

Yuma Ema Hayter

UCIs ABIERTAS vs UCIs CERRADAS

**VENTAJAS E INCONVENIENTES. VISIÓN DE TODAS LAS PERSONAS
IMPLICADAS**

Dirigido por la Sra. Estrella Martínez Segura

Trabajo de Final de Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tortosa

2016

PRÓLOGO:

“Ser una enfermera no se trata de clases o materias, se trata de ser nosotros mismos. Ningún libro puede enseñarte cómo llorar con un paciente. Ninguna clase puede enseñarte cómo decirle a una familia que su padre está muriendo. Ningún profesor puede enseñarte cómo encontrar la dignidad dando un baño en cama. Ser enfermera no se trata de píldoras o inyecciones...se trata de poder amar a las personas cuando están en sus momentos más débiles”. Anónimo

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo, quiero agradecerérselo primeramente a mi tutora, porque conmigo ha tenido: Paciencia, con mis nervios y mis miedos de “no lo sabré hacer”. Ha sabido: Guiarme en cómo enfocar el trabajo. Darme ánimos cuando empezaba a tomar forma el trabajo. Darme un empujón para salir del túnel cuando me encontraba bloqueada y desesperada sin poder avanzar. Y tranquilidad cuando se acercaba el final y veía que no llegaba a tenerlo acabado para la fecha de entrega.

Gracias a Estrella, como su propio nombre indica que me ha guiado como una estrella, puedo decir que he acabado el trabajo de final de grado.

También quiero agradecerérselo y dedicárselo, a mi familia, por la paciencia que han tenido y en especial a mi marido por ese apoyo incondicional y paciencia al asumir, a pesar de su enfermedad, mi parte de tareas conyugales como hacer cenas, recoger niños...todo eso que se hace compartido, él lo ha tenido que hacer solo, también por animarme a seguir en los momentos de flaqueza y recordarme mi frase NO PUEDO NO EXISTE. ¡Mil gracias cariño!

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1. Justificación:.....	7
3. MARCO CONCEPTUAL.....	9
3.1. La enfermedad como proceso	9
3.2. Modelos de Enfermería	9
3.2.1. Atención de enfermería en la UCI	12
3.3. ¿Qué es una UCI?.....	13
3.3.1. Antecedentes históricos.....	14
3.3.2. ¿Qué es una UCI abierta?.....	16
3.3.3. ¿Qué es una UCI cerrada?	17
3.4. La familia del paciente crítico.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
5. METODOLOGÍA.....	20
6. RESULTADOS	20
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31
8. CONCLUSIONES.....	36
9. OPINIÓN PERSONAL, DESDE LA PERSPECTIVA COMO FAMILIAR Y ENFERMERA.....	38
10. BIBLIOGRAFÍA.....	40
11. ARTÍCULO	47
11.1. Revista de publicación y normas de publicación.....	47
11.2. Carta de presentación	48
11.3. Artículo.....	49
12. ANEXOS.....	75
12.1. Tabla de abreviaturas.....	75

1. RESUMEN

Objetivos:

Realizar una búsqueda bibliográfica extensa sobre el estado actual del tema para conocer las ventajas e inconvenientes de las Unidades de Cuidados Intensivos abiertas y cerradas. Así como observar la visión desde el punto de vista de las personas implicadas en el tema, profesionales, familiares y paciente. Tanto a nivel nacional como internacional.

Metodología:

Se realizó una revisión de la literatura científica en las bases de datos de GOOGLE ACADÉMICO, CUIDEN y PUBMED y un análisis profundo del tema en los artículos seleccionados de diferentes países del mundo.

Resultados:

Se seleccionaron 25 artículos que correspondían al objetivo de la búsqueda, siendo 11 de ellos de habla española y haciendo referencia a las UCIs de nuestro país y 14 artículos de habla inglesa en los cuales abordaban diversas UCIs de diferentes países del mundo.

Conclusiones:

Después de toda la búsqueda relacionada con el tema, se observa que al igual que en el resto del mundo, en España a pesar de quedar demostrado por la evidencia científica la política de visitas abiertas, se sigue reivindicando este tipo de UCIs siendo ésta una de las asignaturas pendientes en nuestro país. Todo el mundo hace referencia al efecto beneficioso del RVA tanto el paciente, como el familiar e incluso el profesional, pero no se sabe por qué razón seguimos sin abrir las UCIs.

PALABRAS CLAVE: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

ABSTRACT:

Goals:

Conduct an extensive literature search on the current state of the subject to know the advantages and disadvantages of open and closed units for Intensive Care. And observe from the point of view of the people involved in the issue, professionals, family and patients. At a national and international level.

Methodology:

A review of the scientific literature in databases ACADEMIC GOOGLE, CUIDEN and PUBMED and a deep analysis of the topic in articles selected from different countries of the world was made.

Results:

25 items that matched the search target were selected, with 11 in Spanish language and referring to the ICUs of our country and 14 English language articles that addressed various ICUs of different countries.

Conclusions:

After all the research related to the topic, it appears that as in the rest of the world, in Spain despite being demonstrated by scientific evidence, is still demanding a policy of open visits, which is one of the unfinished themes in our country. Everyone refers to the beneficial effect of RVA for the patient, family and even for professionals, but nobody moves to start opening ICUs.

KEY WORDS: Open United Intensive Care, family, intensive nursing.

2. INTRODUCCIÓN

Se denomina paciente crítico, a aquel enfermo, cuya condición patológica afecta a uno o más órganos vitales, con serio riesgo para su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesarias la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado, solamente disponibles en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).¹

La UCI, está dotada de recursos materiales, humanos y técnicos específicos que permiten una atención integral del más alto nivel a este tipo de pacientes.¹

Estas unidades están pensadas para facilitar el trabajo de profesionales sanitarios, lugares en los que los enfermos están aislados de su entorno y de sus seres queridos, rompiéndose así su conexión con el mundo exterior y rutinario. Rodeados de personas ajenas, maquinaria extraña y sobretodo sin acompañamiento familiar la mayor parte del tiempo.²

Existen dos tipos de UCIs, las UCIs abiertas donde no existen horarios restrictivos y hay más interacción entre la familia, pacientes y profesionales, y las UCIs cerradas donde existen horarios, y se restringen el número de familiares, pudiendo así ver al paciente únicamente unas horas determinadas al día.³

El papel del/a enfermero/o intensivista en estas unidades, es fundamental en los cuidados del paciente crítico. Por ello, debe tener un perfil específico enmarcado en una filosofía integradora, es decir saber cuidar de una manera holística en todos los aspectos de la persona. Dicha filosofía debería incluir conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos.⁴

Según las vivencias culturales de cada familia, tener ingresado a un familiar en estas unidades puede provocar una desestructuración y sensación de ruptura de la unidad familiar, con lo cual, puede que reaccionen intentando restablecer los roles para adaptarse a la nueva situación. Todo deja de tener importancia y se vuelca el cuidado familiar en la persona enferma que se encuentra en un riesgo vital extremo.⁵

Por éste motivo, el/a enfermero/a intensivista, deberá tener la capacidad de hacer de puente entre el paciente y la familia ya que posee o debería poseer cualidades tales como: altruismo, afectividad, empatía, tolerancia, capacidad de enfrentarse al estrés, así como habilidad para establecer una relación armoniosa con el resto del equipo entre otras.⁴

Por lo tanto, adquiere mayor importancia el carácter humanizador y las habilidades comunicativas en cuanto al trato con la familia, intentando poseer una relación fluida, honesta y de confianza, ser receptiva, escuchar sus inquietudes, responder a sus interrogantes, en definitiva, proporcionar una relación de respeto y consideración.⁴

Resumiendo los apartados anteriores, el objetivo de los cuidados de los/as enfermeros/as en la UCI, es intentar cuidar a la persona y sus familiares como un sólo núcleo, de manera integral, para restablecer el problema de salud o en su defecto acompañarlos en el proceso de morir dignamente.⁴

2.1. Justificación:

Hace poco más de un año, pasé por la experiencia de tener un familiar allegado ingresado en una UCI cerrada, por ello, he decidido enfocar mi trabajo de final de carrera en mi experiencia personal vivida desde la vertiente de familiar y como futura enfermera. Mi intención es llegar al término de este trabajo y ser capaz de analizar y extraer unas conclusiones desde la vertiente como enfermera y poder comparar con las de familiar implicado.

Cuando pasas por la experiencia de tener un familiar muy directo en una situación crítica y ves cómo se cuida en estas unidades, te das cuenta que hay aspectos del cuidado que a los profesionales se les escapa y que podrían mejorar el cuidado que se proporciona. Es aquí cuando se bifurcan los caminos, “es mi familiar y lo quiero ayudar”, o lo dejo todo en manos de los profesionales. Deberíamos intentar unificar los dos conceptos. Cuidados profesionales con la ayuda de los familiares.⁵

Hasta ahora normalmente se ha actuado de manera que el profesional pueda realizar su trabajo sin que sea molestado por los familiares, ya sea porque preguntan insistentemente, o porque se sienten observados y a veces cuestionados en su trabajo. También existe la creencia de que para el paciente, los familiares son un riesgo añadido ya que pueden provocar una sobreinfección, les impiden descanso y producen alteraciones fisiológicas tales como ansiedad, taquicardia... Últimamente se han publicado investigaciones en las cuales se demuestra que ésto no es siempre así, y que si lo es, los parámetros hemodinámicos vuelven a la normalidad pasados 10 minutos. ⁶

Así pues, diversos estudios corroboran que la flexibilidad horaria de las visitas y la determinación del número de familiares que pueden visitar al paciente en la UCI, no sólo no es perjudicial para el paciente, sino que incluso puede ser beneficioso, mejorando así el equilibrio de las necesidades de los pacientes y de las familias además de mejorar la comunicación entre el paciente y los profesionales. ⁶

Actualmente, cada vez más se reclama un sistema en el que los familiares puedan estar el máximo de tiempo con el enfermo, implantando paulatinamente el Régimen de Visita Abierta (RVA). ⁶

Surge así el debate en torno a la deshumanización en las UCI, ¿qué es más importante, la tecnología o la esencia humana? La tecnología es necesaria e incluso imprescindible, pero la esencia humana es igual de importante, así pues debemos humanizar las UCIs implementando dispositivos que nos acerquen a esa humanización. Uno de los ejemplos clave sería el sistema de visitas abierto, un RVA (régimen de visitas abierto) que consiste en permitir el acceso de la familia las 24 horas con o sin restricción del número de familiares". ⁷

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. La enfermedad como proceso

Según la OMS, la enfermedad es la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.⁸

