

Investigación original

Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia

Marcela Erazo-Muñoz¹, Johana Benavides Cruz², Francy Cantor-Cruz³, Adriana Acosta Martínez⁴, Ana María Castillo³ y Diana Aranguren Aranguren¹

Forma de citar

Erazo-Muñoz M, Benavides Cruz J, Cantor-Cruz F, Acosta Martínez A, Castillo AM, Aranguren Aranguren D. Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.97>

RESUMEN

Objetivo. Describir los resultados de una estrategia de acompañamiento virtual y presencial, con base en el cuidado centrado en la persona durante la atención a pacientes hospitalizados por sospecha o confirmación de enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés).

Método. Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en cinco instituciones de salud de la red de clínica Colsanitas que implementaron una estrategia de acompañamiento con siete modalidades: información virtual, dispositivos móviles personales, visitas virtuales, contactos con otros medios, acompañante permanente, visita presencial y contacto compasivo. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Resultados. La estrategia de acompañamiento se aplicó a 871 pacientes con estancia hospitalaria de 1 a 90 días, 70% fueron positivos para COVID-19; en la modalidad de información virtual, se contactaron a familias de 764 pacientes realizando 3984 llamadas; en promedio se realizaron 71 visitas virtuales al día; se recibieron 428 cartas, mensajes de voz y videos, entre otros; 114 pacientes tuvieron un acompañante permanente; 154 pacientes tuvieron visita presencial; y 20 familias realizaron visita presencial póstuma al paciente.

Conclusión. Los resultados de la estrategia de acompañamiento virtual y presencial con enfoque centrado en la persona mostraron que la participación de las familias es importante en el cuidado del paciente y mejora la comunicación e interacción entre los pacientes, las familias y el equipo de salud.

Palabras clave

Atención centrada en el paciente; COVID-19; hospitalización; comunicación; cuidadores; compasión; Colombia.

La pandemia de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés) declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, ha afectado a 115 297 267 personas y causó, al 3 de marzo del 2021, 2 561 937 defunciones en todo el mundo, según el informe presentado por el repositorio de datos de la Universidad Johns Hopkins (1). Como respuesta a la pandemia, muchos países han introducido estrategias para frenar la propagación del virus

como, por ejemplo, el uso obligatorio de mascarillas, el lavado de manos, el distanciamiento físico y restricciones de movilidad; todas estas medidas causaron cambios en la vida cotidiana de las personas y en la prestación de los servicios sanitarios (2).

En el nivel hospitalario, las principales medidas de bioseguridad implementadas han sido el aislamiento de pacientes, la restricción de las visitas familiares y de la presencia del familiar del paciente en la institución. Por otra parte, se aplicó la

¹ Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia. ✉ Marcela Erazo-Muñoz, maerazo@colsanitas.com

² Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia.

³ Instituto Global de Excelencia Clínica Keralty, Bogotá, Colombia.

⁴ Clínica Colsanitas, Bogotá, Colombia.

segmentación de los servicios al interior de las instituciones acompañada del uso de múltiples elementos de protección personal en los equipos de salud, que tuvo varias consecuencias, como la desaparición de la comunicación e interacción física entre el paciente y el familiar, que han incrementado casos de muerte en soledad; se ha limitado la participación del familiar en el proceso de cuidado, percibiéndose como excluido de este; se ha interrumpido la información a las familias y empobrecido los canales de comunicación entre las familias y los equipos de salud, con la lógica incertidumbre sobre el estado de salud del paciente, desesperación y angustia. Por último, se ha limitado el número de interacciones y la calidez de la interacción entre los equipos de salud y los pacientes, con aumento de la percepción de aislamiento y soledad en los pacientes y de frustración en los profesionales de la salud (2-5).

Estos cambios abruptos en la prestación de servicios hospitalarios han supuesto un desafío para mantener una atención en salud verdaderamente centrada en la persona, la cual promulga la importancia de adoptar, de manera consciente, los valores y preferencias de los pacientes, sus cuidadores y familias para dar respuesta no solo a la curación de una patología, sino a las necesidades integrales del paciente, estas se han acrecentado durante la pandemia, y se enfocaron en garantizar la participación, la comunicación, la interacción y el acompañamiento entre los pacientes, las familias y los equipos de salud; con este objetivo, se comenzaron a utilizar algunas iniciativas, que notificaron en la literatura, basadas principalmente en las tecnologías de comunicación (3, 6-9). Pese a esto, la implementación del uso de un dispositivo específico como las tabletas o los computadores puede requerir de una inversión de recursos económicos y humanos no siempre disponibles en las instituciones. Por otra parte, puede ser poco accesible a todos los pacientes que lo requieren, disminuir la calidad del acompañamiento o comunicación de preferencias debido a la falta de privacidad y, en general, acrecientan la insatisfacción de pacientes y familias y el desgaste en los equipos de salud.

