

Visitas a cuidados intensivos en pandemia. Primera vs. segunda ola

La pandemia de SARS-CoV-2 impuso una severa restricción a la presencia familiar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que contrastaba con las políticas liberales que en los últimos años habían ganado terreno¹. Dichas restricciones fueron diseñadas para limitar la transmisión de la enfermedad y preservar los equipos de protección personal (EPP), poniendo en segundo plano el bienestar de los pacientes y sus familiares. Esto generó situaciones de profundo disconfort en pacientes, familiares y personal de salud² y efectos negativos que se evidenciaron mientras se desarrollaba la pandemia. Un reciente estudio multicéntrico³ en pacientes COVID-19 críticos, demostró que la disfunción cerebral aguda (coma-*delirium*) estuvo presente en el 80% de los casos y tuvo una duración mayor a la informada anteriormente. Sin embargo, la presencia de visitas familiares (tanto presencia física como virtual) se asoció a una reducción del riesgo de *delirium* del 30%. La presencia familiar en UCI reduce la ansiedad, junto con un incremento en la sensación de seguridad del paciente, satisfacción y calidad de los cuidados percibidos^{4,5}. La imposibilidad de despedirse, el morir intubado y una comunicación poco satisfactoria con el equipo de salud, son factores de riesgo para depresión y duelo complicado en familiares⁶. El morir en soledad afecta además al personal de salud, que refiere angustia, por ser sustituto de las familias. En un estudio llevado a cabo sobre personal de UCI⁷ entre abril y mayo 2020, los participantes expresaron un profundo pesar y síntomas de ansiedad o depresión sobre las restricciones aplicadas a los visitantes de pacientes con COVID-19.

A fines de agosto del año pasado, el gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presentó un protocolo para establecer los lineamientos generales a fin de garantizar el acompañamiento de pacientes críticos y/o en últimos días de vida, en un marco de seguridad, información y contención⁸. A partir de ese momento, habiendo ya un documento oficial al respecto, se podrían esperar cambios en las visitas a UCI. Sin embargo, las comunicaciones personales con otras UCI sugerían que dichos cambios no habían tenido lugar completamente.

Llevamos a cabo una encuesta estructurada para comprender los cambios en la política de visitas entre la primera y la segunda ola de COVID-19 en CABA. Se contactó a 50 jefes de servicio de UCI y se llevó a cabo una encuesta *online* entre el 24/04/2021 y el 30/04/2021. La misma encuesta¹ ya había sido llevada a cabo entre

el 20/06/2020 y el 27/06/2020 a la misma población de jefes de UCI para conocer los cambios en la política de visitas en relación a la situación previa a la pandemia de SARS-CoV-2.

En esta oportunidad se obtuvieron 39 respuestas (tasa de respuesta 78%). Las características de los centros participantes se detallan en la Tabla 1.

Durante la segunda ola en CABA, 19 de 39 UCI no permitían el ingreso de familiares en ningún momento (9 de estas UCI son exclusivas para COVID-19, mientras que 10 no lo son; 10 eran de financiamiento público y 9 de financiamiento privado). De las 20 UCI que tenían visitas, 16 permitían el ingreso de manera regular para pacientes con PCR + para SARS-CoV-2 con EPP (6 de financiamiento público, 10 de financiamiento privado). En situaciones de final de vida en pacientes con PCR +, 36/39 unidades permitían el ingreso de familiares. En relación a la preocupación del personal de salud por la restricción de visitas, la población encuestada informó sentirse muy preocupada, con un valor medio de 8.5 en una escala de 1 a 10.

Comparados con la primera ola, los resultados de la presente encuesta muestran que la mitad de las UCI aún continúan sin visitas desde el inicio de la pandemia (11/19 primera ola; 19/39 segunda ola). De manera similar, la mitad de las unidades aún no cuentan con dispositivos para visitas virtuales (8/19 primera ola; 18/39 segunda ola). Al contrario, en las unidades que retomaron las visitas observamos una flexibilización de las mismas; permitiendo que los pacientes con PCR + reciban visitas familiares (0/19 primera ola; 16/39 segunda ola). Si bien las visitas al final de la vida fueron ampliamente incorporadas, algunas unidades aún no lo permiten (8/19 primera ola vs. 3/39 segunda ola).

