



ORIGINAL

Encuesta nacional sobre cambios en las políticas de comunicación, visitas y cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos durante las diferentes olas de la pandemia de COVID-19 (estudio COVIFAUCI)



R.J. Fernández-Castillo (PhDc, MSc, RN)^{a,b}, M.D. González-Caro (RN)^{a,*},
F.J. Arroyo-Muñoz (RN)^a y J. Garnacho-Montero (PhD, MD)^a

^a Unidad Clínica de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 29 de noviembre de 2022; aceptado el 11 de abril de 2023

Disponibile en Internet el 18 de septiembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Pandemia;
COVID-19;
Unidades de cuidados
intensivos;
Humanización;
Cuidado familiar;
Visita familiar

Resumen

Introducción: La pandemia derivada de la infección por SARS-CoV-2 propició cambios en los cuidados tanto a familiares como a pacientes de cuidados intensivos durante las diferentes olas de incidencia del virus. La línea de humanización seguida por la mayoría de los hospitales se vio gravemente afectada por las restricciones aplicadas. Como objetivo, planteamos conocer las modificaciones experimentadas durante las diferentes olas de la pandemia por SARS-CoV-2 en España respecto a la política de visitas a los pacientes en UCI, el acompañamiento al final de la vida, y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación entre familiares, pacientes y profesionales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico mediante encuesta a las UCI españolas desde febrero a abril de 2022. Se realizaron métodos de análisis estadísticos a los resultados según lo apropiado. El estudio fue avalado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

Resultados: Respondieron un 29% de las unidades contactadas. Los minutos de visita diarios de los familiares se redujeron drásticamente de 135 (87,5-255) a 45 (25-60) en el 21,2% de las unidades que permitían su acceso, mejorando levemente con el paso de las olas. En el caso de duelo, la permisividad fue mayor, aumentando el uso de las nuevas tecnologías para la comunicación paciente-familia en el caso del 96,5% de las unidades.

Conclusiones: Las familias de los pacientes ingresados en UCI durante las diferentes olas de la pandemia por COVID-19 han experimentado restricciones en las visitas y cambio de la presencialidad por técnicas virtuales de comunicación. Los tiempos de acceso se redujeron a niveles mínimos durante la primera ola, recuperándose con el avance de la pandemia pero sin llegar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolagcaro@gmail.com (M.D. González-Caro).

nunca a los niveles iniciales. A pesar de las soluciones implementadas y la comunicación virtual, los esfuerzos deberían encaminarse a la mejora de los protocolos de humanización de la asistencia sanitaria que permitan el cuidado de familiares y pacientes cualquiera que sea el contexto sanitario.

© 2023 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pandemic;
COVID-19;
Intensive care units;
Humanization;
Family care;
Family visit

National survey on changes in visitation, communication and end-of-life care policies in intensive care units through the different COVID-19 pandemic's waves (COVIFAUCI study)

Abstract

Introduction: The pandemic derived from the SARS-CoV-2 infection led to changes in care for both relatives and intensive care patients during the different waves of incidence of the virus. The line of humanization followed by the majority of the hospitals was seriously affected by the restrictions applied. As an objective, we propose to know the modifications suffered during the different waves of the SARS-CoV-2 pandemic in Spain regarding the policy of visits to patients in the ICU, monitoring at the end of life, and the use of new technologies of communication between family members, patients and professionals.

Methods: Multicenter cross-sectional descriptive study through a survey of Spanish ICUs from February to April 2022. Statistical analysis methods were performed on the results as appropriate. The study was endorsed by the Spanish Society of Intensive Nursing and Coronary Units.

Results: Twenty-nine percent of the units contacted responded. The daily visiting minutes of relatives dropped drastically from 135 (87.5-255) to 45 (25-60) in the 21.2% of units that allowed their access, improving slightly with the passing of the waves. In the case of bereavement, the permissiveness was greater, increasing the use of new technologies for patient-family communication in the case of 96.5% of the units.

Conclusions: The family of patients admitted to the ICU during the different waves of the COVID-19 pandemic have suffered restrictions on visits and a change from face-to-face to virtual communication techniques. Access times were reduced to minimum levels during the first wave, recovering with the advance of the pandemic but never reaching initial levels. Despite the implemented solutions and virtual communication, efforts should be directed towards improving the protocols for the humanization of healthcare that allow caring for families and patients whatever the healthcare context.

© 2023 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Qué se conoce

La pandemia por COVID-19, en sus diferentes olas, tanto a nivel nacional como mundial, ha frenado el desarrollo de políticas de calidad y humanización en las unidades de cuidados intensivos, mermando la satisfacción de pacientes y familiares.

Qué aporta

Con el estudio COVIFAUCI perseguimos mapear cómo han evolucionado las restricciones en cuanto al acceso de la visita, el uso de nuevas tecnologías de la comunicación y los cuidados en duelo a lo largo de las primeras 4 olas de la pandemia en España.

Implicaciones del estudio

Con la aportación de este estudio se podría ayudar en investigaciones futuras con respecto a la realización de estrategias y protocolos adaptativos de humanización de la asistencia para futuras contingencias sanitarias, ayudando a gestores y enfermeras asistenciales a desarrollar su labor de una forma optimizada sin importar el contexto de salud.