La misma organización define la salud como: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁹ No nos damos cuenta de la **salud** que gozamos hasta que estamos enfermos, esto es así porque mientras estamos sanos, nuestro cuerpo es el encargado de interactuar con nuestro **entorno** y cuando enfermamos, existe un desequilibrio alterándose nuestro ser, ya sea en el orden físico, psicológico, social e incluso espiritual.⁹

De la misma forma altera también las circunstancias que rodean a la persona, relaciones personales, roles, proyectos...en definitiva el estilo de vida, la persona se ve obligada a centrarse en la enfermedad. Lo que era urgente pasa a un segundo plano y la prioridad son los **cuidados** para conseguir una pronta recuperación.⁹

3.2. Modelos de Enfermería

Un Modelo de Enfermería es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en la disciplina enfermera, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.¹⁰

Existen una gran cantidad de teóricas/enfermeras las cuales dan más importancia a uno que otro fenómeno del metaparadigma de la enfermería: **Salud, Entorno, Cuidados y Persona**.¹¹

Florence Nightingale, se puede decir que fue la “madre” de la enfermería. Ella fue la primera teórica prestando especial atención al **entorno**: Ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido. La idea principal de esta profesión es el conocimiento de las personas y su entorno.¹²

Martha Rogers da toda la importancia a la **persona** y Dorothea Orem a los **cuidados**.¹¹

Existen otros modelos y teorías que enuncian la necesidad de una atención integral en enfermería como: Newman, Patricia Iyer, Donalson y Crowley....¹¹

A pesar que todos los modelos enfocan **cuidados, persona, entorno y salud**, el modelo de Virginia Henderson recoge de forma holística las 14 necesidades básicas de la persona: físicas, relacionales, de seguridad y espirituales. Y define la enfermería como un arte y una ciencia. Según ésta teórica, el/a enfermero/a tiene un papel fundamental tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar sufrimientos a la hora de la muerte. Su función, asistir a la persona como centro de atención en las actividades que contribuyen a su salud e independencia. Colaborando de manera interdisciplinar con el resto del equipo. ¹³

Nos muestra éstas actividades en forma de 14 necesidades básicas y fundamentales de cada persona, las cuales son comunes a todos los individuos y a todas las edades y están interrelacionadas entre sí. Cada una de ellas tiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos. ¹³

Virginia Henderson afirma que lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción de ésta, siendo el grado de dicha satisfacción diferente para cada persona. ¹³

De todos los Modelos de Enfermería, en nuestro trabajo se decide utilizar el de Virginia Henderson por muchas razones, la primera es porque precisamente es la que se utiliza en las Unidades de Cuidados Intensivos de nuestro hospital de referencia. También observamos que es una de las que hoy en día se sigue utilizando, resume el estado de una persona mediante la satisfacción de las 14 necesidades que engloba todo el bienestar de manera holística, haciendo hincapié en todas las formas de presentación de las necesidades que pueda requerir una persona tanto a nivel físico, como psicológico y espiritual, es decir, en todos los niveles asistenciales.

Las 14 necesidades según Virginia Henderson son: ¹³

1. Necesidad de respirar normalmente.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías.
4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente.
8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”.
11. Necesidad de practicar su religión.
12. Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad.
13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.
14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.

3.2.1. Atención de enfermería en la UCI

El/a enfermero/a intensivista es capaz de proporcionar cuidados de enfermería especializados a pacientes en situación crítica de salud y/o de alto riesgo, anticipándose en la detección de problemas, agilizando la toma de decisiones y participando en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos característicos de las UCIs; extendiéndose a todos aquellos pacientes críticos recuperables, con independencia del lugar físico en que éstos se encuentren, dentro y fuera del hospital: unidades de cuidados intermedios, áreas de urgencias y emergencias, unidades de animación postquirúrgica, traslados interhospitalarios de pacientes críticos, atención en situaciones de catástrofes, etc. ²¹

La enfermería intensiva reúne los conocimientos y las habilidades apropiados para evaluar y responder con efectividad a las complejas necesidades de los enfermos críticos y a los retos de las nuevas tecnologías también características de las UCI. Según las directrices de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, las competencias genéricas de la Enfermería Intensiva incluyen: ²¹

- Prestar atención integral al individuo resolviendo, individualmente o integrados en un equipo multidisciplinar, situaciones críticas de salud, teniendo en cuenta la relación coste-efectividad.
- Cuidar enfermos que, por su situación crítica, requieran utilización de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas con tecnología compleja.
- Diagnosticar, tratar y evaluar de forma efectiva y rápida respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales o potenciales que amenazan la vida.
- Establecer una relación afectiva con el enfermo y su familia para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones complejas en que se encuentran.
- Trabajar y colaborar activamente en el equipo multidisciplinar ofreciendo su visión de experto en el área que le compete.
- Participar en el desarrollo, implantación y evaluación de los estándares, guías de actuación y protocolos para la práctica de la enfermería especializada.
- Gestionar los recursos asistenciales con el objeto de mejorar la relación coste-efectividad de ellos.

- Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Asesorar y educar a los usuarios y al equipo de salud sobre los aspectos que directamente están relacionados con la especialidad.
- Formar al equipo de salud y a otras personas que intervienen en la resolución de problemas de su área de especialización.
- Dirigir y orientar programas para la formación de futuros especialistas.
- Desarrollar la base científica necesaria para la práctica de la enfermería intensiva.
- Enfocar las líneas de investigaciones e innovaciones recientes que sean relevantes para mejorar los resultados del enfermo.

3.3. ¿Qué es una UCI?

El enfermo crítico es cualquier paciente con patología grave, con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representa una amenaza para la vida y que al mismo tiempo es susceptible de recuperación. Precisa una actuación eficaz y rápida, con independencia de su diagnóstico. ¹⁴

Un concepto importante a tener en cuenta es que el paciente crítico no suele presentar afección de un solo órgano o sistema, es decir, suele generalmente, presentar lo que se conoce con el nombre de "fallo multisistémico", precisando la atención de un equipo experto en este tipo de cuidados, quienes de una forma integradora establece un orden jerárquico de actuación, presentando la debida atención a todos sus problemas, y concentrando sus esfuerzos en mantener, restituir, o si es preciso sustituir las funciones elementales imprescindibles para la vida. ¹

Requiere un manejo continuo incluyendo la monitorización, el diagnóstico y el soporte de las funciones vitales afectadas, así como el tratamiento de las enfermedades que provocan dicho fracaso. ¹⁴

Las UCI se caracterizan por ser unidades especializadas, constituidas y dotadas adecuadamente para la asistencia de pacientes en estado crítico, prestando asistencia a los pacientes con patologías de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, shocks...) tanto a nivel tecnológico como humano,

donde la esencia de la enfermería, radica en el cuidado de los pacientes y de sus familiares. ¹

Existen diferentes tipos de unidades: las generales o llamadas polivalentes, en las que encontraremos diferentes patologías o especializadas como médicas, quirúrgicas, traumáticas o coronarias; o las especializadas, las que se centran en una sola especialidad como por ejemplo, las UCI coronarias. ¹⁵

Algunos de los criterios de inclusión en la UCI pueden ser que el enfermo precise de un alto nivel de cuidados de enfermería, y que tengan posibilidades de recuperación. ¹

Los pacientes son atendidos por un equipo interdisciplinar formado por médicos/as, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, celadores/as...quienes ofrecen asistencia ininterrumpida. ¹

La actuación del/a enfermero/a con el paciente crítico, debe ser específica exigiendo un abordaje especial y que en la mayoría de las ocasiones el tiempo apremia aflorando el estrés ya que en situaciones límites, la vida del paciente corre un grave peligro. El cuidado debe estar dirigido principalmente a preservar la vida y a la resolución de los problemas más apremiantes; en definitiva a devolver la salud o a lograr el más alto nivel de salud posible. ¹⁴

3.3.1. Antecedentes históricos

La medicina militar fue la primera en darse cuenta de la necesidad de agrupar a los pacientes recién operados en zonas específicas para su recuperación, concretamente Florence Nithingale en la Guerra de Crimea en 1860, dándose cuenta de una mayor supervivencia de los pacientes si se trataban de manera diferenciada así la atención era más eficaz. Se puede decir que las unidades de postoperatorios de la 2ª Guerra Mundial pueden considerarse como las precursoras de las actuales Unidades de Medicina Intensiva. ¹⁹

En Alemania las primeras UCIs postquirúrgicas datan de 1930. Durante la II Guerra Mundial, se establecieron unidades de shock, para la resucitación y cuidados postquirúrgicos de los soldados heridos en batalla. Tras la guerra, por el déficit de personal de enfermería, se empezaron a agrupar los pacientes postoperados en unidades de recuperación postquirúrgica, que se extendieron a todos los hospitales por sus resultados. ²⁰

En el año 1920 hubo una unidad de recuperación postquirúrgica en el hospital de Baltimore, EEUU, pero la primera UCI data de 1940 en ese mismo hospital, donde el neurocirujano Dr. W.E. Dandy, abrió una unidad con cuatro camas para los cuidados específicos de los pacientes postoperados de neurocirugía.²⁰

Durante los años 50 se desarrolló la ventilación mecánica durante la epidemia de poliomielitis concretamente en 1952, traqueostomizando y ventilando manualmente a los pacientes con parálisis bulbar²⁰, en el Hospital Blegden de Copenhague. Vulgarmente se conocía como el pulmón de acero. Así se creó la unidad para cuidados respiratorios.²⁰

En 1958 sólo un 25% de los hospitales de más de 300 camas tenían UCI, sin embargo, a raíz de un estudio canadiense donde corroboraba el impacto de unidades de este tipo sobre la reducción de la mortalidad, a finales de los 60, la mayoría ya disponían de ellas.²⁰

Realmente cuando empiezan a funcionar las UCIs como tal en todo el mundo, es a partir de los años 50/60^{19, 20}, siendo concebidas en un principio como Unidad de Enfermería para Vigilancia y Tratamiento Intensivos, para personas que necesitaban de esos cuidados fuera de la sala de hospitalización convencional, presentando notables diferencias tanto en su diseño como en la organización y gestión.²⁰

En Estados Unidos en los años 60 empezaron a funcionar las primeras unidades coronarias.¹⁹

En éste país se crea la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine: SCCM) en 1970 y el Consejo de Especialidades Americano (American Board of Medical Specialities) reconoce la certificación de una subespecialidad en medicina intensiva para las especialidades de anestesia, cirugía, medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría.²⁰

En 1982 se crea la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (European Society of Intensive Care Medicine: ESICM).²⁰

En el Reino Unido, mientras no hubo la clasificación de niveles de cuidados en el año 2000, se diferenciaba la UCI de la High Dependency Care (Unidad de Cuidados Intermedios). También se diferenciaban las unidades abiertas (unidad de enfermería con organización similar a la de la hospitalización convencional) o cerrada (cuando los médicos responsables pertenecen a la unidad). Existen estudios recientes que

demuestran mejores resultados en UCI cerrada por lo que el Institute for Healthcare Improvement (IHI) recomienda ésta forma de organización que ha sido empleada históricamente en los hospitales españoles ²⁰.

