



REVISIÓN

Repercusión de la restricción de visitas familiares por la pandemia en la evolución clínica del paciente geriátrico hospitalizado

Pilar Sáez-López^{a,b,c}, Elia Pérez Fernandez^d y Ana Belén Arredondo Provecho^{e,f,*}^a Unidad de Geriátría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España^b Registro Nacional de Fracturas de Cadera, España^c Instituto de Investigación IdiPaz, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^d Unidad de Investigación, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España^e Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España^f Universidad Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de diciembre de 2022

Aceptado el 6 de febrero de 2023

On-line el 27 de marzo de 2023

Palabras clave:

Paciente geriátrico

Acompañamiento

Cuidados básicos

Hospitalización

RESUMEN

La restricción de acompañamiento de familiares a pacientes hospitalizados tiene consecuencias para el paciente, la familia y los profesionales. En este estudio nos planteamos como objetivo analizar la opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia familiar en los cuidados y recuperación del paciente geriátrico hospitalizado. Se realizó un estudio descriptivo observacional multicéntrico desarrollado mediante una encuesta dirigida a profesionales de hospitales de Madrid. Respondieron 314 profesionales (43,6% enfermeras, 26,1% auxiliares de enfermería y 15,6% médicos) de diferentes hospitales. El 80% (IC 95%: 75-84%) afirmaron que la restricción de las visitas dificultaba la recuperación del paciente, y el 84% (IC 95%: 80-88%) que los cuidados familiares no se pueden suplir por los profesionales, aunque sí mejorar mediante formación y aumento de personal (91%). El 70% piensan que cuando los pacientes están solos, comen y beben menos, sufren más broncoaspiración y *delirium*, y mayor dificultad para la higiene y la movilización. Los profesionales sanitarios reconocieron que los cuidados que desarrollan los familiares de los pacientes facilitan su recuperación.

© 2023 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Impact of the restriction of family visits due to the pandemic on the clinical evolution of the hospitalized geriatric patient

ABSTRACT

The restriction of family accompaniment of hospitalised patients has consequences for the patient, family and professionals. The aim of this study was to analyse the opinion of healthcare professionals on the family presence in the care and recovery of hospitalised geriatric patients. A descriptive, observational, multicentre study was carried out by means of a survey addressed to professionals from hospitals in Madrid. A total of 314 professionals (43.6% nurses, 26.1% nursing assistants, 15.6% doctors) from different hospitals responded. Eighty percent (95%CI: 75%-84%) stated that the restriction of visits hindered the patient's recovery and 84% (95%CI: 80%-88%) stated that the family care cannot be substituted by professionals, although it can be improved through training and increased staffing (91%). Seventy percent think that when patients are alone, they eat and drink less, suffer more bronchial aspiration and *delirium*, and have greater difficulty in hygiene and mobilisation. Healthcare professionals recognised that the care provided by patients' relatives facilitates their recovery.

© 2023 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Geriatric patient

Companionship

Basic care

Hospitalisation

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abarredondo@saludcastillayleon.es (A.B. Arredondo Provecho).

Introducción

Desde hace años, varias organizaciones internacionales ponen de manifiesto la importancia de la presencia y de la participación de la familia en el cuidado de los pacientes en los centros sanitarios. En EE. UU. y Canadá se han realizado campañas con el eslogan «Mejor juntos», en las que se modifica el concepto de visitante por el de cuidador, reconociendo la mejora que aportan en salud y haciéndoles partícipes de los cuidados de los pacientes¹. Cada vez se dispone de más evidencia respecto al beneficio que aportan en experiencia, calidad y seguridad del cuidado, especialmente en pacientes ancianos^{1–4}.

Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en marzo de 2020, por cuestiones de salud pública, con el fin de garantizar la seguridad del personal, de los pacientes, de las familias y de la comunidad, se limitaron las visitas, el acompañamiento y el cuidado de las familias a sus allegados ingresados en los hospitales y en los centros sociosanitarios. Estas restricciones fueron una decisión generalizada en todo el mundo, dejando fuera la participación de las familias en la planificación e implementación de los cuidados, así como en la toma de decisiones⁵.

Este cambio en la planificación de la asistencia sanitaria respecto a los cuidados no ha sido gratuito desde el punto de vista ético. Los pacientes dependían más de los profesionales, que fueron testigos del intenso sufrimiento que causó la ausencia familiar y se cuestionaron si las decisiones fueron éticamente justificadas. Se optó por un mayor acceso a las tecnologías virtuales para facilitar las interacciones paciente/familia y mitigar sus pérdidas relacionales⁵. Sin embargo, la dependencia de la tecnología pudo comprometer la privacidad del paciente y exacerbar las disparidades raciales, socioeconómicas y geográficas para las poblaciones que carecían de acceso a Internet, dispositivos o conocimientos tecnológicos fiables⁶.

Como resultado, se ha observado un grave sufrimiento para pacientes, familiares y profesionales asistenciales. Además, supuso un impacto en problemas de salud como el *delirium*, mayor estrés emocional e incluso aumento de problemas de seguridad como las caídas⁷.

Estas cuestiones han podido contribuir a que los pacientes no acudiesen a los centros sanitarios por miedo a exponerse al virus y a sufrir estas circunstancias⁵.

La ausencia de acompañantes también ha provocado graves repercusiones al final de la vida, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), prolongando el sufrimiento, provocando estancias más largas y retrasando la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico antes de la muerte. Este hecho se convirtió en un tema preocupante cuando las camas de la UCI fueron un recurso médico escaso^{8–12}.

