



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

**"ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LAS
CONTENCIONES FÍSICAS Y PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS
ANTES Y DURANTE EL COVID-19 EN UNA RESIDENCIA DE
ANCIANOS".**

**"A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY OF PHYSICAL
RESTRAINTS AND PSYCHOTROPIC DRUGS BEFORE AND DURING
COVID 19 IN A NURSING HOME".**

Autora

MARTA CASTILLO QUÍLEZ

Directora

MARIA PILAR DOMINGUEZ OLIVAN

Facultad de Ciencias de la Salud

2023/2024

AGRADECIMIENTOS

Reconocer a mi familia y a mi pareja, quienes me han apoyado brindado su apoyo incondicional y han confiado en mi cuando ni si quiera yo lo he hecho.

No olvidar, a mis amigas por acompañarme en todas mis decisiones durante todo mi camino.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutora María Pilar, por su apoyo y orientación durante todo el año, así como su afecto y empatía en todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
HIPÓTESIS	16
OBJETIVOS	16
Objetivo Primario.....	16
Objetivos Secundarios	16
MATERIAL Y MÉTODO	17
Diseño del estudio.....	17
Población	
Aspectos éticos.....	17
Variables	18
Fuentes de información.....	19
Análisis estadístico	19
Cronograma	20
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. CRONOGRAMA DE LAS FASES DEL ESTUDIO.....	20
FIGURA 1. ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA EN LOS DIFERENTES PERIODOS ESTUDIADOS.....	21
TABLA 2. FRECUENCIA DE VISITAS.....	22
TABLA 3. TOTAL DE CONTENCIONES FÍSICAS Y FRECUENCIA DE PERSONAS QUE LO USAN.....	23
TABLA 4. FRECUENCIA DE USO DE CADA UNA DE LAS CONTENCIONES....	23
FIGURA 2. GRÁFICO DE CONTENCIONES DURANTE LAS DISTINTAS OLAS DE COVID.....	24
FIGURA 3. FRECUENCIAS DE TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS EN CADA OLA DE COVID 19.....	25
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS EN T0.....	26
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS EN T6.....	26
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANSIOLÍTICOS EN T0.....	27
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANSIOLÍTICOS EN T6.....	27
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE HIPNÓTICOS EN T0.....	28
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE HIPNÓTICOS EN T6.....	28
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS EN T0.....	29
FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN DE TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS EN T6.....	29
FIGURA 12. EPISODIOS DE ALTERACIONES CONDUCTUALES EN LOS DISTINTOS PERIODOS ESTUDIADOS.....	31
FIGURA 13. EPISODIOS ANSIOSOS EN PERIODO PREPÁNDEMICO Y EN LAS DISTINTAS OLAS DE LA COVID-19.....	32
FIGURA 14. EPISODIOS ANSIOSOS SUFRIDOS POR LOS PACIENTES, CON RESPECTIVOS RESCATES QUE SE PRECISARON ADMINISTRAR.....	33

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: TABLA 5. DATOS DESCRIPTIVOS DE DOSIS DE PSICOFÁRMACOS, EPISODIOS DE ALTERACIONES DE CONDUCTA Y DEPRESIVOS52

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RESIDENTE Y/O SUS TUTORES LEGALES.....53

RESUMEN

Introducción: Previamente a la pandemia de COVID-19 ya se usaban numerosas contenciones físicas y psicofármacos en las residencias de mayores. En este estudio se analiza si la pandemia supuso y aumento de prescripción de estas medidas terapéuticas.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de las contenciones físicas y psicofármacos prescritos en las "seis primeras olas" de la COVID-19 en comparación con los 6 meses previos a la pandemia, así como de las alteraciones conductuales, caídas, pérdida de apetito y episodios ansiosos registrados en una residencia de Zaragoza. La información se obtuvo de la historia clínica, del programa GARES, Farmatools y registros en papel. Se describen las variables mediante la mediana y el rango intercuartílico, además se comparan datos entre olas con el test de comparaciones múltiples Test de Friedmann y el post hoc de Dunn, y finalmente se estudia la asociación entre variables con la correlación de Pearson.

Resultados: 45 residentes, (66% mujeres). Las frecuencias de las contenciones físicas aumentan a lo largo de las olas, en especial las barandillas (66,66% de residentes en T6) y el cinturón en silla (33,33%). Las dosis de benzodiacepinas, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos sufrieron, en global, aumentos significativos durante los tiempos analizados.

Conclusión: La COVID-19 tuvo un impacto muy negativo en la vida de las personas mayores de la residencia, lo que se vio reflejado en el aumento de psicofármacos y contenciones físicas que se les prescribieron.

Palabras claves: anciano, COVID-19, residencia de ancianos, contenciones físicas, psicofármacos.

ABSTRACT

Introduction: Before the COVID-19 pandemic, some physical restraints and psychotropic drugs were already in use in the nursing homes. This study analyzes if the pandemic led to an increase in prescription of these therapeutic measures.

Methodology: Observational descriptive study of physical and psychotropic drugs prescribed in the "first six waves" of COVID-19 in comparison with the 6 months before the pandemic, as well as the behavioral alterations, falls, loss of appetite and anxious episodes registered in a nursing home of Zaragoza. The information was obtained from the medical records, from the GARES program, Farmatools and paper records. The variables are described using the median and the interquartile range, in addition, data between waves with the Multiple Comparisons Test Friedmann and Dunn's post hoc are described and finally, the association between variables is studied with the Pearson's correlation.

Results: 45 residents (66% women). The frequencies of the physical restraints increase along the waves, especially the handrails (66.66% of residents in T6) and seat belts (33.33%). Doses of benzodiazepines, anxiolytics, hypnotics, and antipsychotics suffered important increases during the analyzed times.

Conclusion: COVID-19 had a very negative impact on the lives of elderly people of the nursing home, which was reflected in the increase in psychotropic drugs and physical restraints which were prescribed to them.

Keywords: elderly, COVID-19, nursing home, physical restraints, psychotropic drugs

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus son un conjunto de virus ordinarios que padecen los humanos y numerosas especies de animales. La enfermedad por Coronavirus 2019, llamada COVID-19 fue causada por una nueva variante denominada “Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)”, que se manifestó por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019¹.

Se demostró la relación epidemiológica de este virus a través de la aparición de múltiples casos de insuficiencia respiratoria acompañada de un patrón radiológico similar. Desde entonces, la enfermedad evolucionó y se extendió a más de 216 países^{1,2}.

El principal mecanismo de transmisión de COVID-19 son gotitas respiratorias y fómites, secreciones respiratorias y contacto directo con superficies contaminadas. Existen otras rutas alternativas, como aerosoles, la sangre y transmisión fecal-oral^{1,3}.

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la gravedad de la infección. Los síntomas principales son fiebre, tos y malestar⁴. En algunos casos se padecen síntomas gastrointestinales, principalmente diarrea y vómitos. En casos extremos se manifiesta disnea, neumonía, shock séptico, acidosis metabólica y trastorno en la coagulación, generando insuficiencia orgánica múltiple y en última instancia la muerte^{1,3,4}.

Las personas de edad avanzada son más susceptibles a padecer infecciones graves debido a su inmunidad reducida y comorbilidades. Sin embargo, los niños suelen ser asintomáticos. En cuanto al sexo, se registraron peores evoluciones en los pacientes hombres^{1,4}.

La OMS anunció el estado de pandemia mundial en marzo de 2020¹. Durante 2020 y 2021 se notifican en España cerca de 111.000 fallecidos a causa de esta enfermedad. El sexo predominante fue el masculino, el intervalo de edad en el que se produjeron más fallecimientos fue de 90 en adelante. En 2022 disminuyó el número de fallecimientos a 31.606, con un número de fallecidos similar entre hombres y mujeres, el rango de edad con mayor mortandad fue el de los 85 a los 90 años^{2,5,6}.

Aunque no se define de manera oficial ni el número de olas de COVID-19, ni su separación, en España se han establecido seis olas de contagios según los datos del Instituto Carlos III (ISCIII), fijando la separación entre una ola y otra a través de los cambios de tendencia de contagios que se produjeron. La primera ola atacó de manera más pronunciada en la mayoría de territorios. La distribución de las olas queda establecida por dicho instituto de la siguiente manera⁷:

- la primera ola (T1) desde el 1 de marzo de 2020 hasta 31 de julio de 2020
- la segunda ola (T2) desde el 1 de agosto de 2020 hasta el 30 de noviembre de 2020
- la tercera ola (T3) desde el 1 de diciembre de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021
- la cuarta ola (T4) desde el 1 de mayo de 2021 hasta el 14 de junio de 2021
- la quinta ola (T5) desde el 15 de junio de 2021 hasta el 30 de noviembre de 2021
- la sexta ola (T6) desde el 1 de diciembre de 2021 hasta final de marzo de 2022.

Algunos de los lugares con mayor impacto de la COVID-19 en cuanto a mortalidad y situaciones extremas fueron las residencias de ancianos.

Previamente a la COVID-19, España siempre había presentado bajos niveles de gastos en cuidados de larga duración, siendo la familia el principal apoyo para suplir las necesidades de las personas en situación de dependencia. Los cambios estructurales en las familias han generado limitaciones en las respuestas de las necesidades de los mayores⁸. El cuidado en el domicilio siempre ha sido la elección para los ancianos dependientes, pero ciertos factores como el cambio del rol social de la mujer, el incremento de cuidadores informales, el aumento de la esperanza de vida de las personas, así como de la fragilidad que éstas padecen, aumentan el ingreso de personas mayores en residencias. El porcentaje de la población española que habita en residencias de mayores es del 4,7%⁹.

El sistema residencial en España está formado por 5188 centros, con un total de 381.514 plazas. El 75% son entidades privadas, frente al 25% de entidades públicas. El 70% de estas plazas son ocupadas por mujeres¹⁰.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas con dependencia recibió grandes recortes presupuestarios justo antes de comenzar la pandemia. A pesar de ello, mejoró las prestaciones sociales para algunas personas que las necesitaban. Según los datos del IMSERSO, el SAAD (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia), prestaba ayuda a 1,12 millones de personas en el inicio de la COVID-19¹¹.

Anteriormente, las residencias promovían una atención hostelera y asistencialista. Con el paso del tiempo, éstas se han modernizado, ofreciendo servicios sociosanitarios de manera temporal o permanente a las personas mayores que por su situación económica, familiar o social no pueden ser atendidas en su domicilio^{9,11}.

En las residencias de mayores no sólo se atienden cuestiones sanitarias, sino que se ofrece espacios para tiempo de ocio, espacios para relaciones personales con su debida privacidad, espacios para fomento de autonomía y autocuidado, entre otros⁹. Los residentes consideran imprescindibles a los empleados por su dedicación, respeto, amabilidad, disponibilidad y confianza. Gracias a su trabajo, perciben de diferentes maneras la calidad de vida en los centros residenciales¹². Sin embargo, según algunos estudios, los residentes encontraban algunos fallos en la organización de los cuidados, ya que en ocasiones dicha organización está diseñada para favorecer y facilitar la labor de los trabajadores en vez de priorizar las necesidades de los mayores. Otro de los errores que consideran primordiales los residentes es el número insuficiente de trabajadores, resultando en no poder suplir todas las necesidades de éstos como debería^{9,12,13}.

En cuanto al ámbito sanitario, en las residencias de ancianos queda cubierto la atención enfermera y médica, además de la rehabilitación. Es importante mencionar la atención dedicada a los cuidados paliativos. La mayor parte de los cuidados diarios son llevados a cabo por enfermería con la finalidad de reducir los traslados hospitalarios^{8,9}.