En 2005, la EESCRI nos informaba que existían 4975 camas de Medicina Intensiva en hospitales de agudos, (4,3% del total de camas de este tipo de hospitales). De la cuales, 3809 camas (77%) correspondían a camas de UCI, distribuyéndose en: Unidades de Cuidados Coronarios (10%), de Cuidados Intensivos Neonatales (11%) y de quemados (2%). En las 3809 camas de UCI se atendieron 210.984 pacientes con una estancia media de 4,6 días (índice de ocupación: 69%). Y el índice de mortalidad en la UCI fue del 10,6%. ²⁰

En España la primera Unidad de Cuidados Intensivos se creó en Madrid en el año 1969, y el mismo año también se constituyó la Unidad Coronaria del Hospital Sant Pau de Barcelona. Otra de las primeras Unidades Polivalentes fue en el año 1970, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Y luego ya, entre los años 70 y 90 se abren la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos en el resto de España. ¹⁹

Al principio estas unidades de enfermos críticos eran llevadas por especialistas en anestesia, medicina interna y, en menor medida por cardiólogos y neumólogos; a raíz de la necesidad de una atención específica y continuada de estos enfermos, se crea la especialidad de Medicina Intensiva¹⁹, Ley de Especialidades (Real Decreto 2015/1978)²⁰, apareciendo los primeros postgraduados en la década de los 70. En el año 1979 se reconoce oficialmente la especialidad y la primera generación de médicos internos y residentes (MIR) recibe su titulación en el año 1984. ¹⁹

3.3.2. ¿Qué es una UCI abierta?

La UCI abierta es un espacio donde se pretende eliminar o reducir al máximo todas las limitaciones innecesarias, tanto a nivel temporal, sin horarios restrictivos, como físico y relacional, donde existe más interacción entre la familia, paciente y profesionales. Respetando reglas y horarios de visitas, así como la parcela de cada una de las partes implicadas, ya sea paciente, profesional o familiar, siendo así coherentes con las necesidades del paciente en todo momento y como principal prioridad. ³

La primera vez que se realizó un estudio sobre las necesidades que podían tener los familiares de pacientes ingresados en UCIs, fue en 1979 encargado por Molter. Éste identificó entre otras, el deseo de mantenerse cerca de su ser querido como principal necesidad, incluyendo para satisfacer dicho deseo de proximidad, poder visitarlo a cualquier hora, verlo frecuentemente, poder cambiar las horas de visita en casos especiales, iniciar la visita en horario establecido, recibir información sobre el paciente al menos una vez al día, ser llamado por teléfono en caso de cambios en el estado del paciente, ser informado sobre cualquier plan que atañe al enfermo, hablar con la misma enfermera/o todos los días, tener una sala de espera acondicionada para los familiares.⁶

Se observa, una progresiva tendencia a la liberalización de la política de visitas ante la creencia del efecto beneficioso que la presencia de la familia tiene en los pacientes y en la propia familia.¹⁶

En el contexto internacional se está produciendo un cambio importante en la política de visitas y una tendencia a su liberalización. En Estados Unidos el 40% de las UCI tiene régimen de visitas abiertas con algunas restricciones, en Reino Unido el 62% de las UCI se permite la visita a cualquier hora del día también con algunas limitaciones.¹⁷

En países como Estados Unidos y Reino Unido sí existen datos que permiten contrastar la evolución que se ha ido produciendo en la organización del tiempo de visita, constatándose esa progresiva liberalización o apertura de las unidades a los familiares.¹⁶

3.3.3. ¿Qué es una UCI cerrada?

El carácter cerrado de las visitas en las UCIs tiene su origen en los años 60, donde las visitas eran restringidas por el desconocimiento del impacto que podían tener sobre los pacientes o familiares.⁶

A diferencia de las anteriores, en la UCIs cerradas, el espacio permanece cerrado a los familiares abriéndose únicamente por un período de tiempo limitado y con número de familiares también restringido, en muchas de ellas se puede ver al familiar

únicamente a través de un monitor o cristal, después de vestirse con prendas protectoras.³

Dichas restricciones se justifican alegando que las familias interfieren en los cuidados del paciente. Es decir, la restricción en los horarios se basa en “preservar al paciente”, dirigiendo los cuidados única y exclusivamente de manera individualizada al paciente. Según algunos/as enfermeros/as justifican éstas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés, que les provoca la relación continua con la familia, junto con la interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades.¹⁶

El modelo en que se basan las intervenciones en la UCI suele ser puramente biomédico todavía hoy en día, donde se tiende a reducir lo humano de lo puramente biológico, distanciando así a la profesión de enfermería de su visión humanista y holística del cuidado.⁷

En Francia, en un 97% de las unidades estudiadas se aprecia un carácter restrictivo.¹⁷

3.4. La familia del paciente crítico

Como hemos venido diciendo en apartados anteriores, cuando un individuo de una familia ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos, el resto de componentes ve afectada su dinámica y funcionalidad, proporcionándoles estrés y comprometiendo la estabilidad o el equilibrio de su sistema familiar. De esta manera, enfermería debe contemplar a la familia como unidad y objeto de su cuidado, teniendo en cuenta que:²²

La familia no es un mero visitante, sino que forma parte del paciente y uno de sus principales soportes, es una constante en su vida.

- La familia necesita estar cerca del paciente.
- Necesita ser y estar informada.
- También estar a gusto y confortable.
- La familia confía los cuidados de su ser querido de forma consciente y voluntaria, así que necesita confiar en la enfermería.

De esta manera enfermería debe ser capaz de entender a la familia como unidad básica prestadora de cuidados, facilitando recursos tales como la información y así la familia pueda recuperar sus capacidades de toma de decisiones y de administración de cuidados. Para ello, debe ser consciente y conocer las debilidades y fortalezas de

cada familia y respetar las diferentes formas y mecanismos de afrontamiento; así como educar a la familia y ayudarla en sus nuevos roles para la autogestión y cuidado.²²

Enfermería es en parte la responsable de asegurar una política de apertura de las UCIs hacia la familia (UCIs de puertas abiertas) considerándola, al mismo tiempo, paciente y parte del equipo de cuidados, facilitando su presencia y su participación activa en la toma de decisiones y en administración de cuidados.²²

En cuanto a la diferencia cultural en los diferentes países, se describen dos focos contrapuestos: Europa del Sur, compuesta por España, Grecia, Portugal e Italia, se caracteriza por un limitado suministro de servicios sociales, donde la mujer es la que se ocupa del bienestar personal de la familia a tiempo completo, consecuentemente también al cuidado del familiar enfermo, y por tanto, su incorporación al mercado laboral formal es baja. Sin embargo, en los países nórdicos como Suecia, Noruega y Finlandia, gozan de una amplia red de servicios públicos, con lo cual, la mujer puede trabajar habiendo así unas elevadas tasas de inserción laboral femenina y por tanto, no son quienes se encargan del cuidado familiar dejando la responsabilidad del cuidado a los profesionales.¹⁸

4. OBJETIVOS

Generales:

Realizar una búsqueda bibliográfica extensa sobre el estado actual del tema.

Específicas:

- Conocer las ventajas/inconvenientes de las UCIs abiertas/cerradas.
- Conocer la visión de los familiares acerca de las UCIs abiertas y cerradas, preferencias.
- Conocer la visión de los profesionales de enfermería acerca de las UCIs abiertas y cerradas, preferencias.
- Conocer la visión de los pacientes acerca de las UCIs abiertas y cerradas, preferencias.

5. METODOLOGÍA

Se busca en las bases de datos de CUIDEN, Google Académico y PUBMED.

Palabras clave: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

Key words: Open United Intensive care, family, intensive nursing.

Se utilizan como criterios de inclusión:

- Artículos en español e inglés
- Publicaciones de los 12 últimos años
- Textos completos

Se utilizan como criterios de exclusión:

- Citas y patentes,
- Artículos que hablen de UCIs pediátricas o neonatales.

En cuanto a limitaciones en el estudio, en este caso no ha habido limitaciones al respecto.

6. RESULTADOS

En las bases de datos CUIDEN y Google Académico, en la búsqueda inicial se encuentran 687 artículos utilizando las palabras clave: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

Posteriormente se reduce el hallazgo a 684 acotando la búsqueda a artículos solo en español, filtramos por años artículos publicados entre el 2004 y 2016 quedando así 562.

Después de utilizar como criterios de exclusión citas y patentes, y artículos que hablen de UCIs pediátricas o neonatales, nuestra búsqueda se reduce a 513 artículos, de los cuales se utilizan finalmente 11 artículos de habla española para nuestro trabajo.

En la base de datos PUBMED realizamos la búsqueda de artículos en inglés, encontrándose 116 artículos utilizando las palabras clave: Open United Intensive Care, family, intensive nursing.

Utilizamos como criterios de inclusión full text y el número de artículos queda reducido a 28, de la misma manera que en las bases de datos anteriores mencionadas también acotamos filtrando los años escogiendo así publicaciones de los 12 últimos años, se queda en 21 artículos.

Finalmente se utilizan 14 artículos de habla inglesa para nuestro trabajo.