Introducción

En la última década se ha propiciado la participación de los familiares en la atención y cuidado de los enfermos críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos

(UCI)¹, dado que son múltiples los beneficios descritos por la literatura para sendos componentes². Por esto, se ha fomentado la creación de las llamadas «UCI de Puertas Abiertas»³, abogando por una normativa de visitas adaptada a las necesidades de los pacientes (flexibilidad horaria, inclusión de la infancia y acompañamiento en el duelo), retirada de barreras innecesarias, salvaguarda del principio de autonomía y facilitación de la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales⁴. Diferentes estudios demuestran el beneficio de la apertura de las UCI, habiéndose descrito un aumento en la satisfacción de los enfermos, así como una reducción de la incidencia y duración de los episodios de delirium^{5,6}. Del mismo modo, una UCI abierta con profesionales formados en su funcionamiento puede reducir el riesgo de desarrollar complicaciones psicológicas en el paciente y su familia⁷. El proceso de información a los familiares también es crucial, habiéndose identificado como una de las principales demandas la necesidad de recibir más información por parte de los profesionales, seguida de la necesidad de proximidad con su familiar enfermo^{8,9}. Además, en contextos tan delicados como la etapa de final de la vida, las unidades deben disponer de protocolos específicos de atención al paciente con esta situación, garantizando a los familiares la posibilidad de despedida y duelo de sus seres queridos^{10,11}.

En este sentido, existen líneas de investigación como el «Proyecto HU-CI», cuyo objetivo es humanizar los cuidados intensivos, sirviendo de foro para pacientes y profesionales, acercando la UCI a la población e incentivando la formación en habilidades de humanización¹². La COVID-19 ocasionó una crisis sanitaria de magnitudes no conocidas en la era moderna que obligó a incrementar rápidamente el número de camas de UCI, siendo necesaria, especialmente en las primeras olas, la incorporación de personal no siempre entrenado en la atención y cuidado del paciente crítico¹³. Esto cambió de forma sustancial la forma en que los profesionales sanitarios se comunicaban con los pacientes, que debían permanecer largos periodos en estricto aislamiento y sin poder recibir visitas¹⁴. En todo el mundo, se introdujeron restricciones en el acceso para acompañar a los pacientes hospitalizados tanto en plantas convencionales como en UCI, para protegerlos a ellos, al personal sanitario y a los visitantes, tratando de disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad^{15,16}. En muchos casos solo se permitía la visita a un número muy reducido de familiares cercanos en la etapa final de la vida y, en muchas ocasiones, ni siquiera en dicho momento, impidiendo por tanto que el paciente fuera acompañado en este contexto tan especial. Tales restricciones causaron angustia significativa a los pacientes, familiares y al personal que los atendía^{17,18}.

Hasta el momento, existe poca literatura científica que analice cómo la pandemia modificó la política de visitas en UCI, la información a los familiares y las prácticas del cuidado enfermero al final de la vida, restringiéndose esta información a lo ocurrido al principio de la pandemia (primera y segunda ola). Por tanto, el objetivo de este estudio es conocer las modificaciones experimentadas durante las diferentes olas de la pandemia por SARS-CoV-2 en España respecto a la política de visitas a los pacientes en UCI en general, específicamente en el acompañamiento al final de la vida, y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación entre familiares, pacientes y profesionales.

Material y métodos

Diseño, ámbito y participantes

Se realizó una encuesta nacional transversal, cuyo proyecto fue avalado previa evaluación por el panel de expertos que componen el Comité Científico de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

Los criterios de inclusión para la captación de UCI como potenciales participantes fueron: a) unidades con una capacidad de ingreso de más de 10 camas; b) que ingresen pacientes de edad igual o superior a los 18 años (unidades de adultos); c) unidades que existieran con anterioridad a la pandemia y que no hayan sido creadas por ese motivo, y d) unidades pertenecientes a hospitales del sistema sanitario tanto público como privado de España.

Instrumento de recogida de la información

Se elaboró un cuestionario (material S1) que incluía preguntas con respuesta múltiple y/o respuesta abierta. El inicio de la encuesta estuvo compuesto por 11 preguntas relativas a las características de la unidad participante: categoría laboral del encuestado, tipo de hospital, financiación pública o privada, pertenencia a red universitaria (hospital universitario) y número de camas del hospital y de la UCI en particular. Seguidamente, se realizaban 21 preguntas organizadas en 3 apartados según la temática en la que se pueden agrupar: a) datos relativos a los cambios en la política de visitas por parte de los familiares en general; b) resultados concernientes a la evolución de las rutinas en cuanto a las visitas de familiares en el acompañamiento al final de la vida; c) datos referidos al uso de las nuevas tecnologías en la comunicación de los familiares con los pacientes ingresados.

Estas últimas preguntas se realizaron en 5 periodos, coincidentes con distintos momentos de la pandemia por COVID-19: prepandemia (diciembre 2019), primera ola de la pandemia (marzo-junio 2020), segunda ola (septiembre-diciembre 2020), tercera ola (enero-marzo 2021) y cuarta ola (abril-junio 2021).

Difusión de la encuesta

Desde la Secretaría de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias se envió un correo electrónico el 7 de febrero de 2022 a todas las UCI cuyos datos se encontraban recogidos en el registro de unidades en esa fecha en dicha Secretaría. Dicho envío se remitió a enfermeras jefas de bloque, supervisoras de enfermería o enfermeras asistenciales de las UCI, anexando una carta de presentación donde se explicaba el proyecto de forma sintética y sus objetivos. El correo contenía un enlace a Google Forms que daba acceso a la encuesta. Mediante sucesivos correos electrónicos enviados por el equipo investigador se incentivó la participación y se solucionaron las dudas planteadas. Finalmente, el 15 de abril de 2022 se dio por terminada la recogida de datos. Si se encontraban encuestas duplicadas, siempre se tuvo en cuenta la contestada por el cargo superior jerárquicamente.

