

Desde 1999

Observatorio Social

DESGASTE PROFESIONAL EN PANDEMIA, EL DIA DESPUES

Maria Fernanda Gómez
Lorena González
Maria de Lourdes Zarza

EL MIEDO COMO CONDICIONANTE DEL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA

Ignacio Previgliano

IMPACTO EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Maria Cruz Martin Delgado

50

SIMPOSIO INTERNACIONAL
EL AVANCE DE UN ENEMIGO SILENCIOSO
DIÁLOGOS E INTERCAMBIOS

II



Av. de Mayo 1437, 4° G, (C1085ABE),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Teléfonos: (+54 11) 4384.6125 ó 4384.6128
contacto@observatoriosocial.com.ar
www.observatoriosocial.com.ar

Propietario

Asociación Civil Observatorio Social

Presidente

Guillermo Mayer Dawson

Comité Editorial

Eduardo Amadeo

Beatriz Orłowski

Guillermo Mayer

Diseño y Diagramación

Rocío Veiga

Asistente Editorial

Jazmin Macaya

Dirección Editorial

Mario Mazzeo

ISSN 1667-586X

Produce en Buenos Aires

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido
sin la previa autorización del editor. Las notas firmadas son
responsabilidad de sus autores.

2 Editorial

3 Desgaste profesional en pandemia, el día después

Lic. María Fernanda Gómez,

Lic. Lorena González y

Lic. María de Lourdes Zarza

13 El miedo como condicionante del equipo de salud durante la pandemia

Dr. Ignacio Previgliano

17 Impacto en la humanización de los cuidados

Dra. María Cruz Martín Delgado

sumario

Junio 2023

Editorial

Diversas publicaciones se han dedicado, en los últimos meses, a reflejar la creciente influencia del desgaste profesional en el personal que no están vinculados directamente a salud o al área social.

Las complejidades que se deben atender, tanto en lo público como en lo privado; las obligaciones que implican labores profesionales que atienden personas en sus más variadas necesidades y los grados de excelencia que se exigen para su resolución, son la superficie de algunas de las causas que afectan la salud psicosocial en quienes afrontan la tarea.

Se trata de sostener la diseminación del conocimiento adquirido y que ello aporte a afianzar las tareas de investigación que procuran encontrar motivos y respuestas novedosas que impulsen la revisión de las políticas de cuidado en quienes afrontan los múltiples factores que intervienen en las decisiones complejas de la atención de personas.

Avanzando en los objetivos del Ejercicio PRISMA, editorializado en el número 49, que impulsa ...” construir un corpus de ideas que mejoren la capacitación, organización y evaluación del funcionamiento de las instituciones que son parte de los sistemas sociales...” se progresa en la elaboración y presentación de un proyecto ante Instituciones Internacionales que enfoca la investigación mediante la acción al capacitar a referentes en el área salud, que puedan replicar y extender criterios de afrontamiento que incidan positivamente en la calidad de atención de las personas, mediante la concientización y sensibilización del burnout.

La Revista del Observatorio Social consistente con esos postulados, sostiene la diseminación del tema acercando los trabajos que han realizado prestigiosos científicos y profesionales nacionales e internacionales, que presentarán en el Simposio de noviembre de 2022.

Desgaste profesional en pandemia, el día después.

Lic. Maria Fernanda Gómez, Lic. Lorena González y Lic. Maria de Lourdes Zarza.

Introducción

El trabajo que solicitamos compartir tiene como objetivo socializar la experiencia del Servicio Social del HZGA “Simplemente Evita” de González Catán durante la Pandemia, resaltar el proceso de conformación de un equipo interdisciplinario psicosocial como estrategia de afrontamiento a fin de acompañarnos, en un primer momento entre los trabajadores del hospital y en un segundo momento, a los pacientes y sus familiares. Desplegamos líneas de trabajo y prácticas creativas e innovadoras, de manera colaborativa brindándonos contención entre los trabajadores del equipo de salud. Considerando los síntomas físicos y emocionales que surgían frente al estado de pandemia y teniendo en cuenta que el foco estaba puesto en las respuestas del sistema de salud frente a la enfermedad se acrecentaban las condiciones - de un ambiente laboral de por sí propicio- para el desarrollo del riesgo a padecer desgaste profesional. Se toma en cuenta para el siguiente trabajo el sector de UTI por ser el más crítico y expuestos laboralmente a la muerte de los pacientes por COVID 19.

Objetivos

- Socializar las estrategias de intervención implementadas con el equipo de salud a fin de generar pautas de autocuidado y evitar el desgaste laboral.
- Describir las apreciaciones profesionales del área de terapia intensiva, respecto a las vivencias durante los momentos críticos de la pandemia
- Resignificar las acciones implementadas durante la pandemia a fin de valorarlas y considerarlas como una dimensión del cuidado / autocuidado en beneficio del equipo de salud en su cotidiano laboral.

Metodología

Se trató de un estudio de tipo descriptivo tanto para las variables cuantitativas como para las cualitativas. La información recabada fue obtenida a través de datos de primera mano surgidos de un sondeo de opinión en el sector de UTI y Servicio Social del Hospital.

Iniciando el camino

En el mes de diciembre 2019, surgió en China, un virus nuevo que comenzó a afectar a diferentes grupos etarios, que luego, fue propagándose rápidamente a lo largo de los continentes, volviéndose así la necesidad de declarar Pandemia Covid-19 en el mundo, entrado el mes de marzo de 2020.

“Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Se produce una pandemia de gripe cuando surge un nuevo virus gripal que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Por lo común, los virus que han causado pandemias con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales” (OMS; 2010)

En la Argentina, se fueron implementado una serie de medidas estatales como el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, mediante Decreto de Necesidad Y Urgencia, que apuntaba básicamente, a evitar la propagación comunitaria de manera tal que el servicio sanitario pueda dar respuesta. Hasta el año 2021 existieron medidas restrictivas con el fin de controlar en parte, la segunda ola la cual se mostraba más virulenta que la anterior. Convivimos con nuevas cepas y la esperanza de la vacuna la cuales comienzan a utilizarse en la población principalmente en los equipos de salud, con el cansancio físico y mental producto del trabajo complejo que en los centros de salud se estaba realizando y el avance de la pobreza, entre otros indicadores que atraviesan la realidad pandémica actual.

La irrupción del coronavirus generó un impacto en la atención de los servicios de salud, así como también en la vida de las personas.

Particularmente, las prácticas profesionales se vieron atravesadas por la pandemia lo que generó una redefinición de las estrategias de intervención y de la infraestructura hospitalaria.

Las acciones hospitalarias se enmarcaron principalmente y al menos en nuestra experiencia particular en la generación de un comité de crisis con representatividad obligatoria de todos los servicios el cual visibilizó una mirada integral de la salud no solo a nivel asistencial sino también, acerca de las decisiones y planificaciones estratégicas. Asimismo, quienes tenían conocimientos

previos, organizaron talleres de capacitación para el uso del equipo de protección personal (EPP) para la totalidad del personal hospitalario.