TÍTULO	AUTOR	AÑO	BASE DE DATOS	TIPO DE ESTUDIO Y RESUMEN	LINK
Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Dolores Escudero, Lucia Viña, Clementina Calleja.	2014	Google Académico	Es una búsqueda bibliográfica donde habla de la necesidad de cambiar totalmente las UCIs de nuestro país, que se está reivindicando desde finales de los 70 y todavía la cosa continúa igual.	http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/#autores
La visita flexible en las Unidades de Cuidados Intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico	B. Errasti-Ibarrondo, S. Tricas-Sauras.	2012	Google Académico.	Búsqueda bibliográfica que Identifica y analiza los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000715
Abrir la Unidad de Cuidados Intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales?	Zaforteza Lallemand, A. García Mozo, R. Quintana Carbonero, C. Sánchez Calvín, E. Abadía Ortiz, J. Alberto Miró Gayà.	2010	Google Académico.	Artículo de investigación. Conocer las aportaciones de los profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos de las Islas Baleares, a una nueva propuesta de horarios de visitas.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990900008X

La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente	Juana María Sánchez López, José Luis Díaz Agea.	2013	Google Académico.	Revisión bibliográfica. Encontramos diferentes puntos de vista de los profesionales hacia los familiares en el proceso de cuidar.	http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev8038.php
Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas	Susana Díaz de Durana Coloma; Manuela Vila Gómez; Laura Aparicio Cilla; María José Rodríguez Borrajo.	2004	Google académico.	Estudio observacional y transversal realizado en Vitoria para conocer las opiniones de todos los implicados en una Unidad de Cuidados Intensivos de coronarios.	http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-unidad-cuidados-13062965
Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses	Bettina H. Riley; Joseph White; Shannon Graham; Anne Alexandrov	2014	PUBMED	Este artículo de investigación, nos sitúa en la parte SudEste de los Estados Unidos, donde se hace un estudio en un grupo de UCIs para ver qué les parece el régimen de visitas abiertas tanto a los profesionales de la unidad, como a los familiares de los pacientes ingresados en dichas unidades.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long

Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective	Archonto Athanasiou; Elizabeth D.E. Papathanassoglou; Elisabeth Patiraki; Margarita Giannakopoulou; Mary S. McCarthy	2014	PUBMED	Se trata de un estudio descriptivo que se realizó en 6 hospitales públicos en Atenas, Grecia, con una muestra de 143 enfermeras de cuidados intensivos. El objetivo de este artículo es explorar las creencias de las enfermeras/os en las unidades de cuidados intensivos griegos sobre los efectos de la visita a los pacientes y las actitudes hacia las políticas de visita.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/326.long
Visiting Preferences of Patients in the Intensive Care Unit and in a Complex Care Medical Unit	Colleen E. Gonzalez; Diane L. Carroll; Jeanne S. Elliott; Patricia A. Fitzgerald; and Heather J. Vallent.	2004	PUBMED	Este artículo recoge la opinión de los pacientes de dos UCIs de Massachussets, Boston. en cuanto a las preferencias en los horarios de visitas.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.long
Políticas de visitas unidad de cuidados intensivos en Brasil: un estudio multicéntrico	Fernando José da Silva Ramos; Renata Rego Lins Fumis; Luciano Cesar Pontes	2014	PUBMED	En este artículo se hizo un estudio para ver en que mejoraría la actitud de los pacientes si se abrieran las UCIs en Brasil.	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000400339&lng=en&nr=m=iso&tlng=en

	de Azevedo; Guilherme Schettio				
Critical care: are we customer friendly?	Ramesh Venkataraman; Lakshmi Ranganathan; V. Rajnibala; Babu K. Abraham; Senthilkumar Rajagopalan; Nagarajan Ramakrishnan.	2015	PUBMED	Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos en la India.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578193/
Open visitation policies and practices in US ICUs: can we ever get there?	Jennifer L Mc Adam; Kathleen A Puntillo.	2013	PUBMED	En este artículo Olsen et al entrevistaron a 11 pacientes de la UCI para obtener su punto de vista respecto a las visitas.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056561/
Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los	G. Martos-Casado; A. Aragón-López; N. Gutierrez-Ramos.	2014	CUIDEN	Estudio descriptivo realizado en la UCI Polivalente del Hospital La Mancha Centro, donde se trataba de averiguar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes críticos respecto a diversos puntos en la UCI, uno de los cuales era el	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000741?np=y

familiares y los profesionales					régimen de visitas y compararlos con la percepción de los profesionales.	
Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España	Jose Manuel Velasco Bueno, Juan Francisco Prieto de Paula, Jorge Castillo Morales, Nuria Merino Nogales, Emilio Perea-Milla López.	2005	Google Académico		Estudio transversal realizado en 98 UCIs de todo el estado español, para conocer como se organizan las visitas en las UCIs de España.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905733903
Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos	Paula Irigoyen Villanueva, Candela Bonill de las Nieves.	2014	Google		Es un estudio descriptivo fenomenológico con metodología cualitativa, realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario de Navarra, donde se pretende describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.	http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.pdf

Necesidades de la familia del paciente crítico	Rita Guacimara Reyes Reyes, Ana Rita Martín González, Andrés Rodríguez Marzo.	2012	Google Académico.	Revision bibliográfica para Conocer los estudios publicados en la literatura científica internacional sobre la familia del paciente crítico y las características que presentan estos familiares.	http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7596.php
Needs of adult family members of intensive care unit patients	Kelley Obringer, Cheryl Hilgenberg and Kathy Booker	2012	PUBMED	Artículo extraído de la base de datos PUBMED, donde por medio de una investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo a 50 miembros de familiares de pacientes ingresados en la UCI de un hospital de Illinois EEUU, se pretende examinar las percepciones de las necesidades de los miembros adultos de la familia.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/full
Visitation policies and practices in US ICUs	Vincent Liu, Julia Lindeman Read, Elizabeth Scruth, Eugene Cheng.	2013	PUBMED	Artículo en el cual se realiza una encuesta telefónica a diversas Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes regiones en los EEUU entre 2008 y 2009, donde se cuestiona cuales son las restricciones en las UCIs basándose en cinco criterios: horas de visita, duración de	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056772/

				la visita, número de visitantes, edad de los visitantes y grado de familiaridad con el paciente.	
When the family member is a nurse: the role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one	Salmond SW.	2011	PUBMED	Este artículo describe la experiencia de una enfermera que a la vez es familiar de un paciente crítico.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227
Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico	C. Zaforteza Lallemand, A. García Mozo, S.M. Amorós Cerdà, E. Pérez Juan, M. Maqueda Palau, J. Delgado Mesquida.	2012	Google Académico	Investigación-acción participativa (IAP), a 11 profesionales de una UCI de Baleares donde se investiga que es lo que no nos permite el cambio en las UCIs en cuanto a los cuidados de los familiares. Aspectos limitadores y facilitadores.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000940
Access to intensive care units: A survey in North-East Italy	Antonio Boscolo Anzoletti, Alessandra Buja,	2008	Google Académico	Artículo encontrado en Google Académico donde pretende describir las políticas de visita en 110 UCIs del noreste de Italia y	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339708000499

	Valeria Bortolusso, Alessandra Zampieron			ver si existe una relación entre los horarios de visitas y la logística o la organización.	
Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making	Anne Sophie Âgård, Kristen Lomborg	2011	Google academic	Estudio cualitativo realizado entre 2005 y 2008 Para identificar y explorar las estrategias generales utilizadas por las enfermeras de cuidados intensivos danesas en la toma de decisiones acerca de la visita de familiares todos los días.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/full
Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs	Afien E. Spreen, Marieke J. Schuurmans	2011	PUBMED	Este artículo mediante una entrevista telefónica realizada a todas las UCIs de los Países Bajos, pretende estudiar las políticas de visita de las UCIs holandesas	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433971000087X
A 24-hour visiting policy in an intensive care unit: Family, patient and nurses satisfaction	Chalan-Belval, B. Floccard, S. Pereira, B. Allaouchiche.	2013	PUBMED	Estudio prospectivo realizado en un solo Hospital de Francia para evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario al año de implantar la visita de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765812004856

Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio	Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra	2004	Google Académico	Es un estudio cualitativo donde se pretende conocer qué factores influyen en la relación que establecen las enfermeras con los familiares de los pacientes e identificar las expectativas de futuro respecto a ello. Realizado en 3 Unidades de Cuidados Intensivos de 3 Hospitales de la Red Pública de la isla de Mallorca.	http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/133/119
Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	Laura Marco, Iciar Bermejillo, Nagore Garayalde, Isabel Sarrate, M ^a Angeles Margall, M ^a Carmen Asiain	2006	Google Académico	Artículo descriptivo correlacional en el cual se pretende analizar la relación entre las creencias y actitudes de las enfermeras hacia el efecto del RVA en los pacientes, familiares y personal de enfermería.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x/full

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación expondré una valoración de los resultados analizando ventajas e inconvenientes del RVA y RVC según la visión de profesionales, pacientes y familiares tanto a nivel nacional como internacional.

Molter fue el primero en estudiar las necesidades de los familiares de los pacientes en situación crítica, la importancia de la familia para la recuperación del paciente y la inclusión de éstos para unos cuidados holísticos; y descubrió que una de las de mayor importancia de estas necesidades es estar cerca de su familiar, conjuntamente con la de mantenerse informados y conocer el diagnóstico,² así como participar en el cuidado del paciente, amplios horarios de visitas, sentirse más arropados, cuidados, que los entiendan más; no parecer que están desamparados en una situación de temor.^{1, 15} En general, la seguridad, información y mantenerse cerca del paciente se observan como las necesidades más importantes para los familiares de los pacientes de la UCI.¹⁶

Se ha objetivado que la presencia de los familiares en la UCI influye positivamente en la experiencia del paciente^{4, 16}. Se concluye que "la familia tiene un efecto positivo sobre el bienestar y la recuperación del paciente". Obteniendo resultados exitosos de los pacientes cuando los miembros de la familia estaban presentes, como se pudo comprobar en uno de los artículos donde los pacientes informaron acerca de los visitantes: "me hizo sentir mejor" y que les dieron una "sensación de seguridad".¹⁶ Satisfacer las necesidades de la familia puede conducir a mejores resultados del paciente.^{1, 2, 4, 6, 11, 16, 17, 20, 23, 25}

Actualmente, existe evidencia suficiente de que la restricción de visitas puede ser perjudicial tanto para el paciente como para su familia, ya que se genera una ruptura del paciente con su entorno inmediato. Determinadas investigaciones han demostrado que la visita abierta, además de no ser nociva para el paciente crítico, equilibra las necesidades de los pacientes y de las familias además de mejorar la comunicación. La influencia de los familiares respecto a la evolución del paciente crítico es positiva y "es necesario incluir a la familia en la participación del cuidado del paciente, mejora la satisfacción, reduce la ansiedad y el estrés, satisface las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente".^{1, 2, 17, 20, 23 25}

En las UCIs italianas y francesas también existen normas restrictivas, es decir, no hay flexibilidad de horarios, confirman y apoyan la necesidad de mejorar las políticas de visitas ya que reconocen que es muy positivo tanto para el paciente como para la familia,^{20, 22} reduce los síntomas de la ansiedad y la depresión²², e incluso mejora las relaciones paciente-familia/profesional^{20, 22}. Creen que los profesionales deberían ver a los familiares como socios en el proceso terapéutico.²⁰

