

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 1 de 13

## 1. OBJETIVO

Promover el uso reflexivo de la sujeción/inmovilización mecánica para evitar lesiones directas e indirecta al paciente y su familia, como estrategia fundamental de la política de humanización institucional con el fin de agotar medidas terapéuticas menos agresivas utilizándolas en situaciones individualizadas y no como un procedimiento de rutina; teniendo presente que cuando sea usada, debe haber un claro beneficio para el paciente.

## 2. ALCANCE

Aplica para las sedes de la Clínica Antioquia, inicia con la atención del paciente durante cambios en su estado neurológico que no le permitan atender explicaciones sobre la prevención de lesiones a sí mismo o a los demás (retiro de dispositivos, caídas, heridas entre otros) y finaliza cuando se logra tener al paciente despierto, calmado y cooperativo.

## 3. DEFINICIONES

**Delirium:** se caracteriza por: confusión, desorientación, inquietud, obnubilación de la conciencia, incoherencia, miedo, ansiedad, excitación y a menudo ilusiones y alucinaciones.

**Escala de Braden:** evalúa el riesgo de desarrollar lesiones por presión con base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

**Escala de Glasgow:** la escala de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

**Escala de Richmond RASS:** la monitorización del nivel de sedación es una actividad de enfermería cuya finalidad es evitar tanto la sobre sedación como la infra sedación de los pacientes, disminuyendo

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 2 de 13

de este modo las complicaciones derivadas, además de mejorar el confort. Sin embargo, el nivel de sedación con frecuencia no es valorado como un método estandarizado. Para ello, una herramienta validada es la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale).

**Inmovilizadores:** Dispositivo médico que se utiliza para asegurar el paciente a la cama, camilla o a la silla o para fijar los miembros superiores e inferiores en caso de tratamiento o exámenes especiales.

**Sujeción mecánica o inmovilización:** cualquier acción o procedimiento que previene el libre movimiento de una persona a una posición de su elección o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método sujeto o colindante al cuerpo de una persona que no puede controlar o retirar fácilmente. Es importante conocer hasta qué punto la inmovilización se convierte en una solución y qué alternativas pueden ofrecérsele al paciente teniendo en cuenta las complicaciones de índole física, emocional y funcional que pueden derivarse. Aunque la inmovilización busca promover la seguridad del paciente (prevención de auto retirada de dispositivos) debe ser elegida como última opción debido a que aumenta el riesgo de delirium, y la pérdida del rol, ya que se atenta contra la autonomía y libertad personal.

#### **Tipos de Contención:**

- **Farmacológica:** uso de medicamentos para controlar el comportamiento o para restringir el movimiento del paciente.
- **Mecánica:** dispositivo, material o equipo, unido o cercano al individuo utilizado con el fin de prevenir el libre movimiento o el acceso normal a su cuerpo. Estos dispositivos no pueden ser controlados ni fácilmente retirados por la persona inmovilizada. La silla neurológica, el chaleco inmovilizador, los sujetadores de tobillos y manos, y las sábanas de movimiento, entre otras, son las más comúnmente usadas. Sin embargo, estas medidas han despertado gran controversia ante la preocupación por el respeto de los derechos humanos y la libertad de civiles.
- **Física:** es un recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para mantener bajo control conductas que implican un peligro elevado para el propio paciente, para otros, o para el personal asistencial. También, es la forma correcta de asegurar el paciente a la cama, camilla o silla para fijar los miembros superiores, inferiores, la cabeza y el tronco, para la realización de tratamientos especiales y para preservar la integridad física del individuo.

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 3 de 13

**Trastorno Mental:** para los efectos de ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

#### 4. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

- En la unidad de cuidados intensivos y especiales la elección de inmovilizar un paciente debe partir de la revisión diaria del objetivo de sedación y evaluación de escalas de sedación tales como rass, y la detección y monitorización del delirium de acuerdo a la Guía de Sedación para Paciente en Unidad de Cuidado Crítico **E-GCC-G-036**.
- El médico tratante deberá solicitar al personal asistencial la inmovilización del paciente por escrito en la historia clínica.
- Siempre que el paciente tenga acompañante se deberá solicitar el consentimiento de la familia al procedimiento por medio del formato **E-GCS-F-034** Consentimiento Informado Terapéutico y de Intervenciones de Cuidados de Enfermería, con una adecuada explicación del mismo por parte del médico tratante y el enfermero jefe.
- El personal asistencial debe valorar el estado de la piel mínimo cada 2 horas cuando el paciente este inmovilizado para evitar aparición de lesiones o úlceras.