La bibliografía actual avala que la protección de la salud pública es compatible con el cuidado centrado en el paciente y en la familia incluso en la pandemia. Estudios recientes referencian que una comunicación regular y estructurada con los miembros de la familia y el apoyo multidisciplinar, preparan a los familiares para la toma de decisiones y el cuidado del paciente reduciendo la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, incluso después de la hospitalización. También reduce la angustia y el agotamiento en los profesionales que han tenido que realizar tareas desconocidas, aprender nuevos procedimientos clínicos y prestar atención en espacios diferentes con equipos nuevos y con gran incertidumbre^{6,13,14}.

Por ello, los propios clínicos han hecho un llamamiento a reconsiderar las restricciones. De hecho, algunos grupos colaborativos ya han iniciado respuestas y recomendaciones sobre el tema y se está evaluando el resultado de estas limitaciones, la evidencia del beneficio de las familias, conceptos sobre atención centrada en el

paciente y familia, dignidad, respeto, información, colaboración y revisión de principios éticos¹⁵.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante su Plan Global de Seguridad del Paciente 2021–2030 se ha pronunciado sobre el importante papel de pacientes y familias en el cuidado integral y en la mejora de la seguridad¹⁶.

Tras evaluar el impacto negativo de la política restrictiva de visitas, se ha entendido mejor la importancia de que los hospitales y los sistemas de salud participen en el desarrollo de legislación y políticas que apoyen la presencia de las familias con los pacientes en el caso de que surjan futuros problemas de salud o pandemias¹⁷.

El personal sanitario ha presenciado directamente la repercusión de la restricción de visitas y su opinión, junto con la de pacientes y familias es fundamental a la hora de diseñar estrategias de mejora¹².

Se han identificado algunas herramientas que los líderes sanitarios pueden aplicar para mitigar el distrés moral secundario a los dilemas éticos relacionados con la pandemia, así como prevenir daños relacionados con la asistencia sanitaria. Entre ellos es clave mantener una postura proactiva anticipándose a las situaciones que pueden provocar distrés emocional en los equipos sanitarios, pacientes y familias, utilizando un enfoque de mejora continua del clima ético de la organización e implementar estrategias de seguridad del paciente contando con pacientes y familias^{18–20}.

En este contexto, resulta útil realizar una encuesta a los profesionales sobre numerosos detalles de cuidados que pueden haber variado durante la pandemia por la ausencia de familias, para avanzar en el conocimiento de su repercusión en la salud física y psicológica de todos los implicados.

Por ello, nos planteamos como objetivo de este estudio analizar la opinión que tienen los profesionales sanitarios sobre el impacto de la presencia familiar en los cuidados, en el bienestar y en la recuperación de los pacientes hospitalizados.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo, mediante una encuesta anónima y voluntaria, desde el mes de diciembre de 2021 al mes de febrero de 2022. Se envió al personal sanitario de cualquier servicio y nivel asistencial de 32 hospitales de agudos y de media estancia de Madrid. Solicitamos que respondieran con total sinceridad a cuestiones relacionadas con la labor que desempeñan los cuidadores informales de pacientes geriátricos hospitalizados, así como la posibilidad de que los profesionales cubrieran estas necesidades básicas cuando ellos no estaban.

Para este estudio, se ha considerado paciente geriátrico aquél mayor de 80 años y dependiente durante el ingreso que estuvo hospitalizado durante la pandemia en cualquier servicio de los hospitales de segundo y tercer nivel asistencial, que voluntariamente participaron en el estudio.

Tras la revisión de la literatura científica, el equipo de profesionales que participaron en el estudio, formado por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES), enfermeras/os de traumatología y de medicina preventiva, y médicos/as geriatras del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), diseñaron una encuesta *ad hoc* que respondiera a los objetivos planteados.

La encuesta está formada por 80 preguntas evaluadas en su mayoría en una escala tipo Likert, siendo 1 «no estoy de acuerdo en absoluto» y 5 «estoy totalmente de acuerdo». Se incluyeron variables relacionadas con los cuidados del paciente en cuanto a: la nutrición, la hidratación, el descanso nocturno, la higiene personal, los objetos personales básicos, la movilización, la eliminación, la toma de medicación, la información paciente/familia, los aspectos psicológicos, los aspectos sociales y el aumento de tareas que supuso para los profesionales en ausencia del familiar.

Tabla 1

Evolución del paciente y carga de trabajo en ausencia de acompañantes

	Total (n = 314)		
	n	Porcentaje	IC 95%
<i>Evolución del paciente</i>			
La restricción de visitas repercute negativamente en la evolución de los pacientes	251	80	75-84
<i>Aumento de las tareas</i>			
Como enfermera, TCAE, celador, fisioterapeuta, médico me supone más trabajo cuidar a un paciente que no está acompañado de un cuidador	221	70	65-75
Me lleva más tiempo y esfuerzo alimentarles porque hay más pacientes dependientes solos	257	82	77-86
Me lleva más tiempo hidratarles	239	76	71-80
Me lleva más tiempo y más trabajo favorecer su movilidad y deambulación para evitar que el paciente sufra deterioro funcional durante el ingreso	261	83	79-87
Me lleva más tiempo y esfuerzo completar todos los aspectos de su higiene	219	70	64-75
Me lleva mucho tiempo detectar y atender a los aspectos psicológicos tanto de confusión como de depresión en el paciente geriátrico	231	74	68-78
Me lleva mucho tiempo informar a todas las familias diariamente porque tienen muchas preguntas referidas a su salud y también detalles de cuidados	229	73	68-78
Creo que hay aspectos de cuidados y acompañamiento que solía ofrecer el familiar que el personal sanitario no puede suplir	265	84	80-88
Creo que la mayoría de los aspectos comentados en esta encuesta sí se pueden mejorar con formación, sensibilidad por parte de todos y aumento del ratio de personal	285	91	87-93
Como profesional he sufrido algún trastorno del ánimo o del sueño derivado de la carga de trabajo en el último año, relacionado con la pandemia	255	81	77-85
Como profesional, desde el inicio de la pandemia me he visto desbordado de trabajo en parte por tener que suplir algunas labores de las que se encargaba la familia	231	74	68-78

