

Propuestas para mantener el vínculo entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 en reanimación y sus familiares

Versión 1 – 27 de marzo 2020

Colegio de profesores de Île-de-France en medicina intensiva-reanimación y anestesia-reanimación

Grupo de trabajo:

- Elie AZOULAY
- Benjamin CHOUSTERMANN
- Vincent DEGOS
- Armand DESSAP
- Jean-Paul MIRA
- Xavier MONNET

Justificación

Para los pacientes y sus familias, la estancia en reanimación es una experiencia psicológica compleja y a menudo traumática, especialmente cuando el paciente está grave o se encuentra en final de vida (1). La prevalencia del estrés postraumático entre los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos se ha estimado que sitúa entre el 14 y el 41% (1) en Francia, pero supera el 50% entre las familias en duelo.

Es clásico identificar como factores asociados a la aparición de esos trastornos 1/ la falta de comprensión e información sobre la estancia (2) y 2/ la aparición del duelo y aún más intensamente después de la decisión de limitar el tratamiento (1). Se ha demostrado que la calidad de la relación y la comunicación entre el equipo de atención de la salud y los familiares en torno al duelo es un elemento susceptible de prevenir considerablemente la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático en los familiares (3). Del mismo modo, la presencia física de los familiares en el momento de la atención, incluidos los más críticos, ha demostrado su pertinencia para reducir el impacto del duelo en los familiares (3).

Sin embargo, el contexto de pandemia de SARS-Cov2 hace muy difíciles las visitas de los pacientes por sus familiares. La ruptura del vínculo físico entre los pacientes y sus familiares es brutal, absoluta y prolongada.

De entre las razones que explican estas dificultades encontramos:

- El riesgo de contaminación de los familiares por el paciente o por los cuidadores durante la visita
«presencial»
- El límite de desplazamientos entre el domicilio de los familiares y el hospital impuesto por el confinamiento
- La necesidad de asegurar un asilamiento estricto de los pacientes
- La falta de tiempo disponible por parte del personal que los atiende para hacerse cargo de estas visitas de forma segura.

Sin embargo, la ausencia de contacto entre el paciente y sus familiares tiene como consecuencias:

- El empeoramiento de la ansiedad de los familiares, favorecido por la ausencia total de representación visual del contexto (lugar, cuidadores) en el que está inmerso su familiar. El público en general probablemente encuentra difícil imaginar el interior de un servicio o de una sala de reanimación, y las representaciones fantasiosas probablemente son más ansiogénicas que la realidad.
- El aumento del riesgo de estrés post-traumático en los pacientes
- El aumento de este riesgo en los familiares de los pacientes
- La dificultad de comunicarse con los familiares
- Una posible dificultad para que los profesionales desarrollaren un vínculo empático con los familiares
- Por consiguiente, una posible alteración de las condiciones éticas en las cuales se toman decisiones importantes como las de la limitación o suspensión de los tratamientos
- La imposibilidad de obtener el consentimiento de los familiares para participar en estudios de investigación clínica.

Principios

A pesar del contexto muy difícil en el que trabajan los servicios de reanimación, y a pesar de las

dificultades que se oponen las visitas de los familiares, se recuerdan los siguientes principios.

1. Mantener informados a los familiares de los pacientes sigue siendo una prioridad
2. Se deben hacer esfuerzos para informar a los familiares por lo menos diariamente
3. Se debe intentar, en la medida de lo posible, responder las llamadas telefónicas de los familiares
4. Lo ideal sería que la información a las familias se proporcionara mediante un protocolo normalizado para garantizar que esta información se proporcione siempre, de forma regular y de la mejor forma posible
5. Si se organizan visitas «presenciales» de los familiares, se debe asegurar su protección contra el SARS- Cov2 de la forma más estricta, evitando que las visitas den lugar a reuniones alrededor de los servicios
6. Se pueden utilizar medios de comunicación audio y video para la comunicación entre los familiares y los pacientes
7. No se debe enviar ninguna imagen de un paciente inconsciente puesto que no puede dar su consentimiento.

Ejemplos de iniciativas emprendidas para favorecer la comunicación con los familiares

En varias unidades, han surgido unas iniciativas para superar esta dificultad. Este documento recoge varias experiencias. El objetivo no es hacer unas recomendaciones, si no:

- Proporcionar ejemplos ya utilizados para remediar la ausencia total de visitas
- Apoyar estas iniciativas y argumentar eventuales solicitudes de recursos (equipos de audio/vídeo, personal...) o autorizaciones (entrada en el hospital...).

