



CARTAS AL DIRECTOR

Abrir las mentes primero y, después, las puertas de las UCI



Open minds first, then the ICU doors

Sr. Director:

Escudero et al.¹ presentan un interesante artículo sobre la situación actual en España sobre la permisibilidad de la entrada de familiares a las visitas de un enfermo en la UCI. Anteriormente los autores han manifestado sus argumentos sobre este tópico^{2,3}, al igual que otro grupo⁴, y mi persona⁵. El estudio muestra que el 90,2% de las unidades no permiten un horario abierto como puede ser comparado a las UCI en Suecia donde el 70% lo tienen.

Estos resultados nos invitan a varias reflexiones, claro que es cultural la forma en que una persona percibe a un paciente en la UCI, hay gente que es más tolerante, deseando entrar y salir de la misma sin ninguna restricción. En Iberoamérica tendemos a la socialización en extremo, aun en zonas restringidas como puede ser un hospital, esto pudiese interrumpir la adecuada rutina de atención del personal sanitario responsable del paciente.

La evolución natural de la modernidad es de ser más liberal y tolerante a reglamentos de carácter intra o extrahospitalario, pero para llegar al adecuado balance es necesario que la presentación de los hechos sea de forma gradual, abrir de un día para otro las visitas a un área hospitalaria de naturaleza restringida, podría acarrear en un principio más inconvenientes que beneficios.

Aunque es deseable en el futuro que las UCI sean de puertas abiertas, esta medida tendría que ser pausada y consensada.

Bibliografía

1. Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Med Intensiva*. 2015;39:522–3.
2. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38:371–5.
3. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calidad Asistencial*. 2015;30:243–50.
4. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25:72–7.
5. Sandoval-Gutiérrez JL. Abrir las puertas de la UCI: pero paso a paso. *Enferm Intensiva*. 2015;26:120.

J.L. Sandoval Gutiérrez

Áreas Críticas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas», México D.F., México
Correo electrónico: sandovalgutierrez@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.002>

Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI



It is time to change the visiting policy in intensive care units

Sr. Director:

Agradecemos el interés y los comentarios sobre nuestro trabajo «Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad

inexcusable»¹. Los autores expresan estar de acuerdo en la necesidad de abrir las puertas de la unidad de cuidados intensivos (UCI), pero cuestionan el *tempo* de actuación, terminando su carta con la siguiente reflexión, «abrir de un día para otro las visitas a un área hospitalaria de naturaleza restringida, podría acarrear en un principio más inconvenientes que beneficios. Aunque es deseable en el futuro que las UCI sean de puertas abiertas, esta medida tendría que ser pausada y consensuada».

Múltiples estudios nos confirman que la separación familiar es una de las causas de sufrimiento en el paciente crítico

y se ha demostrado, que las visitas familiares contribuyen al bienestar del paciente, disminuyen la ansiedad tanto del paciente como de la familia, y minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y la hospitalización^{2,3}. Por otra parte, una política de visitas liberalizada aumenta la calidad percibida y mejora la imagen y humanización de la organización hospitalaria. Las familias necesitan horarios de visitas más amplios y flexibles, para estar cerca de su familiar enfermo y poder compatibilizar su atención y cuidado con las obligaciones profesionales y familiares. Además, algunas de las razones argumentadas tradicionalmente, para cerrar las puertas de las UCI, como el aumento de las infecciones o la interferencia con la atención al paciente, no tienen evidencia científica⁴.

