



# Pandemia COVID-19 y uso de contención mecánica. Estudio observacional

*COVID-19 pandemic and use of physical restraint. Observational study*

**Autoras:** Agustina Barrueco Fernández\* (1), Ana María Moralejo Gutiérrez (1), Lucía García Burgo (1), Raquel López Nieto (1), Cristina Martín Gómez (2)

\* **Dirección de contacto:** [vigusda2005@gmail.com](mailto:vigusda2005@gmail.com)

Enfermera. Complejo Asistencial de Zamora (Zamora, España).

## Resumen

**Antecedentes:** durante la pandemia de COVID-19 se observa en la realización del trabajo diario un aumento del uso de las contenciones mecánicas debido a las condiciones excepcionales de trabajo: la limitación de acceso a las unidades, el tipo de aislamiento estricto, la falta de acompañamiento, etc. **Objetivo:** estimar la incidencia de contención mecánica en pacientes ingresados en unidad COVID-19, durante la pandemia y compararla con la de los pacientes de una unidad no COVID-19 y con pacientes previos a la pandemia. **Método:** estudio de cohortes retrospectivo, realizado en el Hospital Virgen de la Concha (Complejo Asistencial de Zamora) con pacientes mayores de 65 años ingresados en Medicina interna y divididos en tres subgrupos, uno en periodo de prepandemia (junio-diciembre 2019) y otro en periodo de pandemia (enero- mayo 2021) que se dividieron en pacientes ingresados por COVID-19 y pacientes ingresados por otras enfermedades (no COVID-19). **Resultados:** de los 312 casos evaluados, 104 eran de periodo de prepandemia y 208 en periodo de pandemia (104 pacientes COVID-19 y 104 pacientes con otras enfermedades). En prepandemia la incidencia de pacientes con contención mecánica fue del 7,7% (Intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 3,4 a 14,7%), mientras que durante la pandemia las incidencias fueron 21,2% (IC 95%: 13,7% a 30,2%) en pacientes COVID-19 y 20,2% (IC 95%: 12,9% a 29,2%) en pacientes no COVID-19. **Conclusiones:** durante el periodo de pandemia fue mayor la incidencia de las contenciones que en el periodo de prepandemia, con independencia del acompañamiento, edad, sexo y del diagnóstico, o no, de COVID-19.

## Palabras clave

Restricción física, COVID-19, pandemia, aislamiento del paciente, cuidadores.

## Abstract

**Background:** during the COVID-19 pandemic we have observed an increase in the use of mechanical restraints due to exceptional working conditions: limited access to the units, the type of strict isolation, the lack of accompaniment, etc. **Objective:** to estimate the incidence of physical restraint in patients admitted to a COVID-19 unit during the pandemic and compare it with that of patients in a non-COVID-19 unit and with patients prior to the pandemic. **Method:** retrospective cohort study, carried out at the Virgen de la Concha Hospital (Zamora Assistance Complex) with Internal Medicine inpatients older than 65 years and divided into three subgroups, one in the pre-pandemic period (June-December 2019) and another in the pandemic period (January-May 2021) that we divided into patients admitted for COVID-19 and patients admitted for other diseases (not COVID-19). **Results:** of the 312 cases evaluated, 104 were from the pre-pandemic period and 208 from the pandemic period (104 COVID-19 patients and 104 patients with other diseases). In pre-pandemic, the incidence of patients with mechanical restraint was 7.7% (95% confidence interval [95% CI]: 3.4 to 14.7%), while during the pandemic the incidence was 21.2%. (95% CI: 13.7% to 30.2%) in COVID-19 patients and 20.2% (95% CI: 12.9% to 29.2%) in non-COVID-19 patients. **Conclusions:** during the pandemic period the incidence of restraints was higher than in the pre-pandemic period, regardless of accompaniment, age, sex, and COVID-19 diagnosis.

## Keywords

Restraint Physical, COVID-19, pandemic, patient isolation, caregivers.