Llamadas diarias

Muchos servicios han puesto en marcha un sistema de llamadas sistemáticas a los familiares por parte del equipo de profesionales sanitarios. Los modelos son muy variables. Las llamadas son realizadas por médicos sénior, residentes, estudiantes hospitalarios, algunos de ellos dedicados a esta tarea, o por el resto de profesionales sanitarios. Las llamadas son realizadas al final de la mañana en muchos servicios, después de que se haya hecho la prescripción del paciente en otros.

Determinados servicios han implementado una línea telefónica específica para que las familias de los pacientes pueden llamar espontáneamente, a menudo en una franja horaria fija. Entonces, el personal que les responde se dedica a esta tarea durante este periodo de tiempo.

En algunas unidades, los familiares de los pacientes reciben llamadas del psicólogo del servicio con regularidad. En algunos casos, estas llamadas se reservan a los familiares de los pacientes más graves y los pacientes fallecidos.

Mensajes de voz dejados a los familiares

El principio es permitir a los familiares del paciente grabar un mensaje de voz que le transmite el personal sanitario.

- Se dedican una línea telefónica y un smartphone exclusivamente a esta función
- Los familiares dejan un mensaje de voz diariamente (buzón de voz, aplicación

- de servicio de mensajería tipo WhatsApp) o escrito (SMS)
- El mensaje se escucha o se lee en la habitación del paciente
- El personal dedicado a esta tarea son los profesionales voluntarios o psicólogos, más acostumbrados a la gestión emocional de este tipo de situación

El método permite a los familiares atestiguar su presencia, contribuir simbólicamente al cuidado y enviar mensajes de aliento, esperanza y oraciones indirectamente a su familiar.

En caso de fallecimiento, los mensajes permiten a los familiares estar simbólicamente junto a la cama del paciente, decir lo que no se pudo decir antes de la hospitalización y despedirse, un acto esencial para el proceso de duelo.

Visitas «virtuales»

Algunas unidades han implementado unas visitas por video. Los medios utilizados van desde los smartphones a las tabletas electrónicas. Estas visitas se organizan sólo para pacientes conscientes que son capaces de aceptar que su imagen sea difundida a sus familiares.

Visitas «presenciales»

En todos los servicios, estas visitas de los familiares se planifican para los pacientes cuyo empeoramiento hace temer un fallecimiento inminente. En algunas unidades, las visitas «presenciales» se organizan de forma sistemática, para el conjunto de pacientes intubados y ventilados.

- Algunos servicios limitan esta posibilidad a los pacientes que están con ventilación mecánica y no pueden comunicarse con sus familiares por teléfono. Otros organizan las visitas para todos los pacientes.
- El número de visitas es siempre limitado , por ejemplo a una visita por paciente y por día, o por dos días. El visitante es generalmente siempre el mismo para facilitar su supervisión de los gestos de vestir y desvestirse que se le habrán enseñado.
- Los servicios que han implementado estas visitas observan que no todos los familiares desean venir físicamente al hospital, por miedo a la contaminación, por el estrés que representa la visión de su familiar en cuidados intensivos o por la dificultad para desplazarse
- A menudo se establece una agenda de visitas, para que no se den todas las visitas al mismo tiempo. Esto permite limitar el contacto entre familiares, y facilitar la atención para el acompañamiento hasta el paciente.
- En general se pregunta a los familiares por comprobar su estado de salud, ya sea cuando se presenta a la entrada de la unidad o cuando se les contacta por teléfono. Se ha establecido un registro de visitas.
- En el exterior del servicio, los familiares deben vestirse con las mismas medidas de protección que utiliza el profesional sanitario para entrar en una habitación. La acción de vestirse puede ser realizada por médicos o por el resto de profesionales sanitarios de la unidad, o bien por el personal voluntario formado en estos procedimientos.
- En algunas unidades, están acompañados por un profesional sanitario en el habitación mientras que otros prefieren limitar la exposición de un profesional por este motivo. En algunos otros, los familiares tienen la consigna de mantener la distancia con el paciente para evitar la contaminación.
- En algunas unidades, los familiares se quedan fuera de la habitación y observan el paciente a través de un cristal. En esta caso, evidentemente no van vestidos pero están protegidos con una mascarilla quirúrgica.

- A la salida de la habitación, los familiares a veces son desvestidos por una tercera persona que respeta escrupulosamente las reglas habituales.
- Antes o después de la visita en la habitación del paciente, los familiares pueden hablar con los miembros del equipo (médicos, DUE, psicólogo).
- Se debe proporcionar a los familiares un documento que les permita justificar su desplazamiento ante las fuerzas del orden, y su entrada al hospital en los casos en los que se prohíben las visitas a los que no son personal del centro. Este documento puede consistir en un informe de situación.
- El «libro de registro» implementado para los pacientes inconscientes se confía, en algunas unidades, a la familia del paciente para que varios familiares puedan contribuir.

Bibliografía

1. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987-94.
2. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, et al. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med* 2009;37:S448-56.
3. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-78.