

Análisis del uso de la contención mecánica en una unidad de geriatría de agudos: estudio observacional

Analysis of the use of mechanical restraint in an acute geriatric unit: observational study

Natalia Bagué Martínez^{1,*}

Silvia Reverté Villarroya²

1. Graduada en Enfermería. Enfermera asistencial. Unidad de Geriatría de Agudos. Fundació Privada Hospital Asil de Granollers. Granollers, Barcelona, España.
2. Departamento de Enfermería. Campus Terres de l'Ebre. Universitat Rovira i Virgili. Tortosa, Tarragona, España.
Grupo de Investigación Avanzada en Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nbague@fphag.org (Natalia Bagué Martínez).

Recibido el 6 de julio de 2023; aceptado el 30 de octubre de 2023.

RESUMEN

Objetivos: Analizar el perfil del paciente geriátrico hospitalizado en una unidad de geriatría de agudos que requiere contención mecánica, así como medir la prevalencia del uso de la contención mecánica y determinar si el aumento de la comorbilidad, la fragilidad y el acompañamiento están relacionados con el uso de la contención mecánica. Asimismo, evaluar si presentar antecedentes de *delirium*, demencia o deterioro cognitivo se asocia a mayor uso de contención mecánica en este perfil de pacientes. **Metodología:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico, realizado en un hospital de segundo nivel durante diciembre de 2022 y enero de 2023. Se analizaron las características demográficas y clínicas de los pacientes geriátricos. Se obtuvo el dictamen favorable del comité ético de referencia y se realizó el análisis estadístico mediante RStudio. **Resultados:** Se incluyó una muestra de 107 pacientes de la unidad de geriatría de agudos, de los cuales el 10,28% fueron sometidos a contención mecánica, siendo los hombres el grupo más afectado (72,72%), y la contención abdominal la más usada (72,73%). No se encontró una asociación significativa entre el uso de contención mecánica y la comorbilidad, fragilidad, antecedentes neurológicos, *delirium* o deterioro cognitivo. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la contención mecánica y el tiempo que el paciente estuvo acompañado ($p = 0,019$). **Conclusiones:** se destaca la importancia de una atención personalizada para reducir la necesidad de contención mecánica y mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento, geriatría, restricción física, hospitalización.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the profile of hospitalized geriatric patients in an acute geriatric unit requiring mechanical restraint, measure the prevalence of mechanical restraint use, and determine if increased comorbidity, frailty, and patient accompaniment are associated with mechanical restraint use. Additionally, to evaluate if a history of *delirium*, dementia, or cognitive impairment is associated with increased use of mechanical restraint in this patient profile. **Methodology:** An observational, descriptive, prospective, descriptive, and analytical study was conducted in a secondary-level hospital during December 2022 and January 2023. Demographic and clinical characteristics of geriatric patients were analyzed. Ethical approval was obtained, and statistical analysis was performed using RStudio. **Results:** A sample of 107 patients from the acute geriatric unit was included, with 10.28% undergoing mechanical restraint. Men were the most affected group (72.72%), and abdominal restraint was the most used commonly (72.73%). No significant association was found between mechanical restraint use and comorbidity, frailty, neurological history, *delirium*, or cognitive impairment. A statistically significant association was observed between mechanical restraint use and patient accompaniment time ($p = 0.019$). **Conclusions:** The importance of personalized care is emphasized to reduce the need for mechanical restraint and improve the quality of healthcare provided.

KEYWORDS: Aging, geriatrics, physical restraint, hospitalization.

■ INTRODUCCIÓN

La pirámide poblacional en España está experimentando un proceso de envejecimiento, con un aumento de la población mayor de 65 años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 19,65% de la población total en enero de 2021 correspondía a personas mayores. Además, los octogenarios representaban el 6% de la población, lo que indica un proceso de sobre-envejecimiento en esta población¹. En términos de es-

peranza de vida, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor (85,83 años) en comparación con los hombres (80,27 años) según las Tablas de Mortalidad del INE para el año 2021².