La llegada de la COVID-19 a las residencias de ancianos generó unas consecuencias devastadoras, provocando un exceso de mortandad¹³. Las tasas de infección y de mortalidad variaron de unos lugares a otros. Particularmente, fueron catastróficos en las residencias de Estados Unidos, donde el principal mecanismo de transmisión fue el propio personal que trabajaba en diferentes hogares de ancianos^{13,14}. A nivel nacional, Madrid fue la región en la que más ancianos fallecieron en residencias de ancianos¹⁵.

Uno de los aspectos de importancia relacionado con la mortalidad de la COVID-19 fue el envejecimiento de la población, el cual ha aumentado mucho en las últimas décadas^{15,16}. Algunas de las características del modelo español de atención residencial que formaron parte en la conversión a centros de alto contagio y mortalidad fueron la ubicación de las residencias, situándose en los centros de las ciudades, donde la densidad de la población es cuantiosa, con un tamaño reducido de las residencias y un número elevado de residentes por cada hogar de ancianos^{15,17}.

Con el inicio de la pandemia, comenzó la utilización de normas, obligaciones y restricciones a diferentes escalas, con superposición de instrucciones en diferentes niveles de decisión territorial. Esto afectó a la atención residencial, debido a la descentralización de los cuidados de larga duración en España¹⁵. A nivel nacional, una de las primeras restricciones que se impuso fue un confinamiento general¹⁸.

En los hogares de ancianos, como medida preventiva se impuso el confinamiento en habitaciones, restringiendo el uso de espacios comunes tales como cafeterías, jardines, capillas, sala de fisioterapia, comedores, gimnasios, etc. Esto supuso cambios en sus rutinas, produciéndose descenso en el ejercicio, desinterés por sus autocuidados, aislamiento y soledad, entre otros.¹⁹ En los primeros meses de la pandemia aparecieron investigaciones sobre las posibles consecuencias de esta situación: pérdida de peso, empeoramiento de las funciones cognitivas, incremento de la fragilidad debido a la falta de la movilidad e insomnio, trastornos de angustia y miedo^{18,19}.

La ansiedad y la depresión eran trastornos psicológicos comunes para los ancianos. Los residentes de hogares de ancianos los vieron potenciados

durante la pandemia, sumando a éstos desesperanza e incertidumbre^{16,19}. Las pérdida del contacto con los familiares y amigos y la falta de contacto humano desencadenó el incremento de estos sentimientos, produciendo consecuencias psicológicas y cognitivas^{18,19}. Estas emociones fueron manifestadas mayormente por mujeres de menor edad dentro de la categoría de adultos mayores; a pesar de ello el sexo femenino fue el que mantuvo en mayor proporción sus rutinas y autocuidados¹⁹.

Pero esta situación no solo tuvo efectos devastadores en los ancianos. Las medidas de confinamiento y distanciamiento social generaron agotamiento emocional, inquietud y angustia, tanto en trabajadores como en familiares^{16,19}. Avanzada la pandemia, se vio incrementado el uso de tecnologías de la información y comunicación para mantener el contacto con sus familiares¹⁹.

Anteriormente a la COVID-19 el tema de la polifarmacia en los mayores ya era un problema significativo en geriatría, especialmente en residencias de ancianos²⁰. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define polifarmacia a la administración de más de tres fármacos al día²¹. Se considera un gran problema de salud debido a los efectos adversos, así como a las interacciones entre ellos²². Este fenómeno aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y funcional, la fragilidad, la sarcopenia y empeora la calidad de vida. Además de todo ello cuenta con un carácter ético y económico importante, debido al alto coste de los fármacos²⁰.

Los fármacos más prescritos en los hogares de ancianos son psicofármacos, considerando como tales los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, estabilizadores del ánimo y antipsicóticos. Los ancianos que habitan en residencias tienden a tomar varios psicofármacos diferentes. De entre ellos, los estudios marcan una notable diferencia de prescripción de ansiolíticos y antidepresivos, siendo mucho mayor ésta en comparación con el resto de psicofármacos^{20,23}.

Los psicofármacos mantienen hasta día de hoy una relación directa con las contenciones químicas. Se define como contención "el dispositivo o medicamento que se utiliza con el propósito de restringir el movimiento y /o el comportamiento de una persona"²⁴.

Algunos autores describen la contención química como “un uso inapropiado de medicamentos psicotrópicos como antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y sedantes con el propósito principal de controlar o restringir el comportamiento o el movimiento de una persona”²⁵. Dentro de esta definición, también se considera el “empleo de dosis excesivas de psicofármacos en trastornos psiquiátricos o secundarios, provocando sedación excesiva, alteraciones en la marcha, parkinsonismo o apatía”^{26,27}.

El uso de restricciones químicas tiene consecuencias tales como el empeoramiento del rendimiento funcional, la disminución del estado cognitivo, el aumento de caídas y fracturas, así como la excesiva sedación y depresión respiratorias^{26,27,28}.

La dificultad en los estudios es distinguir entre los psicofármacos pautados por indicaciones clínicas o bien como restricción química, lo que en numerosas ocasiones no está claro^{26,27,28}.

Otro tema abordado en este estudio es el de las contenciones físicas en respuesta a la COVID-19. Previamente a la COVID-19 el uso de restricciones o contenciones físicas ya era tema sensible debido a las consecuencias negativas que éstas generan^{24,25}. Se define como contención física “cualquier acción o procedimiento que impida el libre movimiento del cuerpo de una persona a una posición de elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método, adjunto o adyacente a su cuerpo que no puede controlar o quitar fácilmente”^{24,26,29}.

Las contenciones físicas afectan a más del 50% de los residentes de los hogares de ancianos. A muchos de los pacientes se les aplica más de una contención.²⁹ Deben ser supervisadas constantemente y revaluadas periódicamente^{24,29}.

Según los estudios realizados, algunas de las consecuencias de uso de éstas son: disminución de la actividad física (generando empeoramientos en la capacidad funcional de las personas mayores), incremento de la dependencia (que conlleva un aumento del uso de contenciones físicas), aumento de caídas y fracturas, dependencias para caminar, empeoramiento de la realización de las actividades de la vida diaria, problemas óseos y musculares, incontinencia fecal y urinaria, lesiones en la piel y úlceras por presión,

incremento de la desorientación o incluso consecuencias clínicamente mortales debido a traumatismos craneoencefálicos o asfixias, sobre todo por una mala praxis^{26,29,30}.

El uso de contenciones físicas también está directamente relacionado con el mayor uso de algunos psicofármacos como los antipsicóticos²⁴.

Las contenciones físicas más frecuentes son barandillas, correas y cinturones para extremidades y cintura, chalecos, sábanas ajustables llamadas comúnmente "sábana fantasma", manoplas, bandejas de mesas y trajes para dormir^{24,26}. Según parte de la literatura encontrada, se incluyen dentro de las contenciones físicas los encierros en las habitaciones, puertas cerradas de salas con teclados numéricos o utilización de vigilancia electrónica, bloqueos de ventana y cerraduras^{26,27,29}. Sin embargo, otros artículos consideran a estas últimas situaciones como "contención ambiental"^{31,32,33}.

Tras realizar varios estudios sobre los usos de las contenciones físicas en las personas que conviven en residencias, las justificaciones para el uso de éstas son la prevención de caídas, la evitación de autolesiones o lesiones al personal o residentes, evitar comportamientos inadecuados como agitación o deambulación, conveniencia de personal, restricción del acceso normal al cuerpo (como por ejemplo impedir la manipulación de pañales), escasez de personal enfermero, dificultad de la atención, gran carga de trabajo, ausencia de conocimientos sobre el uso de la contención física o ausencia de atención centrada en la persona^{24,26,29}.

La utilización de restricciones debería ser la última opción tras realizar una evaluación de la situación y haber agotado el resto de recursos. En ocasiones es preciso tomar decisiones difíciles con respecto a las restricciones. Debido a la complejidad de este tema, en algunos países se generan guías para el personal sanitario, cuidadores y familiares.²⁹ A nivel nacional se ha generado el "Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)"³³ o algunos documentos a nivel autónomo como el "Protocolo de Restricciones Físicas de la Sociedad Castellano Manchega de Geriatria y Gerontología"³⁴ o el "Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Físicas y Farmacológicas en Residencias de Mayores y Centros de Día de la Agencia Madrileña de Atención Social

(AMAS)”³⁵.

Al inicio de la COVID-19 se notificaron incrementos en el uso de las restricciones físicas, generalmente justificadas por motivos de salud pública y disminución del riesgo de contagio del virus^{27,36}.

Debido a la situación extrema que generó la COVID-19, con los conocimientos existentes entonces y con el objetivo de evitar la transmisión de casos y frenar el aumento de decesos, se procedió al aislamiento en habitaciones de los usuarios de las residencias, al menos en España, en algunos casos incluso con la utilización de sujeciones físicas. Esta situación se justificaba a través de la necesidad de vigilancia de los residentes con riesgo de caídas, vigilancia de pacientes con deterioro cognitivo y trastornos psicológicos. A esta situación se sumó la falta de personal sanitario, la rotación de profesionales, las inadecuadas instalaciones para el abordaje de las personas contagiadas y no contagiadas... lo que resultó en la administración de cuidados basados en una inseguridad física, y consecuentemente en el aumento de prescripciones de sujeciones físicas^{9,36,37}.

Se elabora este trabajo con el afán de investigar si se produjo este cambio en la pauta de contenciones físicas y psicofármacos, comparando el periodo desde septiembre de 2019 hasta febrero de 2020 (T0), con el periodo transcurrido en las seis primeras curvas epidémicas de COVID 19 (T1-T6) en una residencia de ancianos de Zaragoza.

HIPÓTESIS

Debido a la COVID-19 se produjo un aumento de los psicofármacos y de las contenciones físicas en los usuarios de Residencia Romareda (Zaragoza) durante el tiempo transcurrido entre marzo de 2019 y marzo de 2022, distribuido en las llamadas comúnmente "seis olas de COVID 19", en comparación con los seis meses previos a la pandemia.

OBJETIVOS

Objetivo Primario

Comprobar si se ha producido un cambio en la pauta de psicofármacos y de las contenciones físicas, comparando el periodo desde septiembre de 2019 hasta febrero de 2020 (T0), con el periodo transcurrido en las seis primeras curvas epidémicas de COVID 19 (T1-T6).

Objetivos Secundarios

- Cuantificar el número de contenciones físicas y de psicofármacos en T0-T6.
- Comparar el número y tipo de contenciones físicas prescritas entre los momentos T0-T6.
- Comparar el tipo y la dosis de psicofármacos entre T0-T6.
- Identificar los posibles acontecimientos adversos ocurridos o condiciones de salud que puedan justificar posibles cambios en pautas de psicofármacos y contenciones físicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo, analítico, retrospectivo y longitudinal. En la Tabla 1 se muestra el cronograma de las diferentes fases del estudio.

Población

La muestra se selecciona de entre los usuarios de Residencia Romareda que habitaron en ésta desde septiembre de 2019 hasta el momento final de recogida de datos en Julio 2024.

Se establecen los siguientes criterios de inclusión:

- Hombre o mujer mayor de 60 años.
- Aceptación voluntaria de la participación en el estudio a través de un consentimiento informado, bien por ellos mismos o por sus respectivos tutores legales.

Criterios de exclusión:

- Personas que comenzaron su estancia más tarde del periodo inicial de recogida de datos (de octubre a febrero).
- Personas que, cumpliendo los criterios de inclusión, fallecieron durante el periodo de recogida de datos.