Teniendo en cuenta esto, y para garantizar la atención centrada en la persona durante la estancia hospitalaria, es necesario el uso de múltiples canales de comunicación entre los pacientes y los familiares, y entre estos y los equipos de salud, que sean accesibles en la cotidianidad, y no representen un gasto adicional para las instituciones de salud. El objetivo del presente estudio fue describir los resultados de una estrategia de acompañamiento virtual y presencial, con base en el cuidado centrado en la persona durante la atención a pacientes hospitalizados por sospecha o confirmación de COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Se incluyeron de manera consecutiva a todos los pacientes mayores de 18 años con sospecha o confirmación de COVID-19 y sus familiares, atendidos en la sala de internación y en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de las instituciones hospitalarias de media y alta complejidad de la red de Clínica Colsanitas en Colombia. Todos recibieron alguna de las modalidades de la estrategia de acompañamiento durante su estancia hospitalaria, en el período comprendido entre el 1 de agosto de 2020 y el 31 de octubre de 2020.

Descripción de la estrategia de acompañamiento

Para disminuir el impacto de las medidas de aislamiento relacionadas con la emergencia sanitaria en los pacientes, las familias y el equipo de salud; y conocer e intervenir las necesidades de acompañamiento o de falta de información en los servicios de urgencias y hospitalización general en áreas destinadas a la atención de pacientes con COVID-19 y las destinadas a los pacientes sin COVID-19, se generaron en total, siete modalidades de acompañamiento, utilizando estrategias virtuales, digitales y presenciales. Cuatro de ellas estuvieron enfocadas a la diada paciente-familiar y tres, exclusivamente, a los familiares (figura 1). En todos los casos, la estrategia se inició luego del ingreso hospitalario, según las preferencias y voluntades de los pacientes y familiares. Las modalidades de información virtual, uso de dispositivos móviles personales, visitas virtuales y contactos a través de otros medios se activaron de manera masiva para todos los pacientes hospitalizados. Para la modalidad de información virtual se establecieron tres niveles de información (figura 1): el nivel 1 estaba integrado por profesionales de la salud de diferentes áreas entre los que se encontraban enfermeros, bacteriólogos, psicólogos y trabajadores sociales; en el nivel 2 estaban los médicos no tratantes y, en el nivel 3, los médicos tratantes o especialistas de cuidados intensivos; cuando los profesionales que hacían parte del nivel 1 de información no estaban en capacidad de resolver las inquietudes de las familias, la llamada era transferida al nivel 2; de igual forma, cuando la familia solicitaba información por parte del médico tratante, la llamada se transfería al nivel 3. Para el acompañamiento presencial se adaptó el protocolo organizacional existente conocido como Código Lila para el acompañamiento al final de la vida (10), que establece las modalidades de acompañante permanente, visita presencial y contacto compasivo. Estas se activaron de manera selectiva a juicio de los equipos de salud para los pacientes que presentaban mayor probabilidad de fallecimiento en el corto plazo, deterioro importante en su estado de salud, dependencia funcional o quienes fallecieron en soledad.

