

## Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable

### Open de doors on the ICU. An unavoidable necessity

Sr. Director:

Con el fin de conocer, entre otros aspectos organizativos, el horario y las características de las visitas familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas, hemos realizado una encuesta nacional. El cuestionario se envió a través de correo electrónico a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), suscriptores de la REVISTA ELECTRÓNICA DE MEDICINA INTENSIVA (REMI) y se difundió por el *blog Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos)*. Se obtuvieron un total de 206 encuestas procedentes de 131 hospitales, 111 de titularidad pública y 20 privados. En los casos que se obtuvieron más de un cuestionario por UCI, se compararon las respuestas y en caso de discordancia se contactaba mediante correo electrónico para esclarecer los datos. De las 135 encuestas analizadas, 133 pertenecían a UCI de adultos y 2 a UCI pediátricas, que por su escaso número no fueron incluidas en el análisis estadístico. Las encuestas fueron respondidas en el 90% por médicos intensivistas y en el 10% por enfermería.

En el estudio encontramos que solamente existen 5 UCI (3,8%) que tienen un horario abierto las 24h y otras 13 unidades (9,8%) que tienen horario abierto, pero solamente en tramo diurno. En cuanto al número de visitas, la mayoría de las unidades (67,7%), permiten solamente 2 visitas al día con un máximo de 2 familiares simultáneamente en el 91% de las UCI. Los tiempos de visita más frecuentes son 30 min (40,6%) y 60 min (45,1%), respectivamente. Aunque es un hallazgo muy minoritario, todavía en el 1,5% de las UCI la visita familiar y la comunicación con el paciente se realiza a través de ventana-interfono (tabla 1).

Múltiples estudios nos dicen que el dolor, la ansiedad y la separación familiar son algunas de las causas de sufrimiento en el paciente crítico<sup>1</sup>. No existe evidencia científica sobre que un régimen de visitas liberalizado aumente las infecciones o interfiera con la atención al paciente<sup>2</sup>, mientras que sí se ha demostrado, que las visitas familiares disminuyen la ansiedad, ayudan al bienestar del paciente y minimizan la experiencia traumática de la enfermedad, tanto del paciente como de la familia, que también sufre las consecuencias de la enfermedad, como demuestra la alta prevalencia de estrés postraumático y depresión presente en familiares de pacientes críticos<sup>3</sup>. Una política de visitas liberalizada con las UCI de puertas abiertas, es bueno para el paciente y bueno para la familia ya que les ayuda a compatibilizar la atención al paciente con la actividad laboral o los cuidados de otros miembros familiares.

A pesar de las muchas ventajas de un régimen de visitas abierto y las múltiples recomendaciones que existen en la literatura para abrir las puertas de las UCI<sup>4-6</sup>, sigue predominando una cultura de UCI cerrada<sup>1</sup>, con una gran variabilidad entre distintas culturas y países. Suecia es el país con mayor porcentaje de UCI abiertas (70%), mientras que países del entorno mediterráneo, como Italia solamente tienen el 1%<sup>7</sup>.

Tabla 1 Tipo y características de las visitas familiares

	N.º de UCI	Porcentaje
<i>Número de visitas/día</i>		
2	90	67,7
3	32	24,1
> 3	11	8,3
<i>Duración de las visitas</i>		
30 min	54	40,6
Una h	60	45,1
2 h	10	7,5
3 h	1	0,8
> 3 h	3	2,3
Otra duración	5	3,8
<i>Horario abierto</i>		
No	120	90,2
Sí	13	9,8
<i>Horario abierto 24h</i>		
No	128	96
Sí	5	4
<i>Número de familiares permitidos simultáneamente</i>		
1	3	2,3
2	121	91
3	3	2,3
> 3	6	4,5
<i>¿Dónde se realiza la visita?</i>		
Dentro de la UCI	131	98,5
A través de ventana	2	1,5

En España, el último estudio data del año 2005. Velasco et al.<sup>8</sup> analizaron el horario y tipo de visitas de las UCI, encontrando solamente un 5% de unidades con horario de visitas libre. Desde entonces, ha pasado una década y no se han producido en este tiempo cambios significativos, ya que en nuestro estudio solamente el 13,6% de las UCI tienen un horario abierto (diurno o de 24h) confirmando una cultura de visitas muy restrictiva. Estos resultados nos alertan sobre una realidad preocupante y la necesidad de insistir en una política de visitas abierta. El debate sobre la necesidad de abrir las puertas de las UCI debe considerarse no solamente como una cuestión de tiempos, o una concesión por parte de la institución y el personal sanitario, debe ser abordado como una necesidad imperiosa por el beneficio que representa tanto para los pacientes como para la familia y también como un ejercicio de respeto a los derechos de la ciudadanía.

