



ACADEMIA NACIONAL DE  
CIENCIAS DE BUENOS AIRES

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE, CONTENCIONES MECÁNICAS Y UTILIDAD DE LISTAS DE CHEQUEO EN LA GESTIÓN: ATRAVESAMIENTOS CLÍNICOS Y MEDICOLEGALES**

Martín J. Mazzoglio y Nabar<sup>1,2,3</sup>, Daniel H. Silva<sup>2,3</sup>, Lorena Onofrio<sup>3</sup>,  
Oscar A. Porta<sup>3</sup> y Romina Rodríguez<sup>3</sup>, Edgardo Knopoff<sup>1,3</sup>,

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Medicina, UBA

<sup>3</sup>Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses (CIDIF), Academia Nacional de

Ciencias de Buenos Aires

## INDICE

Introducción.....	3
Problema.....	4
Objetivos.....	5
Propósito.....	6
Estrategias.....	6
Actividades.....	6
Metodología.....	6
Resultados.....	7
Desarrollo.....	15
Conclusiones.....	17
Propuestas.....	18
Bibliografía.....	18
Apéndice.....	19

## **INTRODUCCIÓN**

Se define sujeción física a cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo (Camino-Sánchez, 2016). 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 dividen en voluntarias e involuntarias y según su intencionalidad, en restrictivas (la persona no puede retirar el material o dispositivo fácilmente y se encuentra impedida en su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo) y no restrictivas (permite a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible). La contención mecánica o física es un recurso terapéutico excepcional que se implementa para inmovilizar de forma parcial o total a un sujeto. Esta práctica, cuando se lleva a cabo de manera justificada, tiene por objeto garantizar la seguridad del paciente y la de terceros.

A su vez, la seguridad del paciente ha sido definida como la disciplina que busca la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención médica. El término “cultura de seguridad” comenzó a utilizarse masivamente luego del desastre nuclear de Chernobyl en 1988. En las industrias que conllevan un alto riesgo como la aviación o la energía atómica, la seguridad es la prioridad número uno, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Si bien la medicina tiene como uno de sus preceptos más sagrados: “*Primero no dañar*”, ha convivido desde siempre con el error y el daño a los pacientes. Por esto último, debemos dejar en claro que sólo se justifica la utilización de contenciones físicas frente a conductas que suponen un alto riesgo para sí o para terceros y sólo si ya hubieran fracasado otras alternativas menos invasivas y/o restrictivas.

Históricamente hunde sus raíces en tiempos muy antiguos y es una medida terapéutica que presenta múltiples atravesamientos (bioéticos, filosóficos, médicos, psicológicos, entre otros) y cuestionamientos desde distintos sectores de la comunidad científica. Las sujeciones físicas fueron empleadas en el pasado para controlar el

comportamiento de pacientes agitados, a los que comúnmente se los denominaba “enfermos mentales”; este grupo formaba parte de las personas marginadas, consideradas, además, un problema para la sociedad. Se las encerraba en lugares parecidos a cárceles, manteniéndolas aisladas, siendo habitual el uso de cadenas, azotes, inmersión en agua helada, entre otros. Durante tiempo inmemorial los antiguos manicomios y los asilos sujetaban a las personas –que llamaban “internos” – con cuerdas, sábanas, correas de cuero, con las que les ataban los tobillos a las camas o alrededor de una silla o las muñecas. En pocas palabras, equivalía a un tormento que casi nadie cuestionaba, incluso si sangraban por hacer fuerza para liberarse, se consideraba un efecto adverso esperado. 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 quedado superadas, como se describió anteriormente, continúan vigentes con diferentes modalidades en las residencias de larga estadía, como una estrategia de supuesta “protección y cuidados”; (Fariña-López et al., 2008), basada en mitos como en la prevención de caídas.

La Organización Mundial de la Salud, mediante la Resolución WHA72.6, (28 de mayo 2019, basada en la resolución WHA55.18 del 2002) reconoció en Asamblea que la seguridad del paciente es un tema prioritario y le brindó entidad y marco normativo a esta temática. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (CIDHPM) en su “artículo 4” plantea no usar las sujeciones de manera habitual y prolongada y es por ello que su utilización debe ser considerada en casos muy excepcionales, por un mínimo de tiempo, siempre que haya sido prescripta por un profesional y que esté en riesgo la vida de la persona. Asimismo, la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires publicó en el año 2014 - 2021 un Protocolo de contención mecánica para llevar a cabo el recurso terapéutico de las contenciones dentro de un marco normativo establecido [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].

## **PROBLEMA**

*Estado del arte y circunscripción de la problemática.*

Los cuestionamientos devenidos a la práctica terapéutica de la contención mecánica se fundamentan en que las mismas privan de la libertad al sujeto, así como pueden generar complicaciones clínicas y lesiones tanto en el sitio de la contención como en otros órganos producto de las consecuencias secundarias. Estas complicaciones y lesiones, sumadas a los cuestionamientos, exponen a los profesionales de la salud a demandas civiles y penales debido a las lesiones que pudieren generarse. Más aun, en los casos de pacientes que han fallecido estando contenidos, debido a la privación de libertad (por la etiología de la internación como el lugar de la misma y el efecto de la contención), constituye jurídicamente la figura de “muerte en custodia” la cual a la luz de la jurisprudencia actual es un tipo penal que exige una investigación con protocolos específicos.

El uso de la contención mecánica es muy frecuente en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tanto en pacientes que padecen patología psiquiátrica como en aquéllos internados en unidades de clínica médica, geriatría, terapia intensiva y guardias que intercurrenten con cuadros de agitación/excitación psicomotriz de distintas causas.