Las personas mayores en España representan más de la mitad de las estancias hospitalarias (46,7%), y estas suelen ser más prolongadas que las de otros grupos de edad. Las enfermedades circulatorias, respiratorias, digestivas y neoplásicas son las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria en este grupo¹. A pesar de esto, los hospitales y la práctica clínica

se centran más en una población más joven, lo que resulta en una falta de atención a las necesidades específicas de los ancianos durante la atención sanitaria. En respuesta a esta situación, se han establecido las unidades de geriatría de agudos (UGA) en los hospitales generales. Estas unidades brindan atención integral a ancianos con patologías médicas agudas que no requieren cuidados intensivos o técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas de otras especialidades³. Los candidatos que deben ingresar en esta unidad son personas mayores de 80 años o menores de esta edad con características como deterioro cognitivo, dependencia en actividades diarias, comorbilidad alta o polifarmacia^{3,4}.

Las UGA cuentan con un equipo interdisciplinario especializado en la valoración y tratamiento de la patología geriátrica⁵. La valoración geriátrica integral desempeña un papel fundamental en la atención multidisciplinaria de estos pacientes, y se centra en la identificación y manejo de síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y fragilidad⁶.

Durante el ingreso hospitalario de las personas mayores, la combinación de enfermedades y síndromes geriátricos puede predecir complicaciones⁷. Sin embargo, el uso de la contención mecánica durante la atención hospitalaria ha aumentado debido a diversas razones, como el envejecimiento de la población, el deterioro cognitivo y los procedimientos asistenciales^{8,9}.

La contención mecánica implica restringir los movimientos del paciente mediante dispositivos físicos o mecánicos⁹⁻¹¹. En España, se observa un uso significativamente mayor de la contención mecánica en comparación con otros países con características socioeconómicas similares⁹⁻¹². Las indicaciones principales para su uso son la seguridad del paciente, la integridad física de otras personas y la necesidad de mantener un entorno seguro durante los procedimientos asistenciales^{8,13,14}.

El uso de la contención mecánica no está respaldado científicamente y conlleva efectos negativos para el paciente, como empeoramiento del deterioro cognitivo, mayor dependencia, pérdida de autonomía^{10,14-17} y aumento del riesgo de lesiones por presión¹⁸. Además, su uso es una práctica que está en contradicción con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por limitar derechos humanos fundamentales como la libertad de movimiento, la autonomía y la integridad física¹⁹.

Así pues, por todo lo descrito anteriormente, las estrategias para disminuir el uso de la contención mecánica es una obligación clínica y de investigación para mejorar la atención al paciente¹⁷.

El presente estudio pretende analizar el perfil del paciente geriátrico que precisa contención mecánica, ingresado en una UGA de un hospital comarcal de segundo nivel. Y como objetivos específicos medir la prevalencia del uso de la contención mecánica en la UGA, determinar si el aumento de la comorbilidad y la fragilidad del paciente geriátrico está relacionado con el aumento del uso de la contención mecánica; evaluar si presentar antecedentes de *delirium*, demencia o deterioro cognitivo tiene relación con la aplicación de la contención mecánica, y determinar si el acompañamiento del paciente geriátrico durante el ingreso disminuye el uso de la contención mecánica.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio fue observacional prospectivo, descriptivo y analítico, en una población de pacientes ingresados en la UGA de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers (Barcelona) durante los meses de diciembre de 2022 y de enero de 2023.

- **Criterios de inclusión.** Pacientes hospitalizados en la UGA durante el período de estudio.