## INTRODUCCIÓN

La contención mecánica limita de forma intencionada la libertad de movimientos de las personas por lo que se considera una técnica con finalidad terapéutica, que solo puede ser utilizada cuando se han agotado todas las alternativas (1). El objetivo es preservar la seguridad del paciente, resto de personas o para que no se produzca interrupción de un tratamiento esencial. Esta medida crea un conflicto ético, ya que se produce una disyuntiva entre los principios de autonomía y no maleficencia, además de afectar a derechos fundamentales como la libertad y la dignidad de las personas (2).

En los últimos años desde diferentes países, se ha trabajado con el propósito de reducir el uso de la contención mecánica. Desde España también la tendencia va dirigida a disminuir la utilización de esta práctica: desde el Comité de Bioética de España, se promueve la realización de programas para sensibilizar sobre el uso de contenciones, de forma que se realicen lo menos posible y de manera segura. También encontramos asociaciones como CEOMA (Confederación Española de Asociaciones de Mayores) la cual ha elaborado un programa para disminuir el uso de sujeciones en enfermos de Alzheimer(3,4). Desde nuestra comunidad autónoma uno de los proyectos que se desarrolla en el Plan Persona incluye acciones que pretenden favorecer la eliminación de la contención mecánica (Plan desátame)(5).

Sin embargo, durante la pandemia parece haberse dado un incremento en la utilización de contenciones mecánicas en las unidades con pacientes COVID-19, por lo que se realiza el presente estudio con el fin de valorar si existen diferencias significativas en el uso de contenciones mecánicas durante ese periodo, habida cuenta de las condiciones excepcionales de trabajo que se dieron, tales como (6-8):

- La limitación de acceso a las unidades COVID-19 por las características inherentes al tipo de aislamiento que precisaban estos pacientes.
- La falta de acompañamiento de los pacientes y el hecho de que las personas que entran sean prácticamente irreconocibles debido a los EPIs (Equipos de protección individual), esto hace que los pacientes no posean personas o puntos de referencia.

En lo referente a este trabajo, las medidas de acompañamiento adoptadas vienen marcadas por el Plan de humanización de pandemia COVID-19 de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, en sus diferentes versiones según ha ido evolucionando la pandemia (6). Durante el periodo de tiempo que se encuadra este estudio estaban en vigor la versión 9 y 10.

A estas características especiales, se les unen otras que podemos encontrar en esta y en más enfermedades, y que aumentan el riesgo de sufrir una situación que lleve a los pacientes a la confusión y desorientación, como pueden ser la infección, fiebre o la baja saturación de oxígeno(9). Este estado confusional es el que puede llegar a provocar la interrupción del tratamiento y a que el paciente realice acciones perjudiciales para su salud.

La bibliografía disponible no permite hacer una estimación precisa de la frecuencia del uso de contención mecánica en ambiente hospitalario, concretamente en plantas de hospitalización general; en los estudios encontrados el uso de esta técnica oscila entre 1,5-16% (10,11). La mayoría de los documentos se centran en el uso de contenciones mecánicas en centros sociosanitarios o en plantas de hospitalización específicas como psiquiatría, urgencias o unidades de cuidados intensivos, observándose además una variabilidad muy alta en el uso de contenciones.

No se han encontrado referencias sobre el uso de contención mecánica en pacientes con COVID-19, pero si alguna que hace alusión al periodo de pandemia en todo tipo de pacientes hospitalizados(12). Estos estudios concluyen que debido a la restricción de visitas y la falta de acompañamiento el uso de contención mecánica ha aumentado.

Debido a que desde el Sistema de Salud se aboga por disminuir el uso de contención mecánica y teniendo en cuenta nuestra apreciación durante el trabajo realizado en la pandemia, se decide elaborar un estudio para conocer la situación real en nuestro hospital durante la pandemia y compararla con el periodo previo a esta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de cohortes retrospectivo, realizado en un Hospital de área (Nivel 2).