Para su utilización, la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad autónoma de Buenos Aires desarrolló el *Protocolo de contención física o mecánica* en el año 2014-2021 que debería aplicarse y explicitar en la historia clínica todos los ítems allí detallados, lo que evitaría demandas legales innecesarias y mejoraría la seguridad y bienestar del paciente.

En la práctica clínica es habitual verificar la inobservancia del cumplimiento de dicho protocolo tanto en lo que refiere a su indicación en la historia clínica como en la hoja de enfermería, así como el desconocimiento de la existencia del mencionado Protocolo.

La continuidad de esta situación irregular podría tener como consecuencias la afectación de la seguridad del paciente provocándole distinto tipo de lesiones (osteoarticulomusculares, deshidratación y hasta en casos extremos el óbito) y las demandas legales derivadas –tanto en los planos civiles como penales- a los distintos profesionales de salud que asisten al paciente y a la institución.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Identificar el cumplimiento normativo del uso de contenciones mecánicas según el protocolo del gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires publicado en el año 2014, 2021 resaltando la importancia del mismo desde un enfoque de la seguridad del paciente.

### **Objetivos secundarios**

- 1) Relevar en tres efectores de gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el grado de cumplimiento del protocolo de medidas de sujeción del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 2) Relevar la presencia de indicaciones en la hoja de enfermería y la historia clínica tanto como en las evoluciones diarias de contenciones mecánicas llevadas a cabo por el nosocomio detallando las causas de dicha medida, la duración de la misma y los controles periódicos.

### **PROPÓSITO**

El propósito del presente trabajo es fortalecer la implementación de la normativa con el fin de asegurar las condiciones de seguridad de los pacientes describiendo la importancia del uso de un instrumento que normalice las prácticas de contención física explicitados en el protocolo y enmarcado en los principios de Seguridad del paciente, Derechos Humanos y normativa Legal Nacional e Internacional.

### **ESTRATEGIAS**

- Relevar el cumplimiento del protocolo de contención física.
- Llevar a cabo un análisis crítico y comparativo de los resultados de las encuestas entre los distintos efectores de salud.

### **ACTIVIDADES**

- 1) Administración de encuestas normatizadas en cada uno de los 3 hospitales del GCABA que analizamos: Hospital de Agudos Carlos G. Durand (Servicios de Internación en Clínica Médica, Geriatría, Psiquiatría y Guardia), Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía (Servicios de Internación en Unidad de Cuidados

Intensivos y en Guardia) y Hospital de Emergencias Psiquiátricas “T. de Alvear”  
(Servicios de Urgencia y Sala de Internación de Adultos.)

2) Búsqueda de material bibliográfico del tema.

## **METODOLOGÍA**

Trabajo de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo (en cuanto a la recolección de los datos) mediante la implementación de una encuesta normatizada y anónima para analizar las Historias Clínicas de pacientes en que se haya indicado el uso de contención mecánica.

Se analizaron las prestaciones con indicación de contención mecánica (n=177) de dichas historias clínicas. El tiempo de recolección de casos para su análisis estuvo comprendido entre los meses de septiembre de 2023 y noviembre de 2023 (3 meses).

Los criterios de inclusión fueron pacientes con indicación de contención mecánica sin distinción de edad, género o causales de la misma (por patología psiquiátrica, orgánica, etc.).

Se estudió la indicación efectuada en las historias clínicas de dichos pacientes, así como los registros de enfermería conforme los considerandos del Protocolo de contención mecánica del GCABA. Para tal fin, se abordaron las siguientes variables a estudiar:

- Hospital
- Servicio
- ¿Consigna en HC la aplicación de contención mecánica? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]
- ¿Consigna en hoja enfermería la aplicación de la contención mecánica? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]
- ¿Registra horario de aplicación de la contención mecánica en HC o en hoja enfermería? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]
- ¿Registra causales o justificación de aplicación de la contención mecánica? Si/No/Parcialmente [Variable cualitativa nominal]
- ¿Registra horario de finalización de la contención mecánica? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]
- ¿Registra controles de signos vitales en el proceso de la contención mecánica? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]

- Tiempo de contención mecánica en horas [Variable cuantitativa]
- ¿Cumple con el Protocolo de contención del GCABA sobre cuidados y precauciones de control? Si/No [Variable cualitativa nominal dicotómica]

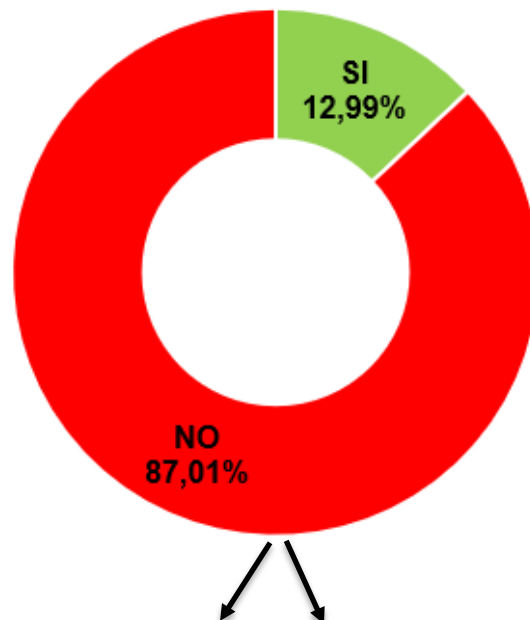
Se realizó una base de datos con los datos obtenidos y se aplicaron parámetros estadísticos a los mismos, así como la realización de gráficos utilizando el programa Excel para ambas tareas.