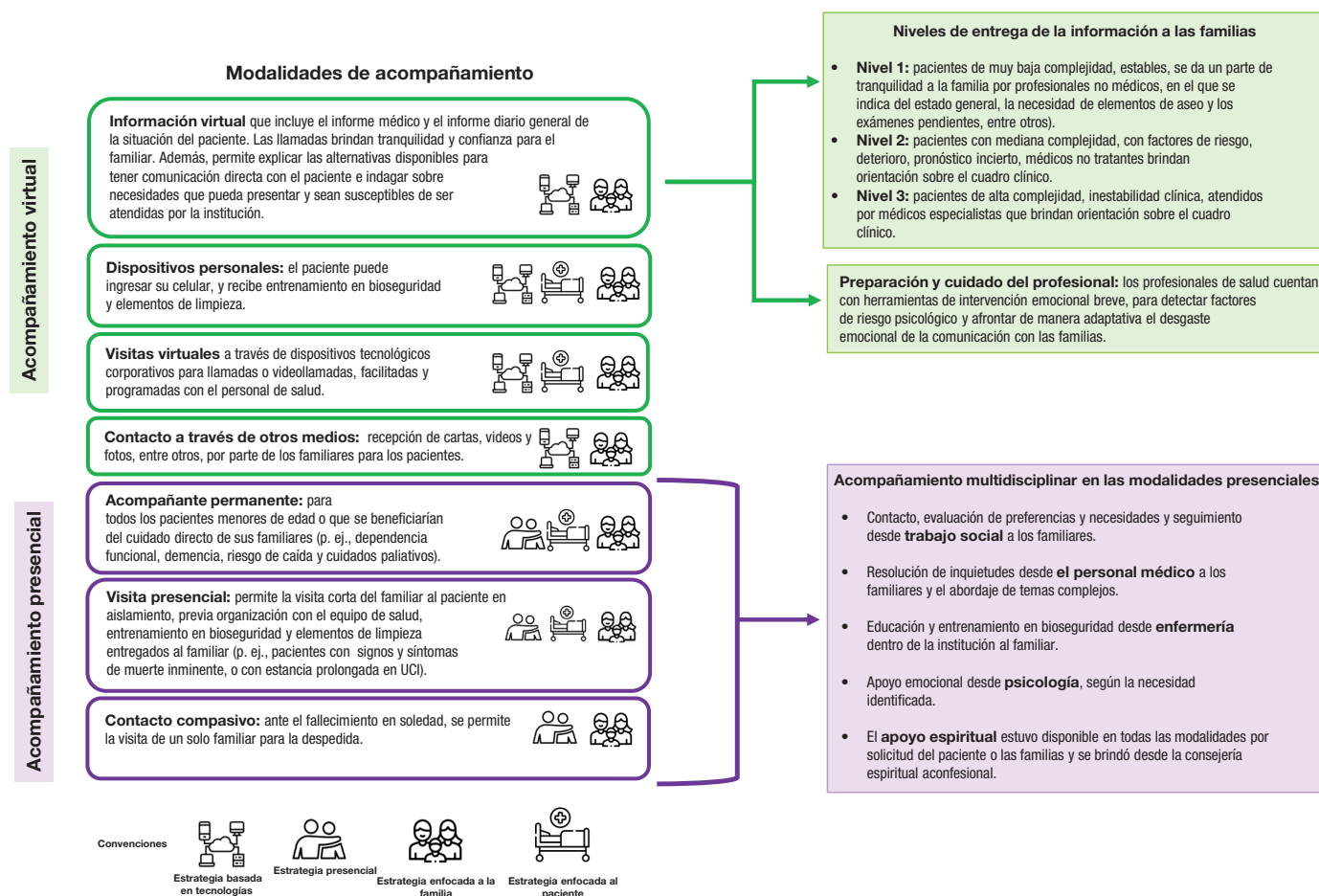
Fuente de los datos

Las variables sociodemográficas y clínicas fueron tomadas de los registros de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio. Las variables relacionadas con las estrategias y sus resultados fueron tomadas de las bases de datos disponibles en las instituciones hospitalarias.

Variables

Se extrajeron datos como la edad, el sexo, el diagnóstico de infección por el coronavirus de tipo acusante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés) confirmado por prueba de antígeno o por reacción en cadena de la polimerasa, los días de estancia hospitalaria, la modalidad de acompañamiento recibida, el número de personas en cada modalidad, la ciudad en la que recibió la atención, el número de fallecimientos, y el parentesco con el familiar que participó en la modalidad de acompañamiento presencial. En la modalidad de información virtual, las necesidades y la satisfacción de la familia se midieron con la pregunta: “¿Se encuentra satisfecho con la información brindada?”.

FIGURA 1. Descripción de la estrategia de acompañamiento



Fuente: elaboración propia.

Análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de variables cuantitativas usando medidas de resumen de tendencia central y dispersión de acuerdo con su distribución, evaluada con la prueba de Shapiro-Wilk; y las variables cualitativas usando medidas de frecuencia (valores absolutos y porcentajes). Se utilizó el programa R versión 4.0.3[®].