Aspectos éticos

- Este estudio, con dictamen favorable (C.P. - C.I. PI23/540) del Comité de Ética e Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) y de la Unidad de Protección de datos (CUSTOS), ha respetado los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a derechos humanos y biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO y la ley de protección de los datos personales de los participantes: Reglamento UE 679/2016 de protección de datos personales RGPD y Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales LOPDGDD).

- Se ha mantenido en todo el estudio el anonimato y la confidencialidad de los datos personales. Se solicitó a todos los participantes, o en los casos necesarios a sus tutores legales, un consentimiento informado, para poder investigar en las diferentes fuentes de datos. (Anexo II).

Variables

Se analizaron y compararon los valores de las distintas variables del momento inmediatamente anterior a la pandemia y en sus seis curvas epidémicas (comúnmente llamadas “olas”). Estas fases tuvieron la duración descrita por el ISCIII⁷:

Momento 0 y curvas epidémicas 1-6 (T1-T6) de la pandemia COVID-19:

- T0: Desde octubre de 2019 hasta febrero de 2020.
- T1: Desde marzo de 2020 hasta junio de 2020.
- T2: Desde Julio de 2020 hasta diciembre de 2020.
- T3: Desde enero de 2021 hasta marzo de 2021.
- T4: Desde abril de 2021 hasta julio de 2021.
- T5: Desde agosto de 2021 hasta octubre de 2021.
- T6: Desde noviembre de 2021 hasta marzo de 2022.

Las variables analizadas fueron:

Variables dependientes:

- Psicofármacos: tipos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo) y dosis.
- Tipos y dosis de psicofármacos destinados a rescates.
- Sujeciones físicas: tipos (barandillas, pijama mono, sábana fantasma, cinturón en silla, cinturón en cama, elemento cruzado y manoplas).
- Existencia de caídas que tuvieron los residentes en cada uno de los periodos (si/no).
- Pérdida de apetito de los residentes (si/no).
- Número episodios de fugas o escapes del confinamiento o de la residencia.
- Número de alteraciones conductuales.
- Número de episodios depresivos y episodios ansiosos acontecidos antes de la pandemia y en las distintas olas,

Variables independientes:

- Variables sociodemográficas: Sexo, edad, estado civil, número de hijos y número de visitas que recibía semanalmente.

Fuentes de información

La información ha sido obtenida de varias fuentes:

- **Historia clínica electrónica:** donde entre otros muchos datos, se especifican los fármacos que toman, y los episodios por los que estos han sido pautados.
- **Programa GARES:** en el que enfermeras, médicos y Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería (TCAES) han registrado los evolutivos de los usuarios durante toda su estancia en la residencia, en los que se incluyen los cambios de conducta, las fugas, los acontecimientos anómalos que justifican los cambios de medicación o utilización de contenciones físicas. También se encuentra la información y consentimientos sobre la utilización de contenciones mecánicas.
- **FarmaTools:** Donde se encuentra información sobre los fármacos utilizados, dosis y cambios de medicación.
- **Hojas en papel:** evolutivos médicos escritos sobre la evolución de los residentes, a nivel social y médico.

Análisis estadístico

Se procedió a transformar las variables dicotómicas (uso o no de las distintas contenciones y administración o no de los fármacos) en datos cuantitativos (1 y 0). Seguidamente, se sumaron los datos cuantitativos para obtener una puntuación total: "número de contenciones empleadas" y "número de fármacos administrados". De esta manera pudimos manejar dichas variables como cuantitativas. Para cada usuario, las dosis de varios fármacos de un mismo tipo de medicación se sumaron en cada ola.

Se realizó el análisis de la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnow.

- Estadística Descriptiva: las variables continuas se presentan con la mediana y el rango intercuartílico. Se presentan frecuencias para las variables dicótomas y categóricas.
- Estadística inferencial: La comparación de los valores de las variables cuantitativas no paramétricas antes de la pandemia y en las sucesivas olas se estudió con el Test de Friedman. El análisis post-hoc fue realizado con el test de Dunn.

Para analizar la posible asociación entre variables se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

Cronograma

Tabla 1. Cronograma de las fases del estudio.

ACTIVIDADES	FEB 2024	MAR 2024	ABR 2024	MAY 2024	JUN 2024	JUL 2024	AGO 2024	SEP 2024	OCT 2024	NOV 2024	DIC 2024
INVESTIGACIÓN Y RECOPIACIÓN DE DATOS -Solicitud de consentimientos informados -Búsqueda y recopilación de datos											
ANÁLISIS DE DATOS -Realización de análisis estadístico -Diseño y evaluación de resultados											

RESULTADOS

Se analizan las diferentes variables clasificadas en los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos
- Contenciones mecánicas
- Psicofármacos
- Eventos relacionados

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra tiene un total de 45 personas, con una edad media de 81,57 años ($DE \pm 7,19$). De éstas son 31 mujeres y 14 hombres. Las mujeres representan el 68,8% del total.

El estado civil está dividido en distintas situaciones con las que conviven los residentes de la muestra (Figura 1).

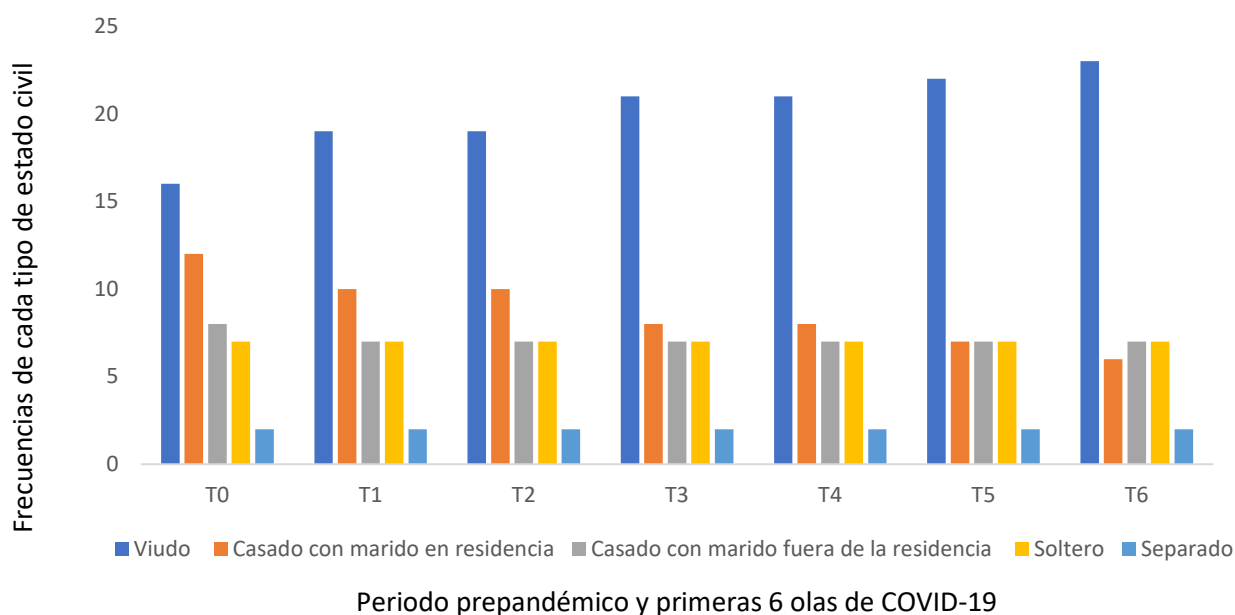


Figura 1: Estado civil de la muestra en los diferentes periodos estudiados.

En cuanto a la descendencia, 37 de las 45 personas de la muestra tienen hijos (82,22%).

Se registra dentro de las variables sociodemográficas la frecuencia de las visitas que reciben en el momento previo a la pandemia (T0) y en los seis episodios pandémicos ya descritos (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de visitas

	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6
No visitas	3	45	9	6	5	4	7
Puntuales	3	0	36	39	40	10	10
Frecuentes	10	0	0	0	0	12	7
Semanales	25	0	0	0	0	19	17
A diario	4	0	0	0	0	0	4

Tras los análisis estadísticos de las visitas, el valor de $X^2(6)$ fue de 207,631, $p=0,001$. En la comparación por pares no se obtienen valores significativos. Sin embargo, en la tabla 1 se observa cómo al inicio de la COVID-19 ningún usuario recibió visitas.

CONTENCIONES FÍSICAS

En la tabla 3 se muestra el número total de contenciones en cada ola de COVID-19 y la frecuencia absoluta de personas que han utilizado dichas contenciones.

En la tabla 4 se presentna las frecuencias de cada tipo de contención en el periodo de tiempo estudiado antes de la COVID-19 y en las seis primeras olas. Las contenciones prescritas con mayor frecuencia fueron las barandillas y el cinturón en silla. En T0 las barandillas fueron utilizadas por un 42,22% de la muestra, mientras que el cinturón en silla fue utilizado por 17,7% de la muestra. Se aumentó el uso de ambas contenciones (barandillas y cinturón en silla) desde el principio de la pandemia y en la 6ª ola se utilizaron con una mayor frecuencia, siendo las barandillas usadas por un 66,66% y el cinturón en silla por un 33,33%.

Tabla 3. Total de contenciones físicas y frecuencia de personas que lo usan.

TIEMPO	NÚMERO TOTAL DE CONTENCIONES	NÚMERO DE PERSONAS QUE LAS USAN
PERIODO PREPANDEMIA	33	20
OLA 1	38	23
OLA 2	50	29
OLA 3	53	31
OLA 4	53	31
OLA 5	53	31
OLA 6	57	32

Tabla 4. Frecuencia de uso de cada una de las contenciones

	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6
BARANDILLAS	19	21	27	29	29	29	30
PIJAMA MONO	2	2	2	2	2	2	4
SÁBANA FANTASMA	2	3	3	3	3	3	3
CINTURÓN EN SILLA	8	10	14	14	14	14	15
CINTURÓN EN CAMA	0	0	1	1	1	1	1
ELEMENTO CRUZADO	1	1	1	2	2	2	2
MANOPLAS	1	1	2	2	2	2	2
TOTAL CONTENCIONES	33	38	50	53	53	53	57