El trabajo cumplió con el requisito de aprobación de los Jefes de cada Servicio interviniente.

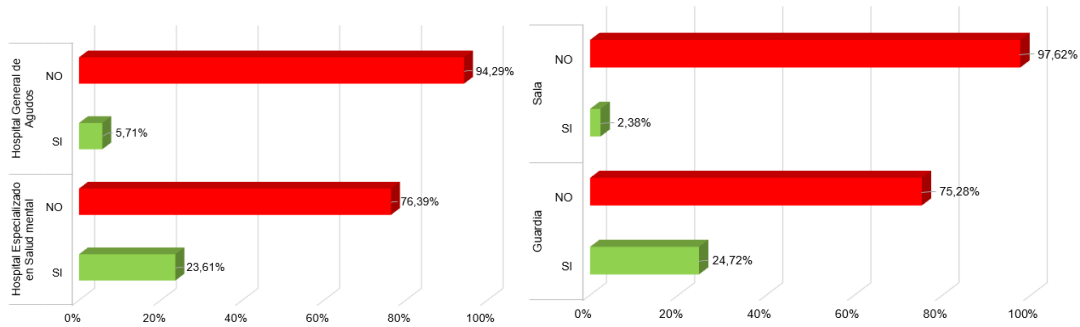
## **RESULTADOS**

En la muestra analizada hallamos que sólo el 12,99% cumple con el Protocolo de contención del GCABA; al analizarlo según hospital, en el hospital especializado el cumplimiento fue casi 5 veces mayor que en el general de agudos (23,61% vs 5,71%); y al comparar su cumplimiento entre el Servicio de Guardia o de Sala, en los Servicios de Guardia el cumplimiento fue del 24,71% frente al 2,38% en las Salas [Gráfico 1].

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



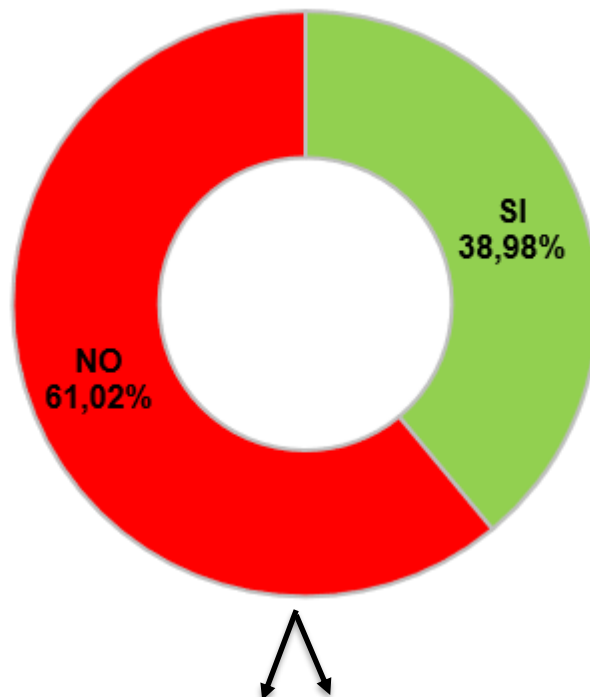


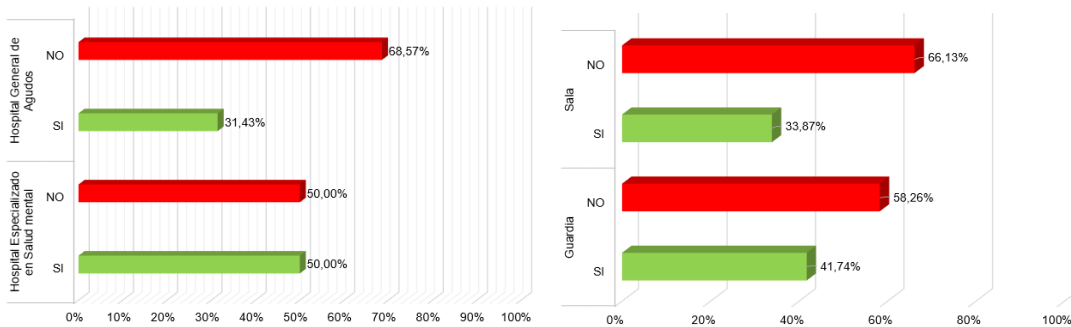


Como fuera descripto en la metodología se analizaron las distintas preguntas formuladas para valorar el nivel de cumplimiento o en qué lugar del proceso podían encontrarse fallas de cumplimiento.

El 38,98% de la muestra consignó fehacientemente en la historia clínica la aplicación de la contención mecánica; en el hospital especializado en salud mental se registró en el 50% mientras que en los generales de agudos en un 31,43%; y en los servicios de Guardia el registro en la HC fue mayor que en salas (41,74% y 33,87% respectivamente) [Gráfico 2]

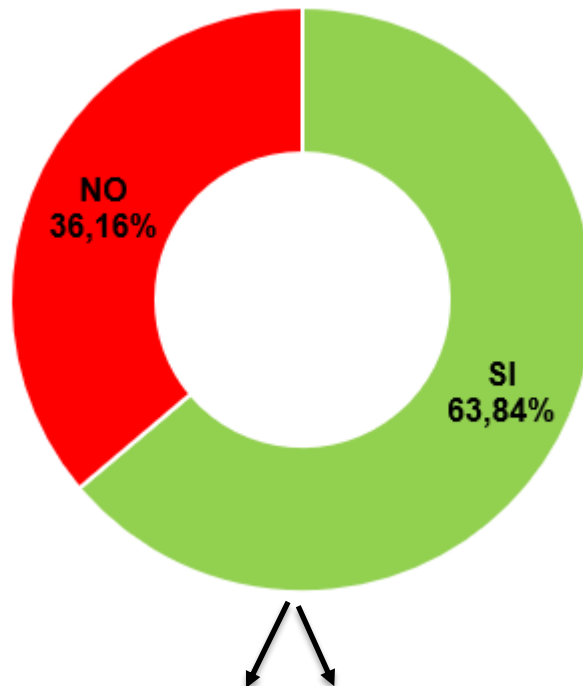
**Gráfico 2.** Registro en la historia clínica de la aplicación de contención mecánica.

