

# SEGURIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL: MARCO TEÓRICO Y TRASLACIÓN PRÁCTICA EN LA URGENCIA

Martín Mazzoglio y Nabar



**ROEMMERS**

CONCIENCIA POR LA VIDA



LÍNEA  
NEUROPSIQUIÁTRICA  
ROEMMERS

# INQUETIA

## QUETIAPINA

LA MOLÉCULA EFICAZ  
EN TRASTORNOS AFECTIVOS <sup>1,2</sup>



### PRESENTACIONES

#### INQUETIA 25 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

#### INQUETIA 100 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

#### INQUETIA 200 mg

envases de 30 comprimidos recubiertos ranurados.

**REFERENCIAS:** 1- Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. Focus (Am Psychiatr Publ). 2023 ;21(4):344-353. 2- Corrales A.; Cetkovich-Bakmas, M; Corral, R.; García Bonetto, G.; Herbst, L.; Lupo, C.; Morra, C.; Mosca, D.; Strejilevich, S.; Vilapriño, J.J.; Vilapriño, M.; Vázquez, G. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2020. Vol. XXXI: 1-40.



# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
DESARROLLO	4
PROBLEMÁTICA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS	
PROBLEMÁTICA DE LA SEGURIDAD EN EL REGISTRO DE LESIONES	
UTILIDAD DE LISTAS DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL EN URGENCIAS	
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

**Coordinación de edición:** Lic. Carolina Pangas - [editorial@polemos.com.ar](mailto:editorial@polemos.com.ar)

**Diseño y diagramación:** D.I. Pilar Diez - [mdpdiez@gmail.com](mailto:mdpdiez@gmail.com)

**Diseño de tapa:** Silvia Ojeda - [jsilviaojeda@gmail.com](mailto:jsilviaojeda@gmail.com)

# SEGURIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL: MARCO TEÓRICO Y TRASLACIÓN PRÁCTICA EN LA URGENCIA

## Martín Mazzoglio y Nabar

Jefe de Servicio Urgencias, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Profesor Regular Adjunto, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Secretario del Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.

## Introducción

El presente trabajo analiza la seguridad del paciente en personas con patología mental desde una perspectiva clínica, organizacional y médico-legal, con énfasis en el contexto de la urgencia. Se examinan el uso de contenciones mecánicas y el registro de lesiones como prácticas de alto riesgo, evidenciando una brecha entre los estándares normativos y su implementación en la práctica asistencial. A partir de un estudio observacional multicéntrico, se identificó un bajo cumplimiento del protocolo de contención mecánica (12,99 %), con deficiencias en la indicación, registro y monitoreo. Estas falencias se asociaron con mayor riesgo clínico, aparición de lesiones en pacientes bajo custodia sanitaria y aumento de la exposición a responsabilidad profesional. Asimismo, se aborda la complejidad del registro de lesiones, su relevancia en la trazabilidad asistencial y su impacto en la evaluación médico-legal. Como estrategia de mejora, se implementaron listas de chequeo orientadas a estandarizar procesos y reducir la variabilidad. En una evaluación posterior se observó un incremento significativo en el cumplimiento normativo (85,10 %), consolidando su utilidad como herramienta de gestión del riesgo. Se concluye que la seguridad del paciente en salud mental requiere dispositivos operativos que permitan traducir los estándares en prácticas efectivas, mejorando la calidad asistencial y reduciendo el daño prevenible.

La seguridad del paciente ha sido definida como la disciplina orientada a la prevención y reducción de los daños prevenibles asociados a la atención médica. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante la Resolución WHA72.6 (28 de mayo de 2019, basada en la resolución WHA55.18 de 2002), reconoció en Asamblea que la seguridad del paciente constituye una prioridad global, otorgándole entidad conceptual y un marco normativo específico (World Health Organization, 2019a, 2019b, 2021).

El concepto de “cultura de seguridad” comenzó a difundirse ampliamente tras el desastre nuclear de Chernobyl en 1988. En sectores de alto riesgo, como la aviación o la energía atómica, la se-

guridad se establece como eje rector, incluso por encima de la eficiencia o la productividad. Aunque la medicina sostiene como uno de sus principios fundamentales el imperativo de “primero no dañar”, su práctica histórica ha estado atravesada por la coexistencia con el error y la posibilidad de daño iatrogénico (Leape, 1994; Reason, 2000; Rodziewicz et al., 2018; Vincent, 2010).

En el campo de la Psiquiatría, la trayectoria histórica da cuenta de múltiples prácticas que hoy resultan éticamente inadmisibles, entre ellas la inmovilización mediante correas o camisas de fuerza. Estas intervenciones, lejos de haber sido completamente erradicadas, como se ha señalado, persisten bajo diversas modalidades en residencias de larga estadía, donde se legitiman como estrategias de “protección y cuidado” (Fariña-López et al., 2008), frecuentemente sustentadas en supuestos no validados, como la prevención de caídas.

Desde el Servicio de Urgencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”, enmarcados en los trabajos llevados a cabo en el Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires dirigido por el Acad. Prof. Dr. Daniel Silva, con la formación continua promovida por el Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires dirigido por el Acad. Prof. Dr. Oscar Lossetti y los pioneros estudios sobre seguridad del paciente llevados a cabo en nuestro país por el Prof. Dr. Rubén Daniel Algieri, adoptamos el marco conceptual de cultura de la seguridad y su traslación a los requerimientos, necesidades y especificidades del paciente con patología mental. Este enfoque adquiere particular relevancia en el contexto de la urgencia, especialmente en el dispositivo de Guardia, donde aún no se ha consolidado un desarrollo suficiente del cuidado integral de estos pacientes ni de los múltiples atravesamientos (biológicos, psicológicos, sociales, medioambientales, legales y estructurales, entre otros) que atañen a este colectivo.

En coherencia con este posicionamiento, en el año 2024 se constituyó el Comité de Seguridad del paciente con patología mental (Res. CATA 20/09/2024), dirigido por quien suscribe junto con la Licenciada en Enfermería Rosana Lammanna, en el ámbito de la Dirección del Hospital Alvear

(Director: Prof. Dr. Sergio Giordano). Este Comité tiene como finalidad analizar y proponer acciones concretas en la materia. En respuesta a la demanda asistencial, así como a la complejidad de las problemáticas sanitarias y legales identificadas, se desarrolló un análisis crítico del uso de contenciones mecánicas y de los procesos de registro de lesiones.

El objetivo del presente artículo es problematizar y difundir el concepto de seguridad del paciente en su aplicación a las personas con patología mental, mediante el diseño de herramientas administrativas eficaces y operativas que se ajusten a los estándares de buena práctica, la responsabilidad profesional y el marco legal vigente, contribuyendo así a la mejora de la calidad asistencial integral.

## Desarrollo

### Problemática de la seguridad en el uso de contenciones mecánicas

Se define la sujeción física como cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cercano a su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por sí misma y que deliberadamente limita o intenta limitar su libertad de movimiento y/o el acceso natural a su cuerpo. Según la *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domiciliaria*, basada en la norma libera-care de la Fundación Dignos, las sujeciones se clasifican en voluntarias e involuntarias y, según su intencionalidad, en restrictivas (cuando la persona no puede retirar el material o dispositivo con facilidad y se encuentra impedida en su libertad de movimiento o en el acceso a partes de su cuerpo) y no restrictivas (cuando permiten mantener una posición corporal adecuada y lo más fisiológica posible) (Ramos Brieva, 1999; Rubín et al., 2023).

En este marco, la contención mecánica o física constituye un recurso terapéutico excepcional destinado a la inmovilización parcial o total de un sujeto. Su indicación, desde una perspectiva de seguridad del paciente, sólo resulta justificable ante conductas que impliquen un riesgo elevado para sí o para terceros, y siempre que hayan fracasado previamente otras alternativas menos invasivas y/o restrictivas. Cuando se implementa de manera

adecuada, su finalidad es la protección del paciente y de terceros, en el contexto de una práctica clínica regida por los principios de proporcionalidad, necesidad y mínima restricción (Grosso, 2014).

Históricamente, esta práctica presenta raíces muy antiguas y se configura como una intervención atravesada por múltiples dimensiones (bioéticas, filosóficas, médicas y psicológicas, entre otras), lo que ha dado lugar a cuestionamientos persistentes desde distintos sectores de la comunidad científica. En el pasado, las contenciones mecánicas fueron utilizadas para controlar el comportamiento de pacientes agitados, denominados en ese entonces “enfermos mentales”, quienes eran alojados en establecimientos similares a cárceles, en condiciones de aislamiento. En estos contextos, se los sujetaba mediante cuerdas, sábanas o correas de cuero, fijando tobillos o muñecas a camas o sillas. Tales prácticas, en muchos casos, equivalían a formas de tormento escasamente cuestionadas; incluso las lesiones derivadas de los intentos de liberación eran consideradas efectos esperables. La historia de la Psiquiatría está colmada de ejemplos de tratos inhumanos, entre ellos la inmovilización mediante correas o camisas de fuerza; prácticas que, lejos de haber sido superadas, continúan vigentes bajo distintas modalidades en residencias de larga estadía, donde se presentan como estrategias de supuesta “protección y cuidado” (Fariña-López et al., 2008), sustentadas en mitos como el de la prevención de caídas (Hackett y Cassem, 1987; LeLaurin y Shorr, 2019).