Este estudio fue aprobado el 13 de octubre de 2020 por el comité de ética de la Fundación Universitaria Sanitas N-CEIFUS:480-20. Se desarrolló bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (11) y, de acuerdo, con la resolución 8430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud de Colombia (12), se clasifica como una investigación sin riesgo debido a que se basa en datos retrospectivos y no requiere de consentimiento informado. Para garantizar el anonimato de los participantes, se utilizó un código alfanumérico en la base de datos para el registro de la información y solo los investigadores tuvieron acceso de la base de datos.

RESULTADOS

Descripción de las características de los participantes

En total, la estrategia de acompañamiento se aplicó a 871 pacientes hospitalizados, 84,4% (n = 735) residían en Bogotá,

y los restantes en Cali y Barranquilla. La mediana de edad de los pacientes fue 61 años (rango intercuartílico [RIQ]: 48-77); 51,05% (n = 445) eran mayores de 60 años; 70% (n = 610) fueron positivos para COVID-19; 57,1% (n = 497) fueron hombres. La mediana de días de estancia hospitalaria fue de 7 días (RIQ: 4-12), con un rango de 190 días. Con respecto al área de atención, 62,1% (n = 541) recibieron atención en hospitalización, y 27,8% (n = 242) en la unidad de cuidado intensivo (UCI) y hospitalización. La descripción completa se encuentra disponible en el cuadro 1.

Resultados del acompañamiento virtual

En la modalidad de información virtual, se contactaron a las familias de 764 pacientes, realizando 3984 llamadas, de las cuales el 72,9% (n = 2906) fueron realizadas por el nivel 1 de información, a razón de 3 a 4 llamadas por paciente; 26,4% (n = 1052) fueron realizadas por el nivel 2 de información, a razón de 2 a 3 llamadas por paciente; y 0,7% (n = 126) fueron realizadas por el nivel 3 de información. De los 764 pacientes, 46,3% (n = 354) se transfirieron al nivel 2 y, de estos, 6,5% (n = 23), al nivel 3. En 61,1% (n = 1798) de las llamadas, los familiares informaron necesidades del paciente relacionadas con la alimentación, la información especializada y el cuidado asistencial, el aseo y mantenimiento, el confort y comodidad, y los

CUADRO 1. Descripción de las características clínicas de los participantes del estudio

Variables	N = 871 pacientes
Edad (Mdn, RIC)	61 (48-77)
Sexo (n, %)	
Masculino	497 (57,1)
Femenino	374 (42,9)
Ciudad (n, %)	
Bogotá	735 (84,4)
Cali	72 (8,3)
Barranquilla	64 (7,3)
Positivo para COVID-19 (n, %)	610 (70,0)
Área de atención (n, %)	
Sala de internación	541 (62,1)
UCI	84 (9,6)
UCI + sala de internación	242 (27,8)
Urgencias	4 (0,5)
Días de estancia (Mdn, RIC)	7 (4-12)
Rango de días de estancia	1 a 90

Fuente: elaboración propia.

Mdn, mediana; RIC, rango intercuartílico; UCI, unidades cuidado intensivo.

CUADRO 2. Necesidades notificadas por las familias a través de la modalidad de información virtual

Tipo de necesidad	Definición de la necesidad	Necesidades identificadas según el nivel de información n (%)	
		Nivel 1	Nivel 2
Alimentación	Solicitudes relacionadas con aspectos nutricionales y de la alimentación de los pacientes	34 (94,4)	2 (5,6)
Información especializada y cuidado asistencial	Solicitudes relacionadas con información ampliada sobre el estado de salud, el pronóstico, el tratamiento y la atención del paciente	1538 (97,3)	42 (2,7)
Aseo y mantenimiento	Solicitudes relacionadas con el orden, la limpieza y el mantenimiento de la habitación	39 (100)	0 (0)
Confort y comodidad	Solicitudes relacionadas con el ambiente, la temperatura, el ruido, la hotelería, la iluminación, la ropa y los elementos de aseo	59 (88,1)	8 (11,9)
Trámites administrativos	Solicitudes relacionadas con la autorización de servicios, la autorización de medicamentos, la autorización de exámenes y los traslados	69 (90,8)	7 (9,2)

Fuente: elaboración propia.

*Todas las necesidades fueron gestionadas por el área encargada de resolverlas.

trámites administrativos (cuadro 2). El resto (n = 1143) no refirieron necesidades. En cuanto a la satisfacción de las familias con la llamada, 35,5% (n = 1043) manifestó estar completamente satisfecho. En la modalidad de visitas virtuales, se realizaron en promedio 71 visitas virtuales al día con una razón de 14 video-llamadas diarias por institución de salud.