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Además, se recogió información sobre los participantes: categoría profesional, área asistencial y tipo de centro de trabajo. Se consideraron las siguientes categorías profesionales: Médicos/as (incluye a los/as residentes), enfermeros/as, TCAE y otras categorías profesionales (celadores, fisioterapeutas, estudiantes). Las áreas asistenciales se clasificaron en médicas, quirúrgicas, urgencias y otras áreas (consulta externa. . .) y los centros participantes en hospitales de agudos de baja, media o alta complejidad y centros de media-larga estancia.

La encuesta se diseñó en la plataforma Google Drive® para facilitar su distribución a través de un enlace anónimo y se distribuyó por correo electrónico institucional y a través de redes informales, explicando los objetivos y la intención de difundir los resultados una vez analizados, solicitando el consentimiento en su participación. El enlace a la encuesta es el siguiente: <https://forms.gle/hGddegdPh1JkYwxu7>

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS® v.21. La distribución de las respuestas, de naturaleza cualitativa, se describió mediante frecuencias absolutas y relativas.

Para facilitar la interpretación de resultados se agruparon las respuestas tipo Likert en acuerdo, neutral y desacuerdo. Los intervalos de confianza al 95% se calcularon mediante el método de Wilson. Se analizaron las diferencias en las respuestas según complejidad, categoría profesional y área asistencial mediante el test Chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher. Se consideraron test bilaterales y estadísticamente significativos con p-valores menores de 0,05.

Resultados

Respondieron a la encuesta un total de 314 profesionales. El 43,6% (137) fueron enfermeras/os; el 26,1% (82) TCAES; el 15,6% (49) médicos/as y el 14,6% (46) otros profesionales. El 79,6% (249) realizaban su trabajo en hospitales de complejidad media, el 11,8% (37) de alta complejidad, el 7,3% (23) de baja complejidad y el 1,3% (4) en hospitales de media-larga estancia. Respecto al área asistencial, el 39,5% (124) trabajaban en planta de hospitalización médica, el 12,7% (40) en urgencias; el 11,8% (37) en hospitalización quirúrgica; y el 36% (113) en otras áreas.

La mayoría de los encuestados (80%) respondieron que la restricción de visitas repercutía negativamente en la *recuperación del paciente* geriátrico ingresado en el hospital (tabla 1 y fig. 1).

Respecto a la *carga de trabajo*, el 84% opinaron que hay aspectos de los cuidados que realizan los familiares que no pueden suplir los profesionales sanitarios, sin embargo, el 91% respondieron que la asistencia se podía mejorar con formación, sensibilización y aumento de personal. El 70% de los encuestados opinaron que les suponía más trabajo y más tiempo atender a pacientes geriátricos no acompañados; de hecho, más del 80% de los encuestados afirmaron que no tenían tiempo suficiente para garantizar una alimentación satisfactoria para el paciente. El 81% se sintieron desbordados o con trastorno de ánimo o ansiedad en relación con la sobrecarga de trabajo durante la pandemia (tabla 1).

En cuanto a aspectos relacionados con la *nutrición e hidratación*, el 89 y 88%, respectivamente, opinaron que en ausencia de acompañante los pacientes comían menos y bebían menos, y que presentaban mayor riesgo de broncoaspiración (70,4%) (tabla 2 y fig. 1).

Respecto al *delirium y descanso nocturno*, en pacientes solos con una respuesta mayoritaria del 90%, los profesionales están de acuerdo sobre el mayor riesgo de *delirium* y una rutina muy frecuente de interrupción del sueño por la toma de constantes, administración de medicación, análisis o cambio de pañales (83%) (tabla 2).

En cuanto a la *higiene personal y eliminación*, el 29% afirma que al paciente varón se le afeita semanalmente, pero el 79% afirma que se le ayuda a lavarse los dientes, si es necesario. El 84% facilita al paciente los medios para evitar la incontinencia funcional. Más de la mitad del personal afirmó cuestionarse diariamente el motivo por el que los pacientes tienen sonda vesical y un porcentaje superior (67%) la retiran cuando no tiene indicación. Sin embargo, solo el 46% de los encuestados se plantean diariamente la posibilidad de retirar un pañal colocado previamente por gravedad del paciente (tabla 2).

Respecto a la *movilización*, el 68% afirma acompañar a pasear al paciente y el 89% afirma que se facilitan ayudas técnicas si es necesario (tabla 2).