Se han tenido en cuenta 3 grupos de pacientes mayores de 65 años ingresados a cargo del servicio de Medicina Interna de dos periodos de tiempo: periodo prepandemia (junio- diciembre 2019) y periodo de pandemia (enero-mayo 2021) que se subdividen en dos subgrupos, pacientes ingresados por COVID-19 en planta, que se encontraban en aislamiento estricto y sin acompañantes, y pacientes ingresados por otras enfermedades (no COVID-19).

Se realizó un muestreo consecutivo emparejando por sexo y rangos de edad ( $\pm 5$  años) a razón 1:1:1.

Se consideró contención mecánica como una medida en la que se produce una restricción de movimientos del paciente, utilizada siempre como último recurso y cuyo objetivo es preservar la seguridad del usuario, de las personas que le rodean y de las instalaciones.

La restricción fue definida como el uso de maniobras físicas o mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros.

Para la realización de la contención mecánica se hizo uso de los diferentes dispositivos disponibles, fundamentalmente cinturón de tronco y abdomen, muñequeras y tobillera. No se ha tenido en cuenta el uso de barandillas en la cama.

Se recogieron las variables: sexo, edad, acompañamiento familiar, días de ingreso, grado de dependencia (escala de Barthel), escala de riesgo de caídas de JH Downton, comorbilidad previa al ingreso (hipertensión arterial, diabetes, antecedente de problemas de salud mental o tratamiento psiquiátrico) y exitus.

## RESULTADOS

Se incluyeron 312 pacientes divididos en 3 grupos uno de periodo prepandemia, 104 pacientes, y dos de periodo de pandemia, 104 pacientes COVID-19 y 104 pacientes no COVID-19.

Se estima el riesgo de contención en cada grupo con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%), se compararon las proporciones mediante test de ji cuadrado, calculamos el riesgo asociado a la pandemia y diagnóstico de COVID-19 y otros factores implicados. Estimamos los riesgos de contención mecánica ajustados por edad y sexo mediante regresión logística múltiple no condicional.

En la tabla 1 se presentan las características de los pacientes COVID-19 y no COVID-19 ingresados en periodo pandémico, incluyendo el porcentaje de contención mecánica. No se observaron diferencias en el porcentaje de contención, pero sí en otras variables asociadas a gravedad en los pacientes COVID-19, como mayor tiempo de estancia hospitalaria y porcentaje de exitus. En la valoración al ingreso se observa que los pacientes con COVID-19 obtienen mayor valor en la escala de Barthel y menor en el Test JH Downton.

En la tabla 2 se comparan los casos con y sin contención durante el periodo pandémico. Se puede observar que los ingresos que precisaron contención mecánica presentaban: mayor edad, mayor riesgo de exitus, mayor estancia de ingreso y menor Barthel.

En el grupo pandémico no COVID-19 la existencia de acompañamiento no se asoció con el uso de contención mecánica: un 28,9% (13/45) de los acompañados frente a un 13,6% (8/59) de los no acompañados precisaron contención ( $p=0,097$ ).

En la tabla 3 se comparan los tres grupos de estudio. Los pacientes del grupo prepandémico habían precisado menos contención que los casos COVID-19 y no COVID-19 de la pandemia. En el análisis ajustado por edad y sexo se observó que el uso de contenciones aumentó más de 3 veces en el periodo de pandemia, tanto en los casos COVID-19 (odds ratio ajustada [ORA]: 3,32; IC95% 1,38 a 7,99) como en los no-COVID-19 (ORA: 3,11; IC95% 1,29 a 7,51).

## DISCUSIÓN

No se encuentran diferencias significativas en el uso de contención mecánica entre pacientes COVID-19 y no COVID-19 en periodo de pandemia, existiendo diferencias si los comparamos con el periodo prepandemia. Según nuestros datos, las contenciones se han triplicado durante la pandemia. Encontramos pocos estudios que comparen el uso de la contención mecánica en ambos periodos. En uno de ellos también se observa un aumento significativo en periodo de pandemia, pasando de una incidencia del 2% en el total de los pacientes ingresados al 7%. aunque en su metodología no diferencia pacientes con COVID-19 de los no COVID (12).