En la modalidad de contacto a través de otros medios, 107 pacientes recibieron 428 mensajes, con una razón de 4:1. De estos, 48,6% (n = 52) de los pacientes recibieron mensajes en hospitalización; 37,4% (n = 40) en UCI; y 14% (n = 15) los recibieron en UCI y hospitalización (cuadro 3).

CUADRO 3. Frecuencia de los tipos de mensajes en la modalidad contacto a través de otros medios por servicio de atención

Tipo de mensaje n (%)	Mensajes entregados por el servicio de atención n (%)	
	Hospitalización	UCI*
Audios	194 (65,8)	101 (34,2)
295 (68,9)		
Foto y audio	1 (20)	4 (80)
5 (1,2)		
Foto y carta	7 (77,8)	2 (22,2)
9 (2,1)		
Fotos	10 (71,4)	4 (28,6)
14 (3,3)		
Foto y video	1 (100)	0 (0)
1 (0,2)		
Carta	43 (58,1)	31 (41,9)
74 (17,3)		
Carta y video	0 (0)	2 (100)
2 (0,5)		
Videos	11 (39,2)	17 (60,8)
28 (6,5)		

Fuente: elaboración propia.

UCI, unidad de cuidado intensivo.

Resultados del acompañamiento presencial

Ciento catorce pacientes tuvieron la modalidad de acompañamiento permanente, 42,1% (n = 48) fueron hombres y la edad estuvo entre 20 y 97 años, con una estancia hospitalaria de entre 6 y 40 días. Del total, 55,3% (n = 63) fueron positivos para COVID-19, y 19,3% (n = 22) fallecieron. En la modalidad de visita presencial 154 pacientes fueron involucrados, con edades de entre 28 y 102 años, 59,7% (n = 92) fueron hombres, 72% (n = 111) fueron positivos para COVID-19, y 72,7% (n = 112) fallecieron y tuvieron una estancia hospitalaria entre 14 y 23 días.

En la modalidad de contacto compasivo, 20 pacientes que fallecieron en soledad recibieron la visita presencial póstuma de un familiar. De estos pacientes, 70,0% (n = 14) fueron hombres, la edad estuvo entre 29 y 86 años y 80% (n = 16) fueron positivos para COVID-19, con una estancia hospitalaria de entre 2 y 67 días.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue describir los resultados de una estrategia de acompañamiento virtual y presencial, basada en el cuidado centrado en la persona durante la atención a pacientes hospitalizados por sospecha o confirmación de COVID-19, mostrando un alcance transversal a los servicios de hospitalización. En todas las clínicas participantes en la que se involucró activamente a los familiares en la recepción de información sobre el estado de salud del paciente y la resolución de inquietudes, se favoreció la participación del familiar en el cuidado del paciente al generar espacios virtuales para manifestar las inconformidades o solicitudes, y se garantizó la interacción entre el paciente, el familiar y el equipo de salud para brindar un cuidado con base en las preferencias y los valores personales.

La estrategia estuvo compuesta por varias modalidades de acompañamiento, en las cuales se obtuvieron resultados concordantes con otros estudios publicados en la literatura. Así, en la modalidad de información virtual, este estudio informó la derivación de 27% de las llamadas realizadas a los familiares

para recibir información adicional a la brindada y se detectaron múltiples necesidades relacionadas con el cuidado del paciente. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Avellaneda y cols. (13), que notificaron una derivación de 30% de las llamadas y también se identificaron necesidades relacionadas con el cuidado.

La visita virtual fue la segunda modalidad de acompañamiento más usada, con un promedio de 14 visitas virtuales al día por institución, número inferior al encontrado en el estudio de Sasangohar y cols. (14), que informó un promedio de 21,7 visitas virtuales. Esta diferencia puede deberse a que este estudio contaba con un programa de UCI virtual en funcionamiento desde el año 2019 y se adaptó a las necesidades generadas por la pandemia. Con respecto al contacto por otros medios, se informó un total de 428 contactos, de los cuales 85 fueron cartas de las familias hacia los pacientes. Este hallazgo es menor a lo informado por Mateo y cols. al (15), estudio en el que describen más de 200 cartas para los pacientes ingresados a UCI; esta diferencia puede deberse a que en nuestro estudio este tipo de contacto complementaba a las otras modalidades de acompañamiento y era opcional para la familia.