- **Criterios de exclusión.** Pacientes ingresados que no estaban ingresados a cargo del servicio de geriatría.
- **Cálculo del tamaño muestral.** Dado que el estudio se llevó a cabo en una UGA donde en 1 mes ingresan un número considerable de pacientes, y dado que se pretendía obtener resultados precisos sobre el uso de la contención mecánica, se decidió realizar el cálculo de una muestra representativa para poder obtener estimaciones confiables sobre la prevalencia de este procedimiento durante el período de estudio. Así pues, se llevó a cabo un muestreo probabilístico, consecutivo y prospectivo de los sujetos que cumplían con los criterios de selección descritos anteriormente, del 19 de diciembre de 2022 al 11 de enero de 2023, hasta que se alcanzó un número de muestra suficiente. Se calculó una muestra de proporción para una población finita. Teniendo en cuenta que esta unidad tiene una media 1.569 ingresos durante todo un año²⁰, si se dividió entre 12 meses dio como resultado 130 ingresos al mes. Entonces, la población de la que se calculó la muestra es de 130 pacientes. Así pues, para calcular el tamaño de la muestra se estableció un nivel de confianza del 95%, una $p = 0,5$ y un margen de error del $\pm 4\%$, y se obtuvo un número total de 107 pacientes.
- **Variables del estudio.**
 - **Variables independientes.** Demográficas y clínicas, como la edad, el sexo, la comorbilidad según el índice de Charlson, fragilidad según la Clinical Frailty Scale, presencia de enfermedad neurológica al ingreso, antecedentes de demencia, *delirium* o deterioro cognitivo, aplicación previa de contención farmacológica y tiempo de acompañamiento del paciente, esta última se obtuvo a través de los registros de los cursos clínicos de enfermería, en los que se detallaba si el paciente estaba acompañado o no, y se dividió en turnos de enfermería (mañana, tarde y noche).
 - **Variables dependientes.** La aplicación de contención mecánica, su localización y su duración en horas.
- **Recopilación de datos.** Se realizó mediante Microsoft Excel 2019, que incluyó todas las variables mencionadas anteriormente. La investigadora principal recopiló los datos de las historias clínicas y los registros de enfermería de todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Cabe destacar que se trata de un estudio prospectivo porque la obtención de los datos se realizó durante el ingreso de los pacientes y no después de que estos hubieran sido dados de alta.
- **Instrumentos de medida.** Para evaluar las variables de comorbilidad y el riesgo de mortalidad a 1 año, se aplicó la versión en español del Índice de Comorbilidad de Charlson, obtenida del *Tratado de Geriatría de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*²¹. Este índice consta de 19 elementos que representan diferentes afecciones médicas, los cuales se ponderan para obtener una puntuación total de comorbilidad y mortalidad. Se ha demostrado que este índice tiene una alta confiabilidad interobservador y concordancia²². Para evaluar la fragilidad de los pacientes, se utilizó la Clinical Frailty Scale, que es una versión reducida de la escala original de Rockwood²³. Esta escala de 9 puntos se basa en la evaluación clínica de los dominios de movilidad, energía, actividad física y función de la persona²⁴. Es una herramienta de fácil aplicación y se optó por la versión 2.0 de la escala debido a su actualidad y su capacidad para diferenciar entre grupos clínicamente distintos, como sujetos frágiles, gravemente frágiles y enfermos terminales.
- **Análisis de los datos.** Se realizó un análisis descriptivo de los datos recopilados utilizando Microsoft Excel 2019. Se generaron tablas de frecuencias para resumir las variables y se calcularon medidas de tendencia central, como la media aritmética y la moda. A continuación, se llevó a cabo un análisis bivariante utilizando RStudio 4.2.2. Se estableció un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$) para