Por otra parte, al interior de cada servicio y por indicación del Comité de Crisis, se reorganizaron los mismos. Aquellos con vinculación directa con la atención de las personas infectadas, incorporaron más empleados tanto profesionales, técnicos y administrativos, así como también de limpieza y mantenimiento.

La reorganización también alcanzó a servicios que debieron ser suspendidos (casa de madres de neo) y las estructuras edilicias debieron ser utilizadas para atención exclusiva de Coronavirus. Se organizó un espacio llamado UFE para la atención de pacientes febriles que no requerían internación y un office para el personal abocado a ese nuevo servicio.

En el año 2021 se instaló un hospital de campaña militar donde por casi todo ese año se utilizaron tiendas de atención para pacientes internados por otras patologías, reorganizando la internación.

El Servicio Social también vio afectada su intervención y la angustia, incertidumbre y miedo al interior de los equipos de salud, hizo que, junto al equipo de salud mental, definimos una estrategia conjunta de actuación. La idea principal fue estar solos, hacer un frente común de trabajo y acompañar las demandas del resto de los trabajadores del hospital que manifestaban sentimientos de crisis. Surge de esta manera, la conformación del equipo psicosocial, donde nos reunimos a planificar propuestas y acciones, en un primer momento, nos abocamos a capacitaciones para el personal orientadas a la atención en crisis, para que de esta manera, contemos con recursos y habilidades básicas para implementar en los pacientes y en nosotros mismos: Talleres de Primeros Auxilios Psicológicos, Manejo del Stress, Cuidado – Autocuidado, Técnicas de respiración, etc. Los mismos fueron desarrollados tanto de manera presencial como virtual y realizamos turnos de capacitaciones semanales en duplas (psicosocial) según los conocimientos con los que contaba cada profesional. A su vez, se articuló con el Espacio Escuela Movimiento Expresivo Sistema Milderman, quienes nos aportaron algunos videos de técnicas de relajación y movimiento expresivo, disponible para el personal que lo requiera.

Además, surgieron demandas nuevas que nos interpelaron y que debimos abordar haciendo camino al andar al menos en los primeros meses. Nuestras intervenciones habituales, tanto del servicio social como de salud mental, se vieron en parte relegadas por la necesidad urgente de brindar asistencia a aquellas familias que no podían, en principio, ver a los suyos, quienes estaban internados en el hospital en el sector de Terapia Intensiva (UTI). Comenzamos a pensar qué estrategias implementar para que los familiares puedan ingresar o tomar contacto con un sector

central de la lucha contra la pandemia y de presencia absoluta del virus en el lugar.

El coronavirus irrumpe de manera tal que casi no pudimos darnos cuenta que allí estaba pero fuimos partícipes de los cambios estructurales en el hospital. El virus estaba acompañándonos en el quehacer diario en nuestro servicio y también en el temor de hacerlo ingresar en nuestros hogares.

Empezamos a recibir la demanda de los familiares para quienes no era suficiente el parte telefónico, único medio de contacto con entre el interior y exterior del hospital y poco a poco, el temor al contagio se vio relegado a un segundo plano: la prioridad era ver, hacer tangible, la idea de que el ser querido ya no iba a volver. Conocimos y nos informamos de otras experiencias – sobre todo de países europeos donde ya se encontraban en etapas avanzadas de manejo de la pandémica- que ya se estaban implementando y que hablaban de la aplicación de protocolos para que los familiares pudiesen visitar o despedirse del paciente al menos un momento. Este marco caracteriza un segundo momento que fue la aplicación de un dispositivo interno hospitalario para el acompañamiento de familiares de pacientes internados por Covid-19, surgiendo como necesidad en el seno de los servicios involucrados y presentando posteriormente al Comité de Crisis.

Estas demandas que se presentaban en el contacto con pacientes y familiares, generaron en nosotros, entender que nada tenían que ver con las intervenciones acostumbrados a realizar y que debíamos pensar nuevas estrategias para garantizar el derecho a la atención, el derecho a la despedida frente a la muerte y al acompañamiento de los familiares, quienes en algunos casos conformaban grupos diezmados por el virus.

Entendimos que esta intervención no podía ser un trabajo solitario, por lo que como puntapié inicial reforzamos los vínculos con el servicio de Terapia Intensiva. Desde un principio reconocieron la necesidad de que tanto las familias como los pacientes puedan verse, facilitando de esta manera calmar ansiedades y entender de manera tangible la gravedad del estado de salud de los pacientes internados. El trabajo interdisciplinario con Salud Mental es una constante por lo que decidimos repartirnos la tarea tanto en terapia intensiva como en las internaciones de menor complejidad.

Luego empezamos a diseñar nuestra estrategia, debatiendo acerca de las necesidades sentidas. Los debates se centraron inicialmente en definir el rol de las Trabajadoras Sociales acompañando en la muerte en el contexto de pandemia. Nos nutrimos en primera instancia de la bibliografía sobre cuidados paliativos, entendiéndolos según la OMS como:

“enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas

asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Esta definición permite integrar, no sólo al paciente, sino también a la familia y referentes afectivos, pero resulta inacabada si de coronavirus hablamos.

Las consecuencias del virus en el cuerpo agravan enormemente los cuadros, que anteriormente podían ser más fácilmente controlados. La permanencia en terapia intensiva se acorta por lo que el trabajo con las familias y los pacientes se tornaba urgente. El desenlace podría sucederse en un breve lapso de tiempo y debíamos facilitar la despedida.

Fueron semanas de transición y pulido de la estrategia, hasta que contamos con el marco institucional para poder terminar de brindar una atención integral y de calidad y que les diera encuadre a las acciones de hecho. Luego de conversaciones telefónicas con áreas de gestión del ministerio de salud de la provincia, donde se transmitió la demanda y necesidad percibida, sumado a las posibilidades de aplicación de una atención que de respuesta y los antecedentes es que se logró contar con un protocolo.

Protocolo, proceso y consolidación de la intervención

Fue así como a partir del *“Protocolo para el ingreso de acompañantes de personas internadas por sospecha y/o confirmación de COVID-19”* del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dichas prácticas se conformaron y se construyeron a partir de un equipo interdisciplinario (Servicio Social – Terapia Intensiva), quienes llevamos a cabo el acompañamiento de los familiares y pacientes internados en UTI por sospecha o confirmación de COVID-19. Esto marca el inicio del 3 momento de la intervención.

El protocolo elaborado por el Ministerio de Salud bonaerense está destinado a paliar la soledad y la angustia de los pacientes que se encuentran aislados en terapia intensiva, así como la incertidumbre de los familiares que no pueden visitar o despedirse de sus seres queridos.

La aplicación del protocolo involucra distintos contactos telefónicos con familiares, entrevistas presenciales, relevamiento de datos (de salud y de riesgos) y actividades administrativas, seguimiento de la situación social del núcleo familiar, confección del consentimiento informado para el ingreso a UTI COVID, primera aproximación al uso de equipo de protección personal (EPP), monitoreo de la visita, sostén emocional frente a la situación inminente de muerte y

la coordinación de las visitas a fin de no generar un riesgo de contagio para los visitantes.