En cuanto a las modalidades de acompañamiento presencial, se detectó que la más frecuente fue la visita presencial. Este dato es similar a lo encontrado en el estudio de Rica (16), en el que la visita presencial se activó como despedida al paciente, confirmando la necesidad de las familias y los pacientes de tener contacto físico al final de la vida a través de alternativas que favorezcan el cuidado compasivo.

Todo lo anterior muestra que la comunicación, la participación y el involucramiento del familiar durante la atención en pandemia son aspectos fundamentales que permiten conciliar las prácticas de cuidado esperadas y recibidas, y que permite construir una atención más empática y proporcionar bienestar a las familias, los equipos de salud y los pacientes proveniente de la atención brindada más allá del resultado final en salud (cura o fallecimiento).

Algunas de las limitaciones de este estudio están dadas por el mismo diseño que limitó la homogeneidad de la información notificada en cada modalidad y dificultó conocer aspectos como la satisfacción general de los pacientes y los equipos de salud con esta estrategia; también se presentaron dificultades para obtener los datos en las historias clínicas por falta de estandarización y registro entre las instituciones de salud. Las fortalezas se relacionan con la novedad del tipo de estrategia que se describe en el contexto latinoamericano, así como la diversidad de

tecnologías utilizadas en su aplicación que nos permite, a partir de esta experiencia, describir resultados de utilidad para otras instituciones que puedan tener acceso a cualquiera de estas tecnologías para ofrecer una atención centrada en el paciente y la familia durante la hospitalización.

En conclusión, durante la pandemia se establecieron diferentes modalidades de acompañamiento para mejorar la comunicación y la interacción entre los pacientes, las familias y el equipo de salud; las más frecuentes fueron la información virtual, la visita virtual y la visita presencial cumpliendo con las normas de bioseguridad. Los resultados de este estudio ponen en manifiesto el papel de los familiares como parte de la atención y el cuidado del paciente, y resalta la importancia de mantener una comunicación fluida con el equipo asistencial.

Contribución de los autores. todos los autores contribuyeron al diseño y construcción de la idea de investigación. MEM, AAM y DAA realizaron la recolección de datos. JBC y FCC realizaron el análisis de los datos. Todos los autores contribuyeron en la escritura del artículo, revisaron y aprobaron las modificaciones realizadas a la versión final.

Agradecimientos. al Programa contigo, Gerencia de calidad, el servicio de Salud mental, el Departamento de Enfermería, la Vicepresidencia de operaciones y la Dirección de Servicio de Clínica Colsanitas en la ejecución de la estrategia de acompañamiento y recolección de datos. A las instancias que favorecieron y apoyaron la ejecución de la estrategia dentro de las instituciones: el Instituto Global de Excelente Clínica y a sus Comisiones globales de cuidados paliativos, cuidados intensivos y de infectología, la Vicepresidencia de Calidad y Experiencia del paciente de Clínica Colsanitas, la Vicepresidencia de Salud Clínica Colsanitas, la Presidencia de Clínica Colsanitas, la Presidencia Global de Salud e Innovación Keralty y al Grupo núcleo de cuidado centrado en la persona. A todo el talento humano de la Clínica Colsanitas, quienes donaron su tiempo para apoyar el proceso de información a familiares.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):533-4.
2. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10.
3. Almenares Campo CDJ. Cuidado que trasciende más allá de la muerte. *Investig en Enfermería Imagen y Desarrollo.* 2013;15(1):85-94.
4. Sopcheck J. Older adults' perspectives of end of life after the death of a significant other: a secondary analysis. *J Hosp Palliat Nurs.* 2019;21(6):524-30.
5. Soriano JB. Medicina, epidemiología y humanismo antes y después de la COVID-19. *Rev Chil Pediatr.* 2020;220(8):503-6.
6. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal-Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. *Rev Med Chil.* 2013;141(9):1190-6.
7. Carvallo V Aurelio. Médicos y profesionalismo: pacientes e información. *Rev Med Chile.* 2005;133(2):253-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Asamblea Mundial de la Salud, 69. Ginebra: OMS; 2016;1:1-13. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1.