##### 4.1 INDICACIONES

Las indicaciones por tanto serían:

- Paciente con riesgo de lesión a sí mismo o a los demás, que no mejora con otras intervenciones.
- Para facilitar el mantenimiento del programa terapéutico, en aquellos pacientes que se retiran catéteres, sondas, apósitos u otros dispositivos médicos.
- Como medida facilitadora de reposo, cuando este está indicado.
- Cuando exista alto riesgo de daño a la planta física.
- Durante la realización de procedimientos invasivos a paciente no colaborador.
- Por solicitud de los familiares: previa aclaración de dudas.

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 4 de 13

- En el paciente se origina un cuadro denominado Delirium sus causas son: fiebre, post-operatorio, alteración cardíaca y vascular, trastorno neurológico cerebral (tumores, encefalopatías, enfermedades cerebrovasculares, demencia, entre otras), infecciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas y endocrinológicas.

#### **4.2 CONTRAINDICACIONES**

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- No exista indicación.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención cómo la comunicación verbal y/o tratamiento farmacológico.
- Como respuesta a la negativa del paciente al tratamiento o a otras actividades cuando este está orientado.
- Por conveniencia del equipo de salud.
- Aplicación de las medidas por personal sin entrenamiento.
- Como sustituto del tratamiento.

#### **4.3 MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS (INSUMOS)**

- Consentimiento informado.
- Inmovilizadores de extremidades.
- Sabanas.
- Contención torácica (banda cruzada de tórax).
- Colchón anti escaras.
- Almohadas.

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 5 de 13

#### 4.4 RECOMENDACIONES

- Conocer las causas de agitación de los pacientes: dolor, delirio o infrasedación,
- Promover el acompañamiento continuo de la familia.
- Evitar la pérdida de dignidad que sienten los pacientes: no dejar desnudos, dar uso correcto a las cortinas, promoviendo la intimidad.
- Atender oportunamente las alarmas.
- Explicar los procedimientos y atender las dudas.
- Comprender al paciente: dedicar tiempo a escuchar y atender las necesidades físicas, psicológicas y espirituales.
- Orientar en tiempo y espacio.
- Permitir elementos de distracción: lectura, música en la medida de la posibilidad del paciente y su familia.
- Promover medidas para prevención del delirium: Comodidad ambiental, promoción del sueño nocturno, control de ruido e iluminación, intervenciones musicales.

A la hora de prescribir la sujeción del paciente hay que considerar el potencial conflicto entre la percepción del equipo de salud y el beneficio para el paciente; por un lado, hay que valorar la necesidad de proteger al enfermo de sus acciones involuntarias y además, tener en cuenta que la inmovilización puede agravar los síntomas de delirio y puede producir lesiones; por otro lado, “hay que proteger al equipo que atiende al enfermo de la agresión involuntaria por parte de un paciente desorientado y angustiado.

- La inmovilización de pacientes debe realizarse por un equipo de personas (mínimo tres) pues existe el riesgo de que el paciente sufra una caída o lesione al personal según su estado; siempre un integrante del equipo realizará la inmovilización y dos sostienen el paciente .
- Monitorización de signos vitales continua al paciente inmovilizado para descartar trastorno respiratorio o cardiovascular.
- Registrar en la historia clínica la indicación de inmovilizar. Así mismo, la educación brindada a la familia para obtener el consentimiento del procedimiento. También, se debe escribir la tolerancia del paciente al procedimiento.
- Las complicaciones que se asocian a la inmovilización repercuten en el pronóstico del paciente inmovilizado de forma más intensa incluso que la propia enfermedad subyacente. Estas complicaciones aparecen incluso tras periodos cortos y es por eso importante realizar una

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 6 de 13

valoración completa que las contemple.