Una de las principales causas de la contención mecánica en las plantas de hospitalización está relacionada con evitar daños en pacientes más frágiles o con síndrome

confusional (12,13). La capacidad funcional es un factor de protección de este síndrome (14-16). En las variables observadas en el estudio, la Escala de Barthel y el test JH Downton también nos pueden ayudar a valorar esta capacidad, ya que hay artículos que relacionan el elevado riesgo de caídas con una menor capacidad funcional (17). Teniendo en cuenta estas dos variables, en periodo de pandemia ha sido mayor el uso de contención mecánica a menor capacidad funcional, confirmando lo que conocemos; por el contrario, se encuentran cifras similares de contención mecánica en pacientes no COVID-19 y COVID-19, aunque la capacidad funcional al ingreso de los últimos es más elevada.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología hace referencia, en el documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas (18), a la relación que existe entre el uso de contención mecánica y el aumento de días de estancia hospitalaria. Este dato se confirma en nuestro trabajo y también en otros estudios (19).

Los datos obtenidos revelan que durante el periodo de pandemia no existen diferencias en el uso de contención mecánica entre los pacientes acompañados y los que no lo están. Hay que tener en cuenta las características de los pacientes acompañados (el 45,9%) que por indicación del hospital eran los más frágiles y dependientes, y la indicación de que los acompañantes fueran siempre los mismos relevándose lo menos posible. Esto provocaba periodos de tiempo en los que los pacientes no estuvieran acompañados, aumentando así la posibilidad de llegar a un estado confusional que dificulte su cuidado.

Los factores de protección de estados confusionales (presencia de acompañante, nivel de ansiedad y movilidad) (20) se vieron alterados por las medidas de aislamiento estrictas en las que los pacientes pierden a las personas, objetos y situaciones de referencia, sumado a la restricción de los cuidadores informales, la limitación del uso de espacios comunes reduciéndose el movimiento a su propia habitación y, en el caso de los pacientes COVID-19, la sintomatología provocada por la falta de oxígeno y la afectación neurológica, tanto en la fase aguda como en periodo post COVID-19 *brain fog* (niebla mental) (21,22).

La incertidumbre vivida durante la pandemia provocó mayor ansiedad e inseguridad en la población general, la cual se ve incrementada en periodo de hospitalización, tanto para familiares como para el propio paciente (23,24), circunstancias que están relacionadas con el de riesgo de padecer estados confusionales. Además, la situación de estrés vivida por el personal sanitario(25,26), influye de forma negativa en el desarrollo de cuidados de calidad (27,28).

En la situación vivida la salud pública estaba por encima de la libertad individual. Este «estado de necesidad» que no permitió la presencia de cuidadores generó un aumento de la aplicación de medidas restrictivas. Si se aumenta el uso de la contención mecánica para asegurar un tratamiento o controlar un cuadro confusional, por la dificultad de una supervisión más directa, se requiere una dotación de enfermera-paciente adecuada, ya que este

cociente influye en la seguridad del paciente<sup>(12,29)</sup> los hospitales elaboraron planes de contingencia reorganizando la actividad asistencial. Una de las medidas acordadas fue evitar la entrada a familiares de pacientes ingresados. El objetivo del presente estudio fue comparar el uso de contención mecánica en pacientes ingresados en un hospital de agudos en el periodo previo al inicio de la pandemia, con el periodo posconfinamiento, pero estando todavía el hospital con visitas restringidas.

**Material y métodos**

Estudio observacional que comparó la prevalencia de contención mecánica en un hospital de agudos en el periodo previo al inicio pandemia (periodo 1, febrero del 2020). Por este motivo, los hospitales con visitas restringidas deberían tener en cuenta estos resultados.

### Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio destacamos las propias del diseño retrospectivo. No hay seguimiento durante el ingreso por el investigador y los datos son obtenidos con posterioridad; aunque esto evitó la modificación voluntaria de la indicación habitual de contenciones por el estudio, pudo haber provocado pérdida de información. Además, en las historias clínicas de nuestro centro de trabajo no se dispone de registro propio de contención mecánica, por lo que ha sido necesario repasar el texto libre de las historias clínicas, lo que también supone más dificultad.

### Consideraciones para la práctica y la investigación

Teniendo en cuenta que el plan Persona del SACYL, hace mención a aumentar las estrategias para disminuir el uso de contención mecánica (Plan desátame), consideramos necesario trabajar en este tema, comenzando por la realización de un registro adecuado del uso de contención mecánica. Esto nos ayudará a conocer de una forma más adecuada su motivación y así buscar estrategias para prevenirlas. Además, nos permitirá conocer la evolución del uso de esta práctica y así poder orientarnos hacia una mayor calidad asistencial.

### AGRADECIMIENTOS

Al Dr Carlos Ochoa, por toda la paciencia que ha demostrado durante todo el proceso desde que decidimos iniciarnos en este proyecto de investigación y todas sus enseñanzas, a nuestras familias por apoyarnos en esta aventura, al servicio de Medicina Interna por el interés mostrado en nuestro proyecto y a Hugo por ser nuestro soporte técnico.

### DATOS AUTORES

(1) Enfermera. Complejo Asistencial de Zamora (Zamora, España); (2) Médico. Complejo Asistencial de Zamora.

Recibido: 09/12/2022. Aceptado: 09/02/2023.

Versión definitiva: 21/02/2023.

### Declaración de intereses

No existe ningún conflicto de intereses por parte de los investigadores.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de contención de pacientes para todos los profesionales de la red SESPA [Internet]. [acceso 11 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.astursalud.es/noticias?p\\_p\\_id=es\\_astursalud\\_liferay\\_portlet\\_AstursaludArticlesPortlet&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&es\\_astursalud\\_liferay\\_portlet\\_AstursaludArticlesPortlet\\_article\\_id=234620&es\\_astursalud\\_liferay\\_portlet\\_AstursaludArticlesPortlet\\_mvcRenderCommandName=%2Frender%2Farticle](https://www.astursalud.es/noticias?p_p_id=es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_article_id=234620&es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_mvcRenderCommandName=%2Frender%2Farticle)
2. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios- ClinicalKey [Internet]. [acceso 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://clinicalkey.publicaciones.saludcastillayleon.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134282X16301488?returnurl=null&referrer=null>
3. ceoma. Desatar [Internet]. CEOMA. [acceso 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ceoma.org/desatar/>
4. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 [acceso 15 de mayo de 2022];24(10):1110-8.
5. Plan Persona [monografía de Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [acceso 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona>
6. Atención hospitalaria [Monografía de internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria>
7. de Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, Sánchez-Herrero H, Santano-Magariño A, Bodes Pardo RM, et al. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. *Enfermería Clínica*. 2021. [acceso 23 febrero de 2022];31:49-54.
8. Torres-González JI, Arias-Rivera S, Velasco-Sanz T, Mateos DA, Planas PB, Zaragoza-García I, et al. ¿Qué ha sucedido con los cuidados durante la pandemia COVID-19? *Enfermería Intensiva*. 2020. [acceso 25 marzo 2022];31(3):101-4.
9. O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing* [Internet]. 2020 [acceso 19 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239228/>
10. Bueno Maqueda Maria del Mar, Molina Quintana Maria del Carmen. Conocimiento y actitudes de enfermería frente a la contención mecánica. V Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia Ciudad de Granada [Internet]; 2014. 70. Disponible en: <http://congreso-enfermeria.es/libros/2014/sala1.html>