9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores. Andalucía: Redpal; 2020. Disponible en: https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2020/03/DOCUMENTO-SOBRE-ACOMPAN%CC%83AMIENTO-_COVID-19-1.pdf
10. Suarez Figueroa LC, Arias Antun AA. Código Lila: para morir con dignidad y respeto en la UCI [Internet]. 2011. Disponible en: <http://codigolila.blogspot.com/2011/09/codigo-lila-para-morir-con-dignidad-y.html>.
11. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth. 2000;6(2):321-34.
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993 [Internet]. Bogotá: MSPS; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
13. Avellaneda Martínez S, Jiménez Mayoral A, Humada Calderón P, Redondo Pérez N, Del Río Garcías I, Martín Santos AB, et al. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. J Healthc Qual Res. 2021;36:12-8.
14. Sasangohar F, Dhala A, Zheng F, Ahmadi N, Kash B, Masud F. Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis. BMJ Qual Saf. 2020;1a7.
15. Mateo Rodríguez E, Lopez Alarcon MD, Baixauli Soria C, Celda Moret MA. ¿Qué hemos hecho en nuestra UCI de anestesia para mantener la comunicación en la pandemia? Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. 2020;67(8):484-485.
16. De la Rica Escuin M, García-Navarro EB, Salvador IG, De la Ossa Sendra MJ, Alapont EC. Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19. Med Paliativa. 2020;27(3):181-91.

Manuscrito recibido el 30 de marzo del 2021. Aceptado para publicación, tras revisión, el 7 de junio del 2021.

Virtual and in-person accompaniment of hospitalized patients during the COVID-19 pandemic in Colombia

ABSTRACT

Objective. To describe the results of a virtual and in-person accompaniment strategy based on person-centered care of patients hospitalized for suspected or confirmed disease due to the novel 2019 coronavirus (COVID-19).

Method. Retrospective descriptive observational study conducted in five health facilities of the Colsanitas clinic network that implemented an accompaniment strategy with seven modalities: virtual information, personal mobile devices, virtual visits, contacts by other means, round-the-clock companion, in-person visit, and compassionate contact. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results. The accompaniment strategy was used with 871 patients with hospital stays ranging from 1 to 90 days; 70% were positive for COVID-19. The families of 764 patients were contacted through 3984 calls in the virtual information modality; an average of 71 virtual visits per day occurred; 428 letters, voice messages, and videos, among others, were received; 114 patients had a round-the-clock companion; 154 patients had an in-person visit; and 20 families made a posthumous in-person visit to the patient.

Conclusion. The results of the virtual and in-person accompaniment strategy with a person-centered approach showed that family involvement is important to patient care and improves communication and interaction among patients, families, and the healthcare team.

Keywords

Patient-centered care; COVID-19; hospitalization; caregivers; compassion; Colombia.

Acompanhamento virtual e presencial de pacientes hospitalizados durante a pandemia de COVID-19 na Colômbia

RESUMO

Objetivo. Descrever os resultados de uma estratégia de acompanhamento virtual e presencial, baseada no cuidado centrado na pessoa, durante o atendimento de pacientes internados por doença do novo coronavírus de 2019 (COVID-19) suspeita ou confirmada.

Métodos. Estudo observacional descritivo retrospectivo realizado em cinco instituições de saúde da rede clínica Colsanitas, que implementaram uma estratégia de acompanhamento com sete modalidades: informação virtual, dispositivos móveis pessoais, visitas virtuais, contatos por outros meios, acompanhante permanente, visita presencial e contato solidário. Foram utilizadas estatísticas descritivas para análise dos dados.

Resultados. A estratégia de acompanhamento foi aplicada em 871 pacientes com 1 a 90 dias de internação, dos quais 70% positivaram para COVID-19. Na modalidade de informação virtual, as famílias de 764 pacientes foram contatadas por meio de 3.984 ligações; em média, foram realizadas 71 visitas virtuais por dia; foram recebidas 428 cartas, mensagens de voz e vídeos, entre outros meios; 114 pacientes contaram com um acompanhante permanente; 154 pacientes receberam visita presencial; e 20 famílias fizeram uma visita presencial póstuma ao paciente.

Conclusões. Os resultados da estratégia de acompanhamento virtual e presencial com abordagem centrada na pessoa mostraram que a participação da família é importante no cuidado ao paciente e melhora a comunicação e a interação entre paciente, família e equipe de saúde.

Palavras-chave Assistência centrada no paciente; COVID-19; hospitalização; cuidadores; compaixão; Colômbia.