El servicio Social lleva a cabo estas acciones articuladas con el Servicio de Terapia Intensiva a fin de abordar una nueva estrategia en el cuidado de la salud y en el acompañamiento del buen morir o bien, en el tránsito de internaciones prolongadas de aproximadamente tres semanas o más en dicho servicio.

La intervención se transforma así, en un facilitador de los rituales y costumbres asociadas a la muerte y al tránsito de una enfermedad de la que poco se conocía por lo que también dichos rituales fueron resignificados.

Desde el inicio de la pandemia, la prohibición de visita y acompañamiento presencial de los familiares internados generó conflictos e incertidumbre en las familias que no podían llevar a cabo sus rituales asociados a este momento tan particular.

Se comenzaron a presenciar escenas de culpabilización al sistema de salud por el contagio y/o muerte del paciente, generando fantasmas en las percepciones, acusaciones y escenas violentas en los servicios.

La redefinición de la estrategia de intervención generó el diseño de una red comunicacional destinada tanto para los partes médicos como para el seguimiento familiar frente a cualquier necesidad que resultase de la internación del paciente.

Asimismo, se facilitaron los equipos de protección personal (EPP) y se supervisó la colocación y extracción de este a fin de evitar un riesgo en la seguridad del familiar. Dicho acompañamiento fue llevado a cabo por personal de enfermería y del servicio social.

Se trató de prácticas humanizadas para evitar que las personas mueran solas y los familiares no hallen alivio emocional frente a la pérdida.

Entre 2020 y 2021 en el marco de la aplicación del protocolo, se relevaron un total de 291 pacientes. No todos los pacientes fueron visitados y esto se debió a que permanecieron en UTI un lapso corto de tiempo no pudiendo realizarse las entrevistas de contacto con las familias. Los motivos fueron en su mayoría por haber pasado a piso de clínica médica o haber obitado. Las otras causas obedecen a derivaciones por obras sociales, personal hospitalario, un paciente que carecía de familiares, familias que no cumplían los requerimientos para ingresar a las visitas, entre otros motivos.

Asimismo, para el total de las visitas realizadas se firmaron los consentimientos informados solicitados por el protocolo y se garantizaron y brindaron los EPP correspondiente y la charla previa para el correcto uso del equipo. La asistencia durante las visitas estuvo a cargo tanto del servicio social como de enfermería de UTI y posteriormente se brindó un espacio de escucha y contención para el visitante.

En 2021, se pudieron entrevistar a tres pacientes que se encontraban internados y su estado de salud permitía el diálogo. Todos coincidieron que experimentaron una mejoría en su ánimo y en un caso se pudo constatar mediante observación directa que los signos vitales mejoraban cuando el paciente se encontraba en la visita de sus familiares.

Al finalizar cada visita se acompañaba a los familiares debido a que la experiencia impactaba emocionalmente sobre todo en el acompañamiento a pacientes que estaban en fase agónica. Los familiares manifestaron ante todo estar agradecidos con la posibilidad de poder haber visto a su ser querido. De esta manera pudieron despedirse y además constatar que su situación de salud era grave. Por otra parte, mencionaron que se sintieron bien tratados por parte de los servicios involucrados en la atención y que si bien era un momento de extrema tristeza experimentaron un cierto grado de alivio.

Sin embargo, ¿Que pasaba como equipo de implementación del protocolo? Con el correr de los meses cambiamos en diversas ocasiones los horarios de las visitas en función de la dinámica del trabajo de enfermería en la UTI. Asimismo, si bien la experiencia fue innovadora y gratificante, según la mirada de hoy en día, el ingreso a la terapia COVID nos generaba ansiedad, temores, incertidumbres, ya que la amenaza del contagio (sobre todo el primer año sin vacunas) se presentaba como una amenaza latente cotidiana y posible. Es en este aspecto que, podemos identificar el desgaste de los trabajadores. Para finales de 2021 quienes habíamos participado de la experiencia estábamos cansados, abrumados y esperando se nos otorguen las licencias anuales suspendidas dos años atrás.

Resultados y Conclusiones

La redefinición de la estrategia de intervención generó el diseño de una red comunicacional destinada tanto para los partes médicos como para el seguimiento familiar frente a cualquier necesidad que resultase de la internación del paciente, lo que generó una contención frente a la insistencia de los familiares.

Como personal de salud, el equipo debió implicarse en los rituales de las despedidas, la atención emocional y en facilitar el duelo en una situación compleja como es la pandemia de COVID 19. Lo cual significa una complejización de las tareas y la organización laboral, implicando una sobrecarga física y emocional ya que además de profesionales de salud transitamos la enfermedad al interior de nuestras familias o nosotros mismos. Trabajar en una organización de salud, supone un desgaste relacionado por la exposición constante al sufrimiento y la muerte. Se hace necesario entonces generar un espacio de soporte y que mejor que el propio equipo de salud para su autocuidado.

Sabemos que estas cuestiones están trabajadas desde distintas conceptualizaciones que consideran que existe una relación entre las condiciones de trabajo y el cuerpo ya que las condiciones ambientales y elementos físicos ambientales, generan enfermedades en los trabajadores. La amenaza constante de un virus desconocido y hasta el momento letal, es una condición ambiental que impacta directamente en el cuerpo.

Además, la pandemia dispara estados de ansiedad y genera también otras emociones relacionadas con el displacer que impacta directamente en nuestra salud mental. Es por lo que no podemos dejar de lado el tema del burnout relacionados directamente con los procesos de complejización y sobrecarga de las tareas en un contexto de crisis. El síndrome de burnout es producido, principalmente, por el desgaste constante en el ámbito laboral y se haya presente particularmente en el sistema de salud.

En principio la reflexión sobre cómo nos sentíamos, reconocer qué emociones afloraban al momento de la intervención, generar alarmas sobre aquellos indicadores que nos anunciaban que algo no estaba bien y no dejarlos de lado fue el puntapié inicial para iniciar un proceso de resignificación de la dinámica laboral.

Como primera medida y a partir de un taller que el equipo Psicosocial presentó a los compañeros del equipo de salud, algunos tips relacionados con el manejo de la crisis para así poder afrontar el desastre que supone la amenaza del virus frente a una población vulnerable (equipo de salud). Por otra parte, se constituyó un estigma alrededor de los equipos de salud por estar en la inmediatez de posibilidad de contagio. Es por esto que, en primera instancia, se trató de proporcionar directrices para apoyo psicosocial y dejar en claro que nadie intervenga aisladamente al margen de las intervenciones del equipo. Se abrió una línea de atención para contención de los compañeros que lo necesitasen y lo solicitaran. También se incluyeron técnicas de respiración y relajación.