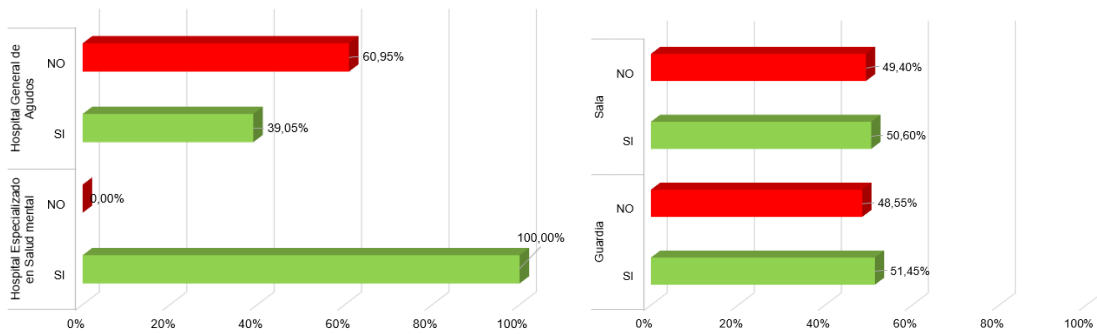




En el 63,84% de los casos analizados se consignó la aplicación de la contención mecánica en la hoja de registros de enfermería; en el 100% de los casos del hospital especializado en salud mental se hallaron estos registros debidamente evolucionados en contraste con el 39,05% de casos del hospital general de agudos; al comparar este parámetro entre los Servicios de Guardia y Sala no se evidenciaron diferencias porcentuales importantes (51,45% y 50,60% respectivamente. [Gráfico 3].

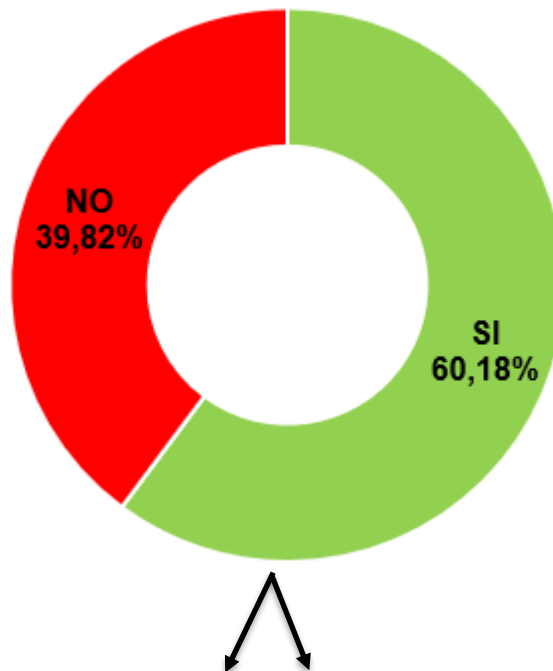
**Gráfico 3.** Registro en la hoja de enfermería de la aplicación de contención mecánica.

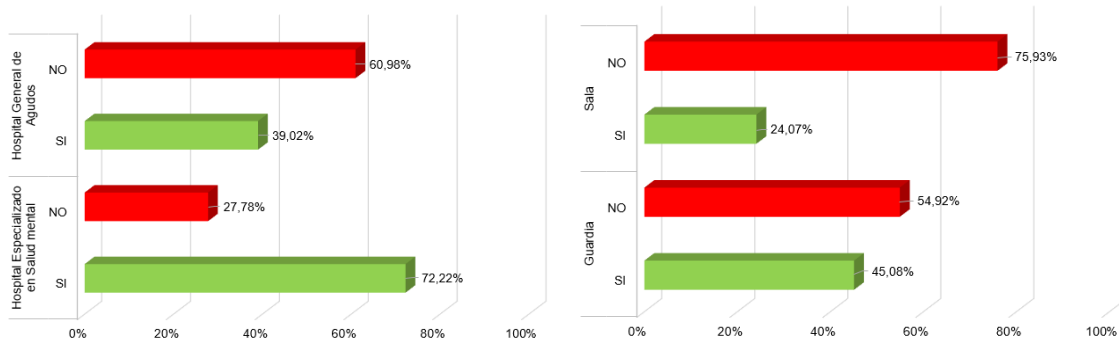




En el 60,18% se observó el registro de horario de comienzo de la contención mecánica en la historia clínica y/o hoja de enfermería; dicho registro ascendió a 72,11% en el hospital especializado frente al 39,02% de los hospitales generales de agudos; y se halló que en la guardia se registraba el horario casi en el doble de casos que en los generales de agudos (45,08% y 24,07% respectivamente). [Gráfico 4].