11. Jiménez Megías, Mónica; Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Martín González, Noelia; Alarcón Juárez, Bienvenida; Rodríguez Cuesta, Ana M<sup>a</sup>; Carrascosa Urbano, Elisabet. Implantación intensiva del protocolo de contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía. *Rev Paraninfo Digital*, 2015. [acceso 28 abril 2022]; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/001.php>
12. Font R, Quintana S, Monistrol O. Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2021. [acceso 5 de junio de 2022];36(5):263-8.
13. Astigarraga Suárez A, Aristín Ortega MC; Fernández Rivera E; García Aja B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos científica* [Internet]. 2012.[acceso 15 de noviembre de 2022]; 1(7):31-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7564616>
14. Nogal MLD, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*, 2009. [acceso 18 julio 2022]1(4):209-221. Disponible en: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104\\_209\\_221.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf)
15. Rodado J, Aragon I. Factores de riesgo del síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados en el Hospital Reina Sofía de Murcia. Estudio retrospectivo de casos y controles. *Cienc innov salud* [Internet]. 2018 [acceso 18 de octubre de 2022]; e57[1-20]. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/2962>
16. Amado Tineo JP, Chucas Ascencio LA, Rojas Moya CR, Pintado Caballero, S, Cerrón Aguilar CA, Vázquez Alva R. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. *An Fac med* [Internet]. 2013 [citado 7 de diciembre de 2022];74(3):193-7. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2634>
17. Carrillo García JJ. Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos, Lima 2018[tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2019.
18. Comité interdisciplinar de sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas [internet]. Biblioteca Online de documentos y publicaciones de la SEGG: Sociedad española de geriatría y gerontología; 2014 [acceso 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/publicaciones/biblioteca-online-segg>
19. Alarcón Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2008;43(4):197-8.
20. Tremino del Molino J. Atención de enfermería en el síndrome confusional agudo. Valladolid: Universidad de Valladolid;2018.
21. Jesus Mediavilla. Covid-19 secuelas: 2 de cada 3 pacientes sufren delirios tras la enfermedad [Internet]. Redacción Médica; 2020 [acceso 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/covid-secuelas-pacientes-sufren-delirios-tras-enfermedad-4287>
22. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012;32(114):247-59.
23. Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, Cortez-González LC, Medina-Fernández JA. Loneliness, Anxiety, Depression, and Adoption of the Role of Caregiver of Older Adults with Chronic Diseases during COVID-19. *Aquichan*. 2022;22(3):1-17.
24. Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Gianakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Front Psychiatry*. 2020;11:591120.
25. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021;14(2):106-12.
26. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica*. 2020;155(10):434-40.
27. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries: NURSE BURNOUT AND QUALITY OF CARE. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):288-98.
28. Falguera CC, De los Santos JAA, Galabay JR, Firmo CN, Tsaras K, Rosales RA, et al. Relationship between nurse practice environment and work outcomes: A survey study in the Philippines. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2021 [citado 20 de noviembre de 2022];27(1):1-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12873>
29. Bray K, Wren I, Baldwin A, St Ledger U, Gibson V, Goodman S, et al. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):109-11.

## ANEXOS

|                                       | No COVID (N=104) |         | COVID (N=104) |         | P      |
|---------------------------------------|------------------|---------|---------------|---------|--------|
| Edad (años) mediana (RIC)             | 77               | (67-85) | 77            | (66-86) | 0,949  |
| Sexo masculino n (%)                  | 56               | (53,8%) | 56            | 53,8%   | 1      |
| Contención n (%)                      | 21               | (20,2%) | 22            | 21,2%   | 0.864  |
| Exitus n (%)                          | 4                | (3,8%)  | 19            | 18,3%   | 0,001  |
| Traslado n (%)                        | 0                | (0,0%)  | 2             | 1,9%    | 0,155  |
| Acompañamiento n (%)                  | 45               | (45,9%) | 0             | 0,0%    | <0,001 |
| Hipertensión arterial n (%)           | 73               | (70,2%) | 74            | 72,5%   | 0,708  |
| Diabetes n (%)                        | 31               | (30,1%) | 31            | 30,4%   | 0,963  |
| Tratamiento por salud mental n (%)    | 44               | (44,9%) | 35            | 34,3%   | 0,126  |
| Estancia (días) mediana (RIC)         | 7,5              | (4-12)  | 9             | (6- 18) | 0,012  |
| Barthel mediana (RIC)                 | 50               | (25-80) | 90            | 45-100) | <0,001 |
| JH Downton mediana (RIC) <sup>a</sup> | 2,5              | (2-3)   | 1             | (1-3)   | 0,011  |

N recuento; RIC rango intercuartílico.