Desde el punto de vista normativo y de derechos humanos, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (CIDHPM), en su artículo 4, establece que las sujeciones no deben utilizarse de manera habitual ni prolongada, por lo que su implementación debe restringirse a situaciones excepcionales, por el menor tiempo posible, siempre bajo indicación profesional y ante riesgo para la vida de la persona. En este sentido, los cuestionamientos a la contención mecánica no sólo se fundamentan en la restricción de la libertad individual, sino también en su potencial para generar complicaciones clínicas y lesiones, tanto en el sitio de aplicación como

en otros órganos, como consecuencia de efectos secundarios (Jha et al., 2013). Estas complicaciones, junto con los dilemas éticos implicados, incrementan la exposición de los profesionales de la salud a eventuales responsabilidades civiles y penales. Asimismo, en los casos de fallecimiento de pacientes bajo contención, en el contexto de una situación de privación de libertad (ya sea por la etiología de la internación, el ámbito institucional o la propia contención), puede configurarse jurídicamente la figura de “muerte en custodia”, la cual, conforme a la jurisprudencia actual, requiere investigación mediante protocolos específicos.

A pesar de su problematización histórica y de los desarrollos normativos vigentes, el uso de la contención mecánica continúa siendo frecuente en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tanto en pacientes con patología psiquiátrica como en aquellos internados en servicios de clínica médica, geriatría, terapia intensiva y guardias, que presentan cuadros de agitación o excitación psicomotriz de diversa etiología. Este escenario evidencia una brecha entre los estándares teóricos de seguridad del paciente y las prácticas clínicas efectivas.

En la Ciudad de Buenos Aires, la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires publicó, en el año 2014 y en 2021, un protocolo específico para la implementación de contenciones mecánicas [Guía de Procedimiento para la contención física de usuarios asistidos en Salud Mental en Situaciones de Urgencia y Emergencia N° IF-2021-37738735-GBABA-SSAH], con el objetivo de encuadrar esta práctica dentro de parámetros normativos claros y verificables (Dirección General de Salud Mental, 2014). Dicho instrumento establece los criterios que deben ser registrados en la historia clínica, contribuyendo a la reducción del riesgo legal y a la mejora de la seguridad y el bienestar del paciente (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021). No obstante, en la práctica clínica se observa con frecuencia la inobservancia de estas directrices, tanto en lo relativo a su adecuada indicación como a su registro en la

documentación asistencial, así como el desconocimiento de su existencia. La persistencia de esta situación irregular puede comprometer la seguridad del paciente, favoreciendo la aparición de lesiones (osteoarticulomusculares, deshidratación e incluso, en casos extremos, el óbito), y generar responsabilidades legales, tanto en el ámbito civil como penal, para los profesionales intervinientes y la institución.

\*

Durante el último trimestre del año 2023, un equipo conformado por profesionales de tres hospitales (dos hospitales generales y uno especializado) llevó a cabo una investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal y prospectiva en cuanto a la recolección de datos (Mazzoglio y Nabar et al., 2025a, 2024b, 2024c, 2024d, 2022a, 2022b). Para ello, se implementó una encuesta normatizada y anónima con el objetivo de analizar las historias clínicas de pacientes en los que se había indicado el uso de contención mecánica. Las hipótesis formuladas fueron: a) “la implementación de contenciones mecánicas no cumple con el Protocolo del GCABA” (H0); b) “la implementación de contenciones mecánicas no cumple con parámetros de seguridad psicofísica” (H1); y c) “la gestión del riesgo asociada al uso de contenciones mecánicas no se aplica y expone tanto a los pacientes a complicaciones y/o lesiones como a los profesionales a demandas” (H2). El objetivo del estudio fue identificar el grado de cumplimiento normativo en la utilización de contenciones mecánicas según el Protocolo del GCABA, destacando su relevancia desde la perspectiva de la seguridad del paciente. A tal efecto, se analizaron prestaciones con indicación de contención mecánica (n = 177) correspondientes a dichas historias clínicas. Los criterios de inclusión contemplaron a todos los pacientes con indicación de contención mecánica, sin distinción de edad, género ni causa de la indicación (ya fuera por patología psiquiátrica, orgánica u otras).

Se examinó de manera pormenorizada la indicación registrada tanto en las historias clínicas como en las hojas de enfermería, conforme a los lineamientos del Protocolo de contención mecánica del GCABA previamente mencionado. Las variables analizadas fueron: a) hospital; b) servicio; c) registro de indicación de contención mecánica en la historia clínica; d) registro de indicación en la hoja

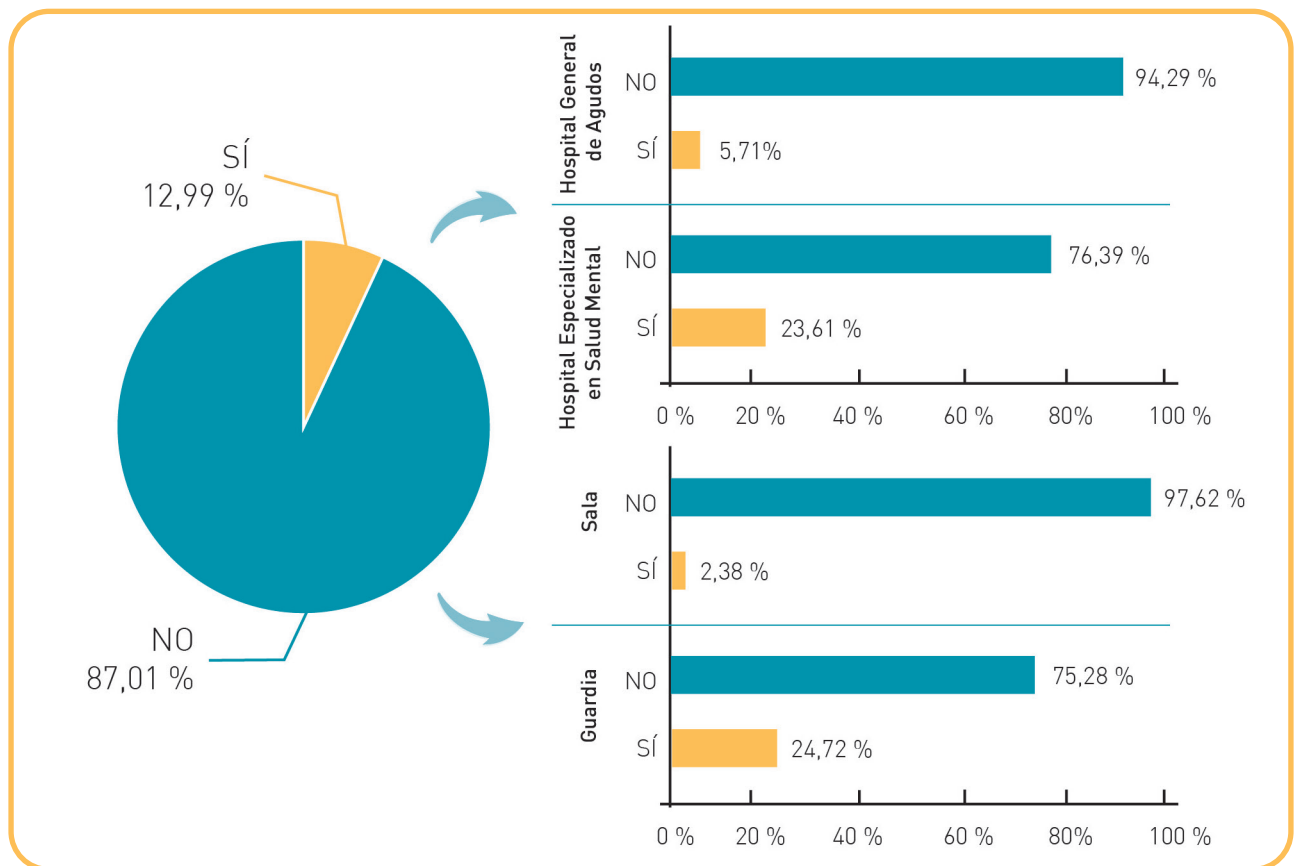
de enfermería; e) registro horario de inicio de la aplicación; f) registro de causales o justificación; g) registro horario de finalización; h) registro de control de signos vitales durante el proceso; e i) tiempo de contención. Las variables c), d), e), g) y h) fueron de tipo cualitativo nominal dicotómico; la variable f) fue cualitativa nominal; mientras que la variable i) fue cuantitativa. Cada una de ellas fue analizada con el fin de valorar el nivel de cumplimiento y de identificar los puntos del proceso en los que se evidenciaban fallas.

Los resultados obtenidos evidenciaron que sólo el 12,99 % de los casos cumplía con el Protocolo de contención mecánica del GCABA. En el hospital especializado, el cumplimiento fue casi cinco veces mayor que en los hospitales generales (23,61 % vs. 5,71 %). Asimismo, en las salas de internación el cumplimiento se redujo en un 90,37 % en comparación con el Servicio de Guardia ( $p < 0,05$ ) (Ver Figura 1).