Estamos de acuerdo en que abrir las puertas de las UCI requiere un estudio del medio, reflexión y el consenso de los profesionales sanitarios implicados, y que en este análisis deben considerarse múltiples aspectos, como las variables culturales, arquitectónicas y organizativas de cada UCI, pero todo ello no debe servir de excusa para seguir perpetuando una política de visitas excesivamente restrictiva, como lo demuestran los resultados nacionales obtenidos en nuestro estudio^{1,5}. En él se evidencia que la mayoría de las UCI (67,7%), sigue con visitas limitadas a un número de 2 al día, de 30-60 min de duración y que son excepcionales las UCI que tienen un horario abierto las 24 h (4%), o que mantienen el horario abierto en tramo diurno (9,8%). Y un dato preocupante en España, es que en la última década, no han ocurrido cambios importantes. Si comparamos los resultados actuales, con los obtenidos por Velasco Bueno et al.⁶ en el año 2005, donde el 5% de las UCI tenían un horario de visitas libre, no hemos progresado mucho, esa recomendación «pausada» que piden los autores se está cumpliendo desde hace demasiados años, la velocidad en implantar una política de visitas libre es, a nuestro juicio, excesivamente lenta. Las organizaciones sanitarias son estructuras muy complejas y la instauración de nuevas prácticas y cambios en un hospital son procesos lentos, laboriosos y repletos de obstáculos. Los autores clásicos ya nos alertaban sobre la dificultad de cambiar comportamientos y Ovidio expresaba esta realidad, diciendo «Nada es tan poderoso como el hábito». Es un hecho bien conocido la resistencia al cambio de la psicología humana y, por tanto, de las organizaciones y, lo que es peor, que esta resistencia, en ocasiones obstinada, dificulta el progreso. Cambiar no es fácil. Salir de la zona de seguridad a la que estamos acostumbrados, supone un esfuerzo adaptativo. Abrir las puertas de las UCI supone cambiar nuestros hábitos laborales, tener a las familias como testigos de nuestro trabajo, ser evaluados directamente y de forma más continua, hacernos más visibles. Y la tendencia natural de nuestra psicología, es mantenerse en el área bien conocida, no realizar cambios que supongan esfuerzos e incertidumbre, seguir encerrados solos en la UCI, ese seguro «fortín», que en general, ha sido históricamente una estructura muy cerrada al exterior. La realidad nos dice que abrir las puertas de las UCI no es tarea fácil ya que son minoría las unidades que tienen horario libre, y por eso necesitamos realizar estudios en nuestro medio que analicen en profundidad esta resistencia al cambio, y las barreras que impiden la implantación

de un horario abierto. Debemos conocer la opinión de los profesionales sanitarios y realizar una labor de sensibilización/formación para reducir la ansiedad que estos cambios puedan provocar, pero no debemos olvidar la necesidad y el beneficio demostrado para el paciente/familia. Así como recordar, que la organización, debe estar siempre centrada en el paciente. Abrir las puertas de las UCI es una recomendación de nuestras sociedades científicas definida ya hace años⁴. Berwick y Kotagal, en un excelente editorial del año 2004 en la revista *JAMA* titulado «Restricted visiting hours in ICUs. Time to change»⁷, ya nos decían que era tiempo de cambio. Han pasado 11 años desde este editorial, y todavía seguimos sin abrir las puertas de las UCI en España ¿hasta cuándo queremos esperar? En nuestra opinión, ya es tiempo de cambio. Humanizar la atención sanitaria y abrir las puertas de las UCI es una gran prioridad^{8,9}. Para ello necesitamos la sensibilización y el compromiso de todo el colectivo de profesionales que trabajan en las UCI, y también el apoyo institucional del sistema nacional de salud.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Med Intensiva*. 2015;39:522-3.
- Kleinpell RM. Visiting hours in the intensive care unit: More evidence that open visitation is beneficial. *Crit Care Med*. 2008;36:334-5.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon A, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
- Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *Am J Infect Control*. 2011;39:898-900.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calidad Asistencial*. 2015;30:243-50.
- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73-83.
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs. Time to change. *JAMA*. 2004;292:736-7.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38:371-5.
- [consultado 17 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/>

D. Escudero*, L. Martín, L. Viña, B. Quindós, L. Forcelledo, C. del Busto, R. Rodríguez-García, L. Álvarez-García y Grupo HU-CI

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dolores.escudero@sespa.princast.es, lolaescudero@telefonica.net (D. Escudero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.007>

La metodología utilizada puede influir en el valor de copeptina para la exclusión del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST



Methods can influence the value of copeptin to rule-out acute myocardial infarction without ST segment elevation

Sr. Director:

Hemos leído con interés el estudio realizado por Esteban-Torrella et al., sobre el «Valor de la copeptina para la exclusión del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con dolor torácico y primera troponina negativa»¹. Estamos de acuerdo con los autores sobre la controversia existente sobre la utilidad de copeptina, no obstante un metaanálisis reciente sugiere que la determinación conjunta con troponina sí que facilita la exclusión del infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST (IAMSEST)²; este resultado no se ha confirmado en el trabajo de Esteban-Torrella et al., y hay algunos aspectos que querríamos comentar.