Análisis de los datos

Los resultados de la presente encuesta se reportan siguiendo las directrices del documento *Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies*¹⁹.

Los datos se presentan como número absoluto y porcentaje en el caso de variables cuantitativas, y como medianas con rango intercuartílico en el caso de las variables continuas. Tras el análisis de la normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Shapiro-Wilk, se empleó la prueba de la chi-cuadrado en el caso de variables cualitativas, siendo en variables cuantitativas la U de Mann-Whitney o la t de Student las pruebas de elección según se precisó. El objeto fue comparar los periodos de análisis anteriormente definidos. Se consideró estadísticamente significativo si la $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos estuvo apoyado por el uso del software específico SPSS® en su versión 25 (IBM Corp., SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). Este fue realizado por el investigador principal del proyecto, realizándose un reanálisis comprobatorio por el investigador senior.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de los hospitales universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla (Código interno: 1195-N-21). Los aspectos éticos del estudio, el manejo anónimo de los datos y los derechos de los participantes fueron pormenorizados en la carta de invitación enviada a las UCI previamente al inicio de la recogida de la información. Todos los datos obtenidos se han manejado anónimamente para salvaguardar la confidencialidad de estos, garantizándose mediante códigos encriptados asociados a cada una de las UCI incluidas e impidiendo la identificación absoluta de las mismas. Los datos son custodiados por el investigador principal, siendo destruidos una vez no sean necesarios para la difusión de los resultados del estudio.

Resultados

De las 179 UCI contactadas mediante los métodos mencionados, se obtuvieron un total de 57 encuestas, que tras la eliminación de las duplicadas quedaron en 52, obteniendo una tasa de respuesta del 29%.

La distribución por provincias de las UCI participantes se muestra en la [figura 1](#). La supervisión de enfermería fue la encargada de responder la encuesta en 45 ocasiones (86,5%), seguida de las enfermeras de UCI y la coordinación de cuidados en 6 (11,5%) y una (1,9%) ocasiones, respectivamente. Los hospitales fueron públicos en un 82,7%, y un 90,4% eran hospitales universitarios. Finalmente, 9 (17,3%) hospitales fueron de primer nivel, 23 (44,2%) de segundo nivel y 20 (38,5%) de tercer nivel. La mediana de camas de los hospitales antes de la pandemia fue de 392,5 (210-687,5). El número de camas de UCI casi se duplicó comparando el estado de prepandemia y las diferentes olas, con significación estadística ([tabla 1](#)), siendo un total de 1.334 las camas incluidas en el estudio y llegando a 1.664 en la ola con más ingresos.

Política de visitas en general

En estado de prepandemia, 24 de las unidades participantes (46,2%) tenían una política de visitas ampliada. Todas las unidades permitían el paso de los familiares para visitar a los pacientes, existiendo una UCI con solo una visita al día, 20 con 2 visitas, 18 con 3, 4 con 4 y 9 con 5 o más visitas.

En la primera ola, en 41 de las unidades (78,8%) no se permitió el acceso de familiares a los pacientes COVID-19 y en 27 unidades (51,9%) no era posible el acceso cuando el paciente estaba ingresado por enfermedad diferente a la COVID-19. El número de unidades que no permitían el acceso se redujo en las diferentes olas de forma significativa tanto para pacientes COVID-19 como para pacientes con otras enfermedades, como se muestra en la [tabla 1](#). En la cuarta ola (abril-junio 2021), 23 (44,2%) de las unidades encuestadas no permitían el acceso de familiares para visitar a los pacientes ingresados por COVID-19 y 5 UCI no permitían el acceso incluso a los familiares de los pacientes ingresados por otra enfermedad.

En cuanto al tiempo de visita en la prepandemia, este se redujo de forma drástica y estadísticamente significativa de una mediana de 135 a 0 min en caso de pacientes COVID y 30 min en pacientes no COVID. Esto se revirtió de forma paulatina, volviendo a aumentar de forma discreta conforme avanzaron las olas, siempre siendo más favorable en el caso de pacientes no COVID.

Con respecto a la rotación/intercambio de familiares en la visita, estaba permitida en el 86,5% de las unidades, pasando a ser posible solo en una unidad (1,9%) cuando se trataba de pacientes COVID-19 y en 2 unidades (3,8%) en pacientes no COVID-19 ($p < 0,01$), ambas proporciones respecto al estado prepandemia. En la cuarta ola se permitía la rotación/intercambio en 11 unidades (21,2%) cuando se trataba de pacientes no COVID-19 y solo en 4 (7,7%) en caso de COVID-19.

Por otro lado, con respecto al acceso a las habitaciones por parte de la familia para la visita del paciente ingresado por COVID-19, solo estaba permitido en 5 de las unidades (9,6%), ascendiendo progresivamente esta cifra hasta el 46,2% en la cuarta ola. En el caso de ingreso por causa distinta a la COVID-19, estos porcentajes eran superiores, teniendo que vestir el familiar que accedía un equipo de protección individual en el 17,3% de las unidades en la primera ola, en el 25% en la segunda, en el 23,1% en la tercera y en el 28,8% en la cuarta.

Política de visitas en situación de duelo o estado terminal

En el caso específico de las visitas y/o acompañamiento al paciente en estado de últimos días, antes del estado de pandemia, en todos los casos se permitía el acceso de los familiares a la habitación de este, siendo posible en 35 hospitales de los 52 encuestados (67,3%) la presencia de 4 o más personas en esos momentos.