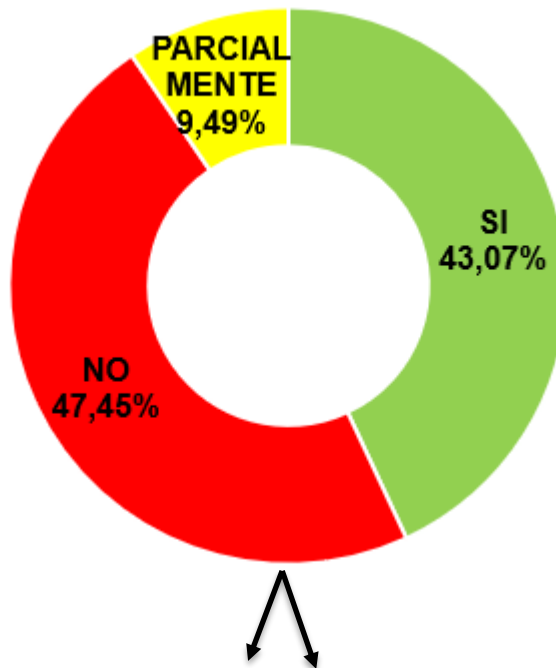
**Gráfico 4.** Registro del horario de la aplicación de contención mecánica.

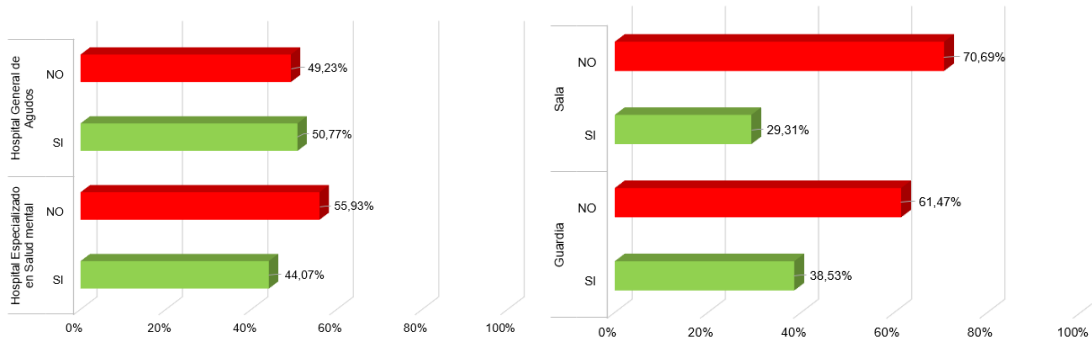




En relación con la descripción de las causales o justificaciones del uso de contenciones mecánicas objetivamos que sólo el 43,07% las evoluciona completamente (es decir una descripción pormenorizada de estrategias previas infructuosas instauradas) y el 9,49% las evoluciona de forma parcial; en el hospital general de agudos se observó una mayor descripción de dichas causales (50,77% frente al especializado 44,07%); y en el Servicio de Guardia se hallaron mayor cantidad de estas justificaciones del uso del recurso (38,53%) en relación con las Salas de Internación (29,31%) [Gráfico 5].

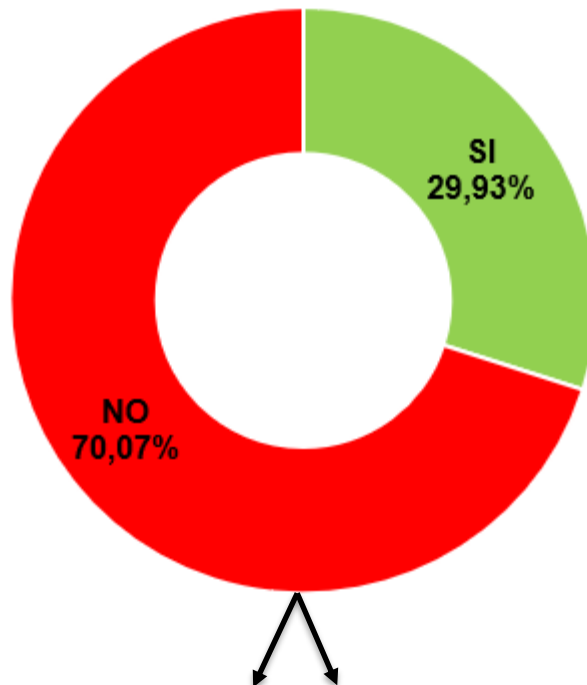
**Gráfico 5.** Registro fehaciente de causales y/o justificaciones de la indicación de contención mecánica.

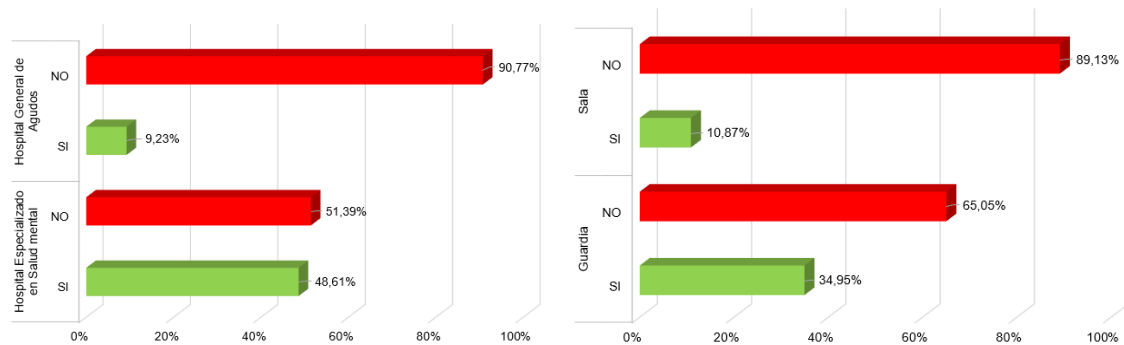




En menos de un tercio de los casos analizados (29,93%) se encontró el registro del horario de finalización de la contención mecánica; en el hospital especializado en salud mental se halló cinco veces más este registro que en los generales de agudos (48,61% y 9,23% respectivamente); y en el Servicio de Guardia se objetivó un registro casi 3.5 veces mayor que en las Salas de Internación (34,95% y 10,87% respectivamente) [Gráfico 6]