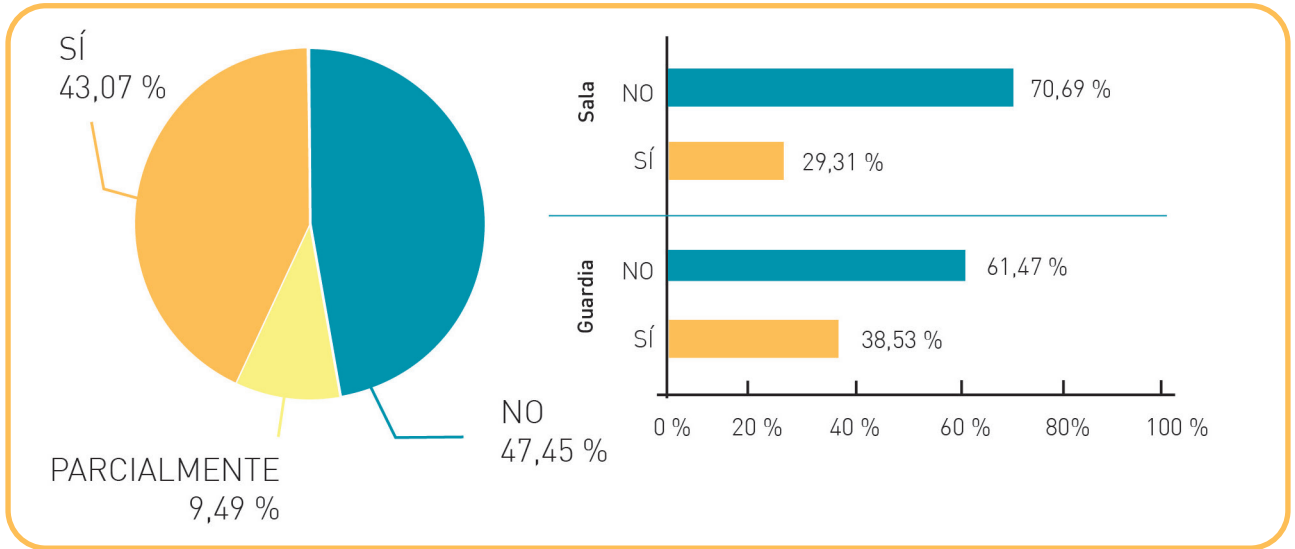
Se determinó que el 38,98 % de los profesionales había consignado fehacientemente en la historia clínica la aplicación de contención mecánica (CM), con mayor registro en el hospital especializado en comparación con los hospitales generales (50 % vs. 31,43 %), y en los servicios de Guardia respecto de los de Internación (41,74 % vs. 33,87 %). El registro aumentó al 63,84 % en las hojas de enfermería, destacándose que en el hospital especializado el 100 % de los profesionales lo consignaba en este soporte, sin observarse diferencias significativas entre los servicios de Guardia e Internación.

En el 60,18 % de los casos se había registrado el horario de inicio de la contención mecánica. Este registro se redujo en un 45,89 % en los hospitales generales en comparación con el hospital especializado, y en un 46,61 % en las salas de Internación respecto del Servicio de Guardia, siendo ambas diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se evidenció que sólo el 43,07 % de los profesionales había documentado de manera completa

**Figura 1.** Cumplimiento del Protocolo de contención mecánica del GCABA



**Figura 2.** Registro fehaciente de causales y/o justificaciones del uso de contención mecánica.



las causales de la utilización de contención mecánica, entendidas como la descripción pormenorizada de las estrategias previas que resultaron infructuosas. No se observaron diferencias significativas entre los hospitales generales y el especializado; sin embargo, en las salas de Internación se registró un 23,93 % menos de evoluciones de las causales en comparación con los registros de la Guardia ( $p < 0,05$ ) (Ver Figura 2).

En menos de un tercio de los casos (29,93 %) se registró el horario de finalización de la contención mecánica (CM). En los hospitales generales se observó un 81 % menos de estos registros en comparación con el hospital especializado ( $p < 0,05$ ), mientras que en los servicios de Internación se evidenció una reducción significativa del 68,90 % en relación con el Servicio de Guardia (Ver Figura 3).

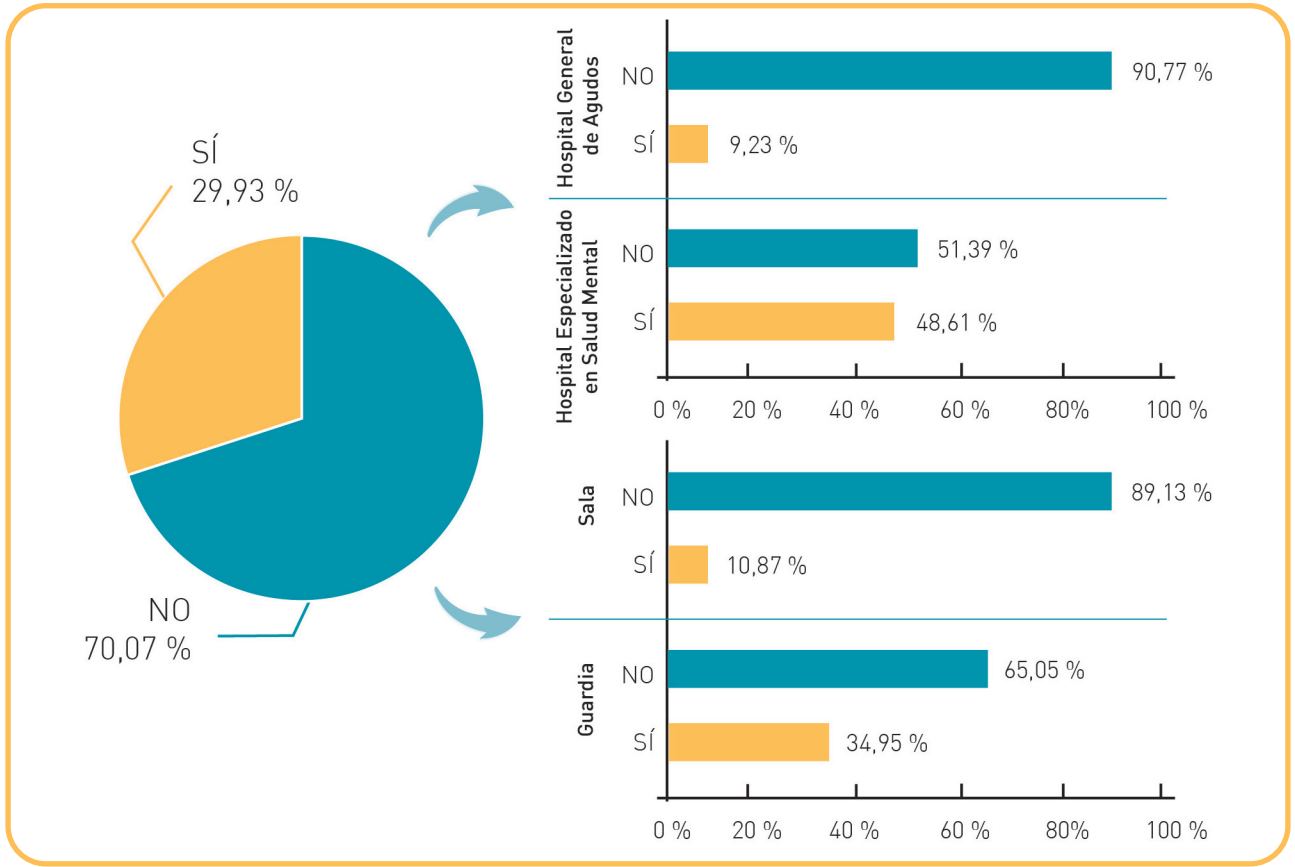
En el 84,18 % de los casos se registraron controles de signos vitales durante el proceso de contención mecánica; este valor fue un 17,11 % menor en el hospital especializado en salud mental ( $p < 0,05$ ), sin observarse diferencias significativas entre los servicios de Guardia e Internación. El tiempo promedio de duración de la contención mecánica fue un 29,14 % menor en la Guardia en comparación con las salas de Internación (4,79 hs vs. 6,76 hs;  $p < 0,05$ ), mientras que no fue posible establecer este parámetro en la sala de Terapia Intensiva.

Toda la información descriptiva recabada y los resultados obtenidos en la investigación evidenciaron que el cumplimiento del Protocolo de contención mecánica era deficitario, dado que sólo en 1,3 de cada 10 pacientes se aplicaba de manera fehaciente y correcta. Asimismo, se observó una importante disparidad en el cumplimiento entre el efector especializado y los hospitales generales, así como entre los servicios de Guardia e Internación.

Se identificó que la práctica profesional frente al uso de contenciones mecánicas evidenciaba conductas de inobservancia en su aplicación y en la gestión del riesgo asociado. Esta situación implicaría no sólo un aumento en la probabilidad de lesiones en pacientes que, por su estado clínico, tipo de internación y condicionantes legales, se encontraban bajo el cuidado del equipo de salud, sino también la potencial generación de responsabilidades que podrían derivar en litigios penales.

Frente a estos resultados, que reflejan una implementación que no garantiza plenamente el cuidado integral ni el respeto por los derechos de los pacientes (particularmente en poblaciones vulnerables), los miembros del Comité adoptaron medidas orientadas a resguardar la calidad asistencial. En este sentido, se propuso la implementación de listas de chequeo interdisciplinarias como herramienta operativa para los servicios que aplican contenciones mecánicas (ver Anexo 1), con el objetivo de asegurar el cumplimiento del Protocolo vigente, mejorar la seguridad del paciente y forta-

**Figura 3.** Registro del horario de finalización de la indicación de contención mecánica.



lecer la calidad prestacional, en concordancia con las responsabilidades profesionales que este tipo de intervención implica (Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, 2022; Slawomirski et al., 2018).

### Problemática de la seguridad en el registro de lesiones

En el marco del paradigma de seguridad del paciente, la evaluación de lesiones en personas con patología mental adquiere un valor clínico y jurídico central. Lejos de constituir un aspecto accesorio de la práctica asistencial, la identificación, caracterización y registro de lesiones se inscriben como componentes críticos en la gestión del riesgo, particularmente en contextos de urgencia y en dispositivos de internación (Chanmugam et al., 2013; Jha et al., 2013; Lipton y Goldfinger, 1985). La historia clínica, en este sentido, no sólo cumple una función asistencial, sino que se configura como un instrumento técnico-legal cuya calidad impacta directamente en la trazabilidad de la aten-

ción y en la atribución de responsabilidades (Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, 2021).

