

## Reflexiones sobre la gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos, aislados con sus familias por la COVID-19



### Reflections regarding management of the communication of hospitalized patients in an intensive care unit, isolated with their families by COVID-19

Sra. Directora:

Hemos leído con especial atención el reciente artículo publicado en su revista: «Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19»<sup>1</sup>. En primer lugar, queríamos felicitar a los autores por el gran trabajo realizado en estos tiempos para facilitar la comunicación de los pacientes hospitalizados y aislados por COVID-19 con sus familias, dentro del plan de calidad y humanización del hospital.

Coincidimos plenamente con los autores cuando afirman que esta pandemia ha generado necesidades que no estaban protocolizadas hasta el momento, y que las instituciones no estaban preparadas ni material ni emocionalmente para adaptarse a cambios tan rápidos. En este contexto, el aislamiento de pacientes y familiares en sus hogares ha generado incertidumbre y miedo<sup>2</sup>, que presumiblemente han sido aún mayores cuando la situación clínica derivaba en enfermedad grave, requiriendo el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)<sup>3</sup>. Desde que el 14 de marzo de 2020 ingresara el primer enfermo con COVID-19 en nuestra UCI, detectamos la ansiedad y el sentimiento de soledad que esta situación desencadenaba en nuestros pacientes. Con el objetivo de disminuir la barrera del aislamiento familiar, se puso en marcha el proyecto «Tu voz en la UCI»<sup>4</sup>, una iniciativa que consistía en una red de comunicación unidireccional, en la que, a través de un correo electrónico, los allegados y familiares de los pacientes les podían enviar cartas, imágenes, mensajes de voz... y en la que el personal de la propia UCI se encargaba de hacer llegar a los pacientes.

Aunque la acogida del proyecto entre pacientes, familiares, sanitarios y medios de comunicación fue exitosa, y el principal objetivo se conseguía en muchos casos, fue posible dar un paso más, gracias al apoyo y la implicación de la gerencia del hospital. La iniciativa sumó material informático: dispositivos portátiles y aplicaciones para la realización de videollamadas entre familiares y pacientes. Esto permitió que el carácter unidireccional originario del proyecto se convirtiese en una comunicación bidireccional.

Para no interferir en el funcionamiento de la unidad, previamente se planificaba con familiares el momento y la duración aproximada de la comunicación.

En el 100% de los casos en los que se propuso a familiares y pacientes la posibilidad del contacto visual a través del proyecto, la respuesta fue afirmativa. No se disponen de datos objetivos que permitan corroborar que la iniciativa fue exitosa en todos los casos. Ni siquiera es posible evidenciar cómo con el paso del tiempo, la duración de las

videollamadas fue relegando a los mensajes escritos en este entorno.

Coincidimos con otros autores en que ante la situación de soledad de los pacientes graves por la enfermedad COVID-19, no se han emitido pautas claras y suficientes. La comunicación, en términos generales, no ha sido nunca una prioridad dentro de los estándares de la atención sanitaria, aunque esta tendencia podría estar cambiando<sup>5</sup>.

Nuestro proyecto se enmarca en una serie de medidas surgidas espontáneamente que pretenden paliar el abandono de aquellos enfermos que se enfrentan a dichas situaciones. Al contrario de lo expuesto en el trabajo de Avellaneda-Martínez et al.<sup>1</sup>, la mayoría de estas acciones espontáneas las lleva a cabo el personal asistente que interacciona regularmente con el propio paciente. De hecho, una de las iniciativas más recogidas en los medios de comunicación es el acompañamiento a través de dispositivos tecnológicos, como teléfonos móviles, tabletas electrónicas u ordenadores portátiles<sup>6</sup>.

No cabe duda de que cuando no es posible el acompañamiento de pacientes graves, la comunicación cobra una nueva dimensión y tiene que suplir la falta de apoyo y confort que aportan la proximidad y el contacto físico directo. Si a esta situación se le suma que la comunicación con los familiares puede ser remota, la dificultad es todavía mayor y el grado de impotencia y frustración puede generar mucha ansiedad entre los interlocutores<sup>5</sup>.

Aunque no hay que olvidar que tanto la comunicación a través de dispositivos tecnológicos como el acompañamiento mediado por profesionales sanitarios implica una pérdida de la intimidad del paciente, y que no siempre se alivia la situación de desamparo y soledad que sienten (incluso puede llegar a acrecentar su ansiedad y malestar emocional)<sup>7</sup>, consideramos importante la regulación, la protocolización, la amplificación y la visualización de estos proyectos para conseguir una mejora de la calidad asistencial que se les brinda a nuestros pacientes.

### Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, Del Río-García I, Martín-Santos AB, et al. Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families. *J Healthc Qual Res.* 2021;36:12–8.
2. Correa-Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016;7:1210–8.
3. González-Castro A, García de Lorenzo A, Escudero-Acha P, Rodríguez-Borregan JC. Post-intensive care syndrome after SARS-CoV-2 pandemic. *Med Intensiva.* 2020;44:522–3.
4. Colegio de Enfermería de Cantabria. Dos enfermeras hacen posible la comunicación de pacientes con Covid-19 ingresados en la UCI de Valdecilla con sus familias. 2020. Disponible online <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web>

/noticias/11611/11930?ntotal=126&pag=3 (Visitado última vez el 2 de febrero de 2021).

5. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Rev Bioet Derecho*. 2020;50:81–98.
6. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *New Engl J Med*. 2020;382:e88.
7. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. *New Engl J Med*. 2020;382:e82.

Alejandra Martínez, Marcela Manso, Cristina Pérez y Alejandro González-Castro\*

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e409@humv.es (A. González-Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.03.005>

2603-6479/ © 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Opinión percibida de pacientes sobre un plan de contingencia implantado durante la pandemia COVID-19 en un servicio de medicina física y rehabilitación



### Perceived opinion of patients about a contingency plan during the COVID-19 pandemic in a Physical Medicine and Rehabilitation Service

El brote de COVID-19 está planteando un problema sanitario inesperado, sin precedentes. Esta crisis ha generado serias repercusiones en los pacientes en términos de morbilidad y mortalidad. Además, es única en varios sentidos: duración incierta, alcance global, estrés laboral entre los profesionales, graves consecuencias económicas e implicaciones políticas y socio-sanitarias.

En marzo de 2020 la restricción de movimientos derivada por la nueva situación interrumpió o alteró significativamente las actividades clínicas en nuestro hospital y nos obligó a reaccionar. Dado que, mensualmente, el servicio de rehabilitación atiende alrededor de 4.000 consultas clínicas, nos enfrentábamos a serias decisiones como: Qué cambios debíamos realizar en nuestra actividad para asegurar la atención a los pacientes y como percibirían estos pacientes dichos cambios.

De acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias autonómicas, se consensó con la dirección del centro un protocolo dentro del plan de contingencia del servicio que contemplaba revisar agendas y transformarlas en teleconsultas con llamadas telefónicas por parte de los facultativos, comenzando el 17 de marzo y manteniéndose hasta concluir el periodo de confinamiento. Estas consultas eran primeras visitas o revisiones. Además, cuando estaba indicada la prescripción de tratamiento farmacológico o programas de ejercicios terapéuticos, se contactaba, a través del correo electrónico del servicio, con los pacientes facilitándoles pautas de tratamiento en el caso de fármacos, y/o enlaces directos a páginas explicativas o planes de ejercicio terapéutico con indicaciones de número de repeticiones, intensidad y duración de los mismos.

Para evaluar la percepción de los pacientes con este nuevo sistema de consulta, hemos estudiado una

población de 168 pacientes o familiares que, además de la llamada telefónica por el facultativo, recibieron algún tipo de prescripción terapéutica mediante correo electrónico, haciéndoles llegar por este medio una encuesta de satisfacción anónima tipo Likert. En el mensaje se insistió en el carácter anónimo de la misma, fomentando la participación.

De las direcciones de correo electrónico recogidas, 10 no eran válidas. Finalmente se enviaron 158 encuestas, respondiendo 75 pacientes (47,4%). Los resultados de la encuesta se describen en la [tabla 1](#). De ellos, podemos deducir:

- El 88% de los pacientes consideraba que el especialista abordó adecuadamente su problema
- El 94,59% entendió correctamente las indicaciones
- El 81,08% pudo explicar sin problema su problema de salud
- El 43,25% pensaba que la teleconsulta le ayudó a solucionar o mejorar su problema
- El 29,73% hubiera preferido esperar hasta una consulta presencial

También incluimos en nuestra encuesta la posibilidad de comentarios abiertos. La mayoría estaban relacionados con la posibilidad de una futura visita presencial: «¿Debo pedir una nueva cita?», «La llamada telefónica fue útil, pero me gustaría ser visto de todos modos», «Todo estuvo bien y me quedaré en casa hasta que pueda asistir a la consulta», entre otros.

Ante una pandemia, se espera que los profesionales actuemos con rapidez y diligencia, pero tras dar respuesta a la prioritaria demanda asistencial, también puede ser útil obtener datos para deducir qué ha funcionado mejor, de cara a situaciones futuras<sup>1</sup>. Existen escasos trabajos con relación a la satisfacción de los pacientes con los planes de contingencia COVID. En nuestro país, recientemente el Hospital Universitario La Paz se ha puesto en marcha una aplicación móvil para telediagnóstico dermatológico. Los pacientes reportaban un promedio de satisfacción de 4,5 sobre 5, y parece que su utilidad diagnóstica fue correcta, ya que los dermatólogos otorgaron una confianza en su diagnóstico alta ( $\geq 7$  sobre 10) en el 77,5% de los casos<sup>2</sup>.

En otros países, otro plan de contingencia COVID en consultas de otorrinolaringología pediátrica en West Midlands (Inglaterra)<sup>3</sup>, daba resultados tan positivos como los nuestros en el ámbito de la relación médico-paciente. Los autores reportan una tasa de altas similar a la consulta tradicional, que nosotros no hemos podido analizar por la