En la primera ola, se permitió el acceso de los familiares en situación de duelo en caso de paciente no COVID en el 75% de las unidades y en el 59,6% de los casos en el paciente COVID-19 ($p = 0,09$). En las sucesivas olas, como se muestra en la [tabla 2](#), se permitía el acceso al duelo en caso de



Figura 1 Distribución de UCI que respondieron a la encuesta por comunidad autónoma. Las cifras se muestran como número (porcentaje).

paciente no COVID-19 en más del 90% de las unidades que participaron ($p < 0,05$ respecto a la primera ola). En caso de paciente COVID-19, el porcentaje ascendió al 84,6% en la segunda y tercera ola y al 92,3% en la cuarta ($p < 0,05$ respecto a la primera ola). Hay que resaltar que, en la cuarta ola, aún no se permitía el paso de los familiares en caso de pacientes en situación del final de la vida en 2 unidades en caso de paciente no COVID-19 y en 4 en el caso de paciente COVID-19.

Aunque 31 unidades permitían el acceso a los familiares de pacientes COVID-19 en la primera ola, solo 26 permitían el acceso al interior de la habitación. En el caso de pacientes no COVID-19, 37 de 39 unidades permitían el acceso al interior.

Comunicación con los familiares y uso de las nuevas tecnologías

En la [tabla 3](#) se muestran los datos relativos a la información de los familiares sobre el estado de los pacientes, así como la forma de comunicación y el uso de las nuevas tecnologías a este respecto. El número de veces que se contacta con los familiares por parte del personal sanitario no varía a lo largo de las olas, siendo en una única ocasión en un 88,4% de los hospitales encuestados.

El uso de nuevas tecnologías aumentó de forma significativa con la pandemia, pasando de ser usadas en el 59,6% de las unidades antes de la pandemia al 96,2% en la primera, segunda y tercera olas ($p < 0,001$). Así mismo, se utilizaron preferentemente los teléfonos móviles de los

familiares/pacientes en el estado prepandémico, pasando a ser en un 20% de las ocasiones durante la pandemia otros dispositivos dedicados exclusivamente a esto o una combinación de ambos. No hubo cambios respecto a la organización de los contactos, donde primaron las citas organizadas por el personal a petición del familiar/paciente o sin citación previa. El empleo de contactos virtuales entre pacientes y familiares se incrementó de forma significativa si lo comparamos con la prepandemia, manteniéndose estables los porcentajes de uso a lo largo de las 4 olas ([tabla 3](#)).

Discusión

Nuestro estudio pone de manifiesto cómo durante la primera ola de la pandemia causada por el SARS-CoV-2 se restringieron sustancialmente las visitas, siendo por igual tanto para los pacientes ingresados por COVID-19 como para los ingresados por otro motivo. Hay que resaltar que aunque esta tendencia se redujo, en la cuarta ola aún no se había vuelto a la situación previa, no siendo posible en algunas unidades el acceso de los familiares incluso a pacientes ingresados por enfermedad no COVID.

La humanización de la asistencia sanitaria es si cabe más importante cuando se trata de pacientes críticamente enfermos²⁰. La restricción de visitas a pacientes COVID y no COVID ha sido un hecho generalizado en todo el mundo²¹. Sin embargo, según nuestros datos, España fue menos limitante que otros países, siendo de un 84% las UCI que prohibieron el acceso en la primera ola a nivel mundial (66% en el caso

Tabla 1 Política de visitas general durante las diferentes olas por COVID-19

	Prepandemia	1. ^a ola	2. ^a ola	3. ^a ola	4. ^a ola
<i>Número de camas de UCI</i>	18 (8-19)	32 (12-45)*	30 (16-41)*	30 (16-42,5)*	20 (15,5-38,5)*
<i>Tiempo visita pacientes no COVID (min/día)</i>	135 (87,5-255)	0 (0-60)	30 (20-60)	30 (5-60)	60 (30-60)
<i>Tiempo visita pacientes COVID (min/día)</i>	N/A	0 (0-30)	0 (0-30)	0 (0-30)	30 (0-60)
<i>Tiempo visita pacientes no COVID (min/día)^a</i>	N/A	45 (25-60)*	45 (25-60)*	45 (25-60)*	45 (25-60)*
<i>Tiempo visita pacientes COVID (min/día)^a</i>	N/A	25 (10-35)*	30 (27,5-60)*	30 (27,5-60)*	30 (30-60)*
<i>Familiares permitidos en cada visita no COVID</i>					
0	0 (0)	27 (51,9)	7 (13,5)	11 (21,2)	5 (9,6)
1	4 (7,7)	23 (44,2)	36 (69,2)	32 (61,5)	33 (63,5)
2	33 (63,5)	2 (3,8)	9 (17,3)	8 (15,4)	13 (25)
3	4 (7,7)				
4 o más	11 (21,1)			1 (1,9)	1 (1,9)
<i>Familiares permitidos en cada visita COVID</i>					
0	N/A	41 (78,8)	27 (51,9)	28 (53,8)	23 (44,2)
1	N/A	11 (21,2)	22 (42,3)	19 (36,5)	24 (46,2)
2	N/A		3 (5,8)	5 (9,6)	5 (9,6)
3	N/A				
4 o más	N/A				
<i>Rotación/intercambio de familiares no COVID</i>					
No	7 (13,5)	50 (96,2)	45 (86,5)	47 (90,4)	41 (78,8)
Sí	45 (86,5)	2 (3,8)	7 (13,5)	5 (9,6)	11 (21,2)
<i>Rotación/intercambio de familiares COVID</i>					
No	N/A	51 (98,1)	49 (94,2)	50 (96,2)	48 (92,3)
Sí	N/A	1 (1,9)	3 (5,8)	2 (3,8)	4 (7,7)
<i>Entrada habitaciones COVID</i>					
Sí, vistiendo el EPI y guiado por la enfermera	N/A	5 (9,6)	15 (28,8)	18 (34,6)	24 (46,2)
<i>Entrada habitaciones no COVID</i>					
Sí, sin vestir EPI	52 (100)	12 (23,1)	29 (55,8)	29 (55,8)	32 (61,5)
Sí, vistiendo el EPI y guiado por la enfermera		9 (17,3)	13 (25)	12 (23,1)	15 (28,8)