Alrededor del 70% del personal pregunta a los pacientes sobre su *medicación habitual* y se le explica el motivo de cada pastilla,

Ausencia de acompañamiento

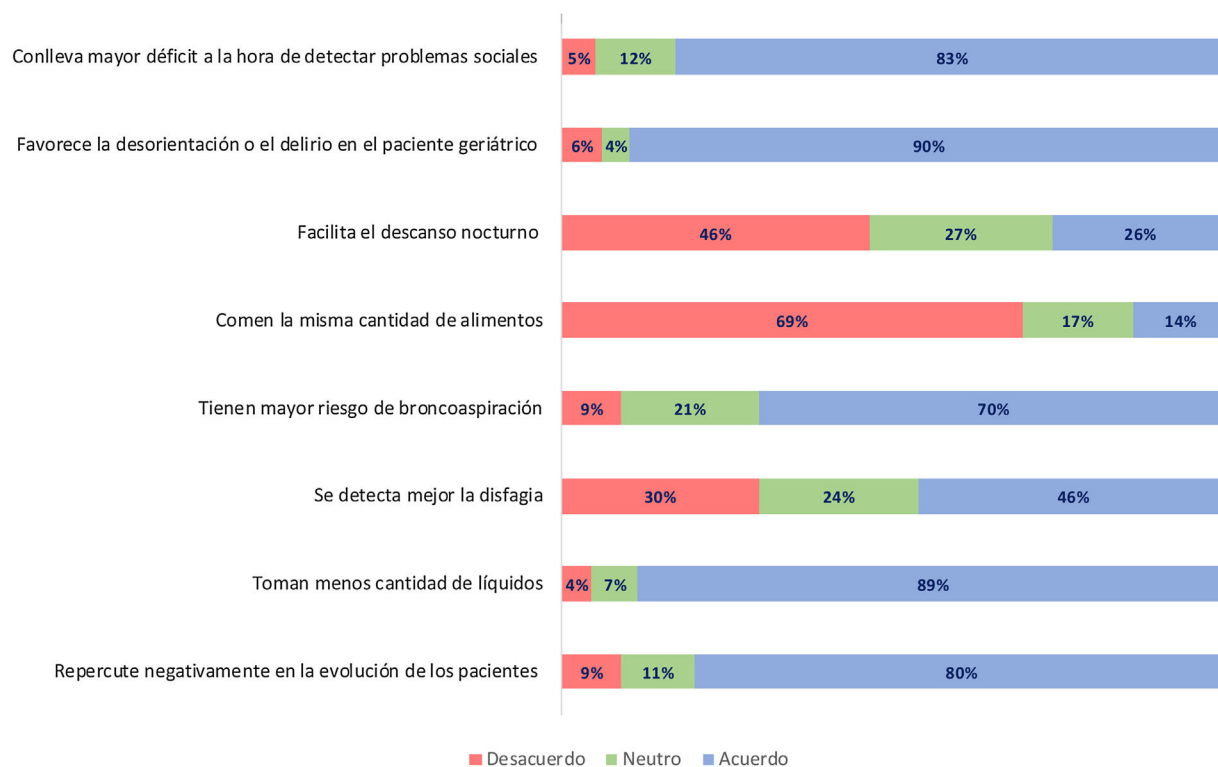


Figura 1. Ausencia de acompañamiento.

ayudando a abrir los envases, adaptando los fármacos a las circunstancias y asegurándose de la toma cerca del 80% de los encuestados. Entre el 15 y el 25% del personal afirmó administrar medicación pautada con dudosa utilidad (hipnóticos a pacientes dormidos, analgésicos sin dolor, neurolépticos a pacientes tranquilos e hipotensores a pacientes con hipotensión) (tabla 2).

El 71% cree que el personal evalúa el *estado de ánimo* de los pacientes solos, utilizando herramientas para mejorarlo y poniéndolos en contacto con las familias (tabla 2).

En cuanto a la *información*, el 42% afirmaron que se hacían llamadas diarias a las familias de los pacientes solos. En este sentido, el 69% opinó que la comunicación telefónica dificulta la comprensión sobre la evolución y pronóstico del paciente hasta el punto de que el cuidador desconfía más de los cuidados recibidos. La mayoría (79%) creen que esta situación puede mejorar con la información que aporta el personal de enfermería a las familias (tabla 2).

En temas relacionados con *comunicación y ocio*, entre el 63 y el 53% afirmó que la ayuda a los pacientes relacionada con las llamadas telefónicas a su familia, bloqueo del teléfono, problemas de batería o contraseña, dependía de la voluntariedad de cada profesional. Al 86% les facilitaron acceso a objetos como gafas, audífono, radio, libros, sin embargo, el 64% no podían o solían hacer nada ante pacientes sin dinero para poder ver la tv (tabla 2).

El 83% de los participantes creen que la ausencia de familias conlleva mayor dificultad para detectar *problema social* (tabla 2).

En el análisis univariante comparando las respuestas según complejidad, categoría y área asistencial, encontramos importantes diferencias respecto a la categoría profesional. Los médicos reconocen más que otros profesionales la peor evolución del paciente solo ($p: 0,027$), admitiendo mayor dificultad para la atención a pacientes geriátricos confusos o con depresión ($p: 0,018$).

Las enfermeras y TCAES opinan que detectan mejor la disfagia ($p < 0,01$), aplican medidas no farmacológicas para prevenir el *delirium* y la incontinencia funcional y ofrecen ayuda para medidas de higiene más avanzada ($p < 0,01$). Las auxiliares afirman más que otros profesionales haberse sentido desbordadas en la atención a estos pacientes durante la pandemia ($p: 0,034$) (tabla 3).