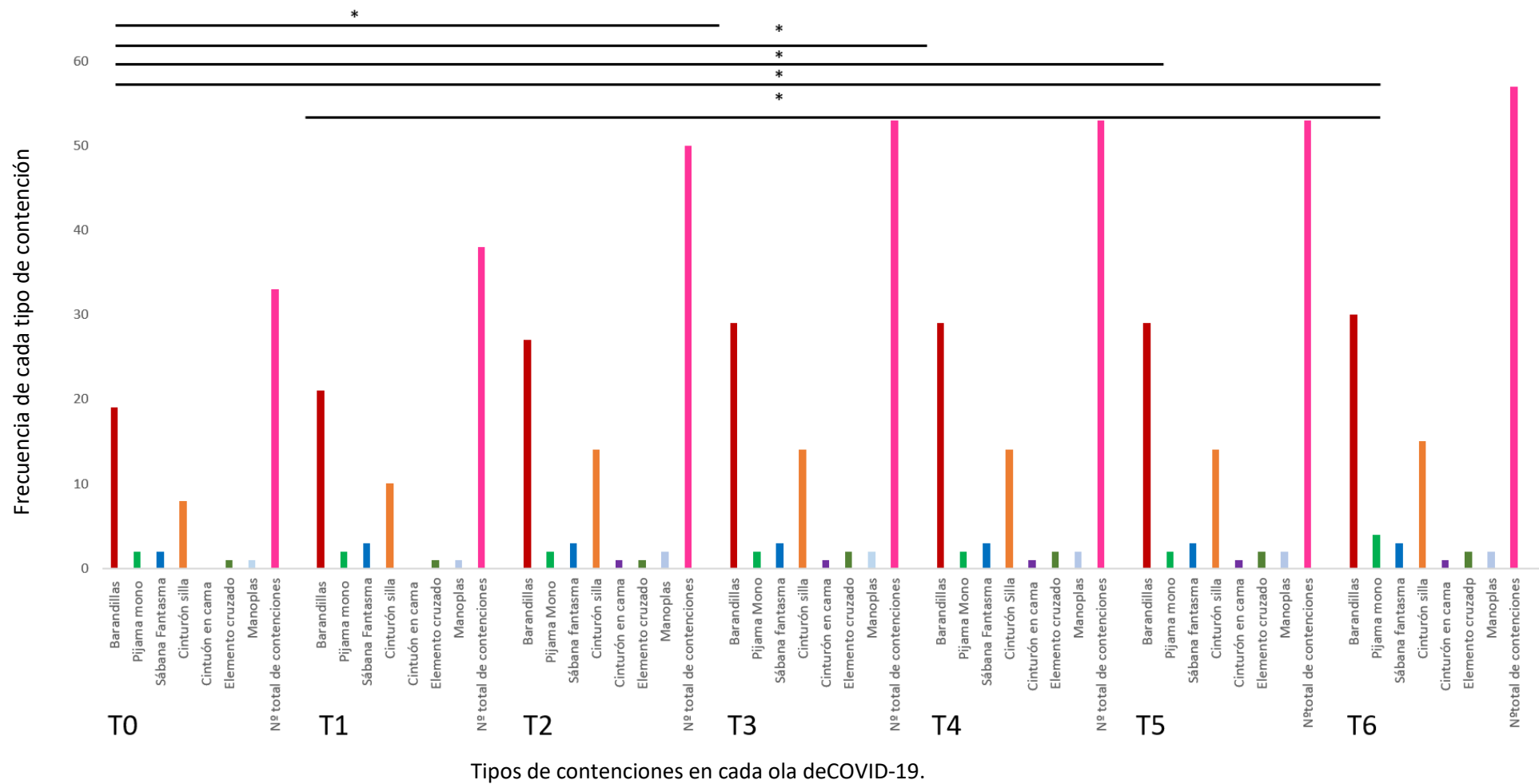


Figura 2: Contenciones durante las distintas Olas de COVID-19

Tras realizar el análisis estadístico de los datos de las contenciones se obtiene en la comparación de medianas el valor de $X^2(6)=36,138$, $p=0,001$, que indica un uso significativamente diferente entre olas.

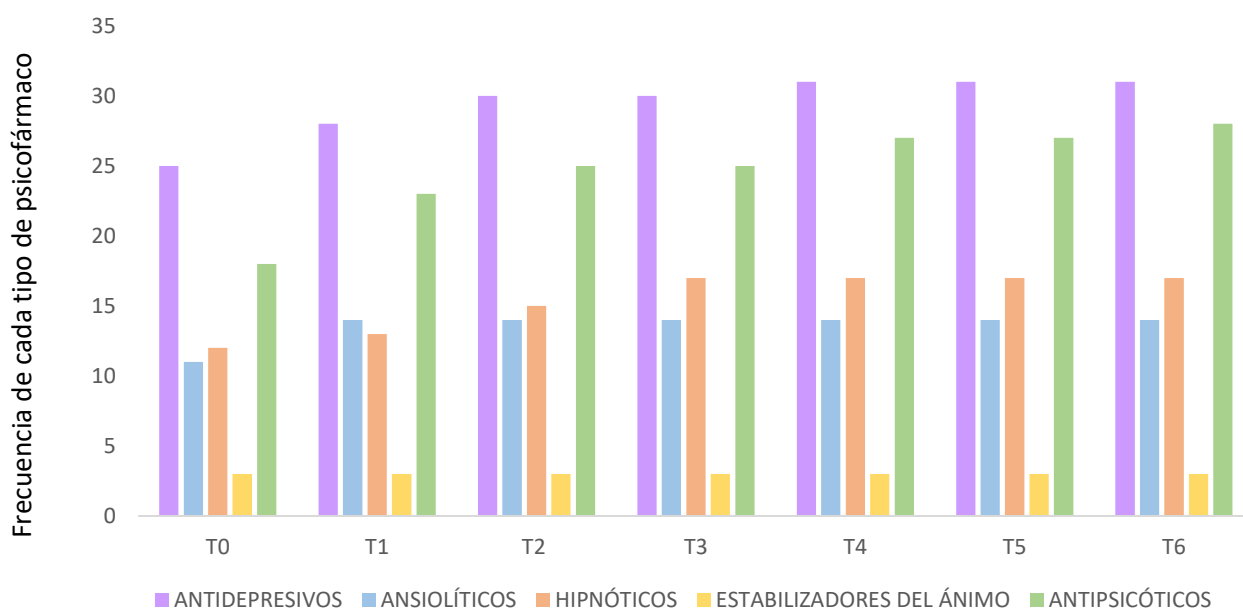
En la figura 2 se aprecia que hay una diferencia significativa en el total de contenciones cuando se comparan el momento previo a la COVID-19 (T0) con las olas 3,4,5,6 ($p >0,001$) y entre los momentos 1 y 6 ($p <0,05$).

Se produce una significación cuasi-significativa en la comparación entre pares en las olas 2 y 6 ($p= 0,051$).

En la ola 0 el uso de contenciones es menor; se incrementan progresivamente en la ola 1,2,3; estancándose la progresión en 4 y 5 y volviendo a incrementarse en la ola número 6.

PSICOFÁRMACOS

En cuanto a los distintos tipos de psicofármacos se obtienen resultados muy diferentes (figura 3):



Tipos de Psicofármacos en el periodo prepandémico y las seis olas estudiadas.

Figura 3: Frecuencias de tipos de antipsicóticos en cada ola de la COVID-19.

ANTIDEPRESIVOS: Se realizó el test de Friedman para evaluar si había diferencias significativas entre las medianas de los 7 momentos temporales. La prueba reveló una diferencia general significativa de las dosis de los antidepresivos entre las olas $X^2(6)=13,651$, $p= 0,039$.

Sin embargo, en la comparación entre pares (mediante análisis Post-hoc de Dunn) no se marcan diferencias.

El antidepresivo más utilizado en todos los periodos fue la Trazadona (Figura 4), prescrito en T0 para el 32% de los usuarios, con una media de dosis de 55,55mg (DE±16,66), mientras que en T6 (Figura 5) se produjo un uso de Trazadona del 38,70% de la muestra total, con una media de 66,66mg (DE ± 24,61). La media de dosis más alta se produjo durante la ola de la COVID-19 número 3 con un valor de 68,18mg (DE ±31,07).

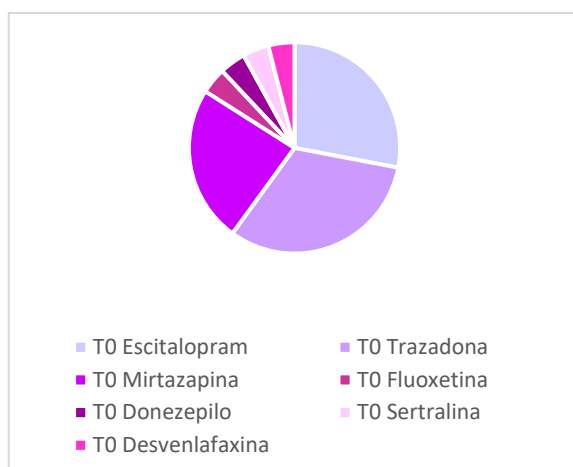


Figura 4. Distribución de tipos de antidepresivos en T0.

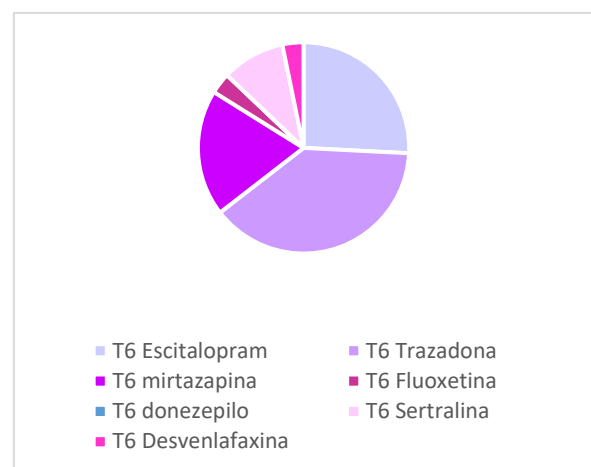


Figura 5. Distribución de tipos de antidepresivos en T6.

ANSIOLÍTICOS: a través de las pruebas estadísticas realizadas de las dosis de los ansiolíticos que se utilizan como tratamiento habitual se obtiene un valor de $X^2(6)=13,651$, $p=0,006$ por lo que se produce un incremento significativo de los ansiolíticos durante las olas de la COVID-19. Sin embargo, en la comparación entre pares no se producen resultados significativos.

El ansiolítico más utilizado es el Lorazepam. Los porcentajes de su prescripción son similares en T0 (63,63%) (figura 6) y T6 (64,38%) (figura 7), siendo la media de dosis en ambas de 1 mg (DE=0).

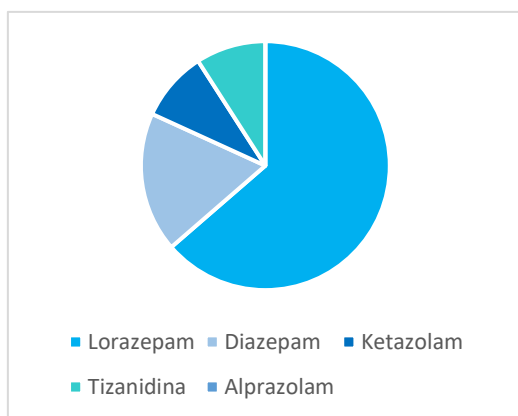


Figura 6. Distribución de tipos de ansiolíticos en T0.

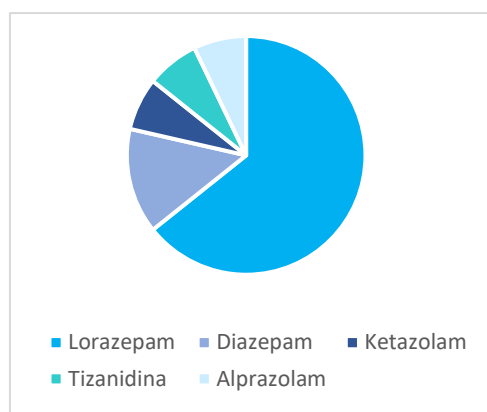


Figura 7. Distribución de tipos de ansiolíticos en T6.

En cuanto a la comparación de las medianas de las dosis de los ansiolíticos utilizados como rescates, hay diferencia significativa $X^2(6)=13,000$, $p=0,043$, pero ninguna comparación entre olas marca la diferencia.

El ansiolítico más pautado como rescate ha sido el Lorazepam. El 71,42% de las personas que tienen pautado ansiolíticos como rescates en T0 toman Lorazepam, mientras que en T6 un 80%. En ambos momentos, la media de dosis es de 1 mg (DE=0).

HIPNÓTICOS: se analizan los datos de las dosis de los hipnóticos a través de las pruebas estadísticas ya indicadas. Se obtiene un valor $X^2(6)=30,300$, $p=<0,001$. Aunque los hipnóticos utilizados aumentan a lo largo de las olas de la COVID-19, en la comparación por pares y como anteriormente ocurre, no hay resultados significativos.