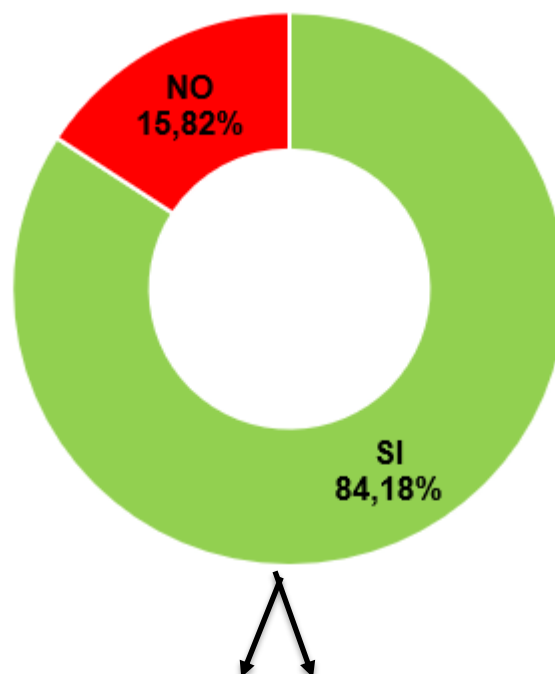
**Gráfico 6.** Registro del horario de finalización de la indicación de contención mecánica.

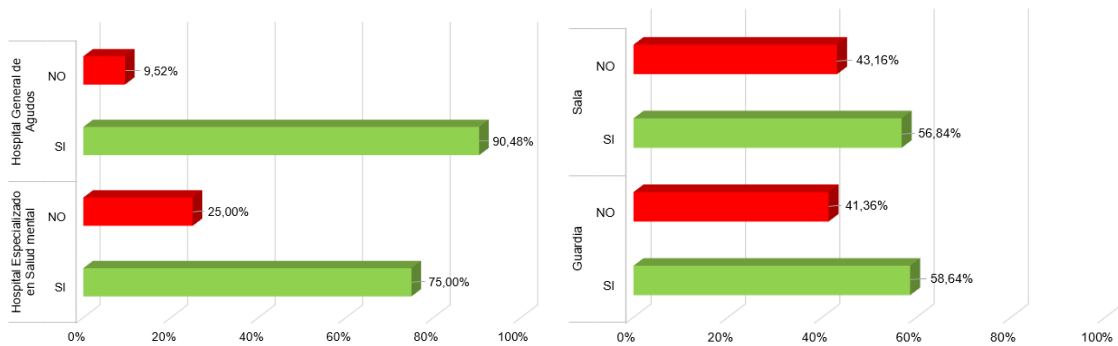




En el 84,18% de los casos analizados se encontró el registro de controles de signos vitales en el proceso de la contención mecánica; dicho registro se halló más prevalente en los hospitales generales de agudos que en los especializados de salud mental (90,48% y 75% respectivamente); pero en al comparar entre Servicios de Guardia y de Salas de Internación no se evidenciaron diferencias (58,64% y 56,84% respectivamente) [Gráfico 7].

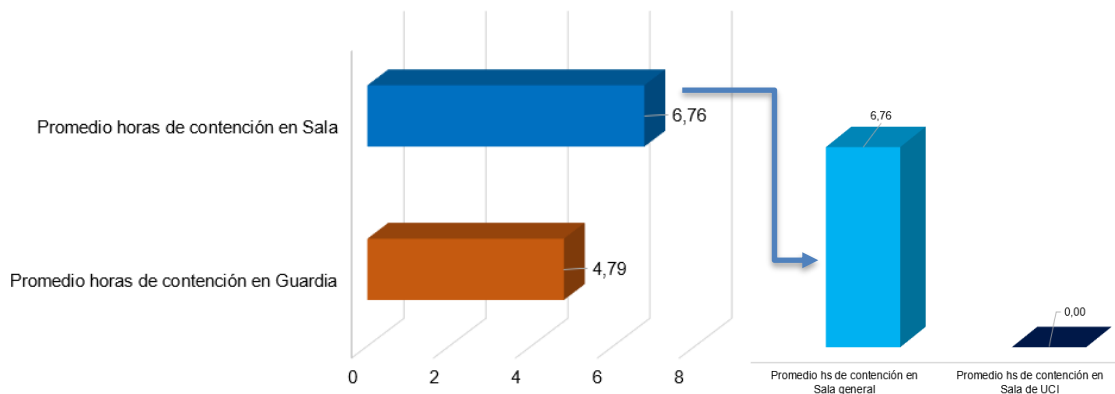
**Gráfico 7.** Registro de controles de signos vitales durante el proceso de la contención mecánica.





El tiempo promedio de contención mecánica fue mayor en el Servicio de Sala de Internación (6,76 hs) que en el de Guardia (4,79 hs), al analizar el tipo de Sala de Internación se hallaron sólo registros en Sala general y no en la Unidad de Cuidados Intensivos [Gráfico 8].

**Gráfico 8.** Promedio de horas de contención mecánica.



## DESARROLLO

### 1) *Indicación e implementación de las contenciones mecánicas*

El proceso de la contención mecánica de un paciente, cual recurso terapéutico requiere de una indicación llevada a cabo por un galeno por ser un acto médico y de un contexto sanitario adecuado. Tiene varias causas tales como: conductas disruptivas con riesgo de daño para sí o terceros cuando otros abordajes fueron ineficaces.