Discusión

Actualmente se dispone de suficiente evidencia del beneficio que aporta el cuidador y/o familia en la evolución clínica de los pacientes ingresados, hasta el punto de que la propia OMS otorga un papel importante en cuidado integral y también en seguridad^{1-3,16}.

En EE. UU. y Canadá se han desarrollado iniciativas para integrar el cuidado de las familias con el de los profesionales para beneficio del paciente¹.

También en la Comunidad de Madrid, en la segunda línea estratégica del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria contempla la Información personalizada y el acompañamiento a los pacientes para reforzar el papel activo del paciente, familia o allegados, así como el desempeño satisfactorio del profesional con el mismo fin de mejorar la asistencia de forma personalizada²¹.

La pandemia por la COVID-19 ha supuesto una restricción importante y generalizada del acompañamiento de las familias a pacientes ingresados, que ha afectado a la mayoría de los hospitales y centros sociosanitarios a nivel mundial⁵.

Pero, pasados 2 años, ya se han publicado varias iniciativas que evalúan el riesgo/beneficio de dichas restricciones y plantean propuestas de mejora en este ámbito^{12,15,17,18}.

En nuestro medio, los resultados del estudio SEROSOS sobre seroprevalencia de infección por COVID tras la primera ola en las

Tabla 2
Cuidados básicos del paciente

		TOTAL (n=314)			
		n	%	IC 95%	
NUTRICIÓN-HIDRATACIÓN					
Los pacientes comen la misma cantidad de alimentos estando solos que acompañados por su familia	Desacuerdo	217	69%	64% 74%	
La ingesta de alimentos entre horas no es habitual y depende del tiempo o voluntariedad del personal	Acuerdo	169	54%	48% 59%	
Los pacientes toman menos cantidad de líquidos cuando están solos	Acuerdo	278	89%	85% 92%	
La hidratación entre horas depende de la disponibilidad o voluntariedad del personal	Acuerdo	237	75%	70% 80%	
El personal sanitario detecta mejor la disfagia de los pacientes solos	Acuerdo	146	46%	41% 52%	
Los pacientes solos tienen mayor riesgo de broncoaspiración	Acuerdo	221	70%	65% 75%	
DESCANSO-DELIRIUM					
La ausencia de familias por la noche facilita el descanso nocturno	Acuerdo	83	26%	22% 32%	
El descanso nocturno del paciente geriátrico solo está interferido por tareas del personal (análisis, cambio pañal, constantes)	Acuerdo	261	83%	79% 87%	
La falta de familias favorece la desorientación o el delirio en el paciente geriátrico	Acuerdo	282	90%	86% 93%	
El personal sanitario aplica medidas no farmacológicas para prevenir el delirium	Acuerdo	223	71%	66% 76%	
En caso de agitación se les aplican sujeciones mecánicas	Acuerdo	171	54%	49% 60%	
En caso de agitación se les aplican sujeciones químicas o medicación tranquilizante	Acuerdo	205	65%	60% 70%	
En pacientes con trastorno de conducta, se favorece el acompañamiento de las familias de acuerdo con la normativa del hospital	Acuerdo	199	63%	58% 69%	
HIGIENE					
Al paciente varón se le afeita	Semanalmente	90	29%	24% 34%	
Se le corta las uñas	Si/ocasionalmente	83	26%	22% 32%	
Se le ayuda o se le lava los dientes si precisa	Si/ocasionalmente/voluntario	248	79%	74% 83%	
Se les facilita un cepillo y pasta de dientes	Si/si lo necesita	101	32%	27% 38%	
ELIMINACIÓN					
Se facilitan los medios para evitar una incontinencia funcional	Acuerdo	264	84%	80% 88%	
Los profesionales evalúan diariamente la necesidad de mantener la sonda vesical	Acuerdo	170	54%	49% 60%	
La sonda vesical se retira en el momento que no tiene indicación clínica	Acuerdo	209	67%	61% 72%	
Los profesionales evalúan diariamente la necesidad de mantener el pañal	Acuerdo	146	46%	41% 52%	
MOVILIZACIÓN					
El personal acompaña a pasear al paciente para favorecer su movilidad	Si/si lo necesita/voluntario	215	68%	63% 73%	
El personal facilita la ayuda técnica que necesiten en cada momento para poder desplazarse	Si/si se dispone/voluntario	281	89%	86% 92%	
En pacientes agitados, sin acompañante, se les deja encamados para evitar riesgos de caídas	Acuerdo	209	67%	61% 72%	
MEDICACIÓN habitual pauta					
El personal ofrece información sobre la utilidad de cada fármaco	Acuerdo	209	67%	61% 72%	
El personal pregunta sobre la medicación habitual previa para adaptarla durante el ingreso	Acuerdo	230	73%	68% 78%	
El personal se asegura de que tome las pastillas	Acuerdo	233	74%	69% 79%	
Se administran hipnóticos aunque esté dormido	Acuerdo	50	16%	12% 20%	
Se administran hipotensores en pacientes con TA controlada	Acuerdo	62	20%	16% 25%	
Se administran analgésicos múltiples en pacientes con dolor controlado	Acuerdo	79	25%	21% 30%	
Se administran neurolépticos	Acuerdo	55	18%	14% 22%	
INFORMACIÓN					
En caso de que el paciente esté cognitivamente bien se le informa a él mismo	Acuerdo	268	85%	81% 89%	
El personal informa a las familias por teléfono diariamente, días laborables	Acuerdo	131	42%	36% 47%	
La información telefónica dificulta más que la presencial la comprensión sobre la evolución de la enfermedad	Acuerdo	216	69%	63% 74%	
La información a paciente y/o familia puede mejorar si enfermería ofrece de forma habitual información sobre estado general o cuidados	Acuerdo	249	79%	74% 83%	
COMUNICACIÓN					
El personal sanitario les facilita contacto telefónico con sus familias	Si/si lo necesita/voluntario	284	90%	87% 93%	
A los pacientes solos se les facilita el acceso a algún objeto importante para ellos (radio, libros, gafas, audífonos, ...)	Si/si lo necesita/voluntario	241	86%	81% 89%	
Si los pacientes están solos y sin dinero, se les facilita la posibilidad de que vean la TV	Es nula/hay un método/contacto con su familia	201	64%	59% 69%	
PROBLEMA SOCIAL ESTADO DE ÁNIMO					
La ausencia de familia conlleva mayor déficit a la hora de detectar problemas sociales	Acuerdo	260	83%	78% 87%	
El personal sanitario suele evaluar el estado de ánimo de los pacientes	Acuerdo	223	71%	66% 76%	