Quisimos compartir nuestra experiencia, pequeña, local, pero con un entramado tan complejo que hoy a la distancia nos preguntamos cómo sobrevivimos. Consideramos que la palabra clave es CUIDADO. Siguiendo a De la Aldea entendemos que “Los cuidados recuperan una visión integradora de las acciones humanas, ya que, sin perder la conexión con lo espontáneo, libre del gesto, pueden integrar lo reflexivo del análisis sobre las necesidades del otro”. El acto de cuidar implicó no solo este identificar las necesidades propias sino también las del resto del equipo de salud, así como también de los familiares que necesitaban ver a sus enfermos o al menos despedirse de ellos. La empatía y la conexión que se pudo generar, suponen un ida y vuelta entre todas las involucradas. Podemos reconocer también que existe una responsabilidad profesional individual, de equipo e institucional de generar estrategias de cuidado y autocuidado.

De esta experiencia, de la cual nos consideramos sobrevivientes generaron redes entre los servicios que facilitan hoy en día una atención integral. Por primera vez en mucho tiempo el equipo de salud se vio valorizado. La historia muestra que el reclamo siempre se enmarca en el recurso material. En estos tiempos quedó evidenciado que la prioridad está en el recurso humano. Por lo tanto, se hace necesario sostener y bregar por estas estrategias como pautas de cuidado al equipo de salud y como una política institucional de una dimensión de la atención de la salud de los trabajadores del sistema de salud.

Material de consulta

- **UBA, Facultad de Psicología (2020) Recomendaciones psicológicas para afrontar la pandemia.**
- **Dejours, Ch, (2012) Trabajar hoy: Nuevas formas del sufrimiento y de acción colectiva. Conferencia realizada en Buenos Aires, el 1 de noviembre de 2012 en el auditorio C. Carella del Sindicato de Comercio de Buenos Aires.**
- **Equipo Psicosocial del Hospital Simplemente Evita (2020) Intervenciones de los trabajadores de salud mental dentro del paradigma de la gestión integral de reducción del riesgo de desastre. Taller para los trabajadores del Hospital.**
- **De la Aldea E, (2019) Los cuidados en tiempo de descuido. LOM Ediciones.**
- **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020) Protocolo para el ingreso de acompañantes de personas internadas por sospecha y/o confirmación de COVID-19.**
- **Lauracio, C, Lauracio, T, (2020) Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. Revista Innova Educación, ISSN-e 2664-1488, ISSN 2664-1496, Vol. 2, N°. 4, 2020, págs. 543-554.**
- **Onocko Campos, R (2004) Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Publicado en: Salud Colectiva, Spinelli (org) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina; pp.103-120.**

Lic. Lorena González

Referente docente del [Hospital Zonal General de Agudos, Simplemente Evita de González Catán.](#)

Curriculum abreviado de Lorena Elizabet González: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/Desgaste_profesional/CVS_SEMINARIO/cv_Lic_Lorena_Gonzalez_2023docx.pdf

Lic. Maria Fernanda Gómez

Trabajadora Social del [Hospital Zonal General de agudos, Simplemente Evita, Gonzalez Catán.](#)

Curriculum abreviado de María Fernanda Gómez: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/Desgaste_profesional/CVS_SEMINARIO/CV_LIC_GOMEZ_2023doc.pdf

Lic. Maria de Lourdes Zarza.

Jefa del Servicio Social del [Hospital Zonal General de Agudos, Simplemente Evita de González Catán.](#)

Curriculum abreviado de Maria de Lourdes Zarzara: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/Desgaste_profesional/CVS_SEMINARIO/cv_Lic_Maria_Zarza_2023docx.pdf

El miedo como condicionante del equipo de salud durante la pandemia.

Dr. Ignacio Previgliano

Cómo director del Hospital Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires estructuré el plan de contingencia para el tratamiento de la pandemia del COVID-19. Lo destacable es que dentro del área de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires se realizó un trabajo en red, estableciendo estrechos contactos con los secretarios y ministros, quienes dieron libertad de acción para poder evaluar cómo se actuaría en cada institución.

Cómo primera acción se decidió relevar datos de los equipos médicos, en la misma línea de trabajo que expresó el Prof. Dr. Patrick Bondemanen en su ponencia del Simposio. Se realizó el relevamiento sobre 305 encuestados; el 83% de los encuestados, expresaron que sentían miedo, como sentimiento predominante; el 60% manifiesta no sentirse capacitado para enfrentar la pandemia y un 80% expresó miedo a contagiarse y contagiar a sus seres queridos, siendo estos factores de incidencia directa en la práctica compleja que significaba la atención de las consecuencias del virus. En tanto, el 62% expresó su temor de que el gobierno, o el hospital, no le diera los equipos de protección apropiados.

Con los datos acerca del factor miedo que reveló la encuesta, se consideró otro factor que incidió en la toma de decisiones. Este factor está referido a la formación y el conocimiento que se disponía en los equipos médicos. Previo a asumir la Dirección del Hospital, ejercí como Director Jefe del servicio de terapia intensiva del mismo hospital. Esto permitió un conocimiento particular de los médicos, ya que 60% fueron residentes en la especialidad que lideraba. Este vínculo previo indujo a muchos de ellos, que ante el miedo y la incertidumbre de cómo tratar la pandemia, demandaban a la Dirección el cuidado necesario y urgente. El reclamo, adquiere visos similares al que hijos o hijas pueden hacerle a sus padres o madres ante la situación angustiante y cómo reacción primigenia ante la situación de emergencia sanitaria.

¿Dónde no se sentían cuidados?: los equipos de protección personal entregados al comien-

zo de la pandemia no eran, en verdad, los más adecuados, justificando la percepción de descuido institucional. La Dirección investigó cuáles eran los mejores o más adecuados equipos de protección que se estaban utilizando en Europa, tomando esa experiencia, y con la colaboración de la Fundación del Hospital Fernandez se decidió adquirir 1200 de esos equipos reutilizables.

La reacción de los equipos médicos fue expresar que esos equipos eran “muy calurosos”. Se podría inferir de este comentario, cómo la expresión por el temor generado debido a la incertidumbre que la ciencia no podía resolver en esos momentos.

Otra expresión que es posible atribuir al temor generalizado de estos momentos se plasmó en la oposición gremial a los cambios que se proponían desde la Dirección del Hospital. Estos cambios apuntaban a utilizar de un modo flexible las camas disponibles en los diferentes servicios del hospital. La contrapropuesta, influenciada por el clima social en la institución formulaba un programa para cambiar el funcionamiento del mismo, que desconocía la realidad mínima del hospital público argentino. En el programa se sugiere designar a auxiliares de enfermería, cuando en verdad desde 1978 en Argentina ya no existen.

Inmersos en un cotidiano en el que las dudas e incertidumbres generaban cada vez más temor al mismo tiempo que se reclamaba atención de pacientes complejos y graves con pronósticos poco favorables; en el que la ciencia aún sin

respuesta con una vacuna estaba impedida de ofrecer esperanza; y con la diversidad de tratamientos que se ponían en práctica porque se investigaba al mismo tiempo que se atendía, se judicializa un reclamo por el modo de conducción de la Dirección, sólo explicable por un creciente temor ante un fenómeno incontrolable. La responsabilidad de la incertidumbre se la posiciona en la “cabeza” de modo simbólico y paradójico, toda vez que la estructura piramidal en el área respondía a esquemas y protocolos ya definidos con anterioridad a la pandemia.