El hipnótico más pautado fue el Lormetazepam. En T0 un 66,66% de la población que consume hipnóticos toma Lormetazepam (figura 8). La media de dosis utilizada es de 1,25mg (DE \pm 0,46). En T6 el porcentaje de población que consumen Lormetazepam aumenta a 76,47% con una media de 1,30mg (DE \pm 0,48) (figura 9).

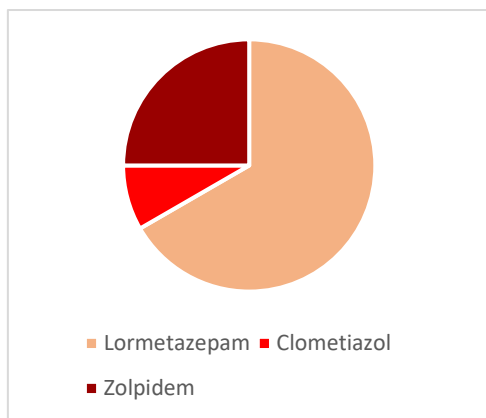


Figura 8. Distribución de tipos de hipnóticos en T0.

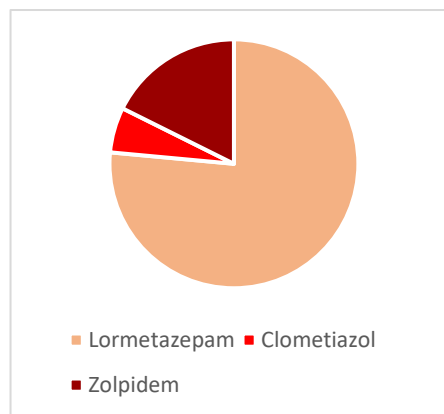


Figura 9. Distribución de tipos de hipnóticos en T6.

En el análisis estadístico de los hipnóticos utilizados como rescate no se produce un aumento significativo de éstos durante la pandemia.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO: No hay diferencias significativas en las pautas a lo largo de la pandemia.

ANTIPSIKÓTICOS: hay diferencias significativas en las dosis de antipsicóticos a lo largo del tiempo $X^2(6)=13,615$ $p=0,034$, con un aumento de dosis a lo largo de las seis primeras olas de pandemia. No se encuentran diferencias en el análisis por pares.

El antipsicótico más utilizado como tratamiento habitual es la Quetiapina seguido de la Risperidona. En T0, la Quetiapina la toman un 55,55% de personas que consumen antipsicóticos, con una media de 80mg (DE $\pm 69,92$), mientras que un 27,77% de personas consumen Risperidona con una media de 2mg (DE $\pm 2,23$) (figura 10). En T6, disminuye la prescripción de Quetiapina al 50% con una media de 66,07mg (DE $\pm 46,62$), mientras que la Risperidona aumenta a un 35,71% con una media de 1,90mg (DE $\pm 1,52$) (figura 11).

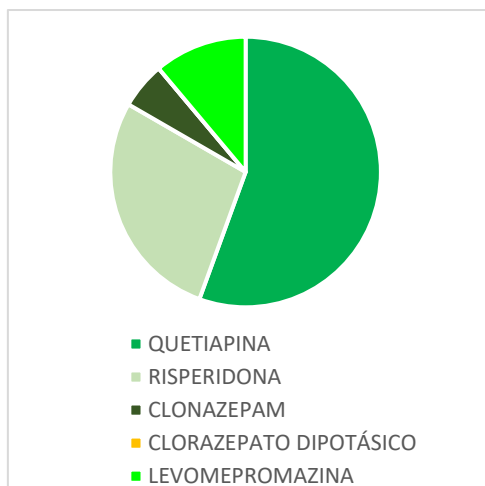


Figura 10. Distribución de tipos de Antipsicóticos en T0.

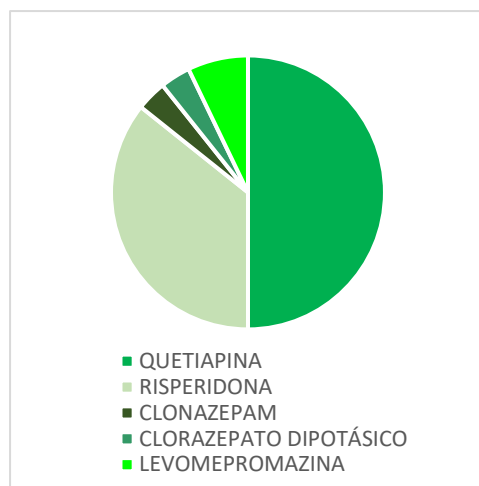


Figura 11. Distribución de tipos de Antipsicóticos en T6.

No hay modificación significativa de dosis de antipsicóticos utilizados como rescates entre olas. Previamente a la COVID-19 la frecuencia de pautas de antipsicóticos como rescates era de 13. En T6 aumenta la frecuencia a 15. El momento temporal en el que esta frecuencia es mayor es T2, siendo N=17.

El antipsicótico más utilizado como rescate es Haloperidol. En T0 y en T6 se producen valores similares de este fármaco, siendo respectivamente el 53,8% y el 53,3% de las personas a las que se les han prescrito antipsicóticos como rescates toman Haloperidol. La media de dosis en ambas es de 5mg (DE=0).

EVENTOS RELACIONADOS

Se analizan los resultados de los posibles aspectos de la vida de los residentes que pueden tener relación con el posible aumento de psicofármacos y de contenciones mecánicas.

- 1) **CAÍDAS:** el análisis de los datos de caídas indica un valor de $\chi^2(6)=21,643$, $p<0,001$ lo que indica que se produce un aumento significativo de caídas durante las distintas olas de la COVID-19. La comparación por pares no es significativa. La ola donde más personas sufren caídas es la ola 1, donde 6 residentes han sido registrados con múltiples caídas.

- 2) **DISMINUCIÓN DE APETITO:** Analizando el conjunto de las olas, hay un descenso del apetito, con un valor $\chi^2(6)=21,643$, $p < 0,001$. Sin embargo, la comparación por pares no es significativa, por lo que no hay ninguna ola en la que la disminución del apetito sea significativamente mayor que otra. Durante la primera ola ocho personas comienzan a perder el apetito de manera gradual y progresiva debido a diferentes causas. Este apetito se mantiene disminuido de aquí en adelante en el resto de olas de la COVID-19.
- 3) **HUIDAS DEL CENTRO:** hay una diferencia significativa en el número de episodios de huidas en el conjunto de la pandemia, con un valor de $\chi^2(6)=23,618$, $p < 0,001$. Nuevamente, la comparación por pares no es significativa. La primera ola es el periodo de tiempo donde se localizan más episodios de huidas.
- 4) **ALTERACIONES CONDUCTUALES:** conforme van pasando las olas de la COVID-19, más residentes de la muestra sufren alteraciones conductuales [$\chi^2(6)=38,500$, $p < 0,001$]. Las comparaciones por pares son significativas entre T0 y T3 ($p=0,010$), T0 y T4($p=0,016$), T0 y T5 ($P=0,025$), T0 y T6 ($P=0,025$). Existe una cuasisignificación entre T0 y T1, T0 y T2 con un valor de $p=0,057$. La ola donde se hallan más personas con alteraciones conductuales es la ola 3, con una frecuencia de 24 episodios (figura 12).

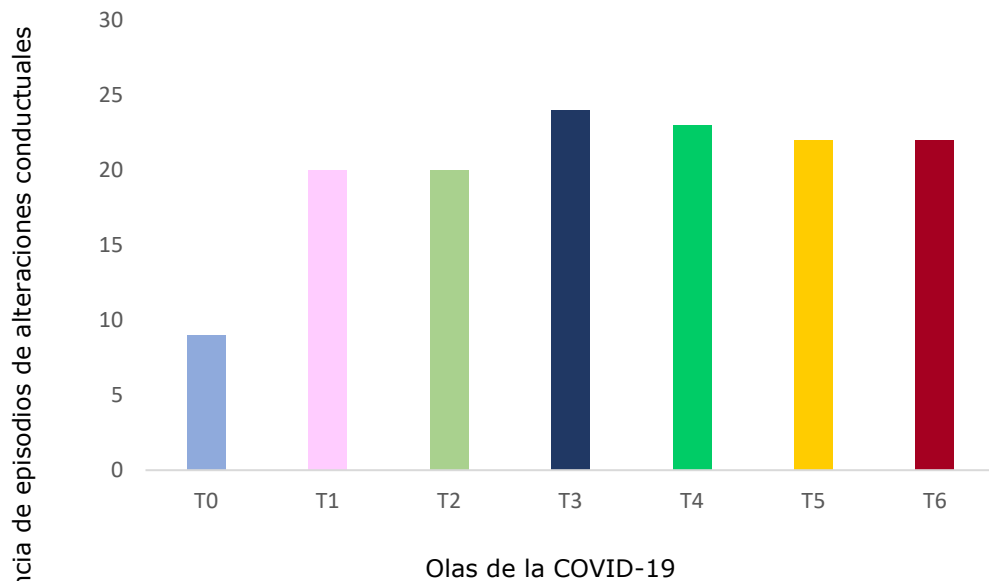
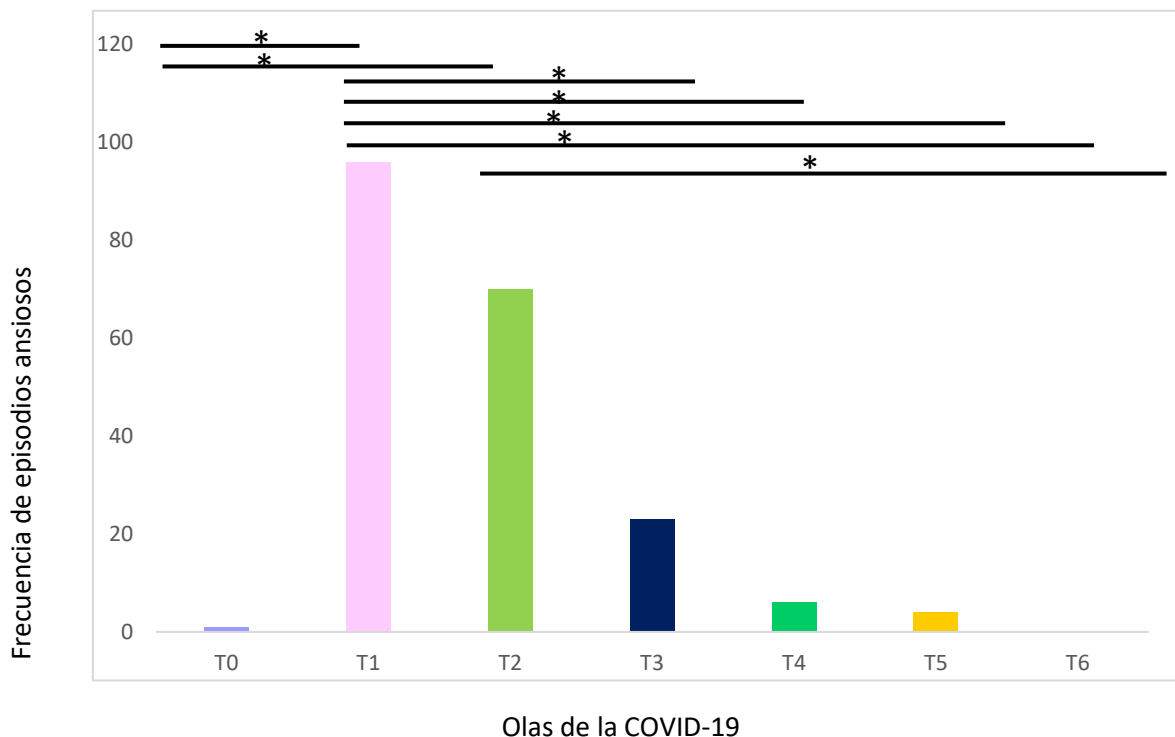


Figura 12. Episodios de alteraciones conductuales en los distintos periodos estudiado

5) **EPISODIOS DEPRESIVOS:** hay una diferencia significativa en el número de episodios depresivos que sufren los residentes de la muestra durante las 6 olas de pandemia analizadas en conjunto [$X^2(6)=32,510$, $p = <0,001$], sin hallarse diferencias entre pares de olas. La ola de la COVID-19 dónde más episodios depresivos padecieron los pacientes fue la primera ola, con un registro total de 35 episodios.