Los datos aparecen como mediana (P25-P75) en el caso de cifras continuas y como número (porcentaje) en el caso de cifras discretas.; EPI: equipo de protección individual; N/A: no aplica; UCI: unidad de cuidados intensivos.

^a Solo se analizan las unidades que no habían suspendido las visitas.

* $p < 0,001$.

de pacientes no COVID)²² o del 96% en el caso de las UCI italianas²³. En Reino Unido, por otro lado, solo se denegó el acceso a cualquier persona externa en el 22% de las UCI²⁴, siendo Escandinavia incluso más liberal, con solo un 7% de prohibición total²⁵.

Esta restricción de visitas estuvo en consonancia con el Plan de Contingencia elaborado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias y la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, en el que se recomendaba disminuir al mínimo imprescindible el acompañamiento de los pacientes, padecieran o no la COVID-19, debido al elevado riesgo de contagio para toda la población durante la primera ola de la pandemia y a la escasez de equipos de protección individual¹⁶. Sin embargo, pronto diversas sociedades científicas y líderes de opinión emitieron documentos en los que se instaba a «reabrir» las UCI a los familiares y permitir el acompañamiento de los pacientes^{14,26,27}.

Aunque esta tendencia limitante se redujo en las sucesivas olas, un año y medio después del inicio de la pandemia, en 5 unidades no se permitía aún el acceso de familiares para visitar a pacientes no COVID y en hasta 23 no se podía acceder a la unidad para visitar enfermos con COVID. Añadido a esto, encontramos que el intercambio de familiares que estaba permitido antes de la pandemia en más del 85% de las unidades participantes solo se permitía en la cuarta ola en un 7,7% cuando se trataba de pacientes COVID-19 y en un 21% cuando el paciente había ingresado por una enfermedad diferente. La escasez de equipos de protección individual fue una razón para la restricción de visitas en la primera ola, lo cual no podía argumentarse como motivo en las siguientes olas, en las que no existía esta escasez de equipos. En la encuesta de Langer et al. se describió cómo un 63% de las unidades solo dejaba acceder a un único familiar sin posibilidad de rotación²³. Esto se contrapone con evidencia publicada, donde se reafirma que visitar la UCI durante la pandemia reduce la ansiedad en los familiares de pacien-

Tabla 2 Política de visitas en atención al duelo o final de la vida

	Prepandemia	1. ^a ola	2. ^a ola	3. ^a ola	4. ^a ola
<i>¿Se permitía el paso de los familiares a la UCI para duelo de paciente no COVID?</i>					
No	0 (0)	13 (25)	4 (7,7)*	5 (9,6)*	2 (3,8)*
Sí	52 (100)	39 (75)	48 (92,3)	47 (90,4)	50 (96,2)
<i>¿Cuántos familiares podían entrar a la UCI en el duelo de paciente no COVID?</i>					
0	0 (0)	13 (25)	4 (7,7)	5 (9,6)	2 (3,8)
1	0 (0)	6 (11,5)	9 (17,3)	5 (9,6)	4 (7,7)
2	5 (9,6)	17 (32,7)	18 (34,6)	12 (23,1)	16 (30,8)
3	12 (23,1)	5 (9,6)	7 (13,5)	9 (17,3)	9 (17,3)
4 o más	35 (67,3)	11 (21,2)	14 (34,6)	21 (40,4)	21 (40,4)
<i>¿Se permitía la entrada de los familiares a la habitación junto al paciente no COVID en situación de duelo?</i>					
No, solamente su visión a través de ventana/cristal	0 (0)	2 (3,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sí, sin vestir EPI	52 (100)	23 (44,2)	33 (63,5)	30 (57,7)	32 (61,5)
Sí, vistiendo el EPI y guiado por la enfermera	0 (0)	14 (26,9)	15 (28,8)	17 (32,7)	18 (34,6)
<i>¿Se permitía el paso de los familiares a la UCI para duelo de paciente COVID?</i>					
No	N/A	21 (40,4)	8 (15,4)	8 (15,4)	4 (7,7)
Sí	N/A	31 (59,6)	44 (84,6)	44 (84,6)	48 (92,3)
<i>¿Cuántos familiares podían entrar a la UCI en el duelo de paciente COVID?</i>					
0	N/A	21 (40,4)	8 (15,4)	8 (15,4)	4 (7,7)
1	N/A	8 (15,4)	10 (19,2)	8 (15,4)	8 (15,4)
2	N/A	15 (28,8)	15 (28,8)	16 (30,8)	16 (30,8)
3	N/A	5 (9,6)	10 (19,2)	10 (19,2)	13 (25)
4 o más	N/A	3 (5,7)	9 (17,3)	10 (19,2)	11 (21,2)
<i>¿Se permitía la entrada de los familiares a la habitación junto al paciente COVID en situación de duelo?</i>					
Sí, vistiendo el EPI y guiado por la enfermera	N/A	26 (50)	41 (78,8)	40 (76,9)	46 (88,5)

Los datos se presentan como número (porcentaje) o mediana (P25-P75).