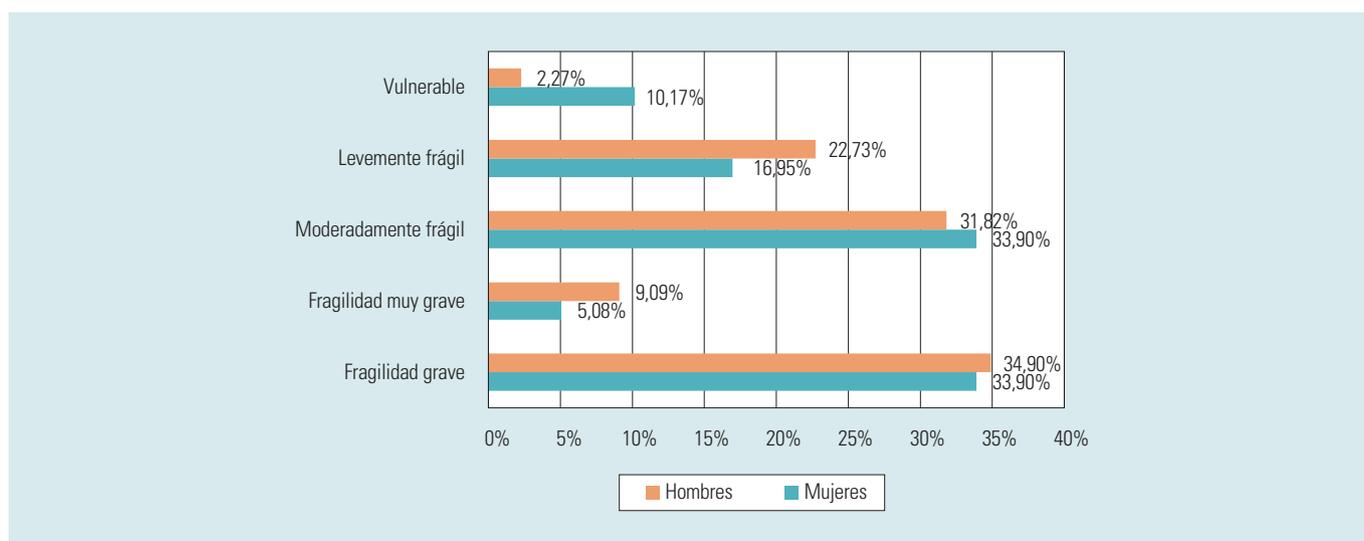


Figura 1. Clinical Frailty Scale según sexo.

determinar la existencia de asociaciones entre diferentes variables, como la comorbilidad del paciente, la fragilidad, el diagnóstico de enfermedad neurológica al ingreso, los antecedentes de *delirium*, demencia o deterioro cognitivo, el acompañamiento del paciente con la aplicación de la contención mecánica y el tiempo de duración de esta.

El análisis se realizó mediante tablas de contingencia y se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación entre las variables cualitativas. Dado que las frecuencias observadas eran menores de 5, se aplicó la prueba de Fisher.

- **Consideraciones éticas.** Este estudio se rige por la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos (1996 y revisiones), el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo 1997), las normas de Buena Práctica Clínica vigentes en la Unión Europea (CPMP/ICH/135/95) y la Guía de Buena Práctica Clínica en la Investigación en Ciencias de la Salud del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos personales y Garantía de Derechos digitales y Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers (código 20236001), en la que se aceptaba la exención de consentimiento informado.

RESULTADOS

Características de la muestra

Se obtuvo una muestra final de 107 pacientes, de los cuales el 56,07% fueron mujeres y el 43,93% hombres. La media de edad fue de 87,21 años, además se observó que el rango de edades variaba significativamente dentro de la muestra, con un valor mínimo de 67 años y un valor máximo de 101 años. Respecto a los antecedentes de los pacientes, más de la mitad de la muestra, concretamente el 63%, presentó algún antecedente de *delirium*, deterioro cognitivo o demencia, siendo la demencia, con un 63,49%, el más frecuente.

En torno al Índice de Comorbilidad de Charlson, se encontraron diferencias en relación con el sexo, ya que las mujeres presentaron un índice de 3, lo que se traduce en una probabilidad del 52% de mortalidad en 1 año, mientras que los hombres presentaron una probabilidad del 26%. Estas diferencias pueden tener implicaciones clínicas, ya que cuanto más alto es dicho índice, mayor es el riesgo de complicaciones y mortalidad en 1 año.

Tras analizar los datos obtenidos mediante la Clinical Frailty Scale, se encontró que el porcentaje de fragilidad grave fue el más frecuente en ambos sexos (fig. 1), alcanzando el 32,71% del total de la muestra, seguida de la fragilidad moderada, con un 31,78%.

Según los datos recopilados, se ha observado que solo el 12,15% de los pacientes ingresados en la unidad presentaron un diagnóstico positivo de enfermedad neurológica como motivo de ingreso. Es decir, la gran mayoría de los pacientes ingresados no presentaban una patología neurológica como causa principal de su hospitalización.