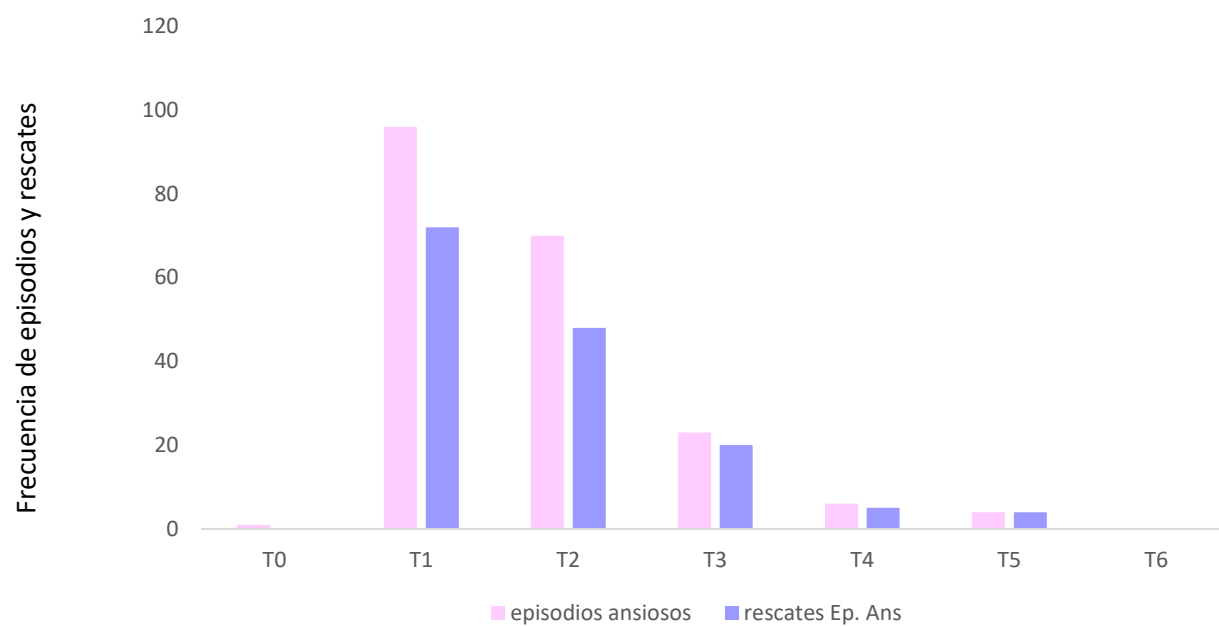
RESCATES ADMINISTRADOS EN EPISODIOS DEPRESIVOS: no se producen valores significativos en esta variable.

6) **EPISODIOS ANSIOSOS:** el número de episodios ansiosos aumenta a lo largo de las olas de la COVID-19 [$\chi^2(6)=60,736$, $p= <0,001$]. En concreto, hay diferencias significativas entre las olas T0 y T1 ($p=0,007$), T0 y T2 ($p= 0,06$), T1 y T3 ($p=0,04$), T1 y T4 ($p=0,013$), T1 y T5 ($p=0,006$), T1 y T6 ($p=0,004$), T2 y T6 ($p=0,043$). La ola de la COVID-19 donde más episodios ansiosos se produce es la ola 1 con 96 episodios registrados (figura 13).



Frecuencia 13. Episodios ansiosos en periodo prepándemico y en las distintas olas de la COVID-19

RESCATES ADMINISTRADOS EN EPISODIOS ANSIOSOS: aunque en el conjunto de los periodos hay una diferencia significativa en cuanto a esta variable, $\chi^2(6)=37,730$, $p= <0,001$, no se marca la significación entre pares de olas. El número de episodios ansiosos y la necesidad de rescates fue disminuyendo a lo largo de la pandemia. La media de personas que sufrieron episodios ansiosos y precisaron tomar rescate se situó en torno al 80% desde el comienzo de la pandemia hasta la ola 5 (inicio en agosto de 2021), donde el 100% de personas precisaron rescate. En la ola 6 no hay registrados episodios ansiosos.



Periodo prepándemico y Olas de la COVID-19

Figura 14. Episodios ansiosos sufridos por los pacientes, con los respectivos rescates que se precisaron administrar.

CORRELACIONES

Al analizar la asociación entre variables, hemos encontrado que:

- Hay **correlación entre el número de visitas** y los **antipsicóticos** que se administran en las olas 2 y 3 con unos valores respectivos de $P= 0,006$ y $P= 0,007$.
- Existe otra correlación en las olas 3 y 4 entre **el número de visitas** y el **cinturón en cama** con unos valores respectivos de $p=0,009$ y $p=0,003$.
- Existe correlación entre **ansiolíticos pautados como rescates** y **episodios ansiosos sufridos en la ola 1** con un valor de $p= 0,002$. Esta correlación se repite en la ola número 2 de Covid 19, con un valor de $p= <0,001$.
- Las **caídas** correlacionan de manera significativa con el **número de visitas** en la ola 3, con un valor de $p=0,007$.
- Se relacionan también las **caídas** con la prescripción de **cinturón en cama** en la ola 2 y 3, con un valor de $p= 0,003$ en ambas.
- Se produce una correlación entre **caídas** con la **dosis de hipnóticos** administrada en las olas 4 ($P=0,009$) y 6 ($P=0,008$).
- La **disminución del apetito** está en relación con la administración de **hipnóticos** en las olas 3 ($p=0,001$), 4($p=0,004$) y en la 5 ($p=0,008$) y con los antipsicóticos en las olas 1 ($p=0,004$) y 2 ($p= 0,006$).
- Las **huidas** se correlacionan con el **cinturón en silla** en la ola 3 con un valor de $p= 0,001$.

DISCUSIÓN

Este estudio analiza las frecuencias de uso de contenciones físicas en el momento de inicio de las mismas, comparando los seis meses previos a la pandemia (T0) y el periodo transcurrido en las primeras seis curvas epidémicas (T1-T6). También se analizan los diferentes tipos de psicofármacos, así como las dosis que precisaron los residentes en estos periodos de tiempo.

En Residencia Romareda en la que se ha llevado a cabo el estudio, el porcentaje de mujeres de la muestra es de 68.8%. Este elevado porcentaje se explica porque los hombres o bien han sido cuidados en el domicilio por ellas hasta su fallecimiento, o bien han fallecido previamente, ya que viven menos tiempo pero con mayor calidad de vida.

El número de visitas a los residentes se redujo a 0 en T1 debido a las limitaciones de movilidad, pero pese a haber sido levantadas al final de la pandemia, la frecuencia de éstas no se recuperó en las últimas olas. Quizás el miedo a contagiar a los residentes hizo que su entorno limitara sus visitas.

Las contenciones prescritas con mayor frecuencia fueron en primer lugar las barandillas, seguidas por el cinturón en silla. En ambos casos se aumentó en un 50% su uso desde el principio de la pandemia y en la 6ª ola se utilizaron con la mayor frecuencia. El resto de contenciones también tuvieron una tendencia ascendente pero con valores más modestos. Hakverdioğlu *et al*/ notifican en su revisión realizada en 22 países durante la Covid, la gran variedad de dispositivos utilizados como restricciones físicas en hogares de ancianos. El dispositivo más utilizado en la Residencia de nuestro estudio, las barandillas, también había sido la contención más usada en países como Alemania, España, Australia, Brasil, Noruega o Singapur (98%)²⁴. En de los estudios se realiza un análisis en 608 residencias de ancianos en Irlanda. Sus resultados concluyeron en que las barandillas en cama fueron las contenciones más utilizadas durante la pandemia. Sin embargo, la segunda contención más prescrita fueron los centinelas, artilugios que se utilizan sobre las barandillas, para evitar que el residente se dañe partes del cuerpo²⁷.

Las barandillas ya eran las contenciones más utilizadas previamente a la

COVID 19 (T0) (un 42,22% de la muestra ya las usaban, hasta el 66,66% que las utilizaron en T6). De acuerdo con otros estudios, el mayor uso de contenciones físicas pudo estar justificado por el aislamiento en habitaciones, la rotación de personal y los bajos ratios del mismo, el uso de equipos de protección individual (EPI) haciendo irreconocibles a las personas (lo que podía conllevar reacciones de miedo, alteraciones conductuales o confusión y desorientación), traslados a nuevas habitaciones sin acompañamiento, así como la dificultad para vigilar a los residentes con riesgo de caídas ^{30,31,32}.

El número total de contenciones prácticamente se duplicó en la última ola, en comparación con el momento previo a la COVID-19.

El cinturón en silla, es la segunda contención más utilizada duplicando su uso desde T0 (17,7%) hasta T6 (33,33%). Según la revisión sistemática ya citada, el segundo método más utilizado encontrado en la mayoría de artículos que analiza es el cinturón en silla²⁴.

El resto de contenciones utilizadas para el tronco y las extremidades se utilizaron en menor proporción. Se datan en España usos del 1,2% de restricciones en extremidades, que no fueron usados en nuestra residencia²⁴.

En cuanto al uso de psicofármacos, se produjeron incrementos globales significativos en las dosis de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos.

Los resultados fueron significativos para el análisis de las dosis de los **antidepresivos**. El uso de antidepresivos y sus dosis tuvo una tendencia creciente conforme el paso de las olas de COVID-19. En todos los momentos temporales analizados, el antidepresivo más utilizado fue la Trazadona. En T0 era consumido por el 32% con una media de dosis de 55,55mg, y finalizó en T6 aumentando a un 38,70% con una media de 10 mg más de dosis. No obstante, en la primera ola se produjo el mayor número de episodios depresivos, lo que justifica que las dosis y frecuencia de uso se vea reflejada en periodos más tardíos. Los dos antidepresivos más utilizados tras la Trazadona fueron el Escitalopram y la Mirtazapina. Consideramos que el uso de antidepresivos tuvo un notorio crecimiento debido a los episodios de soledad y depresión generados por la situación de aislamiento, separación de amigos y familia, afecciones en la salud, pérdida de esperanza, al igual que

afirma Cain *et al*²⁵, Martínez Navarro³³ y Coe AB *et al*³⁹.

En un estudio realizado en Guipúzcoa, en las unidades geriátricas y psicogerítricas de las residencias que seleccionaron, con un total de 674 residentes se notificó un incremento significativo de psicofármacos mayor de lo que se esperaba. Los antidepresivos más utilizados fueron la Trazadona, los inhibidores de la recaptación de la serotonina como el Escitalopram y en menos nivel la mirtazapina. En algunas de las residencias geriátricas observaron una estabilidad en la prescripción de este tipo de psicofármacos, mientras que en las residencias psicogerítricas se aumentó el uso de los mismos⁴⁰.