La evidencia internacional muestra que una proporción significativa de pacientes que consultan por lesiones presenta comorbilidad psiquiátrica, con tasas que oscilan entre el 30 % y el 45 % en población general, y que pueden superar el 60 % en casos de lesiones intencionales (Zun et al., 2016; van der Westhuizen et al., 2014). Estos datos refuerzan la necesidad de incorporar una perspectiva integradora que contemple simultáneamente variables clínicas, psicopatológicas y contextuales, en línea con los modelos contemporáneos de seguridad del paciente.

En el ámbito de la internación psiquiátrica, las lesiones constituyen eventos frecuentes y clínicamente relevantes. Se documentaron asociaciones consistentes entre la ocurrencia de daño físico y

situaciones de agitación psicomotriz, conductas autolesivas y determinadas intervenciones terapéuticas, con especial mención a la contención mecánica (Stewart et al., 2009; Knox y Holloman, 2012). En contextos latinoamericanos, donde las condiciones estructurales y la sobrecarga asistencial pueden actuar como moduladores del riesgo, estudios locales e informes institucionales señalan una prevalencia no despreciable de lesiones, predominantemente de intensidad leve a moderada (Alahmari et al., 2024; Navarro, 2021).

Desde el punto de vista clínico, las lesiones en pacientes con trastornos mentales no responden a patrones uniformes. Por el contrario, su interpretación exige considerar la interacción dinámica entre factores psicopatológicos, conductuales y socioambientales. La literatura describe una relación bidireccional entre patología mental y daño físico: los trastornos psiquiátricos incrementan la exposición a situaciones de riesgo, mientras que la presencia de lesiones puede constituir un marcador indirecto de desorganización conductual o de contextos adversos (Dean et al., 2006; Hyman y Tesar, 1996). Este enfoque resulta consistente con una lógica de análisis centrada en el riesgo, más que en la mera descripción morfológica.

En relación con las lesiones autoinfligidas, si bien los modelos clásicos describen patrones relativamente estables como cortes superficiales en regiones accesibles (Bilsen, 2018; Hawton et al., 2012; Klonsky et al., 2014), la evidencia más reciente ha puesto en cuestión esta supuesta homogeneidad. Se demostró una variabilidad significativa en cuanto a mecanismos, localización y gravedad, especialmente en presencia de síntomas psicóticos, consumo de sustancias o impulsividad marcada (Cipriano et al., 2017; Donovan y Bird, 2019; Large et al., 2016; Nordstrom y Wilson, 2018). Esta variabilidad limita la validez de inferencias categóricas basadas exclusivamente en la morfología lesional.

Por su parte, los frecuentes episodios de agitación psicomotriz en la urgencia psiquiátrica se asocian con un incremento del riesgo de traumatismos de tipo accidental. Estudios multicéntricos identificaron una elevada prevalencia de lesiones contusas en cabeza y extremidades, vinculadas a caídas,

colisiones o conductas desorganizadas (Zeller, 2010; Nordstrom et al., 2019). La coexistencia de mecanismos accidentales, autoinfligidos y hetero-infligidos introduce un nivel adicional de complejidad interpretativa que requiere un abordaje clínico-forense integrado (Monahan, 1984).

Las lesiones por terceros, en el contexto de violencia interpersonal, presentan menor especificidad clínica (Lion et al., 1969). Aunque se describieron ciertos patrones como lesiones en zonas de defensa, éstos no resultan exclusivos ni diagnósticos, pudiendo observarse en diversos escenarios (Khalifeh et al., 2015) y su interpretación debe sustentarse en una reconstrucción integral que incluya la anamnesis lesional, el contexto de ocurrencia y la evaluación psicopatológica del paciente.

Un capítulo particularmente relevante lo constituyen las lesiones de origen iatrogénico. En este grupo se incluyen aquellas vinculadas a intervenciones terapéuticas, entre ellas la contención mecánica. La evidencia disponible es heterogénea: mientras algunos trabajos sugieren que la aplicación de protocolos estructurados reduce la incidencia de lesiones, otros señalan que estas intervenciones continúan representando un factor de riesgo significativo (Stewart et al., 2009; Knox y Holloman, 2012; Alahmari et al., 2024). Esta divergencia pone de relieve la necesidad de dispositivos de registro estandarizados que permitan discriminar entre eventos inevitables y aquellos potencialmente prevenibles. En este sentido, la implementación de herramientas como listas de chequeo orientadas a la gestión del riesgo ha sido propuesta como estrategia de mejora en el marco del Comité de Seguridad del paciente con patología mental (Algieri, 2015; Mazzoglio y Nabar et al., 2024a, 2024b).

La determinación temporal de las lesiones continúa representando un desafío en la práctica clínica y forense. Si bien la evolución cromática de las equimosis ha sido tradicionalmente utilizada como referencia, su variabilidad interindividual y su dependencia de factores ambientales limitan su valor diagnóstico (Langlois y Gresham, 1991; Stephenson y Bialas, 2017). En consecuencia, la datación debe considerarse orientativa y siempre integrada con otros elementos clínicos.

Desde la perspectiva médico-legal, la evaluación de lesiones adquiere una dimensión crítica en tanto condiciona tanto la toma de decisiones clínicas como la eventual atribución de responsabilidad. La literatura señaló de manera consistente que las deficiencias en la documentación clínica constituyen uno de los principales factores asociados a litigios por mala praxis (Studdert et al., 2005). En particular, la falta de precisión en la descripción de las lesiones (incluyendo localización, características morfológicas y evolución) representa un déficit frecuente con consecuencias jurídicas relevantes (Payne-James et al., 2003).

Esta problemática se intensifica en pacientes bajo custodia sanitaria, como aquellos internados en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. En estos casos, el equipo de salud asume una posición de garante respecto de la integridad del paciente, lo que implica obligaciones tanto por acción como por omisión (Gutheil y Appelbaum, 2019; Candilis y Martínez, 2021). La aparición de lesiones durante la atención, o su detección en el momento del ingreso, puede dar lugar a cuestionamientos vinculados con negligencia, impericia o incluso violencia institucional.

La distinción entre lesiones preexistentes y aquellas producidas durante la atención constituye un punto crítico en este análisis. La ausencia de un examen físico inicial completo y de un registro detallado dificulta esta diferenciación, incrementando el riesgo de imputación de responsabilidad al equipo tratante. En contraposición, los sistemas que incorporan protocolos estructurados de admisión y registro presentan menores tasas de litigios (Candilis y Martínez, 2021). En línea con lo señalado por organismos internacionales, la omisión en la documentación de lesiones puede incluso interpretarse como una forma de invisibilización de prácticas inadecuadas o abusivas (WHO, 2021).

En síntesis, la evaluación y el registro de lesiones en pacientes con patología mental deben ser comprendidos como componentes esenciales de la seguridad del paciente, en tanto permiten reducir la incertidumbre clínica, mejorar la calidad asistencial y mitigar riesgos médico-legales. En este contexto, la evidencia expuesta pone de manifiesto que la evaluación y documentación de lesiones no pueden quedar libradas a la variabilidad individual de la

práctica clínica, sino que requieren de instrumentos estandarizados que garanticen su sistematicidad, exhaustividad y trazabilidad. La ausencia de estos dispositivos no sólo compromete la calidad asistencial y la seguridad del paciente, sino que incrementa la incertidumbre clínica y la exposición a riesgo médico-legal. En consecuencia, se torna necesario avanzar hacia la implementación de herramientas operativas que permitan integrar la evaluación lesional dentro de un modelo de gestión del riesgo, asegurando su registro adecuado y oportuno. En este sentido, la utilización de listas de chequeo interdisciplinarias se presenta como una estrategia viable y eficaz para estructurar la práctica, reducir omisiones y fortalecer tanto la seguridad del paciente como la responsabilidad profesional en el contexto de la atención en salud mental (ver Anexo 2).

### Utilidad de listas de chequeo para la seguridad del paciente con patología mental en urgencias

Las listas de chequeo, conocidas en inglés como *checklists* (traducidas como “listas de verificación”), constituyen un recurso instruccional complementario ampliamente utilizado para el control de actividades repetitivas y/o secuenciales. Su implementación se basa en el registro de acciones en formatos estructurados, lo que permite visualizar de manera clara el cumplimiento (u omisión) de los distintos pasos de un proceso, así como organizar la recolección de datos de forma sistemática y ordenada.

Más allá de su función operativa, las listas de chequeo cumplen un rol central en la seguridad del paciente, en tanto actúan como herramientas de estandarización de prácticas y de reducción del error (Algieri, 2015). Su utilización permite verificar en tiempo real cada etapa de un procedimiento, funcionando como un mecanismo de control y auditoría *in situ*, tanto del proceso como de sus resultados. Asimismo, poseen un componente formativo relevante, al incorporar dimensiones didácticas y pedagógicas que favorecen la internalización de buenas prácticas por parte de los equipos de salud.

En este sentido, la estandarización que proveen las listas de chequeo facilita el control tanto por

parte de los profesionales con funciones asistenciales directas como de aquellos con responsabilidades de conducción. Este recurso contribuye a disminuir la probabilidad de errores al compensar las limitaciones inherentes a la memoria y la atención humanas, garantizando mayor coherencia, continuidad e integridad en la ejecución de tareas complejas, especialmente aquellas que implican la aplicación de procedimientos médicos o intervenciones con potencial riesgo.

En el ámbito de la salud, los principales usos de las listas de chequeo incluyen: a) la ejecución de actividades organizadas en secuencias de pasos; b) la realización de inspecciones con registro documentado de los ítems cumplidos; c) la verificación de los pasos realizados y de los responsables de su ejecución; d) el análisis de los resultados en cada caso; y e) la recopilación de datos para evaluaciones posteriores y mejora continua de los procesos (Algieri y cols., 2024).