Características de los pacientes con contención mecánica

En cuanto al uso de la contención mecánica, en la unidad donde se realizó esta investigación se aplicó al 10,28% de los pacientes, siendo los hombres el grupo más afectado (72,72%). En relación con la localización de la contención mecánica, la contención abdominal (72,73%) fue la más usada, seguida de la contención abdominal y de extremidades, con un 27,27%.

Respecto al tipo de contención mecánica, la continua, es decir, la que se aplica durante las 24 h del día, fue la más usada (72,73%). En relación con el uso de medicación previa a la aplicación de la contención mecánica, en más de la mitad de los casos (63,64%) no se administró ningún medicamento para llevar a cabo una contención farmacológica antes que la física.

En cuanto al régimen de visitas, se ha encontrado que durante el ingreso, la gran mayoría de los pacientes (82,24%) recibieron visitas. De estos, el 47,73% recibió visitas durante todos los turnos, mientras que el 43,18% recibió visitas durante el turno de mañana y tarde.

Respecto a la aplicación de la contención mecánica según el sexo, no se encontró una relación significativa ($p = 0,056$), lo que indica que, aunque se aplicó con mayor frecuencia en pacientes masculinos que en pacientes femeninos, esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

Tabla 1. Relación de las variables independientes con la contención mecánica según el nivel de significación (*p*)

| VARIABLES INDEPENDIENTES | <i>p</i> |
|-------------------------------------|----------|
| Índice de Charlson (comorbilidad) | 0,967 |
| Clinical Frailty Scale (fragilidad) | 0,900 |
| Enfermedad neurológica al ingreso | 0,453 |
| Antecedentes de delirium | 1,000 |
| Antecedentes de deterioro cognitivo | 0,693 |
| Antecedentes de demencia | 0,096 |

Tabla 2. Turno de acompañamiento y aplicación de la contención mecánica

| Turno de acompañamiento | Contención mecánica sí | Contención mecánica no | <i>p</i> (< 0,05) |
|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| Ningún turno | 3 | 16 | 0,019 |
| Todos los turnos | 1 | 41 | |
| Turno de mañana | 3 | 4 | |
| Turno de mañana y tarde | 4 | 34 | |
| Turno de tarde | 0 | 1 | |

Prueba estadística aplicada: test de Fisher.

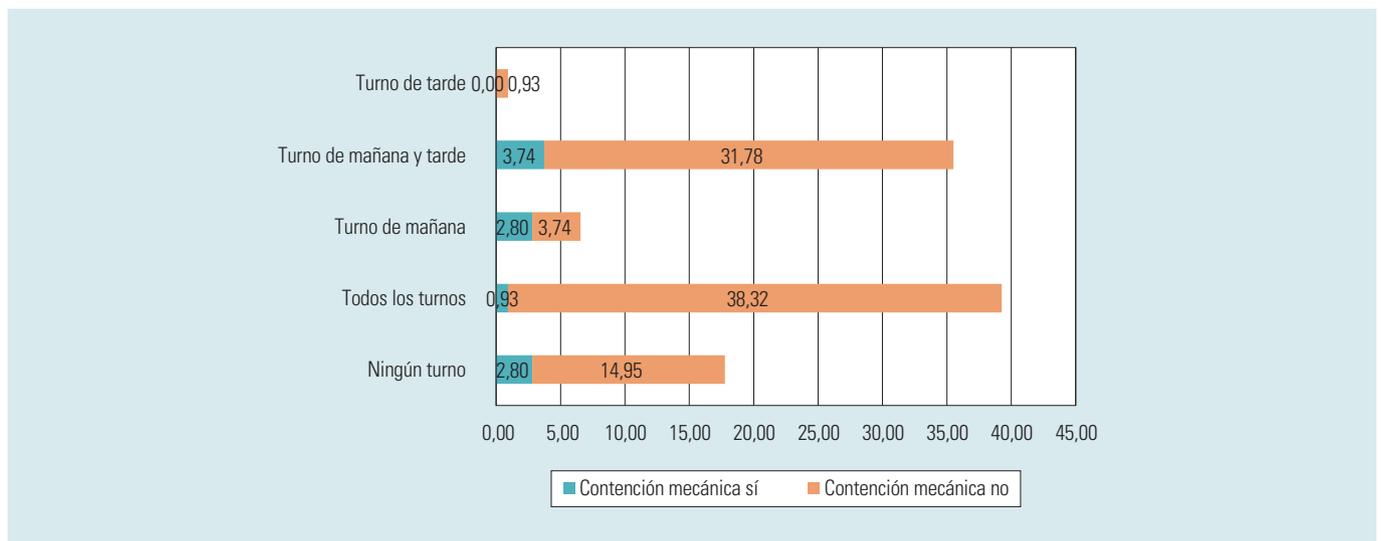


Figura 2. Uso de la contención mecánica (%) según el turno de acompañamiento.