Otro de los estudios analizado en Michigan (EE.UU), especializado en las personas con demencia que habitaron en las residencias de ancianos, indicó un notable aumento en el uso de antidepresivos en comparación con el periodo de antes de la pandemia, debido a la agravación de síntomas depresivos de los residentes ³⁹.

Campitelli *et al* realizaron un estudio en las residencias de ancianos en Ontario, Canadá, desde 2017 hasta el final de 2020. Con una muestra de 76,000 residentes notifican un incremento en la última semana de 2020 en un 43% de personas que tomaron antidepresivos en comparación con los periodos prepandémicos. En especial menciona el incremento de la Trazadona con unos valores de 1,06% mayor en la última semana⁴².

En segundo lugar, se analizaron los **ansiolíticos**, con unas diferencias significativas globales en cuanto a las dosis de los mismos. La primera ola fue significativamente diferente a todas las demás, siendo en la que mayor número de episodios ansiosos se registraron (96), y en el 80% de los casos fue necesario aplicar un rescate. Al igual que en el resto de la población, el temor a una situación desconocida, al aislamiento social, la pérdida de contacto con las familiares, el continuo acceso a noticias desesperanzadoras en los medios de comunicación, el miedo a enfermar o a morir, fueron sin duda algunos de los factores desencadenante^{24,39,42}. El ansiolítico más utilizado fue el Lorazepam, con una media de dosis de 1mg y una frecuencia de administración muy similar en T0 (63,63%) y T6 (64,38%). Posiblemente

la frecuencia de uso tan similar fue debido a que se evitara su prescripción debido al efecto secundario de provocar depresión respiratoria⁴³.

Uno de los estudios relacionados con la polifarmacia y el uso de psicofármacos que se realizó en Noruega, con un total de 226 residentes afirmó que los ansiolíticos eran los psicofármacos más utilizados. El 55,8% de estos residentes los consumían. Sin embargo, los más prescritos en esta ocasión fueron diazepam, alprazolam y oxazepam, fármacos que son también consumidos por la muestra de Residencia Romareda en distintas proporciones²⁰. Este porcentaje es superior al de nuestro estudio (31,11%), sin tener conocimiento de los motivos que producen la prescripción elevada en Noruega.

Campitelli *et al*⁴² señalaron un incremento de los ansiolíticos de un 0,64%, un poco por debajo del 0,75% de nuestro estudio.

En el estudio de Ferro *et al*⁴⁰, se indica que en las unidades psicogerítricas de las residencias escogidas los ansiolíticos permanecieron estables, y en las unidades geriátricas disminuyeron su uso, aunque menos de lo esperado, siendo el más utilizado el Lorazepam.

El tercer tipo de psicofármacos que analizamos nosotros fueron los **hipnóticos**, en los que se obtuvieron valores significativos para el análisis global de las dosis de éstos. El 66,66% de las personas que consumieron hipnóticos tenían prescrito Lormetazepam, siendo el fármaco más usado, y esta frecuencia aumentó en un 10% al final de la pandemia.

Estos datos discrepan de los de otros los estudios analizados en los que los hipnóticos fueron fármacos que permanecieron más estables en cuanto a su prescripción y administración durante la COVID-19^{20,21,40}.

Mathew *et al*²³, por el contrario, indica una disminución de los hipnóticos durante las primeras semanas de la pandemia, al contrario que con otros tipos de psicofármacos.

Pese a que nuestros resultados son significativos, intuimos que los resultados citados que hablan de unas dosis mantenidas o incluso disminuidas son debido al excesivo adormilamiento y aletargamiento que sufrieron algunos

residentes por la falta de actividad, debido al aislamiento y confinamiento que se produjo durante la COVID-19.

Los estabilizadores del ánimo son el tipo de psicofármaco que en nuestro estudio se mantuvieron igual, tal y como también indica Campitelli *et al*⁴² en su estudio, con un discreto aumento de uso en la última semana del periodo pandémico (0,48%). No obstante, discrepan de los valores presentados por Ferro *et al*⁴⁰, quienes notifican aumentos significativos en estos fármacos en todos los tipos de residentes, en especial de algunos fármacos como el ácido valproico o la carbamazepina.

El último tipo de psicofármaco que analizamos fueron los antipsicóticos. Nuestros resultados muestran valores significativos en el análisis global de las dosis de los mismos. El fármaco más utilizado como antipsicótico es la Quetiapina. Sin embargo, en los periodos citados se disminuye la proporción de personas que toman Quetiapina, así como su media de dosis. Por el contrario, prácticamente se duplica el número de personas a las que se les administra Risperidona, pero disminuye levemente la dosis (2mg en T0 frente a 1,90mg en T6). No obstante, el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas tanto en la frecuencia de uso de la Risperidona, como en la mayor parte de fármacos en la comparativa entre olas creemos que es debido por una parte al tamaño de la muestra y por otra a las grandes diferencias individuales de dosis. No se encuentra causas asociadas al aumento de Risperidona y disminución de Quetiapina en nuestra muestra.

Estos fármacos son los que describe Ferro *et al*, como más frecuente en su análisis de situación en residencias de Guipúzcoa ⁴⁰.

La mayoría de estudios encontrados hablan de los antipsicóticos como psicofármacos que junto con los antidepresivos incrementan notablemente su uso durante la pandemia, sin especificar fármacos, cantidades o dosis^{26,27,37}. Dunbar *et al*⁴² mencionan un porcentaje de uso de antipsicóticos en hogares de ancianos en Europa Occidental inferior al de nuestro estudio, del 27%²⁷; este porcentaje es debido a que concretamente en esta publicación se notificaron un uso de contenciones físicas 6,5 veces mayor al uso de psicofármacos. Campitelli *et al* también recoge que los antipsicóticos

son los psicofármacos que más se incrementan durante la pandemia de COVID-19 ⁴².

En nuestro estudio, también se realizó el análisis de algunos **eventos** que sufrieron los residentes de la muestra a lo largo de los distintos periodos y se estudió su posible relación con las contenciones mecánicas y los psicofármacos.

Hubo un aumento significativo global en el número de caídas, registrándose hasta 6 personas que sufrieron frecuentes caídas en la primera ola, aunque no hubo un aumento significativo del número de contenciones. Pudieron producirse por el estado inicial de agitación de los residentes (de hecho, se notificaron 10 episodios de huida en la primera ola) y sobre todo por su aislamiento. También se registró una significativa disminución global del apetito asociada como efecto secundario a la ansiedad, nerviosismo y depresión que sufrieron los residentes de la muestra.

Hubo un aumento significativo y progresivo en las alteraciones conductuales en cada ola, siendo la ola 3 la que más alteraciones de conducta notificó. Las alteraciones conductuales fueron uno de los eventos más repetidos en nuestro estudio. Como anteriormente hemos citado, la soledad, el aislamiento, la pérdida de contacto con los familiares, la falta de actividad y el deterioro cognitivo, entre otros, generaron cambios en las conductas basales de los residentes.

Encontramos una asociación significativa entre el aumento del número de caídas y la disminución de visitas. Las caídas tienen un incremento en las primeras semanas de la COVID-19, a medida que las visitas disminuyen de golpe debido al confinamiento y al aislamiento. La disminución de visitas involucra muchos aspectos: pérdida de contacto humano con personas del entorno y disminución del movimiento y del ejercicio entre otros, motivos que también citan Salvanr *et al* ⁴³.

Nuestro estudio cuenta con limitaciones. La principal ha sido el pequeño número de estudios acerca de las contenciones en residencias de ancianos durante la pandemia, quizás porque urgía actualizar el estado del arte en temas clínicos.

Otra de las limitaciones ha sido el tamaño muestral. Inicialmente era mayor, pero en el periodo de pedida de consentimientos y presentación de permisos las personas, debido a su elevada edad, fueron falleciendo y consecuentemente se redujo la muestra.

Precisamente porque me ha sido muy difícil encontrar bibliografía con la que comparar este estudio, la innovación en el tema creo que es una gran fortaleza.

Se necesita investigación también en este área, puesto que el envejecimiento de la población y la disminución de la natalidad, al menos en nuestro entorno, hace necesaria la planificación de la mejor calidad en los servicios asistenciales y de cuidados posible. Hoy en día ya hay residencias dónde no existen las contenciones. El estudio multidisciplinar de cada caso individualizado es la base para conseguir los mejores resultados en la atención centrada en la persona.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio evidencian un aumento en la prescripción de psicofármacos, específicamente de los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos; así como del uso de contenciones mecánicas, como barandillas y cinturones en silla, de los usuarios de Residencia Romareda durante las seis olas de COVID 19 en comparación con los seis meses previos a la pandemia.

Tras el análisis de los eventos relacionados, la COVID 19 ha tenido un considerable impacto en la vida de los usuarios de Residencia Romareda, produciendo un aumento de las caídas, disminución del apetito, incremento de los episodios depresivos y ansiosos, además de alteraciones conductuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rahman S, Montero MTV, Rowe K, Kirton R, Kunik F. Epidemiology, pathogenesis, clinical presentations, diagnosis and treatment of COVID-19: a review of current evidence. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2021[consultado en septiembre 2024];14(5):601–21. Disponible en:

<https://doi.org/10.1080/17512433.2021.1902303>

2. Si Y, Wu W, Xue X, Sun X, Qin Y, Li Y, *et al*. The evolution of SARS-CoV-2 and the COVID-19 pandemic. *PeerJ* [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024];9:1–16. Disponible en:

<https://doi.org/10.7717/peerj.15990>

3. Harrison AG, Lin T, Wang P. Mechanisms of SARS-CoV-2 Transmission and Pathogenesis. *Trends Immunol* [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2024];41(12):1100–15. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.it.2020.10.004>

4. Umakanthan S, Sahu P, Ranade A V., Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, *et al*. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J* [Internet]. 2020 [citado en Septiembre de 2024];96(1142):753–8. Disponible en:

<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>

5. COVID-19 [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024] . Disponible en:

<https://cnecovid.isciii.es/covid19/>

6. INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos [Internet]. [citado en septiembre de 2024]. Disponible en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

7. Alfaro-Martínez JJ, Solís García del Pozo J, Quílez Toboso RP, García

Blasco L, Rosa Felipe C. Study of incidence of COVID-19 in Spain and its relationship to geographical province distribution. J Healthc Qual Res [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024];38(5):299–303. Disponible en :

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.02.005>

8. Maginário C, Machado P, Antunes C, Martins T. Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado en septiembre de 2024];29(2):59–64. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200059&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Domínguez Navarro A, López Fernández C, Picardo García JM. Envejecer en una residencia de ancianos en España: una revisión integradora. Gerokomos [Internet]. 2023[citado en septiembre de 2024];34(3):176–82. Disponible en:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=173203604&lang=pt-pt&site=ehost-live>

10. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 - El Ministerio de Derechos Sociales presenta el primer censo de centros residenciales en España [Internet]. [citado en septiembre de 2024]. Disponible en:

<https://www.mdsocialesa2030.gob.es/comunicacion/noticias/derechos-sociales/20240424-censo-residencias.htm>

11. Rodríguez Cabrero G, Marbán Gallego V, Aguilar Hendrickson M, Huete García A, Jiménez Lara A, Martínez Buján R, *et al.* Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAA) [Internet]. 2022 [citado en septiembre de 2024]; 1–578. Disponible en:

