



## CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDIDAS DE SUJECCIÓN FÍSICA.

### 1. PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS.

La contención mecánica es una intervención terapéutica mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, sus movimientos y el acceso al propio cuerpo en beneficio de su seguridad (prevención de caídas, golpes, fugas).

Así mismo conlleva la intención terapéutica de mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales como catéteres, sondas, mascarillas, entre otros, ya que evita que el paciente los desconecte.

La duración de la contención será del menor tiempo posible y en todo momento el personal realizará una valoración y vigilancia constante para evitar los riesgos, aplicar los cuidados y atención necesarios en esta situación.

Tipos de contención mecánica:

Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de dispositivos u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.

Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

### 2. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS

Riesgo de lesiones de piel por presión; por la inmovilización; riesgo de enfermedad tromboembólica; broncoaspiración; lesiones isquémicas. Otras complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipotensión.

### 3. RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

### 4. ALTERNATIVAS POSIBLES

Se ha realizado previamente desescalado y contención verbal sin ser efectiva. Si\_\_No\_\_

Existe mayor beneficio que riesgo en la utilización de contención farmacológica. Si\_\_No\_\_

No se puede ofrecer otras alternativas de acuerdo a las condiciones del paciente. Si\_\_No\_\_



**COSMITET** LTDA.  
Corporación de Servicios Médicos Internacionales TRIM S. Cía.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDIDAS DE SUJECCIÓN FÍSICA.

### 5. DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado del procedimiento, de los riesgos del mismo y de su necesidad, y sé que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, he comprendido su contenido, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas y que comprendo el alcance y los riesgos. Y, en tales condiciones, autorizo al servicio \_\_\_\_\_ para realizar la **contención mecánica racional** a (nombre del paciente) \_\_\_\_\_,

con documento de identidad número \_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

Nombre representante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Registro médico: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

**En caso de requerir mayor información puede solicitarla al médico que atiende al paciente.**

### DISSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado del procedimiento, de los riesgos del mismo y de su necesidad. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, he comprendido su contenido, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas y que comprendo el alcance y los riesgos.

Declaro que comprendo los riesgos que implica no realizar el procedimiento y en tales condiciones, No autorizo que se realice la **contención mecánica racional**.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

N° documento de identidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombres representante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Registro médico: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

El paciente o su representante **revoca el consentimiento** anteriormente prestado.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre representante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Registro médico: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_