El desarrollo de una lista de chequeo requiere de un proceso sistemático que permita su adecuación al contexto institucional y a los objetivos específicos de la práctica (Raskob et al., 2014). En primer lugar, es necesario definir el área o proceso a evaluar, que en este caso corresponde a la secuencia establecida en un protocolo aprobado para una práctica asistencial. En segundo término, se debe diseñar el formato de verificación, el cual, en el ámbito hospitalario, debe facilitar su integración a la historia clínica del paciente; por ello, se recomienda inicialmente su implementación en formato papel, de fácil acceso y uso en los sectores asistenciales (particularmente en enfermería), con posterior adaptación a sistemas informatizados en el marco de la historia clínica digital.

En tercer lugar, la estructura del instrumento debe permitir un registro ágil y operativo de la información, privilegiando sistemas de respuesta cerrada o de fácil completamiento. En cuarto lugar, los datos obtenidos deben ser sistematizados en bases de datos que posibiliten su análisis estadístico, con el objetivo de evaluar los procesos, identificar desvíos y proponer mejoras en la implementación. Finalmente, la lista de chequeo debe ser validada y aprobada por los niveles de conducción y direc-

ción institucional, a fin de incorporarse formalmente a la documentación asistencial del efector.

Resulta fundamental destacar que el profesional responsable del sector o de la intervención o actividad objeto de la lista de chequeo (en particular quien ejerce funciones de jefatura) asume la responsabilidad sobre los procesos incluidos en la lista de chequeo, debiendo garantizar que todos los pasos relevantes se encuentren adecuadamente contemplados y sean verificables. Esta responsabilidad adquiere mayor relevancia en presencia de protocolos oficialmente aprobados por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Sobre esta base, la implementación de listas de chequeo contribuye a la construcción de un perfil organizacional orientado a la calidad, en el cual la sistematización de los procesos y su control representan elementos centrales de la práctica asistencial. En este marco, dichas herramientas se inscriben como dispositivos operativos clave dentro de una política institucional de seguridad del paciente, orientada a la reducción de riesgos, la mejora continua y el fortalecimiento de la responsabilidad profesional (Algieri, 2015; Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, 2021).

No obstante, la literatura advierte sobre ciertas limitaciones asociadas al uso de listas de chequeo. Algunos autores han señalado que su implementación, en ausencia de una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, puede derivar en una mecanización de la práctica clínica y en una pérdida de eficacia del instrumento (Gawande, 2009; Winters et al., 2009; Rovati et al., 2025). Pero, se destaca la escasez de estudios de validación específicos en poblaciones psiquiátricas, lo que limita la extrapolación directa de resultados obtenidos en otros campos de la medicina (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996).

A pesar de estas limitaciones, existe un amplio consenso en que las listas de chequeo resultan elementos útiles para estructurar la anamnesis, mejorar la calidad de la evaluación clínica y reducir la variabilidad en la práctica asistencial, especialmente en contextos de alta demanda (Redfern et al., 2018). Su implementación, articulada con instancias de capacitación continua, supervisión y

auditoría, se inscribe como una estrategia efectiva para fortalecer la seguridad del paciente y optimizar los procesos de atención.

\*

En el año 2025, tras el diseño y la presentación de la lista de chequeo para contenciones mecánicas en las Jornadas del Comité de Seguridad del Paciente con Patología Mental, realizadas en el Aula Giller del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”, se llevó a cabo una investigación con el objetivo de evaluar este recurso complementario y verificar el grado de cumplimiento normativo del uso de contenciones mecánicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde la perspectiva de la seguridad del paciente (Mazzoglio y Nabar et al., 2024a, 2024e).

Para ello, se analizaron 63 registros correspondientes a la implementación de esta indicación terapéutica durante un período de tres meses, los cuales fueron comparados con los resultados obtenidos en el estudio previo a la incorporación de las listas de chequeo.

Los resultados evidenciaron que, mientras en la primera investigación sólo el 12,99 % de los casos cumplía con el Protocolo, tras la implementación del instrumento se observó un incremento significativo en los niveles de cumplimiento. En particular, en el hospital especializado en salud mental el cumplimiento resultó casi cinco veces mayor en comparación con los hospitales generales de agu-

dos, y en los servicios de Guardia fue hasta doce veces superior.

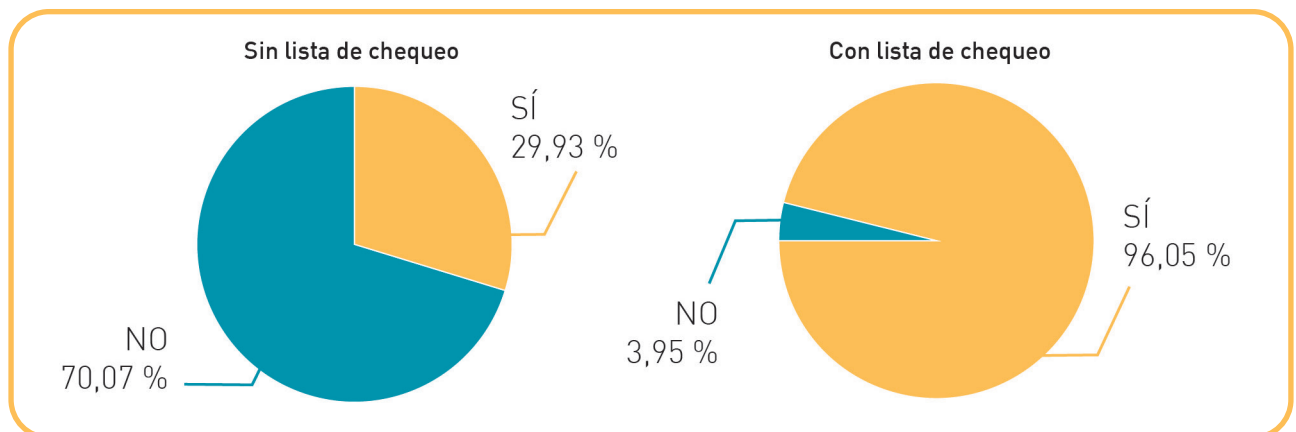
Asimismo, en el análisis previo a la implementación de las listas de chequeo se habían identificado desviaciones específicas del procedimiento, especialmente en lo relativo al registro del horario de finalización, la duración de la contención, el control de signos vitales y la descripción de lesiones, sin observarse variaciones relevantes en el registro del horario de inicio. En todos los casos, la incorporación de las listas de chequeo permitió mejorar estos estándares de cumplimiento del Protocolo (Ver Figuras 4, 5 y 6).

En el caso del registro fehaciente de causales o justificaciones del procedimiento no se observaron cambios profundos con el recurso de las listas de chequeo implementado (Ver Figura 7).

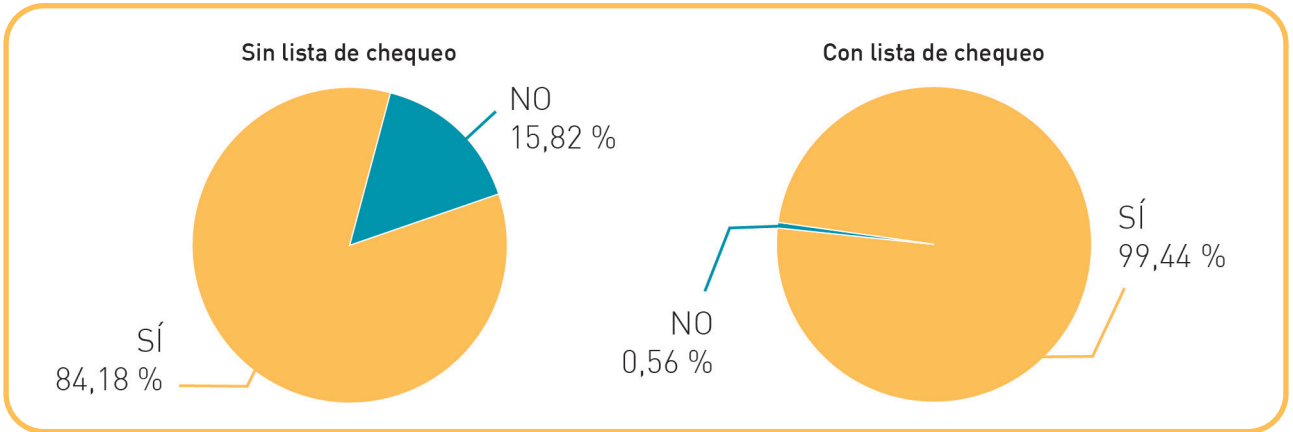
En la segunda investigación se observó que el cumplimiento del Protocolo mediante el uso de listas de chequeo ascendió, en promedio, al 85,10 %. En el hospital especializado, el cumplimiento alcanzó el 92,06 %, mientras que en los servicios de Guardia fue del 90,46 %. Asimismo, se registraron mejoras en todos los dispositivos y servicios evaluados, evidenciándose avances significativos en el cumplimiento normativo (Ver Figura 8).

La evidencia internacional indica que las lesiones más frecuentemente observadas en pacientes con patología mental incluyen equimosis, excoriaciones, heridas superficiales y traumatismos cra-

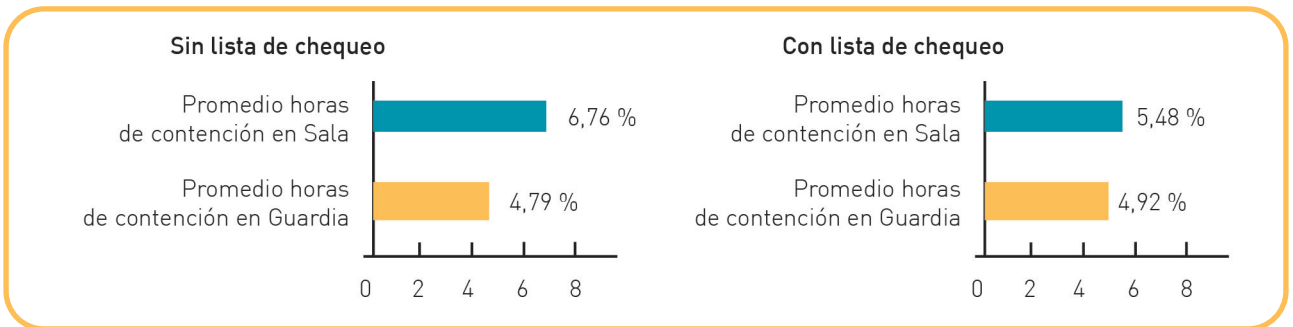
**Figura 4.** Registro del horario de finalización de la indicación de contención mecánica.