Ante estas evidencias la Dirección convoca a integrar un comité de crisis, a partir del criterio a médicos y médicas reconocidos como líderes positivos y no amedrentados por la situación de emergencia sanitaria.

En la Unidad de Terapia Intensiva al comienzo de la crisis se utilizaban 21, hasta llegar a 55; se creó una unidad de ventilación no invasiva; una unidad de cuidados respiratorios intermedios a agudos, y se modificaron las condiciones de trabajo de los equipos de emergencia. Hubo 93 camas críticas asistiendo a 1150 pacientes críticos.

La unidad de cuidados respiratorios se creó en disidencia de las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y de otras sociedades del exterior, siguiendo las recomendaciones de la sociedad de cuidados críticos de Estados Unidos, integrada por gente joven con buena disposición a trabajar en la emergencia y que no pertenecía al sistema de salud del Gobierno de la Ciudad. Este equipo

de jóvenes, kinesiólogos y médicos dirigidos por un profesional de más experiencia, tuvieron una actuación relevante y extraordinaria.

Otro aspecto importante se manifestó en que un equipo de la terapia intensiva se integró con una franja etaria muy homogénea de entre 38 a 48 años. El otro equipo de terapia intensiva se conformó con mayores de 60 años y menores de 30, siendo estos residentes de último año recién recibidos de especialistas y los residentes de la terapia.

Se verificó que la terapia intensiva de la franja etaria homogénea tuvo una mortalidad del 35% y la terapia intensiva con edades heterogéneas tuvo una mortalidad del 58%.

¿Quiénes eran los que tenían más miedo? los de 40, y fueron los que mejor trabajaron porque fueron contra el miedo.

¿Y quienes fueron los que tenían menos miedo? los mayores de 60 y los recién recibidos.

Esto también se reflejó en otra especialidad crucial cómo lo es la clínica médica. Se diferenciaban la clínica médica A y la clínica médica B. La A asistía a los pacientes entre 6 y 8 días, que cambiaba de acuerdo con la modificación del cuidado de los pacientes en pandemia, y la B, que recibe los mismos pacientes, mismos scores de gravedad, tenía los pacientes entre 16 y 19 días. **¿Cuál tenía más miedo?** los de la otra clínica, el miedo fue un condicionante de la respuesta de todo esto.

Al mes de iniciada la pandemia, se ofreció una asistencia psicológica para trabajar con una

metodología similar a los grupos Balint. Ante este ofrecimiento los equipos médicos de terapia intensiva expresaron que “no necesitamos a nadie”, esto es en concordancia con actitudes similares en diferentes instituciones del área.

Ante el interrogante de **¿dónde se contagiaron más profesionales?** se evidenciaron contradicciones propias de un momento atemorizante, en tanto en la primera ola se acrecentaban los cuidados dentro de la sala y se reclamaba por los equipos de protección personal, al tomar descanso compartían el mate, o celebraban los cumpleaños soplando las velitas de la torta y en algunos casos atribuían el contagio a su proximidad con los pacientes. El contagio, estaba vinculado al miedo dentro de la sala cómo foco más peligroso, pero esos cuidados se relajaban totalmente fuera de allí, cuando estaban juntos y se sentían en su sitio de confort.

El “programa estar”, colaboró mucho en compatibilizar un poco el sufrimiento del médico, el de los familiares de los pacientes y un puente entre los médicos enfermeros, pacientes y familiares.

La post pandemia reveló que el 25% de los médicos de la terapia intensiva del hospital Fernández que hicieron guardias durante la pandemia, hoy no hacen guardias por causas médicas; 3 de ellos por causas psicológicas; una por problemas médicos (influenciado por lo psicológico); la quinta por un problema de columna vertebral (también íntimamente ligado) y un solo caso de burnout documentado.

En la unidad de ventilación no invasiva (VNI) los pacientes se los visitaba de 7 y 9 veces, entre enfermeros, kinesiólogos y médicos que se iban rotando en donde también colaboraron los psicólogos del hospital y de un grupo de payasos médicos, que impactaron positivamente en los pacientes.

¿Cuál fue la tasa de estrés postraumático de los pacientes que tuvieron insuficiencia respiratoria grave, con parámetros de estrés respiratorio agudo que estuvieron en VNI?

cero, 0%. Estos pacientes, probablemente con normativas de la SATI y la Sociedad Americana de Medicina Respiratoria, habrían sido asistidos por respirador artificial, e inducido a un coma farmacológico por 18 o 20 días. Esto es la innovación: haber afrontado la emergencia con decisión de hacer diferente en particular con la visión de los médicos más jóvenes con menos prejuicios frente al miedo.

Se creó una sala de recuperación, llamada “Salir”, para pacientes con síndrome post terapia intensiva, en la cual tuvieron 480 pacientes dados de alta. El 78% presentó un trastorno cognitivo de los cuales el 60% eran similares a un deterioro cognitivo mínimo, el resto eran compatibles con una demencia del tipo Alzheimer leve, datos ya publicados, comprobados en la práctica. Se dificultó demostrar la presencia de estrés postraumático ya que el grado de deterioro cognitivo de estos pacientes no permitía

aplicar los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de estrés postraumático.

En la experiencia personal la pandemia me permitió descubrir el mindfulness he aprendido con ello a tomar con más calma la vida, a pensar las decisiones desde un punto diferente llevándolo a la práctica y requiere un proceso más prolongado para instalar la idea en lo institucional. Es cuestión de insistir y dar tiempo.

Dr. Ignacio Previgliano

Director Médico del [Hospital General de Agudos J. A. Fernández](#).

Curriculum abreviado de Ignacio Previgliano: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/simposio_internacional_CVS/CV_abreviado_Previglianodocx.pdf



Impacto en la humanización de los cuidados

Dra. Maria Cruz Martin Delgado

Introducción

La aparición del brote de un nuevo virus de la familia Coronaviridae, denominado SARS-CoV-2 detectada por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan (China), ha llevado a la definición de una nueva enfermedad, conocida como COVID-19.¹ El 11 de marzo de 2020, con 114 países afectados, con más de 118.000 casos y más de 4.000 muertes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia.²

Durante estos largos meses, y especialmente durante la primera ola de la pandemia los recursos sanitarios se han visto saturados, con demandas asistenciales por encima de los recursos disponibles, y especialmente escasez de equipamientos de protección individual (EPI). Hemos enfrentado una nueva enfermedad en un ámbito de incertidumbre que ha obligado a los profesionales sanitarios a actuar en el ámbito asistencial a la vez que se elaboraban protocolos y guías de actuación, intentando generar evidencia científica para mejorar los resultados. Se han puesto en marcha planes de contingencia y desescalada dinámicos intentando adaptarse a la realidad de lo que ocurría en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).^{3 4} Muchos profesionales han tenido que cambiar sus roles colaborando en equipos de trabajo no habituales y no siempre con las competencias específicas para ello, con miedo a enfermar o contagiar a sus familias. Por primera vez muchos profesionales se han enfrentado a toma de decisiones éticas muy difíciles y muchas

1 Munster VJ, Koopmans M, van Doremalen N, van Riel D, de Wit E. A Novel Coronavirus Emerging in China - Key Questions for Impact Assessment. *N Engl J Med*. 2020;382(8):692–694. doi:10.1056/NEJMp2000929

2 World Health Organization Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19–11 March 2020. Available online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (accessed on 11 March 2020).