Se requiere materiales y recurso humano para poder ser llevada a cabo, tanto en el momento de la aplicación de la contención como en su evolución se deberán prestar especial atención al impacto clínico como psicológico que pudiere alterar o agravar el

estado del paciente con la posibilidad de generar daños transitorios, permanentes o con complejas consecuencias.

Existen complicaciones producto del procedimiento que pueden darse de forma inmediata, mediata o diferida y otras están relacionadas con el acto de inmovilidad.

Por tal motivo se han diseñado guías de procedimiento y protocolos a fin de realizar una detección precoz de las complicaciones mencionadas y disminuir el riesgo, así como un seguimiento de los parámetros clínicos y psicológicos en tiempo inmediato, mediato, durante o finalizada la contención, conforme a lo estipulado por el Protocolo de contención mecánica del año 2014-2021, ya mencionado.

## ***2) Beneficios de las listas de chequeo para el control clínico, auditoría de calidad prestacional y resguardo médico legal del uso de contenciones mecánicas.***

Las listas de chequeo, conocidas en inglés como *checklist* (su traducción exacta sería “listas de verificación”), son un recurso instruccional que se utilizan para controlar actividades de tipo repetitivas y/o secuenciales mediante el registro en formatos estructurados que posibilitan visualizar el cumplimiento de pasos llevados a cabo (u omitidos), así como también permite la recolección de datos de forma ordenada y sistemática.

El recurso no sólo posibilita verificar cada paso llevado a cabo cual metodología de control y auditoría, sino que tiene una función formativa basada en aspectos didácticos y pedagógicos intrínsecos.

La función de normatizar provee una ayuda a los profesionales, con cargos de ejecución como los de conducción, cuando se aplica a pasos seriados en un trabajo. La misma reduce el fracaso al compensar los límites potenciales de la memoria y la atención humanas, ayuda a garantizar la coherencia y la integridad en la realización de una tarea, en especial cuando por su especificidad se requiere de pasos lógicos como ser la implementación de un recurso médico con tantos atravesamientos como la contención mecánica.

Los usos principales que se asocian con las listas de chequeo en Salud son:

- realizar actividades en forma de pasos.
- realizar inspecciones donde se debe dejar constancia de los puntos realizados.
- verificar los pasos y quienes los hicieron.



- verificar y analizar los resultados de cada caso.
- recopilar datos para un análisis futuro.

Los pasos para la elaboración de una lista de chequeo son:

1. Determinar el área que se quiere evaluar: en este caso la secuenciación descrita en un protocolo aprobado de una práctica.
2. Diseñar el formato de verificación: en el contexto hospitalario, con el fin de cumplimentar su inclusión en la HC del paciente, deberá ser una planilla en formato papel de fácil uso y ubicación en sector de enfermería.
3. Tomar nota de la información en el formato de la verificación: la más operativa y de fácil llenado es con sistemas de elección y de llenado.
4. Registrarlo en una base de datos para su tratamiento estadístico y análisis de los resultados: de ser posible para verificar los procesos y formas de implementación en el efector, sobre los cuales se pudieren plantear modificaciones para su mejor eficacia.

Se destaca que el profesional que cumpla las funciones de responsable o Jefe del Sector será el responsable de los procesos que contenga la lista y deberá asegurar que todos los pasos a cumplimentar se encuentren incluidos para ser comprobados, más aún frente a la existencia de un protocolo debidamente aprobado por la entidad sanitaria del distrito. Sobre esta base se construye el perfil de calidad de procedimientos de la organización donde la sistematización y contralor son parte de la praxis asistencial basada en una política de seguridad del paciente.

### ***3) Analizar críticamente el uso de contenciones mecánicas desde la seguridad del paciente.***

Existe muy poca, o casi nula, investigación basada en estudios controlados y normatizados aplicadas al uso del recurso terapéutico de la contención mecánica, pero quizás lo más significativo y trascendente es que su implementación conlleva riesgos y profundos cuestionamientos que ubican en un lugar de vulnerabilidad a quienes lo indican y llevan a cabo.

La implementación de listas de chequeo cuando se lleva a cabo el recurso terapéutico de la contención mecánica de paciente con indicación de la misma posibilitará:

- Complimentar sistemáticamente los pasos especificados en el protocolo.
- Aunar criterios en función del efector donde se lleve a cabo (relacionado con el personal, material a utilizar y espacio físico de lugar).
- Detectar precozmente cualquier alteración asociada o no a la contención mecánica.
- Realizar una completa evaluación interdisciplinaria del desarrollo y evolución clínica del paciente contenido.
- Actuar de forma sistemática, con rapidez y eficacia en la intervención y evolución.

En consonancia con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a la seguridad del paciente, consideramos como prioritario posicionar y desarrollar la temática referida a la seguridad psicofísica en pacientes con contenciones mecánicas.

La implementación de listas de chequeo brinda seguridad al paciente en las intervenciones de deban ser llevadas a cabo y al profesional en cuanto a la responsabilidad de ejercerlas de forma sistemática y operativa y adicionalmente disminuye posibles reclamos legales.

## **CONCLUSIONES**

En el presente trabajamos objetivamos que el cumplimiento del Protocolo de contención mecánica es deficitario. Sólo en 1.3 de cada 10 pacientes se lo ejecuta de forma fehaciente y se halló un mayor cumplimiento en el hospital especializado en salud mental y en los servicios de Guardia.

