

CARTA A LA EDITORA

En respuesta a «Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI»



In response to “Intensive care nurse perspectives on open visiting in an ICU”

Sra. Editora:

Recientemente se ha publicado en esta revista el trabajo titulado «Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI», de Alonso Rodríguez et al.¹. Los horarios de visitas abiertos se enmarcan en el cambio de modelo que está produciéndose en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en que el foco de atención se desplaza de la tecnología al paciente. En este contexto, empiezan a flexibilizarse los horarios de visitas, aunque hay todavía pocos servicios en los que se ha implementado lo que se conoce como puertas abiertas², y la información al respecto es escasa.

El artículo aporta información de gran interés ya que muestra la opinión de los profesionales de una unidad con experiencia con un horario de visitas ampliado. El estudio concluye que la mayoría de los profesionales tienen una opinión negativa hacia la política de puertas abiertas, aunque admiten que puede resultar beneficiosa para el paciente y la familia.

¿Se corresponden estos resultados con la mayoría de las unidades de nuestro entorno en la actualidad?

En nuestra unidad (UCI Hospital del Mar, Barcelona) se implantó en diciembre del 2019 un régimen de visitas abierto, en el que una persona puede permanecer con el paciente las 24 h si lo desea, además de 2 turnos de 2 h mañana y tarde para otros 2 acompañantes. Desafortunadamente, en marzo del 2020 este horario se vio interrumpido por la COVID-19. La situación que todos hemos vivido con la ausencia de familiares en las unidades nos ha hecho ser aún más conscientes de su importancia.

Antes de iniciar este horario se pulsó la opinión de todo el personal sanitario de la unidad (enfermeras, TCAE, médicos, fisioterapeutas, camilleros) con una encuesta informal, según la cual la mayoría (69%) de profesionales estaba de acuerdo en implantarla, al considerarla beneficiosa tanto para el paciente como para la familia. Sin embargo, y coincidiendo con los datos del estudio de Alonso Rodríguez et al.¹, opinaban que la presencia de la familia supone un aumento de la carga de trabajo y que podría crear proble-

mas de intimidad para los pacientes, así como de espacio en las habitaciones.

Todo esto nos lleva a plantearnos algunas reflexiones.

En primer lugar, que trabajamos en un medio con situaciones emocionales complejas y necesitamos incorporar habilidades de comunicación en nuestra formación tal como Alonso Rodríguez et al.¹ describen. Así conseguiremos mejorar la relación con pacientes y familias, daremos mejor apoyo emocional y aumentaremos nuestra satisfacción profesional.

En segundo lugar, que las UCI fueron diseñadas para facilitar el control y el cuidado del enfermo, pero no su bienestar. Debemos repensar espacios físicos que a la vez que faciliten nuestro trabajo sean agradables, más espaciosos y permitan preservar la intimidad.

Finalmente, que si asumimos que un horario abierto es beneficioso para el paciente³ y la familia tenemos que poder facilitarlo. Efectivamente, la familia también es objeto de cuidado y, por tanto, supone un aumento de la carga de trabajo. ¿Dejaríamos de proporcionar alguna terapia por ese motivo?

Tras demostrarse que la ratio enfermera/paciente afecta a la mortalidad y a la seguridad de los pacientes⁴, hay que demostrar a los gestores la importancia que esa ratio tiene también en la calidad de los cuidados que proporcionamos de manera, por ejemplo, que el cuidado a la familia no vaya en detrimento del cuidado del paciente. Deberíamos convencerlos (y convencernos) de que los cuidados relacionados con el bienestar emocional de los pacientes y sus familias también son terapia.

Bibliografía

1. Alonso-Rodríguez A, Martínez-Villamea S, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J, Fernández-Menéndez M. Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enferm Intensiva*. 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>.
2. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas: diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015;30:243–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>.
3. Goulart Rosa R, Tonietto TF, Barbosa da Silva, Gutierrez FA, Ascoli AM, Cordeiro-Madeira L, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: A before and after study. *Crit Care Med*. 2017;45:1660–7. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>.
4. Solís Muñoz M. Asociación entre la ratio de enfermería y los desenlaces de los pacientes de UCI.

Estudio multicéntrico. *Enferm Intensiva*. 2016;27:81–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.04.001>.