- Revisar el entorno del paciente retirando aquellos objetos que puedan ser peligrosos, incluidos aquellos que le pertenezcan y posea en el momento, por ejemplo: reloj, prótesis, mecheros, etc.
- Administrar medicación por horario oportunamente y valorar la tolerancia a esta.
- Mantener la comunicación verbal durante la sujeción.
- Comprobar el ajuste de los inmovilizadores.
- Comprobar hidratación adecuada del paciente.
- Comprobar grado de sedación mediante la aplicación de la Escala de RASS.
- Comprobar el nivel de conciencia mediante la aplicación de la Escala de Glasgow.
- Facilitar si es necesario micción y/o evacuación intestinal (Uso de pañal).
- Realizar valoración diaria del estado de la piel del paciente y diligenciar la Escala de Braden para la clasificación correcta del riesgo de lesiones por presión.
- Valorar la respiración y vía área continuamente.
- Se vigilará sujeciones de extremidades para que no dañen la circulación. Si es posible ajustar correas cada 2 horas y realizar ejercicios de movilización.
- Seguir pautas específicas según protocolos y órdenes médicas, incluida la profilaxis con anticoagulación en aquellos casos que lo precisen.
- Cuando sea necesario quitar las sujeciones (aseo, alimentación, movilización) quitarlas de una en una (las de las muñecas las últimas); hacer que esté presente el personal suficiente por si hay problemas. Mantener supervisión hasta la remisión de las causas que lo justifican.
- Enfermería deberá realizar los registros oportunos sobre el procedimiento, hora de inicio y de finalización de la sujeción así como las incidencias relevantes que sucedan en el procedimiento mencionado.

#### 4.5. COMPLICACIONES

La inmovilización de los pacientes, es una actividad que puede generar complicaciones con su uso, de tal forma que la inmovilización será necesaria cuando la adopción de otras medidas no ha logrado la tranquilidad del paciente: administración de fármacos, modificaciones al entorno, cuidados de enfermería y las relacionadas con aspectos psicosociales como el acompañamiento efectivo del personal y de la familia, y control de aspectos fisiológicos en relación a las entidades patológicas si esto falla.

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 7 de 13

Efectos físicos de la inmovilización, la inmovilización física puede dar como resultado:

- Atrofia muscular ya que se disminuye la tasa de síntesis proteica en los músculos de las extremidades inmovilizadas, incluso durante las primeras 6 horas de inmovilización.
- La actividad electromiográfica de los músculos inmovilizados se disminuye entre un 5% y un 15%.
- La capacidad de respuesta de insulina para la captación de glucosa en el músculo se reduce a las 24 horas de inmovilización de la extremidad.
- Los cambios metabólicos en los músculos inmovilizados tienen influencia sobre los nervios motores.

**Lesiones directas:**

- Lesiones en plexos nerviosos: causadas por la combinación de sujeción de chaleco y muñequera, en pacientes encamados con la cabecera elevada, donde la presión de la sujeción de la muñequera puede causar que se mueva hacia arriba el chaleco, llegando a las axilas y causando así lesión en el plexo braquial distal.
- Lesión isquémica: contractura isquémica de los músculos de ambas manos.
- Asfixia: el paciente puede enredarse en el sistema de sujeción o colgarse del mismo, normalmente al intentar levantarse de la cama o silla.
- Muerte súbita: normalmente tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.

**Lesiones indirectas:**

- Propensión a caídas.
- Estancias prolongadas en la clínica.
- Infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Menos probabilidad de supervivencia.
- Declive del comportamiento social, cognición y movilidad.
- Aumento de la desorientación.
- Desarrollo de úlceras por presión.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 8 de 13

La inmovilización prolongada puede tener efectos negativos sobre el sistema musculoesquelético y el tejido conjuntivo, hueso, tejido de las articulaciones, sistema respiratorio, sistema gastrointestinal y sistema metabólico; sin dejar de lado que la inmovilidad también puede cambiar el estado emocional de un individuo, ya que los pacientes pueden experimentar ansiedad, apatía, depresión, inestabilidad emocional, aislamiento social y otros síntomas.

Posibilidad de desarrollar úlceras por presión secundarias a la inmovilidad prolongada, entendiendo éstas como lesiones causadas por la presión constante, especialmente en prominencias óseas como el sacro, trocánteres, tuberosidad isquiática, talones, codos, etc. que comprimen y obstruyen el flujo sanguíneo causando isquemia tisular o anemia local” y sumado a esto, que si este tipo de lesiones llegan a infectarse pueden terminar en una complicación mayor como lo es una osteomielitis, sepsis e incluso la muerte.

Las contracturas pueden ser otro efecto deletéreo de la inmovilización y pueden afectar los músculos y otros tejidos que rodean las articulaciones, este efecto no hace referencia sólo a la reducción del tamaño muscular sino también de la reducción del movimiento funcional, estiramiento y fuerza, “La reducción de las contracciones musculares y el estasis venoso de miembros inferiores facilita el flujo venoso lento; este factor junto con la presión constante del peso corporal en la cama y el aumento de la presión al interior de los capilares puede contribuir en el desencadenamiento de trombosis venosa profunda”.