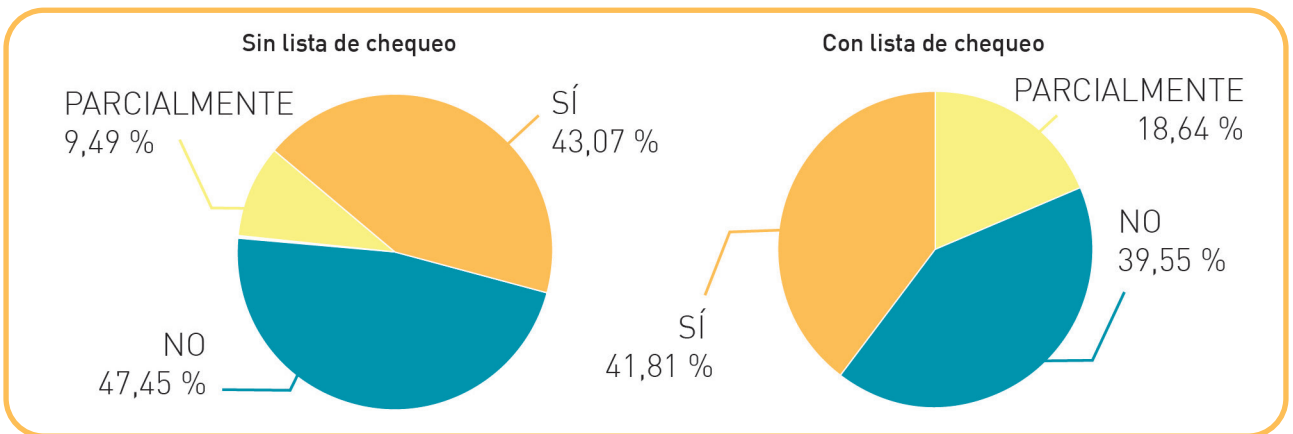
**Figura 5.** Registro de controles de signos vitales durante el proceso de contención mecánica.



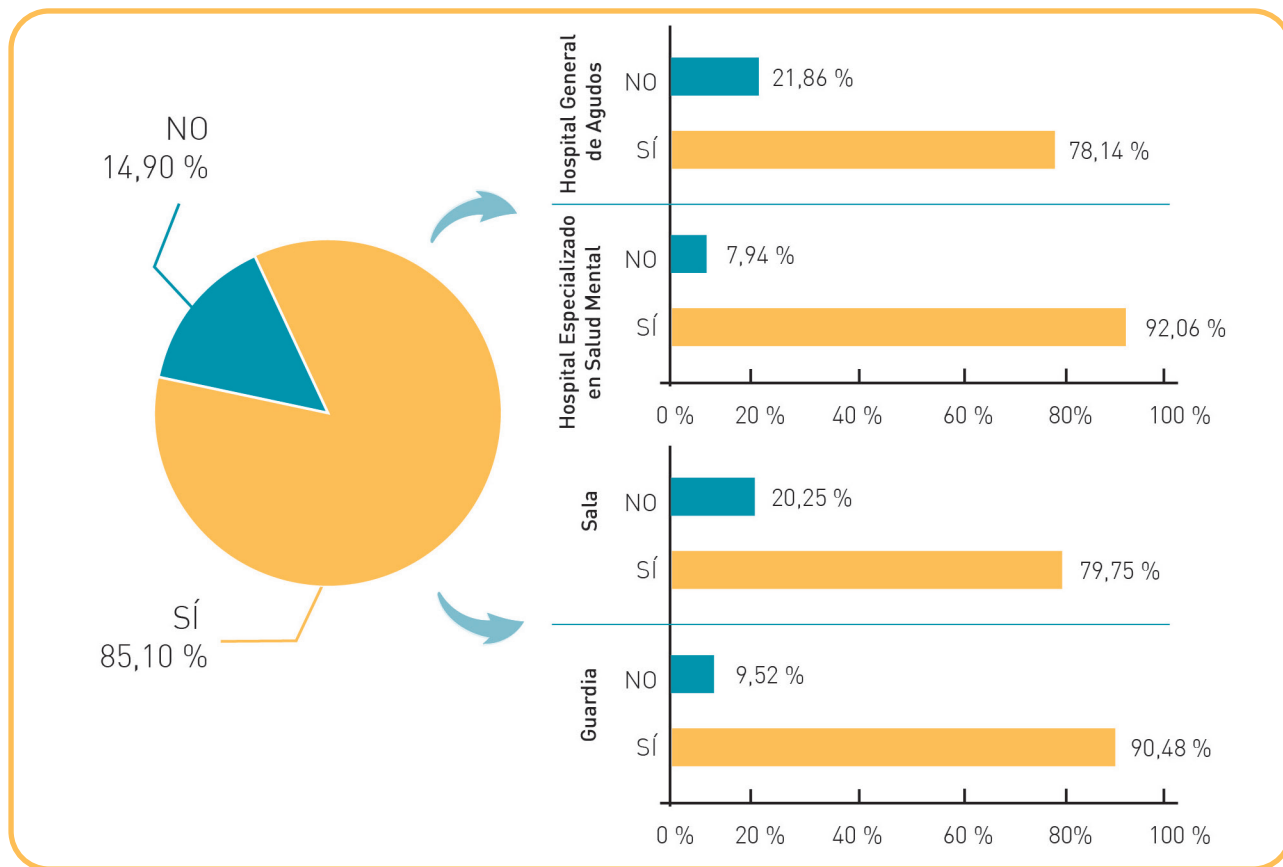
**Figura 6.** Promedio de horas de contención mecánica.



**Figura 7.** Registro fehaciente de causales y/o justificaciones de la indicación de contención mecánica.



**Figura 8.** Cumplimiento normativo del Protocolo con implementación de listas de chequeo en el segundo momento de estudio



neocenfálicos leves (Tintinalli et al., 2020; Zun et al., 2016). Sin embargo, más allá de su caracterización descriptiva, su correcta interpretación clínica y médico-legal presenta dificultades sustanciales. Los estudios demostraron una superposición significativa entre los patrones de lesiones autoinfligidas, accidentales y aquellas producidas por terceros, lo que limita la validez de criterios morfológicos aislados como herramienta diagnóstica (Zun et al., 2016). Esta incertidumbre diagnóstica refuerza la necesidad de una evaluación sistemática, contextualizada y documentada, en consonancia con los principios de seguridad del paciente.

En este marco, la evaluación de lesiones debe ser comprendida no sólo como un acto clínico, sino como un proceso estructurado de gestión del riesgo. La correcta identificación, descripción y registro de las lesiones permite no sólo orientar la conducta terapéutica, sino también garantizar la trazabilidad del acto médico, reducir la variabilidad

en la práctica y minimizar la exposición a eventos adversos y a conflictos médico-legales. Este enfoque resulta consistente con los lineamientos donde la seguridad del paciente se posiciona como eje rector de la práctica asistencial, especialmente en contextos de urgencia y en poblaciones vulnerables, garantizando derechos.

Las listas de chequeo propuestas, y diseñadas por nuestro Comité, servirían como herramientas para mejorar la calidad de la evaluación clínica y la estandarización de los procesos asistenciales. La evidencia demostró que su implementación se asocia con reducción de errores, mejora en la calidad de los registros y una mayor adherencia a protocolos establecidos (Haynes et al., 2009; Redfern et al., 2018). En el ámbito de la psiquiatría, con utilización más reciente, los estudios preliminares sugieren beneficios, particularmente en contextos

donde la complejidad clínica y presión asistencial incrementan el riesgo de omisiones (Duxbury et al., 2019; Rovati et al., 2025). La herramienta propuesta y con reciente aplicación en nuestra Guardia se incorporó como parte de la historia clínica para proporcionarle al profesional un instrumento estructurado que facilite una descripción sistemática, clara y reproducible de las lesiones, favoreciendo tanto la calidad asistencial como la protección médico-legal.

Si bien en nuestro medio no se dispone aún de investigaciones específicas que evalúen de manera sistemática el impacto de listas de chequeo aplicadas al registro de lesiones en pacientes con patología mental, su desarrollo e implementación constituyen una oportunidad relevante para generar evidencia local. Futuros estudios podrán analizar su efectividad en términos de mejora en la calidad de los registros, reducción de eventos adversos y disminución del riesgo médico-legal, contribuyendo así a consolidar un modelo de atención basado en la seguridad del paciente y en la gestión integral del riesgo.

## Conclusiones

Los resultados preliminares obtenidos evidencian una disociación crítica entre los marcos normativos que regulan las buenas prácticas y la efectiva implementación en la práctica clínica asistencial, especialmente en contextos de urgencias, con implicancias legales en cuanto a la responsabilidad y vulneración de derechos.

El bajo nivel de cumplimiento del Protocolo de contención mecánica no constituye sólo un déficit técnico, sino la expresión de una debilidad estructural en la incorporación de la seguridad del paciente como eje rector de la atención en salud mental. En este contexto, la contención mecánica, cuando no es adecuadamente indicada, registrada y supervisada, puede transformarse de un recurso terapéutico excepcional en un potencial generador de daño clínico y exposición médico-legal.