EPI: equipo de protección individual; N/A: no aplica; UCI: unidad de cuidados intensivos.

* p < 0,05 respecto a la primera ola.

tes ingresados²⁸. De igual forma, la apertura de las UCI no supuso un aumento de las infecciones por COVID-19, ni entre el personal sanitario ni entre los allegados que participaban de la visita a los pacientes²⁹. Además, la visita familiar estuvo relacionada durante la primera ola con menos riesgo de delirio asociado al ingreso³⁰. De hecho, otros estudios indican que es necesario el acceso de varios familiares (a la vez o de forma individualizada) y, si no fuera posible, priorizar aquellos que más se benefician de la visita³¹. Además, en ciertos contextos se observó que el hecho de asignar un familiar responsable provocaba gran estrés al mismo y al resto de la familia, por lo que se recomienda la rotación entre varias personas³².

Respecto a los cuidados al final de la vida, la pandemia también tuvo un impacto importante, reduciendo los tiempos de visita y las formas de acceso a las UCI en sí. Todo esto desembocó en que las enfermeras no se vieran capaces de proporcionar buenos cuidados en etapas de necesidad o terminales³³, incrementando la carga de trabajo al tener que «reinventar» la forma de prestar cuidados a la familia durante el duelo³⁴. Así, en la primera ola, existieron un 40% de unidades que no permitían el acceso en situación de duelo COVID, situación que se fue revirtiendo en posteriores olas. En el Reino Unido, esto ocurrió en un 47% de los casos, con una duración máxima de la visita de 15 min²⁴. En la encuesta multicéntrica de Tabah et al. se expuso que las restricciones fueron mucho más liberales en este contexto, donde el 67% de las UCI encuestadas exponían el estado terminal del paciente como un motivo para anular la

restricción de la visita²². En Dinamarca y Noruega, las prohibiciones ocurrieron hasta en un 40% de las unidades pese al mal estado del paciente, y en Suecia, solo se permitía acceder a los familiares de pacientes en situación de duelo en un 70% de los casos, decisión tomada entre el médico y la enfermera²⁵. Para paliar esta problemática, Xu et al. recomendaron permitir el tiempo necesario a la familia en situación de duelo, recalando que la falta de familiares en este contexto es una barrera del cuidado enfermero³⁵. De hecho, las enfermeras tuvieron que adoptar el rol de familiares en determinados contextos paliativos³⁶, utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación para intentar disminuir el estrés de aquellos³⁷.

Finalmente, respecto a los contactos virtuales, su implementación aumentó con la restricción de las visitas hasta un 96,2%, favoreciendo el uso de dispositivos electrónicos dedicados a tal efecto y gestionados por parte del personal sanitario. Este porcentaje fue menor según el estudio COVISIT a nivel mundial, con un 63% de disponibilidad de media en los 14 países encuestados. Sin embargo, coincidimos en la protocolización de los contactos, siendo en ambos casos de un 14%²². En un 40% de las unidades, se usaron dispositivos exclusivos para los contactos virtuales como tabletas u ordenadores, mientras que en un estudio de Canadá se empleaban cámaras instaladas en las habitaciones³⁸, existiendo una enfermera responsable de la realización de las videoconferencias³⁹. Los contactos virtuales pasaron de no realizarse nunca o casi nunca en estado de prepandemia a llevarse a cabo diariamente o

Tabla 3 Rutinas en el uso de las nuevas tecnologías

	Prepandemia	1. ^a ola	2. ^a ola	3. ^a ola	4. ^a ola
<i>¿Se realizaban contactos virtuales entre paciente y familia?</i>					
No	21 (40,4)	2 (3,8)	2 (3,8)	2 (3,8)	3 (5,8)
Sí	31 (59,6)	50 (96,2)*	50 (96,2)*	50 (96,2)*	49 (94,2)*
<i>¿Qué dispositivo se utilizó preferentemente?</i>					
Dispositivos dedicados a las visitas virtuales (p. ej. tabletas, ordenadores) no dedicados a otro fin	1 (1,9)	21 (40,4)	20 (38,5)	20 (38,5)	18 (34,6)
Teléfono móvil de paciente/familiar	23 (44,2)	3 (5,8)	4 (7,7)	6 (11,5)	5 (9,6)
Teléfono móvil del personal sanitario	2 (3,8)	3 (5,8)	4 (7,7)	3 (5,8)	5 (9,6)
Más de uno de los anteriores	5 (9,6)	23 (44,2)	22 (42,3)	21 (40,4)	22 (42,3)
No se usaban	21 (40,4)	2 (3,8)	2 (3,8)	2 (3,8)	3 (5,8)
<i>¿Cómo se organizaban los contactos virtuales?</i>					
Citas organizadas por el personal a petición del paciente/familiar	10 (19,2)	10 (19,2)	14 (26,9)	15 (28,8)	11 (21,2)
Citas organizadas por el personal a petición del profesional	1 (1,9)	4 (7,7)	4 (7,7)	1 (1,9)	2 (3,8)
Citas organizadas por el personal y ofertadas de forma protocolizada	1 (1,9)	8 (15,4)	7 (13,5)	8 (15,4)	7 (13,5)
Sin cita a petición de los familiares/ paciente	16 (30,8)	13 (25)	12 (23,1)	12 (23,07)	15 (28,8)
Más de uno de los anteriores	3 (5,8)	15 (28,8)	13 (25)	14 (26,9)	15 (28,8)
No se hacían	21 (40,4)	2 (3,8)	2 (3,8)	2 (3,8)	3 (5,8)
<i>¿Cada cuánto se usaban las nuevas tecnologías para comunicarse?</i>					
Nunca	21 (40,4)	2 (3,8)	2 (3,8)	2 (3,8)	3 (5,8)
Casi nunca	9 (17,3)	2 (3,8)	3 (5,8)	6 (11,5)	4 (7,7)
En muchas ocasiones a la semana	15 (28,8)	17 (32,7)	17 (32,7)	16 (30,8)	18 (34,6)
Diariamente	7 (13,5)	31 (59,6)	30 (57,7)	28 (53,8)	28 (53,8)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