El protocolo del Ministerio de Salud de CABA brindó un marco gubernamental que permitió la flexibilización, y el decreto 714/2020 del PEN dispuso la obligación de autorizar el acompañamiento en los últimos días de vida. Asimismo, diversas sociedades científicas y sociales refrendaron estas recomendaciones⁹. El impacto de estas intervenciones se ve reflejado en la alta adherencia de las instituciones a las visitas de final de vida, y de manera mucho más limitada en los pacientes COVID-19 en general. Sin embargo, resulta llamativo que la mitad de las unidades encuestadas aún no permitan ningún tipo de visitas (a excepción de final de vida), en ningún momento, independientemente del status de COVID-19 positivo o negativo. En base a esta información, consideramos que una mayor intervención, educación, recomendaciones y actividades de difusión del Ministerio de Salud y las Socie-

TABLA 1.– Características de los centros participantes

	UCI n = 39	Número de UCI
Financiamiento	Público	19
	Privado	20
Camas	< 11 camas	11
	11-20 camas	11
	21-30 camas	9
	> 30 camas	8
Relación enfermero paciente	1:2	23
	< 1:2	16
Prevalencia ventilación mecánica	> 50%	36
	< 50%	3

dades Científicas pertinentes podría ser beneficioso para flexibilizar las visitas y evitar efectos deletéreos sobre pacientes, familiares y personal de salud. Las intervenciones sobre el sistema de salud deberían analizar qué factores culturales e institucionales funcionan para limitar la adherencia generalizada a las visitas abiertas en un marco de bioseguridad, más allá del fin de la vida y en todos los grupos de pacientes. De acuerdo a la encuesta, las barreras no corresponden al tipo de financiamiento ni a ser unidades exclusivas COVID-19. Tampoco a una cuestión de confort del personal, ya que la mayoría de los encuestados refirió sentirse muy preocupados por las restricciones.

Las fortalezas de esta encuesta son un adecuado balance entre unidades públicas y privadas, la participación de UCI exclusivas COVID-19, y la alta tasa de respuesta a la misma. La limitación más importante reside en ser una muestra parcial. CABA cuenta con 109 UCI de adultos de acuerdo al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina. De esta manera, los resultados representan el 35.7% de las UCI. Si bien la anonimidad de la encuesta tiene como fin garantizar la transparencia de las respuestas, no permite realizar un análisis estadístico para cuantificar las diferencias entre la primera y la segunda ola.

Consideramos razonable evaluar las diferencias entre las UCI participantes con el fin de objetivar las barreras actuantes y facilitar estrategias que permitan humanizar el proceso de cuidados, centrándose en los pacientes y sus familias, liberando la visita familiar en un marco de seguridad.

Christian A. Casabella Garcia, Fernando Pálizas (h), María Emilia Guantay, Agustina P. Ruiz, Carla D. Garay
Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Médico Integral Fitz Roy, Buenos Aires, Argentina
email:chcasabella@gmail.com

1. Casabella Garcia Ch, Pálizas F, Solano Rueda C, Guantay ME, Garay CD. Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. *Medicina (B Aires)* 2020; 80 Suppl 6: 119-20.
2. Diario La Nación. En: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-registro-intimo-agonia-soledad-entierros-escondidas-nid2365443/>; consultado junio 2021.
3. Pun BT, Badenes R, Heras La Calle G, et al. Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): a multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 239-50.
4. Kleinpell R, Zimmerman J, Vermoch K, et al. Promoting family engagement in the ICU: Experience from a National Collaborative of 63 ICUs* *Crit Care Med* 2019; 47: 1692-8.
5. Jaber AA, Zamani F, Nadimi AE, Bonabi TN. Effect of family presence during teaching rounds on patient's anxiety and satisfaction in cardiac intensive care unit: A double-blind randomized controlled trial. *J Educ Health Promot.* 2020; 30: 22.
6. Downar J, Sinuff T, Kalocsai C, et al. A qualitative study of bereaved family members with complicated grief following a death in the intensive care unit. *Can J Anaesth.* 2020; 67: 685-93.
7. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, et al: Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 202: 1388-98.
8. Protocolo para el acompañamiento a pacientes críticos en final de vida en contexto de pandemia COVID-29. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2020. En: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/protocolo_para_acompanamiento_a_pacientes_sud.pdf; consultado julio 2021.
9. Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19. Ministerio de Salud Argentina. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacientes_covid.pdf; consultado julio 2021.