3 Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, et al. Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020;44(6):363-370. doi:10.1016/j.medin.2020.03.006

4 Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estella Á, et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients in the coronavirus disease (COVID-19). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2020;44(6):371-388. doi:10.1016/j.medin.2020.04.001

políticas de humanización de los cuidados se han visto socavadas durante la pandemia con repercusiones negativas para los pacientes, familias, profesionales y para toda la sociedad.

La primera consideración haría referencia a los recursos de intensivos disponibles para atender a los pacientes más graves de esta enfermedad. Estos recursos constituyen el último eslabón de

la cadena asistencial en un entorno altamente especializado y tecnificado que ofrece el soporte de diferentes órganos y sistemas a pacientes en situación de riesgo vital. La World Federation of Intensive and Critical Care establece que una UCI es más que un área geográfica o espacio físico con los equipos necesarios para la monitorización y soporte orgánico de los pacientes más graves, sino que además requiere equipos de profesionales altamente cualificados para atender a estos pacientes.⁵

Experiencias como la pandemia por gripe H1N1 en el año 2009 que llevó a la muerte de más de 300.000 personas ya determinaron la necesidad de disponer de planes de contingencia que permitiera planificar y anticipar una respuesta en situaciones de crisis.⁶ Ante la situación actual, estos planes de contingencia más teóricos que reales han tenido que implantarse y adaptarse de forma abrupta y mantenida en el tiempo.⁷

Los recursos intensivos han tenido que extenderse a medida que avanzaba la pandemia tanto a nivel de estructura, profesionales y equipamientos para dar respuesta a una demanda inusual y muy por encima de los recursos disponibles en condiciones basales.

En determinadas áreas geográficas estas necesidades se han visto incrementadas por encima del 200%, lo que ha llevado a la saturación del sistema hasta alcanzar en algunos momentos situaciones que podrían englobarse en el concepto de medicina de catástrofe. La disponibilidad de este recurso asistencial se ha relacionado con una mayor mortalidad en áreas con menos recursos.⁸⁻⁹ En estas circunstancias puede verse comprometida la calidad asistencial, obligando a estrategias de gestión con políticas restrictivas sobre el uso de recursos, a sustituir (expansión de camas de UCI fuera de espacios habituales), adaptar (utilización de equipos de ventilación mecánica de quirófano o transporte frente a los ventiladores de UCI, incorporación de profesionales de

5 Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, Fowler RA, Meyfroidt G, Nakagawa S, Pelosi P, Vincent JL, Vollman K, Zimmerman J (2017) What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of intensive and critical care medicine. *J Crit Care* 37:270–276

6 Kain T, Fowler R. Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care*. 2019;23(1):337. Published 2019 Oct 30. doi:10.1186/s13054-019-2616-1

7 Hick JL, Biddinger PD. Novel Coronavirus and Old Lessons - Preparing the Health System for the Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(20):e55. doi:10.1056/NEJMp2005118

8 Bauer J, Brüggmann D, Klingelhöfer D, et al. Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med*. 2020;46(11):2026-2034. doi:10.1007/s00134-020-06229-6

9 Wilcox ME, Harrison DA, Patel A, Rowan KM. Higher ICU Capacity Strain Is Associated With Increased Acute Mortality in Closed ICUs. *Crit Care Med*. 2020;48(5):709-716. doi:10.1097/CCM.0000000000004283

otras áreas asistenciales) e incluso re-utilizar (equipos de protección individual, equipamientos) y reubicar dichos recursos.¹⁰ Una respuesta adecuada exige una distribución equitativa y apropiada de estos recursos con un mando único que englobe la medicina pública y privada, contemplando la movilización de dichos recursos a nivel local, nacional e incluso internacional.¹¹

Asegurar la máxima expansión de los recursos disponibles es esencial en el caso de que se tengan que utilizar herramientas como es el triaje. Habitados a la toma de decisiones clínicas a nivel individual, el triaje busca maximizar el beneficio del mayor número de pacientes que puedan requerir un determinado recurso limitado, priorizando su uso en aquellos pacientes con mayor posibilidad de supervivencia.¹² Estas complicadas decisiones deben considerarse siempre en base a los principios de justicia, equidad, proporcionalidad y transparencia, asegurando el deber de cuidar y de acompañar a todos los pacientes. Muchas Sociedades Científicas, asociaciones médicas e instituciones, han elaborado o adaptado guías de triaje con el objetivo de establecer criterios objetivos y transparentes y reducir el impacto emocional de la toma de decisiones en los profesionales.^{13 14}

No debemos olvidar el impacto que la pandemia ha supuesto para la atención habitual de otras enfermedades que se ha visto limitada por la saturación del sistema sanitario, como por ejemplo la suspensión de cirugía oncológica preferente¹⁵, la atención de pacientes cardiológicos agudos¹⁶ o la donación y trasplante de órganos¹⁷. Ello obliga a establecer estrategias que aseguren en futuros escenarios, recursos específicos especialmente para aquellos procesos tiempo-dependientes.

Durante estos meses y en relación con la Seguridad del paciente se han visto comprometidos los estándares de calidad en muchas UCI con impacto en los resultados asistenciales. Se han incrementado de forma significativa las infecciones asociadas a la atención sanitaria, especialmente relacionadas con el uso de dispositivos como las neumonías asociadas a ventilación mecánica,

10 Toth AT, Tatem KS, Hosseinipour N, et al. Surge and Mortality in ICUs in New York City's Public Healthcare System. *Crit Care Med*. 2021;49(9):1439-1450. doi:10.1097/CCM.0000000000004972

11 Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):84. Published 2020 Jun 17. doi:10.1186/s13613-020-00702-7

12 White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(18):1773-1774. doi:10.1001/jama.2020.5046

13 Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*. 2020;34(9):948-959. doi:10.1111/bioe.12805

14 Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1553-1602. doi:10.1097/CCM.0000000000001856

15 de la Portilla de Juan F, Reyes Díaz ML, Ramallo Solía I. Impacto de la pandemia sobre la actividad quirúrgica en cáncer colorrectal en España. Resultados de una encuesta nacional [Impact of the pandemic on surgical activity in colorectal cancer in Spain. Results of a national survey] [published online ahead of print, 2020 Sep 1]. *Cir Esp*. 2020;10.1016/j.ciresp.2020.07.011. doi:10.1016/j.ciresp.2020.07.011

16 Kiss P, Carcel C, Hockham C, Peters SAE. The impact of the COVID-19 pandemic on the care and management of patients with acute cardiovascular disease: a systematic review. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2021;7(1):18-27. doi:10.1093/ehjqcco/qcaa084

17 Kniepeiss D, Jantscher L, Al-Sharafy S, Sendlhofer G, Schemmer P. Framework for Solid-Organ Transplantation During COVID-19 Pandemic in Europe. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2421-2433. Published 2021 Jun 4. doi:10.2147/RMHP.S286721

las bacteriemias asociadas a catéter y las infecciones asociadas a la sonda urinaria.^{18 19}

La situación actual de pandemia por COVID-19 a nivel mundial hace prever un número importante de pacientes con secuelas englobadas en el síndrome post-UCI (PICS).