Dentro de las problemáticas evidenciadas en el cumplimiento se resaltaron la falta de registro en la historia clínica, si bien se lo indica con mayor prevalencia en la hoja de enfermería, la debida justificación de causales por las cuales se indicó esta medida restrictiva y la falta de registro del horario de finalización de la indicación de contención mecánica. El tiempo de contención fue mayor en las Salas de Internación que en la Guardia, lo cual obedecería a la cercanía de controles en el sector de guardia y cuestiones de tipo operativas y de recurso humano.

Los resultados dan cuenta de una conducta de inobservancia por parte de los profesionales en la aplicación y gestión del riesgo que conlleva el uso de contenciones mecánicas, así como posibles lesiones de pacientes que, por su estado clínico, tipo de internación y atravesamientos legales se encuentran en custodia de los médicos a cargo constituyendo estas conductas en causales para posibles litigios penales.

## **PROPUESTA**

Consideramos de utilidad la implementación de listas de chequeo en aquellos servicios que apliquen las contenciones mecánicas con el objeto de cumplimentar el Protocolo aprobado, y de esta forma brindar seguridad y calidad prestacional a los pacientes, así como cumplir con las responsabilidades profesionales que este acto implica.

Asimismo, creemos necesaria la difusión y capacitación al personal de Salud en cuanto al Protocolo mediante charlas y talleres en los distintos hospitales.

En base a los datos obtenidos, será necesario ampliar la muestra de efectores a evaluar u de esta forma la muestra de personas con contenciones con el fin de ubicar especificidades e incumplimientos normativos en cada efector toda vez que esta información sirva como base para la toma de decisiones en marcadas en una política de salud y cuidado integral de lo pacientes y los profesionales bajo los preceptos de la Cultura de la Seguridad del Paciente.

No obstante, en próximos artículos avanzaremos en el estudio de la significación estadística de los porcentajes comparados, así como en la investigación cuanti y cualitativa del impacto de la instauración de listas de chequeo en dichos efectores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

72° Asamblea mundial de la Salud WHA 72.6, 28 de mayo 2019. Accion Mundial en pro de la Seguridad del paciente.

Chanmugan A, Triplett P, Kelen G. (2013) Emergency psychiatry. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Donovan AL, Bird SA (2019). Substance use and the acute psychiatric patient: emergency management. New Jersey, Estados Unidos: Humana Press.

Grosso, M.C. Protocolo de contención física o mecánica. Ministerio de Salud, dirección general de Salud Mental, 2014.

- Hackett TO, Cassem NH. (1987) Handbook of General Hospital Psychiatry (2nd Ed). Littleton, MA: PSG
- Hyman SE, Tesar GE. (1996). Manual de emergencias psiquiátricas. Boston: Little, Brown and Company.
- Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, W Bates D. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf Published Online First: 18 September 2013.
- Lion JR, Bach Y Rita G, Ervin FR. Violent patients in the emergency room. Am J Psychiatry 125:1706, 1969.
- Lipton FR, Goldfinger SM. (1985). Emergency Psychiatry at the crossroads. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Manual de Seguridad del Paciente, julio 2022. Ministerio salud de Nacion. IF-2022-70647262-APN-DNCSSYRS#MS.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria, DNCSSyRS –Febrero 2021.
- Monahan J. The prediction of violent behavior. Toward a second generation of theory and policy. Am J Psychiatry 141:10, 1984.
- Nordstrom K, Wilson M. (2018). Quick guide to psychiatric emergencies: tolos for behavioural and toxicological situations. New York, Estados Unidos: Springer.
- Raskob E, Angchaisuksiri P, Blanco N, Buller H, Gallus A, Hunt B, et al. Thrombosis: A major contributor to global disease burden. Thrombosis Research. 2014; 134(5): 931–938
- Rubín R. et al. Desatar para cuidar. Guía de herramientas, estrategias y alternativas para eliminar sujeciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP; Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria -SAGG, 2023.
- Seguridad del Paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

## **APENDICE**

1. Propuesta de cumplimiento de lista de chequeo para cumplimiento integral de contenciones mecánicas conforme Protocolo GCABA [confeccionado por



ACADEMIA NACIONAL DE  
CIENCIAS DE BUENOS AIRES

profesionales del Hospital Alvear: Mazzoglio y Nabar MJ, Giordano S, Schraier G, Lopez B, Silva DH. Control de la seguridad psicofísica en pacientes con contención mecánica: uso de listas de chequeo. *SCIENS Psiquiatría* 2022;46:3-7]



**Planilla para Seguimiento de Contenciones mecánicas**  
*Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear"*



Nombre y Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Cama \_\_\_\_\_

Sector \_\_\_\_\_

**Seguimiento de la indicación de Contención mecánica**

	Fecha	Hora	Signos vitales				Controles			Firma y sello
			FC	FR	TA	t°	Hidratación*	Diuresis*	Zona sujeción**	
Cuidados inmediatos	tiempo 0									MED
	20 min									ENF
	30 min									MED
	40 min									ENF
	60 min									ENF
Cuidados posteriores	2 horas									MED
	4 horas									ENF
	6 horas									MED
	8 horas									ENF
	10 horas									ENF
	12 horas									MED
	12 horas									ENF
Reevaluar indicación de contención mecánica										
Cuidados luego de reevaluación de la indicación	14 horas									ENF
	16 horas									ENF
	18 horas									ENF

\*especificar SI o NO

\*\*especificar si "erosiones en zona contacto bandas de sujeción" o s/p.

**Indicaciones psicofarmacológicas**

Fecha	Hora	Medicación administrada y vía de administración	Firma y sello

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_