De igual forma, tal y como se muestra en la tabla 1, no se encontró una asociación significativa entre la aplicación de la contención mecánica y la comorbilidad medida a través del índice de Charlson ($p = 0,967$) ni con la fragilidad medida a través de la Clinical Frailty Scale ($p = 0,9$). Tampoco se encontró asociación significativa entre la aplicación de la contención mecánica y el diagnóstico de enfermedad neurológica ($p = 0,453$) ni con los antecedentes de delirium ($p = 1$) ni con los antecedentes de deterioro cognitivo ($p = 0,693$). En cuanto a la asociación entre la aplicación de la contención mecánica y los antecedentes de demencia ($p = 0,096$), se encontró una tendencia a la asociación, pero no se alcanzó significación estadística.

En cuanto a la relación de la contención mecánica en la UGA y el acompañamiento al paciente ingresado en esta unidad, se obtuvo un nivel de significación de 0,407, por lo que no se puede afirmar que haya una asociación con suficiente significación estadística. Sin embargo, como se puede ver en la tabla 2 y la figura 2, los resultados del análisis indican que existe una asociación estadísticamente significativa entre la aplicación de la contención mecánica y el tiempo que el paciente está acompañado, observándose un valor de $p = 0,019$. Por último, no se encontró asociación estadística entre la duración de la contención mecánica y el tiempo en que el paciente estaba acompañado ($p = 0,651$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran una prevalencia del uso de contención mecánica en la UGA del 10,28%, cifra menor que la obtenida en otras investigaciones realizadas en diferentes unidades hospitalarias, en la que se concluye que, a nivel internacional, los registros sobre el uso de la contención mecánica varían entre el 12 y el 47%¹². Esta variación puede explicarse por las diferentes políticas asistenciales llevadas a cabo por cada centro, donde la capacitación del profesional sanitario y la disponibilidad de recursos también tienen un papel importante en la aplicación de la contención mecánica.

Sin embargo, es importante destacar que esta práctica puede tener efectos adversos en la salud y el bienestar del paciente, y su uso se debe valorar cuidadosamente por el equipo asistencial. La contención mecánica que se ha llevado a cabo con mayor frecuencia en la unidad de investigación ha sido la abdominal (72,73%) y la de extremidades (27,27%). Estos datos coinciden con los de otras investigaciones, en las que se concluye que los métodos más comunes de restricción física son los cinturones para el tronco o las extremidades²⁵.

La aplicación de la contención mecánica en geriatría puede variar según el contexto y las necesidades del paciente. No hay evidencia que indique que

la contención mecánica se aplique más en hombres o mujeres en general. En esta investigación, aunque no se ha encontrado una asociación estadística significativa en la relación entre la aplicación de la contención mecánica y el sexo, se ha obtenido que los hombres han presentado un porcentaje más alto (72,73%) de aplicación de la contención respecto a las mujeres.

Como se ha mencionado en otros estudios, el principal motivo para aplicar la contención mecánica en la población geriátrica es la de proporcionar seguridad a los pacientes más frágiles y así evitar caídas y lesiones, y la segunda razón es el manejo de la agitación^{13,25,26}. Atendiendo a estos motivos, la investigación realizada pretendía relacionar la fragilidad del paciente mediante la Clinical Frailty Scale y la contención mecánica, así como con la presencia de antecedentes de deterioro cognitivo, *delirium* o demencia. Con respecto a estas relaciones, a diferencia de otros estudios, en la unidad de geriatría donde se ha llevado a cabo la investigación, no se ha encontrado que haya asociaciones estadísticamente significativas entre ellas; solo se encontró una tendencia de asociación con los antecedentes de demencia, pero sin obtener una relación. Así pues, a diferencia de la evidencia encontrada en otros estudios en los que los deterioros cognitivo y físico, la desorientación, la morbilidad grave y las puntuaciones bajas en los índices de actividades de la vida diaria son factores de riesgo importantes para el uso de restricciones²⁵, no se ha observado en el presente estudio. Este hecho podría explicarse porque la aplicación de la contención mecánica no solo está evidenciada por las características individuales, sino también por el conocimiento de los profesionales sanitarios y los protocolos de cada institución sanitaria.