Impacto en los profesionales

Las características de una enfermedad con alto riesgo de contagio, ha obligado a recordar la importancia de algunas medidas como el lavado de manos y al uso de EPI, en muchas ocasiones escasos. La disponibilidad de estos recursos, su uso eficiente, así como la formación y el entrenamiento de los profesionales son imprescindibles para asegurar su efectividad. El alto número de profesionales contagiados en determinados entornos debe llevar a reflexionar sobre las medidas de protección necesarias y la detección precoz de portadores asintomáticos a través de técnicas validadas que eviten la propagación de la enfermedad.²⁰

Al menos 17.000 profesionales de la salud han fallecido por COVID-19 en el último año, según un nuevo estudio de Amnistía Internacional, Internacional de Servicios Públicos (ISP) y UNI Global Union. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud analiza estos datos en diferentes países, recomendando la necesidad de disponer de estos datos y hacerlos públicos.²¹ Datos en Estados Unidos muestran la relación entre la mortalidad de los profesionales sanitarios y una inadecuada disponibilidad de equipos de protección individual, el ser enfermera y el ámbito sociosanitario.

Los profesionales sanitarios se han visto sometidos no solo a un estrés físico (elevadas cargas de trabajo en pacientes muy graves, adaptación de los turnos laborales) sino también psicológico (miedo al propio contagio y de sus familias, necesidad de asumir responsabilidades para las que no estaban entrenados, toma de decisiones difíciles y en contextos poco habituales, soledad y asilamiento de los pacientes y dificultad para ofrecer los mejores cuidados). Todo ello hace prever consecuencias a medio y largo plazo sobre los profesionales tales como depresión, ansiedad, sufrimiento moral, fatiga por compasión, desgaste profesional, abandono de la profesión o incluso suicidio. Un estudio reciente a nivel internacional muestra una prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y desgaste profesional del 46,5%, 30,2% y 51%, respectivamente, y varió

18 Kokkoris S, Papachatzakis I, Gavrielatou E, Ntaidou T, Ischaki E, Malachias S, et al. ICU-acquired bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *J Hosp Infect.* enero de 2021;107:95-7.

19 Maes M, Higginson E, Pereira-Dias J, Curran MD, Parmar S, Khokhar F, et al. Ventilator-associated pneumonia in critically ill patients with COVID-19. *Crit Care.* 11 de enero de 2021;25(1):25.

20 Forrest CB, Xu H, Thomas LE, et al. Impact of the Early Phase of the COVID-19 Pandemic on US Healthcare Workers: Results from the HERO Registry. *J Gen Intern Med.* 2021;36(5):1319-1326. doi:10.1007/s11606-020-06529-z

21 Erdem H, Lucey DR. Healthcare worker infections and deaths due to COVID-19: A survey from 37 nations and a call for WHO to post national data on their website. *Int J Infect Dis.* 2021;102:239-241. doi:10.1016/j.ijid.2020.10.064

significativamente entre las regiones con mayor afectación en las zonas con mayor incidencia de COVID-19.²² Estos resultados se repiten en otros estudios en muchos países mostrando el impacto emocional tan importante para los profesionales de UCI.^{23 24}

Ello requiere estrategias preventivas y de soporte que reduzcan el impacto psicológico en los profesionales.²⁵ Los informes sobre la seguridad del paciente y el profesional durante la epidemia SARS CoV-2 en España realizados por la Fundación FIDISP muestran que los profesionales manifiestan, en un elevado porcentaje de respuestas, signos de repercusión psicológica, estrés y dificultades para mantener y conciliar tanto la vida familiar como las relaciones interprofesionales. Un 40% de los encuestados refieren que creen que en algún momento precisarán apoyo psicológico y un porcentaje similar la toma de medicación que no tomaba previamente al inicio de la pandemia. Manifiestan tener más carga laboral que antes de iniciar la pandemia, si bien, en otras áreas de la encuesta, las respuestas marcan una mejora de los ratios profesionales. Todo ello hace pensar que existe un importante agotamiento psíquico y físico de los profesionales después de más de un año de pandemia. Por otro lado, los profesionales encuestados manifiestan no disponer de una adecuada oferta de recursos de soporte psicológico y mental para ellos por parte de sus organizaciones sanitarias.²⁶

Los profesionales sanitarios se han considerado en algún momento héroes, pero somos profesionales con altas expectativas y riesgos ocupacionales (acrónimo HERO). En las circunstancias actuales, una vez la pandemia haya cedido, es posible que existan reclamaciones y demandas legales. En el momento actual, la asistencia sanitaria se enfrenta a un escenario de praxis diferente al habitual y los profesionales actúan en el marco de una organización sanitaria condicionada por la crisis asistencial derivada de la pandemia y por nuevas regulaciones.²⁷ Se han llevado a cabo iniciativas como la de la Asociación Humanizando la Justicia en su manifiesto “Aplauso Jurídico”²⁸ expresando públicamente que se valore la posibilidad de excluir expresamente de sus reclamaciones a los sanitarios. Dicha exclusión no perjudica la viabilidad de la reclamación contra los

22 Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):110. Published 2020 Aug 8. doi:10.1186/s13613-020-00722-3

23 Jiménez-Giménez M, Sánchez-Escribano A, Figuero-Oltra MM, et al. Taking Care of Those Who Care: Attending Psychological Needs of Health Workers in a Hospital in Madrid (Spain) During the COVID-19 Pandemic. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(7):44. Published 2021 Jun 19. doi:10.1007/s11920-021-01253-9

24 Laurent A, Fournier A, Lheureux F, et al. Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of the COVID-19 epidemic. *Ann Intensive Care*. 2021;11(1):90. Published 2021 Jun 4. doi:10.1186/s13613-021-00880-y

25 Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893

26 Informe segunda encuesta sobre la seguridad del paciente y del profesional durante la epidemia SARS-CoV-2-2 (COVID-19) en España. Proyecto SEGCOVID 2 <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2021/06/PROYECTO-SEGCOVID-2-FIDISP-SHAM.pdf> [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021]

27 Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Médico-legal issues regarding from the COVID-19 pandemic. Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(8):344-346. doi:10.1016/j.medcli.2020.06.010

28 <https://humanizandolajusticia.com/rueda-de-prensa-un-aplausos-juridico-en-favor-del-personal-sanitario/> [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2021].

responsables del hipotético perjuicio causado en su caso.

También la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva en un manifiesto público sobre el bienestar de los profesionales sanitarios en la pandemia por COVID 19²⁹, firmado por 25 Sociedades Científicas de Medicina Intensiva a nivel internacional afirma la necesidad de velar por el bienestar emocional de dichos profesionales y la existencia de sistemas que protejan de responsabilidad legal en caso de demandas teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desarrollado la actividad asistencial durante la pandemia.