<sup>a</sup>Sólo disponible en 99; <sup>b</sup> Sólo disponible en 89.

**Tabla 1.** Comparación de ingresos COVID-19 y no COVID-19 durante un periodo de la pandemia.

|                                       | Sin contención (N=165) |          | Con contención (N=43) |         | p      |
|---------------------------------------|------------------------|----------|-----------------------|---------|--------|
| Edad (años) mediana (RIC)             | 75                     | (66-84)  | 86                    | (75-87) | 0,001  |
| Sexo masculino n (%)                  | 90                     | (54,5%)  | 22                    | (51,2%) | 0,692  |
| COVID-19 n (%)                        | 82                     | (49,7%)  | 22                    | (51,2%) | 0,864  |
| Exitus n (%)                          | 14                     | (8,5%)   | 9                     | (20,9%) | 0,025  |
| Traslado n (%)                        | 2                      | (1,2%)   | 0                     | (0,0%)  | 0,628  |
| Acompañamiento n (%)                  | 32                     | (20,1%)  | 13                    | (30,2%) | 0,158  |
| HTA n (%)                             | 116                    | (70,7%)  | 31                    | (73,8%) | 0,694  |
| Diabetes n (%)                        | 50                     | (30,7%)  | 12                    | (28,6%) | 0,791  |
| Tratamiento por salud mental n (%)    | 58                     | (36,5%)  | 21                    | (51,2%) | 0,085  |
| Estancia (días) mediana (RIC)         | 8                      | (5-13)   | 10                    | (6-20)  | 0,017  |
| Barthel mediana (RIC)                 | 80                     | (40-100) | 35                    | (5-55)  | <0,001 |
| JH Downton mediana (RIC) <sup>a</sup> | 2                      | (1-3)    | 3                     | (1-4)   | 0,052  |

N recuento; RIC rango intercuartílico.

<sup>a</sup>Sólo disponible en 89.

**Tabla 2.** Comparación de ingresos con y sin contención mecánica en pandemia.

|                         | Pre pandemia<br>n= 103 | Pacientes<br>con COVID-19<br>n=104 | Pacientes no CO-<br>VID-19<br>n=104 | P     |
|-------------------------|------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Sexo n (%)              | 53 (51,5%)             | 56 (53,8%)                         | 56 (53,8%)                          | 0,924 |
| Edad (años) media (RIC) | 76,85                  | 76,35                              | 76,53                               | 0,934 |
| Contencion n (%)        | 8 (7,8%)               | 22 (21,2%)                         | 21 (20,2%)                          | 0,015 |

N recuento; RIC rango intercuartílico.

**Tabla 3.** Comparación de ingresos con y sin contención mecánica en pandemia.

Formulario de recogida de datos

|                      |  |
|----------------------|--|
| 1.Número de paciente | 8.Escala de Barthel                                      |
| [Control]            | [Control]  |
| 2.Edad (Años)        | 9.Escala Jh Downton                                      |
| [Control]            | [Control]  |
| 3.Sexo               | 10.HTA   |
| [Control]Masculino   | [Control]Si  |
| [Control]Femenino    | [Control]No  |
| 4.Paciente Covid-19  | 11.Diabético   |
| [Control]si          | [Control]Si  |
| [Control]no          | [Control]No  |
| 5.Días de ingreso    | 12.Antecedentes Psiquiátricos / Tratamiento Psiquiátrico |
| [Control]            | [Control]Si  |
| 6.Contención         | [Control]No  |
| [Control]Si          | 13.Exitus  |
| [Control]No          | [Control]Si  |
| 7.Acompañamiento     |  |
| [Control]Si          |  |
| [Control]No          |  |