Esta problemática se complejiza al integrarse con la evaluación de lesiones, donde la evidencia muestra una elevada prevalencia en pacientes con

patología mental, junto con dificultades en su interpretación y registro. La superposición de mecanismos lesionales, sumada a la variabilidad clínica y a las limitaciones en la documentación, incrementa la incertidumbre diagnóstica y compromete la trazabilidad del proceso asistencial. Esta situación adquiere especial relevancia en pacientes a cargo de una institución, ya que la ausencia o imprecisión en los registros puede impedir la adecuada atribución del origen del daño, con implicancias directas en la responsabilidad profesional.

En este sentido, los hallazgos permiten sostener que la problemática central no radica únicamente en el conocimiento de los protocolos, sino en la ausencia de dispositivos operativos que aseguren su cumplimiento sistemático. La inobservancia en la indicación, seguimiento y registro de contenciones mecánicas, así como en la evaluación de lesiones, configura un escenario de riesgo que articula la clínica con el campo jurídico, exponiendo tanto a los pacientes (en términos de seguridad y calidad asistencial) como a los profesionales (en términos de responsabilidad civil y penal).

Frente a este escenario, la implementación de listas de chequeo interdisciplinarias se posiciona como una estrategia eficaz en la gestión del riesgo. Su capacidad para estructurar procesos, reducir la variabilidad y garantizar la integridad del registro permite traducir estándares normativos en prácticas verificables. Los resultados observados tras su implementación, con incrementos significativos en el cumplimiento del Protocolo de contención mecánica, refuerzan su utilidad como herramienta de mejora de la calidad asistencial.

No obstante, su eficacia depende de su integración en una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, que incluya capacitación continua, supervisión y auditoría. En este marco, la estandarización no sustituye el juicio clínico, sino que lo fortalece mediante soportes estructurados para la toma de decisiones.

La integración de prácticas seguras constituye un imperativo clínico, ético y jurídico. El desafío actual no radica sólo en mejorar el cumplimiento de los protocolos, sino en avanzar hacia un modelo asistencial anticipatorio, centrado en la prevención del daño, donde la seguridad del paciente se traduzca en prácticas concretas, sistemáticas y responsables.

## Referencias bibliográficas

- Alahmari, A. S., Aamri, N. M., AL-Ammari, A. A. A. y Aldawood, A. A. (2024). Reducing Restrictive Interventions in Inpatient Mental Healthcare Facilities: A Literature Review. *Global Journal of Health Science*, 16(1):21-35.
- Algieri, R. D. (2015). *Ventajas de la implementación de una lista de chequeo en la seguridad del paciente quirúrgico*. Repositorio de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- Algieri, R. D. y cols. (2024). MANTRA@ATPS *Manual de trauma para la atención de trauma y urgencias para el personal de salud*. Editorial AAC, Argentina.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *International Journal of Environmental Research Front Psychiatry*, 9, 540.
- Candilis, P. J., y Martínez, R. (2021). The evolution of forensic psychiatry ethics. *Psychiatr Clin North Am*, 44(4), 571-8.
- Chanmugam, A., Triplett, P., y Kelen, G. (Eds.). (2013). *Emergency psychiatry*. Cambridge University Press.
- Cipriano, A., Cella, S., y Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
- Dean, K., Walsh, E., Moran, P. et al. (2006). Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *The British Journal of Psychiatry* 188: 264–270.
- Dirección General de Salud Mental (2014). *Protocolo de contención física o mecánica*. Ministerio de Salud.
- Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (2022). *Manual de Seguridad del Paciente*. Ministerio de Salud de la República Argentina. IF-2022-70647262-APN-DNCSSYS#MS.
- Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (2021). *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*. Ministerio de Salud de la República Argentina.
- Donovan, A. L., Bird, S. A. (2019). *Substance use and the acute psychiatric patient: emergency management*. New Jersey, Estados Unidos: Humana Press.
- Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., ... y Whittington, R. (2019). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International Journal of Nursing Studies*, 95, 40-48.
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., y Rodríguez-Martínez, M. C. (2008). Use of physical restraints in nursing homes: A comparison of two care models. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3247–3255
- Gawande, A. (2009). *The checklist manifesto: How to get things right*.
- Grosso, M. C. (2014). *Protocolo de contención física o mecánica*. Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Gutheil, T. G., y Appelbaum, P. S. (2019). *Clinical handbook of psychiatry and the law*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Hackett, T. O., Cassem, N. H. (1987). *Handbook of General Hospital Psychiatry* (2nd Ed). Littleton, MA: PSG
- Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., ... y Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Hyman, S. E., Tesar, G. E. (1996). *Manual de emergencias psiquiátricas*. Boston: Little, Brown and Company.
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., W Bates, D. (2013) The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf Published Online First*.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1996). *Comprehensive accreditation manual for hospitals*.
- Khalifeh, H., Oram, S., Trevillion, K., Johnson, S., y Howard, L. M. (2015). Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 207-212.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., y Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568.
- Knox, D. K., Holloman, G. H. Jr. (2012) Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med.*, 13(1):35-40.
- Langlois, N. E. I., y Gresham, G. A. (1991). The ageing of bruises: a review and study of the colour changes with time. *Forensic Science International*, 50(2), 227-238.
- Large, M., Kanesson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., y Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS one*, 11(6), e0156322.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851–1857.
- LeLaurin, J. H., y Shorr, R. I. (2019). Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clinics in geriatric medicine*, 35(2), 273-283.
- Lion, J. R., Bach, Y., Rita, G., Ervin, F. R. (1969). Violent patients in the emergency room. *Am J Psychiatry* 125:1706.
- Lipton, F. R., Goldfinger, S. M. (1985). *Emergency Psychiatry at the crossroads*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Diez, M., y López, B. (2025a). *Sistemas de triaje y seguridad del paciente con patología mental: Historiografía, aspectos normativos y aplicaciones en la clínica* [Mesa redonda]. XXXVIII Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, Asociación de Psiquiatras de Argentina, Argentina.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Knopoff, E., Onofrio, L., Porta, O. A., y Rodríguez, R. (2024a). *Seguridad del paciente y uso de contenciones mecánicas: Cumplimiento normativo e impacto de listas de chequeo para su gestión* [Póster]. 26° Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva, Asociación Neuropsiquiátrica Argentina.

- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Knopoff, E., Onofrio, L., Porta, O. A., y Rodríguez, R. (2024b). *Seguridad del paciente en el uso de las contenciones mecánicas: Cumplimiento normativo entre hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y propuesta para su mejora* [Comunicación científica]. XXXVII Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, Asociación de Psiquiatras de Argentina, Argentina.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Knopoff, E., Onofrio, L., Porta, O. A., y Rodríguez, R. (2024c). Patient Safety in the use of mechanical restraints: regulatory compliance among hospitals in the City of Buenos Aires and proposal for its improvement. *OJEM* 2024, 12(2):33-39.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Knopoff, E., Onofrio, L., Porta, O. A. y Rodríguez, R. (2024d). Patient Safety in the Use of Mechanical Restraints: Regulatory Compliance among Hospitals in the City of Buenos Aires and Proposal for Its Improvement. *Open Journal of Emergency Medicine*, 12,33-39.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Giordano, S., Schraier, G., Lopez, B., Silva, D. H. (2022a) Control de la seguridad psicofísica en pacientes con contención mecánica: uso de las listas de chequeo. *Rev SCIENS Psiquiatría*, 46:3-7.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Mercurio, E., Pagano, V. (2022b). *Contención mecánica: aspectos histórico-filosóficos, procedimentales y médico-legales* [Simposio] XXXV Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, Asociación de Psiquiatras de Argentina, Argentina.
- Mazzoglio y Nabar, M. J., Silva, D. H., Onofrio, L., Porta, O.A., Rodríguez, R., Knopoff, E. (2024e). *Seguridad del paciente, contenciones mecánicas y utilidad de listas de chequeo en la gestión: atravesamientos clínicos y medicolegales*. Publicaciones de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, Mayo:1-22. <https://ciencias.org.ar/categoria.asp?id=621>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2021). *Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria*. Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior. Toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 141:10.
- Monahan, J. (1984). *The clinical prediction of violent behavior*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Navarro, L. N., Osorio, V. L. D. L., Ortiz, M. F. B., y Liria, A. F. (2021). Salud mental y derechos humanos: La experiencia de los profesionales en formación en el uso de sujeciones mecánicas en Madrid, España. *Salud colectiva*, 17, e3045.
- Nordstrom, K., Wilson, M. (2018). *Quick guide to psychiatric emergencies: tools for behavioural and toxicological situations*. New York, Estados Unidos: Springer.
- Payne-James, J., Busuttill, A., y Smock, W. (Eds.). (2003). *Forensic medicine: clinical and pathological aspects*. Cambridge University Press.
- Ramos Brieva, J. A. (1999). *Contención mecánica: restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona, España: Masson.
- Raskob, E., Angchaisuksiri, P., Blanco, N., Buller, H., Gallus, A., Hunt, B. et al. (2014). Thrombosis: A major contributor to global disease burden. *Thrombosis Research*; 134(5): 931–938.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
- Redfern, E., Hoskins, R., Gray, J., Lugg, J., Hastie, A., Clark, C., y Bengler, J. (2018). Emergency department checklist: an innovation to improve safety in emergency care. *BMJ Open Quality*, 7(3).
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., y Hipskind, J. E. (2018). *Medical error reduction and prevention*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- Rovati, L., Privitera, D., Finch, A. S., Litell, J. M., Brogan, A. M., Tekin, A., ... y Madsen, B. E. (2025). Development of an Emergency Department Safety Checklist through a global consensus process. *Internal and Emergency Medicine*, 20(4), 1203-1213.
- Rubín, R., et al. (2023). *Desatar para cuidar: Guía de herramientas, estrategias y alternativas para eliminar sujeciones*. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG).
- Slawomirski, L., Auraaen, A., y Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. *OECD Health Working Papers* (106).
- Stephenson, T., y Bialas, Y. (2017). Estimation of the age of bruising: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 102(7), 639–645.
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., y Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749-757.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., y Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- van der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J. K., Stein, D. J., y Sorsdahl, K. (2014). Prevalence and predictors of mental disorders in intentionally and unintentionally injured emergency center patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 638-646.
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Winters, B. D., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexton, J. B., Rampersad, C. J., y Pronovost, P. J. (2009). Clinical review: checklists-translating evidence into practice. *Critical Care*, 13(6), 210.
- World Health Organization. (2019a). *Global action on patient safety* (WHA72.6). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)
- World Health Organization. (2019b). *Global patient safety: Report by the Director-General* (A72/26). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf)
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Zeller, S. L. (2010). Treatment of psychiatric patients in emergency settings. *Primary Psychiatry*, 17(6), 35-41.
- Zun, L. (2016). Care of psychiatric patients: the challenge to emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(2), 173.