En España, no existe un registro oficial de UCI, por lo que se desconoce su número exacto, pero la SEMICYUC estima que hay aproximadamente unas 250. La muestra estudiada representa algo más del 50% de las UCI españolas, siendo por tanto solo una parte de la fotografía nacional, aunque dado el tamaño muestral podría considerarse una aceptable aproximación a la realidad del país. Los hallazgos obtenidos confirman la lentísima evolución hacia un régimen de visitas más abierto lo que nos dice que abrir las puertas de las UCI no parece tarea fácil. Si queremos cambiar la tendencia, debemos analizar cual son las causas. Para ello, será necesario

realizar estudios en nuestro medio que analicen en profundidad las barreras a la implantación de un horario abierto, conocer los puntos de vista de todos los actores implicados, paciente, familia y profesionales sanitarios, e investigar las repercusiones que todo ello pueda tener sobre la organización y modelos de trabajo actuales. Saber de dónde partimos y las causas de nuestro inmovilismo es el primer paso para iniciar el cambio. Este año, uno de los periódicos de mayor tirada del país<sup>9</sup>, publicaba en la sección «Cartas al director», la queja de unos padres angustiados que reclamaban su derecho a un horario de visitas libre en la UCI. Esta demanda nos la están haciendo ya todos los pacientes críticos y el resto de la ciudadanía. Las recomendaciones de las sociedades científicas<sup>6</sup>, los congresos de la especialidad y algunas recientes publicaciones nos lo siguen recordando<sup>10</sup>. ¿Hasta cuándo vamos a esperar? Abrir las puertas de las UCI se ha convertido ya en una necesidad imperiosa e inexcusable.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A todos los profesionales y hospitales participantes sin cuya colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

## Bibliografía

1. Lombardo V, Vinatier I, Baillet ML, Franja V, Bourgeon-Ghittori I, Dray S, et al., Société de Réanimation de Langue Française (SRLF). How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey. *Ann Intensive Care*. 2013;3:19–26.

2. 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.
3. McAdam JL, Kathleen A, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA, et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med*. 2010;38:1078–85.
4. Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour JM. What's new in ICU visiting policies: Can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med*. 2014;730–3.
5. 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.
6. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon A, Shepard E, et al., American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605–22.
7. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, ODIN Study Group. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: A before and-after study. *Intensive Care Med*. 2013;39:2180–7.
8. 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.
9. La soledad de una UCI pediátrica (2015, 15 febrero). *El País*, p. 36.
10. Fumis RR, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care*. 2015;30, 440.e1-440.e6.

D. Escudero\*, L. Martín, L. Viña, L. Forcelledo, B. García-Arias y L. López-Amor

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

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [dolores.escudero@sessa.princast.es](mailto:dolores.escudero@sessa.princast.es), [lolaescudero@telefonica.net](mailto:lolaescudero@telefonica.net) (D. Escudero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.07.004>

## Curva de aprendizaje y pronóstico en pacientes con shock cardiogénico refractario tratados con soporte ventricular tipo ECMO

### Learning curve and prognosis in patients with refractory cardiogenic shock receiving ECMO ventricular support

Sr. Director:

Los dispositivos de soporte ventricular de corta duración están indicados en los pacientes con shock cardiogénico

refractario<sup>1</sup>. Dada la complejidad de estos pacientes, se recomienda focalizar su asistencia en centros especializados de alto volumen<sup>2</sup>. La experiencia reportada en España sigue siendo escasa<sup>3</sup>, y existe poca información sobre el efecto de la curva de aprendizaje en este escenario<sup>4</sup>, sin existir datos en nuestro medio. Nuestro grupo publicó previamente la experiencia inicial en pacientes sometidos a asistencia ventricular con membrana de oxigenación extracorpórea (AV-ECMO)<sup>5</sup>. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de la curva de aprendizaje en la selección y evolución clínica de pacientes sometidos a AV-ECMO.

Se incluyeron los pacientes consecutivos sometidos a AV-ECMO en la unidad coronaria entre diciembre de 2009 y marzo de 2015. Se dividió a los pacientes en: a) período inicial (diciembre 2009-octubre 2012), y b) período