La presencia de un acompañante durante el ingreso hospitalario puede tener un impacto en la necesidad de utilizar la contención mecánica en pacientes, aunque la evidencia al respecto es limitada. Font et al. concluyen en su trabajo que la prevalencia de la contención mecánica es superior cuando no hay presencia de acompañantes con el paciente¹⁵; en esta investigación se ha encontrado una relación significativa entre la aplicación de la contención mecánica y el tiempo de acompañamiento del paciente durante su ingreso, es decir, en los turnos de enfermería en los que está acompañado. Entonces, el acompañamiento del paciente puede tener un impacto positivo en la reducción de la necesidad de contención mecánica en geriatría.

Hay que destacar que en la literatura hay consenso sobre la importancia de realizar una contención farmacológica previa a la contención mecánica, dado que al administrar medicación con el paciente sedado se disminuye el tiempo de contención mecánica y se alivia o elimina la angustia que comporta estar en esta situación¹². Aun así, en esta investigación se ha obtenido que a más de la mitad de los pacientes que precisaron contención mecánica (63,64%), no se les administró medicación para realizar una contención farmacológica. Este hallazgo puede tener implicaciones importantes para la seguridad y el bienestar de los pacientes, ya que la contención mecánica puede ser un procedimiento doloroso y estresante, y la falta de contención farmacológica podría exacerbar estos efectos adversos. Es necesario profundizar en las razones que fundamentan esta falta de tratamiento farmacológico y desarrollar medidas para mejorar la atención y el cuidado de los pacientes en estas situaciones.

Limitaciones

Atendiendo a las limitaciones de este estudio, hay que tener en cuenta que se ha llevado en la UGA donde trabaja la investigadora principal y en la que los profesionales sanitarios que trabajan en esta unidad conocían la realización de este estudio. Por este motivo, se puede presentar un efecto Hawthorne o sesgo de atención, dado que los profesionales sanitarios pueden haber cambiado su comportamiento respecto al uso de la contención mecánica al saber que se está llevando a cabo una investigación sobre este aspecto.

Siguiendo con la Clinical Frailty Scale, hay que tener en cuenta que se trata de una escala que realiza una valoración subjetiva, es decir, su valoración se lleva a cabo mediante el juicio clínico de la investigadora principal de la situación basal del paciente. Por lo que, con relación a su uso en este estudio, puede aparecer un sesgo de medición, ya que se realizan estimaciones subjetivas. En investigaciones futuras, para poder evitar este sesgo por subjetividad se podría valorar la fragilidad de los pacientes mediante el índice electrónico de fragilidad, dado que se puede calcular de forma objetiva, y también mediante la información de la historia clínica de la persona²⁷.

Además, realizar el estudio en los meses de diciembre y enero puede causar un sesgo en la investigación debido al aumento de hospitalizaciones por enfermedades respiratorias, lo que provoca una mayor carga de trabajo para los profesionales sanitarios, influyendo en la calidad de la atención.

CONCLUSIONES

Este estudio tenía como objetivo general analizar el perfil de los pacientes geriátricos que requieren contención mecánica en una UGA en un hospital comarcal de segundo nivel. Se encontró que la prevalencia del uso de la contención mecánica fue del 10,28%, cifra menor que la obtenida en investigaciones internacionales, lo que sugiere variabilidad en esta práctica a nivel global.