residencias de Madrid, sirvió para clasificar los centros según el porcentaje de pacientes con serología positiva, y permitían mayor acceso de familiares a los centros con mayor seroprevalencia, por suponer menor riesgo de contagio en aquéllos con mayor inmunidad postinfección en un momento previo a las vacunas²².

La Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en octubre de 2021, publicaron las recomendaciones para el acompañamiento y las visitas en áreas hospitalarias no COVID durante la pandemia. En base a la situación epidemiológica de la

comunidad, se prohibieron las visitas, salvo excepciones: en situaciones de alto riesgo (considerado como más de 300 casos de la COVID por cada 100.000 habitantes en las 2 semanas previas). De cualquier forma, cada hospital tenía autonomía para decidir en base a sus propias circunstancias locales o de brotes²³.

Para planificar una mejora, es necesario evaluar los resultados del modo de atención y en este sentido, la opinión de los profesionales sanitarios es imprescindible. De este modo, este trabajo da respuesta, según la opinión de más de 300 profesionales, a nume-

Tabla 3

Opinión general sobre la repercusión de la ausencia de familias según tipo de hospital, categoría y área de trabajo

		COMPLEJIDAD								CATEGORÍA PROFESIONAL								p	
		Baja		Media		Alta		M-L		p	Médico		Enfermería		TCAE		Otros		
		n=23	n=249	n=37	n=4	n=49	n=137	n=82	n=46										
		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE																			
La restricción de visitas repercute negativamente en la evolución de los pacientes		21	91%	200	80%	26	70%	3	75%	0,213	45	92%	113	82%	59	72%	34	74%	0,0
Me lleva mucho tiempo detectar y atender a los aspectos psicológicos tanto de confusión como de depresión en el paciente geriátrico		20	87%	180	72%	29	78%	1	25%	0,063	44	90%	102	74%	54	66%	31	67%	0,0
Me lleva mucho tiempo informar a todas las familias diariamente porque tienen muchas preguntas referidas a su salud y también detalles de cuidados		18	78%	178	71%	30	81%	3	75%	0,63	43	88%	105	77%	49	60%	32	70%	0,0
Como profesional, desde el inicio de la pandemia me he visto desbordado de trabajo en parte por tener que suplir algunas labores de las que se encargaba la		15	65%	182	73%	32	86%	1	25%	0,03	30	61%	104	76%	67	82%	30	65%	0,0
NUTRICIÓN-HIDRATACIÓN																			
La ingesta de alimentos entre horas no es habitual y depende del tiempo o	Acuerdo	14	61%	135	54%	18	49%	2	50%	0,835	39	80%	76	55%	30	37%	24	52%	<0,0
La hidratación entre horas depende de la disponibilidad o voluntariedad del	Acuerdo	18	78%	188	76%	27	73%	3	75%	0,961	45	92%	106	77%	55	67%	31	67%	0,0
El personal sanitario detecta mejor la disfagia de los pacientes solos	Acuerdo	4	17%	119	48%	21	57%	2	50%	0,013	15	31%	64	47%	52	63%	15	33%	<0,0
DESCANSO-DELIRIUM																			
El personal sanitario aplica medidas no farmacológicas para prevenir el delirium	Acuerdo	14	61%	180	72%	26	70%	3	75%	0,696	12	24%	114	83%	71	87%	26	57%	<0,0
En pacientes con trastorno de conducta, se favorece el acompañamiento de las familias de acuerdo con la normativa del hospital	Acuerdo	13	57%	160	64%	23	62%	2	50%	0,775	30	61%	95	69%	56	68%	18	39%	0,0
HIGIENE																			
Se le ayuda o se le lava los dientes si precisa	Si/ ocasionalmente / voluntario	18	78%	190	76%	35	95%	4	100%	0,039	30	61%	115	84%	77	94%	26	57%	<0,0
ELIMINACIÓN																			
Se facilitan los medios para evitar una incontinencia funcional	Acuerdo	20	87%	213	86%	26	70%	4	100%	0,122	26	53%	127	93%	80	98%	31	67%	<0,0
Los profesionales evalúan diariamente la necesidad de mantener la sonda vesical	Acuerdo	18	78%	135	54%	15	41%	1	25%	0,017	25	51%	93	68%	37	45%	15	33%	<0,0
MOVILIZACIÓN																			
El personal acompaña a pasear al paciente para favorecer su movilidad	Si/ si lo necesita/ voluntario	15	65%	166	67%	30	81%	3	75%	0,330	29	59%	98	72%	61	74%	27	59%	0,1
En pacientes agitados, sin acompañante, se les deja encamados para evitar riesgos	Acuerdo	15	65%	169	68%	25	68%			0,055	41	84%	91	66%	53	65%	24	52%	0,0
MEDICACIÓN habitual/pautada																			
El personal se asegura de que tome las pastillas	Acuerdo	21	91%	180	72%	27	73%	4	100%	0,158	24	49%	110	80%	76	93%	23	50%	<0,0
INFORMACIÓN																			
El personal informa a las familias por teléfono diariamente, días laborales	Acuerdo	14	61%	103	41%	14	38%			0,092	37	76%	52	38%	28	34%	14	30%	<0,0
La información telefónica dificulta más que la presencial la comprensión sobre la evolución de la enfermedad	Acuerdo	18	78%	178	71%	19	51%			0,001	41	84%	102	74%	47	57%	26	57%	0,0
COMUNICACIÓN																			
A los pacientes solos se les facilita el acceso a algún objeto importante para ellos (radio, libros, gafas, audífonos, ...)	Si/si lo necesita/ voluntario	20	100%	187	83%	30	97%	3	75%	0,024	35	83%	112	92%	66	90%	28	64%	<0,0
Si los pacientes están solos y sin dinero, se les facilita la posibilidad de ver la TV	Es nula/hay un mecanimo/	16	70%	149	60%	34	92%	2	50%	<0,001	22	45%	92	67%	64	78%	23	50%	<0,0
PROBLEMA SOCIAL ESTADO DE ÁNIMO																			
El personal sanitario suele evaluar el estado de ánimo de los pacientes	Acuerdo	18	78%	174	70%	27	73%	4	100%	0,616	28	57%	104	76%	70	85%	21	46%	<0,0