* $p < 0,05$ respecto a la primera ola.

en muchas ocasiones a la semana en más de un 80% de los casos. Durante la pandemia, las videollamadas se consideraron una ventana del paciente a su hogar^{40,41}, pero requirieron una preparación técnica y emocional por parte de la familia y el personal sanitario que, en muchas ocasiones, desembocaron en problemas en la atención⁴². En Reino Unido, muchos familiares se mostraron ciertamente preocupados, pues no querían molestar llamando, siendo necesarias estrategias de visita familiar adaptadas, accesibles y flexibles⁴³. Por otro lado, el estudio de Zante et al. expone que, en Suiza, la política de visitas virtuales no redujo la aparición de síntomas de trastorno de estrés post-traumático en los familiares de pacientes ingresados, por lo que en ningún caso se puede considerar el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación un sustituto absoluto de la presencialidad⁴⁴.

La principal limitación de nuestro estudio radica en la relativa baja tasa de respuesta por parte de las UCI contactadas, si bien eran mayoritariamente unidades con un elevado número de camas y, por tanto, de ingresos. Puede, además, haber ocurrido que respondieran aquellas unidades más sensibilizadas con la humanización de los cuidados en la

pandemia. Tampoco pudimos realizar comparaciones entre hospitales según el tipo de financiación, dada la baja tasa de respuesta a la encuesta. Como fortaleza, hay que destacar que hasta el momento no hay información publicada respecto a cómo modificó la pandemia los aspectos claves de la humanización de los cuidados y cómo evolucionó en las sucesivas olas en España.

Conclusiones

La familia de los pacientes ingresados en UCI durante las diferentes olas de la pandemia por COVID-19 han visto mermodos sus derechos, con restricciones en las visitas y cambio de la presencialidad por técnicas virtuales de comunicación. A pesar de las soluciones implementadas y la comunicación virtual, los esfuerzos deberían encaminarse a la mejora de los protocolos de humanización de la asistencia sanitaria que permitan el cuidado de familiares y pacientes cualquiera que sea el contexto sanitario, favoreciendo las visitas de los mismos, fomentando el acompañamiento en situaciones de duelo y atendiendo la salud mental de los profesionales implicados.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses competitivos financieros o relaciones personales que pudieran haber influido en los resultados del manuscrito enviado.

Agradecimientos

A todas las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos españolas que han dedicado su tiempo a cumplimentar la encuesta y, en particular, a la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias por avalar este proyecto y darle la oportuna difusión.

Bibliografía

- Aliberch-Raurell AM, Miquel-Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015;26:101–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.001>.
- Engström A, Söderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs*. 2007;16:1651–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01520>.
- De Ríos-Briz N. Open-door Intensive Care Units: Are the professionals ready? *Enferm Intensiva*. 2017;28:187, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2017.10.004>.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;56:102763.
- Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, Al Jahdali H, Tamim H, Alsafi E, et al. Family satisfaction in critical care units: Does an open visiting hours policy have an impact? *J Patient Saf*. 2017;13:169–74.
- Riccioni L, Ajmone-Cat CA, Rogante S, Ranaldi G. New roles for health-care workers in the open ICU. *Trends Anaesth Crit Care*. 2014;4:182–5.
- Pardavila-Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23:51–67.
- Santana L, Ramírez A, García M, Sánchez M, Martín JC, Hernández E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57–61.
- Regaira-Martínez E, García-Vivar C. El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. *Enferm Intensiva*. 2021;32:18–36.
- 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*. 2021;32:62–72.
- Calle GH, Lallemand CZ. HUCI is written with H as in HUMAN. *Enferm Intensiva*. 2014;25:123–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.11.001>.
- Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC. An ethics crisis within the health crisis due to COVID-19. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2021;45:563–5.
- Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Estany-Gestal A, Rodríguez-Núñez A, Latour JM. Impact of different visiting policies on family satisfaction in two Spanish ICUs before and during COVID-19. *Intensive Care Med*. 2021;47:1165–6.
- Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim CM, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Challenges and recommendations. *Lancet Respir Med [Internet]*. 2020;8:506–17 [consultado 28 Oct 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272080/>
- Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos-Ortega A, Catalán-González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva [Internet]*. 2020;44:363–70 [consultado 28 Oct 2022]. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/ARTÍCULOESPECIAL>
- Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2021;26:397–406.
- Suh J, Na S, Jung S, Kim KH, Choo S, Choi JY, et al. Family caregivers' responses to a visitation restriction policy at a Korean surgical intensive care unit before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Hear Lung*. 2023;57:59–64.
- Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, et al. A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *J Gen Intern Med*. 2021;36:3179–87, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>.
- Nin Vaeza N, Martín Delgado MC, Heras la Calle G. Humanizing intensive care: Toward a human-centered care ICU model. *Crit Care Med*. 2020;48:385–90, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191>.
- Moss SJ, Krewulak KD, Stelfox HT, Ahmed SB, Anglin MC, Bagshaw SM, et al. Restricted visitation policies in acute care settings during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Crit Care*. 2021;25:347, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-021-03763-7>.
- Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, et al. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. *J Crit Care*. 2022;71:154050.
- Langer T, Depalo FC, Forlini C, Landini S, Mezzetti A, Previtali P, et al. Communication and visiting policies in Italian intensive care units during the first COVID-19 pandemic wave and lockdown: A nationwide survey. *BMC Anesthesiol*. 2022;22:187.
- Boulton AJ, Jordan H, Adams CE, Polgarova P, Morris AC, Arora N. Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: A UK survey. *J Intensive Care Soc*. 2022;23:293–6.
- Jensen HI, Åkerman E, Lind R, Alfheim HB, Frivold G, Fridh I, et al. Conditions and strategies to meet the challenges imposed by the COVID-19-related visiting restrictions in the intensive care unit: A Scandinavian cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;68:103116.
- Yang S, Zhang H, Chen F, Liu C. Allowing family visits during COVID-19 pandemic: A family-centred moderate restrictive visitation programme in an intensive care unit. *Nurs Open [Internet]*. 2022;9:1926–9 [consultado 28 Oct 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1254>