Atendiendo a los objetivos específicos, hay que destacar que, aunque no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre la comorbilidad, la fragilidad, los antecedentes de *delirium*, la demencia o deterioro cognitivo, y la aplicación de contención mecánica, se observó una relación significativa entre el tiempo de acompañamiento del paciente y la necesidad de contención, lo que destaca la influencia del acompañamiento en la reducción de la contención mecánica en geriatría.

Así pues, estas conclusiones muestran la complejidad de los factores que influyen en la aplicación de la contención mecánica y la importancia de considerar las políticas asistenciales y la presencia de acompañantes en la toma de decisiones sobre la contención mecánica ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez J, Ramiro D, Aceituno P, Muñoz C, Bueno C, Ruiz S, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red n.º 29; 2022. Disponible en: <http://envejecimiento.csc.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida al nacimiento según sexo. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/files/tpx/es/xls/58497.xls?nocab=1>
- Romero L, Sánchez PM, Abizanda P. El anciano en la unidad de geriatría de agudos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(supl 4):15-26.
- Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria). 2018. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>
- López J, Suárez F, Baztán J, Areosa A, López E, Avellana J. Efectividad y eficiencia de la atención especializada al paciente mayor.

- Memoria científica. Disponible en: https://www.semeg.es/uploads/archivos/20160726-file_link-df1e0.pdf
6. D'Hyver De Las Deses C, León T, Martínez L, Prieto G. Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2011;54:4-11.
 7. Coca DJ, Castelblanco SM, Cahavarro-Carvajal DA, Venegas-Sanabria LC. Complicaciones hospitalarias en una unidad geriátrica de agudos. *Biomédica*. 2021;41:293-301.
 8. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2017;32:172-7.
 9. Bové J, Cardona X, Rodríguez J, Segura A, Vergés L, Vidal M. Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña. Documento de reflexión sobre contenciones. Departamento de Bienestar Social y Familia; 2015. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ReflexionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>
 10. Delvalle R, Santana RF, Menezes AK, Cassiano KM, De Carvalho ACS, Barros P de FA. Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 3):e20190509.
 11. Boletín del Estado. Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. *BOE*. 2022; núm. 36, de 11 de febrero de 2022, páginas 18260 a 18279. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221
 12. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. *Ene*. 2014;8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2014000100007&script=scl_arttext
 13. Suárez A, Ortega M, Rivera F, Aja B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos Científica*. 2021;1:31-41.
 14. Carlos Quintero-Urbe L, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Revista Española de Medicina Legal*. 2012;38:28-31.
 15. 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. *J Healthc Qual Res*. 2021;36:263-8.
 16. Diéguez M, Gualdrón M, Gándara M. La contención mecánica en el ingreso hospitalario agudo. *Nuberos Científica*. 2016;3:43-6.
 17. Rose L, Dale C, Smith OM, Burry L, Enright G, Fergusson D, et al. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Syst Rev*. 2016;5:194.
 18. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, et al. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. *Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º II. 3.ª ed.* Logroño: GNEAUPP; 2021.
 19. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias J. Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. *J Clin Med*. 2020;9:2791.
 20. Ariño S. Memoria Geriatría HGG 2021. Granollers: Hospital General Universitario de Granollers. Servicio de Geriatría; 2022. Disponible en: <https://express.adobe.com/page/87KwNGBaevMhE/>
 21. Miralles R, Esperanza A. Instrumentos y escalas de valoración. En: *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf
 22. González Y, Abad L, Fernández M, Martín J, De la Red H, Pérez J. Utilidad del índice de comorbilidad de Charlson en personas ancianas. Concordancia con otros índices de comorbilidad. *Rev Clin Med Fam*. 2021;14:64-70.
 23. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J*. 2005;173:489-95.
 24. Geriatric Medicine Research. Clinical Frailty Scale. Disponible en: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>
 25. Carrero-Planells A, Urrutia-Beaskoa A, Moreno-Mulet C. The use of physical restraints on geriatric patients: Culture and attitudes among healthcare professionals at intermediate care hospitals in Majorca. A Qualitative Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7509.
 26. Abraham J, Hirt J, Kamm F, Möhler R. Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *J Clin Nurs*. 2020;29:3183-200.
 27. Acosta-Benito MA, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Aten Primaria*. 2022;54:102395.