De la misma manera, en Grecia al igual que en Brasil, los Países Bajos (Holanda) y Francia, a pesar de toda la investigación, la evidencia y la recomendación internacional que existe sobre la beneficencia de la política de visitas abiertas, se sigue manteniendo una restricción en las visitas en la UCI, los/as enfermeros/as son resistentes a la visita abierta, y la mayoría no quieren una política abierta en su unidad, alegando el aumento de de las cargas físicas y psicológicas, interrupciones y la obstaculización en su rutina e interferencias en los cuidados del paciente agotándolo y exponiéndolo a un mayor riesgo de infección.^{7, 9, 22, 23} En Brasil concretamente, la política abierta de visitas es bastante difícil de aplicar ya que existen muchos obstáculos, básicamente estructurales adecuados para acomodar a las visitas, en algunos hospitales no hay sillas y en muchos de ellos ni tan siquiera una sala de espera⁹. En dichos países tienden a reconocer el beneficio emocional para el paciente y la familia^{7, 9, 22} pero están preocupados/as por los efectos negativos, eso sí, son indulgentes con la muerte⁹ y con los pacientes emocionalmente débiles y para las familias que no pueden visitar durante el horario.⁷

Según los datos, la atención centrada en los familiares del paciente crítico ingresado en la UCI, proporciona mayor confianza entre el profesional y la familia, y mejoras en las secuelas psíquicas a largo plazo tanto en pacientes como en familiares.^{1, 2, 17, 20, 23,25}

En EEUU a pesar del comunicado efectuado por Barack Obama en 2010, donde pidió a los hospitales de todo el país que fomentaran el RVA,¹⁷ la mayoría de los médicos/as están en contra de abrir las UCIs refiriendo que lo hacen simplemente para salvaguardar a los pacientes y familias.⁶ En éste país, las UCIs suelen ser de carácter restringido.^{1, 2, 17, 20, 23,25}

Contrariamente a lo anterior, encontramos artículos en los que se habla de los inconvenientes que tiene el abrir una UCI a los familiares tanto nacional como

internacionalmente. Encontramos opiniones por parte de los profesionales, por parte de los familiares y por supuesto por parte de los pacientes.

En nuestra búsqueda pudimos observar en la visión de los profesionales que existe diferencia de opiniones, pero básicamente la mayoría opinan que es un inconveniente tanto para el familiar como para el paciente, alegando que una política de visitas cerradas, es un bien para el paciente, priorizando la importancia de la intimidad corporal³, algunos profesionales piensan que los familiares son elementos externos a la Unidad y al proceso de cuidar al paciente crítico, con lo cual creen que deben estar fuera de la Unidad ya que perturban el trabajo⁴, entorpecen los cuidados y opinan que las UCIs no están preparadas para ello.¹² Otros de los argumentos de los profesionales para la exclusión son que el contacto con el entorno de la UCI y con las situaciones desagradables es perjudicial para el familiar, o que el contacto con el familiar ocasiona problemas/molestias/estrés al profesional; todo ello basado en el desconocimiento de los beneficios que aporta el RVA y a la percepción de que los familiares son un problema. Unido a la falta de formación para detectar las necesidades de los familiares, procesos de duelo, estrategias de comunicación...^{3, 14}

Algunas de las opiniones para avalar las UCIs cerradas son los problemas de estructura física, que no caben sillas para tener a los familiares todo el día; incluso que los gestores no están por la labor, ya que no destinan presupuesto o proyectos para el tema de espacio y mobiliario o para la inclusión de los familiares en el cuidado de los pacientes en la UCI^{3, 9}

Siguiendo con la opinión de los profesionales, Enfermería es quien tiene una actitud más positiva hacia la flexibilidad de las visitas, debido a su formación académica en la que se inculca el cuidado holístico cuyo objetivo es incluir a la familia en los cuidados del paciente. No obstante refieren que se individualizaría según el estado del paciente. Auxiliares, celadores/as y médicos/as, en este orden mantienen una postura más firme y son más reacios a una flexibilidad, posiblemente por falta de formación (celadores/as y auxiliares) y por pasar menos tiempo dentro de la unidad (médicos/as).⁵

Los/as enfermeros/as se encuentran en división de opiniones, unos están en contra de las visitas de 24h, ya que según ellos distorsionan a los pacientes, interfieren en la rutina de trabajo y requieren información acerca del estado del paciente continuamente⁶, algunos están en contra de la apertura de las unidades porque temen perder el control, sienten que las visitas obstaculizan la recuperación del paciente y disminuye su privacidad,¹¹ también refieren que se sienten estresados/as cuando tienen que relacionarse con los familiares entre otras cosas por falta de habilidades

psicosociales, algunos/as de ellos/as están convencidos/as de que los familiares son elementos externos a la unidad, también consideran que su papel como informadoras/es, es insuficiente.²⁴

Un porcentaje significativo de enfermeros/as afirma no tener las habilidades necesarias para detectar las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares y que parecen estar poco formados en cuanto a la valoración de la familia.¹⁴

Justamente a éste estrés generado básicamente por la formación para comunicar, hace referencia Zaforteza quien enfatiza en la necesidad de que los/as profesionales estén bien informados en las competencias comunicativas¹⁴ y apunta que el temor de algunos enfermeros/as a no abrir las UCIs se debe a la escasa formación en las competencias comunicativas, no se sienten preparados para contestar a preguntas que les puedan hacer los familiares. Según la bibliografía revisada, se debería incluir al familiar en los cuidados personales del paciente, compartir la información juntamente con los médicos/as, siendo ellos/as los que informan sobre diagnósticos y pronósticos, y la Enfermería debiera informar sobre los cuidados generales del paciente, aparataje (respirador, monitor, sistema de alarmas) etc.¹

Contrariamente, hay enfermeros/as que piensan que las visitas de los familiares son muy beneficiosas para el paciente ya que les dan apoyo emocional, aumentan su deseo de vivir y no los desestabiliza; referente a los efectos que produce en los familiares la visita abierta, también opinan que es beneficioso ya que se sienten más satisfechos, más informados, menos ansiosos y conocen realmente la situación del paciente, aseguran que los pacientes necesitan de sus familias, de hecho los pacientes que reciben los cuidados de las familias, refieren que se recuperan más pronto y no necesitan preguntar tanto, ya que la mayoría del tiempo lo pasan con el paciente y ya ven la situación.⁶ Los/as enfermeros/as declaran que la visita abierta aumenta también su sentido de satisfacción personal²⁵,

En cuanto a la visión de los familiares pudimos observar que existe el problema de la transmisión de la ansiedad en los familiares, encontrando que en algunos casos surge el efecto contrario, es decir, ante un RVA, los familiares pueden sentirse obligados a permanecer al lado del paciente ocasionándole así una situación de estrés. Curiosamente ciertas investigaciones obtienen una asociación importante entre un horario sin restricciones y una baja presencia familiar.¹⁴ Así pues familiares y pacientes pueden también adoptar una postura más conservadora respecto a la flexibilidad, prefieren mantener el número de visitas pero alargarlas en tiempo. Quizás debido al fenómeno “transmisión de ansiedad” descrito por Frederikson.⁵ La visión de

los familiares a nivel internacional, coincide en que prefieren un RVA, alegando que contribuyen a la recuperación del paciente, se sienten menos estresados, más seguros y apoyados.¹¹

A pesar de que el RVA es beneficioso para los pacientes y familiares, también hay que tener en cuenta que algunos pacientes no quieren ser visitados a todas horas y que cada familia y familiar son distintos y tienen distintas necesidades con lo cual es importante realizar una atención individualizada gestionada por enfermería. Pérez Cárdenas afirma que la clave del éxito del RVA es establecer pautas de atención individualizadas y apunta que incluso políticas de visita más liberales, han de establecerse pautas de atención individuales.¹⁴

Otros artículo hacen referencia a la flexibilidad en las visitas, es decir, los pacientes se sienten afortunados y queridos al tener visitas pero también expresan que en ciertos momentos debe haber un horario restringido, sobretodo en momentos cuando no se sienten bien, y cuando la dinámica familiar o visitantes no son óptimas. Tampoco les gusta tener visitas muy temprano por la mañana o muy tarde por la noche ya que necesitan descanso y reposo,^{8, 11} En resumen, a los familiares les gusta tener visitas porque se sienten que importan a alguien y cuando se encuentran bien, los días se hacen muy largos y apetece hablar con alguien querido.⁸

En la India los pacientes se sienten insatisfechos con los horarios de visita, refieren que les gustaría pasar más tiempo al lado de su familiar y que es muy poco compasivo, sin ser necesario el no dejarlos estar más tiempo junto al paciente.¹⁰

Siguiendo en la línea de la tendencia a la restricción de horarios y visitas en un país como Francia, se realizó en un sólo hospital un estudio para evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario al año de implantar la visita de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos en el cual se pudo objetivar que los pacientes estuvieron todos ellos satisfechos con el RVA alegando que se sintieron consolados al tener cerca a la familia y les ayudó a comprender mejor su estado, los familiares declararon que mejoró la calidad de la atención en el servicio y en la información. En cuanto a los/as enfermeros/as el 80% estaba satisfecho con abrir la UCI y expresó el deseo de continuación, relacionando esa satisfacción al sentido de mejorar las relaciones con las familias. Algunos respondieron que la presencia de las familias llegó a perturbar la organización de la atención, sin que la calidad de la atención se viese perjudicada.²³

En toda la bibliografía revisada, sólo en un país se encontró que goza de RVA, se trata de Dinamarca. En las UCIs danesas existe el RVA, excepto durante los cambios de turno, rondas y cuando hay que hacer procedimientos especiales y se pretende identificar algunas estrategias para gestionar el poder quedarse junto al familiar durante estos únicos momentos en que restringen el horario; siendo éstas: grado de familiaridad, situación del paciente y decisión del familiar si desea una visita permanente o no, guiándolo tanto en la decisión de entrar como en la decisión de no entrar.²¹

8. CONCLUSIONES

Concluyendo, se puede observar que después de realizar la búsqueda bibliográfica de artículos en los que se habla de las necesidades, las preferencias y la situación actual del tema en cuanto a política de visitas en las UCIs, el pensamiento de todas las personas implicadas en una UCIs, ya sean de otros países o del nuestro coinciden en que, casi en todo el mundo predomina el RVC, es decir que no existe flexibilidad en los horarios y en el número de personas que pueden visitar al paciente crítico ingresado en estas unidades.

En cambio, todos están de acuerdo en que una instauración de RVA en las UCI, resulta totalmente beneficioso e incluso necesario para la recuperación de los pacientes en estado crítico. Está comprobado mediante la evidencia científica que el RVA es beneficioso para el paciente dándole tranquilidad y apoyo, para el profesional realizando las relaciones paciente-familiar-profesional y para la familia cubriendo sus necesidades.