Además de las connotaciones físicas, en torno a la sujeción mecánica surgen múltiples connotaciones de orden psíquico y legal.

Es importante el abordaje verbal del paciente antes, durante y después de la aplicación de la técnica para evitar lesiones psíquicas, un buen abordaje verbal reduce al mínimo la utilización de la fuerza en la inmovilización. El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su contención facilitarán el que éste no lo viva como un ataque a su dignidad como persona.

A nivel legal según la constitución política colombiana en su artículo 28: “...toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a presión (...) sino en virtud de



	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 9 de 13

mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y con motivo previamente definido por la ley...”(14).

En el código civil colombiano, título XXVIII, artículo 554 se estipula que: “...el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros.

## 5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO/PROTOCOLO

N°	Actividades esenciales	Responsable
1	Realizar las actividades previas no farmacológicas, la inmovilización será necesaria cuando la adopción de otras medidas no ha logrado la tranquilidad del paciente: administración de fármacos, modificaciones al entorno, cuidados de enfermería y las relacionadas con aspectos psicosociales como el acompañamiento efectivo del personal y de la familia, y control de aspectos fisiológicos en relación a las entidades patológicas si esto falla.	Médico Tratante
2	El médico y la enfermera del servicio deberán explicar al familiar o acudiente la necesidad de la inmovilización con sus respectivos riesgos y beneficios, solicitando el consentimiento informado por medio del formato E-GCS-F-034 Consentimiento Informado Terapéutico y de Intervenciones de Cuidados de Enfermería.	Médico Tratante
3	Las personas que entrarán en contacto físico con el paciente deberán tener su equipo de protección personal o medidas universales de precaución. Mínimo tres integrantes del equipo (médico tratante, auxiliar de enfermería y enfermero del servicio).	Médico Tratante. Auxiliar de enfermería. Jefe de enfermería.
4	Preparar la cama o camilla y la sujeción de acuerdo a la necesidad.	Auxiliar de enfermería

N°	Actividades esenciales	Responsable
5	Retirar de la unidad objetos que puedan ser peligrosos para el paciente	Auxiliar de enfermería
6	Colocar la cama en posición inclinada a 45° a menos que exista alguna contraindicación especial en el paciente.	Auxiliar de enfermería
7	Proceder a la contención del paciente. Es de gran importancia a criterio medico iniciar una sedación que permita relajación del paciente de acuerdo a protocolo de sedación.	Médico tratante.
8	Administrar el sedante ordenado para iniciar.	Auxiliar de enfermería
9	Acostar al paciente en posición semifowler asegurando su adecuada ventilación.	Equipo de salud, liderado por el médico tratante.
10	Colocar las muñequeras y tobilleras de forma firme pero no demasiado ajustada, protegiendo la circulación venosa.	Equipo de salud
11	Colocar los cinturones de sujeción torácica en la cintura para evitar que el paciente se baje por encima de la baranda de la cama o camilla.	Equipo de salud.
12	Explicar a la familia los cuidados a seguir, signos y síntomas de alarma por lo cual debe solicitar inmediatamente la presencia del personal de enfermería.	Jefe de enfermería/ Auxiliar de enfermería.
13	Realizar valoración de la sedación del paciente mediante la Escala de RASS.	Jefe de enfermería UCI
14	Realizar la detección y monitorización del delirium con escala CAM ICU en las unidades de cuidados intensivos y especiales.	Médico
15	Realizar valoración mediante la escala de Braden cada día.	Jefe de enfermería
16	Valorar el estado neurológico del paciente mediante la Escala de Glasgow y monitoreo mínimo cada 4 horas.	Auxiliar de enfermería.
17	Administrar los sedantes ordenados por horario oportunamente.	Auxiliar de enfermería.
18	Asistir en la alimentación y baño del paciente.	Auxiliar de enfermería

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 11 de 13

### Cuidados con el Paciente:

- Mantener al paciente en alineación corporal.
- Ejercicios activos y pasivos de sus extremidades mínimo cada 2 -4 horas desde que sea posible.
- Verificar que las sujeciones estén bien aseguradas pero no le hagan daño.
- Comprobar que el paciente tenga libertad de movimiento pero no producir lesiones.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas y valorar estado de las extremidades, pulsos, perfusión, temperatura, coloración y/o aparición de posibles lesiones por fricción o presión proteger las zonas de riesgo para desarrollar este tipo de lesiones.
- Atender las necesidades básicas del paciente como: Hidratación, alimentación, higiene corporal, cuidados de la piel según la valoración individualizada del paciente.
- Valorar la tolerancia y respuesta al tratamiento farmacológico.
- Evaluar estado de conciencia y nivel de sedación mínimo cada 2 horas.

### 6. INDICACIONES AL USUARIO

- Tanto el médico tratante, como el equipo de salud deben aclarar a la familia del paciente las dudas que surjan cuando se toman conductas terapéuticas, para atender cada indicación. Es muy importante que si se decide cambiar de conducta, los primeros en enterarse debe ser la familia para que haya consentimiento de continuar la atención.
- La familia es participe activa de los cuidados suministrados al paciente, es importante que sean conscientes de la importancia para la seguridad del paciente mantener dicha inmovilización.
- Valorar la evolución del paciente durante el tratamiento con la posibilidad de desmontar la contención a criterio medico si este se observa muy estable.
- Explicar a la familia que siempre que consideren necesario la presencia del personal de enfermería deberán llamar.

### 7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

N°	Riesgo	Barrera de seguridad
1	Físico	Adherencia a protocolo de inmovilización. Uso de inmovilizadores correctos y en buen estado.
2	Psíquico	Evitar el uso de inmovilizadores si previamente no se agotaron las

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 12 de 13

		otras alternativas aquí descritas.
<b>3</b>	Ético	Tener en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, de justicia, principio de autonomía o de libertad de decisión.  Además, los valores institucionales: empatía y respeto.
<b>4</b>	Legal	Obtener el consentimiento, previa explicación del procedimiento.

## 8. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN

- Subir el documento en la plataforma documental del sistema de calidad para conocimiento de todo el personal.
- Realizar capacitación y sensibilización al personal involucrado en éste.
- Realizar socialización en los diferentes grupos primarios.

## 9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

La evaluación se realizará por medio del aula virtual y se realizará seguimiento de manera bimensual mediante la implementación de la Lista de Chequeo de Adherencia al Protocolo de Inmovilización de Pacientes E-GCS-F-068.

## 10. NIVELES DE EVIDENCIAS

Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación B.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Superior de Estudios Psicologicos- ISEP-*Blog de ISEP* [Internet]. [Consultado 14 de Oct 2018]. Disponible en: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/la-contencion-fisica-buen-uso-terapeutico/>

	<b>PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES</b>	Código: E-GCC-T-046
		Versión: 003
		Fecha: Mayo 2019
		Página: 13 de 13

2. Meritxell Sastre Rus y Fernando Campaña Castillo. *Contención mecánica: definición conceptual*. SCIELO. [Internet]. 2014 [Consultado 14 de Oct 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Luisa María Luengas Ramírez. *Medidas de Sujeción en Pacientes Hospitalizados*. Encolombia. [Internet]. 2017 [Consultado 14 de Oct 2018]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-102/medidasdesujecion/>
4. Telesalud Universidad de Caldas- *Sitio Web Posgrado*-[ Internet]. [Consultado 14 de Oct 2018]. Disponible en: [http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio\\_Web\\_Postgrado/pautas/enfermeria/inmovilizaciones/inmovilizacion.htm](http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio_Web_Postgrado/pautas/enfermeria/inmovilizaciones/inmovilizacion.htm)
5. Ana Seoane Lago, Tamar Alava Cascon, Margarita Blanco Prieto, Helena Díaz Moreno *Protocolo de Contención de Pacientes*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. España.2005-p.1-23
6. Shlideshare. *Inmovilización del Paciente Psiquiátrico*. [ Internet]. [Consultado 14 de Oct 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/luisafdabustos1/inmovilizacion-del-paciente-psiquitrico>
7. Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental
8. Erika Maria González Mary Luz Herrera López. *Implicaciones de la sujeción mecánica para el paciente críticamente enfermo, su familia y la práctica de enfermería* 2011.

12. CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación del documento.	Coordinador de médico	Director médico	Comité tecnicocientífico
002	Enero 2015	Actualización del documento.	Coordinador de médico	Director médico	Comité tecnicocientífico
003	Mayo 2019	Se actualiza el contenido y la estructura de acuerdo a lo definido en el SGC.	Coordinación de enfermería. Coordinación de UCI-UCE.	Dirección de Enfermería	Comité de Guías