N° DE ACTA: 1	**FECHA:** 06/07/2026
REUNIÓN: INSTRUCTIVO CODIGO VERDE, MANEJO DE PACIENTE PSIQUIATRICO Y CON MANEJO DE PACIENTE CON IDEACION SUICIDA.	

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	ÁREA/ENTIDAD
DR. Alberto Gómez	Referente de Psiquiatría	Subred Norte
Karen Jazmín Poveda Bermúdez	Profesional de enlace	Subred Norte

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Verificación del quórum
2. Lectura del acta anterior
3. Revisión de compromisos
4. Temas a tratar
5. Varios

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Proceso: Gestión de Enfermería — Atención Prehospitalaria (APH)
Actividad: Capacitación mensual APH — Socialización de instructivo institucional
Documento de referencia MI-GEN-I-26 — Instructivo Contención o Inmovilización Preventiva de Pacientes (Código Verde), Versión 4, 03/10/2025
Tema: Manejo de paciente psiquiátrico e ideación suicida
Fecha: lunes 6 de julio de 2026
Hora: 6:00 p. m.
Modalidad: Virtual
Facilitador: Alberto Gómez — Referente de Salud Mental, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
Dirigido a: Tripulaciones APH: médicos, auxiliares de enfermería y conductores

1. OBJETIVO GENERAL

Socializar con las tripulaciones de Atención Prehospitalaria (APH) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. el Instructivo de Contención o

Inmovilización Preventiva de Pacientes (Código Verde) MI-GEN-I-26, así como los lineamientos institucionales para el manejo del paciente psiquiátrico y del paciente con ideación suicida, con el fin de estandarizar el actuar del equipo APH, proteger la integridad física y emocional del paciente y de su familia, y garantizar una atención segura, humanizada y basada en evidencia.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer el alcance, campo de aplicación y enfoque diferencial del Instructivo MI-GEN-I-26 a las tripulaciones APH.
- Reforzar la definición y diferencia entre contención verbal, contención farmacológica y contención física, así como sus indicaciones y contraindicaciones.
- Socializar el rol de cada integrante del equipo (médico, enfermera, auxiliares de enfermería y conductor) durante la activación de Código Verde.
- Fortalecer competencias del equipo APH para la identificación temprana de señales de alarma, la valoración del riesgo y el abordaje inicial del paciente psiquiátrico y del paciente con ideación o riesgo suicida.
- Enfatizar el respeto a la dignidad del paciente, el consentimiento informado y el registro clínico adecuado del procedimiento de contención o inmovilización.
- Resolver dudas del equipo asistencial frente a la aplicación práctica del instructivo en el contexto prehospitalario.

3. INTRODUCCIÓN

En el marco de las capacitaciones mensuales del proceso de Atención Prehospitalaria, el Referente de Salud Mental de la Subred Norte, Alberto Gómez, socializó a las tripulaciones APH el Instructivo Institucional de Contención o Inmovilización Preventiva de Pacientes (Código Verde), documento que estandariza el procedimiento de inmovilización y contención como medida de protección frente al riesgo de autoagresión y heteroagresión. Adicionalmente, se abordó el manejo del paciente psiquiátrico y del paciente con ideación suicida, tema de alta relevancia para los equipos de atención prehospitalaria dado el contacto directo y frecuente con este tipo de usuarios en el entorno extrahospitalario.

4. DESARROLLO DE LA JORNADA

4.1 Marco general del Instructivo MI-GEN-I-26 (Código Verde)

- Objetivo del instructivo: estandarizar el empleo del procedimiento de inmovilización y contención como protección del riesgo de autoagresión y heteroagresión, protegiendo al paciente de caídas o lesiones físicas.
- Alcance y campo de aplicación: dirigido a todo el personal de la Subred con especial énfasis en usuarios con diagnósticos de trastornos y problemas mentales.
- Enfoque diferencial: se resaltó el compromiso de la Subred con la atención sin discriminación, reconociendo las diferencias poblacionales (comunidades indígenas, afrocolombianas, palenqueras, raizales y Rrom, identidad de género diversa, víctimas del conflicto armado, habitantes de calle, personas con discapacidad y ciclo vital) y garantizando el respeto de la cosmovisión, identidades y orientaciones que determinan la relación del usuario con su entorno, salud y enfermedad.

4.2 Talento humano y activación del Código Verde

- Se socializaron los roles del equipo: médico tratante (lidera y supervisa, define la necesidad de contención y ordena por escrito su inicio y suspensión), enfermera (contención verbal, administración de medicamentos, supervisión de la contención física) y auxiliares de enfermería (ejecución de la inmovilización y seguimiento en piel y estado del paciente).
- Se recordó la conformación mínima del equipo (4 a 6 personas por turno) y la distribución de funciones para la sujeción de miembros superiores e inferiores.