Si miramos desde las 3 vertientes (profesionales, pacientes y familiares), observamos que:

El trabajo de los profesionales en las UCI sigue centrado en las intervenciones directas sobre el paciente dejando al margen a la familia, bien porque temen involucrarse demasiado, porque consideran que entorpecen y dificultan su labor, o por falta de habilidad en la competencia comunicativa.

Los pacientes ingresados en una UCI respecto a la visita refieren que esta tiene significados diferentes para ellos según el momento. Están a favor del RVA pero también demandan cierta flexibilidad y restricciones en momentos en los que por alguna circunstancia no les apetece ser visitados, o quieren tener al familiar cerca pero en forma pasiva, simplemente acompañándolos.

La experiencia tiene diferente intensidad para cada núcleo familiar y para cada individuo, siendo las principales necesidades, demanda de información, y la posibilidad de permanecer todo el tiempo posible con el paciente, aunque también existe el fenómeno “transmisión de la ansiedad”, por lo que podemos tener en cuenta las pautas de atención individualizadas.

En España, se siente la necesidad de cambiar totalmente las UCIs, hecho que se está reivindicando desde finales de los 70, hace referencia no sólo a abrir las puertas de la UCI liberando horarios y mejorando los cuidados dirigidos a la familia, sino también sugiere un cambio en el diseño y la organización, mejorando la privacidad, el bienestar ambiental y la confortabilidad de pacientes y familiares, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales.

En el marco internacional se puede decir que más o menos se obtienen resultados similares a los de nuestro país, seguimos comprobando que se reivindica un RVA debido a la evidencia estudiada en cuanto a los resultados del beneficio que se obtienen de las visitas sobre el paciente, pero se siguen manteniendo las UCIs en un RVC. Se mantiene una gran separación de los familiares con el equipo cuidador y con el paciente, que no atiende a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de atención a los familiares de pacientes ingresados en UCI elaborada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACCN) en la cual recomienda: “más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información”.

A pesar de la gran cantidad de literatura que avala que los cuidados de los familiares hacia el paciente crítico son positivos para su recuperación, no se acaba de dar el paso para el cambio. Existen varios elementos facilitadores y limitadores para ese cambio.¹⁹

Los aspectos que limitan el cambio son: ¹⁹

- No reconocer la legitimidad de la evidencia científica acerca de los familiares del paciente crítico.
- Relaciones de poder desequilibradas en el equipo multidisciplinar.
- Falta de participación de las enfermeras en los flujos de información.
- Organización del tiempo y del espacio de la unidad.

Los que lo facilitan: ¹⁹

- El compromiso individual y el compromiso compartido de los profesionales.
- El liderazgo en lo cotidiano. (capacidad que adquiere una persona en el día a día para argumentar y defender posturas a favor del cambio frente a quien tienen posturas en contra)
- El proceso reflexivo. (proceso colectivo de reflexión. Profesionales que se muestran a favor del cambio, contagian al resto, basándose en la obtención de resultados positivos).

9. OPINIÓN PERSONAL, DESDE LA PERSPECTIVA COMO FAMILIAR Y ENFERMERA.

Desde mi experiencia como familiar entonces y enfermera en la actualidad, ha cambiado un poco mi opinión. Cuando yo pasé por esa situación, quería estar todo el tiempo posible con mi familiar, ahora, desde mi perspectiva como enfermera veo que eso no es muy recomendable ya que a lo largo del día existen actividades como el cambio de turno, las visitas del médico/ca o cuando se realizan técnicas invasivas, donde el familiar no debería estar dentro, debería dejar hacer su trabajo al profesional, ya que creo que así nos sentimos más cómodos.

Sí que es verdad que cuando tienes alguien dentro y sólo puedes verlo unas horas al día, la incertidumbre te desconcierta. Por ejemplo, llega la visita de las 9 de la mañana y estás deseando saber qué tal ha pasado la noche, no en vano la información es una de las primeras necesidades que tienen los familiares de pacientes ingresados en UCIs, y, los/as enfermeros/as eso no lo pensamos ya que estamos constantemente informados/as acerca de ese paciente y no solemos ponernos en el lugar del familiar.

Desde mi punto de vista aparte de todos los requisitos que debe tener un/a enfermero/a para trabajar en una UCI, es imprescindible saber empatizar con los familiares. Realmente es lo que me pasa a mí ahora que soy enfermera y cuando veo a los familiares, intento ponerme en su lugar y hay muchas cosas que veo que no se hacen del todo bien, y el hecho de pasar por vivencias similares cambian la perspectiva.

Actualmente, sigo sin saber exactamente qué hacer con las UCIS, según todo lo leído en la búsqueda bibliográfica realmente es beneficioso para todas las partes implicadas el RVA pero, debemos tener en cuenta, que no todas las familias ni razas, ni culturas, son iguales, no podemos hacer excepciones discriminando a nadie pero tampoco podemos hacer un mercado de nuestras UCIS.

Con lo cual, pienso que lo ideal sería abrir las UCIs algo más, es decir, ampliar los horarios en cuanto a duración de tiempo. De esta manera, también se vería cubierta la necesidad de sentirse informado ya que pasando la mitad del día junto al paciente ya ves cómo evoluciona.

También pondría en manos de Enfermería y el resto del equipo la potestad de poder decidir quién entra y quién no, ya que muchas familias aprenden enseguida los derechos pero no las obligaciones y sobretodo hay que tener en cuenta la existencia de más pacientes en la unidad y debería individualizarse cada caso.

Todo esto, obviamente siempre mirando el bienestar del paciente puesto que en algunas situaciones no se encuentran con ganas de disfrutar de compañía y el silencio también forma parte del cuidado.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Giovanni Perdomo Cruz R. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Revista Medica Hondureña. 1992 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://65.182.2.242/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992.pdf#page=48>
2. Campo Martínez, MC; Cotrina Gamboa, MJ. Enferm Global -Esp- | 2011 | 10(24):103- Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. 109 consultado el 2016 May 9. Disponible en http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=672612_1
3. Guevara, B. Zambrano de Guerrero, A. Evies A. Una aproximacion al perfil de la enfermera intensivista - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. enfermeria y cuidados intensivos y cuidados críticos. 2007 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
4. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enfermería Glob [Internet]. Universidad de Murcia; 2011 Oct [cited 2016 May 20];10(24). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Magnani D, Lionte G, Di Lorenzo R, Pisani M, Palazzolo C, Ferri P. Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) abiertas: Las opiniones de los profesionales sanitarios. Un estudio cualitativo. AGORA D'INFERMERIA revista num 76, vol. 19 (4). Diciembre 2015.
6. Corral Liria, Inmaculada. Experiencia vivida y necesidades percibidas por familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos (UCI). Propuesta de Investigación Fin de Máster de Cuidados Críticos. Rev Paraninfo Digital, 2009; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/124d.php> Consultado el 22 de Febrero del 2016
7. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. [Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients]. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. Elsevier; 2012 Jan 1 [cited 2016 Apr 20];23(4):179–88. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-90165548>

8. Irigoyen Villanueva, Paula; Bonill de las Nieves, Candela. Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos. Biblioteca Lascasas, 2014; 10 (2). Disponible en <http://www.Index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.php>
9. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud [Internet]. 2014. [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
10. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. 1971. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012331222008000200006&script=sci_arttext&tlng=es
11. García Gonzalez MJ. El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson [Internet]. 2004 [cited 2016 May 10]. Available from: https://books.google.com/books?hl=es&lr=lang_es&id=rH2WwSgmrAEC&pgis=1
12. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enferm [Internet]. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2004 [cited 2016 May 10];20(2):1. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000200007&script=sci_arttext
13. Amaro Cano M del C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2004 [cited 2016 May 10];20(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
14. Social M de sanidad y política. Unidad de cuidados intensivos [Internet]. 2010 [cited 2016 May 21]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
15. (IACS) IA de ciencias de la S. El Enfermo Crítico esté donde esté. [Internet]. 2009 [cited 2016 May 10]. Available from: http://iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=7256&vienede=AGENDA_ICS&numElemento=1
16. Apuntes de cuarto curso de enfermería, Enfermería en situaciones críticas. Universidad Rovira i Virgili Campus Terres de l'Ebre Tortosa, Tarragona.
17. Díaz de Durana Santa Coloma S, Vila Gómez M, Aparicio Cilla L, Rodríguez Borrajo MJ. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. Enfermería Intensiva [Internet]. Elsevier; 2004 Apr 1 [cited 2016 May 10];15(02):63–75. Available

from:<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-unidad-cuidados-13062965>

18. Sanchez López, Juana María; Díaz Agea, José Luis. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. Evidentia. 2013 oct-dic; 10(44). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev8038.php>> . Consultado el 9 de Noviembre de 2015
19. Martínez Buján R. La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. Cuad Relac Laborales [Internet]. 2011 Jul 22 [cited 2016 May 10];29(1):93–123. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36187/35053>
20. González Díaz, G. García Córdoba F. INTENSIVOS (2008): 04.02 [Internet]. 2008 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://intensivos.uninet.edu/04/0402.html>
21. Nicolás JM, Ruiz J, Jiménez X, Net A. Enfermo Crítico y emergencias. 2011 ISBN: 978-84-8086-470-1 1ª Edición Elsevier España, S.L.

BIBLIOGRAFÍA PARA LA BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS

1. Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. Med Intensiva [Internet]. Elsevier; 2014 Jan 1 [cited 2015 Nov 25];38(6):371–5. Available from: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
2. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. [Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients]. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 20];23(4):179–88. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000715>
3. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Albert Miró Gayà J. [Opening the intensive care unit to families: what do the professionals think?]. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2010 Jan [cited 2016 Feb 16];21(2):52–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990900008X>
4. Sánchez López, Juana María; Díaz Agea, José Luis. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. Evidentia. 2013 oct-dic; 10(44). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev8038.php>> Consultado el 17 mayo 2016

5. Díaz de Durana Santa Coloma S, Vila Gómez M, Aparicio Cilla L, Rodríguez Borrajo MJ. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. *Enfermería Intensiva* [Internet]. Elsevier; 2004 Apr 1 [cited 2016 May 10];15(02):63–75. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-unidad-cuidados-13062965>
6. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *Am J Crit Care* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2016 Jan 4];23(4):316–24. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long>
7. Athanasiou A, Papathanassoglou EDE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. *Am J Crit Care* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2016 May 10];23(4):326–33. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/326.long>
8. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. VISITING PREFERENCES OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND IN A COMPLEX CARE MEDICAL UNIT. *Am J Crit Care* [Internet]. 2004 May 1 [cited 2016 May 10];13(3):194–8. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.long>
9. Ramos FJ da S, Fumis RRL, de Azevedo LCP, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. *Rev Bras Ter intensiva* [Internet]. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB; 2014 Jan [cited 2016 May 10];26(4):339–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000400339&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Venkataraman R, Ranganathan L, Rajnibala V, Abraham BK, Rajagopalan S, Ramakrishnan N. Critical care: Are we customer friendly? *Indian J Crit Care Med* [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 May 10];19(9):507–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578193/>
11. McAdam JL, Puntillo KA. Open visitation policies and practices in US ICUs: can we ever get there? *Crit Care* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 10];17(4):171. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056561/>
12. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. [Satisfaction of relatives of the patients admitted to an intensive care unit: Perceptions of relatives and professionals]. *Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería*

- Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Apr 6];25(4):164–72. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000741?np=y>
13. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2005 Jun [cited 2016 Apr 20];16(2):73–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905733903>
 14. Irigoyen Villanueva, Paula; Bonill de las Nieves, Candela. Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos. *Biblioteca Lascasas*, 2014; 10 (2). Disponible en <http://www.Index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.php>
 15. Rita Guacimara Reyes Reyes, Ana Rita Martín González, Andrés Rodríguez Marzo. Necesidades de la familia del paciente crítico, 2012. Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7596.php>
 16. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 May 10];21(11-12):1651–8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/full>
 17. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 10];17(2):R71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056772/>
 18. Salmond SW. When the family member is a nurse: the role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 May 10];27(1):10–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227>
 19. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Amorós Cerdá SM, Pérez Juan E, Maqueda Palau M, Delgado Mesquida J. [Limiting and facilitating factors of changes in the care of families of the critically ill patient]. *Enfermería Intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias* [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 21];23(3):121–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000940>
 20. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 May 10];24(6):366–74. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339708000499>

21. Agård AS, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 May 10];20(7-8):1106–14. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/full>
22. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 Mar 1];27(1):27–30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433971000087X>
23. Challan-Belval A, Floccard B, Pereira S, Allaouchiche B. [A 24-hour visiting policy in an intensive care unit: family, patient and nurses' satisfaction]. *Ann Fr d'anesthésie réanimation* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 10];32(2):123–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765812004856>
24. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, Pedro JE de, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio [Internet]. *NURE Investigación*. 2004 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/133/119>
25. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2006 Jan 3 [cited 2016 May 10];11(1):33–41. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227776244_Intensive_care_nurses'_beliefs_and_attitudes_towards_the_effect_of_open_visiting_on_patients_family_and_nurses

11. ARTÍCULO

11.1. Revista de publicación y normas de publicación

REVISTA DE PUBLICACION:

ENFERMERÍA INTENSIVA.

Enfermería Intensiva es el Órgano de Expresión de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), siendo un medio de comunicación excelente para todos los profesionales en enfermería que desarrollan su actividad en las unidades de cuidados intensivos o en cualquier otro lugar donde se atiende al paciente crítico. Enfermería Intensiva es la única publicación en español con carácter nacional.

La revista Enfermería Intensiva publica trabajos sobre temas de interés para los profesionales de la enfermería de cuidados intensivos y unidades coronarias. Estos trabajos deben permitir aumentar el conocimiento y ser útiles para la mejora de los cuidados.

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-normas-publicacion>

NORMAS DE PUBLICACION:

Revisión bibliográfica: debe aportar evidencia a la práctica clínica enfermera y en particular en el ámbito de los cuidados intensivos. Se estructurarán de la siguiente forma: Introducción, objetivo, metodología, resultados, discusión y conclusiones. La extensión máxima debe ser de 3500 palabras, sin contabilizar el resumen, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y figuras. Máximo 1 figura y 3 tablas. Se incluirá un resumen en español e inglés con la siguiente estructura: Objetivo/s, Método, Resultados y Conclusiones, con un máximo de 250 palabras.

11.2. Carta de presentación

CARTA DE PRESENTACIÓN:

ENFERMERÍA INTENSIVA

ISSN: 1130-2399

Institución: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Director: Pilar Delgado-Hito

Email: ei@elsevier.com.

Apreciado Editor:

Tengo el placer de remitirle el trabajo con título: “UCIs ABIERTAS vs UCIs CERRADAS. VENTAJAS E INCONVENIENTES. VISIÓN DE LAS PERSONAS IMPLICADAS” para que considere su publicación como artículo original en la revista: ENFERMERÍA INTENSIVA (SEEIUC).

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema de las UCIs abiertas o cerradas en cuanto a ventajas e inconvenientes, dándole un enfoque a la visión de profesionales, pacientes y familiares como personas implicadas directamente en la condición de paciente crítico; tanto a nivel nacional como internacional.

El autor declara que ha contribuido intelectualmente en el trabajo y reúne las condiciones de autoría. Asimismo declara que el trabajo es original y no ha sido previamente publicado ni está en proceso de revisión por parte de ninguna otra revista.

Quedamos a la espera de sus noticias.

Atentamente,

Yuma Ema Hayter D.N.I. 38096509E Correo electrónico:
yumaema.1970@gmail.com

C/ Sant Joan, 104

43895 L'Ampolla (Tarragona)

11.3. Artículo

TÍTULO: UCIs ABIERTAS vs UCIs CERRADAS. VENTAJAS E INCONVENIENTES. VISION DE LAS PERSONAS IMPLICADAS.

AUTOR: EMA HAYTER, YUMA

RESUMEN:

Objetivos:

Realizar una búsqueda bibliográfica extensa sobre el estado actual del tema para conocer las ventajas e inconvenientes de las Unidades de Cuidados Intensivos abiertas y cerradas. Así como observar la visión desde el punto de vista de las personas implicadas en el tema, profesionales, familiares y paciente. A nivel nacional e internacional.

Método:

Se realizó una revisión de la literatura científica en las bases de datos de GOOGLE ACADÉMICO, CUIDEN y PUBMED y un análisis profundo del tema en los artículos seleccionados de diferentes países del mundo.

Resultados:

Se seleccionaron 25 artículos que correspondían al objetivo de la búsqueda, siendo 11 de ellos de habla española y haciendo referencia a las UCIs de nuestro país y 14 artículos de habla inglesa en los cuales abordaban diversas UCIs de diferentes países del mundo.

Conclusiones:

Se observa que tanto a nivel nacional como internacional, a pesar que la evidencia científica, demuestra los beneficios de la RVA siguen existiendo mayoritariamente regímenes de visitas restringidas.

PALABRAS CLAVE: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

TITLE: OPEN vs CLOSED ICUs. ADVANTAGES AND DISADVANTAGES. VISION OF EVERYONE INVOLVED.

ABSTRACT:

Goals:

Conduct an extensive literature search on the current state of the subject to know the advantages and disadvantages of open and closed units for Intensive Care. And observe from the point of view of the people involved in the issue, professionals, family and patients. At a national and international level.

Methodology:

A review of the scientific literature in databases ACADEMIC GOOGLE, CUIDEN and PUBMED and a deep analysis of the topic in articles selected from different countries of the world was made.

Results:

25 items that matched the search target were selected, with 11 in Spanish language and referring to the ICUs of our country and 14 English language articles that addressed various ICUs of different countries.

Conclusions:

After all the research related to the topic, it appears that as in the rest of the world, in Spain despite being demonstrated by scientific evidence, is still demanding a policy of open visits, which is one of the unfinished themes in our country. Everyone refers to the beneficial effect of RVA for the patient, family and even for professionals, but nobody moves to start opening ICUs.

KEY WORDS: Open United Intensive Care, family, intensive nursing.

INTRODUCCIÓN:

Se denomina paciente crítico, a aquel enfermo, cuya condición patológica afecta a uno o más órganos vitales, con serio riesgo para su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesarias la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado, solamente disponibles en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).¹

La UCI, está dotada de recursos materiales, humanos y técnicos específicos que permiten una atención integral del más alto nivel a este tipo de pacientes. Estas unidades están pensadas para facilitar el trabajo de profesionales sanitarios, lugares en los que los enfermos están aislados de su entorno y de sus seres queridos, rompiéndose así su conexión con el mundo exterior y rutinario. Rodeados de personas ajenas, maquinaria extraña y sobretodo sin acompañamiento familiar la mayor parte del tiempo.^{1,2}

Existen dos tipos de UCIs, las UCIs abiertas donde no existen horarios restrictivos y hay más interacción entre la familia, pacientes y profesionales, y las UCIs cerradas donde existen horarios, y se restringen el número de familiares, pudiendo así ver al paciente únicamente unas horas determinadas al día.³

El papel del/a enfermero/a intensivista en estas unidades, es fundamental en los cuidados del paciente crítico. Por ello, debe tener un perfil específico enmarcado en una filosofía integradora, es decir saber cuidar de una manera holística en todos los aspectos de la persona. Dicha filosofía debería incluir conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos.⁴ El/a enfermero/a intensivista, deberá tener la capacidad de hacer de puente entre el paciente y la familia ya que posee o debería poseer cualidades tales como: altruismo, afectividad, empatía, tolerancia, capacidad de enfrentarse al estrés, así como habilidad para establecer una relación armoniosa con el resto del equipo entre otras, intentar cuidar a la persona y sus familiares como un solo núcleo, de manera integral, para restablecer el problema de salud o en su defecto acompañarlos en el proceso de morir dignamente.⁴

Según las vivencias culturales de cada familia, tener ingresado a un familiar en estas unidades puede provocar una desestructuración y sensación de ruptura de la unidad familiar, con lo cual, puede que reaccionen intentando restablecer los roles para adaptarse a la nueva situación.⁵

Justificación:

Mi intención es llegar al término de este trabajo a analizar la situación desde la visión como enfermera y poderla comparar con las de familiar implicado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se busca en las bases de datos de CUIDEN, Google Académico y PUBMED.

Palabras clave: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

Key words: Open United Intensive care, family, intensive nursing.

Se utilizan como criterios de inclusión:

- Artículos en español e inglés
- Publicaciones de los 12 últimos años
- Textos completos

Se utilizan como criterios de exclusión:

- Citas y patentes,
- Artículos que hablen de UCIs pediátricas o neonatales.

En cuanto a limitaciones en el estudio, en este caso no ha habido limitaciones al respecto.

RESULTADOS:

En las bases de datos CUIDEN y Google Académico, en la búsqueda inicial se encuentran 687 artículos utilizando las palabras clave: UCIs abiertas, UCIs cerradas, enfermería, familia.