Impacto en la humanización de los cuidados

La humanización en las UCI cuyo objetivo es la atención centrada en la persona que en los últimos años había cambiado el paradigma de estas unidades ofreciendo la presencia y participación de las familias, fomentando el bienestar físico, emocional y psicológico de pacientes, familias y profesionales y promoviendo los cuidados al final de la vida se ha visto tambaleado ante esta enfermedad.³⁰ Pero por otro lado ha puesto en relevancia la importancia de preservar estas estrategias dirigidas a humanizar los cuidados al mostrar el brutal impacto no solo físico sino especialmente emocional que ha supuesto esta enfermedad para los pacientes, familias y profesionales sanitarios.

La respuesta a la pandemia de COVID-19 ha incluido restricciones drásticas de visitas al hospital con el objetivo bien intencionado de distanciamiento social y de reducir el riesgo de contagio. Estas decisiones adoptadas de forma generalizada y en ocasiones con prohibiciones absolutas, podrían considerarse éticas en base a priorizar la protección de la salud pública, pero es indudable que impiden ofrecer una atención humanizada centrada en la familia, especialmente en las situaciones más graves y al final de la vida. Una reflexión crítica ha llevado a posicionamientos alternativos en los que se da mayor relevancia a los derechos normativos reconocidos de los pacientes tales como el acompañamiento o el apoyo espiritual o religioso y cuestiona que esta limitación pueda ser de tal intensidad que se convierta de facto en una absoluta privación de estos derechos.³¹

Las políticas restrictivas para evitar el contagio han llevado al aislamiento de los pacientes y las familias, en los momentos más difíciles. Los pacientes han permanecido separados de sus familias, incrementando no solo el miedo y la ansiedad ante una enfermedad grave que podía llevarlos a la

29 Manifiesto de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva sobre el bienestar de los profesionales sanitarios en la pandemia por COVID 19

30 Nin Vaeza N, Martín Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Crit Care Med.* 2020;48(3):385-390. doi:10.1097/CCM.0000000000004191.

31 Rogers S: Why can't I visit? The ethics of visitation restrictions—Lessons learned from SARS. *Crit Care* 2004; 8:300-302.

muerte, sino la soledad y aislamiento durante muchos días de ingreso. Las familias han tenido que vivir con la incertidumbre de lo que ocurriría en estas unidades mientras los medios de comunicación mostraban recursos saturados e insuficientes para atender a todos los pacientes graves. El proceso de comunicación y toma de decisiones se ha visto dificultado reduciendo hasta un límite insospechado hace unos meses, la comunicación directa con los profesionales. Otros aspectos relacionados con la atención de la familia ha sido la necesidad en ocasiones de trasladar pacientes a otros hospitales o áreas geográficas diferentes para optimizar la redistribución de recursos.

³² La dificultad en la comunicación de estas decisiones, las distancias y la limitación de viajar por controles epidémicos, han podido incrementar el sufrimiento y el trauma sufrido por estas familias. En estos casos se recomienda una comunicación previa con las familias, explicando claramente los motivos que llevan al traslado, del destino final del paciente y registrar en el informe clínico la persona de familiar de contacto que asegure la continuidad en la comunicación a su llegada a otro centro.

Finalmente, muchas familias no han podido acompañar a sus seres queridos al final de la vida e incluso han tenido dificultades para disponer de su cuerpo o tener la oportunidad de despedirse con los rituales habituales fuera de esta pandemia.³³ El final de la vida constituye un evento traumático para las familias de pacientes que fallecen en UCI, especialmente para aquellos que actúan como representantes en la toma de decisiones de pacientes incapaces. Si la presencia de la familia y la comunicación son esenciales durante la atención de los pacientes críticos, esto se hace especialmente relevante en los cuidados al final de la vida. Existe evidencia de que los familiares que no pueden despedir a un ser querido van a presentar un mayor riesgo de duelo complicado.³⁴ Al final de la vida deben cubrirse las necesidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales de forma efectiva, comunicar de forma sensible la adecuación de los cuidados, alineando el tratamiento con las preferencias del paciente y sus familiares. El acompañamiento de la familia en estos momentos constituye un derecho del que no podemos privar a ninguna persona por lo que las políticas restrictivas deben flexibilizarse en la medida de lo posible, permitiendo que las familias puedan despedirse de los pacientes. Facilitar estas visitas requiere disponer de los EPI, entrenar a las familias y prepararlas, disponiendo de espacios adecuados que permitan la intimidad y la privacidad. En aquellas ocasiones en las que no sea posible la visita presencial o la familia no lo considere deben facilitarse alternativas que permitan el acompañamiento a distancia a través de teleconferencias, maximizando siempre las preferencias de las familias. La

32 Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Version 2. *Ann Intensive Care*. 2020 Jun 17;10(1):84. doi: 10.1186/s13613-020-00702-7. PMID: 32556826; PMCID: PMC7298921.

33 Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382(24):e88. doi:10.1056/NEJMp2007781.

34 Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J*. 2015;45(5):1341-52.

comunicación honesta puede ayudar a las familias a entender el proceso de la muerte y a gestionar procesos de duelo patológicos. Facilitar recursos de soporte emocional a los familiares a través de atención especializada de salud mental puede prevenir secuelas posteriores y mejorar el bienestar psicológico de las familias.³⁵ Se han establecido recomendaciones y herramientas que pueden ayudar a reducir el duelo de las familias y profesionales sanitarios en estas circunstancias tales como la comunicación de calidad, la planificación de las voluntades anticipadas y el autocuidado de los profesionales.³⁶

Si bien es verdad que esta pandemia ha puesto a prueba los sistemas sanitarios y a sus profesionales, también ha demostrado su responsabilidad e implicación, la importancia del trabajo en equipo y la capacidad de adaptación e innovación, buscando recursos alternativos a los habituales para ofrecer los mejores cuidados a nuestros pacientes. La respuesta de los profesionales sanitarios ha sido en general reconocida por la población y estos se han volcado en la atención de los pacientes y de sus familias buscando alternativas a los límites que ha puesto la propia pandemia, innovando y ofreciendo herramientas como la comunicación telemática en un intento de minimizar la distancia entre los pacientes y sus familias.³⁷

La reflexión profunda y objetiva de esta respuesta debería llevar al fortalecimiento de los sistemas de salud, que han mostrado constituyen el elemento más esencial de toda la sociedad.

Dra. María Cruz Martín Delgado

Jefa del Servicio de Medicina Intensiva en [Hospital Universitario 12 Octubre](#).

Curriculum abreviado de Maria Cruz Martin Delgado: https://www.observatoriosocial.com.ar/images/SEMINARIOS/simpolio_internacional_CVS/CV_Maria_Cruz_Martin_Delgado.pdf

35 Montauk TR, Kuhl EA. COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020 Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000839>

36 Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e70-e76. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012

37 Azoulay E, Kentish-Barnes N. A 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2020;8(6):e52. doi:10.1016/S2213-2600(20)30223-X



Observatorio **Social**

Comprometidos con la iniciativa nos acompañan



www.observatoriosocial.com.ar