exponerles a una situación de riesgo para su integridad física, seguridad y salud”.

La primera normativa que hace referencia **exclusivamente** a las contenciones mecánicas en el ámbito de las residencias en nuestro país es la **Comunidad Foral de Navarra**.

**ANEXO 4: HOJA DE REGISTRO DE APLICACIÓN DE CONTENCIÓN MECANICA**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	<b>FECHA:</b>						
<b>MEDIDA PROVISIONAL</b>							
<p>D.U.E..... ha decidido aplicar como medida preventiva..... de manera provisional hasta que el médico y el Equipo Sanitario adopten una decisión definitiva al respecto.</p> <p>Fecha: Firma DUE responsable:</p>							
<b>CONFIRMACIÓN DE LA MEDIDA</b>							
<p>El Médico..... con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias de D./Dña..... toma la decisión, en representación del Equipo Sanitario, que sea limitada su capacidad de movimientos por ..... mediante:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Barras en cama (1) (2)  <input type="checkbox"/> Sábana de sujeción  <input type="checkbox"/> Cinturón cama  <input type="checkbox"/> Cinturón pélvico silla             </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Cinturón torácico silla  <input type="checkbox"/> Cinturón simple silla  <input type="checkbox"/> Muñequeras (dcha.) (izqda.)  <input type="checkbox"/> Tobilleras (dcha.) (izqda.)             </td> </tr> </table> <p>Con el objeto de prevenir riesgos que se pudieran derivar de los mismos, notificando a la familia/ Tutor legal o Ministerio Fiscal la medida adoptada.</p> <p>Fecha: Médico (Fdo. Y nº Colegiado):</p>		<input type="checkbox"/> Barras en cama (1) (2) <input type="checkbox"/> Sábana de sujeción <input type="checkbox"/> Cinturón cama <input type="checkbox"/> Cinturón pélvico silla	<input type="checkbox"/> Cinturón torácico silla <input type="checkbox"/> Cinturón simple silla <input type="checkbox"/> Muñequeras (dcha.) (izqda.) <input type="checkbox"/> Tobilleras (dcha.) (izqda.)				
<input type="checkbox"/> Barras en cama (1) (2) <input type="checkbox"/> Sábana de sujeción <input type="checkbox"/> Cinturón cama <input type="checkbox"/> Cinturón pélvico silla	<input type="checkbox"/> Cinturón torácico silla <input type="checkbox"/> Cinturón simple silla <input type="checkbox"/> Muñequeras (dcha.) (izqda.) <input type="checkbox"/> Tobilleras (dcha.) (izqda.)						
<b>REVISIÓN DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS</b>							
<p>El Médico, como representante del Equipo Sanitario, con conocimiento de las circunstancias psicosanitarias del Usuario sigue corroborando la decisión referente a la limitación de movimientos.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Fecha revisión:</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Firma:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Fecha revisión:</td> <td style="padding: 2px;">Firma:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Fecha revisión:</td> <td style="padding: 2px;">Firma:</td> </tr> </table>		Fecha revisión:	Firma:	Fecha revisión:	Firma:	Fecha revisión:	Firma:
Fecha revisión:	Firma:						
Fecha revisión:	Firma:						
Fecha revisión:	Firma:						
<b>ANULACIÓN DE LAS MEDIDAS CONSENSUADAS</b>							
<p>El Médico ..... ha decidido prescindir de manera definitiva de las medidas de contención adoptadas para la limitación de movimientos por.....</p> <p>Fecha: Médico (Fdo. y nº Colegiado):</p>							

**ANEXO 5: HOJA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA  
AL USUARIO/ FAMILIA/ TUTOR LEGAL**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO/ FAMILIAR/ TUTOR LEGAL**

Por la presente, yo, D. /Dña. ....  
con DNI..... familiar y/o tutor legal del Usuario  
D./Dña. .... doy  
constancia de haberseme informado de la aplicación de medidas de contención mecánica  
para velar por la integridad de mi familiar y/o tutelado, así como de las posibles  
consecuencias adversas derivadas de su uso.

Doy mi conformidad:

- SÍ  
 NO

Fecha:

Responsable:

Fdo.: