

Lorena Domínguez Ruiz

Lorena Pérez Sánchez

**ESCUCHANDO A LAS ENFERMERAS: ESTUDIO SOBRE EL RÉGIMEN DE
VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabajo final de grado

Dirigido por la Dra. Alba Roca Biosca

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2019

"Un hospital nunca será seguro para los pacientes si no es seguro para las enfermeras; si no pueden alzar su voz, cuidar de los enfermos y usar sus conocimientos, habilidades y destrezas".

Tilda Shalof

Agradecer a nuestras familias por ayudarnos a llegar donde hemos llegado y por ser nuestro mayor apoyo, a las enfermeras que nos han dedicado su tiempo para hacer este trabajo posible, a nuestra tutora por enseñarnos y guiarnos tanto en todo el proceso, y por último pero no menos importante, a todas aquellas personas que estuvieron a nuestro lado cuando creímos que no podríamos acabar, y que con sus palabras nos hicieron volver a levantarnos.

Índice

1. Introducción.....	5
2. Objetivos	7
3. Marco teórico.....	7
3.1. Unidad de cuidados intensivos ¿un entorno ideal del cuidado?	7
3.2. Necesidades del paciente y los familiares	9
3.2.1. Qué aportan las visitas al paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos.....	11
3.3. Política de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos.....	13
3.3.1. Las visitas infantiles	14
3.4. Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos	16
4. Marco contextual	17
4.1. Aproximación al entorno	19
5. Metodología.....	21
5.1 Tipo de estudio y diseño	21
5.2 Búsqueda bibliográfica.....	22
5.3 Población y muestra.....	22
5.4 Aspectos éticos	23
5.5 Técnica de recogida de datos	24
6. Procesamiento y análisis de datos	25
7. Resultados	25
7.1. ¿Cómo es la UCI?.....	27
7.2. Gestión de la flexibilización de horarios	28
7.3. Inclusión de las familias en la unidad.....	29
7.3.1. Beneficios	29
7.3.2. Preparación de la unidad y del profesional	30
7.3.3. Repercusiones en el paciente.....	32

7.3.4. Repercusión de la flexibilización del horario en el trabajo de enfermería	33
7.4. Gestión de las visitas	34
7.5. Expectativas de futuro.....	36
8. Discusión.....	37
Limitaciones del estudio.....	42
9. Conclusiones.....	42
10. Cronograma	43
11.- Bibliografía	44
Anexo 1: Guía de la entrevista individual	50
Anexo 2: Hoja de consentimiento informado.....	52
Anexo 3: Transcripción de las entrevistas.....	55

1. Introducción

La primera vez en la historia que se buscó la agrupación de enfermos críticos, en un mismo espacio y con una mayor cantidad de recursos para la mejora de su salud fue en la Guerra de Crimea (1854-1856) gracias a Florence Nightingale. En los años 50-60 aparecieron las primeras Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que gracias al gran avance tecnológico y de la medicina, hicieron posible revertir situaciones clínicas extremadamente complejas, algo hasta entonces impensable¹.

La primera UCI española se crea en el 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid, y a continuación, la primera unidad coronaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona en el año 1969^{1,2}.

En sus inicios, estas unidades fueron gestionadas por médicos de diferentes especialidades. Hasta que, debido a las necesidades fisiopatológicas de los pacientes, surgió la necesidad de crear la especialidad de medicina intensiva.

Una de las características más notorias de estos servicios, es el uso de tecnología muy compleja y sofisticada que permite mantener la vida de los pacientes. Su gestión ha sido llevada con grandes estándares de calidad, pero en ocasiones vemos reflejado en la bibliografía que la mejora no ha sido tan exponencial en el ámbito psicosocial del paciente y su familia^{1,2}.

Aunque se ha demostrado, que el aumento de visitas por parte de los familiares no aumenta el riesgo de infección y que aporta numerosos beneficios para el paciente y para ellos mismos, parece que se sigue con el debate entre mantener las UCI abiertas o cerradas en relación a la presencia de la familia³.

Las UCIS cerradas y abiertas, se diferencian principalmente por presentar un horario de visitas más amplio o estrecho que influye en la participación de los familiares en los cuidados básicos del paciente³.

Actualmente, existen números estudios que investigan sobre cuáles son los motivos que dificultan el avance en esta parte del cuidado del paciente y la familia. Biancofiore et al.⁴ señalan que uno de los factores es la negativa de los

profesionales de enfermería ante el cambio. Zaforteza et al.⁵, en cambio achacan el problema a la estructura de las unidades, el agotamiento del cuidador, la afectación en el trabajo de los profesionales y la vulneración de la intimidad del paciente.

El proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) activo desde el año 2014, destaca por la importancia de una atención integral que incluye el soporte emocional al paciente y sus familiares. Además, hace referencia a que, para conseguir este soporte, los profesionales precisan de un entorno laboral que facilite la motivación, el trabajo en equipo y que disminuya el desgaste profesional⁶.

Algunas de las líneas de acción que se establecen en este proyecto son: una mejora en la comunicación y hacer a los familiares partícipes de los cuidados del enfermo, mantenerles informados, mantener un clima laboral idóneo para evitar situaciones estresantes, y en relación a este estudio, flexibilizar los horarios de las UCI para conseguir que sean abiertas⁶.

En consonancia con este ambicioso proyecto, numerosas UCI de nuestro país están “abriendo” sus puertas.

Conocer de qué forma viven las enfermeras de una UCI de un hospital de referencia el cambio en la política de visitas de la familia hacia un régimen más permisivo, permitiría profundizar en una pieza fundamental del sistema para así poder establecer en un futuro posibles elementos de mejora que beneficiarían a la vez a profesionales, pacientes y familia.

2. Objetivos

1. Conocer de qué forma viven las enfermeras de una UCI de un hospital de referencia provincial el cambio en la política de visitas de la familia.
 - Analizar las repercusiones que el horario flexible de visitas en la unidad de cuidados intensivos produce en el trabajo del equipo de enfermería.
2. Explorar a través de las entrevistas a los profesionales de enfermería los posibles beneficios, para los pacientes y familiares, de un horario flexible de visitas en una unidad de cuidados intensivos.

3. Marco teórico

3.1. Unidad de cuidados intensivos ¿un entorno ideal del cuidado?

La Unidad de Cuidados Intensivos se define como aquel servicio en el que un equipo multidisciplinar de profesionales ofrecen asistencia en un espacio específico dentro de un hospital. Esta unidad, cumple una serie de características funcionales, estructurales y organizativas, pudiendo así garantizar la seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para asistir al paciente crítico. Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), se necesitan cumplir los siguientes criterios para ser ingresado: Necesidad de un nivel elevado de cuidados y posibilidad de recuperación⁷.

El paciente crítico debido a su patología, se encuentra en un estado inestable, frágil y con un compromiso de su supervivencia. Lo que nos lleva a que sean lugares de extrema vigilancia y cuidados muy específicos conectados íntimamente con el resto de servicios hospitalarios. Por ello, es una unidad con profesionales de gran expertise y multidisciplinariedad. Pudiendo llevar así, el soporte vital de uno o más órganos. Esto nos lleva a que sean un lugar de paso y nunca el último lugar de recuperación del paciente, haciendo que el paciente use esta unidad como puente para acceder a otra a medida que mejora su estado^{1,7,8}.

El papel de enfermería en la unidad de cuidados intensivos es de gran importancia dentro del equipo multidisciplinar. La enfermera es la responsable de ofrecer un cuidado riguroso y basado en la evidencia científica para el que se precisa tener aptitudes y actitudes concretas obtenidas gracias a la formación continuada y la experiencia⁹.

El objetivo principal del cuidado debe ser proporcionar un entorno seguro, agradable y óptimo atendiendo al paciente considerándolo un ser biopsicosocial pudiendo brindarle una atención integral a él y a su familia¹⁰.

Las habilidades comunicativas de los profesionales son consideradas por parte de la familia como un elemento principal en estas unidades, en las que la enfermera debe entender que necesita el acompañante y saber aclarar cualquier tipo de duda, con el fin de compartir con ellos sus sentimientos^{11,12}.

También es importante, generar cierta accesibilidad para poder transmitir información sobre los equipos conectados al paciente, los procedimientos que se van a llevar a cabo, y ayudar así a que la familia entienda la labor que se desempeña para cuidar a su ser querido¹¹.

Cuando se habla del entorno en la UCI, no se puede hablar solo de un entorno físico, ya que también es un espacio social con un conjunto de relaciones entre personas con diferente función¹³.

El estado de gravedad de los pacientes y la gran necesidad de cuidados que presentan, hacen necesaria la implantación de una organización hospitalaria destacada por cantidad de sistemas de seguridad que llevan a formar barreras que buscan la protección del paciente, además de una jerarquía marcada y una forma concreta de trabajar¹³.

Aunque se presenten dificultades, se ha conseguido pasar de un sistema centrado en una vigilancia exhaustiva a otro que intenta buscar la armonía entre la sofisticada tecnología y el cuidado centrado en las personas. Pero por la falta de tiempo y de recursos tanto humanos como materiales, con la necesidad añadida de seguir el ritmo a las innovaciones actuales, sigue siendo un servicio altamente estresante para el profesional, la familia y el paciente¹³.

Todas estas modificaciones, son en ocasiones cuestionadas por un coste que no suele estar seguido de altos beneficios o en algunos casos son muy escasos, todo ello junto al aislamiento de la unidad, y las discusiones entre si un tratamiento es fútil en determinadas situaciones¹³.

Gracias a la actuación de profesionales y de la voz que tienen las familias, se sigue luchando por convertir estas unidades en lugares enfocados al manejo del sufrimiento de los pacientes y sus familias¹³.

3.2. Necesidades del paciente y los familiares

En la actualidad la UCI es considerada por familiares y pacientes un lugar hostil, donde la mayor parte del tiempo hay mucha luz, sonidos y alarmas procedentes de monitores y máquinas. Todo esto, junto con la preocupación sobre el diagnóstico y la separación de sus seres queridos debida a horarios de visita restrictivos, provoca un impacto emocional a las familias, causando en el paciente dificultades para dormir, desorientación y sentimientos de angustia, miedo y desesperación, compartidos por sus familiares, que además sienten el miedo de perder a un ser querido^{11,14,15}.

En este tipo de unidades aparecen diferentes situaciones generadoras de estrés tanto para el paciente como para los acompañantes. Por un lado, tenemos al paciente que ha sido arrancado de su hogar, de su vida diaria y es sometido a técnicas invasivas dolorosas que desconoce¹⁶. Por otro, encontramos a la familia que siente una ansiedad debida a la falta de contacto físico, la imagen que le transmiten todos los aparatos sobre el estado de su ser querido, y la falta de respuesta que recibe por parte de los profesionales¹¹.

Durante el ingreso en cualquier unidad, la estructura familiar sufre una alteración que repercute en la vida cotidiana de cada uno de sus miembros. Todo esto, unido a que la mayoría de pacientes y acompañantes no comprenden la información dada por el equipo médico sobre el pronóstico, y no conocen las normas del centro, les puede llevar a sentir fatiga e insomnio^{16,17}.

El impacto que causa la situación en general a la estructura familiar, hace que aparezca la necesidad de dar una atención centrada en promover la salud física, emocional y psicológica al conjunto de personas dentro de un contexto, manteniendo así el núcleo familiar saludable^{10,11}.

Como mencionan A. Ruiz del Bosque et al¹⁰ la primera descripción realizada sobre los diversos componentes de los cuidados enfermeros centrados en la familia, fue proporcionada por Florence Blake en 1954. Esta se centraba en las necesidades del conjunto familiar y remarcaba que las enfermeras debían establecer una relación con los acompañantes para entender las necesidades del paciente, en este caso niños, y facilitar la adaptación a la nueva situación.

Además, gran parte de la bibliografía nos muestra que la familia tiene un papel esencial en la recuperación del paciente hospitalizado, ayudando a la comprensión y el mantenimiento de los valores, creencias y cultura del enfermo por parte del personal sanitario. Por lo tanto, el familiar se convierte en un paciente más del equipo de salud del servicio^{11,17}.

Diferentes estudios realizados, muestran que la satisfacción de los pacientes y sus familiares está fuertemente relacionada con la comunicación con los profesionales de la unidad, ya que esto hace que su necesidad de seguridad y confianza en el equipo de salud se encuentre cubierta^{15,17}.

De esta manera, los profesionales deben entender que el acompañante presenta diversas necesidades, de las cuales las más destacadas según Jacob et al¹⁸ son la necesidad de información sobre el estado de su ser querido, necesitan permanecer a su lado el tiempo que consideren preciso, y saber que están recibiendo los mejores cuidados. Además, Wetzig y Mitchell¹⁹ mencionan la necesidad de mantener la esperanza, de proteger al paciente y de recibir soporte e inclusión en el cuidado de su ser querido. Por otro lado, los familiares también consideran importante conocer la normativa del centro^{16,18,19}.

En lo que concierne a la información proporcionada por el equipo sanitario, esta debe ser transmitida en un lenguaje adaptado, sencillo y fácil de comprender. Evitando dar falsas esperanzas para forjar así una relación de confianza y apoyo^{15,16}.

Todo esto nos hace pensar, que un familiar bien informado puede convertirse en un gran apoyo en los cuidados al enfermo y no ser considerado una carga por parte del equipo.

Por otra parte, en los pacientes el hecho de encontrarse ingresados les produce un gran estrés y una situación de alerta permanente. La cercanía con los familiares se convierte en una necesidad, que al satisfacerla produce en el paciente una mejora en el estado del ánimo y emocional. También se han visto mejoras en los parámetros hemodinámicos produciéndose mejoras en el ritmo cardiaco¹⁰. También nos encontramos con las necesidades más específicas como la de los pacientes intubados o con traqueotomías, en los que se ha visto que el hecho de no poder comunicarse con normalidad les produce altos niveles de estrés¹⁵.

En lo referente a las estructuras de la UCI los pacientes pueden llegar a encontrarlas poco privadas o incluso llegar a sentir vulnerada su intimidad. Todo ello se debe a los grandes espacios abiertos y puertas de cristal. La mayoría de los pacientes se encuentran desnudos, llevándolos a sentir vulnerada su necesidad de intimidad¹⁵.

3.2.1. Qué aportan las visitas al paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos

En numerosos estudios se han demostrado los grandes beneficios que causan las visitas en los pacientes. Quedando demostrado que las visitas afectan a los parámetros hemodinámicos normalizándolos, cuando estas son de más de 15 minutos, observándose una disminución de la ansiedad y la intranquilidad^{10,20}.

El diálogo y el apoyo emocional proporcionado por parte de los familiares durante las visitas mejoran exponencialmente las constantes vitales de los pacientes, creyéndose que esto se debe a la confianza y esperanza que les facilitan²⁰.

Además, su presencia hace que puedan actuar como intermediarios entre el paciente y el profesional ayudando en la comunicación, proporcionándoles más

confianza, seguridad y esperanza. También podemos destacar el cambio en la percepción que se tiene sobre la unidad, brindándole un punto de vista más humano.^{15,20}

Todas las actividades que mencionaremos a continuación, contribuyen a una mejora más rápida del estado del paciente y con ello, una disminución de la estancia hospitalaria²⁰.

Si por otro lado los familiares son integrados para facilitarles otras ayudas al paciente dando como resultado la mejora del mismo. Las terapias en las que se es más común la integración de las familias son la física y el masaje. De esta forma, se favorece la estimulación sensorial y la percepción, ya que disminuye el riesgo de úlceras por presión, y mejora la hidratación de la piel gracias a la crema corporal utilizada. La terapia física es dirigida a la fisioterapia pasiva, con la movilización de articulaciones que ayuda así a mantener la musculatura más activa²⁰.

Otras actividades como la escucha de música personalizada para cada paciente, han podido mostrar que los pacientes se encuentran más tranquilos y menos ansiosos. Aunque esta actividad no muestra tantos beneficios como el resto²⁰.

3.2.1.1. Inclusión de los familiares en los cuidados al enfermo

Según Rolland y Azoulay¹⁰, actividades de la vida cotidiana como cambiar el pañal, ayudar en la alimentación y la higiene del paciente, mantener contacto físico y hablarles, aporta beneficios significativos, como disminuir la ansiedad, el dolor, la tensión entre el equipo sanitario y los familiares, y la duración de la estancia hospitalaria. Además, mejora la satisfacción de los familiares.

La inclusión de las familias en los cuidados debe ser valorada ya que cada caso es diferente, de ahí la importancia de dar un cuidado individualizado. Por lo tanto, el nivel de implicación dependerá de las condiciones clínicas del paciente.

Para ayudar en la colaboración en los cuidados, es de gran importancia que los profesionales aprendan buenas habilidades de comunicación para conseguir una relación terapéutica adecuada. El profesional debe empatizar con la situación, ser capaz de afrontarla y guiar con asertividad a los familiares. Para ello, se debe mejorar la formación en habilidades comunicativas¹⁵.

No olvidemos que el equipo de enfermería representa un papel esencial para que dicha participación sea posible, ya que, de ellas depende la flexibilización de las normas establecidas¹⁰.

3.3. Política de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos

En las unidades de cuidados intensivos podemos encontrar principalmente dos modelos de políticas de visita. Estos son conocidos como política de visitas restrictivo o cerrado, y política de visitas flexible o abierta⁵.

La principal diferencia entre ellas es que en la UCI cerrada solo se permiten visitas en determinados momentos del día y con un número de visitantes limitado, mientras en la UCI abierta se reducen este tipo de restricciones permitiendo que los acompañantes permanezcan en la unidad en horario diurno con excepción de algunas que permiten su estancia las 24 horas, siempre respetando las normas y el espacio⁵.

Alrededor del año 1990, en España, se inicia una corriente que buscaba favorecer la flexibilización de las visitas. Esto fue acompañado de diversos estudios que demostraban los beneficios que tenía para los pacientes, sus familiares y el equipo sanitario^{14, 21-25}. Pero, a pesar de estos datos, seguimos encontrando a profesionales bastante escépticos en cuanto a esta medida. Refieren que la estructura física y la organización del servicio no son las adecuadas, que se vulnera la intimidad de las personas, que encuentran más dificultades a la hora de comunicarse con el paciente, que afecta a la fluidez de su labor y que la presencia de familiares en los procedimientos invasivos provoca mayor ansiedad. Además, reconocen que ven al familiar como una carga de trabajo ya que este también requiere de su atención, y la situación en general les ocasiona un agotamiento emocional^{3,4,5,10,14}.

Sandoval²⁶ y Escudero et al.²⁷ muestran que aproximadamente un 90% de las unidades no permiten un horario abierto. aproximadamente Un 67% de las UCI permite dos visitas al día con una duración de 30 a 60 minutos cada una, y solo un porcentaje inferior al 5% está abierta las 24 horas^{26,27}.

Se entiende que abrir el horario de visitas de forma repentina puede aportar más inconvenientes que beneficios, pero esto no debe impedir que se siga trabajando en el cambio de políticas. Por lo tanto, el cambio debe ser progresivo y pactado, además de tener en cuenta las características arquitectónicas del servicio²⁸.

Otro de los datos a destacar es que aproximadamente un 50% del personal sanitario refiere que consideran necesario recibir más información sobre el cambio antes de la abertura de las unidades, para llegar a entender lo que este conllevaría en su puesto de trabajo. Los profesionales tienen la creencia de que puede afectar en el cuidado que proporcionan al paciente repercutiendo así en su salud y confort²⁰.

Además, algunos integrantes del personal, consideran que un acceso abierto solo es necesario cuando los pacientes están conscientes y poco sedados²⁰.

Por otro lado, se considera que una política de visitas flexible mejora la imagen que los pacientes y familiares tienen del servicio, mejoran la comunicación y adaptan el cuidado al colectivo familiar haciéndolo más humano^{20,28}.

Aunque son conocidos los numerosos beneficios que presentan las UCI de puertas abiertas nombrados por diferentes estudios, sigue predominando una política de visitas restrictiva a nivel nacional²⁷.

3.3.1. Las visitas infantiles

Debido a la imagen que se tiene de las unidades de cuidados intensivos con pacientes en un estado delicado y rodeados de máquinas que no entendemos, en ocasiones es difícil para los padres determinar si es una buena idea que los niños estén presentes en el lugar. Algunos justifican la falta de estas visitas con

la necesidad de proteger a sus hijos de situaciones que les puedan ocasionar ansiedad y tristeza²⁹.

Algunas de las dudas que presentan los padres son cómo afectará la visita al niño, la edad a la que se recomienda permitir las visitas, la duración que debe tener, cómo se debe relacionar con el paciente y cómo o quién debe iniciar la visita²⁹.

Si consultamos la bibliografía, encontramos diferentes razones por las que apoyar las visitas infantiles en estas unidades. Los pacientes refieren que la visita de sus hijos son un potente estímulo para recuperarse. Por otro lado, esto ayuda a que el infante pueda generar una idea de lo que ocurre dejando de lado cualquier especulación. Crea una idea real de la situación que le ayuda a comprender porque algunas de las rutinas familiares han sido modificadas y porque sus familiares actuaban de forma distinta^{15,29}.

Además, todo ello hace posible que puedan reconocer el trabajo que se efectúa en la unidad por parte de cada profesional de salud.

Los profesionales tienen un papel fundamental a la hora de permitir las visitas infantiles. En ocasiones, podemos leer que una de las razones por las que el personal no inicia las visitas de niños se debe al temor sobre la seguridad y el beneficio que estas tienen, y a la responsabilidad por las consecuencias que pueda tener. Es responsabilidad de la enfermera proporcionar asistencia a la familia e informar sobre la posibilidad de que los niños realicen visitas en la unidad, pero no deben adoptar el papel de los padres en la comunicación con sus hijos, sino que, deben educar a los padres para que puedan hacerlo por sí mismos²⁹.

Para poder realizar de forma correcta la visita, es importante un abordaje individualizado en el que se organice el día y la hora, dar información en un lenguaje comprensible y garantizar el apoyo profesional. Por lo tanto, es preciso que se informe al niño antes, durante y después de la visita, y que la enfermera sea accesible a la hora de responder a cualquier pregunta y a comentar cómo ha sido la experiencia^{15,29}.

3.4. Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos

Las UCI suelen ser espacios técnicos y en los que se suele trabajar bajo presión, con grandes tomas de decisiones. Todo ello provoca tanto en el personal sanitario, la familia y el paciente ansiedad y estrés. La tecnología toma el papel más relevante dejando en segundo plano las necesidades humanas. Llevándonos así a la deshumanización de las mismas, haciéndolas un lugar despersonalizado y que deja al proceso patológico como el único punto de actuación para el personal sanitario^{30,31}.

Teniendo en cuenta todos los puntos anteriores podemos decir que: La humanización de la UCI no debe tratarse como una ideología, sino como una alianza entre la persona y su forma de vivir. Para poder llevar esto a cabo los primeros pasos tendrían que ser la toma de conciencia de que otras prácticas clínicas existen y el respeto al ser humano como un ser integral. Esto hace que sea necesario englobar los siguientes ámbitos: asistencial, ético, cultural, competencias profesionales y los recursos humanos¹⁷.

Los primeros pasos para una UCI humanizada son unas infraestructuras capaces, adaptadas a dicho cambio. Esto puede proporcionar grandes beneficios, tanto psicológicos como físicos, para los pacientes y profesionales. Llevando a los mismos a cometer menos errores clínicos, disminuir los niveles de sedación, dando lugar a una mejor comunicación usuario-profesional y a disminuir las bajas laborales.

Según diferentes estudios, las UCI deberían ser construidas de forma que puedan disponer de luz natural y espacio apropiado para facilitar la convivencia entre aparatos y acompañantes, además de ayudar a mantener su privacidad^{17,30,31}.

La luz natural proporciona a los pacientes una forma de orientarse y poder tener un control del paso del tiempo. En caso de la ausencia de ventanas, se pueden colocar relojes y calendarios. Todo esto, también favorece el mantenimiento del ritmo circadiano. Casi todos los usuarios manifiestan tener la sensación de que el tiempo no transcurre, esto suele ocurrir por aburrimiento o por poco contacto con el exterior. Por ello, sería adecuado poder facilitarles

entretenimientos como televisores, hilos musicales, luz de lectura, red inalámbrica, etc. En el caso de los niños y adolescentes, sería recomendable proporcionar el acceso a juegos o material educativo, para intentar mantener a los menores dentro del sistema educativo³¹.

Es importante asegurar el bienestar ambiental, con un control térmico de temperaturas de 21-24°C lo más constantes posibles, siendo lo ideal poder contar con termostatos en cada habitación. En relación a la temperatura también debemos controlar que los niveles de humedad se encuentren entre 45% y 55%. Por otro lado, debemos mantener los niveles de ruido en 40 dB durante el día y unos 20 dB por las noches. Para finalizar, el ambiente, también se puede manejar usando colores agradables en el entorno y proporcionado un corcho o panel para que el paciente pueda decorar su habitación con sus pertenencias si su estado lo permite³¹.

La mayoría de pacientes ingresados en las UCI no pueden comunicarse con facilidad con el personal, por lo que sería adecuado poder facilitarles algún mecanismo de comunicación no verbal adaptado a sus dificultades. En este sentido son de gran ayuda las pizarras, tabletas y libretas³¹.

Como últimas medidas y de más difícil implantación encontramos el poder habilitar espacios como jardines o patios donde los pacientes puedan estar en contacto con la naturaleza con el fin de que se relajen y despejen la mente de preocupaciones. Actualmente se están llevando a cabo los “paseos que curan”, que consisten en sacar al paciente de la UCI ya sea en silla de ruedas o en una cama, acompañado de distintos profesionales y de sus familiares para hacer del cuidado intensivo, un cuidado más humano y cálido. Pero, teniendo en cuenta que en todos los casos se debe hacer una valoración individualizada³¹.

4. Marco contextual

Como se menciona en el marco teórico, el entorno influye de forma significativa en el cuidado del paciente. Este hecho hace que la estructura de la UCI se haya visto modificada en muchas ocasiones, intentando convertir un entorno

altamente tecnológico en un lugar más cercano a las personas, es decir, más humano.

Si nos basamos en la explicación que nos brindan Fontaine et al.^{32,33} podremos entender la evolución que presentan las UCI en el transcurso del tiempo. Desde los años cincuenta hasta la actualidad, podemos encontrar diferentes niveles en función de la estructura, denominados UCI de primera, de segunda y de tercera generación. Además de mencionar la cuarta generación que es lo que se espera de estas unidades en un futuro.

Las UCI de primera generación fueron creadas en la década de los 50. Con ellas se pretendía establecer una mayor vigilancia y control sobre los pacientes críticos. Llevando a las UCI a tener una arquitectura lo más abierta posible, junto a la eliminación de barreras físicas entre los pacientes, como ya pueden ser biombos o cortinas. La luz artificial, además, permanecía encendida las 24 horas del día. Todo ello, para favorecer la visibilidad de los pacientes por parte del equipo sanitario. Aunque esto supone claras ventajas para el equipo, también conlleva unas grandes desventajas, ya que el paciente queda expuesto anulando así su privacidad, la iluminación es continua y la carencia de barreras le hacen estar continuamente expuesto a la contaminación lumínica y acústica. También se podría destacar el completo aislamiento de los pacientes de sus familias^{13, 34}.

Las UCI de segunda generación, llegaron a España a principios de la década de los 80. Su mayor característica fue la creación de cubículos individuales para cada paciente, todo ello movido por la lucha contra las infecciones y la búsqueda de la intimidad del paciente. Aunque comportó que los pacientes, al carecer de ventanas, sufrieran mayores casos de delirio y desorientación, por lo que el equipo sanitario intentaba mantenerlos orientados mediante calendarios y relojes. En estas UCI el problema de la contaminación acústica y lumínica continuaba presente. El centro de enfermería se encontraba situado en el centro con aberturas en dos o más laterales. En ellas siguen presentes las normas estrictas sobre las visitas de los familiares, con horarios poco flexibles y de corta duración^{13, 34}.

A finales de la década de los 80 se presentaron las UCI de tercera generación. Con ellas se buscó solucionar todos los problemas que presentaban las UCI de las generaciones anteriores. Empezando por habitaciones individuales con luz natural y un mayor control de la luz artificial por parte de los pacientes, disminuyendo así los casos de desorientación y favoreciendo el sueño. En ellas se sigue manteniendo el control por parte del equipo profesional, con ventanas que se encuentran orientadas hacia el control situado en el centro de la UCI. Por último, suavizando las normas de las visitas familiares y animando a los mismos a participar en el cuidado y mejora del paciente^{13, 34}.

En un futuro se espera que las UCI se optimicen para mejorar el sueño, la calma y el reposo del paciente, disminuir la contaminación acústica y lumínica, favorecer el trato personalizado mejorando la ratio enfermera paciente y aumentar la implicación familiar en todos los casos en los que sea posible. En cuanto a la arquitectura se busca crear espacios más cálidos, con el uso de colores, iluminación natural, espacios adaptados para las familias, hilos musicales adaptados a los pacientes, entre otros detalles que humanicen más dichas unidades^{13, 34}.

4.1. Aproximación al entorno

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Joan XXIII se encuentra en la primera planta y dispone de 30 camas equipadas con aparatos de alta complejidad para dar asistencia a más de 1000 pacientes al año. Se trata de una unidad polivalente en la que se atiende a pacientes de: patología médica y quirúrgica compleja, además de traumatismos graves. Es la UCI de referencia en la provincia de Tarragona para pacientes politraumatizados graves, neurocríticos, neuroquirúrgicos y accidente vascular cerebral que necesiten tratamiento con fibrinolítico.

Conjuntamente con la asistencia, se llevan a cabo actividades docentes y de investigación. Estando acreditado para formar a los residentes en medicina intensiva. Además, los miembros del servicio forman parte del equipo docente de la Universidad Rovira i Virgili.

En cuanto a la actividad en investigación, destaca sobre el ámbito de las infecciones, realizando estudios propios y otros en colaboración con centros nacionales e internacionales³⁵.

Teniendo en cuenta la clasificación de Fontaine^{32,33} la UCI del Hospital Universitari Joan XXIII podría tratarse de una UCI de tercera generación, ya que recientemente amplió su horario de visitas familiares³⁴.

La UCI dispone de 14 habitaciones colocadas de modo que simulan un cuadrado teniendo el control de enfermería en el centro y dos centrales de arritmias situados concéntricamente. Todas las habitaciones disponen de puertas correderas de vidrio que facilitan la observación de los pacientes, y solo dos de las habitaciones no son visibles desde el control, ya que se encuentran situadas detrás de dos columnas que impiden su total visualización. Siendo también las únicas que no cuentan con luz natural³⁴. Todas las habitaciones disponen de una butaca para el acompañante, pero las habitaciones no son lo bastante amplias como para abarcar a todas las máquinas, al equipo sanitario y al acompañante. Esto hace que en muchas ocasiones quedan relegados a un rincón de la habitación mientras se realizan las técnicas.

Esta unidad también cuenta con un despacho que comparten la enfermera supervisora y la secretaria, siendo también una sala que en ocasiones se convierte en espacio de información para los familiares, una sala de reuniones para el personal médico y centro de investigaciones, un almacén y para acabar una sala para uso del personal sanitario³⁴. En lo referente al lugar en el que esperan los acompañantes, hablamos de unas 6 a 8 butacas colocadas en el pasillo justo delante de la puerta de la UCI.

Los colores de la unidad son el azul y el blanco, los colores cooperativos de la empresa, lo que le da a la UCI una sensación de poca calidez, ya que el azul y el blanco son colores considerados fríos. La mayoría de las paredes son de cristal para facilitar el control desde la central de enfermería, pero también impide la privacidad de los pacientes y familiares.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio y diseño

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo de perspectiva fenomenológica.

Se ha escogido este método puesto que no se busca una realidad que sea cuantificable como en los estudios cuantitativos, sino que, se busca entender la realidad de cada uno de los informantes, para entender cuáles son sus sentimientos, sus pensamientos, sus motivaciones y sus preocupaciones.

Si nos basamos en la definición sobre qué es la investigación cualitativa de Norman Denzin e Yvonna Lincoln³⁶ “se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden”. Para entender cómo es la vivencia de las enfermeras en el cambio de horario en la unidad en la que realizan su trabajo, necesitamos comprender los significados que le dan a todo el contexto que les rodea^{37,38}.

La investigación cualitativa tiene como característica la obtención de una visión holística de los sujetos a estudiar, haciendo posible que el investigador se ponga en la piel de la persona que tiene delante para hacerle, a su vez, participe de la investigación al entrar en profundo contacto con el contexto³⁶.

En cuanto a la perspectiva del estudio, esta es fenomenológica. Se ha escogido esta vertiente porque busca obtener datos a través de las vivencias subjetivas en el día a día de los informantes³⁶.

La fenomenología aparece a principios del siglo XX de la mano del autor Edmund Husserl. Esta considera que la realidad que importa es la que vive la persona, es decir, las experiencias vividas por nuestros informantes, en la que no influye solo el contexto social y cultural en el que se encuentran, sino también su propia historia de vida. Las personas a estudiar sólo pueden ser comprendidas en un determinado tiempo y en un determinado contexto, en el cual pueden influir una infinidad de factores^{39,40}.

Uno de los métodos de recolección de datos más empleados en los estudios fenomenológicos, es la entrevista en profundidad^{39,40}.

De manera, que se considera que es un buen método de estudio en el ámbito de la enfermería porque nos ayuda a conocer la parte subjetiva de ciertos acontecimientos y es a su vez, una puerta de entrada a la propia reflexión.

5.2 Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica para la contextualización del tema en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, PubMed, Dialnet, Cinhal y Google académico. Las palabras clave utilizadas fueron *Unidad de Cuidados Intensivos, enfermeras, UCI abierta, familia, atención de enfermería* en español y *Intensive care unit, confort, nursing, nursing care* en inglés. Todas ellas se relacionaron utilizando los operadores booleanos *and, or* y *not*. Del mismo modo, se realizó una búsqueda inversa a partir de los diferentes documentos leídos, y se consultaron páginas de organismos oficiales como Sociedad Española de Medicina Intensiva Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Para finalizar se realizó una búsqueda en los originales primarios de las revistas *Enfermería Intensiva, Medicina Intensiva* y *Critical Care* por tratarse de revistas de referencia en el terreno de los cuidados intensivos, las dos primeras a nivel nacional y la tercera a nivel internacional.

La búsqueda se limitó a los últimos 10 años (2008-2018), de tal manera que permitiera aportar la información suficiente para cumplir los objetivos de estudio.

5.3 Población y muestra

La población de estudio son las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos de Cataluña. La muestra que se ha escogido está formada por 3 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Para tener acceso a los informantes, se contactó con un primer informante. Posteriormente, mediante muestreo en bola de nieve se obtuvieron los siguientes.

Para seleccionar la muestra a estudiar se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Formar parte del equipo de enfermería de la unidad de cuidados intensivos.
- Haber trabajado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Joan XXIII de Tarragona, con horario restrictivo y posteriormente con horario flexible.
- Tener como mínimo 5 años de experiencia en el campo de la enfermería intensiva, atendiendo a los criterios de expertise de P. Benner⁴¹.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que alternan sus turnos en diferentes servicios y por ello, no tienen un contacto continuado con este tipo de paciente y sus familiares.
- Profesionales que sólo realizan turnos de noche, ya que no están expuestos a la visita de los familiares a lo largo del turno.

5.4 Aspectos éticos

Para mantener el anonimato de los participantes, teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, fueron asignados pseudónimos (E1, E2 y E3) y se firmó un consentimiento informado⁴².

5.5 Técnica de recogida de datos

Como herramienta de recogida de datos se ha escogido la entrevista individual y semiestructurada debido a que es la que más se adhiere al tipo de estudio que se quiere realizar y a la obtención de los objetivos marcados. En este tipo de entrevista, el investigador tiene un guión sobre los diferentes temas que se deben tratar, pero sin un orden preestablecido ni preguntas marcadas. De esta forma, realizando preguntas espontáneas y abiertas se facilita que el informante exprese sus ideas de forma fluida y libre⁴³.

La entrevista nos ayuda a buscar el significado que le dan los informantes al hecho a estudiar, ya que ayuda a encontrar esa parte más subjetiva en la que influye todo un contexto social y cultural que se podría considerar una realidad dinámica⁴³.

Debemos remarcar, que con este método no solo se realizan preguntas sin ser partícipes, sino que, intentamos ponernos en el lugar de la persona entrevistada, para entender todo su contexto haciendo al investigador partícipe de la investigación. Mediante la experiencia que expresan y la observación durante la entrevista, se adquiere una visión holística del suceso y del informante para posteriormente plasmar con la mayor fidelidad posible cómo es su vivencia³⁶.

Para realizar las entrevistas, se organizó un guión (anexo 1) con preguntas abiertas para establecer los diferentes temas a tratar, pero pudiendo a la vez facilitar que el informante se exprese sin sentirse limitado.

Antes de realizarlas, se explicó a las personas implicadas el motivo de la entrevista y en qué consiste el estudio. Posteriormente, se pidió que firmaran el documento de consentimiento informado (anexo 2) garantizando su anonimato y respetando su intimidad.

La duración de las entrevistas fue de entre 43 y 72 minutos, todas se realizaron sin interrupciones ni incidencias. En ninguno de los casos fue necesario realizar un segundo encuentro. El trato con las entrevistadas fue cordial y agradable, ya que presentaban gran predisposición para participar en el proyecto.

Todas las entrevistas fueron realizadas en cafeterías escogidas por los informantes y localizadas en Tarragona. Con el fin de buscar que fueran lugares externos al hospital para facilitar la comodidad de los individuos que forman parte del estudio y hacer que se sintieran seguros en un ambiente distendido y agradable.

Para registrar la información obtenida, se optó por el uso de dos grabadoras. Posteriormente fue transcrita de forma manual.

6. Procesamiento y análisis de datos

Cuando se completó la transcripción, se realizó la impresión de dichas entrevistas y se subrayó el contenido más relevante para la identificación de las unidades mínimas de significación y codificación abierta.

Posteriormente, estos datos fueron agrupados en categorías en función de su significado y relación, y finalmente en supracategorías para facilitar de esta manera su estudio. Para una mejor organización de la información, se realizó una tabla que incluye la clasificación mencionada anteriormente la definición de cada categoría y los colores asignados para facilitar la redacción de los resultados³⁹.

7. Resultados

Las informantes del estudio fueron un total de 3 enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitari Joan XXIII. Las características de la muestra pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1: Características de la muestra

Código	Años de experiencia	Turno habitual	Edad	Género
E1	9 años	Diurno	29 años	Femenino
E2	26 años	Diurno	48 años	Femenino

E3	5 años	Diurno	35 años	Femenino
----	--------	--------	---------	----------

Después del análisis de las entrevistas se obtuvieron un total de 5 categorías: “¿Cómo es la UCI?”, “Gestión de la flexibilización de horarios”, “Inclusión de las familias en la unidad”, “Gestión de las visitas” y “Expectativas de futuro”. En la tabla 2 se definen cada una de ellas. Estas categorías dieron consistencia a los hallazgos y fueron representadas, en subcategorías, por citación directa de las entrevistas. Llegando a construir las áreas de conocimiento a partir de las cuales fue posible entender los diferentes aspectos que intervienen en el cuidado de los pacientes críticos en relación con la política de visitas de los familiares.

Tabla 2: Definición de las categorías:

Categoría	Subcategoría	Definición
¿Cómo es la UCI?	Entorno	Características de la unidad de cuidados intensivos, del tipo de paciente que se encuentra ingresado en ellas, y de las emociones experimentadas por parte del equipo de enfermería en relación al trabajo del servicio.
	Paciente	
	Percepción del trabajo	
Gestión de la flexibilización de horarios	Feedback post cambio	Valoración de la flexibilización de horarios por parte del centro.
	Consulta a los profesionales	Papel del equipo de enfermería en la toma de decisiones.
	Percepción del cambio	Opinión de las informantes en referencia a la gestión del cambio en el servicio.
Inclusión de las familias	Beneficios	Beneficios que aporta la

en la unidad		presencia de las familias en la unidad.
	Preparación de la unidad y del profesional	Adaptación de las características de la unidad y el trabajo de los profesionales, a la presencia de las familias.
	Repercusiones en el paciente	Repercusión negativa de la flexibilización de horarios para el paciente.
	Repercusión de la flexibilización del horario en el trabajo de enfermería	Afectación de la apertura de puertas en la rutina del equipo de enfermería.
Gestión de las visitas	Papel de la enfermera	Influencia de la enfermera en la gestión de las visitas.
	Visitas infantiles	Visión por parte de los informantes en relación a las visitas infantiles en la unidad.
Expectativas de futuro	Movilización	Mejoras mencionadas por las entrevistadas en relación a la movilización del paciente.
	Otras mejoras	Otras mejoras mencionadas por los informantes.

7.1. ¿Cómo es la UCI?

Todas las enfermeras coinciden en que la UCI es una unidad muy exigente, con una carga de trabajo considerable debido al estado de los pacientes, y sobretodo que es un trabajo de un nivel de estrés alto. " *son pacientes que están tan tan tan tan graves. Que bueno. Es duro, es duro trabajar en una UCI.*

Y quien diga lo contrario miente o es que se ha hecho, ha hecho una, una coraza..." (E1).

También hacen referencia a la tecnificación del servicio, a la cantidad de máquinas que rodean al paciente, y al ruido que emiten " *un montón de pitidos... Porque eh... allí pita de todo... pitan alarmas de monitores, pitan respiradores, pitan bombas... ¿no? Todo, todo tiene alarmas de todo, pita la cascada pita, no sé qué... pita ¿no? Y... y todo son pitidos" (E1). Una de ellas incluso llega a describirlo como un lugar frío " *un espacio donde hay mucha tecnificación, que es, quizás, un espacio un poquito frío..." (E2)**

7.2. Gestión de la flexibilización de horarios

En las tres entrevistas se puede ver como las informantes coinciden en que el personal de enfermería sólo pudo decidir que horario sería el más idóneo para que las familias pudiesen entrar en la unidad " *Se nos ha consultado solo una cosa, que es en qué horario creemos que sería factible que entraran las familias como acompañamiento. Pero ya está, no se nos ha preguntado nada más." (E1) "se llevó como una encuesta en nuestro servicio, en la UCI, entre todo el personal, entre todos los turnos, a ver cuál era el horario más adecuado para el acompañamiento familiar." (E2)*

En cuanto a las partes de las entrevistas que hacen referencia al feedback por parte del centro, encontramos algo de controversia, ya que encontramos citas como: " *está muy bien que este plasmado en un papel... pero quizaaas... Ir recordando, hacer reuniones..." (E1) "hace falta un... pues alguna reunión..." (E1) "Pero yo creo que debería de haber una reunión. Para que, realmente intentar buscar un cambio..." (E3), en las que vemos que consideran la necesidad de que se haga una reunión para ir recordando o para poder opinar, pero una de las informantes comenta que si se hacen estas píldoras formativas " *y sí, se ha hecho formación ... y se sigue haciendo formación, eh ... porque siempre se va incorporando personal nuevo a trabajar..." (E2). Aunque la misma informante, en otro punto de la entrevista refiere "Bueno, hemos podido opinar antes. Ahora, todavía no." (E2)**

Sobre la percepción de las enfermeras en cuanto al cambio, coinciden en que el cambio ha sido precipitado y expresan que existe una falta de progresión para poder adaptarse *"Es unnnn... chip importante que se tiene que cambiar dentro de la mentalidad y nos la han hecho de un día para otro."* (E1), *"Y deberíamos de haberlo consensuado, en vez de instaurarlo ya del tirón, sin ni haberle preguntado al resto del personal que nos parecía."* (E3).

7.3. Inclusión de las familias en la unidad

7.3.1. Beneficios

En las tres entrevistas realizadas, las informantes referían que la presencia de un familiar disminuye la ansiedad del paciente y le aporta sensación de seguridad: *"entonces la mujer le va hablando y el paciente estaba más tranquilo, más sosegado, más centrado..."* *"Bueno sensación de que estás acompañado de que no te han dejado..."* (E1) *"y luego pierden el miedo, vamos, afecta, les rebaja mucho la ansiedad a la familia, ¿no? Y al paciente, por supuesto"* (E2).

Dos de las informantes hicieron referencia al papel del familiar a la hora de estimular al paciente: *"Que los estimulen, que los toquen, que les expliquen: "Pues ha venido a verte tu hija y tu nieto ha ido al colegio y han hecho la fiesta de la castanyada..." ¿No? Que les expliquen cosas, obviamente tu no les dices el qué, pero sí que los... Se ayuda un poquito a... Que les estimulen. Que traigan una radio..."* (E1) *"hay muchos familiares que les hacen masajes en los pies, entonces, les damos un bote de crema o les dejo un vasito con agua, les doy unas gasas, y ellos van mojando..."* (E2).

Otro de los temas a destacar, es la ayuda que supone la presencia de los familiares en la mejora de la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente. En algunos casos por dificultad para entenderle como en el caso de una barrera idiomática o una traqueotomía, o en casos de sedación en los que pueden ayudar a conocer más a la persona que está ingresada: *"A lo mejor uno que tenga una traqueotomía, uno que tenga una traqueotomía seguramente lo*

va entender su familia mejor que yo". (E3) "el otro día, por ejemplo, yo tenía un paciente marroquí, que no hablaba nada de español. Entonces, vino su hija, que sí que hablaba español. Entonces, bueno, es una maravilla, porque claro, o te puedes comunicar con el paciente o no te puedes comunicar. Entonces, sí que favorece sobre todo cuando hay una barrera idiomática." "A lo mejor está en un nivel bajo de conciencia, y le llamas José y no te contesta. Entonces, la familia te dice ... "le llamamos Pepito en casa"... entonces, ya el paciente parece que ... no sé... sí que ayuda, a comunicarse." (E2)

Dos de las entrevistadas refieren que la abertura de puertas de la UCI permite un avance en el reconocimiento de la profesión de enfermería, ya que el trabajo que realizan se hace visible: *"la mujer de uno de los pacientes que he llevaba me decía: "es que feu molta feina aquí, esteu tot el dia, no pareu i si molesto me'n vaig eh" Y todo el rato dispuesta pero muy agradecida..." "Y yo creo que ahora si al poderlo ver más... Pues... No sé, le dan... Esa importancia. " (E1) "Lo que hace es que vean, también, el trabajo que hacemos en enfermería, ¿no? Bueno, en enfermería y el equipo multidisciplinar, ¿no?" "era un trabajo invisible hasta ahora. " (E2)*

7.3.2. Preparación de la unidad y del profesional

En cuanto a la estructura de la unidad para acoger a las familias, las informantes refirieron que no tienen una sala acondicionada para dar información sobre el estado del paciente: *"Se hace dentro del box. Sí... yo pienso que también tendría que haber un espacio... normalmente se hace la visita por el médico dentro del box. Tenemos un espacio, donde está la secretaria, que hay unos asientos para estar más íntimos, sobre todo cuando hay que dar malas noticias, o tal... Pero normalmente se hace dentro del box la información familiar. Hay veces, también, que se sale fuera del box, si está despierto... y hay veces que no, que si está despierto también se le explica. Pero, normalmente es dentro del box..." (E2). "no tenemos sala para familias... Se ha hecho un invento en un despacho... Pero que es un despacho compartido con la secretaria ¿No? Es complicado..." (E1)"Muchas veces a lo*

mejor el médico está hablando con los familiares en la puerta, y se están enterando los otros familiares" (E3).

Una de ellas, remarcó que la sala de espera que consiste en unas butacas en el pasillo del hospital, justo delante de la puerta de la unidad no era adecuada: *"No, no está preparada porque ... la sala de espera, que tendría que ser una sala de estar, más bien, no una sala de espera, no está muy bien acondicionada, no sé... es muy fría, en invierno hace frío, más corriente de aire ... y luego, el espacio físico..." (E2).*

En las entrevistas también se hace referencia a la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a la presencia de la familia a la hora de realizar diferentes cuidados al paciente.

Dos de las informantes manifestaron que niegan a que la familia permanezca dentro del box mientras realizan técnicas estériles creyendo que puede afectar a dicha esterilidad: *"Claro, hay curas que tienes que hacerlas estéril, y claro... mejor que no haya un familiar." (E2) "si lo estoy haciendo estéril me parece absurdo, si yo tengo un gorro puesto, una mascarilla, guantes, todo el material estéril... Veo absurdo que este una persona allí, aunque está sentada lejos, me da igual, lo veo absurdo que una persona vestida de calle este delante, haciéndole yo una cura..." "si es estéril siempre los voy a echar, siempre." (E3)*

Una de las informantes refiere que el personal que lleva mucho tiempo trabajando en la unidad, está acostumbrado a trabajar sin familias y que no se plantean un cambio en su práctica: *"Hay enfermeras que no les ha gustado nada la apertura de puertas, porque quieren trabajar tranquilas solo con el paciente no quieren distracciones, no quieren nadie que esté" "han vivido toda la vida que las familias entraban a 3 horas concretas y se acabó..." "Y eso hay gente que ni se lo plantea, el por qué... Porqué, por qué tengo que no echar a la familia. Hay mucha gente que no se lo plantea: "Lo he hecho así toda la vida. ¿Por qué tengo que cambiar?" ¿No?" (E1).*

7.3.3. Repercusiones en el paciente

Las tres informantes coincidieron y remarcaron en diferentes ocasiones la vulneración de la intimidad del paciente. Refieren que los pacientes están muy expuestos a la hora de realizar cambios posturales *"una familia que quiere entrar al seis y tiene que pasar por el 14 por el 1 por el 2 por el 3 por el 4 por el 5 hasta llegar al 6. Vamos es media UCI "* (E1) *"se ve todo el paciente entero, entero. Sigues pasando por aquí, si tienes que llegar al 6, que es el de aquí de la esquina, te ves a todos los pacientes de esta parte. Entonces yo creo que deberían de respetar un poco más la intimidad..."* *"que te vea todo el mundo el culo, que te vean las tetas, que te vean si tienes un tubo, que te vean si tienes un pico..."* (E3) y además, que los visitantes se muestran curiosos e intentan observar quien hay en otros box *"cuando hacemos los cambios posturales estás a medio hacer y pasan las familias mirando..."* (E1) *"Entonces la gente no es capaz de ir así recto mirando para delante hasta llegar a su familiar, no. Van mirando para los lados, a ver qué es lo máximo que pueden ver. A ver qué es lo que más le traumatiza, para no poder dormir esa noche."* *"Es que además el otro día mismo lo dije: "Digo esto parece un zoológico, digo están mirando cómo está la gente metida en jaulas, a ver cuál es el más espectacular" "¿Has visto al de este como esta?" "A pues no lo he visto, pues me voy a volver y me voy a ir a verlo, como me puedo entrar a cualquier hora y cuando me dé la gana..."* (E3).

Dos de las informantes también mencionan que el hecho de que haya un tránsito continuo de visitantes interrumpe sus tareas y se puede ver afectada la seguridad del paciente *"quizás cometes algún error o algún error de medicación, o haces una cura... oooo... se te pasa algo..."* (E1) *"de hecho las interrupciones son malas en nuestro trabajo, porque pueden aumentar la aparición de incidentes relacionados con la seguridad del paciente ... es una de las causas. Tú estás preparando una medicación, llaman a la puerta y te dicen, "¿puedo pasar a ver al paciente?" Deja lo que estás haciendo ... luego lo retomas otra vez, pero claro... ¿qué estaba haciendo, no?"* (E2).

7.3.4. Repercusión de la flexibilización del horario en el trabajo de enfermería

Las informantes comentaron que el trato con algunas familias es complicado, y que hay una gran confusión entre lo que son horarios de visita y horarios de acompañamiento *"hay mucha gente a la que le cuesta entender, que hay... que es acompañamiento familiar y que es una visita... ¿no? "bueno es que a mí me va bien venir ahora a las 12:30 de la mañana... y vengo de 12:30 a una, y me voy" ¿no? y para eso nosotros... Para nosotros eso no es acompañamiento familiar, para nosotros es una visita. Sin más."* (E1) *"Nos sentimos guardias de seguridad desde que está el protocolo de lo de las familias. Porque es que entran a cualquier hora. Y entran varias persona, entran gente que ni saben dónde están sus pacientes ingresados..."* (E3)

Si a esto se le suma el aumento de carga de trabajo que experimentan, aparecen momentos de tensión que se ven definidos en diferentes citas durante las entrevistas *"Te empiezas a quemar, empiezas a contestar mal..."* (E1) *"y ya se lo tienes que decir de malas maneras, cabreao..."* (E3).

Además, mencionan que al tener la responsabilidad de ir al timbre y de gestionar las visitas de los familiares, ocasiona muchas interrupciones en su trabajo. Una de ellas incluso refiere que les hace perder mucho tiempo durante el turno, ya que deben comprobar a cada entrada de un visitante, si en el resto de box se está realizando alguna técnica *"La queja es que, claro, pierdes mucho tiempo, porque claro, la gente viene a las 12:30, ¿no? Porque claro, la primera visita es de 7 a 8, pues de 8 a 12:30 hay gente que viene... entonces, claro, les dices que hasta las 12:30 no pueden entrar. Y dicen, "es que vengo de lejos... no sé qué", entonces, claro eso te hace perder tiempo, entonces, te corta tu actividad... ibas a hacer una cosa y, ahora ya no sabes lo que ibas a hacer ... te interrumpe..."* (E2).

Se puede apreciar que durante las tres entrevistas, las informantes refieren que la responsabilidad de abrir la puerta y de vigilar la cantidad de acompañantes que hay en cada box no debería recaer en enfermería. Consideran que otro profesional debería tomar esta tarea o que se debería rotar entre enfermeras,

auxiliares, médicos y celadores para no sentir una sobrecarga en su actividad laboral. *"Estamos ahí todo el día... Abre puerta, cierra puertas, abre puertas, cierra puertas... Que nos haría falta un segurata en la puerta, para abrirla..."* (E1) *"Quizás tendría que haber una persona que se encargara de eso, que esto ya lo hemos comentado entre nosotras ... cada día, la responsable de las familias... una auxiliar, una enfermera, un celador ..."* (E2) *"Bueno pues a partir de las 12:30 que haya una persona en particular en la puerta, diciendo nombre por nombre del paciente y que, entre un acompañante..." "...que no se vuelva a responsabilizar a las enfermeras de controlar las visitas de los paciente, porque es otra carga más para enfermería."* (E3)

7.4. Gestión de las visitas

En relación a la opinión que las entrevistadas tienen sobre las visitas infantiles, una de ellas se mostró a favor sin condiciones de dichas visitas: *"¿Porque no pueden entrar niños? A mí me parece genial..."* (E1). Otra de las entrevistadas puso condiciones para las visitas infantiles: *"Yo soy partidaria de que entren los niños. Porque son parte de la familia, pero claro ... soy partidaria si el niño quiere."* *"Si lo pide el niño, si la familia lo pide ... yo sí. Pero que entren por sistema ... yo creo que depende del niño y de la familia."* (E2).

Una de las entrevistadas manifestó que solo aceptaba las visitas infantiles si el niño no era muy pequeño o el paciente se encontraba en condiciones muy críticas de salud: *"No, tampoco estoy de acuerdo con las visitas infantiles. También depende de la edad", "Nosotros hemos dejado pasar niños, ahora niños ya chicos, no... De chicos de 4 o 5 años o de bebés... No, yo no estoy de acuerdo con que pasen niños", "Depende también de la situación, si es una situación mal, que sea por ejemplo un enfermo terminal, o que tenga una limitación, o que sepamos nosotros que realmente no va a salir de ahí... Y quieren ver a sus nietos, quieren ver a sus hijos, que se haga a lo mejor."* (E3)

Una de las entrevistadas hizo referencia a las opiniones de otros profesionales de la unidad respecto a este mismo tema: *"Hay gente que es muy radical y dice: "no, no, ¿cómo va a entrar un niño de 12 años a ver a su abuelo con un*

tubo en la boca y no sé qué? no, no, no. No puede entrar, de ninguna manera"(E1)

En lo referente a la gestión de visitas previa a la abertura de puertas, todas las entrevistadas coincidían en que ya se mantenía un horario flexible o se realizaban concesiones dependiendo de la familia: *"Bueno, antes, con el horario más restrictivo, claro, había mucha gente que no le iba bien ese horario, y venían fuera de horas de visita, y es cuando vimos que surgió la necesidad de implementar un cambio de ... de horarios de visita."* (E2), *"Ya os digo ya antes realmente estaba prácticamente casi siempre con puertas abiertas."*, *"Es que de todas maneras un paciente de UCI que necesitaba que estuviera su familiar dentro o que lo exigiera él, o que nosotros veíamos conveniente que estuviera un familiar dentro. Ya se hacía antes."*, *"Ya decíamos a su familiar las horas de las visitas: "¿Os podéis quedar si queréis? Que yo te dejo, si quieres te puede quedar todo el turno y lo acompaña aquí todo el rato"*, *"Siempre hemos permitido que pasara la familia, siempre hemos permitido que pasara la familia, lo que pasa es que dejamos pasar a los familiares de pacientes que a lo mejor llevaban meses ingresados, que llevaban mucho tiempo ingresado, o pacientes que estaban agitados, o despiertos, o por ejemplo los de cardio, que están aburridos, que no saben qué hacer... Que tienen a sus familiares fuera..."*, *"Pues entonces siempre dejábamos a una persona en particular que estuviera acompañándolo."* (E3), *"Y precisamente esta familia, no hacíamos lo de las puertas abiertas, pero esta familia era una de estas que entraba fuera de los horarios"*, *"Sabes lo que pasa, es lo que os digo, que no hacíamos puertas abiertas, pero ya poquito dejábamos"*, *Nosotros, los profesionales ya, dejábamos un poquito, era una UCI a puertas cerradas, pero entre comillas porque muchas veces dejábamos pasar a la gente"* (E1)

Por último mencionar que una de las entrevistadas ya consideraba el horario que tenían como un horario semi abierto: *"No, por ejemplo, nosotros no estábamos en una UCI cerrada, era una UCI, no oficialmente, pero era una UCI semi abierta."* (E1)

7.5. Expectativas de futuro

Dos de las tres entrevistadas hicieron mención a una UCI más cálida y humana, que desprendiera sensación de calidez: *“Que de la sensación de calidez.”* (E1), *“Más humanas. En espacio físico, más humano el personal, con más luz natural, ee... con menos ruido...”* *“Que hay, hacerlo más humano todo.”* *“Espacio hay, yo creo que no es cuestión de espacio, es que sea más acogedor, más humano.”* *“Más que poner comodidades, hacerlo un ambiente más acogedor. Sí ... mejorar la sala de espera, o sala de estar. Y decorar cada box...”* (E2)

Las tres entrevistadas hablaron sobre la importancia de la movilización precoz de los pacientes, recalcando que en la UCI en la cual se encuentran ya se lleva a cabo: *“Cuando hemos bajado un paciente a la calle.”* (E1), *“Si logramos disminuir la sedación, lograremos disminuir las secuelas de la inmovilización... estamos en ello, con el programa de movilización precoz”* *“Tenemos el programa de movilización precoz, no sé si os han explicado, bueno, que también es hacer deambular a los pacientes”* (E2), *“Que salen de los boxes porque andan, o porque... con una sillita... Porque le hacemos la movilización precoz.”* (E3)

Dos de las entrevistadas mencionan que les gustaría contar con una terraza de la que pudieran disfrutar los pacientes: *“Estaría genial, que pudiéramos tener un espacio que la misma UCI conectara con una terraza.”* *“Pues más salidas fuera del hospital ... tendría que ser una UCI que puedas hacer una terraza ... para que pudieran salir al aire libre.”* (E2) *“Y que a lo mejor si tenemos algún paciente que se pueda mover, que pueda salir a una terracita.”* *“Porque se mueva y dejarle una terraza, que le dé la luz del sol, el aire...”*(E3)

Todas ellas están de acuerdo en la importancia de hacer color terapia en la UCI, que las paredes no sean todas de color blanco: *“Muy idealista, me encantaría una UCI con colores. ¿No? Aquello... Mezclaría todo musicoterapia, color terapia”* (E1), *“otro color más ...”* *“En muchos hospitales ya se hace, por ejemplo fotografías de la playa ... para que no se vea tan frío con las paredes blancas ... se podría mejorar un poquito”* (E2) *“Llena de colores...”* (E3)

Otro tema en el que hicieron hincapié dos de las entrevistadas fue en la tecnología y el material del que les gustaría disponer en la UCI: *“Pero bueno yo creo que la idea sería bastante similar a la de ahora, modernizando un poquillo.” “Un poquito todo más tecnológico.” “Poder tener acceso a todas las alarmas desde fuera, todas es todas, bombas, respiradores, monitores” (E1) “Que tengamos las mejores maquinarias o el mejor material...” “Y después el material por supuesto, pues que sea tecnología buena y que sea... Que funcione bien, que sea rápido, que la gente tenga los conocimientos suficientes.” (E3)* Dentro de esta categoría sería importante mencionar el ruido, del que solo hablo una de las entrevistadas: *“No tenemos hilo musical y no tenemos medidor de sonido” (E2)*

Resaltar que hubo dos temas que solo comento una de las entrevistadas. El primero de ellos: La intimidad: *“Que tuvieran intimidad ya sea por puertas o por... como sea que tengan su intimidad.” “Pues los cristales opacos, o una cortina, un biombo...” (E3).*

El segundo: *la importancia de la luz natural: “Que tienes un pedazo de ventana, que no hace falta ver el mar ni nada de eso. Un bloque lejos, aunque sea lejos, que te dé un poco de la luz, que sepas si es de día o de noche.” “Ventanales grandes” “Sobre todo, que tenga luz, que cada habitación tenga luz, y que el paciente tenga desde su propia cama, que nosotros la giremos un poco y que pueda tener visión a la calle. Y que pueda ver algo, que pueda ver el cielo...” (E3)*

8. Discusión

Este estudio ha sido realizado con el objetivo de Conocer de qué forma viven las enfermeras de una UCI de un hospital de referencia provincial el cambio en la política de visita de la familia, y que beneficios aporta el horario flexible a las familias y al paciente.

Respecto a las características de la UCI, la bibliografía encontrada describe este servicio como un lugar en el que encontramos a un tipo de paciente frágil

e inestable que precisa de elevada vigilancia y cuidados muy complejos. La falta de recursos y de tiempo para realizar los cuidados mencionados, además de la maquinaria compleja que se manipula, exige que el personal se forme continuamente^{1,7,8,13}. Las informantes, coinciden con esta descripción, y añaden que trabajar en una UCI es muy intenso y les provoca un gran nivel de estrés diario.

Escudero¹⁵ mencionan que la luz artificial es excesiva, y que los niveles de ruido de las máquinas y las conversaciones entre profesionales es permanente. En esto coinciden las enfermeras entrevistadas, ya que refieren que no paran de pitar alarmas y describen el lugar como tecnificado.

Además, Escudero¹⁵ mencionan que el hecho de que el paciente se encuentre acompañado proporciona una mejora en su estado de ánimo. Esto repercute en una disminución de la ansiedad y un aumento de la confianza y la seguridad. Las tres entrevistadas coinciden con lo encontrado en la bibliografía, remarcando en concreto la disminución de la ansiedad.

En este sentido las enfermeras refieren que la compañía de los familiares ayuda a la comunicación con el paciente y a conocerlo mejor. Los acompañantes conocen los gustos particulares del paciente. Los artículos consultados también mencionan estos hechos, aunque no inciden en el conocimiento del paciente^{15, 20}.

Un beneficio para el paciente que menciona tanto la bibliografía como la muestra, es la estimulación a través del habla, el tacto y los masajes que proporcionan los familiares al paciente. Todo ello mejora el estado general del paciente y puede llegar a disminuir el riesgo de úlceras por presión y mantener la musculatura del paciente activa²⁰.

La bibliografía habla de una mejora de los parámetros hemodinámicos en relación al acompañamiento familiar que las entrevistadas dijeron no poder valorar por no tener parámetros objetivos previos a la abertura de puertas^{10, 20}. Haría falta insistir en este tema con estudios con una muestra mas amplia y que incluya informantes de distintos centros.

Las enfermeras entrevistadas para la realización del estudio refieren que la abertura de puertas ayuda a mejorar el reconocimiento que tiene la población sobre su trabajo en la UCI, ya que este era invisible hasta ahora. La bibliografía consultada menciona que abrir las puertas de la UCI mejora la imagen de la unidad pero no concreta en hacer más visible el trabajo de enfermería²⁸.

Los estudios que hacen referencia a las necesidades de las familias se centran en la calidad de la información proporcionada a los familiares. Más concretamente en lo que necesitan oír como la información sobre el estado del paciente y saber que cuidados está recibiendo^{16, 18, 19}.

Por otro lado, las informantes se centraron en el lugar donde se proporcionaba dicha información, mencionando que los familiares no disponen de un espacio privado donde recibir noticias, que la sala de espera son unas sillas apiladas en la entrada de la unidad y que se les dan las noticias en la puerta del box.

Sandoval²⁶ menciona que aproximadamente el 90% de las UCI no permiten el horario de visitas abierto, predominando de esta forma un régimen restrictivo. Las entrevistadas están totalmente de acuerdo con su apertura, pero creen necesario que el familiar salga del box para realizar técnicas creyendo que puede contaminar el entorno.

Respecto a las repercusiones en el paciente debido a la flexibilización de horarios, las enfermeras mencionan que en diversas ocasiones sienten que se vulnera la intimidad del paciente. Esto es debido a que las paredes son de cristal para facilitar la vigilancia, los pacientes están desnudos y se encuentran con un tránsito continuo de personas curiosas.

No se han hallado estudios que hagan referencia a ningún tipo de repercusión negativa en el paciente por el hecho de tener un acompañamiento familiar. Los consultados únicamente mencionan la gran cantidad de beneficios que ocasiona la presencia de sus seres queridos.

Por lo que respecta a la repercusión que la presencia de familiares podría tener en el trabajo de las enfermeras, la bibliografía consultada habla del

agotamiento mental y la carga extra que producen los familiares, pero no hacen un gran hincapié en ello^{3-5,10,14}.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que las enfermeras muestran preocupación por la comunicación con las familias. Estas no llegan a comprender la diferencia entre el horario de visitas y el de acompañamiento. Muchos de los familiares se saltan las normas y entran sin permiso, interfiriendo así en su trabajo. Las interrupciones que las visitas ocasionan en sus tareas fue un tema que preocupaba a las informantes. Refieren que esto facilita que puedan cometer errores que afecten a la seguridad del paciente. Todo ello, repercute en su estado de ánimo y les hace sentir que tienen una carga que no les corresponde. Insisten en la necesidad de que alguien se encargue de gestionar las salidas y entradas de los familiares en la unidad. En este sentido, Westbrook⁴⁴ mencionan que las interrupciones en el trabajo del equipo de enfermería pueden suponer errores de medicación, ya sea por equivocación de paciente como por errores de vías de administración⁴⁴.

En relación a las visitas infantiles autores como Knutsson y Bergbom²⁹ refieren que los pacientes ingresados en la UCI sienten que sus hijos son un fuerte estímulo para recuperarse. Además, las visitas de menores ayudan a que generen una idea real de la situación y que de esta forma puedan entender los cambios que ocasiona en la rutina diaria de la familia como conjunto.

Knutsson y Bergbom²⁹, también hacen referencia a los factores que influyen en que se lleven a cabo las visitas infantiles. Entre algunos se mencionan: la falta de conocimiento a la hora de abordar correctamente dichos encuentros, las dudas sobre a partir de qué edad deben ser permitidas, el miedo a ocasionar tristeza o ansiedad al menor, y la influencia del profesional sanitario en gestionar las visitas.

Las enfermeras que participaron en el estudio no tienen una opinión en común sobre este tema. Mientras una de ellas entiende que deberían facilitarse las visitas si el menor o la familia lo pide, otra refiere que solo está de acuerdo con la presencia de menores en casos de extrema gravedad o si el menor tiene suficiente edad. La idea de que la organización y el apoyo emocional no debe

recaer en el equipo de enfermería, sino que otro profesional debe acompañar a la familia en el proceso está latente.

Respecto a expectativas de futuro para la UCI, tanto las entrevistadas como los artículos consultados coinciden en que sería importante que tuvieran luz natural y una posible terraza que permitiera a los pacientes estar al aire libre. Que todas las habitaciones contarán con ventanas, ya que esto facilita la orientación en el tiempo de los pacientes^{17,30,31}.

En cuanto a la estructura de la UCI, se habla de ampliar los boxes y mantener el control de enfermería en el centro. También se menciona la importancia de que la unidad contará con más colores para hacerlas más acogedoras. Los artículos y las entrevistadas coinciden en decorar los boxes para hacerlos más personalizados y por consiguiente más agradables para los pacientes y sus acompañantes. Aunque es importante que las enfermeras puedan ver a los pacientes desde fuera de las habitaciones, mencionaron la importancia de mantener su intimidad, coincidiendo con lo que explica la mayor parte de la literatura^{17,30,31}.

Para acelerar la percepción del paso del tiempo por parte del paciente, la bibliografía menciona que sería bueno que las UCI contaran con televisores, tabletas, pizarras o libros, que también ayudarían al paciente a poder comunicarse. En el caso de los pacientes menores de edad, también se describe el uso de material educativo para que puedan mantener al día sus estudios si fuese posible^{17,30,31}.

Un tema del que hablaron las tres entrevistadas, pero no fue mencionado por los artículos, fue la importancia de tener material de alta calidad y eficiente. Estos aparatos deben permitir el control de alarmas desde el centro de enfermería. De esta forma, se tiene en cuenta la importancia de mantener los niveles de ruido dentro de los decibelios establecidos.

Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos dependen del contexto social de tres personas en concreto. Por lo tanto, como la muestra no es suficiente para representar al resto de la población, el estudio es considerado una prueba piloto.

El tamaño muestral hace que no sea posible una saturación de datos.

Este hecho unido a la falta de experiencia en investigación cualitativa de las autoras podría suponer una dificultad en el análisis de los datos.

9. Conclusiones

Después de la realización de este estudio piloto, podemos decir que las UCI no se pueden considerar abiertas o cerradas de forma estricta. Existen muchas variaciones en cuanto a los regímenes de acceso, que se ven influenciadas por diversos factores que en ocasiones se escapan del control de los profesionales.

Las UCI, ya sean de régimen flexible o no, son servicios difíciles en los que los pacientes son frágiles, se emplean máquinas complejas y las familias también precisan de cuidados. Por todo ello, las enfermeras se ven obligadas a adaptarse a diferentes situaciones e intentan flexibilizar las normas y horarios de la unidad para dar un cuidado más individualizado tanto al paciente como a su familia. Pero las exigencias del servicio mencionadas, acompañadas de las adversidades con las que deben lidiar a diario, les generan una gran carga física y emocional.

Algo que consideramos de gran importancia, es que parece ser que las enfermeras necesitan sentir que se valora su trabajo y que son escuchadas a la hora de tomar decisiones en su entorno laboral.

La muestra seleccionada mencionó que la flexibilización de las visitas les parecía una gran manera de humanizar la UCI, pero, que ello les lleva a tener nuevas responsabilidades que no consideran que sean sólo competencia de enfermería. También mencionaron todos los beneficios que proporcionan a los

pacientes y familiares como son: mejoras en la comunicación, la posibilidad de hacer visible su labor, y el aporte de tranquilidad a los pacientes y familiares. Aunque las entrevistadas hablaron también de los dos grandes inconvenientes que son la vulneración de la intimidad del paciente y el aumento de la carga de trabajo para el equipo de enfermería.

Para finalizar, se observa que toda la muestra expresa que está a favor de abrir las puertas de la unidad, por el bien del paciente y su familia, ya que conocen los beneficios que esto aporta. Pero, exigen más ayuda externa y una mejor organización para seguir llevando a cabo el arte del cuidar de la mejor manera que saben.

10. Cronograma

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Justificación del tema								
Búsqueda bibliográfica								
Objetivos								
Metodología								
Marco teórico								
Consentimiento informado y guion entrevista								
Entrevistas								
Transcripción entrevistas								
Análisis								
Discusión								
Conclusión								

11.- Bibliografía

1. Breve historia de la medicina intensiva [Internet]. Ics-aragon.com. 2017 [consultado 30 Diciembre 2018]. Disponible en:

<http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>

2. Historia – Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. SEEIUC. [consultado 2 Febrero 2019]. Disponible en:

<https://seeiuc.org/seeiuc/sociedad/historia/>

3. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open Intensive Care Units. A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams. Dimensions of critical care nursing [Internet]. 2014 [consultado 30 Diciembre 2018];(4):181-193. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24895947>

4. Biancofiore G, Bindi L, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of health care professionals. Minerva medica. 2010; 76(2):93-99.

5. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. Enfermería Intensiva [Internet]. 2010 [consultado 30 Diciembre 2018]; 21(2):52-57. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3222708>

6. Declaración de Torrejón. Para la humanización de los cuidados intensivos. [Internet]. Proyecto HU-CI. 2015 [consultado 24 enero 2019]. Disponible en:

<https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/declaracion-de-torrejón/>

7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 p. 6-12.

8. Pauner Ballester A. Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan. [Graduado]. Universitat Rovira i Virgili; 2015.

9. Federación Europea de asociaciones de enfermería de cuidados intensivos. Competencias enfermeras según la EfCCNa para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa. Ámsterdam: Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivo; 2013 p. 4-6.

10. Ruiz del Bosque A. Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. Revista Enfermería CyL. 2013; 5(2): 59-66.

11. Mendes Vieira J, Amarilis Paraíso de Matos K, De Andrade-Barbosa T, Mourao Xavier-Gomes L. Sentimientos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. Revista cubana de enfermería. 2013;29.

12. Curtis J , Patrick D , Shannon S , Treece P , Engelberg R , Rubenfeld G , The family conference as a focus to improve communication about end -of- life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. CritCareMed 2001; 29(Suppl.): p.26-33 .

13. Acebedo Urdiales M.S. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI. Once relatos y veintitantas historias. [Doctorada]. Universitat Rovira i Virgili; 2012.

14. Ayllón-Garrido N, Montero-Rus P, Acebes-Fernández MI, Sánchez-zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enfermería Intensiva. 2014; 25(2): 72-77.

15. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina intensiva [Internet]. 2014 [consultado 31 Diciembre 2018];(6):371-375. Disponible en:

<http://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>

16. Brevis Urrutia I, Silvia Garrido P. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares pacientes ingresados a UCI. *Revista chilena de medicina interna*. 2011;26(1):27-34.
17. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*. 2007;18(3):106-114.
18. Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *Am J Critical Care*. 2016;(1):118-125.
19. Wetzig K, Mitchell M. The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing [Internet]*. 2017 [consultado 10 Marzo 2019];:63-70. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717300629?via%3Dihub>
20. Acevedo L, Caledón B, Parra Galeano C, Quintero Gonzales S. Beneficios de la interacción durante el acompañamiento familiar a pacientes en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica de las Vegas en Medellín [Licenciado especialista]. Universidad Católica de Manizales; 2017.
21. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiológica*. 2007;(5):299-305.
22. Chang C, Chen Y, Su C. Care needs of older patients in the intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;(5):825-832.
23. Williams C. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*. 2005;(1):6-14.
24. Pardavila Belio M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería intensiva*. 2012;(2):50-57.

25. Whitton S, Pittiglio L. Critical care open visiting hours. *Critical Care Nursing*. 2011;(4):361-366.
26. Sandoval Gutiérrez J. Abrir las mentes primero y, después. las puertas de las UCI. *ELSEVIER [Internet]*. 2015 [consultado 4 enero 2019];40(3):197-200. Disponible en:

<http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569116000140>
27. Escudero D, Martín L, Viña L, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Medicina Intensiva*. 2015;39(8):522-523. <http://scihub.tw/10.1016/j.medin.2015.07.004>
28. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Forcelledo L, De Busto C et al. Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI. *Medicina intensiva*. 2016;40(3):197-200.
29. Knutsson S, Bergbom I. Custodians' view points and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;(16):362-371.
30. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo M, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina intensiva [Internet]*. 2017 [consultado 4 enero 2019];42(2):99-109. Disponible en:

<http://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569117302206>
31. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enfermería Intensiva*. 2016;27(4):135-137.
32. Fontaine D.K. Impact of the Critical Care Environment on the Patient. *Critical Care Nursing*. 2005;(8):31-40.
33. Fontaine D.K., Prinkey Briggs L, Pope-Smith B. Designing humanistic critical care environments. *Critical Care Nursing Quarterly [Internet]*. 2001 [consultado 29 enero 2019];(3):21-34. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11858555>

34. Roca A. Capacidad predictiva de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia en el paciente crítico [Doctorado]. Universitat Rovira i Virgili; 2016.

35. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial. Camp de Tarragona. (2018). Medicina Intensiva – InstitutCatalà de la Salut. [online] Disponible en:

https://icscampdetarragona.cat/web/?page_id=10100&lang=es [Consultado 27 Nov. 2018].

36. BerengueraOssó, A., Fernández de Sanmamed Santos, M., Pons Vigués, M., Pujol Ribera, E., Rodríguez Arjona, D. and Saura Sanjaume, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa.. 1st ed. Barcelona: IDIAP Jordi Gol, pp.12-16, 208-209.

37. Amezcua, M. and Gálvez Toro, A. (2002). LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. Revista Española de Salud Pública, [online] (5). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005 [Consultado 23 Nov. 2018].

38. Denzin, N. and Lincoln, Y. (2011). The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, pp.122-137.

39. Palacios Ceña, D. and Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enfermería Intensiva, [online] (2), pp.69-73. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13150317&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=75&accion=L&origen=z

onadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n02a13150317pdf
001.pdf [Consultado 23 Nov. 2018].

40. Campos Pavan Baptista, P., Aparecida Barbosa Merighi, M. and Fernandes de Freitas, G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, [online] (1). Disponible en:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17446/1/Cultura_Cuidados_29_02.pdf
[Consultado 23 Nov. 2018].

41. Benner, P. (1982). From Noviceto Expert. *The American Journal of Nursing*, [online] (3), pp.402-407. Disponible en:

<https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf> [Consultado 27 Nov. 2018].

42. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE; 1999.

43. Soler Pujals, P. and Enrique Jiménez, A. (2012). Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, (1), pp.879-888.

44. Westbrook J, Li L, Hooper T, Raban M, Middleton S, Lehnbohm E. Effectiveness of a 'Do not interrupt' bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMJ Quality & Safety*. 2017;26(9):734-742.

Anexo 1: Guía de la entrevista individual

Fecha de la entrevista

Inicio Fin Duración

Años de experiencia en la unidad

Entrevistadora

Pregunta que inicia la entrevista: ¿Cómo describirías el trabajo de una enfermera en la UCI?

Otras preguntas posibles:

2.-¿Por qué la UCI y no otro servicio?

3.-¿Alguna experiencia que te hiciera ver la necesidad de un cambio en el horario de visitas?

4.-¿Cómo describirías el antes y el después?

5.-¿Cuál es el cambio más notorio en tu trabajo después de la flexibilización?

6.-¿Crees que tus compañeros de profesión expresan el cambio como algo positivo? ¿Qué dudas sobre el tema destacarías?

7.-¿Consideras que existe una falta de información sobre el tema en los profesionales de salud? y en la cantidad de tiempo y recursos?

8.-Si pudieras destacar el efecto más positivo y el efecto más negativo de la flexibilización de horarios, cuales serian?

9.-¿Sientes que no puedes hacer tus actividades del mismo modo que antes? ¿Porque?

10.-¿Cuál es la mayor diferencia en la comunicación con la familia después del cambio?

11.-¿En el momento del cambio viste mejoras “palpables” en los pacientes que lo vivieron?

12.-¿Qué beneficios sobre el paciente destacarías?

13.-¿Qué opinas sobre los beneficios en las visitas infantiles?

14.-¿Crees que la estructura física de las unidades, están construidas pensando en el espacio necesario para las visitas?

15.-¿Conoces el proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos)? Consideras que se ponen en práctica todas las líneas de mejora posibles en tu unidad?

16.-¿Qué crees que dificulta el avance en este ámbito?

17.-¿Por dónde crees que podrían empezar otras UCI en el momento de flexibilizar sus horarios?

18.-Para terminar, ¿cómo esperas que sean las UCI en un futuro?

Anexo 2: Hoja de consentimiento informado

INFORMACIÓN AL INFORMANTE EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Escuchando a las enfermeras: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos”.

Investigadoras: Lorena Domínguez Ruíz y Lorena Pérez Sánchez. Estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili.

Introducción

Se le invita a participar en un estudio de investigación cualitativa que tiene como fin la realización de un trabajo de final de grado. Por favor lea esta hoja informativa con atención. Si tiene alguna duda antes y durante la investigación, pregunte a las realizadoras del estudio. Le aclararan cualquier pregunta que pueda surgir. Dado que su participación es voluntaria, se encuentra en el derecho de anular o retirar su consentimiento en cualquier momento durante la realización del estudio sin dar explicaciones.

Descripción general del estudio

La investigación propuesta se dispone a estudiar cómo viven las enfermeras el cambio en la política de visitas de la unidad de cuidados intensivos de un hospital provincial de referencia. Para ello se ha considerado recoger las experiencias de los profesionales que vivieron dicha flexibilización.

Lo que nos interesa es comprender cuales son los sentimientos, las ideas, los intereses y significados que asocian los profesionales de enfermería a la situación, a través del discurso narrativo.

Se realizaran entrevistas abiertas en profundidad que serán grabadas y posteriormente transcritas de forma manual.

Tratamiento de los datos

Los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos y su utilización será exclusiva de las investigadoras para la realización del trabajo de final de grado y actividades derivadas de esta.

Beneficios y riesgos derivados de su participación

La información que se obtenga puede servir para comprender la perspectiva enfermera de la flexibilización del horario de visitas de la unidad, pudiendo dar pie a que otros profesionales se vean interesados en continuar este estudio piloto.

Confidencialidad

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14- 12-1999, pp. 43088-43099).

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a las investigadoras responsables del estudio, Lorena Domínguez Ruíz y Lorena Pérez Sánchez.

Los datos del estudio estarán identificados con una serie de seudónimos que solo serán del conocimiento de las investigadoras.

Cuando los resultados del estudio sean publicados, su identidad y sus datos personales permanecerán anónimos.

Antes de firmar lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario.

Firmas

D/Dña _____

D/Dña _____

D/Dña _____

Firma participante

Firma investigador 1

Firma investigador 2

Fecha _____

Anexo 3: Transcripción de las entrevistas

Entrevista E1

L1: ¿Cómo describirías el trabajo de una enfermera en la UCI?

E1: Es un **trabajo muy intenso**, a veces no es nada gratificante, porque tenemos muchos pacientes que **están muy muy graves** y el desenlace no es... el deseado. Pero cuando ves que alguien tira adelante y queeee y que esto... También es verdad que **tenemos mucha técnica** ¿no? Tenemos que hacer **mucha técnica diaria**, 24 horas al día, pero luego ves día a día. Que, pues normalmente llevamos a los mismos pacientes, ves que, que tira para adelante, eso sí que es gratificante ¿No? Porque claro son pacientes que **están tan tantantan graves**. Que bueno. **Es duro, es duro** trabajar en una UCI. Y quien diga lo contrario miente o es que se ha hecho, ha hecho una, una coraza, pero... **Es duro**, es un **trabajo muy duro**. Igual que es en otro servicio, eh. Pero, pero bueno UCI tiene que ¿no? que **todas las técnicas** ¿no? tienes un **paciente crítico**, que le tienes que dar todo y muchas veces **es todo ya**. Y el todo ya, esa premura, ese tener que correr, ese... esa **urgencia vital** a veces, bueno **estresa, estresa mucho**.

L1: Pasa factura a veces

E1: Pasa factura. Tanto a nivel psicológico, como a nivel fisco. Por ejemplo, ayer que ella me dijo: ¿quedamos a las 4? "No". Eran las 4:10 de la tarde ayer y acababa de llegar a casa. Aun no había podido comer. Y hoy he llegado a menos diez, a las cuatro menos diez. Chhna entonces, son trabajos, son puestos de trabajos, que muchas veces... **Acabas reventada**, y son muchos días, y normalmente... es... Sí que tenemos épocas buenas, porque bueno, hay épocas que no está tan cargada la unidad, pero, pero cuando está cargada la unidad **nos resentimos** todos. Es un equipo muy, muy complejo, todo lo que tenemos, pero el equipo profesional sí que nos ayudamos, pero es que muchas veces que.... que vas... **tienes que ir a tope**. Entonces...

L2: Claro

E1: Es, es gratificante, pero muy agotador, muy agotador.

L2: ¿Y porqué decidiste acabar trabajando en la UCI en vez de en otro servicio?

E1: Uff, eso es complicado, no es... no es tanto que lo decidiera yo. Sino que se dieron una serie de circunstancias. Yo nunca tuve claro donde iba a acabar mis días cuando fuera... cuando empezara a ser enfermera, ¿No? Pero sí que es verdad que coincidió que hice las últimas prácticas de cuarto, las hice en críticos. Pues bueno presentas currículum, y en varios sitios, y se daba la circunstancia que yo ya tenía relación con el hospital donde trabajo. Entonces me llamaron y...Y bueno pues dónde había acabado de hacer las prácticas, faltaba gente. Me ofrecieron allí un contrato de verano y mira, y ahí me he quedado. Y se ha dado la casualidad de que me he ido quedando lo... Con toda la serie de contratos que me han ido dando me he quedado en UCI. No lo sé si me hubieran ofrecido otro servicio, pues quizás hubiera ido a otro lado ¿No? Pero... Bueno al principioooo fui muy cagada... Pero luego... Poco a poco pues le vas cogiendo el gustillo. No es que no me gustará eh, pero, pero bueno claro es que te ves tan verde al acabar que no. Yo no, no decidí: quiero quedarme en la UCI y seguramente si me hubieran dado más opción no... Ósea no me hubiera quedado de inicio, no hubiera dicho: "ah pues si, me quedo en la UCI" Si me hubieran dicho a pues mira puedes ir a planta o puedes ir a urgencias o puedes ir a cualquier otro servicio. Quizá incluso que no me pareciera tan complejo de fuera. Que luego he estado de reten y también he visto que los otros servicios son igual de complejos ¿no? Cada uno tiene su complejidad, su grado de complejidad, pero... ¿Cómo lo decidí? Pues eso... que, no, que no lo decidí fue una serie de circunstancias que se dieron.

L2: El trabajo va sobre el cambio de la UCI de un horario más estricto a uno más flexible. En tu caso lo has vivido, el pasar, ¿Cómo fue la experiencia?

E1: Estamos en ello aún. Ehhh... Ahora llevamos, si no me equivoco desde octubre noviembre... Ósea estamos en febrero, pues desde octubre noviembreeee. Con este cambio. Hasta octubre estábamos con una UCI de puertas cerradas solo teníamos 3 visitas al día... Y eso es lo que yo he vivido

durante... 9 años de mi carrera profesional ¿no?. Y para mí eso era lo habitual, aunque no me parecía tampoco lo normal, y de hecho. Nosotros, los profesionales ya, **dejábamos un poquito**, era una UCI a **puertas cerradas, pero entre comillas** porque muchas veces **dejábamos pasar a la gente**. No todo el mundo, pero si veías que un familiar pues... pues estaba más a gusto no cuando estabaaaa, cuando estaba al lado de su marido que lo tenía en la cama y tal pues, pues bueno: "pues ven a partir de las 6:30 que ya hemos acabado los cambios y te dejamos estar un ratito más" ¿no eh? Ya lo hacíamos un poco ¿no?... Pero ahora ha sido un **descontrol**. Es un **descontrol total**... Porque hemos pasado de ser muy restrictivos aaaa dar aaa abrir las puertas de par en par yyyyyyy venga, pues no pasa nada aquí: que venga quien quiera. Está muy bien pero todo tendría que tener un poquito de **limitaciones**, a ver como todo cuando empieza. Pues vas viendo luego los pequeños fallos ¿no? y tienes que ir rectificando, pero claro estamos en una fase muy inicial. Emmm... Es un proyecto que se ha planteado a nivel de toda Cataluña, esto de las puertas abiertas ¿no? nosotros ya estábamos trabajando en ello, pero no lo habíamos implantado hasta ahora octubre noviembre... es...es difícil, porque no estamos acostumbrados, estamos muy **acostumbrados a trabajar sin familia**... Entonces es muy... es difícil porque... tu cuando... estás trabajando en un box, nosotros llevamos dos pacientes en UCI, como máximo tres en intermedios. Y bueno pues cuando estas... vas a entrar al box y vas a haciendo, hacer el cambio postural a un paciente, normalmente le **pides a la familia que salga**. Pero el problema es que **la familia del paciente de al lado se queda**. Y entran y salen cuando quieren, dentro de un horario que hemos establecido ¿no? desde las 12:30 del mediodía hasta las 11:00 de la noche puede haber acompañamiento familiar... pero hay mucha gente a la que **le cuesta entender**, que hay... **que es acompañamiento familiar y que es una visita**... ¿no? "bueno es que a mí me va bien venir ahora a las 12:30 de la mañana... y vengo de 12:30 a una, y me voy" ¿no? y para eso nosotros... Para nosotros **eso no es acompañamiento familiar**, para nosotros **es una visita**. Sin más.

L2: mmm, si

E2: ¿no? y entonces, claro eso nos dificulta nosotros pues el poder hacer cambios posturales **sin que se vean...** **Se vean los pacientes**, ¿no? porque la familia del box 20 **no tiene porqué verrrr**... si le hacemos el cambio, la postura, no si le hacemos el cambio, sino... muchas veces... ennnelll... los pacientes acaban desnudos. Porque nosotros no los tenemos con ropa. Van con las sábanas si llevan colcha, colcha, pero no llevan camisón, no llevan pijama, ni na. Entonces claro en algún momento... Pues simplemente que haya hecho de vientre ¿no? Pues tienes queeee limpiar al paciente, en algún momento acaba de desnudos. Puessss.... No tenemos quizaaa.... A nivel estructural ¿no?

L1: ¿Sientes que se vulnera un poco la intimidad? ¿no? La privacidad del paciente

E1: sí, la **privacidad del paciente**, sobre todo. Pero es porque tampoco tenemos los medios, y los estamos pidiendo, pero bueno. Lo que pasa siempre ¿no? que normalmente nos quejamos en petit comité, pero... Luegooo.... A grande escalaaa la gente no se queja. Y si nos quejamos, como implica dinero, pues... Pues todo tiene, todo tiene su proceso ¿No? Porque claro sería tan simple como comprar unos biombos... No que ya tenemos unos, pero no son suficientes. Porque no hacemos un cambio postural... y el resto no hace, sino que... Hay tres auxiliarles en UCI, pues las tres auxiliares están haciendo cambios posturales. Y muchas veces nosotros también nos ponemos si podemos y la auxiliar va por un lado y nosotros vamos por otro...Que, aunque en principio vamos en equipo, muchas veces tenemos pacientes que noooo... no es que tengamos que ir todos ¿no? y si va la enfermera y el celador pues... Pues vamos avanzando porque es lo que decía son **tantas técnicas** y tantas cosas a hacer que muchas veces... Tienes queeee... "com dic jo: anant tirant milles" ¿No? No, no queda otra. Está bien la abertura de puertas, pero... bueno... Es unnnn... chip importante que se tiene que cambiar dentro de la mentalidad y nos la han hecho **de un día para otro**. ¿No? una pequeña reunión con el personal "venir que os voy a explicar algo y bueno pues a partir de tal día a las familias podrán hacer entradas de acompañamiento de tal hora a tal hora" ¿no? y esto de... pues venga ahora lo cambiamos, y quizás hubiera sido mejor una **implantación progresiva** ¿no? Pero bueno...

L2: Poco a poco

E1: No es fácil, no es fácil. A mí me gusta eh... tener a las familias porque... porque me gusta mucho hablar, y entonces... muchas veces tienes pacientes que **están sedados**. No puedes preguntarles nada ¿no? Y está muy bien el poder hablar, y... bueno y... "¿tu marido queee escucha la radio ooooo ve la tele ooo?" ¿no? por ponerle algo que pueda escuchar que no estar todo el día en silencio ¿no? por mucho que **esté sedado**... Siempre no está de más poner un, "es que le gusta el fútbol" Pues el fútbol quizás no se lo voy a poner porque no vaya a ser que escuche... que su equipo pierda ¿no? Y se me despierte... cabreado, pero bueno... Pero sí que intentas un poquito yyy... vas aaaa... hablas con la familia va muy bien.... aamiii... que me gusta mucho el tema familias pues... va muy bien, pero hay otros momentos en que estás haciendo... eso... es que sobre todo eso lo vemos en el cambio postural... cuando hacemos los cambios posturales estás a medio hacer y **pasan las familias mirando**...Pues un cristal... Tenemos ventanas con... con cristal, **sin protección**. Sí que en intermedios tenemos... si como... si tuvieran unas láminas de biselado. Pero que se ve igualmente si te pones a mirar, se ve igualmente... Entonces.... La **privacidaaaa por ahí cojea** un poquito... Por mucho que cierres la puerta **se sigue viendo**...

L1: ¿y cuántos acompañantes se permiten?

E1: Máximo 2...

L1: ah

E1: Pasa que intentamos decirles que estén... que se vayan organizando ¿no? En... por ejemplo... Cada uno que se organice como quiera, pero ejemplo, pedimos pues yo que sé, que estén dos horas ¿no? Les dices: "pues mira si venís a las 12:30 pues esta persona que no salga hasta las 2 del mediodía" ¿no? aaa pues a las dos del mediodía pueden volver a entrar, pero ya pueden entrar visitas y ahí no ponemos restricción. Pero claro...Entran... Es lo que os digo...Entran 5 minutos "no solo vengo a saludarle" "No pero que es acompañamiento familiar" ¿no? y ese **trajín de ahora entro ahora salgo**, que entran en horas que para nosotros... pues bueno vemos que el paciente **no se**

le protege tanto comooooo nos gustaría. Es eso son esas horas críticas las que la apertura de puertas quizás no...no... está... bien gestionada... diría yo... y también es que nos pasamos **todo el día yendo al timbre**. Todo el día. Tocan al timbre: "¿podemos pasar?" "No eh...en cuanto hayamos hecho el cambio postural os avisaré, sale la enfermera y te avisa, no te preocupes" No pasan ni 5 minutos "¿Puedo pasar?"... "No ya te he dicho que cuando salga la enfermera te avisara y, y te, te dirá que puedes pasar" Claro **este constante...** Se abre la puerta un tampoco alguien pasa porque entra a la UCI y la gente, pop, se cuele. ¿No? Es **ese tránsito constante** al final también carga... **Es una carga más**. Para el para el trabajo diario. Pero bueno.

L2: ¿Porqué no incluís a los familiares en las técnicas, a ayudar?

E1: No. De momento no. Eso yo creo que sería el siguiente paso, pero primero tiene que estar consolidado creo yooo la apertura de puertas como tal... Es un buen punto, pero no no está... De momento no. Como mucho ayudan a dar la comida... Y poca cosa más. Si hay algún familiar quizás en intermedios cuando, los pacientes están más despiertos. Que sí que pone la cuña o les dan la botella, pero no, no pasamos de aquí. Ni ayudan a hacer la higiene, ni... ni otras técnicas que también podrían... podrían ayudar y de paso nos ayudaría nosotros a descargarnos y a ellos sentirse más útiles. Porque muchas veces claro: "sí estoy todo el día aquí pero no hago más que hacer compañía"... No pues si les diéramos un poquito más. También se sentirían... Un poquito mejor. Complicado. Es complicado, es complicado. No es fácil, es que... **El trato con las familias no es fácil** también cada persona es como es, igual que nosotras cada enfermera es como es. Hay enfermeras que no les ha gustado nada la apertura de puertas, porque quieren **trabajar tranquilas solo con el paciente** no quieren distracciones, **no quieren nadie que esté**, no se quieren sentirse vigiladas. Porque a veces hay familias que parece que te estén controlando todo. "¿Y esta vía ya está bien? Y este suero no cae. Y esto no sé qué, y esto no sé cuánto" Hay familias que son muy demandantes. Y parece que te estén poniendo nota cada día. A ver cómo lo has hecho hoy. Y hay días que son todo lo contrario que son súper agradecidos: "sí molesto me voy, si..." ¿No? Hay un poco de todo. Pero bueno. Pues eso es otro paso.

L2: Pasito a pasito.

E1: Poco a poco.

L1: ¿Y consideras que hay una falta de información, a los profesionales para... que entiendan un poco como funciona este cambio?

E1: Mmmmm...A ver cuando nos explicaron...El cambio de horario. Para seros sincera **a mí no me lo explicaron**. Yo me he enterado de oídas... Y porque me han dicho: "en la intranet tienes este documento léetelo" porque coincidió que cuando lo explicaron yo estaba de vacaciones... y ni me lo han vuelto a explicar nada... Sí que hay una persona que es referente. Pero esta persona tampoco está todos los días... Yyyy creo que falta pues el consenso un poquito de todo el mundo... ¿Tenemos la información? Sí... Si yo quiero entrar en intranet me descargo el documento, buenas que no hace falta ni la intranet porque de hecho tenemos unos códigos QR en la entrada en la puerta de entrada de la UCI, que toda la gente, todos los familiares y quien quiera con el móvil puede entrar a descargar la guía... Peroooo, está muy bien que este plasmado en un papel... pero quizaas... **Ir recordando, hacer reuniones**... No digo cada mes, pero hacer, ¿No? Que eso lo hacemos mucho en UCI que ¿No? hacemos píldoras formativas. Y nos vamos recordando cosas porque tocamos muchas teclas y al final hay cosas que no es que: "Ostras esto no me acuerdo cuando se cada cuánto se tenía que cambiar" o " esta, este tipo de cura, ¿Cada cuánto se cambia?" o cosas así...Pero por ejemplo en este tema, yo **no he recibido más información**...

Nada, lo que sé es el cartel que está fuera colgado que saben todas las familias. También es cosa mía, que no me he preocupado de leerme el documento ¿No? Pero... **Tampoco creo que me haga falta saber más**. Porque hablándolo con mis compañeros, ya lo hemos... Ya lo hemos comentado. Y me han dicho: "Pues entran las familias de tal hora a tal hora, que eso es el acompañamiento y luego las visitas de tal a tal hora, por la mañana, al mediodía y a la noche"... Y luego ya depende un poco de cada uno. Hay gente que habla con las familias gente que no... A mí me gusta charlar, pues mira hablo más. Y después depende de las familias. Pero no, **no creo que a los**

profesionales les falte, tanto la información como ir recordando. Quizás intentar decir: "pues mira está muy bien que dejes pasar a estas familias, pero ten en cuenta, no pues tienes que vigilar en los demás boxes a ver si" Porque las familias tiene... Al final la UCI está distribuida en unnnn... Como si fuera un cuadrado ¿no? tenemos el control en el centro y tenemos las habi... los boxes alrededor.

Con lo cual muchas veces, pues yo estoy en el 14, pero quiere entrar una familia que quiere entrar al seis y tiene que pasar por el 14 por el 1 por el 2 por el 3 por el 4 por el 5 hasta llegar al 6. Vamos es media UCI. A pues no sé, asegurarnos todos de que... De que en aquel trozo pues no se está haciendo ninguna técnica que quizá sea desagradable... ¿no? Porque muchas veces pensamos en el paciente, pero también hay familias que... Pues no se... Yo cuando voy a hacer alguna técnica, aunque sea simplemente lavarle la boca a un paciente... Hacerle la higiene bucal: "Voy a lavarle la boca". Porque sé que hay gente que el ruido de la sonda de aspiración, pues le daaa... Pues "li fa angunia" Pues bueno avisar un poco ¿No? Y creo que falte ese... esa conexión un poquito más con la familia, pero eso no es falta información eso es... La forma de ser y la costumbre de trabajar de cada uno.

Ya te digo, yo llevo 10, casi 10 años allí, pero es que hay compañeras que llevan 20 años y han vivido toda la vida que las familias entraban a 3 horas concretas y se acabó... Y las familias

L1: Claro, ha sido un cambio muy drástico.

E1: Ha sido un cambio muy drástico, en muy poco tiempo, y no ha habido progresión, ha sido de hoy para mañana. Pam...

L2: ¿Tampoco hay feedback? ¿en el que vosotras os... podáis decir lo que habéis visto, y alguien que intente reconducirlo un poco? En el sentido en esto de las familias, para ir mejorando el protocolo... o...

E1: ¿Sabes qué pasa? Estamos muy divididos por grupos de trabajo. Entonces la chica que se encarga de hacer esto. Que, si no es ella sola, lo que pasa que es la que lo ha liderado. Emmm... Esta chica pues sí, va recibiendo todas las

críticas, porque la gente cuando todo va bien nadie dice nada, pero cuando todo va mal... La gente se queja ¿sabes? Entonces esta chica sí que va recibiendo, pero el problema es que nadie... todo el mundo por... dice que hay problemas, pero nadie propone soluciones. Y eso es lo que os decía antes, de que quizá...que **hace falta un... pues alguna reunión**... No hace falta que sea toda la unidad de golpe, puede ser por pequeños grupos, por turnos, por... pero eso ya... A parte hemos, hemos tenido cambios a nivel... de supervisiones yyy de dirección de enfermería, y esas cosas, que eso también implica que luego a nivel del servicio haya cosas que estén un poco en standby... Es... Es... Es un momento un poco crítico... Entonces... Claro tantos **cambios en tan poco tiempo**, hace que la unidad también tiemble un poco... Claro va bien...Si claro **si hubiera un feedback**, perfecto... Pero creo que tardará un poco. Falta tiempo para eso.

L1: ¿Y crees que las UCI ya se construyen pensando en que pueda, haber espacios para la familia y que podáis convivir todos? o ¿aún no piensan en....?

E1: Las UCI que yo conozco... El problema es que están construidas de hace muchos años. Entonces están **hechas con otra mentalidad**. Que están muy bien, el control en el medio para poder ver a todos los pacientes ¿no? Si puedes estar en el centro pues poder controlar más o menos todos los pacientes desde el propio control... Pero, por ejemplo, pues nos encontramos con esto, que no tenemos protecciones en los cristales y **se ve todo**. Claro nos va muy bien para controlar al paciente desde el control, pero... Pues... no, no está pensado, **no tenemos sala para familias**... Se ha hecho un invento en un despacho... Pero que **es un despacho compartido con la secretaria** ¿No? Es complicado...

L1: Claro es un poco un apaño ¿No?

E1: Sí porque antes estaban ubicados en un pasillo... Actualmente **no tenemos una sala de familias**... Pero sinceramente las familias de lo que menos se quejan es de tener "su" espacio... Porque cuando tienen un paciente en UCI de lo que se quejan es de no poder estar con su familiar. No de donde puedan pasar el tiempo mientras no pueden estar con su familia...

L1: Eso pasa más a un segundo plano.

E1: Si... O sea no les interesa tanto él como les han dado una noticia... Esto te lo digo porque hace relativamente poco hice un curso... Donde el... Hablaba de cómo...Cómo gestionar las situaciones de duelo... cómo gestionar... ¿no?, el dar malas noticias... y... Y el profesional que nos daba... que nos daba el curso había hecho estudios al respecto. ¿no? Había hecho entrevistas y tal, y las familias les preguntaba: "¿Pero...dónde te dieron la información, ¿no?" Y... algunos le decían: "en un pasillo, pero a mí no me importa que me dieran... A mí lo que me importaba era la información, no el dónde ¿No? Ni si había más personas o no. Me interesaba que me digan la información de que le estaba pasando a mi familiar" ¿No? Y el poder o no poder estar... Entonces en ese sentido si es importante tener, desde mi punto de vista, un sitio donde poder reunirlos en un momento determinado. Porque para nosotros también es mucho más cómodo... Porque también sientes que el familiar, el paciente puede escuchar o no según qué cosas. Que sí que es verdad que la información es del paciente y todo lo que tú quieras, pero cuando el paciente está sedado... Quien más le importa la información es a la familia. Entonces el poder dar la información sin tener que estar delante del paciente específicamente ¿no? mmmm... Nos hace sentir un poquito como más tranquilos. ¿No? El... El que no se puede sentir mal el paciente que.... no pueda sentir... ¿no? Que se está dando una mala noticia yyyyy... Y bueno quizás no se puede expresar porque estaaaa algo sedado. ¿No? Entonces... Es más, creo yo que es la sala son más por comodidad nuestra, que no pas por comodidad de la familia. Que si, que se busca un poco a la idea se busca, pero no es tanto.

L1: ¿y sobre las visitas infantiles?

E1: Uy menudo tema... La verdad es que no recuerdo en estos meses que hayamos tenido problemas. Peroooo... Normalmente teníamos un límite que no era, no era una prohibición, pero sí una recomendación creo que no entran los menores de 14 años.... Dentro de la recomendación pues entra la gente que dice: "a mí me da igual la recomendación yo hago que el niño entre" y la gente que te escucha y dice: "Pues vale, vale que no entre"

También hay gente que es muy radical, de profesionales eh... Te estoy...estoy hablando. Hay gente que es muy radical y dice: "no, no, ¿cómo va a entrar un niño de 12 años a ver a su abuelo con un tubo en la boca y no sé qué? no, no, no. No puede entrar, de ninguna manera"

Pues eso me parece muy relativo... Es muy relativo, cada... Yo creo que, en ese sentido, es ser consciente de que están en una UCI, que en una UCI pues si hay más, más bacterias multirresistentes, los niños no estaaaan tan desarrollados a nivel inmunológico y tal, pero... bueno si fueran a estar abrazando a su abuelo y tocándolo todo... Hombre pues si... Hombre pues dices sí que no entre... Pero si se saben comportar y sabeennn... Pues hacerse simplemente la higiene de manos con solución alcohólica. Pues esto ¿porque no pueden entrar? Vamos yo creo que si yo hubiera tenido 10 años y mi abuelo hubiera estado ingresado me hubiera gustado entrar a verlo. Que posiblemente me ni recordaría como estaba. ¿no? Porque normalmente ves muchos tubos, ves muchas cosas, pero... Pero bueno. Sí que es verdad que yo lo he normalizado mucho, porque es mi día a día. "ay pues lleva muchas bombas" ah pues los hay que llevan más" Pero... Porque intentas normalizarlo un poco, porque es tu día a día... y porque también intentas que la gente no se sienta tan mal ¿no? cómo "es que lleva muchas máquinas, lleva muchas cosas, lleva mucha ayuda"

Bueno intentas como... apaciguar un poquito la... la... las cosas, pero... ¿Porque no? ¿Porque no pueden entrar niños? A mí me parece genial... Hasta cierto punto.

L1: ¿Crees que se tendría que preparar más a los profesionales, para que los puedan introducir de una forma...? Informarles un poco

E1: Más que formarnos a nosotras creo que tendríamos que tener algún tipo de ayuda, externa, de otros profesionales. No sé si psicólogos o psiquiatras o una trabajadora social. No te no sé decirte el que. Pero creo que sí que tendríamos que tener un poquito más de soporte. No creo que tenga que ser yo como enfermera o mi compañero como médico... Quien tenga que estar preparado para introducir al niño ¿no? Tenga la edad que tenga. Digo porque

yo he visto entrar niños de 5 años que querían ver a su madre, porque su madre se iba a morir. Estaba falleciendo yyy... Querían ver a su madre, su madre estaba sedada. Y quisieron entrar de todas maneras... Y ese niñooo ni monto ningún show, ni... Se comportó muy bien. Hablaron mis compañeros. Mis compañeros enfermeros y esto, intentaron reconducir, pero preparación no tenemos ninguna. Toda preparación es buena. O sea yo toda la formación y todos los conocimientos pues son buenos. Claro que los agradecería, pero yo creo que tiene que existir alguna otra figura, que haga ese papel.

Porque **no puede recaer todo sobre nosotros**. Sino las cargas se van aumentando y al final ese resentimiento que... lo que os decía el principio, te lo vas notando. **Te empiezas a quemar**, empiezas a **contestar mal**, eeeeh, **quizás cometes algún error** o algún error de medicación, o haces una cura... oooo... se te pasa algo, porque vas **tan sobrecargada de faena**, que no puedes llegar a todo y **alguna cosa se te pasa por alto**. Por eso creo que sería más introducir un profesional que se encargue de esto. ¿no? El apoyo a las familias... Que muchas veces lo hacemos nosotros exclusivamente, porque somos los que estamos a pie de cama 24 horas... Pero estaría bien, pero todo implica... (realiza el símbolo del dinero con las manos) dinerets, dinerets...

L1: ¿Y el cambio? ¿Crees que ha cambiado el entorno en el que trabajáis, en el sentido de el clima laboral, entre compañeros, por el tema de una sobrecarga?

E1: No, no creo que haya cambiado. Nos **ha supuesto un poco de sobrecarga**, por lo que os decía de que tenemos que ir cada dos por tres alguna de nosotras a **contestar al timbre** para saber si pueden pasar o no pueden pasar, pero nooo ha cambiado para nada el clima. El clima es el mismo que había antes. Hay el mismo, las mismas actitudes, la gente actúa igual... Sí que algún día pues te coges un mosqueo si estás haciendo un cambio yyy... Y justo entra una familia y dices: "Hombre ¿Porque los has hecho pasar por aquí? Hazlos paras por el otro lado" Pero no he visto que pasara de ahí, ¿no? de hacer un comentario. No he visto ni que la gente estuviera más quemada... No, no me ha dado esa sensación, para nada... Ni creo vamos.

L2: ¿Y el paciente, has visto algún cambio palpable desde que...? ¿Algún paciente que ya estuviera ingresado justo en el cambio, que se viera mejora o beneficio? El hecho de tener más a la familia.

E1: No sé decir... No te sé decir... Sabes lo que pasa, es lo que os digo, que **no hacíamos puertas abiertas, pero ya poquito dejábamos** ¿no? ya llevamos haciendo un poco ¿no? Sí que es verdad que teníamos unos horarios más establecidos y decías: "bueno pues cuando acabemos los cambios posturales entonces puede entrar la familia" Ahora mismo no estamos en ese punto. Si no que las familias pueden entrar, aun haciendo cambios posturales. No te sé decir... no te sé decir si he visto algún paciente que se haya visto beneficiado en este sentido, seguro que sí eh, pero, pero claro... Es difícil el... ¿cómo haces la comparación?

L2: Con constantes que... Baja la tensión... o cosas así más...

E1: Claro, pero eso ya lo hacíamos un poco antes, porque si tu tienes un paciente, si teníamos un paciente que estaba agitado y que veías que entraba la mujer y... entonces **la mujer le va hablando y el paciente estaba más tranquilo**, más sosegado, más centrado... Pues ya les decíamos: "¿Que podrías venir esta, por la tarde? ¿Quieres venir un rato antes?" ¿No? Ya...es algo que ya hacíamos. Entonces bueno... Hay de todo. Sí, sí que hay pacientes que cuando, obviamente cuando están sobre todo muy desorientados el hecho de que tengan alguien al lado... Que claro nosotras llevamos más pacientes no puedes estar todo el día ¿no? con paciente, y diciéndole: "pues mira estamos en el Hospital Juan XXIII" ¿no? Que eso lo hacemos mucho ¿no? situar... situarlos ¿no? Sobre todo, cuando están despertando de la sedación y ves que empiezan a moverse. Muchos no saben dónde están, se despiertan y no saben dónde están. **Llevar un tubo en la boca** y no entienden porque, se lo quieren quitar. ¿no?

Entonces se lo vas explicando, pero tú les hablas y les dices que están en el Juan XXIII, que llevan un tubo y dicen: "¿Y esta que me habla y quién es?" o digo yo siempre que lo deben pensar, porque muchas veces ves que tú le vas hablando y contigo no se calma tanto y entra un familiar y le empieza a hablar:

"Está yendo todo bien que no sé qué" Pues y... **Ves que el paciente se tranquiliza** ¿no? y... y ya no esta tan hipertenso ¿no? Ya **no está tan agitado...** Pero claro...

L1: Claro, esa voz conocida le da como una seguridad.

E1: Si. Bueno **sensación de que estás acompañado** de que no te han dejado... Eso es lógico. Vamos yo creo, que es totalmente lógico, el escuchar una voz conocida, puedas o no puedas... porque estés sedado o no, si no estás plenamente consciente... No sabes que está pasando a tu alrededor, todo lo que pasa a tu alrededor está distorsionado. Entonces el oír una voz conocida, dentro de un **montón de pitidos**... Porque eee **allí pita de todo...** **pitan alarmas** de monitores, **pitan respiradores**, **pitan bombas**... ¿no? Todo, todo tiene alarmas de todo, **pita la cascada** pita, no sé qué... **pita** ¿no? Y... y **todo son pitidos**, y claro si estas en un entorno que no conoces, te despiertas en un entorno que no conoces de golpe ves que estás atado, porque muchas veces cuando están agitados, sobre todo si van hacia el tubo ¿no? Con la mano y van ahí con la intención de extubarse... Al final lo que acabamos haciendo es contención mecánica, porque nosotros no podemos estar y esta contención mecánica si que lo hemos visto que, que muchas veces **la podemos evitar con las familias**. ¿no? Que les dejamos atados y en el momento que entra la familia se lo quitamos y con la familia está controlado y ni siquiera tiene la intención de ir hacia el tubo ¿no? quitárselo... Son pequeñas cosas que no... no es... no es nada que te pueda decir: "Pues un 10%..." no.. no... No lo podemos cuantificar, porque no se si se está mirando o no. Pero sí que es verdad que las familias se... Ayudan... Ayudan mucho... "Oye que esta vía esté perdiendo, oye que no seque" Hay familias muy pesadas y hay familias que te ayudan.

Y eso se... eso se nota. Aunque no te puedan ayudar haciendo la higiene, de momento. Porque eso yo creo que algún día llegará, peroooo con calma.

L1: ¿Alguna pregunta? (refiriéndose a L2)

L2: Ahora mismo me he quedado en blanco.

E1: ¿Os estoy ayudando o no?

L1 y L2: Si

L1: ¿Y qué crees que dificulta el avance de este cambio? porque en la última década...prácticamente no ha habido cambios muy significativos.

E1: ¿Qué dificulta? Ostras no te sé decir.

L1: ¿Quizás la negativa de profesionales, la poca información de los familiares, que hace que no se adapten del todo al servicio?

E1: Bueno yo creo que, que, por ejemplo, **los familiares no se adaptan tanto a las normas** que nosotros ponemos. ¿no? De ahora no puede entrar, ahora se tiene que esperar, ahora... ahora no pasen por aquí, de que estamos haciendo un cambio postural... Yo creo que, es más. Eso es una cuestión por un lado educación, pero que, en el, que nosotros no podemos incidir. Porque yo ya le puedo decir a un familiar, que no puede pasar, que, **si quiere pasar, pasará**. Porque nos pasa, cerramos la puerta se abre un momento porque pasa a la de cocina traernos, a traer leche y no sé qué, se ha dejado la puerta medio abierta **y pam, entran**. Eso ya es cuestión de educación y ahí yo ya creo que no podemos incidir ¿No? Pero... Bueno. Es todo un círculo de cultura. ¿no? Estamos muy acostumbrados a... Sobre todo, se ve mucho en planta ¿no? Que la familia... Entra el médico o entra la enfermera a hacer una cura; **"¿puede salir un momentito por favor?** Voy a tomarle la tensión" ¿Porque? Y eso hay gente que ni se lo plantea, el por qué... Porqué, **por qué tengo que no echar a la familia**. Hay mucha gente que no se lo plantea: "Lo he hecho así toda la vida. ¿Por qué tengo que cambiar?" ¿No? Y para poner una vía periférica, o para poner... o una... o para tomar una tensión una temperatura, no te hace falta ¿No? De echar a la familia, creo yo. Yo sí que cuando sí que les digo, por ejemplo, que salgan es cuando pues voy a hacer una higiene o un cambio postural. Que me ha pasado alguna vez. Me acuerdo una mujer que tenía 80 años que me dijo, le pregunté, digo: "señora le vamos a cambiarla de posición" "¿Le puedes decir a mi marido que salga?" Claro me sorprendió, ¡¿su marido?! Y cuando salió me dijo, digo: "Què? Cóm és que vol que surti el seu marit?" i em fa (levanta los hombros en señal de pregunta) "Es que fa molts anys que no em veu" Es una mujer mayor de ochenta y pico años pues tiene, tiene otra

forma de pensar, otra forma de actuar ¿No? Y la mujer me decía que le daba vergüenza que su marido la viera desnuda ¿no? y... Porque claro ella tenía la sensación, y eso nos lo dicen mucho, que van sin pijama, sin nada, sin pijama, sin ropa interior... Con la sabanita y la sabana en cualquier momento entramos yyy... Sí que somos muy pesados de intentar destapar lo mínimo posible, pero muchas veces hay gente que va a saco.

¿No? Y... cuestan se tendría que hacer un trabajo de fondo brutal. Pero brutal. Acostumbrar a la gente que **puede hacer técnicas con... con las familias delante**. Si cambio una nutrición parenteral no tengo porqué echar a la familia "No, porque tengo que montar un campo estéril" Hombre si... Si el familiar se te queda encima del campo estéril tosiendo pues, pues entonces plantearlo ¿no? Pero, si haces que se siente en la butaca, que tienes que cambiar, que tienes que hacer una técnica que es estéril, y la gente lo entiende. La gente lo entiende muy bien. Lo que pasa es que muchas veces nos pensamos que la gente no lo entiende. Y es tan fácil como explicarlo. ¿no? Por no explicar... Explicar las cosas: "Voy a aspirarle... aspirarle los mocos que pueda tener por el tubo, lo digo por si te da angustia o algo" Pues hay gente que te dice: "No, no tranquila haz, ya estoy acostumbrada" Y hay gente que te dice: "No, no, me salgo un momento" Porque le da cosa, pues bueno. Es quizás explicar las técnicas qué vas a hacer. De hecho, el documentooo, la guía que tenemos de abertura de puertas explican muchas técnicas que se hacen en una UCI para que el familiar que entre en la UCI pueda saber todo lo que se puede encontrar.

Desde un hemofiltro, desde que el paciente vaya con un hemofiltro, a que el paciente esté dormido, que lleve un tubo en la boca, que lleve un respirador, ooo... Que se le tenga que poner una vía central. Pues... Se le explican... Se explican un poco a grosso modo, pero se explican un poco muchas de las técnicas que nosotros hacemos día a día. Y eso también supongo que sí la gente, no sé si lo leen o no, pero si se lo leyera la gente pues entendería un poquito más... Pero bueno que, si no preguntan, eso no... No os quedéis con la duda. Quien quiere saber, acaba sabiendo porque pregunta: "Oye el numero este de color azul ¿Qué significa?" Quien quiere saber pregunta y quién no quiere saber, y se tiene que respetar todo, creo yo.

El que quiere saber, el que quiere ver, el que... A mi hay gente que me ha dicho: "No, no. Yo me quiero quedar al cambio" Bueno... Y yo pues no tengo mucho problema con las familias, pero... Hay compañeros celadores que me han dicho; "No, no a mí **no me hagas hacer el cambio postural de la paciente con la familia delante**" No porque hagan las cosas mal. Sino supongo que por esa sensación de... ese momento de privacidad entre profesionales ¿no? ahí se ve truncado, al estar la familia dentro. Qué bueno no me parece mal ninguna de las dos, de las dos opciones. ¿no? Porque si alguien se siente más seguro, pero claro tampoco podemos estar todo el día... Diciendo: "Venga salga, voy a poner una vía salga, voy a poner no sé qué salga, voy a aspirarle los mocos salga..." Nos pasaríamos el día saliendo y entrando a la puerta, y eso que ya... Estamos ahí todo el día... **Abre puerta, cierra puertas**, abre puertas, cierra puertas... Que nos **haría falta un segurata en la puerta**, para abrirla: "¿A qué box va? puede pasar. ¿A qué box va? no puede pasar" Y así... Porque además hay una separación física entre el centro de la UCI y la puerta. Hay un pasillo.

Hay un pasillo, nada, no son muchos metros, pero, al cabo del día...si lo haces varias veces son unos cuantos metros. Entonces...

L2: Cansa

E1: Si cansa. Acabas haciendo unos cuantos kilómetros al día. Sobretudo si eres la que está más cerca de la puerta, que al final acaba yendo normalmente a la puerta. Pero bueno...

L2: ¿Porque claro para pasar a un box, tienes que pasar por delante de los otros? ¿No es, que yo entre y me vaya directamente a mi box?

E1: No, bueno todo depende, si están, si están en los dos del principio perfecto, pero la entrada de la puerta, mira (señala el móvil) esto es la UCI ¿vale? y la entrada de la UCI está aquí, haces un pasillo así, y aquí tienes boxes. ¿Vale? Aquí tienes 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, y 1... y aquí el 14 (explica bordeando el margen del móvil con el dedo) Claro es lo que os digo si entra por aquí tiene que ir al 6 o pasa por media UCI o pasa por la otra media, sí o sí. Claro si va al 14 que está nada más entrar, pues como mucho verán los del 13 o los del 12 porque está... en diagonal... se ve bien ¿No?

L1: Pero claro al ser de cristal, si pasa por media UCI, pues ve a la mitad de los pacientes.

E1: Pero eso son un lado barreras arquitectónicas y por otro lado son cosas muy simples. Es que con una simple cortinilla que pudiéramos cerrar, lo que pasa que tendrá que ser fácil de limpiar por lo de las bacterias multirresistentes. Algo que fuera fácil de limpiar, pero fácil de poner y quitar. ¿No?

L2: O como en otras UCI que el cristal se vuelve opaco cuando se abren las puertas

E1: Exacto, si sería, sería algo así. Lo que pasa que estamos muy acostumbrados a controlar el paciente desde fuera. ¿No? Cuando has acabado de hacer todas tus técnicas o todo lo que sea. Normalmente siempre intentamos, no hay físicamente una persona en el medio siempre, pero sobre todo por en las horas de merienda, las horas de desayuno o de cena, Intentamos que haya alguien por el medio para atender bombas, atender alarmas... Claro si estás tú solo, porque somos 7 compañeras ¿no? 7 enfermeras, tres auxiliares y bueno los médicos están por allí, pero a veces **pitan las alarmas** y ni se las miran. Entonces muchas veces están en el ordenador al lado del monitor de alarmas y no... ni se miran... también es verdad que si estuvieran ellos mirándose todas las alarmas todo el día no harían, no podrían hacer su faena porque constantemente, es una cosa que no tendría que pasar pero **constantemente suenan alarmas**. ¿No? Pues claro si tú estás en el centro, que estás tú sola y otra auxiliar, porque de los 7 compañeros hay 4 merendando y 3 enfermeras fuera. Pues uno fuera vigilando y las otras 2 están haciendo faena dentro de los boxes, no se enteran de nada de lo que pasa fuera. A no ser que pegues un grito y entonces te oyen ¿no? Pero claro es una forma muy fácil de poder controlar. Claro puedes ver todo. Te giras un momento, pita un respirador: "¿a ver dónde pita el respirador? allí" No hace falta que te acerques mucho para ver el qué. Y a veces... alarmas que saltan por defecto y luego ya se restablece sin más. Muchas tienes que ir a atender, pero otras muchas... Son defectos, pues porque el paciente está un poco agitado y está respirando más ¿no? y hace volúmenes más altos. Cosas que no tienes que ir corriendo, pero, pero es mucho más fácil si lo puedes

vigilar, aunque sea desde la otra punta, ya lo ves, desde la otra punta de la UCI. Claro ahí... hay... pequeño problema ¿Cómo se haría? Pues claro, es un cambio de chip total. Y aparte, cambiar todo, cambiar toda la estructura interna de UCI, aunque sea poner unas cortinas y te tienen que hacer agujeros, si es que tienen que comprar las cortinas, es... ¿no? Es un cambio también a nivel económico que... Como todo pues implica un poco... Todo un proceso que muchas veces son largos los procesos. Aunque sea para comprar un par de biombos y se acabó. No es tan fácil como me voy los compro y ya está. Me paso la factura. No... Poc a poc.

L1: ¿Y crees que esta apertura a ayudado en la imagen que tiene la sociedad de los profesionales que trabajan en la UCI?

E1: Uff... Quizá las familias un poco más conscientes de lo que hacemos. También es verdad que como hace poco tiempo no, no es que tenga mucha... Mucho feedback por parte de las familias. Pero si por ejemplo el otro día unaaa. la mujer de uno de los pacientes que he llevaba me decía: "es que feu molta feina aquí, esteu tot el dia, no pareu i si molesto me'n vaig eh" Y todo el rato dispuesta pero muy agradecida ¿no? "Es que estáis todo el día preocupándoos por él, es que se le queda un cable debajo y ya estáis sacándolo al momento" ¿no? Cosas que son muy simples y que muchas veces las hacemos por inercia ¿No? "Uy esto que no se quede aquí" Pero que ya lo haces por inercia, ya lo sacas. Que a ti parece algo normal, pues la familia lo agradece. Agradece ver pues a su marido ¿no? con el pelo lavado, porque hacía una semana que no se lo había lavado nadie ¿no? Y agradece que le hayas lavado pelo y piensas: "entra dentro de la higiene no me parece nada del otro mundo" Yo no le doy la importancia, pero para la mujer pues claro cambió físicamente un montón. ¿No? o simplemente darle la tarjeta de una chica que viene a afeitar a la gente. ¿no? Y que llame a la chica para poder quedar y la chica viene a afeitar a la gente. Y viene a afeitar a su marido. Una cosa tan simple como darle una tarjeta con un número de teléfono. ¿no? Y eee... eso hace pues cuando vino, por ejemplo, ayer y se encontró su marido afeitado con el pelo lavado no sé qué... Su marido está grave está en una situación muy grave, pero eso... Pues bueno ese pequeño detalle, pues ayer estaba la mujer

pues muy agradecida ¿no? Cuando vienen... Vienen pacientes con las familias al cabo de un tiempo y te dicen: "Bueno es que me cuidaste muy bien" No a mi eh. En general a las compañeras y eso sí... Sí que se... Ya se veía antes porque supongo que el carácter y la forma de ser de cada una sigue siendo la misma. Pero sí que es verdad ahora tenemos mucho más contacto con las familias y eso se nota. Se nota porque claro recibes más comentarios. Tanto positivos como negativos. Porque a mí me han llegado decir: "Es que ayer estuve... estuvo una chica aquí la tarde toda la tarde que no me gusta nada... eh... porque no lo dejo bien, no lo dejo con las sábanas estiradas" ¿no? Te lo comentan todo, porque además también te cogen... Sobre todo, si los vas llevando que esté intentamos hacer seguimiento y llevarlos más a menudo no ir cambiando cada día de pacientes. Pues claro intentas hacer un seguimiento, y al final acabas haciendo un poco... de vínculo. ¿No? Y... Al final te acaban explicando cosas que quizá no tendrían que explicarte y... Te acaban diciendo; "Uyy... Pues mira esta... esta comentaba, porque esta no sé qué" Y te están hablando de compañeras tuyas de trabajo ¿no? O "esta no me gusta cómo cuida a mi marido o... "es que mira fulanita y tú me encanta como... como cuidáis... como lo dejáis, es que lo ponéis de lado y lo dejáis genial y así el culo no le sale la úlcera y no sé qué" ¿no? Son... Cosas pequeñas de nuestro día a día, que al final acabas normalizando, no deberíamos normalizar. Pero qué es normal porque al final todo lo que haces de forma habitual pues lo normalizas y que la gente de fuera le da mucha importancia. Y yo creo que **ahora si al poderlo ver más... Pues... No sé, le dan... Esa importancia.** Te lo explican, y entonces eres más consiente de: "Ostras" y se agradece. Se agradece cuando vienen a visitarte. Ya fuera de lo de las puertas abiertas, hay un paciente que hace 2 años que nos viene a ver cada seis meses. ¿No? Y viene buscando a tres enfermeras en concreto. Pues... Y precisamente esta familia, no hacíamos lo de las puertas abiertas, pero esta familia era **una de estas que entraba fuera de los horarios** ¿no? Entonces... viene la familia y viene él. Viene el paciente solo a explicarnos... Un paciente que tuvimos muchos meses en UCI. Y viene, pues él y nos explica su vida y como va, y como viene, que si se ha casado la hija, que si... Al final acabas haciendo un poco de vínculo. Que es normal, y hay gente que pasa más tiempo. Yyyy... Bueno hace el vínculo y hay gente que...

Bueno pasa más tiempo y no hace el vínculo... No es lo mismo también se ha de valorar cada caso.

Pero bueno... Yo creo que si un poquito... Se nota en las familias que... No es nada que yo tangible...eee... Perooo... Pero que puedes ver que hay... bueno... Que hay un poquito de agradecimiento por parte de las familias. Un poco o mucho, no lo sé. Pero que las familias... **Para las familias va muy bien y para muchos pacientes va bien.** Así que. Supongo que seguiremos en la línea. Haciendo alguna modificación, pero... Pero seguiremos en esta línea. Pero bueno.

L2: Claro las familias pueden hacer cosas con el familiar. ¿Cómo ponerles música... a nivel...a nivel normal iba a decir..., hablarles, y todo esto?

E1: Sí.

L2: ¿Si no?

E1: De hecho, normalmente les... les **invitamos a que los estimulen.** ¿no? A que les hablen, les expliquen cosas, estén sedados o no. Obviamente si no está sedado... Cuesta más invitar a decirle explícale cosas ¿no? Porque ya lo das por hecho ¿no? Que si está despierto tu marido pues le explicarás que... lo que has hecho, lo que has dejado de hacer, si has ido a comer, si no... No sé, cualquier cosa. ¿no? Pero sobre todo cuando están sedados o les estamos retirando la sedación ¿no? Que empiezan con el despertar... Insistimos mucho ¿no? **Que los estimulen, que los toquen, que les expliquen:** "Pues ha venido a verte tu hija y tu nieto ha ido al colegio y han hecho la fiesta de la castanyada..." ¿No? Que les expliquen cosas, obviamente tu no les dices el qué, pero sí que los... Se ayuda un poquito a... Que les estimulen. Que traigan una radio, porque en principio nosotros no podemos poner la radio con el ordenador que tenemos.

Pues que traigan una radio... Pero sin cascos de las que... las que... Radio ambiental como si dijéramos. ¿no? y pues les pones música, o: "es que le gusta mucho la ópera" Pues le pones en la emisora de la ópera o el fútbol, yo, por ejemplo, cosas que puedan estimular mucho, no lo recomendamos ¿No?

Pero... Pero sí que intentamos adecuar un poco, si no es muy aburrido... Imaginaros estar 24 horas despierto o medio despierto, 24 horas sin televisión, porque no tenemos televisiones. Por lo tanto, no hay...no hay distracción... Sin música, sin nada... Solo oyendo las alarmas y oyéndonos a nosotros, que también hay que ver. ¿No? Que las conversaciones a veceesss, no son las más... adecuadas. Que eso nos pasa a todos.

Pero si, si estimulamos. Incluso, yo que sé, que traigan las pelotas anti estrés para que hagan ejercicios ¿no? Sí que... Es lo que os decía antes no se les involucra quizá a la familia en higiene, en higiene bucal, en no sé que... Se les involucra pues en eso... "oye pues traeleeee...pues unas, unas pelotitas para que haga ejercicios con las manos" ¿No? o Incluso a veces los fisioterapeutas, les decimos a los fisioterapeutas que les expliquen a las familias pequeños movimientos que pueden hacer para ayudar. ¿No? Que ellos se sienten más útiles, las familias se sienten más útiles si creen que... ¿No? Que pueden estar ayudando y todo eso... Oye pues está muy bien que venga el fisio y le haga movimientos pasivos, pero si la familia le puede hacer un poquito más de movimientos pasivos pues por la tarde que el fisio ya no está. Pues eso que... da un poquito de más ¿no? Entonces que se sientan útiles también... Que es una cosa que muchas veces dicen, porque claro ahí se pasan horas y horas... Muchas veces haciendo acompañamiento. "Es que claro... Me quedaría más horas, pero... para que me voy a quedar si está dormido, no puedo hacer nada, no le puedo decir nada, no..." Pues los hechos se puedan sentir un poquito más útiles. Aunque sea ir yendo a comprar unas zapatillas, porque al día siguiente le vamos a sentar en el sillón ¿no? Pues cosas muy simples. Pues son cosas eso muy simples. No hace falta pedir grandes cosas. Una pizarra para que pueda escribir un paciente con una traqueotomía, que no puede... no sabe vocalizar bien, por lo tanto, no nos podemos entender y como no puede hablar... Cuesta un montón entenderlo ¿no? Muchas veces se cabrean, porque no: "es que no me entiendes" Es que no te entiendo, no vocalizas y a mí me cuesta. ¿No? Porque... Me cuesta mucho entender a los pacientes si no vocalizan mucho. Tan simple como una pizarra si tienen la fuerza. Pues les intentamos proporcionar lo máximo posible. Y ya está, incluso muchas veces que tengan el móvil... Algo que los comunique con el exterior. Que no les de las

sensaciones que están... en una UCI súper mal... Claro tenemos pacientes críticos y pacientes de cardio también. El paciente con infarto es un paciente consciente, orientado y que ha pasado mal momento, un momento crítico, ha pasado por la sala de hemodinámica, y está allí para control. ¿No? entonces...

L2: Debe ser agobiante estar tantas horas allí

E1: Agobiante estar en unaaaa, en unaaa habitación, entre cuatro paredes, pequeñas... No es que sean muy grandes las habitaciones. Tiene que ser muy agobiante. No me gustaría estar en el otro lugar.

L1: Y a raíz del proyecto de humanizando los cuidados, ha surgido una práctica que no sé si conoces, que se llama "paseos que curan", que consiste en sacar a pacientes de las UCI, ya sea en silla de ruedas o en camilla, acompañados de profesionales y su familia. ¿Lo verías viable en la UCI en la que trabajas?

E1: Lo hacemos.

L1: ¡¿Sí?!

E1: Sí. Se ha hecho con un par de pacientes de momento. Tenemos un proyecto que se llama: "Movilización precoz". Que si no me equivoco somos uno de los primeros hospitales en hacerlo. Un proyecto que han trabajado fisioterapeutas, médicos y enfermeras de UCI, yyyy... Se ha trabajado muy duro. Llevamos mucho tiempo. Que yo sepa los últimoos 6 meses al menos ha bajado a dos pacientes. Es complicado... pero... porque muchas veces son muchos dispositivos. ¿No? Pero si...Lo hemos hecho... Lo hemos hecho. Viable sí que lo es. Faltaría algo más de recursos humanos, creo yo. Porque claro cuando tenemos... cuando hemos hecho... Cuando **hemos bajado un paciente a la calle**. Pues lo hemos bajado a la calle a dar la vuelta al hospital entero. ¿No? A dar la vuelta a la manzana. Pues claro tienes que bajar... bajar a la enfermera que lo lleva, con lo cual... no es que se quede el paciente que queda arriba en la UCI... no es qué se quede desatendido, porque está el resto de compañeras, pero es un buen rato el que se, el que se pasan fuera. Entre la preparación, el bajar, salir de la UCI, baja de la... Es solo bajar una planta, pero es toda la movilización. Dar toda la vuelta, todo el paseo y volver a subir. Es un

buen rato. Baja la enfermera, baja 1 o 2 médicos, normalmente bajan dos médicos, baja un fisio, a veces bajan dos, porque tenemos dos, dos fisios en UCI, ubicados, desde hace poco... Eeee... y baja pues eso baja otro fisio... Baja 1 o 2 celadores... ¿No? Es todo un proceso, no es una, no bajan con una silla de ruedas normal, se baja con una silla un poquito más... más robusta donde se puede llevar una bombona de oxígeno. Si no recuerdo mal uno de los pacientes que se bajó, se bajó con respirador y todo. Que sí, viable lo es. Ahora la preparación telita.

L1: Tiene lo suyo (ríe).

E1: Tiene lo suyo. Yo creo que lo agradecieron mucho... Los dos pacientes que recuerdo que se han bajado abajo llevaban tiempo con nosotros. Tiempo me refiero a meses eh. Y claro cuando estás un montón de tiempo sin ver... Viendo la luz del sol a través de una ventana o salir a la calle y que te dé a la cara... La cara de felicidad, yo me acuerdo de la cara de felicidad de una mujer que... de la mujer que bajamos, era inmensa. Y yo no bajé abajo, solo la vi porque bueno... Salió en los diarios incluso publicado de todo. O sea que... Fue muy bonito. Y la familia claro cuando lo ve, muchas veces se intenta avisar a la familia por si quieren estar y acompañar. No porque... Es un momento que... que emociona. Creo yo que emociona. Así que es guay. O sea que sí, se podría hacer. Es viable porque lo hemos hecho. ¿Se podría hacer más? Sí, pero con más recursos humanos, creo yo. Porque implica movilización de mucha gente. ¿No? Y quizás pues tendría que ser... el problema es que no podemos bajar cada día. O sea no podríamos bajar cada día a los pacientes. Y ahora mismo pensando así a grosso modo...de los que tenemos ahora mismo... Quizás podrían bajar uno... Por cómo están eh... Uno, dos pacientes de toda la UCI... Porque todo el resto **están intubados, sedados**... ¿no? Y la situación... hemodinámica no es suficientemente estable como para poderlos movilizar. Pero, por ejemplo, pacientes de intermedios que sí que podrían moverse con más facilidad. Pues se podría facilitar, pero claro necesitas los recursos. Sería alguien que solo se dedicara a eso. A movilizar a los pacientes.

L1: Que organice la salida, y quizás ese día que venga personal extra. Solo para realizar eso. Pero implica dinero.

E1: Claro eso es lo que hablamos todos. Todo al final se acaba moviendo por dinero. ¿No? Y... Bueno en este momento se ha hecho con el personal de la unidad, con el propio personal de la unidad, pero claro es eso. Es un tiempo invertido bastante largo. Prepara a un paciente de UCI para cualquier traslado, no es, 2 minutos y estoy. Preparas la monitorización, prepara si lleva ventilación mecánica... No, es que tienes que preparar cosas varias ¿No? Además, también se preparan por si los médicos que van y las enfermeras que van, van con una mochila por si pasa algo en el camino. Porque bueno... **son pacientes críticos**, no, al fin y al cabo. Y puede pasar cualquier cosa ¿no? No pasa nada hasta que pasa. Y puede ser que estés dando el paseo y de golpe el paciente pues haga... Cualquier cosa: una hipotensión, una bradicardia o una desaturación. Es viable, pero es viable... Se hace poco, pero se hace.

L1: ¿Y si tuvieras que aconsejar a otra UCI a dar el cambio? ¿Qué consejos le darías así a destacar?

E1: Primero que se planten bien el modelo actual, el modelo que tienen en el momento. Porque hacer un cambio, si es un cambio muy radical. Los cambios son buenos ¿No? Lo que pasa es que la gente no está acostumbrada a los cambios. Nooo.... No son agradecidos. ¿No? normalmente la gente cuando hay un cambio la primera respuesta es: "no" "vamos a hacer...no" " "Vamos a cambiar...no" Lo digo por los últimos cambios que hemos tenido en la unidad. De hecho, el más reciente ha sido un cambio en las ruedas de los equipos de enfermería, y la primera respuesta de todo el mundo era "no".

"No me parece bien" "No me gusta"... No, sin llegar ni siquiera probar. Entonces yo creo primero se tiene que partir, saber en qué momento estamos... No, por ejemplo, nosotros no estábamos en una UCI cerrada, era una UCI, no oficialmente, pero **era una UCI semi abierta**. ¿No? Sobre todo por las tardes era cuando más abríamos, por las mañanas siempre ha sido más complicado, pero tardes y fines de semana siempre hemos sido un poquito más... siempre no... los últimos años hemos sido más liberales. Para entendernos. Entonces primero sería plantear. En qué situación, de qué situación partimos e ir proponiendo, yo creo que pequeños cambios. Que lo ideal es ir haciendo, creo yo, pequeños cambios. Que no supongan un estrés al personal. ¿No? Porque

si no... Lo primero que vas a tener es una... una... un revulsivo, por parte de los profesionales. Que es lo que nos está pasando ¿no? Lo primero que... lo que hacemos todos... y generalizo mucho eh, hay gente que no se queja para nada y hay gente que se queja muchísimo. Pero lo que estamos haciendo así en general... En líneas generales es quejarnos. Es decir: "Es que no paran de pasar familias", "es que no, no vigilan", "es que no paran de mirar" En vez de buscar soluciones. No, lo hablamos en petit comité: " A pues es que esto haría falta esto, haría falta lo otro" Pero nadie propone nada. Pues entonces lo ideal yo creo que es... Saber de qué base partimos, para ir haciendo los... y a dónde queremos llegar.

L1: Que haya una progresión.

E1: Y hacer una progresión, yo creo que eso sería lo ideal. Las puertas están abiertas están muy bien, pero también tenemos que tener en cuenta que es una unidad de críticos. Paciente crítico, está bien, está 3 días bien, todo muy bien, todo muy estable, todo muy bien... Y de golpe empieza con una fibrilación ventricular y empiezas reanimación cardiopulmonar. Y tienes que ser consciente que si está la familia dentro. Puede ser que se quieran quedar dentro. Pues eso es algo que no se contempla, nooo... La gente no es consciente deeee... Que es lo primero: "¡Salga!, ¡salga! ¡salga para fuera!" Y quizás pues se quiere quedar, y de hecho va muy bien quedarse. Hay muchos estudios que dicen que a las familias les va muy bien ver según qué situaciones. Las paradas cardiorrespiratorias en domicilio... Porque ayudan a hacer el duelo de otra manera. Entonces ahí... Se tienen que hacer muchos cambios. Pero claro... Claro... Cualquier cambio que se propone la gente la gente dice: "No quiero" ¿Porque? No, porque lo que esta establecido ya estamos cómodos. Entonces proponer los cambios está bien, pero... Es proponer los cambios tener en cuenta las opiniones de todos los profesionales, que todo el mundo se sienta que ha podido tener voz y voto. Por ejemplo, esto... si lo hemos ido hablando, pero ha llevado la voz cantante una persona... Se nos ha consultado solo una cosa, que es en qué horario creemos que sería factible que entraran las familias como acompañamiento. Pero ya está, no se nos ha preguntado nada más. Ni cuántas personas creíamos que eran

oportunas, ni... ni si creíamos que hubieraaaa...Que hay momentos en los que tiene que cerrar las puertas para todo el mundo. ¿No? No se nos ha dado más **ni voz, ni voto**. En ese sentido. Vamos yo no lo he sentido así al menos. Y trabajo a jornada completa con lo cual... estoy todos los días allí, me entero, me entero de las cosas, no es que vaya a reducción de jornada que muchas veces te pierdes información ¿No? Pues sería eso... Tener un poco en cuenta la opinión de todos los profesionales, de todos hasta el que viene solo fines de semana y tiene un fin de semana al mes. Que todo el mundo se pueda sentir escuchado. Obviamente luego tendrás en cuenta unas cosas o otras, pero...que todo el mundo se pueda sentir escuchado. Y **hacer una progresión**, los cambiooooo drásticos... Normalmente tienes que tirar un poquito para atrás luego. A no ser que sea porque quieres. Pero es eso. Complicao.

L1: Y así para terminar ¿Cómo te imaginas, o que esperas que sean las UCI en un futuro?

E1: Uff no me lo he planteado nunca esto. ¿A qué te refieres como sean en el futuro?

L2: Si se construyeran ahora, la base arquitectónica, las visitas, el cómo sería...

L1: El entorno, los colores, por ejemplo, de las paredes...

E1: Uy yo soy muy idealista en estas cosas.

Una cosa que me gusta a mi mucho es poner música, me molesta que no haya facilidades para poner música, por ejemplo. ¿no? Teóricamente no podemos poner música en los ordenadores ¿no? tienes que pedirles a las familias que se traigan, que traigan una radio para el familiar... ¿No? Eso hace... A mí me hace trabajar, también de otra manera. ¿No? El poder tener una música, sea la que sea, es que me da igual que sea música clásica, chillout, queeee putum putum... ¿No? Porque depende de quién tengas de pacientes pues... Teníamos un paciente que se ponía hip hop. Él tenía un altavoz con USB y ponía hip hop. Que era así un poco raro porque estabas en una UCI y escuchabas hip hop de golpe, pero bueno. ¿No? Era lo que el paciente quería. Entonces yo soy muy de esto... Muy idealista, me encantaría **una UCI con colores**. ¿No? Aquello...

Mezclaría todo musicoterapia, color terapia, ¿no? todas estas cosas. Porque sí, porque me parece agradable y en el día a día. Es no hacerlo aburrido. Ahora mismo tengo las paredes de color azul, que hace que las paredes no sé cuántos 1000 años que están ¿No? Que, si son fáciles de limpiar y todo lo que quieras, pero... Pero bueno supongo que la estructura... Sería más o menos parecida. Intentando eliminar barreras como columnas por ejemplo... Nosotros nos encontramos que delante... Hay dos boxes en especial que delante tienen una columna de 3 metros. Esa columna de 3 metros hace que el resto, que el resto de la UCI no sepan que estás llevando esos boxes. Ni lo que pasa en esos boxes muchas veces. ¿Porque? Porque todo el mundo está ensimismado en los suyos ¿no? Y por mucho que de esto... Muchas veces: "¿ah, pero llevas toda la tarde ahí?" "Si desde las 3 de la tarde" Supongo que sería eso.

La estructura yo creo que sería, en general la misma, porque me da igual que sea circular ¿no? Pero con un control en el centro, eso sí... Claro la idea es un poco lo que yo vivo ahora, pero un poco modificado, modernizado ¿no? Vamos a modernizarnos un poco. Poder tener acceso a todas las alarmas desde fuera, todas es todas, bombas, respiradores, monitores. Sí que los monitores los tenemos fuera en el control, pero si pitan bombas o respiradores no... en el control no los podemos ver fácilmente qué es lo que está pitando. ¿no? Pues ya que hablamos de tecnología y estas cosas pues que pudiera ser... Un poquito todo más tecnológico.

Que no hubiera cables, eso sería genial. Genial. Porque siempre bajas al TAC y se te lían los cables. No sabes cómo, pero se te han liado. Que no hubiera cables, sería creo yo todo un poco más fácil. Ahora todo lo conectamos, todo. Las bombas van conectadas con un cable de red. De telefónica y se conectan con el ordenador, entonces y ya vuelca todo. Tenemos muchas facilidades que antes íbamos con papel y ahora va todo por ordenador. Pero eso también implica unas dificultades, porque cuando no hay internet, nos quedamos sin programa, y te quedas sin saber la medicación, a no ser que te hayas apuntado todas antes a mano... sin saber qué medicación le tienes que pasar y todo lo que le vayas haciendo al paciente no queda registrado. Y si vuelve Internet en tu turno pues perfecto, porque lo puedes registrar rápido, pero si no vuelve en

tu turno, pues nada ahí queda en el olvido. No, no es que queda en el olvido, pero bueno que... que no se ha podido hacer un registro como Dios manda, porque falla la tecnología. Pero bueno yo creo que la idea sería bastante similar a la de ahora, **modernizando** un poquillo. ¿no? Y teniendo en cuenta pues estos pequeños detalles, como: Está muy bien que yo pueda ver desde fuera ¿no? todos los boxes porque los cristales no estén tintados ni nada, pero que tuviera alguna **opción para mantener la intimidad** en el momento de hacer un cambio postural o hacer una higiene. Sobre todo, sería eso... y luego pues bueno. El problema está en que ahora tienes una idea... construyeron una idea que supongo que es la idea con la que construyeron la UCI que tenemos ahora. ¿Pero qué pasa? Luego van apareciendo nuevas cosas y tienen que ampliar salas y tienen que ampliar cosas ¿no? Y claro se van haciendo sobreañadidos sobre lo que ya existe. Pero bueno... a ver qué pasará... Cuál será la próxima UCI de Juan XXIII. Dicen que van a hacer obras, en el hospital. Lo vi el otro día en el Diari. Así que...

L1: A ver...

E1: Sí sigo trabajando en la UCI, a ver si se adecua al modelo que yo tengo en mi cabeza. Que de la **sensación de calidez**. Es que no sé cómo decirlo "de caliu"

L1: Si, que fuese más hogareña ¿No?

E1: Si. No porque son paredes muy frías blancas, de azulejos blancas, las de las puertas... los ventanales de cristal la parte de abajo es de color azul, unos paneles de color azul, me parece todo como muy frío. Muy de organización ¿no? La imagen corporativa el color es azul y blanco, pero poco pensado hacia pacientes y profesionales. ¿No? Igual que en otras unidades está haciendo ¿no? pediatría... pues intenta poner todo con dibujos ¿no? cosas más adecuadas, pues... pues también que hubiera un cambio en ese sentido, estaría bien. Creo que ayudaría en todos los sentidos, a nosotros también a estar de otro humor...que mira...son tonterías, pero a veces pueden hacer que estés más alegre o más tranquila trabajando.

L1: Si quizás fomenta que trabajes incluso mejor.

E1: Entiendo que tiene que ser toda superficie fácil de limpiar, por lo que os decía de las bacterias multirresistentes, pero dentro de esas opciones tiene que haber opciones más... menos neutras para entendernos. ¿No?

L2: Si

E1: Que no sean tan... tan blancas.

L1: Bueno, por nuestra parte ya estaría.

L2: Si ya estamos.

E1: ¿os parece que va a servir?

L1 y L2: ¡Sii! sí, mucho.

Entrevista E2

L2: Vamos con la primera pregunta, que es: ¿Cómo describirías el trabajo de una enfermera en la UCI?

E2: Bueno, ¿a nivel general? Bueno, pues, ee..., cómo lo describiría a nivel cualitativo... bueno, pues yo lo describiría como un trabajo **muy... estresante**, jeje, en un espacio donde **hay mucha tecnificación**, que es, quizás, un espacio un poquito frío ... Entonces, bueno, es un trabajo **muy técnico**, pero a la vez también muy humano. Sobretudo, bueno, a veces el **paciente está sedado**, está dormido, no podemos interactuar mucho con él, pero bueno ... eee .. quizás más con las familias, ¿no?, es donde tenemos más trato. Pero lo describiría un poco como ... **estresante**, porque claro, son **pacientes muy críticos**, eee... es un **paciente muy frágil**, y ... claro, requiere mucha atención del personal de enfermería, de la enfermera, para atenderlo, entonces, bueno, eso requiere estar muy concentrado, estar muy ... tener unas habilidades... una buena base teórica, una buena formación, para poder ir con cuidado, porque claro, como su nombre indica, una UCI es una unidad de cuidados intensivos, entonces, claro, es un trabajo **muy intensivo**, por parte de la enfermera.

L1: Y.. ¿escogiste trabajar en la UCI?

E2: No, no escogí trabajar en la UCI. La verdad que cuando me lo propusieron me dio mucho miedo, porque quizás no tenía una base de formación muy buena, pero una vez que empecé a trabajar allí, ya me animé a formarme y, bueno, me gustó, y hoy ya no ... llevo ya pues 22 años trabajando allí, y la verdad es que no me veo en otro sitio, de momento. De momento no me veo. Pero no, no escogí yo ir a la UCI.

L1: Y... ¿qué opinas sobre el cambio que ha habido del horario más restrictivo a un horario más flexible, en cuanto a visitas?

E2: Bueno, antes, con el horario más restrictivo, claro, había mucha gente que no le iba bien ese horario, y **venían fuera de horas de visita**, y es cuando vimos que surgió la necesidad de implementar un cambio de ... de horarios de visita, ¿no? Entonces, bueno, como hay una corriente que es la manifestación de cuidados intensivos, donde la familia está más implicada, y que se ve al enfermo como un tema global. O sea, el enfermo no es sólo el enfermo, ¿no? El enfermo es su familia. Pues.. convenimos que era necesario un cambio de horarios. Bueno, realmente, no es un cambio, es una ampliación de horarios, ¿vale? Se mantienen las mismas horas de visita, pero luego está el acompañamiento familiar, que ... lo que implica es eso, que esté la familia, un familiar un dos, que puedan estar más tiempo con el paciente acompañándolo, y ... bueno, pues eso, ¿qué opino del nuevo horario? Bueno, el nuevo horario es adecuado, además **se consensuó** ... se llevó como una encuesta en nuestro servicio, en la UCI, entre todo el personal, entre todos los turnos, a ver **cuál era el horario más adecuado** para el acompañamiento familiar, ¿no? Entonces se llegó al acuerdo de 12:30 del mediodía a 11 de la noche. Lo que pasa que, claro, es muy reciente, entonces todavía nos estamos adaptado, el personal, pero bueno, vamos por buen camino, creo. Y claro, cuesta mucho entender a los familiares, porque claro, hay mucha **gente que viene a visitarlos en los horarios de acompañamiento**, ¿no? Entonces tiene que quedar muy claro que **una cosa es el horario de visita y otra cosa el de acompañamiento**. Normalmente el acompañamiento, son familiares allegados, no? Si es un padre, una madre, una pareja, ¿no? Un hermano ... familiares allegados, luego

están las visitas que pueden venir gente, pues, yo qué sé... amigos, o.. y esto es lo que está costando más, esto es lo que **tenemos que recalcar más** a la gente que viene a ver a los pacientes, que **una cosa es el acompañamiento y la otra es la visita.**

L1: Que la gente no acaba de diferenciar, ¿no?

E2: No, ellos se **piensan que pueden venir cuando quieran** a verlos y **entrar y salir, y cambiarse, entra uno, sale otro** ... y no. Entonces, está costando más, pero es normal... a ver, es muy estresante para los familiares, sean allegados o no, es muy estresante para ellos, tener un familiar allí, no? Claro y allí **están críticos** y claro, la gente ... no es lo mismo cuando están en una planta, ¿no? Hospitalización, que no están tan graves, no hay tanta urgencia para ir a verlos, ¿no? En teoría están mejor. Pero claro, en la UCI ... no sabes, ¿no? Cómo va a ir la cosa ... Entonces, la gente pues quiere ir a verlos, a visitarlos, a los pacientes ... Pero bueno, esto es más o menos lo que opino del nuevo horario. Que me parece bien, eh, que me parece bien porque, eee...., este nuevo horario de acompañamiento familiar, ¿no? **Lo que hace es que vean, también, el trabajo que hacemos en enfermería,** ¿no? Bueno, en enfermería y el equipo multidisciplinar, ¿no? Donde hay médicos, auxiliares, celadores, técnicos, fisioterapeutas... y ... y luego pierden el miedo, vamos, afecta, les **rebaja mucho la ansiedad a la familia,** ¿no? **Y al paciente,** por supuesto, de hecho hay estudios que lo demuestran, que **disminuye el delirio, disminuye la ansiedad en el paciente,** hay **menos necesidad de sedación** ... y, bueno, todo eso contribuye pues a menos efectos adversos, a menos .. en el sentido que hay menos riesgo de neumonías ... cuanta menos ansiedad ... ¿no? Están más tranquilos, menos tiempo de ventilación mecánica ... menos riesgo de neumonías ... bueno, y luego también van aprendiendo un poquito a cuidar al paciente, ¿no?, porque en la planta, a veces, tienen que estar más con ellos. En general, **va bien para todos,** para el paciente y para la familia.

L1: Y, en cuanto al hacer tu trabajo, ¿consideras que a veces son una carga, o es como que piensas que está aquí en medio, molestando?

E2: Bueno, depende, porque claro, en la UCI los boxes son más espaciosos, y como suele ser un familiar que es el que está acompañando, no acapara tanto espacio, no? Pero por ejemplo, en intermedios, en semi – críticos, el espacio es más reducido, y ahí la verdad que a veces tenemos dificultades, porque claro... yo, por ejemplo, cuando hacemos un cambio postural, yo no saco a la familia fuera, les dejo que lo vean, cómo hacemos el cambio postural, que estamos el celador, la auxiliar, la enfermera ... más el familiar, y ahí tenemos, a veces, problemas de movilidad, ¿no? Es un espacio más reducido. Pero bueno, en la UCI son más amplios los boxes, más en semi – críticos si que hay problemas de espacio, y sobre todo cuando se quieren cambiar, que a veces se quieren cambiar ... "Mira, que ha venido un familiar de Barcelona", o "ha venido un familiar de no sé donde", expresamente a verlo... entonces, **entorpece un poquito** con la dinámica nuestra, pero bueno, intentamos adaptarnos. Por el bien del enfermo, y para ellos también, no?.

L2: ¿Destacarías algún cambio desde el momento de la abertura de puertas, algún cambio visible en los pacientes. De antes, a ahora?

E2: hombre, yo, la verdad es que sí que he notado que hay pacientes que **se desorientan menos**, quizás. Claro, no lo puedo demostrar con números, pero yo creo que los pacientes no se desorientan ... **están más centrados**, ¿no? Al tener un familiar cerca, y no pierden la identidad, de ... "yo soy tal, esta es mi mujer, mi familia..." no sé. Eso sí que creo que beneficia al paciente, ¿no?. Cambios a nivel subjetivo sí que podría decir, pero que pueda demostrar, pues no... Ya haremos estudios de esto, para averiguar si realmente ... pero bueno, que seguro que beneficia al paciente, seguro.

L2: Y, en vuestro equipo, ¿cómo se ha tomado la gente el cambio? ¿Positivo?

E2: Bien, bueno, a ver, positivo sí, pero realmente te obliga a adaptar un poquito tu trabajo, porque claro, yo qué sé, como entran los acompañantes a las 12:30, pues intentas tener todo el trabajo más así ... las curas ... ¿no? Claro, hay curas que tienes que hacerlas estéril, y claro... **mejor que no haya un familiar**. Si nos ponemos mascarilla, por ejemplo, para curar, pues ... entonces, intentamos adaptarnos para que ellos puedan entrar y estar el mayor

tiempo posible con el paciente, ¿no? Pero ... ¿me puedes repetir la pregunta, que no me acuerdo?

L2: Si los compañeros se han tomado bien el cambio... si tienen alguna queja ... o algo.

E2: Quejas sí, quejas, la verdad ... La queja es que, claro, **pierdes mucho tiempo**, porque claro, la gente viene a las 12:30, ¿no? Porque claro, la primera visita es de 7 a 8, pues de 8 a 12:30 hay gente que viene... entonces, claro, les dices que hasta las 12:30 no pueden entrar. Y dicen, "es que vengo de lejos... no sé qué", entonces, claro eso **te hace perder tiempo**, entonces, **te corta tu actividad**... ibas a hacer una cosa y, ahora ya no sabes lo que ibas a hacer ... **te interrumpe**... de hecho las interrupciones son malas en nuestro trabajo, porque **pueden aumentar la aparición de incidentes** relacionados con la seguridad del paciente ... es una de las causas. Tú estás preparando una medicación, llaman a la puerta y te dicen, "¿puedo pasar a ver al paciente?" Deja lo que estás haciendo ... luego lo retomas otra vez, pero claro... ¿qué estaba haciendo, no? Claro, es quizás un poquito más de, eso, de **interrupciones**, pero bueno, claro, esto es difícil, porque la gente no sabe este horario... cuando ya lo aprenden, ya se van, a planta, el paciente... luego, vienen otros pacientes, con nuevos familiares ... y claro, cuando ya lo aprenden, se van. Claro, tendríamos, quizás, al ingreso, explicarlo mejor, para que quede muy claro, y a ver si de esa forma reduciríamos un poco las **interrupciones**, pero bueno... mucha gente dice, ¿puedo pasar? ¿puedo pasar? Y claro, sales tú ahí y te dicen, "¿puedo pasar a ver a Fulanito?" " Espera que lo pregunto". "¿Oye, puede pasar el familiar de tal?" Entonces, claro, yo pienso que es lo peor, entre comillas .. que no es malo, pero claro, **hay interrupciones en nuestro trabajo**. **Pierdes más tiempo**. Quizás tendría que haber una **persona que se encargara** de eso, que esto ya lo hemos comentado entre nosotras ... cada día, la **responsable de las familias**... una auxiliar, una enfermera, un celador ... vale, yo me encargo de las familias ... "oye, a ver, usted puede pasar, usted espérese un poquito, que están haciéndole algo, curándole, o poniéndole una vía ... espérese un poquito y ya le avisaremos..." **alguien que se encargue** de eso, estaría bien. Iremos reevaluando ... porque tenemos un

protocolo de esto, iremos reevaluando la efectividad del protocolo, y haremos las modificaciones para mejorar.

L1: Y, ¿crees que el profesional ha podido opinar, realmente, para hacer ese cambio?

E2: Sí, porque se hizo una encuesta. Bueno, **hemos podido opinar antes. Ahora, todavía no.** Previo a la implantación de las visitas, sí.. opinamos, porque una de las preguntas era qué nos parecía, y tal. Entonces, claro, había de todo ... de respuestas había de todo tipo. Claro, **gente que opinaba que interrumpiría, que es verdad,** hay momentos que **interrumpen nuestro trabajo,** porque es **alguien más a quien atender,** no sólo el paciente, pero tenemos que olvidar que el paciente es un todo, no es sólo él, como individuo, es todo, su familia, entonces, bueno ... **si se hacen reevaluaciones,** supongo que saldrán los puntos a mejorar, ¿no? Lo que está bien, se dejará, pero lo que hay que mejorar, **hay que introducir mejoras...** se trata de que vaya todo más fluido. Pero bueno...

L1: Y, a parte de la encuesta, ¿se ha informado suficiente?

E2: Sí, había unas referentes, las que llevaban, las enfermeras y auxiliares que llevaron a cabo el protocolo, hicieron unas presentaciones, explicando el protocolo de acogida de acompañamiento familiar ... Hay un dossier, luego también hay un código QR, que claro, mucha gente... sobretudoo la gente mayor, no sabe cómo se descarga, ¿no?. Claro, cuando tienes un familiar ahí, quizás no estás tú para cargarte nada, ¿no? Entonces claro, se intenta explicar al ingreso, en resumen, **y si se ha hecho formación ... y se sigue** haciendo formación, eh ... porque siempre se va incorporando personal nuevo a trabajar, entonces hay que seguir haciendo formación, para que todos estemos a una y hagamos lo mismo, porque claro, no puede ser que hagas pasar a alguien antes de la hora, entonces otros ven que ha pasado ... entonces hay que estar todos a una, no podemos contradecirnos nosotros, porque **hay gente que se enfada...** ¿por qué él sí, y yo no? Y tal ... tenemos que estar informadas de todo.

L1: Y, volviendo a lo de los beneficios, emm.. ¿consideras que el hecho de que esté acompañando un familiar, te ayuda a comunicarte con el paciente?

E2: Sí... sobretodo **cuando hay una barrera idiomática**, yo qué sé... el otro día, por ejemplo, yo tenía un paciente marroquí, que no hablaba nada de español. Entonces, vino su hija, que sí que hablaba español. Entonces, bueno, es una maravilla, porque claro, o te puedes comunicar con el paciente o no te puedes comunicar. Entonces, sí que favorece **sobre todo cuando hay una barrera idiomática**. Y luego, cuando hay paciente que .. se llama José.. y le llaman Pepito. A lo mejor está en un nivel bajo de conciencia, y le llamas José y no te contesta. Entonces, la familia te dice ... "le llamamos Pepito en casa"... entonces, ya el paciente parece que ... no sé... sí que **ayuda, a comunicarse** con el paciente desde luego. Generalmente, eh ... hay todo tipo de acompañantes, pero que, vamos, en un grado alto, **favorece la comunicación**, seguro.

L1: Y, ¿qué opinas sobre las visitas infantiles?

E2: Yo, os voy a dar mi opinión, pero es mi opinión personal, claro. Yo soy partidaria de **que entren los niños. Porque son parte de la familia**, pero claro ... soy partidaria si el niño quiere. Porque claro, si el niño no lo pide ... Pero si lo pide, soy partidaria, porque claro ... nunca sabes cómo va a acabar, ¿no?. Entonces, yo soy partidaria de que sí que entren. Si lo pide el niño, si la familia lo pide ... yo sí. Pero que entren por sistema ... **yo creo que depende del niño y de la familia**. Si el niño lo pide y la familia lo ve bien y lo cree conveniente, yo por mí no hay ningún problema, que entre el niño. Yo por mí sí.

L1: Y, ¿quién crees que tendría que preparar a la familia y al niño para poder realizar la visita?

E2: La familia.

L2: Y la herramienta ...

E2: Claro, depende la familia. Si necesita herramientas para poderle explicar al niño ... pues le puedes explicar tú que **lleva un tubo**, para respirar, **está**

dormido ... que lleva unos cables, que lleva un suero ... y si ellos no se ven capaces, y quieren que lo hagamos nosotras, pues nosotras. Pero claro, ellos son los que conocen más al niño ... entonces, lo más adecuado es ellos, pero bueno. Si ellos saben explicarlo bien, claro ... pero bueno, tampoco es muy complicado. "Porque el abuelo está dormidito, y no te puede ver ... no sabemos si te puede oír... pero tú le puedes hablar", claro, no sabemos si nos oyen o no. Hay pacientes que recuerdan cosas, oyen sonidos, y claro, estaban sedados y lo recuerdan, entonces, pues claro, hay que evitar hacer comentarios de... se va a morir.... Hay que decir cosas agradables, cosas que alegren al paciente... ni llorar ... no sé. Eso estaría bien.

L2: ¿Crees que la unidad está preparada para atender a la familia? El hecho de la estructura, si hay sitio para la familia.

E2: No, no está preparada porque ... la sala de espera, que tendría que ser una sala de estar, más bien, no una sala de espera, no está muy bien acondicionada, no sé... es muy fría, en invierno hace frío, más corriente de aire ... y luego, el espacio físico... bueno sí, los boxes sí que son grandes, a ver ... mal no está tampoco, eh ... pero bueno, se podría mejorar un poquito que no sea tan frío todo. En muchos hospitales ya se hace, por ejemplo fotografías de la playa ... para que no se vea tan frío con las paredes blancas ... se podría mejorar un poquito. Más que poner comodidades, hacerlo un ambiente más acogedor. Sí ... mejorar la sala de espera, o sala de estar. Y decorar cada box... poner... si le gusta, dibujos de nietos, de los hijos pequeños, fotos de los hijos ... de los niños. Para cuando se despierte... pero bueno, de cara a la familia, hacerlo un poco más humano, el espacio, no sé. Eso sí que se podría mejorar. Espacio hay, yo creo que no es cuestión de espacio, es que sea más acogedor, más humano.

L1: ¿Y a la hora de dar información a las familias sobre el estado del paciente?

E2: Se hace dentro del box. Sí... yo pienso que también tendría que haber un espacio... normalmente se hace la visita por el médico dentro del box. Tenemos un espacio, donde está la secretaria, que hay unos asientos para estar más íntimos, sobretodo cuando hay que dar malas noticias, o tal... Pero

normalmente se hace dentro del box la información familiar. Hay veces, también, que se sale fuera del box, si está despierto... y hay veces que no, que si está despierto también se le explica. Pero, normalmente es dentro del box cuando se da la información médica. Pero que en teoría también estamos nosotras presentes, eh ... o deberíamos estar presentes. Pero a veces no podemos, tenemos trabajo, y no podemos. La idea es que esté la enfermera y el médico responsable, o los médicos, porque a veces son dos médicos... que estén dentro del box, informando. Es un buen momento para ver qué opina la familia, qué preguntas hacen del estado del paciente, está bien. A veces no se puede, pero bueno, está bien que estemos, la enfermería.

L1: Y, sobre el proyecto de humanizando los cuidados, ¿consideras que se pone bastante en práctica las directrices y los objetivos que se marcaron?

E2: Sí, yo creo que sí. Todavía falta un poquito para, por ejemplo, lo que he comentado.. la sala de estar, creo que es una asignatura pendiente que tenemos. Emm... lo de acondicionar los boxes, que sea un ambiente más ... pero bueno, en todos los boxes se ha puesto un reloj... claro, lo ideal sería un reloj digital, pero se ha puesto un reloj analógico de estos, porque hay boxes que no tienen luz natural, y claro, no saben si son las 5, pero las 5 de la mañana o las 5 de la tarde, no? Hay cosas que mejorar, siempre. Y, bueno, ahora no se me ocurre otra cosa más, pero bueno, ya tenemos las puertas abiertas, que es muy importante ...

L2: ¿Tenéis hilo musical? La compañera nos comentó que no ...

E2: No, no tenemos hilo musical y no tenemos medidor de sonido. Cuando hay una contaminación acústica ... porque somos mucha gente ... porque somos, en cada turno, 7... 4... 11 del personal de enfermería, entre auxiliares y eso... luego los celadores ... y bueno, a veces el tono ... si habla una persona vale, pero si hablan todos a la vez... más los médicos ... entonces, yo sé que hay unas UCI que tienen un indicador que cuando hay mucha contaminación acústica, mucho ruido, se enciende y, entonces, lo ves que se enciende, y bajas un poquito la ... no hablas tan alto, y... bueno, pues eso. ¿Qué más me habías dicho?

L2: Hilo musical....

E2: Ah, hilo musical no tenemos. Yo pienso que lo del hilo musical es un poco incompatible con las alarmas. Pero bueno, intentamos poner música a los pacientes ... yo intento **preguntar a las familias si al paciente le gusta** la música... qué tipo de música, si la **pueden traer** en unos auriculares, por ejemplo...A veces ponemos el ordenador, también, con una cadena de música.... Eso sí que intentamos, pero hilo musical no hay.

L2: Y, la familia, nos comentaron que no la implicáis en el cuidado del paciente como tal. Es decir, no ayudan a hacer los cuidados, como la higiene, la cuña ... todo esto

E2: Bueno... claro, es que son pacientes que ... si **están muy críticos**, claro, a la familia les da miedo, pero yo pienso que cuando están mejor, si están despiertos, sí que intentamos que se implique la familia, a mí me gusta, sí sí. Pero cuando están **muy críticos**, es verdad que vamos tan rápido, que ... no sé, pero bueno, no estaría mal implicar a la familia, pero yo pienso que vamos por partes. Primero, vamos a implementar bien el protocolo, y luego ya ... pero yo pienso que sí se implica. Les dices ... lo que pasa que a la gente le da miedo. Por ejemplo, a la hora de comer, cuando llega una una traqueostomía, por ejemplo, pues tú les dices, si queréis le podéis dar de comer. Entonces, tú ya te has asegurado que no se va a atragantar, porque has mirado el neumo, y tal ... y les das un poquito, y les dices: "Veis, tenéis que hacerlo así para que no se atragante, con la cabeza para adelante", para que ellos pierdan el miedo. Pero hay gente que le da cosa, que le da miedo, que piensan que se va a atragantar o ... les da un poquito de respeto, pero bueno, estaría bien. Yo, por ejemplo, hay muchos familiares que **les hacen masajes en los pies**, entonces, les damos un bote de crema o les dejo un vasito con agua, les doy unas gasas, y ellos van mojando... no sé, yo pienso que a veces sí que dejamos hacer alguna cosa, pero bueno, también nos sabe mal, porque parece como si tú no hicieras tu trabajo, pero no estaría mal que ellos se implicaran más... si ellos también quieren, claro. Si a ellos les da miedo, no. Pero sí que ves familiares que tienen como más iniciativa, ¿no?, sobretodo las mujeres ... no sé, el tema del género ya no sé, ahí no me meto, eh. Pero... los hombres también, eh, pero se

implican más cuando ya están mejor, cuando ya los ven mejor ... yo qué sé, a veces, estamos levantando a un paciente, o acostándolo, y hay un familiar ahí, y le dices: aguanta un momento la sonda, y ellos vienen, encantados. Pero bueno, ya les ves que van con miedo de a ver si se le va a salir la sonda o algo, y ahí ya ves si al acompañante le da cosa, o no. Y ya no le pides más, ya sabes hasta dónde puede llegar.

L1: Y... según los estudios que hemos leído, se ve que en la última década ha habido pocos cambios significativos a la hora de abrir las puertas de las UCI. ¿Qué crees que dificulta más este cambio?

E2: Bueno, pues quizás el tema de, claro ... el tema de ... yo, lo que sí que he oído que, por ejemplo, las encuestas que se hicieron a la implantación, claro, la gente tenía mucha deficiencia, pues a ver, que hay **familias que son más conflictivas**, quizá, había miedo a que se desprestigie nuestro trabajo ... pero bueno, si tú estás segura de que tu trabajo lo haces bien, no hay que tener miedo, ¿no? En teoría... pero bueno, eso también te obliga a hacer las cosas como las hay que hacer, bien. Entonces, yo pienso que si tú trabajas bien, no tienes que tener miedo a que la familia esté delante. Si eres una persona segura de tu trabajo, pues ... lo harás bien, esté la familia o no esté la familia. Puede dar un poquito de inseguridad, quizá, pero bueno, yo en ese aspecto, al contrario, me gusta, porque así creo que **van a valorar más el trabajo** que hacemos. Porque claro, ellos llegaban ahí antes de la implementación, claro ... ellos no ven lo que hacen, ellos llegan a la visita y nosotros no estamos ahí ... haciendo cosas. Lo hacíamos todo, y cuando pasaba la familia, pues no hacíamos nada delante de ellos. Y claro, a lo mejor se piensan que no hacemos nada, porque estamos ahí ... mira estas que no hacen nada. Entonces, ahora con el acompañamiento **ellos ven lo que hacemos**. Ven que los cambiamos, que los movemos cada 2-3h, cambios posturales ... les lavamos la boca, les lavamos los ojos, les curamos las heridas, hacemos las curas pertinentes, les aspiramos los mocos... **era un trabajo invisible** hasta ahora.

L1: Ahora pueden ver todo el trabajo que hay detrás ...

E2: Claro, no estamos sentadas, hacemos muchas cosas, que ellos **no las veían hasta ahora**. Y nada, pues eso ... bien, jeje, para mí bien. O sea, la opinión, para mí, es que lo teníamos que haber implementado antes, que es beneficioso, así como resumen. Hay alguna pregunta más?

L1: Sí ... pero tranquila.

E2: Pues eso, que se tenía que haber implementado antes, que se tenía que **hacer visible nuestro trabajo**, que va a beneficiar al paciente a todos los niveles, y a la familia, **disminuyendo la ansiedad** en la familia, **el estrés**, **los miedos** que puedan tener. Y, claro, también, durante el acompañamiento te hacen preguntas, y bueno... no es lo mismo ir 3 veces al día 1 hora, que entrar a las 12:30 ... es que claro, tú hasta las 2 no podías entrar antes, ¿no?, y luego por la tarde, de las 4 hasta las 9 y 15 no podían entrar. Entonces, claro, en ese tiempo, ellos no paraban de pensar cómo estará. Entonces, ahora, cualquier cosa, pregúntanos, lo que necesites, entonces eso **reduce el nivel de ansiedad** en la familia, vamos ... y entonces, bueno, pues eso, a mí me parece bien y se tenía que haber implementado antes. Y al paciente, bueno, al paciente ya por descontado.

L1: ¿Y no crees que se vulnera, a veces, la intimidad? Por el hecho de que al ser todo de cristal, cuando entra alguien, que pueda ver a otros pacientes ...

E2: Eso es un tema que también **nos hace perder un poco de tiempo**. Porque claro, va a pasar un acompañante, tienes que mirar que alrededor no haya **ningún paciente que esté desnudo**, o que le estén haciendo un cambio postural, o que se haya ensuciado ... ese también es otro de los temas que he comentado al principio que **se pierde mucho tiempo**. Estás haciendo una cosa... oye, estaba preguntando el familiar del paciente tal si puede entrar. Pues tú tienes que **dejar de hacer lo que estabas haciendo**, decirle a la compañera: mira, mira a ver si hay alguien desnudo o algo ... entonces, puede pasar. Y ya es un **tiempo que pierdes**. **Hay que respetar la intimidad de los demás, pero bueno, para esto están las puertas, también, para que se pueda tener intimidad. Entonces, yo intento, eso, cuando hago alguna cosa, y es horario de visitas de acompañamiento, cierro las puertas de mi**

box, para que no vean al paciente. Cuando acabo, la abro ... pero requiere más atención, claro, tenemos que **respetar la confidencialidad, la intimidad, la privacidad, y todo.** Eso también es importante.

L2: Y, ¿por dónde crees que tendrían que empezar las otras UCI para abrir los horarios?

E2: ¿Por dónde tendrían que empezar? Bueno, pues quizá por un preguntarle a los familiares, ¿no? Si creen que el horario que hay es suficiente, o no, que es por donde empezamos nosotros, también. Nosotros empezamos haciendo un trabajo sobre esto, sobre el acompañamiento familiar, preguntando a las familias si era suficiente, si querrían estar más tiempo con su familiar ... y nos dijeron que sí, que les parecía muy insuficiente. Y, entonces, bueno, sobretodo cuando el paciente era Exitus, pensaban que si le hubieran dejado estar más tiempo con él, estos días... entonces eso nos abrió para implementar las puertas abiertas. Sí que es verdad que empezamos por ahí nosotras, preguntando a la familia. Y ellos querían estar más con su familiar, que enfermería le ayudara a comunicarse con su familiar, y bueno, ahora no recuerdo, pero habían muchas cosas que estábamos intentando llevar a cabo.

L1: Y, así para terminar, ¿cómo esperas que sean las UCI en un futuro?

E2: **Más humanas.** En espacio físico, más humano el personal, con **más luz natural**, ee... con **menos ruido**, que el paciente lo que necesita es descanso, no necesita ruido. Mm... bueno, puertas abiertas, quizá, probablemente, puertas abiertas todo el día, ee... y también por la noche, porque por la noche no hay acompañamiento familiar, eh. Y ... bueno, pues eso, el espacio físico hay que mejorarlo, e intentar, dentro de **la tecnificación** que hay, **hacerlo más humano** todo. Creo que tendría que ser así. No sé, seguro que me dejo alguna cosa, que luego me saldrá cuando ... pero bueno, mejorar los espacios físicos, que el profesional, pues ... también sea más humano, aunque ya considero que es humano, eh ... pero siempre se puede mejorar. Y ... bueno, también, por ejemplo, al hilo de lo de la luz, pues **más salidas fuera del hospital** ... tendría que ser una UCI que puedas hacer **una terraza** ... para que pudieran **salir al aire libre**, los pacientes que puedan. En alguna ocasión se ha hecho, eh, salir.

L1: Lo del programa que sacaron, de “paseos que curan”.

E2: Sí, también ... ellos llevan tiempo haciéndolo, ya. Pero bueno, nosotros estamos en ello, también. Tenemos el programa de **movilización precoz**, no sé si os han explicado, bueno, que también es hacer deambular a los pacientes, con unas grúas que tenemos, y ... una silla que hay especial, que puedan llevar oxígeno, o respirador incluso. Porque, la vez esta que yo recuerdo que sacamos una señora a respirar, no llevaba respirador. Eso estaría genial, que pudiéramos tener un espacio que la misma UCI conectara con **una terraza**. También para **proteger la intimidad** del paciente, que no vaya por la calle ... eso está muy bien.

L1: Un jardincito ...

E2: Un jardincito, estaría genial. Que la sala de estar conectara con el jardincito, eso sería genial, pero bueno, para desdramatizar la estancia, yo qué sé. Eso estaría genial. ¿Qué más me habías preguntado? Es que me pongo a hablar ...

L1: Que cómo esperabas el futuro.

E2: Ah, el futuro, sí, pues eso ... luego, claro, nosotras vamos de blanco, a lo mejor cambiar el uniforme, hacerlo un poquito más... no sé. A lo mejor **otro color más** ... azul... no, azul tampoco, no sé, un color más así que salga un poquito de lo normal.

L1: Bueno, en EEUU hay incluso con estampados.

E2: En hospitales de niños también, más alegre... para evitar el síndrome de la bata blanca... no sé. Se podrían mejorar muchas cosas, hay que tener la voluntad de hacerlo, y eso hemos de implicarnos todos, para nuestros enfermos, que sobretodo queremos que se cure, que sane, y ... tenga las mínimas secuelas post-uci, que hay pacientes que tienen muchísimas secuelas, que esto también es otro tema interesante. Síndrome post-uci, está descrito, paciente con mucha debilidad muscular, por la sedación. Es lo que te decía, si logramos disminuir la sedación, lograremos disminuir las secuelas de

la inmovilización... estamos en ello, con el programa de movilización precoz, también. Pero que, bueno, hay muchas cosas que hacer, tenemos que implicarnos los profesionales, estamos en ello. No sé, ¿qué más queréis saber?

L1 y L2: Por nuestra parte ya está todo.

E2: ¿Sí? Bueno, espero haberos aportado información, ¡yo hablo mucho eh!

Entrevista E3

L2: ¿Cómo describirás el trabajo de una enfermera en la UCI?

E3: Bueno, el trabajo de una enfermera de UCI es muy estresante, muy estresante. Porque hay mucha carga de trabajo físico y emocional, mucho, mucho, mucho... Y cada vez tenemos más carga de trabajo, porque tenemos más responsabilidad, y cada vez tenemos que tener más conocimientos, nos exigen más. Muy estresante, la verdad. Cuando parece que te has acostumbrado, que llevas un tiempo, que parece que lo llevas mejor, no. Son rachas, tenemos rachas. También hay mucha carga de trabajo, no se nos valora tampoco mucho... Se nos considera... A la hora de tomar decisiones no se nos tiene muuuy en cuenta. No sé, para mí es estresante. Para mí es uno de los sitios más estresantes que hay de todo el hospital. Y he estado en otros servicios ¿eh? Pero ese es muy estresante, porque tenemos mucha responsabilidad, y realmente después poco reconocimiento. Ni a nivel de jefatura, ni de compañeras, ni nada... Y hay mucha separación entre los mismos compañeros, no hay un equipo de trabajo, hay un equipo de trabajo que es muy bonito desde fuera, que sí que están los médicos, las enfermeras, las auxiliares, los celadores... Pero después no existe ese equipo. eeeee... no sé. Estresante, en resumen.

L2: ¿Y qué te hizo decidir trabajar en la UCI en vez de en otro servicio?

E3: Bueno yo no decidí la UCI. Yo creo que casi nadie ha decidido estar en la UCI. Muy pocas enfermeras deciden estar en ese servicio. Lo que pasa es

que... enfermería es una carrera realmente general, no es ninguna especialidad. Y como siempre andamos de los contratos... ahora te dan este contrato, ahora te dan estas condiciones... Pues te vas adaptando a las circunstancias en las que estamos. Y a mí me dieron el interinaje para trabajar en la UCI, pero yo... había trabajado en la UCI antes de noche, días sueltos... Pero no había trabajado nunca antes en la UCI. Porque me tocó, no se lo... no es que yo lo eligiera ¿eh? No es un servicio... ahora sí, después a lo largo de los años, el tiempo de... de trabajo... Aunque no deja de ser un trabajo bastante **agobiante**, pero después lo quieres, te gusta, porque aprendes mucho, te sientes realizada profesionalmente, no se... Hay buenos compañeros, aunque sean de tu mismo rango. Hay algunos que te llevas mejor, con otros peor... Entonces te acostumbras. Es que yo creo que realmente nuestra profesión es acostumbrarte aaaa... a cualquier servicio que estés. A ti a lo mejor te gusta pediatría, pero a lo mejor descubres que te gusta también geriatría. Porque lo has trabajado. Es que ahora mismo desde fuera parece que lo más bonito es pediatría, pero... Cuando empiezas a trabajar te das cuenta.... O oncología por ejemplo, que es un servicio que casi nunca le gusta a nadie, hasta que no lo conoces. Pues nos acostumbramos. Nos acostumbramos. Es por costumbre no porque yo lo haya decidido estar en la UCI ¿eh?

L1: ¿Y ahora que llevas unos meses ya con el cambio del horario de visitas, como describirías el antes y el después?

E3: Pffff...¿El antes y el después? Bueno es que realmente nosotros antes... **Siempre hemos permitido que pasara la familia, siempre hemos permitido que pasara la familia**, lo que pasa es que dejamos pasar a los familiares de pacientes que a lo mejor llevaban meses ingresados, que llevaban mucho tiempo ingresado, o pacientes que estaban agitados, o despiertos, o por ejemplo los de cardio, que están aburridos, que no saben qué hacer... Que tienen a sus familiares fuera... Pues entonces **siempre dejábamos a una persona en particular** que estuviera acompañándolo. Pero es que ahora al haber empezado este nuevo protocolo... Es como... mmmm... Que ya es por obligación, estamos como obligados a tener que dejarlos, y ellos se ven como... Los familiares se ven con el **derecho de poder entrar a cualquier hora**, y... De

ver a su familia. Independientemente de que familia sea, a lo mejor es una vecina que se enterado que está aquí su vecino, y **viene a verlo a cualquier hora**. Entonces yo para mí; No tampoco como estaba antes, no me gusta tampoco como estaba antes, porque no había ningún control ninguno era solamente dependiendo de la enfermera, si tenía ganas o no tenía ganas de dejar a su familiar acompañándolo. Pero un poco más controlado. Es que el protocolo ese no se está llevando a cabo, realmente se ha permitido que sean horas de visitas a partir del 12:30 del mediodía, y **no es hora de visita** a partir de las 12:30 del mediodía. Es acompañamiento. Y por más que se lo explicamos a la gente no lo entienden, **no lo entienden que es acompañamiento. No es hora de visitas**. Después ven a lo mejor entrar a dos... Hay un paciente que a lo mejor que tiene tres familiares dentro, vas y se lo dices: "Perdona es que tenéis que estar solamente una persona, dos como mucho" "No es que está sola" Bueno te explican veinte mil cosas, y casos a lo mejor en concreto que tú dices: "Venga vale te dejo" Otros de al lado ven que esos son tres, pues entonces van y se meten tres también. **Tienes que ir detrás**. Entonces parecemos **guardias de seguridad**. Es que por eso os digo que realmente enfermería tiene mucha carga en la UCI, es que se tiene que encargar de todo. Se tiene que **encargar de los familiares**, de si entran o salen, de si pita una máquina, de si el compañero está o no esta, de... Entonces tienes... Nos sentimos **guardias de seguridad** desde que está el protocolo de lo de las familias. Porque es que **entran a cualquier hora**. Y **entran varias persona**, entran gente que ni saben dónde están sus pacientes ingresados, se pasean por la UCI, **miran de box en box**, buscan a ver si le reconocen las caras... **Y les regañan**... No es que les regañes, es que uff... Les llamas la atención, lo que pasa es que tú se lo dices... Es la primera vez que se lo dices a esa persona, pero justo detrás se lo has dicho a un montón de gente, **y ya se lo tienes que decir de malas maneras, cabreao...** No sé, a mí no me termina de convencer el protocolo este. No sé yo. Yo creo que **deberíamos de controlar** un poco más, o que se encargue una enfermera en particular. O enfermera o cualquiera del equipo de enfermería; Un celador, o un auxiliar, o...o **alguien que se encargue** a la hora, por ejemplo, nosotros tenemos a las 7 de la mañana, de 7 a 8 es hora de visita. A las 8 se tienen que salir y a las 12:30 es cuando empieza el

acompañamiento hasta las 11 de las noches. Bueno pues a partir de las 12:30 que haya una **persona en particular en la puerta**, diciendo nombre por nombre del paciente y que, entre un acompañante, y explique en ese momento en grupo: "Que solo puede pasar una persona, y que si tuvieran que salir o entrar que nos tienen que avisar" Por respetar la intimidad del paciente. Que es realmente lo que **están perdiendo, la intimidad** de los pacientes. Bueno la intimidad de los pacientes y parte de la higiene de una UCI. ¿No? Porque nosotros, por ejemplo, hacemos todas las técnicas estériles... Todo es estéril, hacemos una cura de una vía central, es estéril. Hacemos una cura de una herida, es estéril. Ponemos alguna medicación particular, tiene que ser estéril... Y ahora entra 7 o 8 familiares a la vez en un box, pues es como que pierde el sentido de que nosotros seamos tan higiénicos, tan limpios, y cuidando tanto las cosas cuando se pueden entrar 7 o 8 personas. No sé, yo no quiero ser **guardia de seguridad** en la UCI. Es la sensación que tengo yo y que tenemos la mayoría de los que trabajamos allí. Y al final **terminamos hablándole mal a los familiares**, que después te sientes hasta mal. Porque claro tú dices: "Hostia es que le estoy hablando..." Pero es que me da igual, es que ya llega un momento en el que tú dices: "Otra vez te voy a avisar, que **no podéis estar 4 en la habitación**" Ya incluso **nos pelamos entre nosotros**, porque claro a lo mejor... Algún familiar en particular te ha dicho: "Mira es que estamos fuera, venimos justo a verle, nos tenemos que ir..." Tú se lo permites, viene otra compañera detrás, te dice: "Oye en tu habitación hay 4... Es que claro en la mía no pueden entrar, porque les he dicho que no pueden entrar. Pero están viendo que tu habitación hay 4" **Tenemos que dar muchas explicaciones**. Es como que tenemos que dar muchas explicaciones. ¿Por qué te tengo que dar yo tantas explicaciones? Si pueden entrar porque yo se lo permito, pues que entren. Y si no pueden entrar, no los voy a dejar entrar. Otra cosa es **que se cuelen**, yo ya estoy harta de haberles llamado la atención 20 y les diga. Pues que entren ya. Porque es que estoy harta de **decirles una y otra vez que no entren**. Que es lo que nos pasa en la UCI con lo de las familias. Pero bueno no se...

L2: ¿Consideras que hay una falta de información para los profesionales, sobre la abertura de puertas? ¿No se hizo una reunión?

E3: Bueno aparte de que no se hizo realmente, yo en esa reunión no he estado nunca ¿eh? Pero también creo que cuando se propuso esteeee protocolo... Bueno primero se propuso y nadie sabíamos que se iba a hacer ese protocolo. Eso para empezar... Una vez que lo estaban haciendo, que ya nos enteramos que se estaba haciendo ese protocolo. Cuando se instauró, yo en particular en esas fechas no estaba. Entonces se empezó a hacer el protocolo, no sé si realmente se lo explicaron a la gente bien o no. Yo **no creo que no haya conocimiento del personal** de ese protocolo. Todo el mundo sabemos cuáles son los horarios de vistas y cuando son de acompañamiento. Sí que a lo mejor todo el mundo, como la **UCI es un servicio en el que circula mucha gente nueva, mucha gente que son retenes, o que vienen los fines de semana, o que vienen días puntuales solo a la UCI...** A lo mejor esa gente en particular no les ha informado a los familiares los horarios de visitas. Y aunque los hayan informado otros enfermeros que hayan estado más veteranos, la gente también se acostumbra, bueno se acostumbra... Se aprovecha de que hay alguien nueva... para decir: "Venga pues ahora me voy a meter que esta no me regaña no me dice na" Yo creo que **por falta de información del personal no es,** es una parte también de... Parte del pasotismo del personal, que el personal, mucho personal pasa... Y porque tampoco consideramos la mayoría del personal que tengamos que dedicarnos a echar a la gente y **decidir quién entra o quien sale,** ni que tengamos que **controlar tanto** lo de los familiares como ahora, pero... También es que hay mucho aprovechamiento de los familiares. Yo creo que ese protocolo todo el mundo lo conoce, lo que no les interesa tampoco a nadie echar a los familiares tampoco. Así que yo creo que, que lo que le **haría falta es un control** a la hora de las visitas. Ya está. Y a lo mejor volverlo a informar otra vez a los que trabajamos en la UCI. Que otra vez nos **vuelvan a hacer una sesión.** Yo creo que tendría que debería de haber una reunión, o volverlo a explicar. Porque todo el mundo lo sabemos, una reunión en la que nos dejaran claro realmente si esto va a seguir así, o si esto va a haber algún cambio de algo... Porque si seguimos así se va a terminar cerrando las puertas. Porque no podemos permitir **que entre todo el mundo a la hora que le dé la gana.**

Porque es que ya **entran a la hora que les da la gana,** porque a lo mejor un fin de semana, **somos más permisivos,** a las 10 las 11 de la mañana ya hemos

terminado de hacer higienes, a lo mejor están más o menos controlados, pues si hay un familiar fuera te sabe mal. Que están esperando fuera: "Venga entra, no importa" Pues como les dejas entrar ya entra el resto. Porque claro te sabe mal. Pero yo creo que **debería de haber una reunión**. Para que, realmente intentar buscar un cambio, que el protocolo está muy bien, porque es acompañamiento a un paciente de UCI. Pero de que lo hagamos de otra manera, **que no se vuelva a responsabilizar a las enfermeras** de controlar las visitas de los paciente, porque **es otra carga más** para enfermería. Porque nadie más se encarga de decidir. A lo mejor algunas auxiliares están más encima: "Pues mira no puedes entrar, o no..." Pero casi nadie, casi nadie... Casi siempre te tienes que **encargar enfermería**, entonces enfermería está harta de tener **tanta carga de trabajo**, que la verdad es que pasamos, que decimos: "Bueno pues ya está, ¿qué tiene que haber 7 personas ahí? Pues que se queden 7 personas" " ¿Que son la 1 del mediodía y están aquí 7 o 8 personas? Pues 7 o 8 personas me da igual" Y es así, pero **no es por falta de conocimiento**, es por falta de... De **explicarnos claramente** quien se tiene que encargar de eso. Porque la gente se ve que leyéndolo no lo entiende, ni explicándoselo cuando te llega un ingreso, porque te llega un ingreso tú le explicas los horarios y parece que te entiende perfectamente, pero después pasan también. Porque si una enfermera sí que lo hace, pero otra enfermera no lo hace. Pues ellos se agarran a la que es más permisiva. Pero bueno...

L1: Porque claro si das esto, te cogen esto. (señala el dedo y luego el brazo)

E3: Claro, si tú tienes a una enfermera que tiene súper estricto con las visitas, pero luego en el siguiente turno tienes una enfermera que es permisiva, que te permite estar el tiempo que quieras, todo el mundo que quieras, pues... ¿A quién se van a agarrar? A la más permisiva. Y es normal, porque si tú vas a un sitio en el que uno si te lo permite y otros no, tú dices: "Esta gente no tiene control ninguno, que les den" A lo mejor mientras está una no voy a entrar, pero ya sé que en el siguiente turno **me puedo colar**. Está quien esté. Es que es así.

L1: ¿Y no habéis tenido la opción de decidir, un poco entre todos los profesionales que trabajáis, si se hacía o no? ¿O cómo se hacía?

E3: No, no nono... Ya os digo, el protocolo se empezó a hacer, supongo que, porque ya estábamos, que teníamos a gente que estaban acompañada y veíamos que realmente los pacientes lo necesitaban. Porque ya os digo que hay muchos que se tiran meses ingresados, pues entonces tu les dices: "Pues venga" Esta su mujer, su marido, su hijo, su hija, sus primos... Quien sea. Y se les veía que **estaban mejor, a lo mejor muy nerviosos**... Pues a través de esto se hizo el protocolo. Ese protocolo nosotros no nos enteramos que se estaba haciendo, pero bueno, no es mala idea. Es lo que os digo, no es mala idea, pero se instauró. A lo mejor **no hubo la información suficiente**, podrían haber informado un poco más, al final todo el mundo nos hemos enterado de los horarios... Porque yo incluso **sin estar en la reunión se cuales son los horarios de visita, cuales son...** Y de que va el protocolo. Pero a lo mejor nos lo **deberían de haber explicado más**, no solamente en que va a consistir el protocolo, sino **quien se va a encargar de controlar las visitas** de los familiares. Y de vigilar que el paciente esté con un familiar o con otro familiar. Yyyyy... Y deberíamos de haberlo consensuado, en vez de **instaurarlo ya del tirón**, sin ni haberle preguntado al resto del personal que nos parecía. Pues a lo mejor sí que nos tendrían que haber hecho una reunión para decírnoslo, pero en la UCI las reuniones, se ve que no se llevan. No se llevan. Se hacen protocolos nuevos, se instauran cosas nuevas y se asignan directamente y ya está, y tú te lo comes con papas. Y dices: "¿Anda esto que es nuevo? Pues venga a tragar" Y es así.

L2: ¿Y dentro de los cambios has notado algún efecto positivo en los pacientes, al abrir las puertas?

E3: Bueno positivo no. La verdad es que no. No. No porque hay veces que los veo... Si saben que hay familia fuera están como pendiente todo el rato del familiar ¿No? "¿Va a entrar mi hermana, va entrar mi madre, va entrar...?" Y es como una obligación que ellos... Una obligación para nosotros dejar a su familiar pasar, y como que no... No confían tanto en nosotros, a lo mejor no se... No están tan pendientes de nosotros, a lo mejor si a lo mejor, yo lo trato

como, porque nosotros enfermería los tratamos a lo mejor, como estamos tan a pie de cama, tenemos mucha relación con los que nos podemos relacionar claro. Dentro de lo que es un marco de UCI. De los que nos podemos relacionar. Si tú tienes una charla con el paciente, que a lo mejor te explique sus problemas, o sus problemas personales... Como le dedicas más horas, pues a lo mejor no hablan tanto con nosotros sobre sus problemas si tienen familiares. Pero aparte... Es que de todas maneras un paciente de UCI que necesitaba que estuviera su familiar dentro o que lo exigiera él, o que nosotros veíamos conveniente que estuviera un familiar dentro. **Ya se hacía antes.** Entonces realmente cambios no, ninguno, porque **ya se hacía.** Si nosotros veíamos un paciente que **estaba súper intranquilo, mal, o negativo** total, y que te preguntaba todo el rato por su familiar. Ya decíamos a su familiar las horas de las visitas: "¿Os podéis quedar si queréis? Que yo te dejo, si quieres **te puede quedar todo el turno y lo acompaña aquí todo el rato**" Eso si explicándole: "Si necesito que te salgas te sales" "No, no te preocupes" **Ya lo hacíamos antes.** Lo que pasa es que, sí que es verdad que no se hacía con un protocolo, **pero se hacía.** Entonces no es que hayamos de no haber nadie, a estar todo el mundo dentro. Lo que hemos pasado es de tener a un acompañante, a tener a 3 o 4 acompañantes a partir de las 12:30 de la mañana. Además, es que vienen a las 12:30 de la mañana, los familiares. Entran y **ya entran varias personas,** y tienes que **estar tú en la puerta:** "Podéis pasar uno" "Hea ya está la estúpida esta aquí" Como diciendo: "Ya está la que controla las visitas" Y después a la mínima que tu das vuelta, se abre otra vez la puerta y otra vez **se cuelan.** Entonces realmente yo cambios no he notado. He notado cambios... Para el paciente igual, si está acompañado para el paciente igual, pero **para nosotros peor.** Porque nos sentimos que nos engañan, que tenemos que **estar persiguiendo a la gente...** Es manía persecutoria: "¿Cuántos pacientes... ¿Familiares tiene el 1, cuántos tiene el 2? Venga vamos a echar..." Estamos todo el día **peleando con los familiares,** cuando realmente no debería de ser así, tendríamos que tener una relación normal, cordial... Es que somos cuidadores los dos, uno y otro... Uno de una manera y otro de otro. Pues no, tenemos que estar **peleándonos con los familiares.** Así que yo mejora no veo nada. Nada.

L1: ¿Entonces sobre las visitas infantiles qué opinas?

E3: Ufff... No, tampoco estoy de acuerdo con las visitas infantiles. También **depende de la edad**, por ejemplo, es que ahora mismo no sé si es exactamente si hasta los 16 años en la UCI. Yo a lo mejor un niño de 10-11 años no me importaría dejarlo pasar. A ver a su padre, a su madre... No me importaría verlo pasara, lo hemos dejado pasar también. A niños los hemos dejado pasar en la UCI, no es tan estricto de que no se permita. Una cosa es que no esté recomendado y otra cosa es que no se permita. **Nosotros hemos dejado pasar niños, ahora niños ya chicos, no..** De chicos de 4 o 5 años o de bebés... No, yo no estoy de acuerdo con que pasen niños. **Depende también de la situación**, si es una situación mal, que sea por ejemplo un enfermo terminal, o que tenga una limitación, o que sepamos nosotros que realmente no va a salir de ahí... Y quieren ver a sus nietos, quieren ver a sus hijos, que se haga a lo mejor. Se les deja, pero que se puedan a cualquier hora, en la hora de visita los niños, yo no estoy de acuerdo con eso. Porque ya entonces eso ya sería mortal. Un niño correteando por la UCI, no. Yo eso no lo concibo. No entra en mi cabeza.

L2: Eso no está pagado ¿No? (ríe)

E3: No, no, no... Poner que no, que no se permita. (ríe)

L2: ¿Y de la estructura física de la unidad, crees que ya se construye pensando en toda la maquinaria, el tipo de paciente, las visitas, y todo?

E3: Bueno la estructura de la UCI está bien ¿eh? Está bien porque está puesto como una U o un círculo ¿No? Y la salita nuestra, el personal de enfermería está como en el centro, entonces realmente tenemos visión general de todos los pacientes. Lo que **no está preparada es para las visitas de los familiares**. Porque la UCI las puertas... ¿Yo no sé si habéis visto vosotras la UCI de aquí?

L2: No, pero hemos leído como es.

E3: No la habéis visto, bueno pues son todos de cristales. Son boxes de cristales grandes, entonces tu entras... Nosotros estamos aquí (señala un lugar en la mesa) Pues la entrada es por aquí (señala otro lugar en la mesa) aquí ya

directamente hay dos boxes, 12 y 13. Dos pedazos de cristaleras impresionantes, **se ve todo el paciente entero, entero**. Sigues pasando por aquí, si tienes que llegar al 6, que es el de aquí de la esquina, **te ves a todos los pacientes** de esta parte. Entonces yo creo que deberían de **respetar un poco más la intimidad** de los pacientes. Deberían de poner o cortinas o los cristales estos opacos, o alguna... de alguna manera que tuvieran **un poco más de intimidad**, porque es que además la gente por lo general somos muy cotillas. Entonces la gente no es capaz de ir así recto mirando para delante hasta llegar a su familiar, no. Van **mirando para los lados**, a ver **qué es lo máximo que pueden ver**. A ver qué es lo que más le traumatiza, para no poder dormir esa noche. Porque es que son así, son descarados. La gente es muy descarada, **se ponen a mirar los boxes**: "Mira esta como va, mira..." Son súper descarados, la gente es muy descarada. Y tú a lo mejor estas dentro los están mirando directamente a los ojos y te miran directamente a los ojos. Te desafían, que tú dices: "madre mía". Que en esos momentos tú dices: "¿Que miras? ¿Que estás mirando?" Te dan ganas de decirle eso. Yo creo que, para nosotros, para nuestro trabajo, está bien distribuida, y está bien mirado. Para **todas las maquinas** que tenemos también. No que no está preparado es para la hora de visitas. Porque aparte de que hasta poco **no había una zona determinada para informar** a los familiares, por ejemplo. Antes a los familiares, bueno se les sigue **informando delante del paciente**. Que, si que el paciente lo debe de saber todo, obviamente. Pero es que... Muchas veces a lo mejor el médico está **hablando con los familiares en la puerta**, y se están enterando los otros familiares, también se están enterando. No es por la intimidad de que no se entere el paciente, que el paciente se va a enterar. Si no es que se enteran todos los familiares. El de al lado se entera también, entonces una zona que puedan dirigir para que les informen. O que los boxes estén un poquito más reservados, para que tengan un poco de intimidad ¿No? Yo que sé, es que yo me imagino como paciente en la UCI. Y yo si me despierto y veo que estoy metida en el 12 o el 13, por ejemplo, que son **los que más se ven**. Y... Veo que estoy ahí ingresada y a mí me traumatizaría. Sabiendo cómo sé que es la UCI. Que entra todo el mundo por ahí y que **todo el mundo te miraría**, que el de al lado se enteraría de tu pronóstico y de todo. Porque allí cuando se informa, sí

que se mete dentro de la habitación, hablan bajito tampoco están pegando voces, pero **muchas veces informan en la puerta**. Porque a lo mejor les van a decir una cosa ya más seria, y no quieren que se entre el familiar. Y **le explican en la misma puerta** de la habitación, en esa misma puerta hay otros familiares, a los lados, entonces... Yo creo que los boxes deberían estar preparados un poquito más para respetar a los pacientes. Si yo fuera usuaria ¿eh? Otra cosa como nosotros, nosotros nos viene súper bien que este todo abierto, lo vemos todo perfectamente, no tenemos que estar mirando para arriba para abajo si se ve bien el monitor, o no se ve, si hay familiares o no... Porque lo tenemos todo abierto. Pero el paciente, madre mía, ese paciente en la UCI, **que te vea todo el mundo el culo**, **que te vean las tetas**, **que te vean si tienes un tubo**, **que te vean si tienes un pico**... Después a la hora de las visitas ¿no? Nosotros no tenemos un control de quienes son los que están entrando. Por ejemplo, tu entras... Nosotros hemos tenido casos de gente que tenía restricción de visitas, de algún familiar, o de algún conocido, pero nosotros como controlamos eso. Como controlo yo que tú a lo mejor no te hables con tu tío, y ahora resulta que viene tu padre a liarme a mí un pollo, porque he dejado pasar a tu tío. Yo que sé si tu tío puede pasar o no, ¿Yo sé quién es tu tío? Entonces te vienen a regañar como diciendo: "No es que aquí hay unas visitas que no queremos que pasen" "Bueno pues no venís ustedes a encargarnos personalmente de que esas personas no entren, aquí no hay nadie que se encarguen de quienes entran o quienes no" Yo no sé si la que puede entrar es tu hermana, tu prima, tu... Nosotros vemos de primera cuando viene un ingreso, los familiares más cercanos o amigos. Pero después nosotros no podemos tener un control de los familiares. De quienes son los que pueden entrar, los que no pueden entrar... Eso es una cosa que deberían controlar los propios familiares. Y sino los propios familiares, no el personal de enfermería, vamos creo yo. No sé, yo creo que si tú tienes en una UCI pueden entrar 2 personas, debería de **alguien que se encargue** de que paciente por paciente, solo entren 2 personas, y que sean personas autorizadas. Pero **no una carga más para enfermería**. Que es lo que parece que es. Pero no lo veo preparado la UCI, en relación con las visitas de los familiares. Lo deberían controlar mucho más. Que sí que está muy guay, muy bien, genial... Tener tus familiares. Porque yo estaría ingresada en la UCI

y estaría encantada que estuviera mi madre a lado, o mi novio, o un familiar mío... Por supuesto. Pero, **que lo controlen**, que, si pueden entrar 2 personas, pues que entren solo 2 personas. Que, si hay una hora de visita, que sea la hora de visita. Pero **no ahí como la rambla**: "Venga **entrar aquí todo el mundo**, todos los vecinos que hagan falta" "Si que la UCI ya está abierta, venga la UCI puede entrar todo el mundo" No... Pues entonces debería haber un cambio ahí. En lo de las horas de visitas hay un paso que se han saltado. No sé cuál es. Pero hay uno que se han saltado, y es muy gordo, que es el control de quien es el que entra o no entra. Y **quien se va a encargar** de que entre uno o que entren dos. Y deberían o informarnos a nosotros, y realmente decirnos quien es el que se tiene que encargar, o que **pongan alguien en particular**, o incluso que lo hagamos cíclico, nosotros lo hacemos todo cíclico. Nosotros, ahora, por ejemplo, somos código paro ¿No? Pues somos el paro, pues el paro es ahora una semana soy yo, otra semana eres tú. Pues bueno, pues una semana me encargo yo, otra semana te encargas tú, pero que es exactamente lo que tenemos que hacer. Y que controlemos un poco más lo de las familias. Yo es que desde que está... Todavía **me ha cabreado más**. Porque te tienes que **enfadar con los familiares**. Y nosotros no nos queremos **enfadar con los familiares**, pero la gente tiene la cara muy dura. Muy dura, muy dura... **Se cuelan a cualquier hora**, todos los que les parecen, nada más que ven la puerta abierta les da igual, **ni llaman al timbre**... Yo llegué a poner un cartel en la puerta que ponía: "Por favor, aunque estén las puertas abiertas, llamar al timbre" Y la gente no llamaban al timbre ni nada. Veían la puerta abierta y **se colaban**. Y te preguntaban, estabas tú a lo mejor haciendo una higiene, y te preguntaban. Entraban dentro del box y te decían: "¿Perdona, Fulanito de tal?" Y le tienes que mirar con una cara de odio, de tu decir: "¿Tú crees que es el momento y el sitio, para tu preguntarme en este momento, un familiar que no sabes ni dónde está?" Yo creo que eso no se debería de permitir en la UCI. Yo que sé, o a lo mejor estoy loca. Es que no sé qué habrán dicho las otras compañeras, pero yo no sé si a ellas les parecerá normal. Estarán contentas con este cambio de las familias. Pero yo creo que la gente no está contenta, con lo de las familias ¿eh?

L2: La gente va diciendo que "no"

E3: Yo creo que los compañeros, por lo menos con los que yo más me relaciono, no les parece bien. Ya os digo no es que no entren los familiares, que nosotros estamos de acuerdo con que entren los familiares, sino con ese **descontrol**. El **descontrol** de que **entren a cualquier hora**, el número de personas que sea, y como que tienen todo el derecho del mundo. Que si tú a lo mejor les dices: "No ahora mismo no puede pasar" "¿Porqué?" "Porque le estamos haciendo esto" "Es que vengo de Barcelona" Y digo: "De Barcelona ¿Y qué quieres? Que no puedes pasar, a mí me da igual de donde vengas, como si vienes de Cuenca, que no puedes pasar" Porque a lo mejor le estamos haciendo algo. "No es que tengo 5 minutos nada más" "Que te estoy diciendo que no entras, que me da igual, que no estás" "Bueno pues es que mi familiar..." Ya te empiezan con la lagrimita, y si no pasan 2 o 3 personas. Le permites a uno, después tienes que permitir a otro. Tío bastante carga emocional tenemos ya con los familiares vuestros, que **están fatal**. Y ahora tenemos que estar **peleándonos con vosotros**, porque queréis entrar toda la familia a la vez, y ya cuando va a informar el médico, el médico rodeado de familiares. Cuando el médico se tiene que... Tiene 2 o 3 familiares solo dirigirse a uno. En particular, intentar informar siempre a la misma persona. No 7 o 8 allí rodeando al médico, que los médicos estarán acojonados, que dirá: "¿A ver quién se me presenta hoy?" Pero tampoco dicen nada. Tampoco dicen: "Oye, esto no puede ser. Que nosotros estemos siempre informando a un montón de personas" Porque para informar tampoco debe de ser así tampoco. No puede haber 7 personas en un box para informar. Porque en la UCI siempre todos van a estar **críticos**, porque: "Es que mi madre esta mala" "Si aquí **están malos todos**, todos. Unos peor y otros mejor, pero todos están igual de **grave**, porque están en la UCI" Entonces si un familiar entra 4, aquí tus familias tienen que entrar 4, aunque ustedes os queráis más que nadie. Se lo decís los unos a los otros. Pero no. Tenemos que estar nosotros de **guardias de seguridad**. Así que ya sabéis en vuestro futuro de enfermeras, **guardias de seguridad**.

L2: ¿Y eres partidaria de cuando estás haciendo alguna técnica, de que salgan los familiares de la habitación?

E3: Yo depende, depende de la técnica. Por ejemplo, una técnica estéril, sí. Yo una técnica estéril, si voy a cambiar una nutrición parenteral, o si voy a hacer una cura, o yo que sé. Si porque si lo estoy haciendo estéril me parece absurdo, si yo tengo un gorro puesto, una mascarilla, guantes, todo el material estéril... Veo absurdo que este una persona allí, aunque está sentada lejos, me da igual, lo veo absurdo que una persona vestida de calle este delante, haciéndole yo una cura. Ahora por ejemplo si es una persona mayor que se ha hecho caca, o que se ha hecho pipi... Es su padre, su madre... Yo le pregunto al paciente si está despierto, que si le importa: "Esta aquí, ¿A ti te importa?" Si no le importa, a mí no me importa que se queden, no les voy hacer salir para cambiarle a lo mejor en un momento. O para hacerle un cambio postural, si se mueve mucho. Tampoco me importa, no voy a echar a la familia que le voy a hacer algo. Ahora si es estéril siempre los voy a echar, siempre. Pero no porque yo no quiera que ven lo que hago, sino porque me parece tonto, me parece una tontería que yo tenga tanto cuidado, pero en cambio haya una persona que venga de la calle. Que, a lo mejor esta resfriada, o tiene cualquier cosa, o tiene cualquier cosa infecciosas. Que nosotros no sabemos. Entonces yo siempre dejaré, casi siempre es cuando es gente mayor, que se mueve mucho, o gente que está muy nerviosa que se mueve mucho, que se ha hecho caca o pipi, o que lo tenemos que subir un poco, o que tenemos que ponerle algún suero en particular... No, eso no. O ponerle una vía incluso. Por ejemplo, si lo voy a sondar, los voy a sacar. Si le vamos a poner una vía me da igual que estén delante, si es para pincharlo en cualquier servicio, en cualquier otro servicio si vas a poner una vía no sacas a los familiares. También depende del familiar claro, si tú ves que el familiar te va a poner muy nervioso lo sacas directamente. Pero sino: "Te quedas un momento que lo voy a pinchar" Y ya está. Yo no, si a mí realmente la familia, me molesta su desorden. No que estén delante. Pero si ellos son su familia, ellos son los que se van a quedar encargados de ese familiar. A mí me da igual que tú le veas el culo, si a tu familiar no le importa claro. Si ellos te dan el consentimiento: "Si, sí que se queden, a mí no me importa" Pues entonces lo dejamos, ahora siempre preguntando al paciente. Si se puede comunicar, porque en la UCI hay mucha gente que se puede comunicar. No todos están sedados o dormidos, como

para no poder explicarse y poder decirnos si quieren o no que este su familiar. A veces que también nos damos cuenta que no quieren que estén sus familiares delante. Porque nosotros nos damos cuenta. Que se ponen más nerviosos cuando esta su familiar delante. Entonces hay veces que a lo mejor los echamos para decirle: "¿Qué te pasa? ¿Quieres que se vaya o estas más cómodo...?" Y incluso hay veces que nos dicen: "No dile que estoy dormido, que cualquier cosa" Porque se ponen nerviosos. Pero sino si tú te puedes comunicar con el paciente, y el paciente te da la autorización, yo a mí no me importa. Como no sea estéril la técnica, de hacerlo delante de ellos, me da igual. Pero sin niños.

L2: ¿Y crees que la presencia de los familiares te ayuda un poco más a comunicarte con el paciente?

E3: Depende, depende... Es que depende mucho del que tipo de paciente sea. Hay pacientes que no se abren tanto con sus familiares, entonces te sirve....A lo mejor **uno que tenga una traqueotomía, uno que tenga una traqueotomía** seguramente lo va entender su familia que yo. Pero a lo mejor hay gente que delante de su familia no exteriorizan su pena, o su tristeza que tengan, entonces te frena un poco más a comunicarte con el paciente, porque, como tú piensas que está ahí su familia. Como que lo están ahí acompañando, como que no necesitan a lo mejor un soporte emocional de tu decir: "¿Cómo estás, estás preocupada, tienes dolor, tienes...?" porque muchas veces también lo que les pasa es que, a lo mejor ellos tienen dolor, o están mal... Que pasa pocas veces. Y no se lo quieren decir a los familiares para no preocuparles, pero están mal y cuando tu entras y les preguntas, entonces te dice:"Que tengo dolor" O incluso familiares también que son muy prudentes, que te dicen: "No es que no te queríamos molestar, porque vemos que vas pa' allá, para acá... Pero lleva un rato que le duele" Es que depende de las circunstancias, hay momento que sí, la mayoría de las veces, te **sirven para comunicarte un poco más** con ellos. Pero hay otras veces que restan. Pero vaya la mayoría de las veces nos damos cuenta de cuando son, de cuando los familiares no te van a ayudar a comunicarte. Porque ya se ve en el trato que tienen con los pacientes, y el paciente con el familiar. A lo mejor están siempre callados o serios o....

pero que nos damos cuenta realmente, entonces aprovechamos unos ratillos que han salido porque estamos haciendo cambios. Y le preguntamos: "¿Oye y tu familia? ¿Y esta que es tu madre o que es tu hermana?" Entonces ya te hablan un poco y ya intentas tu saber qué relación tienen con ese familiar. Pero casi siempre nos sirven para comunicarnos con ellos. Pero vaya que si no estuvieran los familiares también nos podríamos comunicar bien con los pacientes.

L2: ¿Y de proyecto humanizando los cuidados intensivos? Supongo que habrás escuchado hablar.

E3: Humanizando... ¿Pero a que te refieres?

L2: Es de la humanización de las UCI, es un proyecto que se empezó en 2014, que busca la abertura de las UCI, el aumento de los horarios, el buscar unos entornos más agradables, de luz natural...

E3: Bueno eso a mí me parece perfecto.

L2: ¿Tú crees que se está llevando a cabo en la UCI en la que trabajas?

E3: Hombre aquí por ahora... Humanizando sí, porque lo de las puertas abiertas se considera humanización. Después lo de las luces, es que uff.... Es que este hospital es un poco viejo, no sé si en la UCI nueva, el nuevo proyecto está metido algo, que haya ventanas... O que tenga un poco más... Que puedan salir algún sitio en particular, porque nosotras hay pacientes que los movemos. Que salen de los boxes porque andan, o porque... con una sillita... Porque le hacemos la movilización precoz. Hay algunos, muy pocos casos, que le hemos podido sacar a la calle, para que les diera la luz solar. Pero... Está súper bien, el proyecto está súper bien, lo que no nos acompaña es la infraestructura de la UCI. Porque hay boxes en los que no hay luz. Muchos boxes en los que no hay luz. Y otros a lo mejor en los que luz hay un pedazo de bloque enfrente. Entonces tampoco... El proyecto en sí está muy bien, porque claro, no es lo mismo estar en UCI en la que tienes un pedazo de ventana, que no hace falta ver el mar ni nada de eso. Un bloque lejos, aunque sea lejos, que te dé un poco de la luz, que sepas si es de día o de noche.

Porque hay muchas veces que no saben si es de día o de noche. Y que tengan a tu familia genial. La idea es maravillosa. Pero claro la infraestructura no nos lo permite hacer eso. Yo si estoy totalmente de acuerdo que eso se llegue a hacer. Pero con un control, porque al final los cuidadores van a ser los familiares. Porque les vamos a decir: "Toma esto para tu familiar, esto para el tuyo..." Tiene que haber un cierto control de esas cosas. Porque la idea en si es muy bonita, pero después a la hora de llevarlo a la marcha es difícil de llevar. Sin que haya un cierto control, unos horarios, unas restricciones, depende del paciente, depende de la decisión médica o el equipo de enfermeras... No todo es lo mismo ¿No?

L1: Pero ¿qué crees que dificulta el avance de estos proyectos? Porque hace mucho tiempo que no avanzan las UCI de forma considerable aquí en España, están como estancadas. ¿Qué crees que lo dificulta?

E3: ¿Qué dificulta? Hombre, yo aquí la fundamental es la infraestructura. Fundamental. Aquí en la UCI, de aquí de Tarragona, es la estructura. Lo de la humanización... Bueno realmente lo de las puertas abiertas... Ya os digo ya antes realmente **estaba prácticamente casi siempre con puertas abiertas**. Lo que pasa que no estaba en un protocolo que le diera el derecho a la gente a hacerlo. O un proyecto que estuviera explicado. Yo creo que realmente son las infractoras, porque la mayoría de los hospitales son viejos. No invierten en sanidad. Realmente es la inversión, la falta de inversión es... Y la falta de recursos. No es la falta de ganas o la falta de motivación que tenga el personal, porque yo estaría encantada de trabajar en un sitio que los pacientes tuvieran todos una pedazo de cama, con las mejores prestaciones, con los mejores colchones, el material que no tengamos que pelearnos unos con otros, a ver si tú tienes un material y yo no lo tengo... Si llega o no llega, si tiene ventana o no tiene ventana, si el paciente se puede levantar si tiene un baño al lado o no lo tiene un baño, si tiene intimidad para poder hacer caca o pipi en la misma habitación, porque a lo mejor esta comunicada con otra. Es cuestión de falta de inversión en la sanidad. No es cuestión porque el personal. Trabajamos depende de las circunstancias en las que estemos. Si no hay estos recursos,

pues trabajaremos con los recursos que tengamos. Pero es falta del material, realmente, vamos...

L2: ¿Y si pudieras dar un consejo a otra UCI para abrir las puertas, por donde le dirías que empezaran?

E3: ¿Para empezar lo de las puertas abiertas? Bueno yo para empezar les diría que, se le informara al personal, que se informara al personal que se va a empezar ese proyecto, en qué consiste el proyecto. Porque a nosotros, por ejemplo, nos hicieron... Cuando empezaron con ese proyecto, nos pasaron como un cuestionario, de **que horas serían las mejores para nosotros** para que pudieran entrar los familiares a otra hora. Entonces dependiendo de los horarios que decíamos, pues sacaron pues una conclusión de que a partir de las 12:30 de la mañana, o a partir de las 4 de la tarde. Entonces yo creo que aparte de ese cuestionario, que está bien para saber cómo la mayoría de la gente los horario que nos vendría bien que entrara más familia, que se le informara al personal que se iba a hacer ese nuevo proyecto, en que iba a consistir y que hicieran mucho hincapié, mucho hincapié, a todo el personal para que todo el mundo se implique, que todo el mundo tenga la misma implicación, ya sea la de la limpieza, la del auxiliar, el celador, el médico, el que sea... Que haya un control de la familia, que entren sí, pero que....Que si por ejemplo nosotros vemos que va a entrar familia no nos hagamos los suecos y miremos para otro lado y dejemos pasar a la gente, no. Sino que preguntemos: "¿Que quiere? ¿Qué necesita? ¿Viene a ver?" Que nos dediquemos a los familiares, les preguntemos y que todo el mundo sepa que es lo que tenemos que hacer. Y que repercusión pude tener una u otra. Yo solamente diría eso: Que hicieran mucho hincapié en el personal, que todo el mundo se responsabilizara de eso. Y que todo el mundo lo hiciera, y que si no lo hacen que se les llame la atención. Que no me voy a encargar yo, que no voy a ser yo la mala de la película u otra persona, pero el resto de personas son permisivos, no. Que sea como obligatorio. Tú tienes que dejar pasar a la familia, pero **que todo el mundo tengamos esa responsabilidad** ¿No? Yo por ser médico ¿Que pasa que no me puedo encargar de lo de las familias? ¿O por qué sea celador? Te puedes encargas, no puedes ver familia entrar... "¿Dónde vais? No, es que

no podéis entrar, es que **no es hora de visitas**" Pero que todo el mundo lo sepa. No que solamente sean unos cuantos los que se tengan que encargar de eso. Pero de que lo hagan, sí. Por supuesto que lo hagan, porque tiene que ser, tiene que estar súper mal si tú tienes a un familiar tuyo en la UCI y que solo puedas entrar 3 veces al día. No sabes como esta, no sabes si de las 7 de la mañana o las 8 de la mañana, a las 2 del mediodía, tú no sabes cómo ha estado. Pues a lo mejor te lo encuentras fatal o te lo encuentras súper bien. Pero esas horas son angustiosas. Que yo lo veo muy bien que entren los de la familia, pero... Que si lo van a hacer en otros hospitales que se encarguen de formar bien al personal. Que no pase lo mismo que a nosotros, que nos va a costar la salud mental. Así que.

L2: ¿Y no os han pasado ninguna encuesta después del cambio para ver que veis bien, que veis mal?

E3: No. Es que realmente llevamos muy poco tiempo. Llevamos muy poco tiempo. Pero no sé si entrara eso en sus proyectos. No se lo he preguntado a quienes lo hicieron, **no sé si tienen pensado en algún momento pasarnos algún cuestionario.**

L2: Así por valorar un poco

E3: Por ahora no. No sé si está en sus proyectos. En sus proyectos futuro de la gente encargada de llevar a cabo ese proyecto. También nosotros se lo hemos dicho, la gente que a lo mejor estamos más en desacuerdo en el **descontrol**, se lo hemos dicho a la gente que lo hizo. Y lo saben.

L2: Que ha habido un feedback...

E3: Exacto. Que yo se lo he comentado a la gente que hizo ese protocolo. Yo le he dicho: "Oye lo de los familiares ¿No lo deberíamos de hablar? ¿Ustedes o pensáis que deberíamos de hablar este tema o hacer algo?" Y ellos saben... Incluso ellos están en desacuerdo en cómo se está llevando a cabo el proyecto. Pero no pasa nada. También nosotros estamos en un momento aquí en la UCI raro, porque no tenemos jefa, nuestra jefa como que tampoco nos tiene muy en cuenta. Entonces ahora estamos sin jefe en la UCI, no tenemos

supervisora. Entonces... Las reuniones como que tendieran que ser una cosa nuestra, como de parte de enfermera ¿Sabes? Decidir nosotros: "Oye nos vamos a reunirnos" Y eso no va a pasar.

L2: ¿Y que tampoco hay nadie que dirija un poco?

E3: No hay ningún líder que se encargue, al que yo me pueda dirigir, por ejemplo y decirle: "Oye, a ver si propones una reunión que hablemos sobre este tema" No hay nadie a quien dirigirse para preguntárselo, entonces es como que nos vamos calentando, indignando, esperando a ver si viene alguien, y a ver si en algún momento, espero no muy lejano, podamos hablar el tema de lo de las familias. Porque realmente es un problema. Es un problema porque nos causa estrés a todo el mundo. A unos a lo mejor menos que a otros, porque les da igual, pero nos causa un problema realmente. Porque **se cuele la gente**, es que **se cuelean**. Tu les **dices que no pasen y pasan**. Da igual. Porque ha habido otro compañero que se lo ha permitido. Entonces, si tú te das la vuelta pasan, y después tu no vas a ir detrás de ellos. Porque es que no te quieres **pelear con la gente**. Porque es que **no es nuestro trabajo** ese. Entonces... No sé qué proyectos tienen... Si alguna vez se hablara... Espero que sí. **Espero que sí que alguna vez se hable** de la historia esta de lo de las familias. Espero que sí. Yo me encargare de todas maneras, detenidamente de intentar hacer esa reunión. Porque a mí en particular me molesta lo de las familias. Me molesta. Porque me he tirado una temporada que llevaba justo los 12 y 13 que son los que están más cerca de la puerta. Y he pasado situaciones de tener que **enfadarme mucho con la gente**. Porque es que pasaban, y estaban todo el rato mirando. Y tenías que estar llamándoles la atención, todo el rato llamándoles la atención a los familiares, todo el rato. Tu estaba a lo mejor trabajando y pasaba uno y pasaba otro, y es que te miran.

L2: Que pareces al final un zoo.

E3: Si, sí. Es así. Es que además el otro día mismo lo dije: "Digo esto parece un zoológico, digo **están mirando** cómo está la gente metida en jaulas, a ver cuál es el más espectacular" "¿Has visto al de este como esta?" "A pues no lo he visto, pues **me voy a volver y me voy a ir a verlo**, como me **puedo entrar a**

cualquier hora y cuando me dé la gana..." Entonces yo que sé, yo para mí eso lo veo mal.

L1: Falta de confidencialidad, de intimidad del paciente...

L2: Si de respeto

E3: Yo es que me imagino a mi padre o a mi madre o a mí, ingresado allí a un familiar mío, y que todo el mundo pueda disponer a verlo o a mirarlo. Yo que sé, no lo veo.

L1: ¿Desagradable?

E3: Si para mí no es agradable nada, nada. Y bueno si está sentado y no está haciendo nada, vale. Pero es que hay veces, muchas veces, que los estamos cambiando o los estamos curando. Y los tenemos completamente destapados, les tenemos los genitales solamente tapados. Y esta ahí la gente pasando y mirando, es que miran. Es que miran. y yo es por eso que quiero que lo de las familias se regule. No se quite, por supuesto que no, que no. Que yo soy la primera que le permite que entre todo el mundo. "¿Que tienes a tu tía? Venga vale entra. ¿Qué tienes a tu niño? Venga" El otro día por ejemplo una mujer mayor, que no se habla con la mitad de la familia, solo se habla con un hijo y una nieta. Pues vino esa nieta a verla, que tenía 14 años, la niña más grande que yo. ¿No la voy dejar pasar? "Si venga ves a ver a tu abuela, anda, un ratito nada más" "Si, sí, pero si un ratito para ver a mi abuela por favor, yo sé que no puedo entrar porque soy muy chica, pero sé que" "Venga entra a ver a tu abuela" Y estuvo un rato con su abuela, se le permite. Pero que haya una regulación un control. Y más la distribución de los boxes, que sea como están pero que tengan, pues los cristales opacos, o una cortina, un biombo... Que tu solamente vaya dirigiéndote a tu familiar. Que, si tú tienes un familiar en el 8, solamente puedas ver el 8. Y si puedes ver los otros boxes, que sea porque tu muevas mucho. Sabes que tengas que estar buscando. Pero que no que tu hagas así nada más. Es como yo veo aquí enfrente (señala la vitrina de la cafetería) Pues yo veo perfectamente esto, es pues me voy paseando por todo esto, lleno de cristales, y veo a todo el mundo. Que haya un poco más de intimidad para el paciente. Y para sus familiares, porque los familiares tampoco

quieren que vean a sus familias así. Porque los pacientes no se quejan. Los que se quejan son los familiares: "Oye mira, que es que a mí no me parece bien que yo esté aquí, y resulta que **está todo el mundo entrando y saliendo**, y están venga **mirar para dentro**. O lo habéis cambiado ya un montón de veces, y no dejo de **ver salir y entrar, pasar gente**." ¿Pues qué les dices? Es que es verdad. Y es que es verdad tienen toda la razón del mundo. ¿Y quién tiene la culpa? Yo claro, porque yo debería de ser la que controlara la intimidad de tu familiar, pero es que yo puedo estar en la puerta así (Se cruza de brazos). Peleándome con la familia: "Que no entréis?" Una vez me discutí con un hombre, que estaba su madre muriéndose. Claro se está muriendo ya no es que deje a 1 familiar o 2, es que ya entra toda la familia. Que eso lo veo súper bien. Se le pone un biombo, que ahí sí que se le respeta la intimidad, y se deja pasar a todos los familiares que entren. Todos lo que necesite, pero no pueden estar como si estuvieran en su casa, **entrando y saliendo**. Pues **me tuve que pelear** con el hijo de una mujer que se estaba muriendo. Porque yo no sé **cuántas veces llegaron a salir y entrar** las mismas 2 personas, él y su tía. Que era la hermana de la mujer. **Una y otra vez, una y otra vez...** Y yo cada vez que pasaban estaba cambiando al mismo paciente. Y los miraba y pasaban, y ellos me miraban. Otra vez **pasaba, entraban, salían...** Cada vez que entraban o salían cogían a un familiar de fuera y lo metían. Era como que salía para recoger familia, para llevarlos al box donde estaba la mujer. Pues te peleas con ellos porque les dices: "Oye perdona" En la misma puerta del paciente este ya. "Perdona, no podéis estar **entrando y saliendo todo el rato**" "Ya es que se está muriendo mi madre" Y digo; "Ya lo siento en el alma, se está muriendo tu madre, lo siento. Pero no podéis estar **entrando y saliendo todo el rato**" "Ya..." Empiezan a llorar. "No quiero ser ni agresiva ni estúpida contigo, que no puedes estar **entrando y saliendo todo el rato**, porque es que aquí hay más pacientes. Hay muchos más pacientes, no solamente está tu madre. Y yo lo siento en el alma, pero si vais a entrar, entráis todos a la vez y os quedáis allí dentro. Y si necesitáis salir nos avisáis. Que nosotros os acompañamos, os decimos podéis pasar o no podéis pasar. Pero no podéis pasar aquí **como si esto fuera la rambla**" Y se puso el hombre a llorar: "Hay es que mi madre, mi madre..." ¿Tú ves normal que nosotros tengamos que aguantar esa situación,

cuando tu realmente tus solamente le estas explicando que por favor o dentro o fuera?

L1: Es desagradable.

E3: Es que es desagradable. No se sabe, si no estás allí trabajando. Es que no lo entiendes de ninguna manera, como no sea que estés trabajando allí. Porque un día a lo mejor no te importa, otro día venga vale, pero hay veces que vienes negra. Que tú dices: "Hoy, madre mía, hoy"

L2: Hoy me cargo a alguien, y va a pillar el que menos...

E3: "Hoy no permito yo ninguna" Porque es qué es eso **te enfadas, te enfadas**, y tú dices: "¿Es que me tengo que enfadar yo, ni por mi trabajo siquiera, ni por mis compañeros, ni nada? **Te tienes que enfadar** porque el familiar se la suda" Tu les dices: "Que no entres" Pues entro. A lo mejor tu les has dicho: "No podéis entrar 4" y te giras y miras para allí y están allí los 4. Y les dices algo y empiezan a llorarte, con la pena: "Mi madre que está muy mala" "Si ya lo sé hijo si estas en la UCI. Ya lo sé si está todo el mundo malo, muy malo. Muchos peor que tu madre. Y están sus familiares respetando en la unidad, están uno o 2 personas acompañándolo, cada vez que necesitan algo nos llaman. Tú lo llevas peor, pero entiéndenos a nosotros también, que para ti a lo mejor es algo puntual, pero para nosotros es muy rutinario. Todos los días la misma historia" **Y al final es que somos un poco como maquinas, insensibles, al final nos volvemos insensibles.** Porque... En el trabajo en el que estamos te tienes que volver un poco insensible. Porque vemos muchas desgracias. Pero es que claro, hay gente que no colabora, que al final pagan todos justos por pecadores. Yo no quiero que se quite lo de las familias, porque hay gente que es muy respetuosa y que sí que lo hacen. Pero hay otra gente que no. Que es la mayoría. ¿Así que no sé qué sacareis en el estudio este? pero...

L2: Para terminar ¿Cómo te imaginas las UCI en un futuro, como esperas que sean?

E3: ¿Las UCI en el futuro?

L2: Tu UCI ideal por decirlo así.

E3: O mi UCI ideal. **Llena de colores**... Yo la UCI ideal... Pues... Pues una UCI que todo el mundo tuviera un **espacio reservado**, **ventanales grandes**. Que tuvieran **intimidad** ya sea por puertas o por... como sea que **tengan su intimidad**. Que tengamos las **mejores maquinarias o el mejor material**... Bueno no que se a lo más último, pero que se... Que no esté estropeado un día sí y otro no. Sino que tu... Que no tengas que estar con mantenimiento constantemente. Que sea amplia, que tengamos espacio, porque encima al ser un hospital universitario normalmente cuando hacen técnicas o cosas así más raras, casi siempre somos mucha gente. Entonces que las habitaciones que sean amplias. No sé qué decir así de la UCI, nunca me había imaginado yo como sería una UCI.... Sobre todo, **que tenga luz**, que cada habitación tenga luz, y que el paciente tenga desde su propia cama, que nosotros la giremos un poco y que pueda tener **visión a la calle**. Y que pueda ver algo, que pueda **ver el cielo**, que pueda ver incluso a lo mejor gente caminando por la calle... Que pueda ver algo, que esté en la calle... Y que a lo mejor si tenemos algún paciente que se pueda mover, que pueda **salir a una terracita**. Por ejemplo, aquí (señala donde estamos sentadas) como esta, que este la UCI aquí y haya **una terraza**, en el que se pueda estar el paciente, a lo mejor un paciente que se pueda desconectar en algún momento. Porque se mueva y dejarle **una terraza**, que le dé la **luz del sol, el aire**... Que realmente muchas veces lo que hacen de menos es eso. No sé. Un espacio un poco más abierto. Más abierto para el propio paciente. Y después el material por supuesto, pues que sea **tecnología buena** y que sea... Que funcione bien, que sea rápido, que la gente tenga los conocimientos suficientes. **Que no sea un servicio en el que este constantemente formándose gente nueva**, constantemente, constantemente... Sino que sea gente que esté formada y que si entran nuevas incorporaciones que sean de manera progresiva. Que no te veas muchas veces sola como la más veterana de la unidad, cuando somos 7 enfermeros.

L2: Que sea el personal más estable ¿No?

E3: Si, sí. **Que haya un personal más estable**, que haya nueva incorporación. Pero si, por ejemplo, como pasa en verano, muchas veces en verano... Hasta

hace poco pasaba todo el año, no solamente en verano. Que haya nueva incorporación pero que se aseguren quien va a entrar. Y que se forme a la gente. No que solamente que tengamos que tener muy malas experiencias y de que nos vayamos a nuestra casa pasándolo fatal. No que, si tu empiezas mañana a trabajar en la UCI, pues que estáis un tiempo... Por ejemplo, en hemodinámica aquí se tiran 1 mes o 2 meses me parece que es reciclándolos. En la UCI es 1 semana si es que llega. Si es que has estado en prácticas es que ni es una semana porque ya has estado.

L2: A veces sueltan a la persona, ala apáñate.

E3: Claro, es que además **se pasa fatal. Se pasa fatal**. Porque una persona que... **Es estresante**. Porque UCI es un servicio que tiene **tantas técnicas**, tantas cosas diferentes. Que, aunque tú te tires a lo mejor 2 años trabajando en la UCI cada día aprendes cosas nuevas, cada día. Porque hay cosas. Porque al principio esto es muy mecánico, tú lo haces por hacerlo, por defenderte, pero no sabes porque lo haces. Pero según pasa el tiempo vas aprendiendo porque realmente lo haces. Pero si tu... Pero porque nos forman mal. Porque no nos forman. Entonces que haya un personal que esté preparado de UCI. Y que... si este preparado que se les mantengan, o que ahora te formen yo, este un año en la UCI y ahora te dicen: "No ahora te vas a ir a urgencias y ahora vamos a traer a dos nuevos más" **Un poco de estabilidad en el personal**.