4.3 Conceptos y tipos de contención

- Contención verbal o acompañamiento terapéutico: mediar con el paciente, negociar situaciones, disminuir la agresividad y prevenir la violencia; es la medida menos restrictiva.
- Contención farmacológica o química: administración de medicamentos (antipsicóticos, benzodiacepinas) para tranquilizar al paciente cuando la contención verbal no es suficiente.
- Contención física: uso de procedimientos mecánicos o farmacológicos para limitar los movimientos del paciente y protegerlo de lesiones a sí mismo o a

terceros, como último recurso frente a situaciones de violencia inmanejable, pérdida del juicio o del sentido de la realidad.

- Se reforzaron las indicaciones (autoagresión, agitación no controlable, riesgo de fuga o de retiro de dispositivos médicos, entre otras) y las contraindicaciones de la contención (respuesta a conducta molesta, conveniencia del equipo, castigo al paciente o personal sin entrenamiento).

4.4 Consideraciones especiales y derechos del paciente

- Se enfatizó en el respeto a la dignidad del paciente, el rechazo a la estigmatización y la minimización del impacto emocional del procedimiento.
- Obligación de documentar en la historia clínica la prescripción, indicación, procedimiento, fecha y hora, así como el consentimiento informado.
- Vigilancia permanente del estado clínico, perfusión distal y patrón respiratorio del paciente inmovilizado, y reevaluación periódica de la pertinencia de mantener o retirar la medida.
- Riesgos asociados a la inmovilización (lesión en piel, úlceras por presión, edema, alteración del patrón intestinal y del sueño, compresión de nervios) y medidas de enfermería para prevenirlos.

4.5 Manejo del paciente psiquiátrico y con ideación suicida

El referente de salud mental abordó con el equipo APH el reconocimiento de señales de alarma en el paciente con crisis psiquiátrica o con ideación suicida, la importancia de un abordaje verbal calmado, empático y no confrontacional como primera medida de contención, y los criterios para determinar cuándo es necesario escalar a contención farmacológica o mecánica siguiendo el instructivo institucional. Se reforzó la necesidad de garantizar un entorno seguro para el paciente y para el equipo, limitar el acceso a elementos de riesgo, mantener acompañamiento continuo del paciente durante el traslado y activar oportunamente la ruta de atención en salud mental y la interconsulta con psiquiatría o el servicio de urgencias correspondiente. Se recordó al equipo la importancia de la escucha activa, evitar juicios de valor y preservar la intimidad y la autoestima del paciente durante toda la atención.

4.6 Metodología

- Sesión virtual sincrónica dirigida por el Referente de Salud Mental.

- Espacio de preguntas y resolución de dudas del equipo APH al cierre de la jornada.

1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el empleo del procedimiento de inmovilización y contención como protección de riesgo de autoagresión y hetero agresión, protegiéndolo de caídas o lesiones físicas, teniendo en cuenta la técnica, elementos disponibles y la indicación específica de cada uno de ellos.

2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este instructivo está dirigido a todo el personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, es de aplicación a todos los usuarios con necesidad de contención e inmovilización con especial énfasis en pacientes con diagnósticos de trastornos y problemas mentales que precisen el procedimiento en cualquier unidad de la Subred.

3. ENFOQUE DIFERENCIAL

En la Subred integrada de servicios de salud Norte se prestaran servicios en salud sin discriminación, promoviendo la igualdad y reconociendo las diferencias de la población que se atiende enfocada a los diferentes pueblos indígenas, afrocolombianos, palanqueros, raizales y Rom, con identidad sexual diversa, víctimas del conflicto armado, habitantes de calle, personas con discapacidad y población según su ciclo vital (primera infancia, infancia, adolescente, joven, adulto y vejez); es por esto que la subred decide enfocar de forma gradual sus unidades en dichos grupo poblacionales iniciando con las unidades de San Cristóbal (Población afrocolombiana), Chapinero (Población LGTBIQ+), EMAUS (Población enfoque de género), Suba (Población Muisca), Rincón (Población afrocolombiana) y Española (Población Kichwa). Además, la Subred garantiza que dentro del ciclo de atención en sus diferentes servicios para el usuario y su familia nuestros colaboradores reconocen las particularidades y características desde la cosmovisión, medicina ancestral, ideologías, identidades y orientaciones que determinan la relación con su entorno, población, salud y enfermedad evitando las expresiones de juicios de valor construidos desde la apariencia física o estereotipos.

4. DESARROLLO

4.1. Talento Humano

La sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos verbales, físicos mecánicos o farmacológicos, en su orden, dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo (autoagresión) o a otras personas pudiera ocasionar (hetero agresión).[1]

Se realizará la activación del código verde en un área específica de la unidad previamente establecida y que cumpla con el talento humano y los equipos biomédicos.

En las unidades que no se cuenta con personal suficiente se deben asignar y entrenar profesionales de la salud como equipo de atención de código verde, estos mismos deben estar identificados y alerta por que las situaciones aparecen de la nada.

Para este procedimiento se requiere el siguiente equipo:

[1] Bibliografía # 1

Médico Tratante (Psiquiatra o médico general líder de activación de código verde):

1. Valorar paciente, entrevistarlo a él o su familia, realizar observación directa y realizar los registros clínicos en la Historia clínica institucional.
2. **Realice contención verbal, de manera inicial con paciente y su familia.**
3. **Brinda instrucciones al equipo de salud, para el manejo del paciente en el servicio de urgencias u hospitalización.**
4. Definir **la necesidad de contención física y/o farmacológica.**
5. Ordenar por escrito la indicación de inicio y suspensión de la sujeción física del paciente en 2,3 o 5 puntos, según sea el caso.
6. Informar al paciente y a sus familiares los motivos y objetivos de la sujeción mecánica.
7. Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.
8. Comentar objetivo de la medida siempre al ingreso del paciente a la unidad y obtener el consentimiento informado.

Enfermera:

1. Participa en la contención verbal del paciente.
2. De acuerdo a orden médica, se realiza la administración de medicamentos, en la contención farmacológica.
3. Identifica y registra en plan de cuidado de enfermería de acuerdo a la necesidad del paciente.
4. Supervisa la realización de la contención física del paciente
5. Ejecuta la inmovilización y realiza la nota del procedimiento en registros de enfermería
6. La indica en caso de urgencia y ausencia del médico del servicio
7. Realiza ronda horaria y consigna en la historia clínica.

Auxiliar de enfermería:

1. Ejecuta la inmovilización y realiza la nota del procedimiento en registros de enfermería
2. Hace seguimiento a la inmovilización, estado de la piel y condiciones del paciente.

Se contará con un equipo mínimo de 4 y máximo de 6 personas en cada turno que serán claramente identificado y en el momento de activación del código verde, deberá actuar de manera instantánea, ubicándose según las indicaciones a continuación:

Esquema de 6 Profesionales.

Profesional	Actividad	Ubicación
Médico Tratante	Lidera y supervisa	
Enfermera	Líder supervisión y administración de medicamentos.	
Auxiliar 1	Sujeción brazo derecho	
Auxiliar 2	Sujeción brazo izquierdo	
Auxiliar 3	Sujeción pierna derecha	
Auxiliar 4	Sujeción pierna izquierda	

(Esquema creado por la subred.)

En caso de requerir sedación continua se solicitará interconsulta a la especialidad de Emergenciologia y se ubicará en un área de supervisión estricta.

INMOVILIZACION

Se requiere un set de inmovilizadores que sean suaves y estén diseñados para realizar una contención segura sin ocasionar futuras lesiones en piel.

- ✓ Inmovilizador torácico
- ✓ Inmovilizadores para los miembros superiores.
- ✓ Inmovilizadores para los miembros inferiores.

Elija los inmovilizadores más adecuados según las partes del cuerpo a inmovilizar, la edad del paciente y la disponibilidad en cada sede.



Imagen: Inmovilizadores Sub Red Norte, septiembre 2025

4.4. Descripción de las actividades

A) DEFINICIONES

AGITACION: No constituye en sí misma una enfermedad, sino que es definida como un estado de hiperactividad psíquica y motora que se acompaña de distintos síntomas y signos configurándose como una entidad sindrómica, puede ser un síntoma y/o signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somático o en procesos de estrés agudo. A pesar de ser relacionada directamente con la enfermedad psiquiátrica, su etiología puede ser orgánica, psiquiátrica y/o tóxica/mixta y es una situación que puede presentarse en cualquier contexto. Incluye trastornos de la conducta motora caracterizados por la hiperactividad (que puede ser una mínima inquietud hasta movimientos incoordinados y sin finalidad alguna) y por la alteración de la esfera emocional (ansiedad, miedo, pánico, cólera, euforia), de intensidad variable, y que en ocasiones tienen como objetivo la autoagresión o la heteroagresión.[2]

[2]Bibliografía # 5 y 6

TRASTORNO MENTAL: Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.

AISLAMIENTO: Separación de una persona, una población o una cosa, dejándolas solas o incomunicadas

CONTENCION: Acción y resultado de limitar o frenar el movimiento de un cuerpo

DELIRIUM O SINDROME CONFUSIONAL: Síndrome caracterizado por alteración de las funciones cognitivas superiores de inicio agudo y curso fluctuante. Se presenta en gran parte en los pacientes hospitalizados de edades avanzadas y suponen complicaciones como aumento de la estancia hospitalaria y eleva la mortalidad.

CONTENCION VERBAL O ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: Es la intervención que se utiliza para: mediar con el paciente verbalmente, negociar situaciones terapéuticas, disminuir la agresividad y prevenir la violencia. Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total y suele ser la acción precedente a la contención farmacológica.[3]

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA O QUÍMICA: Su uso está indicado para cuando la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del paciente. Debe siempre acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores verbales. Consiste en un procedimiento clínico invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada y/o alterada por crisis emocional. Los medicamentos que se administrarán serán: antipsicóticos y benzodiacepinas vía intramuscular para tranquilizar al paciente de forma rápida y efectiva. Es menos restrictiva que la contención mecánica y puede utilizarse al mismo tiempo con esta. En el cuidado del paciente con agitación psicomotriz, aparece como último recurso frente a situaciones de violencia inmanejables, cuando se pierde el juicio o sentido de la realidad o cuando hay falta de conciencia de la persona acerca de su estado.[4]

CONTENCIÓN FÍSICA: Se entiende como el uso de procedimientos físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar.5

INMOVILIZACION: Imposibilitar el movimiento de algo o alguien.

MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES: Buscan favorecer un ambiente y entorno adecuados, reduciendo o limitando aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas y mantener controlado los síntomas del paciente como dolor o insomnio, alteración mental (reorientar al paciente en tiempo y espacio).

- Restringir o eliminar los estímulos provocadores de respuestas agresivas.
- Cambiar el entorno social en la medida de lo posible.

[3]Bibliografía # 5
[4]Bibliografía # 6
[5]Bibliografía # 1

- Posibilitar y/o facilitar respuestas incompatibles con la agitación.
- Posibilitar y canalizar las manifestaciones de malestar, demandas, desacuerdos, etc. tanto verbalmente como por escrito.
    - Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras como relajación muscular, técnicas respiratorias, etc.
    - Informar de forma verbal al paciente tanto de las conductas no permitidas como de las esperadas, así como de las normas de la unidad como institución.

B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

a. INDICACIONES DE CONTENCION

- Autoagresión física o al personal de salud.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o drenajes.
- Riesgo de fuga del paciente.
- Situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a descansar, beber, dormir, etc.
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar técnicas, insertar sondas.
- Prevención de daño al entorno.
- En niños, la inmovilización se realiza con el fin de reducir al mínimo las molestias durante pruebas especiales, procedimientos y la obtención de muestras.
- Agitación psicomotora
- Antes y durante el procedimiento quirúrgico.

b. CONTRAINDICACIONES DE CONTENCION

Solo se llega a esta medida luego de agotar otros recursos, tanto de diálogo como farmacológicos.

La contención física debe evitarse en cuanto sea posible y solo aplicarse si es estrictamente necesario y con indicación médica.

- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes terapéuticos.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Pacientes con lesiones osteo-musculares en las extremidades, con alteraciones de la circulación o con diagnóstico de trombosis o riesgo de embolia.
- Cuando no exista personal suficiente para realizar la contención en una situación peligrosa (paciente agresivo)
- En pacientes con síndrome convulsivo, porque la inmovilización aumenta el riesgo de fracturas y traumatismos. En estos casos se deben garantizar las medidas de seguridad ubicándolo en cama o camilla con barandas de seguridad y bajo vigilancia estricta.
- Cuando se cuente con cuidador permanente (para algunos casos especiales)
- Por simple conveniencia del equipo de salud
- Como respuesta a una conducta molesta del paciente

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

- Como castigo al paciente
- Realizada por personal sin entrenamiento, en este tipo de abordaje.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Debe respetar la dignidad del paciente, Rechazar la estigmatización y Minimizar el impacto emocional.

- Los Primeros Auxilios Psicológicos buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de las personas y atenderlas en la medida de lo posible; escuchar al afectado sin sobre estimular a hablar sobre el tema; reconfortar a las personas y ayudar a la calma con técnicas de relajación; y psico educar, entre otras actividades. Para ampliar información consulte el # 2 de la bibliografía citada en este documento, Disponible en la Intranet de la Sub Red Norte.
- La sujeción o inmovilización de pacientes tiene implicaciones ético-legales, por lo tanto, existe obligación legal de documentar la prescripción y realización de esta intervención, dejando constancia en la historia clínica, por parte de la enfermera y el médico correspondiente, fecha y hora en la que se realiza, razón de su indicación, procedimiento y situación clínica del paciente durante el procedimiento, así como si se han empleado medidas alternativas.
- Previa realización del procedimiento explicar al usuario y su familia el motivo por el cual se debe realizar la inmovilización o contención del paciente. Solicite consentimiento informado y registre en historia clínica.
- Mantener la dignidad y la autoestima del paciente mediante una actitud respetuosa y cordial, puesto que la pérdida de control y la imposición de inmovilizaciones mecánicas afectar emocionalmente al paciente.
- Explicar al familiar o cuidador la importancia de no retirar la inmovilización del paciente y advertir el riesgo que genera para el paciente.
- Tenga precaución al usar la inmovilización torácica en pacientes con alteración del patrón respiratorio; garantizando la visualización permanente de los movimientos torácicos.
- Dejar visible las extremidades (manos y pies), para la valoración permanente de la perfusión distal.
- Se valorará el estado clínico del paciente por el médico (al menos una vez por turno) y el de revisión con carácter prioritario de la indicación de la medida. Es excepcional que la indicación sea mayor a 24 horas; en cualquier caso, siempre se debe revisar las indicaciones cada ocho horas. Si la duración de la inmovilización se prolonga por más de 24 horas, se replanteará el plan terapéutico del paciente y se reiniciará el procedimiento

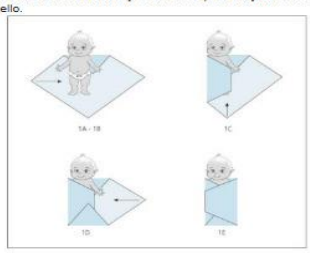
RIESGO PARA EL PACIENTE CON INMOVILIZACION

- Des acondicionamiento Físico
- Lesión en piel por cizallamiento
- Riesgo de ulcera por presión.
- Hematoma en sitio de fijación de la sujeción
- Edema de extremidad inmovilizada
- Alteración de la función intestinal: estreñimiento.
- Ansiedad, alteración del patrón del sueño.
- Riesgo de compresión de nervios y/ o contracturas.

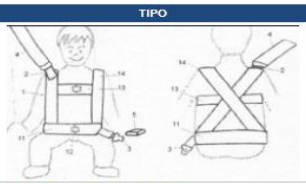
La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

C) TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN EN NIÑOS:[8]

Se utiliza cuando la colaboración del paciente es mínima, Proporciona seguridad al niño y evita lesiones cuando se intenta realizar una valoración o realización de procedimientos.

TIPO	TECNICA
MOMIA: Consiste en asegurar una sábana o un cobertor al rededor del cuerpo del niño, de tal forma que los brazos se sostengan a los lados y se restrinjan los movimientos de sus piernas. Esta técnica de utiliza con el fin de sujetar a lactantes y niños durante tratamientos y exámenes que incluyan la cabeza y el cuello.  	Colocar el cobertor o sábana en la cama, doblar una esquina, colocar al niño en el cobertor con su cuello en el borde del pliegue. Doblar la sábana por debajo del cuerpo del niño permite aprovechar su propio peso para conservar la sujeción. Deslizar el lado derecho del cobertor firmemente sobre el hombre derecho del niño, colocar el resto derecho del cobertor debajo del lado izquierdo del cuerpo del niño, repetir el procedimiento con el lado izquierdo, separar las esquinas de la porción más baja de la sábana y doblarlas hacia el cuello del niño, doblar ambos lados de la sábana debajo del cuerpo del niño, finalmente asegurarlo cruzando un lado sobre otro en la espalda del niño doblando el exceso o sujetando el cobertor en su sitio con los broches. Este tipo de sujeción inmoviliza las manos y pies del niño permitiendo libremente realizar los procedimientos. La sujeción debe ser firme, pero suficientemente holgada para permitir la respiración del niño, ya que de lo contrario esta es obstaculizada.
CHALECO: El chaleco es una pieza de material que se ajusta como tal al niño o como un corpiño; ambos lados del chaleco están unidos a cintas largas. Imagen Tomada: https://prezi.com/sfskaagakzbb/inmovilizacion-y-sujecion-en-pacientes-pediatricos/	Colocar el chaleco de tal forma que la abertura se encuentre atrás, atar las cuerdas con seguridad, colocar al niño en la silla alta, en la de ruedas o en la cuna, asegurar las cintas largas adecuadamente que puede ser: debajo de los brazos de

[8]Bibliografía # 7

TIPO	TECNICA
	una silla, alrededor de la silla de ruedas o alta o a los tensores del marco de la cuna. Los lazos y nudos deben estar fuera del alcance del niño para evitar la liberación accidental de la inmovilización. La vigilancia continua de la sujeción, es útil para comprobar que no se enrede con las ataduras.
INMOVILIZACION DE EXTREMIDADES: • Un (1) punto: inmoviliza una sola extremidad generalmente in miembro superior. • 2 puntos: Inmoviliza dos extremidades superiores o inferiores. • 3 puntos: Inmoviliza tres extremidades • 4 puntos: Inmoviliza las cuatro extremidades.	Asegurar el dispositivo del marco de la cuna, acojinar las extremidades que deben sujetarse con el relleno de algodón recubierto de gasa u otro material adecuado, sujetar los colgajos pequeños con los broches de seguridad alrededor de los tobillos o muñecas del niño, ajustar el dispositivo. Los lazos y nudos deben estar fuera del alcance del niño para evitar la liberación acidental de la inmovilización.

EN ADULTOS:

TIPO	TECNICA
Inmovilización de miembros superiores y/o inferiores: colocar el sujetador alrededor de la muñeca o el tobillo y anudar dejando espacio de uno o dos dedos entre el inmovilizador y la piel del paciente verificando la perfusión, sensibilidad y calor distal.	• Evalúe las condiciones del paciente y determine la necesidad y tipo de inmovilización. Registrar en el plan de cuidado de enfermería. • Informe al médico para que quede el soporte de orden de sujeción, en caso de urgencia en donde corra peligro el paciente o el personal de salud, la enfermera podrá tomar la decisión de proceder con la sujeción y posteriormente informar al médico tratante. • Notifique la decisión de realizar sujeción al auxiliar de enfermería responsable del paciente, y al equipo de salud, que van a participar en el procedimiento. • Explique el procedimiento al paciente (si el estado clínico lo permite) o al familiar, las razones por las cuales se hace necesaria las medidas de sujeción en el paciente, si ellos no estaban presentes. • Diligencie el consentimiento informado • Verifique la condición de la piel, el estado óseo, de tejidos blandos, la circulación y la sensibilidad del área a inmovilizar.

TIPO	TECNICA
 Imagen Tomada: [http://sevilla.abc.es/Media/20140701/camas-hospital-1--644x362.jpg] y [http://www.vettel.es/img/p/146-196-thickbox.jpg]	• Explique al familiar o cuidador la importancia de no retirar las inmovilizaciones por los riesgos que genera para la seguridad del paciente. • Proteja la piel de la fricción y la presión evitando así laceraciones, utilizando apósitos, o inmovilizadores acolchados. • Coloque el inmovilizador adecuado y ajústelo al área seleccionada, dejando un espacio de por lo menos 2 cms, con el fin de no afectar la circulación, especialmente en las extremidades. • Para las inmovilizaciones torácicas verifique que la función respiratoria es normal. • Vigile al paciente inmovilizado con frecuencia, especialmente los sitios de sujeción y el estado de conciencia y revalúe la necesidad de continuar o no con la inmovilización. • Registre en forma clara en la historia clínica, las razones de la inmovilización, el tipo de inmovilización, la hora, la zona o extremidad elegida y describa en forma concreta el estado de la piel, la perfusión y la sensibilidad
Inmovilización Torácica: Colocar el sujetador de tela ancho por la cara anterior del tórax y sujetar los extremos a la cama. Debe ajustarse de tal manera que no impida la normal respiración del paciente. Esta técnica está indicada solo para paciente en agitación severa.	- Sujetar el tronco con el cinturón ancho, dando una vuelta, cuidando que no esté flojo, ni muy apretado. Se pone sobre la ropa sin que presione los botones. - Fijar las sujeciones siempre anudando en muñequeras por riesgo de síndrome compartimental, y en cintura debe anudarse también antes de fijar a cama o sillón  Imagen Tomada: [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTiNiGUVEjg6asYSU06dCoCHmbDKvRhfVD5bAuBVSvbWd8zQTS]

EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL:

TIPO	TECNICA
1. Abordaje verbal: Su finalidad en el enfriamiento de la situación.	• Se recomienda sea abordado por dos profesionales: Medico y enfermera. • Invitar y conducir a la persona aun área privada para poder hablar. • Escuchar atentamente dejando que se exprese antes de responderle y sin intentar calmarle. • Mantener actitud firme, acogedora, manteniendo contacto visual y tono de voz calmado y de bajo volumen. • Mostar una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, sin caer en la defensa de la institución o de uno mismo. • Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad haya disminuido, No es necesario mostrarse de acuerdo, pero si hay que evitarlos juicios sobre lo que debería o no de hacer. • Si percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda.

	INSTRUCTIVO CONTENCIÓN O INMOVILIZACIÓN PREVENTIVA DE PACIENTES (CÓDIGO VERDE)	CÓDIGO: MI-GEN-I-26
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE ENFERMERIA	PÁGINA: 13 DE 18
		FECHA: 03/10/2025

TIPO	TECNICA
2. Contención Mecánica: [7] • Al dirigirse al paciente deberá emplearse un tono enérgico, firme y comprensivo. • Evitar público presente. • Despojar al paciente y al personal de todos los objetos peligrosos (gafas, relojes, pulseras, aretes, etc.). • La sujeción se realiza sólo si el paciente muestra signos de violencia. • Ejecutar la sujeción con un mínimo de cuatro personas. • Cada una de las extremidades será sujetada por un miembro del equipo. • La sujeción debe de permitir la administración de medicamentos • El recurso humano de enfermería debe mostrarse protector y no autoritario. • El recurso humano deberá dirigirse de forma calmada, sin provocaciones y escuchando cuando hablan. • Una vez tomada la decisión de la contención, uno de los miembros del equipo será el médico tratante (Psiquiatra) y será el quien tenga el intercambio verbal con el paciente a partir de ese momento será el quien explique al paciente que se va	**Reducción y traslado:** • Si es un/a paciente que colabora y cuyo estado lo permite y desea ir a pie; para acompañarle a la habitación, pueden ser suficiente dos personas que le sujeten por las axilas empujando hacia arriba, y por la muñeca, tirando hacia abajo. Esta maniobra se realizará con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al/a la paciente. • Si es un/a paciente que no colabora y está agitado y/o violento; la reducción se realizará preferentemente cuando esté distraído. Se debe tumbar al/a la paciente en decúbito supino sobre el suelo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o pueda golpear a algún miembro del equipo. • Cada miembro del equipo inmovilizará una extremidad del/de la paciente: los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos. • Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces. Hay que salvaguardar las partes más vulnerables del/de la paciente (cuello, tórax y abdomen), y el grado de fuerza debe ser el mínimo para controlar la situación. • Evitar, en lo posible, hablar con el/la paciente mientras se realice la inmovilización; si es necesario, será la persona que coordina el procedimiento quien lo haga.

[7]Tomado Textualmente Bibliografía # 1 – 5 - 6

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

TIPO	TECNICA
a realizar la inmovilización debido a que ha perdido el control. • La inmovilización se realizará siempre con el material específico para ello y en lo posible tener todo el material preparado previamente. • Antes de recurrir al empleo de inmovilizaciones, asegurarse de que no existen factores que determinan las alteraciones del comportamiento del paciente (falta de higiene, postura incómoda, luces excesivas, ruidos, etc.)	 
 Imagen Torrada: http://congresoenfermeria.es/libros/2013/salas/salad/p_1522.pdf	**3. Contención Mecánica:** Para la contención mecánica, se tumbará al/a la paciente en la cama en decúbito supino (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procederá a la sujeción indicada (completa o parcial), por este orden: **1. Cintura:** Queda inmovilizada mediante el cinturón ancho o abdominal, que la rodea y se abotona al vientre. Las cintas de este cinturón se sujetarán a ambos lados de los marcos de la cama, nunca a las barandillas. El/la paciente podrá girar a cada lado 90º sin peligro de caída. **2. Miembros inferiores:** Las piernas se colocarán extendidas y ligeramente abiertas, poniendo las cintas de sujeción alrededor de los tobillos y fijándolas al cinturón estrecho mediante las tiras que tiene éste en su parte central. **3. Miembros superiores:** Se colocarán los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, poniendo las cintas de sujeción alrededor de las muñecas y fijándolas al cinturón abdominal mediante las tiras que tiene éste en su parte central. **4. Tórax:** (opcional) las cintas para el tórax se fijarán, sobre el cinturón abdominal, pasándolas cruzadas por la zona clavicular en dirección a los hombros y fijándolas a su vez en la cama sobre la zona del cabecero • Las cintas se tensarán y anudarán a ambos lados del marco de la cama, nunca a las barandillas.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

	INSTRUCTIVO CONTENCIÓN O INMOVILIZACIÓN PREVENTIVA DE PACIENTES (CÓDIGO VERDE)	CÓDIGO: MI-GEN-I-26
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE ENFERMERÍA	PÁGINA: 1 DE 18
		FECHA: 03/10/2025

INSTRUCTIVO CONTENCIÓN O INMOVILIZACIÓN PREVENTIVA DE PACIENTES (CÓDIGO VERDE)

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

5. ASISTENCIA

A la jornada asistieron 35 colaboradores de las tripulaciones APH de la Subred Norte, distribuidos según su perfil de la siguiente manera:

Perfil	N° de asistentes
Auxiliar de enfermería	21
Médico	3
Conductor	9
Psicóloga	1
Sin perfil registrado	1
TOTAL ASISTENTES	**35**

Listado detallado de asistentes:

N°	Nombres	Apellidos	N° Identificación	Perfil
1	Ivonne Andrea	Albadan Quiceno	1012353688	Auxiliar de enfermería
2	Andrea	Rangel Henao	65632012	Auxiliar de enfermería
3	Iván	Sierra González	1023901411	Auxiliar de enfermería
4	José Alfonso	Ayala Velandia	3217329	Auxiliar de enfermería
5	Cristian	García	1026574088	Auxiliar de enfermería
6	Arley Amaury	Riaño Gutiérrez	80160364	Auxiliar de enfermería
7	Christian Camilo	Hernández Morales	1018444665	Auxiliar de enfermería
8	Ana Celia	Lizcano	1127611364	Médico
9	Gelber Mauricio	Martínez Hernández	80234410	Conductor
10	German	Vargas Rubio	19477032	Conductor
11	José Danilo	Castro Rincón	11523267	Conductor

12	Sandra Milena	Quiñonez Gómez	1101689875	Auxiliar de enfermería
13	Evaristo	Rojas Hernández	19481819	Auxiliar de enfermería
14	Fabián	Suárez Giraldo	80175582	Auxiliar de enfermería
15	Wendy Paola	Reigoza Gómez	1030635606	Auxiliar de enfermería
16	José David	Ortiz Hernández	1014215330	Conductor
17	Andrés Fabián	Gallegos Achury	1015403800	Médico
18	Jenyffer Catherine	Castrillón Lara	1030643737	Auxiliar de enfermería
19	Amanda	Londoño	36571862	Auxiliar de enfermería
20	María Eugenia	González Montaña	1023938232	Auxiliar de enfermería
21	Johan Felipe	Castro Gómez	1010175962	Conductor
22	Magda Carolina	Riaño	52495512	Auxiliar de enfermería
23	Diana Patricia	Rincón Osma	52288148	Auxiliar de enfermería
24	Kelly Marcela	Albadan Infante	52747194	Auxiliar de enfermería
25	Guillermo Alfonso	Gaona Guerrero	16669457	Conductor
26	Miguel Ángel	Mahecha Contreras	79724570	Auxiliar de enfermería
27	Vladimir	Rico Vargas	79837841	Médico
28	Jonathan	Camargo Arias	1033736045	Conductor
29	Daniel Fernando	Noriega González	1018475345	Auxiliar de enfermería
30	Licet Natalia	González Uribe	1031178667	Psicóloga
31	John Freddy	Amaya Tique	79817424	Conductor
32	Luz Dary	Triana Hernández	37620372	Auxiliar de enfermería
33	Jorge Omar	García Gallo	79662446	Conductor

34	Edna Constanza	Ortegón Mendoza	52762256	Auxiliar de enfermería
35	Oscar Javier	Díaz Vega	79879198	Sin perfil registrado

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	**RESPONSABLE**	**FECHA**
El Referente de Salud Mental mantendrá disponibilidad para interconsulta y acompañamiento a las tripulaciones ante casos de manejo complejo de pacientes psiquiátricos o con riesgo suicida.	Tripulaciones APH TAM y TAB	Permanente
Las tripulaciones APH aplicarán en su práctica diaria los lineamientos del Instructivo MI-GEN-I-26 y reportarán en el formato correspondiente cualquier evento adverso asociado a la inmovilización.	Tripulaciones APH TAM y TAB	Permanente
Se recomienda reforzar esta temática en próximas jornadas de capacitación mensual, así como socializar la ruta institucional de atención en salud mental.	Tripulaciones APH TAM y TAB	Permanente

DECISIONES / CONCLUSIONES

- Las tripulaciones APH cuentan con claridad sobre el procedimiento institucional de contención e inmovilización preventiva de pacientes (Código Verde) y sus respectivos roles dentro del equipo.
- Se fortalecieron las competencias del personal para el reconocimiento y abordaje inicial del paciente psiquiátrico y con ideación suicida en el entorno prehospitalario.
- El equipo asistencial reconoce la importancia de agotar la contención verbal antes de escalar a medidas farmacológicas o mecánicas, así como de documentar y garantizar la dignidad del paciente durante todo el procedimiento.