rosos detalles sobre la asistencia sanitaria y cuidados a pacientes geriátricos hospitalizados que están solos por la restricción que se ha hecho al acompañamiento por parte de sus familias.

En los resultados de la encuesta, se encuentra acuerdo mayoritario en que la evolución clínica de los pacientes hospitalizados sin familias es peor y concretamente, comen y beben menos, tienen más riesgo de *delirium* y de broncoaspiración y no es habitual facilitar la comunicación telefónica con las familias, ni aspectos más avanzados de higiene o ayudas en la movilización para evitar deterioro funcional. La mayoría de los profesionales opinan que hay aspectos que llevan a cabo las familias que el personal no puede suplir, aunque sí mejorar con formación, conciencia y aumento de personal.

La opinión mayoritaria de los profesionales sobre numerosas cuestiones de esta encuesta, relacionan, al igual que otras publicaciones, la soledad del paciente geriátrico hospitalizado con mayor riesgo para la seguridad del paciente^{19,20} (mayor riesgo de *delirium*, de desnutrición-deshidratación, de depresión, de caídas e inmovilidad, de broncoaspiración y de incontinencia funcional, entre otros). La mayoría de estos aspectos tienen margen de mejora mediante cambios en la organización del trabajo (turnos de comida, de movilización del paciente, de psicoestimulación) y probablemente con aumento de personal para garantizar su seguridad.

Un hospital de Maryland tenía desde 2010 una política muy avanzada sobre el papel esencial que juega la familia en la calidad, en la seguridad y en la transición de cuidados, hasta el punto de que el paciente podía elegir quién podía acompañarle durante todas las horas del día. Tras las restricciones de visitas generalizadas en el contexto de la primera ola, en este hospital crearon un grupo de trabajo compuesto por familias, personal sanitario y de la sociedad. Este grupo desarrolló un nuevo recurso llamado «Presencia de la familia durante la pandemia: Guía para la toma de decisiones» en el que se incluyeron conceptos del cuidado centrado en paciente y

familia y principios de bioética para guiar de forma colaborativa en la toma de decisiones¹⁵.

Tras implantar las medidas de colaboración de la guía, hicieron 2 encuestas a personal y comunidad concluyendo, como en el trabajo que se presenta, la repercusión de la ausencia de la familia y la importancia de la misma en el cuidado de los pacientes. Además, encontraron la oportunidad de crear un equipo y un proceso para la toma de decisiones difíciles, revisión de los cambios y propuesta de mejoras y una adecuada comunicación a profesionales, pacientes y familia sobre estos recursos¹².

Nuestro trabajo se ha limitado inicialmente a conocer la opinión de los profesionales, aunque se ha interrogado sobre numerosos detalles de los cuidados que les ha servido como sensibilización y planteamiento de mejora del modo de atención. Además, en el hospital de donde parte esta encuesta, se ha planteado una iniciativa por la que se incluye a personas que participan en asociaciones de pacientes de diferentes enfermedades en una comisión clínica hospitalaria llamada «Comisión de asociaciones de pacientes», lo que puede contribuir a mejorar la práctica clínica y la calidad percibida y favorecer la continuidad de cuidados.