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf

12. Altare AGC, Cano AR. Quality of service in residences for the elderly. Analysis of a case in the Valencian Community. *Gerokomos* [Internet]. 2020 [citado en Septiembre de 2023];31(3):136–40. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n3/1134-928X-geroko-31-03-136.pdf>
13. Tan LF, Seetharaman S. Preventing the Spread of COVID-19 to Nursing Homes: Experience from a Singapore Geriatric Centre. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [citado en Septiembre de 2024] ;68(5):942. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/jgs.16447>
14. Chen MK, Chevalier JA, Long EF. Nursing home staff networks and COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2024];118(1). Disponible en:
<https://doi.org/10.1073/pnas.2015455118>
15. Rodriguez-Rodriguez V, Rojo-Perez F, Perez de Arenaza Escribano C, Molina-Martínez MÁ, Fernandez-Mayoralas G, Sánchez-González D, *et al.* The Impact of COVID-19 on Nursing Homes: Study Design and Population Description. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado en septiembre de 2024];19(24):1–17. Disponible en:
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416629>
16. Burgaña Agoües A, Serra Gallego M, Hernández Resa R, Joven Llorente B, Lloret Arabi M, Ortiz Rodriguez J, *et al.* Risk Factors for COVID-19 Morbidity and Mortality in Institutionalised Elderly People. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado en septiembre de 2024];18(19). Disponible en:
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910221>
17. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Med Fam Semer* [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2024];46:26–34. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003>

- 18.Oliveira ACDS, Gallego MG, Martínez CG, Martínez EC, Molina JM, Morante JJH, *et al.* Psychosocial changes during COVID-19 lockdown on nursing home residents, their relatives and clinical staff: a prospective observational study. BMC Geriatr [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024];23(1):1–9. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03764-x>
- 19.Hernández R, Gimeno S, *et. al.* Vivencias de las personas mayores de una residencia durante el confinamiento por la COVID-19 : un estudio cualitativo Experiences of the elderly in a. Gerokomos [Internet]. 2021;34(1):6. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000100003
- 20.Kummer I, Reissigová J, Lukačšínová A, Ortner Hadžiabdić M, Stuhec M, Liperoti R, *et al.* Polypharmacy and potentially inappropriate prescribing of benzodiazepines in older nursing home residents. Ann Med [Internet]. 2024 [citado en septiembre de 2024];56(1). Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2357232>
- 21.Hernández F, Álvarez M del C, Junco VL, Valdés I, Hidalgo M. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. Rev medica electrón [Internet]. 2018 [citado en septiembre de 2024];vol.40:2053–70. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000602053
- 22.Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, *et al.* Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and Meta-analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2022 [citado en Septiembre de 2023];22(1):1–12. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x>
- 23.Hirschtritt ME, Slama N, Sterling SA, Olfson M, Iturralde E, Çelik S. Psychotropic medication prescribing during the COVID-19 pandemic.

Med (United States) [Internet]. 2021 [citado en septiembre de 2024];100(43):E27664. Disponible en:

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027664>

24.Hakverdioğlu Yönt G, Kisa S, Princeton DM. Physical Restraint Use in Nursing Homes—Regional Variances and Ethical Considerations: A Scoping Review of Empirical Studies. *Healthc* [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024];11(15). Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/healthcare11152204>

25.Cain P, Chejor P, Porock D. Chemical restraint as behavioural euthanasia: case studies from the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 [citado en septiembre de 2024];23(1):1–12. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04116-5>

26. Robins LM, Lee DCA, Simon Bell J, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, *et al.* Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado en septiembre de 2024];18(7). Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/ijerph18073639>

27. Dunbar P, McMahon M, Durkan C, Walsh KA, Keyes LM. Incidence and type of restrictive practice use in nursing homes in Ireland. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [citado en septiembre de 2024] ;22(1):1–9. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03450-4>

28.Breen J, Wimmer BC, Smit CCH, Courtney-Pratt H, Lawler K, Salmon K, *et al.* Interdisciplinary perspectives on restraint use in aged care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado en Noviembre de 2024];18(21). Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/ijerph182111022>

29.Li Y, Wang YW, Gu Y, Gong D, Jiang S, Li J, *et al.* Knowledge, Attitude, and Practice of Nursing Home Staff Regarding Physical Restraint in China: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Front Public Heal* [Internet]. 2022 [citado en noviembre de 2024];10(May):1–11. Disponible en:

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.815964>

30.Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Primary care, residential homes for the elderly, and COVID-19. *Semergen* [Internet]. 2020 [citado en noviembre de 2024];46:26–34. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003>

31.Barrueco Fernández A, Moralejo Gutierrez AM, Martín Gomez C, García Burgo L, López Nieto R. Pandemia COVID-19 y uso de contención mecánica. Estudio observacional. *NURE Investig* [Internet]. 202 [citado en noviembre de 2024]3;20(123):1–7. Disponible en:

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2368/1063>

32. Abad E, Sanchez D, Moreno MT. Scoping review sobre las recomendaciones para el aislamiento domiciliario en la pandemia de COVID-19. *Enf Clin* [Internet]. 2020 [citado en noviembre de 2024]. 31: 94-99. Disponible en:

<https://repisalud.isciii.es/rest/api/core/bitstreams/06acd01b-f7e0-46ce-9d52-ef216e3f1e62/content>

33. López J, Ramos P, Gutiérrez J, Rexach L, Artaza I, Moreno N. Documento de consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2014 [citado en Noviembre de 2024]. 1–58 p. Disponible en:

https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

34. Salmer S, Resistencia G, San A, Garc I, Resistencia G, San A, *et al*. Protocolo restricciones físicas de la sociedad castellano manchega de geriatría y gerontología. 2023 [citado en noviembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.scmgg.com/wp-content/uploads/PROTOCOLO-RESTRICCIONES-2023-SCMGG.pdf>
35. Funcional E, Amas GIC, Madrile A, Instrucci E, Madrile A, En A. Amas Instrucción (50). 2022 [citado en noviembre de 2024]. Disponible en:
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/servicios-sociales/instruccion_no_7.pdf
36. MARTÍNEZ NAVARRO JA. Los Efectos De La Covid-19 En Las Residencias De Mayores. Rev Vasca Adm Pública / Herri-Arduralaritzarako Euskal Aldizkaria[Internet]. 2021 [citado en noviembre de 2024];(119):127–66. Disponible en:
<https://www.ivap.euskadi.eus/webivap00-a5app2/eu/t59auUdaWar/t59aMostrarFicheroServlet?R01HNoPortal=true&t59aIdRevista=2&t59aTipoEjemplar=R&t59aSeccion=38&t59aContenido=4&t59aCorrelativo=1&t59aVersion=1&t59aNumEjemplar=119>
37. Giri S, Chenn LM, Romero-Ortuno R. Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. Eur Geriatr Med [Internet]. 2021 [citado en noviembre de 2024];12(6):1127–36. Disponible en:
<https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2>
38. Favez L, Simon M, Bleijlevens MHC, Serdaly C, Zúñiga F. Association of surveillance technology and staff opinions with physical restraint use in nursing homes: Cross-sectional study. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2022 [citado en noviembre de 2024];70(8):2298–309. Disponible en:
<https://doi.org/10.1111/jgs.17798>

39.Coe AB, Montoya A, Chang CH, Park PS, Bynum JPW, Shireman TI, *et al.* Behavioral symptoms, depression symptoms, and medication use in Michigan nursing home residents with dementia during COVID-19. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2023 [citado en noviembre de 2024];71(2):414–22. Disponible en:

<https://doi.org/10.1111/jgs.18116>

40.Ferro Uriguen A, Laso Lucas E, Sannino Menicucci C, Iturrioz Arrechea I, Alaba Trueba J, Echevarría Orella E, *et al.* Psychotropic Drug Prescription in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic. *Drugs and Aging* [Internet]. 2022 [citado en noviembre de 2024];39(6):467–75. Disponible en:

<https://doi.org/10.1007/s40266-022-00948-9>

41. García S, Nicolás M De, Diéguez C, Fernández P, Suárez P, Rodríguez N. Atención Primaria [Internet]. 2023 [citado en noviembre de 2024];55.Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>

42. Campitelli MA, Bronskill SE, Maclagan LC, Harris DA, Cotton CA, Tadrous M, *et al.* Comparison of Medication Prescribing Before and After the COVID-19 Pandemic Among Nursing Home Residents in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*[Internet]. 2021 [citado en noviembre de 2024];4(8):e2118441. Disponible en:

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.18441>

43.Escribà-salvans A, Vemorel C, Font-jutglà C, Minobes-molina E. Efecto del confinamiento por COVID-19 sobre la incidencia y gravedad de las caídas en personas mayores institucionalizadas: estudio longitudinal. *Rev Esp Fer y Geront* [Internet]. 2020 [citado en noviembre de 2024]; 58:155-160. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.02.005>

ANEXOS

ANEXO I

Tabla 5. Datos descriptivos de dosis de psicofármacos, episodios de alteraciones de conducta y depresivos.

	T0		T1		T2		T3		T4		T5		T6	
	Me	RIC	ME	RIC	Me	RIC	Me	RIC	Me	RIC	Me	RIC	Me	RIC
Dosis de AntidepresivosA	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
Dosis de Antidepresivos B	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis total antidepresivos	10	50	10	50	10	50	10	50	10	50	15	50	10	50
Rescates de antidepresivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis de Ansiolíticos	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Dosis de Rescates de ansiolíticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis de Hipnóticos	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Dosis de Rescates de hipnóticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis de estabilizadores del ánimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis rescates de estabilizadores del ánimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis de Antipsicóticos A	0	5	0	25	0	25	0	25	0	25	0	25	0	25
Dosis de Antipsicóticos B	0	0	0	0	0	25	0	25	0	25	0	0	0	0
Dosis total antipsicóticos	0	19	0	26,5	0	26,5	0	25	0	25	0	25,75	0	25,75
Dosis rescates Antipsicóticos A	0	2	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5
Episodios de alteraciones de conducta	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1
Episodios depresivos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rescates de episodios depresivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Episodios ansiosos	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Rescates de episodios ansiosos	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ANEXO II

II.1. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RESIDENTE

Título del PROYECTO: “Análisis de las contenciones mecánicas y químicas antes y durante el COVID 19 en la Residencia de Mayores Romareda de Zaragoza.”

D./Dña.....declaro que:

-He leído la hoja de información que se me ha entregado.

-He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Marta Castillo Quílez.....

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos/mi relación con el investigador.

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:

SI

NO

Doy mi conformidad para que los datos de mi historia clínica sean revisados para los fines del estudio, tal como se me ha informado en este documento.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del
participante:

Fecha:

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del
Investigador:

Fecha:

.....

II.2. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TUTOR O REPRESENTANTE

Título del PROYECTO: "Análisis de las contenciones mecánicas y químicas antes y durante el COVID 19 en la Residencia de Mayores Romareda de Zaragoza."

Yo,.....
(nombre y apellidos del padre/madre/tutor o representante). Declaro que:

-He leído la hoja de información que se me ha entregado.
-He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo. He hablado con:
.....
(nombre del investigador)

Estoy de acuerdo con la participación de mi
Padre/madre/tutelado/representado:

.....(nombre y apellidos)

Comprendo que su participación es voluntaria. Comprendo que puede retirarse del estudio:

1) cuando quiera

2) sin tener que dar explicaciones

3) sin que esto repercuta en sus cuidados médicos/ relación con el investigador

Deseo ser informado de los resultados del estudio:

SI

NO

(marque loque proceda)

Sólo si procede: Doy mi conformidad para que sus datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del tutor/a o representante:

Fecha:

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma de la

Investigadora:

Fecha:

.....