# Anexo

## 1. Planilla contención mecánica



### PLANILLA PARA SEGUIMIENTO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Serv. de Urgencias, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear"

Nombre y apellido del paciente: .....

Cama: ..... Sector: .....

#### SEGUIMIENTO DE LA INDICACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA

	Tiempo	Fecha	Hora	Signos vitales				Controles			Firma y sello
				FC	FR	TA	t°	Hidratación*	Dluresis*	Zona sujeción**	
CUIDADOS INMEDIATOS A LA CONTENCIÓN	0 min										Med.
	20 min										Enf.
	40 min										Med.
	60 min										Enf.
CUIDADOS MEDIATOS Y DURANTE LA CONTENCIÓN	2 horas										Med.
	4 horas										Enf.
	6 horas										Med.
	8 horas										Enf.
	10 horas										Med.
	12 horas										Enf.
	12 horas										Med.

#### REEVALUAR INDICACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA

CUIDADOS LUEGO DE REEVALUACIÓN DE LA INDICACIÓN	14 horas										Enf.
	16 horas										Med.
	18 horas										Med. y Enf.

#### INDICACIONES PSICOFARMACOLÓGICAS

Fecha	Hora	Medicación administrada y vía de administración	Firma y sello

#### OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

\* Especificar SI o NO \*\* Especificar si "erosiones en zona de contacto con bandas de sujeción" o "s/p"

2. Planilla registro de lesiones (anverso y reverso).



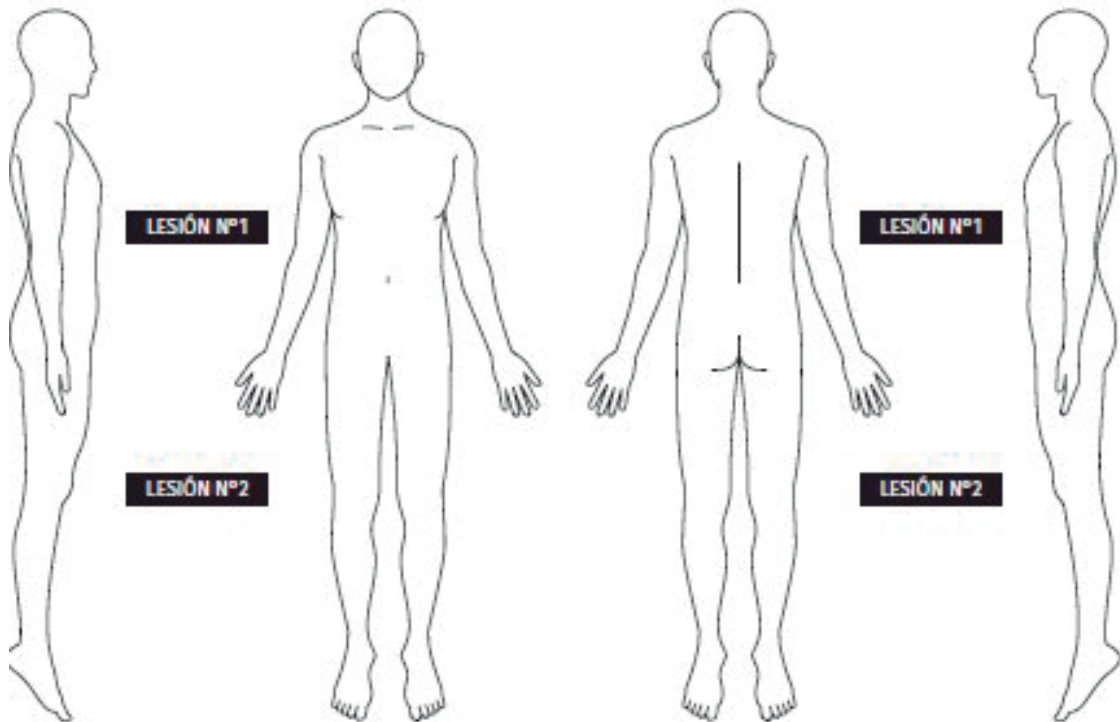
**PLANILLA PARA DESCRIPCIÓN DE LESIONES**

SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS "TORCUATO DE ALVEAR"  
Comité Seguridad del Paciente con Patología Mental

Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo/Genero: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_



Marque el sitio de la lesión en la superficie corporal con una flecha.

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

LESIÓN N°							
LOCALIZACIÓN	CABEZA/CARA	Der.		Frontal		Orbitaria	Mentoniana
		Izq.		Parietal		Infraorbitaria	Mejilla
				Temporal		Nasal	Masetarina
				Occipital		Labial	
	CUELLO	Der.		Ant.		Suprahiloidea	Carotidea
		Izq.		Post.		Infrahiloidea	Supraclavicular
	MIEMBRO SUPERIOR	Der.		Ant.		Lateral externo	
MIEMBRO INFERIOR	Izq.		Post.		Lateral interno		
	Der.		Ant.		Lateral externo		
TÓRAX	Izq.		Post.		Lateral interno		
	Der.		Supraclavicular		Mamaria	Escapular	
ABDOMEN	Izq.		Infraclavicular		Esternal	Infraescapular	
			Hipo. der.		Epigastro	Hipocondrio Izq.	
			Fianco. der.		Umbilical	Fianco Izq.	
			Fosa ilíaca der.		Hipoepigastro	Fosa ilíaca Izq.	
PELVIS	Der.		Mayor		Menor		
	Izq.		Glútea		Genital		
TIPO				Excoriación	Punzante	Cortante	
				Hematoma	Contusa	Fractura	
COLORACIÓN				Equimosis	Desgarro	Quemadura	
	(en caso de haber consignado los siguientes tipos: excoriación, hematoma equimoso o contuso)			Negro-Azul oscuro	Violaceo	Azul-Verdoso	
MORFOLOGÍA	Longitud				Dímetro		
	Compromiso tejido blando				Si		
CONDUCTA TERAPÉUTICA ASISTENCIAL	Requiere abordaje/tratamiento				No		
	Cura plana						
	Sutura						
	Evaluación complementaria (imagenológica, otra)						
Traslado a hospital general							

LESIÓN N°							
LOCALIZACIÓN	CABEZA/CARA	Der.		Frontal		Orbitaria	Mentoniana
		Izq.		Parietal		Infraorbitaria	Mejilla
				Temporal		Nasal	Masetarina
				Occipital		Labial	
	CUELLO	Der.		Ant.		Suprahiloidea	Carotidea
		Izq.		Post.		Infrahiloidea	Supraclavicular
	MIEMBRO SUPERIOR	Der.		Ant.		Lateral externo	
MIEMBRO INFERIOR	Izq.		Post.		Lateral interno		
	Der.		Ant.		Lateral externo		
TÓRAX	Izq.		Post.		Lateral interno		
	Der.		Supraclavicular		Mamaria	Escapular	
ABDOMEN	Izq.		Infraclavicular		Esternal	Infraescapular	
			Hipo. der.		Epigastro	Hipocondrio Izq.	
			Fianco. der.		Umbilical	Fianco Izq.	
			Fosa ilíaca der.		Hipoepigastro	Fosa ilíaca Izq.	
PELVIS	Der.		Mayor		Menor		
	Izq.		Glútea		Genital		
TIPO				Excoriación	Punzante	Cortante	
				Hematoma	Contusa	Fractura	
COLORACIÓN				Equimosis	Desgarro	Quemadura	
	(en caso de haber consignado los siguientes tipos: excoriación, hematoma equimoso o contuso)			Negro-Azul oscuro	Violaceo	Azul-Verdoso	
MORFOLOGÍA	Longitud				Dímetro		
	Compromiso tejido blando				Si		
CONDUCTA TERAPÉUTICA ASISTENCIAL	Requiere abordaje/tratamiento				No		
	Cura plana						
	Sutura						
	Evaluación complementaria (imagenológica, otra)						
Traslado a hospital general							

INFORMACIÓN ADICIONAL / COMPLEMENTARIA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO



LÍNEA  
NEUROPSIQUIÁTRICA  
ROEMMERS



NUEVO

# LAPLEX

B R E X P I P R A Z O L

EQUILIBRIO CLÍNICO  
EN CADA DECISIÓN



PRESENTACIONES: LAPLEX 1 mg, LAPLEX 2 mg, LAPLEX 3 mg y LAPLEX 4 mg  
por 30 comprimidos recubiertos



ROEMMERS  
CONCIENCIA POR LA VIDA