Llama la atención algunas diferencias significativas en las respuestas según el tipo de hospital, profesional o área asistencial. Es curioso destacar cómo la opinión es diferente y suele ser más optimista para el profesional que realiza la actividad. En este sentido, enfermeras y TCAES opinan con mayor frecuencia que los médicos, que detectan mejor la disfagia, aplican medidas no farmacológicas para prevenir el *delirium* y la incontinencia funcional y se ofrece ayuda para medidas de higiene más avanzada. Mientras que los médicos contestan con más frecuencia que otros profesionales sobre la adecuación y ajuste de la medicación habitual y sobre la información diaria a las familias por teléfono. Al tratarse de una encuesta, los autores no pueden confirmar si las respuestas se corresponden con la realidad o es la percepción que tienen los

profesionales y la que reciben del propio paciente o de la observación

Entre las limitaciones de este trabajo figura que gran parte de las respuestas proceden del hospital en el que trabajan los investigadores principales, aunque con representación de varias categorías profesionales. También se puede considerar como limitación que las respuestas de una encuesta no siempre coinciden con la realidad, aunque el anonimato puede facilitar la sinceridad.

Como ventaja, los autores creen que el hecho de responder a esta encuesta, así como la difusión de los resultados sensibiliza a los profesionales y es el punto de partida para modificar la asistencia a los pacientes, especialmente sin acompañantes y debe ser el inicio de un procedimiento para lograr la mejora continua de la calidad asistencial.

Es importante buscar fórmulas para lograr la participación activa de los familiares en asegurar el bienestar de sus miembros más vulnerables, haciendo compatible la protección de salud pública con los cuidados centrados en paciente y familia, incluso en época de pandemia^{13,14}.

El estudio contó con el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

Financiación

El estudio se realiza sin ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Agradecimiento

Los autores quieren agradecer al personal de enfermería y TCAES de la planta de Traumatología y de Preventiva, así como a la Unidad de Geriatria del Hospital de Alcorcón por su colaboración en el diseño de la encuesta. Y se extiende el agradecimiento a todos los profesionales que con sus respuestas han participado en este estudio que puede contribuir a mejorar la atención del adulto mayor hospitalizado.

Bibliografía

1. Dokken DL, Kaufman J, Johnson BH. Changing hospital visiting policies: From families as «visitors» to families as partners. *J Clin Outcomes*. 2015;22:29–36.
2. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural, competence, and patient-and family-centered care: A roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2010. [actualizado 20 Sep 2010; consultado 20 Oct 2022] Disponible en: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>.
3. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45:103–28.
4. Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*. 2010;303:763–70.
5. Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med*. 2020. <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc047>.
6. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-centered care during the COVID-19 era. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:e93–7.
7. Gandhi TK. Don't go to the hospital alone: Ensuring safe, highly reliable patient visitation. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2022;48:61–4.
8. Azad TJ, Al-Kawaz MN, Turnbull AE, Rivera-Lara L. Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients. *Crit Care Med*. 2021;49:e1037–9. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000005044>.
9. Valley TS, Schutz A, Nagle MT. Changes to visitation policies and communication practices in Michigan ICUs during the COVID-19 pandemic. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202:883–5.
10. Azad TD, Al-Kawaz MN, Turnbull AE, Rivera-Lara L. Coronavirus disease 2019 policy restricting family presence may have delayed end-of-life decisions for critically ill patients. *Crit Care Med*. 2021;49:e1037–9.
11. Montauk TR, Kuhl EA. COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychol Trauma*. 2020;12:S96–7.
12. Perkins SB, Dokken DL, Johnson BH, Frederick K. Family presence during Covid-19: Learning from one Hospital's Journey. *NEJM Catalyst*. 2022. <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.22.0025>.
13. Curley MA, Broden EG, Meyer EC. Alone, the hardest part. *Intensive Care Medicine*. 2020;46:1974–6.
14. Voo TC, Senguttuvan M, Tam CC. Family presence for patients and separated relatives during COVID-19: Physical, virtual, and surrogate. *J Bioeth Inq*. 2020;17:767–772.
15. Dokken DL, Johnson BH, Markwell HJ. Family presence during a pandemic: Guideline for decision-making. McLean, VA: Institute for Patient-and Family-Centered Care; 2021.
16. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. 2021 [consultado 20 Oct 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>
17. Institute for Patient and Family Centered Care. Emerging best practices for preserving the essence of family presence during a pandemic. McLean, VA: Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2022.
18. Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med*. 2020.
19. Frampton S, Agrawal S, Guastello S. JAMA Health Forum. Guidelines for Family Presence Policies During the Covid-19 Pandemic [actualizado 6 Jul 2020; consultado 1 Oct 2022] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2768108>.
20. Planetree International; American Nurses Foundation. Family Presence Policy Decision-Making Toolkit for Nurse Leaders [actualizado 35 May 2021; consultado 20 Oct 2022] Disponible en: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2021/05/Family-Presence-Policy-Decision-Making-Toolkit.pdf>.
21. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2016–2019.
22. Candel FJ, Barreiro P, San Román J, del Mar Carretero M, Sanz JC, Pérez-Abeledo M, et al., investigators of the SeroSOS study. The demography and characteristics of SARS-CoV-2 seropositive residents and staff of nursing homes for older adults in the Community of Madrid: The SeroSOS study. *Age Ageing*. 2021;50:1038–47. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afab096>.
23. Recomendaciones sobre acompañamiento y las visitas en áreas hospitalarias no Covid-19. Dirección General de Salud Pública y Comunidad de Madrid [actualizado 7 Oct 2021; consultado 1 Nov 2022] Disponible en: <http://edicion.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/sites/puertadehierro/files/2022-02/recomendaciones.acompanamiento.y.visitas.en areas.hospitalarias.no.covid.pdf>.