En primer lugar, la metodología utilizada para la asignación del diagnóstico final IAMSEST puede haber influido en los resultados y su discusión. Si bien es similar a otros estudios de esta naturaleza, dicha asignación suele adjudicarse por consenso de 2 especialistas en lugar de uno; pero aun así no sería ideal. Un estudio reciente ha demostrado que, pese a haber una concordancia aceptable ($k=0,79$; intervalo de confianza del 95%: 0,73-0,85) entre 2 grupos de evaluadores (uno local, otro central) en la asignación del diagnóstico de IAM, un 34% de los pacientes fueron reasignados en la evaluación central a una categoría diagnóstica diferente de la asignada en la evaluación local³. En este contexto, es posible que si la asignación del diagnóstico final se hubiera realizado por otros especialistas, algunos de los diagnósticos finales habrían sido diferentes, y dado la limitación del tamaño muestral podría haber condicionado los resultados obtenidos.

En segundo lugar, en el presente estudio, la copeptina no ha mostrado un mayor valor predictivo negativo en el subgrupo de presentadores precoces, aquellos con inicio del dolor < 6 h antes de la consulta en urgencias. La copeptina es una hormona que se libera de forma inmediata en diferentes situaciones amenazantes entre las que se incluye el IAMSEST, y alcanza máximos en plasma en 1 h⁴. Una posible explicación a este hallazgo podría ser el hecho que la variable «momento de inicio del dolor» no siempre se puede

determinar con exactitud y, en ocasiones, el paciente ha presentado varios episodios de dolor torácico en las horas previas.

Finalmente, se ha postulado que el uso de una estrategia basada en la determinación única de copeptina y Tnc podría disminuir el tiempo de estancia en urgencias y, en consecuencia, disminuir la saturación de los servicios de urgencias. En este sentido queremos puntualizar que los mecanismos que condicionan la situación de saturación y colapso de un servicio de urgencias son múltiples⁵, parece poco probable que la inclusión de un nuevo biomarcador pueda modificar una situación tan compleja.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses, ni ha recibido financiación para la realización del presente trabajo.

Bibliografía

1. Esteban-Torrella P, García de Guadiana-Romualdo L, Consuegra-Sánchez L, Dau-Villarreal D, Melgarejo-Moreno A, Albaladejo-Otón MD, et al. Usefulness of copeptin in discarding non-ST elevation acute myocardial infarction in patients with acute chest pain and negative first troponin I. *Med Intensiva*. 2015;39:477–82 [Article in English, Spanish].
2. Lipinski MJ, Escarcega RO, D'Ascenzo F, Magalhaes MA, Baker NC, Torguson R, et al. A systematic review and collaborative meta-analysis to determine the incremental value of copeptin for rapid rule-out of acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2014;113:1581–91.
3. Smith SW, Diercks DB, Nagurney JT, Hollander JE, Miller CD, Schrock JW, et al. Central versus local adjudication of myocardial infarction in a cardiac biomarker trial. *Am Heart J*. 2013;165:273–9.
4. Rubini MLB, Rubini S, Mueller C. Biomarcadores en el paciente con dolor torácico: pasado, presente y futuro. *Emergencias*. 2014;26:221–6.
5. Tudela PMJ. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113–20.

A. Alquézar-Arbé*, M. Rizzi, M. Álvarez-Albarrán y L. Lozano-Polo

Servicio de Urgencias, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aalquezar@santpau.cat (A. Alquézar-Arbé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.11.007>