27. Kebapçı A, Türkmen E. The effect of structured virtual patient visits (sVPVs) on COVID-19 patients and relatives' anxiety levels in intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2022;31:2900–9.
28. Bartoli D, Trotta F, Pucciarelli G, Simeone S, Miccolis R, Cappitella C, et al. The lived experiences of family members who visit their relatives in Covid-19 intensive care unit for the first time: A phenomenological study. *Hear Lung.* 2022;54:49–55.
29. De la Rosa-Zamboni D, Adame-Vivanco MJ, Luque-Coqui M, Jaramillo-Esparza CM, Ortega-Riosvelasco F, Reyna-Trinidad I, et al. Allowing access to parents/caregivers into COVID-19 hospitalization areas does not increase infections among health personnel in a pediatric hospital. *Front Pediatr.* 2022;10:896083.
30. Pun BT, Badenes R, Heras la Calle G, Orun OM, Chen W, Raman R, 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.
31. Mistraletti G, Giannini A, Gristina G, Malacarne P, Mazzone D, Cerutti E, et al. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Crit Care [Internet].* 2021;25:191196 [consultado 28 Oct 2022]. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03608-3>
32. Moss SJ, Krewulak KD, Stelfox HT, Patten SB, Doig CJ, Parsons Leigh J, et al. Perspectives from designated family caregivers of critically ill adult patients during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study. *PLoS One.* 2022;17:e0275310.
33. Wendlandt B, Kime M, Carson S. The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;68:103123.
34. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2021;121:104000, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>.
35. Xu D, Luo D, Chen J, Zeng J, Cheng X, Li J, et al. Nurses' perceptions of barriers and supportive behaviors in end-of-life care in the intensive care unit: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2022;21:130.
36. McPeake J, Kentish-Barnes N, Banse E, Anderson L, Cuzco C, Azoulay E, et al. Clinician perceptions of the impact of ICU family visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An international investigation. *Crit Care.* 2023;27:33, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-023-04318-8>.
37. Galazzi A, Binda F, Gambazza S, Cantù F, Colombo E, Adami I, et al. The end of life of patients with COVID-19 in intensive care unit and the stress level on their family members: A cross-sectional study. *Nurs Crit Care.* 2022;28:133–40, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12783>.
38. Fiest KM, Krewulak KD, Jaworska N, Spence KL, Mizen SJ, Baggshaw SM, et al. Impact of restricted visitation policies during COVID-19 on critically ill adults, their families, critical care clinicians, and decision-makers: A qualitative interview study. *Can J Anesth.* 2022;69:1248–59.
39. Krewulak KD, Jaworska N, Spence KL, Mizen SJ, Kupsch S, Stelfox HT, et al. Impact of restricted visitation policies during the first wave of the COVID-19 pandemic on communication between critically ill patients, families, and clinicians: A qualitative interview study. *Ann Am Thorac Soc.* 2022;19:1169–76.
40. Chua CKZ. New strategies to improve communication in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Crit Care.* 2022;26:191.
41. Otte HR, Østergaard D, Meyhoff CS, Clausen NE, Bendixen G, Linderth G. Introducing video calls in an intensive care unit during the COVID-19 lockdown: A qualitative study. *Dan Med J.* 2022;69:A09210717.
42. Rose L, Graham T, Xyrichis A, Pattison N, Metaxa V, Saha S, et al. Family perspectives on facilitators and barriers to the set up and conduct of virtual visiting in intensive care during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2022;72:103264.
43. Jones W, Woolson K, Thomson G. COVID-19 visiting restrictions—Improving communication with relatives. *Int J Clin Pract.* 2021;75:e14456.
44. Zante B, Erne K, Jeitiner MM. Video calls did not reduce PTSD symptoms in relatives during restricted ICU visits in the COVID-19 pandemic. *Sci Rep.* 2022;12:14405.