



PACIENTE:		F. NACIMIENTO:
DNI:	UNIDAD:	FECHA:
FACULTATIVO INFORMANTE:		

INFORMACIÓN SOBRE LA ADOPCIÓN DE LAS MEDIDAS DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA.

La inmovilización terapéutica es cualquier método aplicado sobre una persona que limita su libertad de movimientos. Existen diversos métodos según el grado de restricción de movimientos. Es un procedimiento sanitario y por tanto sólo puede ser decisión del personal sanitario, cuando se cumplen las condiciones adecuadas. El fin es garantizar la seguridad del paciente o usuario/a y del medio. Cuando está indicado, es un procedimiento útil y necesario, sin que este supla los cuidados individuales que requiere cada paciente o usuario. Dado que es una medida con algunos riesgos, es el último recurso terapéutico a utilizar, una vez hayan fracasado el resto de alternativas de inmovilización (verbal y/o farmacológica) respetando el principio de autonomía y dignidad del paciente.

RAZONES PARA LA INDICACIÓN DE LA INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA:

- Riesgo para la integridad física del paciente
 - Riesgo de caídas / Confusión / Desorientación
- Riesgo de disrupción grave en proceso terapéutico
- Otros. Especificar _____

TIPO DE INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA INDICADA

INMOVILIZACIÓN DIURNA

Características

- Habitación** Cama | Sala Sillón | Silla de ruedas
 Sillón
- Tipo** Tabla de inmovilización MMSS Manopla
 Cintura abdominal MMII Barandillas
 MM cruzados Un solo miembro _____
 Total Cinturón pélvico

INMOVILIZACIÓN NOCTURNA

Características

- Habitación** Cama
- Tipo** Cintura abdominal MM Cruzados Manopla
 MMSS Total Barandillas
 MMII Un solo miembro _____
 Otros _____



EN QUÉ LE BENEFICIA LA APLICACIÓN DE LA INMOVILIZACIÓN:

- Protección del paciente por medio de la prevención de lesiones al propio paciente (golpes, caídas, autolesiones), disminuyendo el riesgo de lesiones auto infligidas (voluntarias o involuntarias)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- Disminuir el riesgo de interferencias de procesos terapéuticos del propio usuario/a o de otros usuarios/as (p ej., retirada de vías, sondas nasogástricas, etc.)
- Prevención de fugas si existe tal riesgo y éste es peligroso
- Riesgo de daños físicos significativos en el entorno
- Inmovilización de angustia por reducción de estímulos sensoriales

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación sanitaria tiene riesgos. La mayor parte de las veces la intervención no produce daños o efectos indeseables, y se toman medidas preventivas y de control para que no pasen, pero en ocasiones pueden hacerlo. Los riesgos aumentan cuanto más restrictiva y prolongada sea la inmovilización

- Pueden aumentar el riesgo de reacciones psicológicas indeseables como agresividad o depresión
- Aumentan el riesgo de producir hematomas y heridas en la piel.
- Aumentan el riesgo de descenso de la fuerza o daños musculares por disminución del tono, compresión de la musculatura o de nervios.
- Aumentan el riesgo de incontinencia o estreñimiento
- Aumentan el riesgo de trombosis venosa
- En casos extremos y raros, pueden aumentar el riesgo de insuficiencia cardiorrespiratoria

CONTRAINDICACIONES DE LA INMOVILIZACIÓN:

La Inmovilización Terapéutica no se utilizará nunca por las siguientes razones:

- Si existe alguna contraindicación en caso de que las características físicas y/o psicológicas del usuario/a no lo aconsejen.
- En caso de que sea posible la aplicación de una medida terapéutica menos restrictiva.
- Como castigo por un mal comportamiento o por no seguir las indicaciones de los profesionales.
- Como sustitutivo de vigilancia.

AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA

He sido informado por el facultativo del tipo, razones, alternativas, ventajas e inconvenientes de la adopción de medidas de aislamiento e inmovilización. La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al equipo que me atiende a aplicar dichas medidas. También se me informa de que existe disposición continua a ampliar la información y de que en cualquier momento puedo revocar ésta autorización

Fdo.:FACULTATIVO RESPONSABLE

Fdo.:PACIENTE

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, por incapacidad legal o por incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor). En caso de guardador de hecho, indicar cargo (Director Médico, etc) y justificar.

Nombre: _____ DNI: _____ Fdo: _____

En calidad de _____ autorizo el tratamiento mencionado.



DENEGACIÓN /REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de las medidas de inmovilización terapéutica propuestas, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para ello, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Motivo: _____

Fdo: FACULTATIVO

FDO: TESTIGO

FDO: PACIENTE

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, por incapacidad legal o por incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc)

Nombre: _____ DNI: _____ Fdo:

En calidad de _____ deniego la autorización para el tratamiento mencionado.

En Valladolid, a ____ de _____ de ____