F. Vela-Cano (RN)*, D. Ruiz-Sánchez (RN), J. Granado-Solano (RN), A. García-Sanz (RN), M. Ortega-Botías (RN) y J. Marín-Corral (PhD)
Servicio de Medicina Intensiva, Hospital del Mar, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: FVela@parcdesalutmar.cat (F. Vela-Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.12.003>

1130-2399/ © 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Higiene bucal con clorhexidina y resistencias bacterianas en los pacientes intubados



Oral hygiene with chlorhexidine and bacterial resistance in intubated patients

Diversos estudios afirman que la cavidad bucal puede ser la puerta de entrada y foco de diseminación de microorganismos potencialmente patógenos. En las Unidades de Cuidados Intensivos las infecciones son muy prevalentes y suponen un importante factor de morbilidad. Entre las infecciones relacionadas con el sistema respiratorio destaca la neumonía asociada al ventilador (NAV). Esta se define como un episodio de neumonía en un paciente intubado que requiere ventilación mecánica invasiva durante al menos 48 h, sin haber sido diagnosticada previamente a la intubación¹.

En los pacientes intubados, se producen cambios microbiológicos en la flora de la cavidad oral, formándose un biofilm específico. Además, se produce un aumento de factores de riesgo como los derivados de la apertura permanente de la cavidad oral y la disminución en la producción de saliva secundaria a la sedación farmacológica. Todo ello contribuye a la sequedad de la mucosa oral favoreciendo la formación de la placa bacteriana, reduciendo así el sistema natural de defensa y aumentando el riesgo de NAV¹.

Es por ello, que en los últimos años se han implantado paquetes de cuidados basados en la evidencia para disminuir la NAV, conocidos como «neumonía zero». Entre alguna de las medidas que incluyen, se encuentra la higiene de la cavidad oral mediante clorhexidina. Sin embargo, recientemente están apareciendo estudios que abordan la posible asociación de la exposición continuada a dosis bajas de clorhexidina con mecanismos de resistencia bacteriana^{2,3}.

Ante la incertidumbre planteada, se decidió realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar la evidencia existente sobre el uso de clorhexidina en la higiene de la cavidad oral y la relación con resistencias bacterianas. Entre los escasos estudios hallados, destaca la revisión bibliográfica publicada por Cieplik et al.² que ha analizado la adquisición de mecanismos de resistencia bacteriana tras la exposición mantenida de clorhexidina en diferentes cepas y especies bacterianas. Sin embargo, los resultados son variables ya que la clorhexidina sigue siendo eficaz como antiséptico, especialmente en la prevención de las infecciones. A su vez, están apareciendo datos que alertan de la tolerancia bacteriana a la clorhexidina e incluso de resistencia cruzada con algunos antibióticos²⁻⁴.

A pesar de ello, no se dispone de estudios específicos que aborden esta posible relación causal, especialmente en pacientes intubados en los que se realiza la higiene oral mediante clorhexidina para prevenir la NAV. Sin embargo, algunos estudios recientes, como el de Klarin et al.⁵ proponen el uso de probióticos como una alternativa eficaz al uso de clorhexidina en la higiene de la cavidad oral en pacientes con ventilación mecánica.

Es por ello, que se presenta esta carta a la editora como una llamada de atención sobre un tema de investigación candente y de actualidad, especialmente para los cuidados de los pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos. Las futuras líneas de investigación deberían centrarse en analizar el uso generalizado de la clorhexidina en la higiene de la cavidad oral para la prevención de la NAV. Además de analizar si su uso mantenido conlleva a una tolerancia bacteriana, así como cuantificar y determinar las posibles resistencias bacterianas cruzadas con algunos antibióticos. Lo que permitirá plantear un estudio comparativo de los beneficios del empleo de la misma y de los riesgos que puede suponer. Para permitir en un futuro incrementar la seguridad del paciente e individualizar los tratamientos de los pacientes para asegurar unos cuidados enfermeros, basados en la mejor evidencia científica disponible.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Da Collina GA, Ratto Tempestini-Horliana AC, Texeira da Silva de DF, Larcher Longo P, Faria Makabe ML, Pavani C. Oral hygiene in intensive care unit patients with photodynamic therapy: study protocol for randomised controlled trial. *Trials*. 2017; 18:385.
2. Cieplik F, Jakobovics NS, Buchalla W, Maisch T, Hellwig E, Al-Ahmad A. Resistance Toward Chlorhexidine in Oral Bacteria – Is There Cause for Concern? *Front Microbiol*. 2019;10:587.
3. Kampf G. Adaptive bacterial response to low level chlorhexidine exposure and its implications for hand hygiene. *Microb Cell*. 2019;6:307–20.
4. Schwarz SR, Hirsch S, Hiergeist A, Kirschneck C, Muehler D, Hiller K-A, et al. Limited antimicrobial efficacy of oral care antiseptics in microcosm biofilms and phenotypic adaptation of bacteria upon repeated exposure. *Clin Oral Investig*. 2021;25: 2939–50.
5. Klarin B, Adolfsson A, Torstensson A, Larsson A. Can probiotics be an alternative to chlorhexidine for oral care in the mechanically ventilated patient? A multicentre, prospective, randomised controlled open trial. *Crit Care*. 2018;22:272.