Posteriormente se reduce el hallazgo a 684 acotando la búsqueda a artículos solo en español, filtramos por años artículos publicados entre el 2004 y 2016 quedando así 562.

Después de utilizar como criterios de exclusión citas y patentes, y artículos que hablen de UCIs pediátricas o neonatales, nuestra búsqueda se reduce a 513 artículos, de los cuales se utilizan finalmente 11 artículos de habla española para nuestro trabajo.

En la base de datos PUBMED realizamos la búsqueda de artículos en inglés, encontrándose 116 artículos utilizando las palabras clave: Open United Intensive Care, family, intensive nursing.

Utilizamos como criterios de inclusión full text y el número de artículos queda reducido a 28, de la misma manera que en las bases de datos anteriores mencionadas también acotamos filtrando los años escogiendo así publicaciones de los 12 últimos años, se queda en 21 artículos.

Finalmente se utilizan 14 artículos de habla inglesa para nuestro trabajo.

TÍTULO	AUTOR	AÑO	BASE DE DATOS	TIPO DE ESTUDIO Y RESUMEN	LINK
Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Dolores Escudero, Lucia Viña, Clementina Calleja.	2014	Google Académico	Es una búsqueda bibliográfica donde habla de la necesidad de cambiar totalmente las UCIs de nuestro país, que se está reivindicando desde finales de los 70 y todavía la cosa continúa igual.	http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/#autores
La visita flexible en las Unidades de Cuidados Intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico	B. Errasti-Ibarrondo, S. Tricas-Sauras.	2012	Google Académico.	Búsqueda bibliográfica que Identifica y analiza los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000715
Abrir la Unidad de Cuidados Intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales?	Zaforteza Lallemand, A. García Mozo, R. Quintana Carbonero, C. Sánchez Calvín, E. Abadía Ortiz, J. Alberto Miró Gayà.	2010	Google Académico.	Artículo de investigación. Conocer las aportaciones de los profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos de las Islas Baleares, a una nueva propuesta de horarios de visitas.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990900008X

La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente	Juana María Sánchez López, José Luis Díaz Agea.	2013	Google Académico.	Revisión bibliográfica. Encontramos diferentes puntos de vista de los profesionales hacia los familiares en el proceso de cuidar.	http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev8038.php
Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas	Susana Díaz de Durana Coloma; Manuela Vila Gómez; Laura Aparicio Cilla; María José Rodríguez Borrajo.	2004	Google académico.	Estudio observacional y transversal realizado en Vitoria para conocer las opiniones de todos los implicados en una Unidad de Cuidados Intensivos de coronarios.	http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-unidad-cuidados-13062965
Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses	Bettina H. Riley; Joseph White; Shannon Graham; Anne Alexandrov	2014	PUBMED	Este artículo de investigación, nos sitúa en la parte SudEste de los Estados Unidos, donde se hace un estudio en un grupo de UCIs para ver qué les parece el régimen de visitas abiertas tanto a los profesionales de la unidad, como a los familiares de los pacientes ingresados en dichas unidades.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long

Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective	Archonto Athanasiou; Elizabeth D.E. Papathanassoglou; Elisabeth Patiraki; Margarita Giannakopoulou; Mary S. McCarthy	2014	PUBMED	Se trata de un estudio descriptivo que se realizó en 6 hospitales públicos en Atenas, Grecia, con una muestra de 143 enfermeras de cuidados intensivos. El objetivo de este artículo es explorar las creencias de las enfermeras/os en las unidades de cuidados intensivos griegos sobre los efectos de la visita a los pacientes y las actitudes hacia las políticas de visita.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/326.long
Visiting Preferences of Patients in the Intensive Care Unit and in a Complex Care Medical Unit	Colleen E. Gonzalez; Diane L. Carroll; Jeanne S. Elliott; Patricia A. Fitzgerald; and Heather J. Vallent.	2004	PUBMED	Este artículo recoge la opinión de los pacientes de dos UCIs de Massachussets, Boston. en cuanto a las preferencias en los horarios de visitas.	http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.long
Políticas de visitas unidad de cuidados intensivos en Brasil: un estudio multicéntrico	Fernando José da Silva Ramos; Renata Rego Lins Fumis; Luciano Cesar Pontes	2014	PUBMED	En este artículo se hizo un estudio para ver en que mejoraría la actitud de los pacientes si se abrieran las UCIs en Brasil.	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000400339&lng=en&nr=m=iso&tlng=en

	de Azevedo; Guilherme Schettio					
Critical care: are we customer friendly?	Ramesh Venkataraman; Lakshmi Ranganathan; V. Rajnibala; Babu K. Abraham; Senthilkumar Rajagopalan; Nagarajan Ramakrishnan.	2015	PUBMED	Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos en la India.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578193/	
Open visitation policies and practices in US ICUs: can we ever get there?	Jennifer L Mc Adam; Kathleen A Puntillo.	2013	PUBMED	En este artículo Olsen et al entrevistaron a 11 pacientes de la UCI para obtener su punto de vista respecto a las visitas.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056561/	
Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los	G. Martos-Casado; A. Aragón-López; N. Gutierrez-Ramos.	2014	CUIDEN	Estudio descriptivo realizado en la UCI Polivalente del Hospital La Mancha Centro, donde se trataba de averiguar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes críticos respecto a diversos puntos en la UCI, uno de los cuales era el	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000741?np=y	

familiares y los profesionales					régimen de visitas y compararlos con la percepción de los profesionales.	
Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España	Jose Manuel Velasco Bueno, Juan Francisco Prieto de Paula, Jorge Castillo Morales, Nuria Merino Nogales, Emilio Perea-Milla López.	2005	Google Académico		Estudio transversal realizado en 98 UCIs de todo el estado español, para conocer como se organizan las visitas en las UCIs de España.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905733903
Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos	Paula Irigoyen Villanueva, Candela Bonill de las Nieves.	2014	Google		Es un estudio descriptivo fenomenológico con metodología cualitativa, realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario de Navarra, donde se pretende describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.	http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.pdf

Necesidades de la familia del paciente crítico	Rita Guacimara Reyes Reyes, Ana Rita Martín González, Andrés Rodríguez Marzo.	2012	Google Académico.	Revisión bibliográfica para Conocer los estudios publicados en la literatura científica internacional sobre la familia del paciente crítico y las características que presentan estos familiares.	http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7596.php
Needs of adult family members of intensive care unit patients	Kelley Obringer, Cheryl Hilgenberg and Kathy Booker	2012	PUBMED	Artículo extraído de la base de datos PUBMED, donde por medio de una investigación cuantitativa, con un diseño descriptivo a 50 miembros de familiares de pacientes ingresados en la UCI de un hospital de Illinois EEUU, se pretende examinar las percepciones de las necesidades de los miembros adultos de la familia.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/full
Visitation policies and practices in US ICUs	Vincent Liu, Julia Lindeman Read, Elizabeth Scruth, Eugene Cheng.	2013	PUBMED	Artículo en el cual se realiza una encuesta telefónica a diversas Unidades de Cuidados Intensivos de diferentes regiones en los EEUU entre 2008 y 2009, donde se cuestiona cuales son las restricciones en las UCIs basándose en cinco criterios: horas de visita, duración de	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056772/

				la visita, número de visitantes, edad de los visitantes y grado de familiaridad con el paciente.	
When the family member is a nurse: the role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one	Salmond SW.	2011	PUBMED	Este artículo describe la experiencia de una enfermera que a la vez es familiar de un paciente crítico.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227
Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico	C. Zaforteza Lallemand, A. García Mozo, S.M. Amorós Cerdà, E. Pérez Juan, M. Maqueda Palau, J. Delgado Mesquida.	2012	Google Académico	Investigación-acción participativa (IAP), a 11 profesionales de una UCI de Baleares donde se investiga que es lo que no nos permite el cambio en las UCIs en cuanto a los cuidados de los familiares. Aspectos limitadores y facilitadores.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000940
Access to intensive care units: A survey in North-East Italy	Antonio Boscolo Anzoletti, Alessandra Buja,	2008	Google Académico	Artículo encontrado en Google Académico donde pretende describir las políticas de visita en 110 UCIs del noreste de Italia y	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339708000499

	Valeria Bortolusso, Alessandra Zampieron			ver si existe una relación entre los horarios de visitas y la logística o la organización.	
Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making	Anne Sophie Âgård, Kristen Lomborg	2011	Google academic	Estudio cualitativo realizado entre 2005 y 2008 Para identificar y explorar las estrategias generales utilizadas por las enfermeras de cuidados intensivos danesas en la toma de decisiones acerca de la visita de familiares todos los días.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/full
Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs	Afien E. Spreen, Marieke J. Schuurmans	2011	PUBMED	Este artículo mediante una entrevista telefónica realizada a todas las UCIs de los Países Bajos, pretende estudiar las políticas de visita de las UCIs holandesas	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433971000087X
A 24-hour visiting policy in an intensive care unit: Family, patient and nurses satisfaction	Chalan-Belval, B. Floccard, S. Pereira, B. Allaouchiche.	2013	PUBMED	Estudio prospectivo realizado en un solo Hospital de Francia para evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario al año de implantar la visita de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765812004856

Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio	Concha Zaforteza, Denise Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra	2004	Google Académico	Es un estudio cualitativo donde se pretende conocer qué factores influyen en la relación que establecen las enfermeras con los familiares de los pacientes e identificar las expectativas de futuro respecto a ello. Realizado en 3 Unidades de Cuidados Intensivos de 3 Hospitales de la Red Pública de la isla de Mallorca.	http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/133/119
Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	Laura Marco, Iciar Bermejillo, Nagore Garayalde, Isabel Sarrate, M ^a Angeles Margall, M ^a Carmen Asiain	2006	Google Académico	Artículo descriptivo correlacional en el cual se pretende analizar la relación entre las creencias y actitudes de las enfermeras hacia el efecto del RVA en los pacientes, familiares y personal de enfermería.	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x/full

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, expondré una valoración de los resultados analizando ventajas e inconvenientes del RVA y RVC según la visión de profesionales, pacientes y familiares tanto a nivel nacional como internacional.

Molter fue el primero en estudiar las necesidades de los familiares de los pacientes en situación crítica, la importancia de la familia para la recuperación del paciente y la inclusión de éstos para unos cuidados holísticos; y descubrió que una de las de mayor importancia de estas necesidades es estar cerca de su familiar, conjuntamente con la de mantenerse informados y conocer el diagnóstico,² así como participar en el cuidado del paciente, amplios horarios de visitas, sentirse más arropados, cuidados, que los entiendan más; no parecer que están desamparados en una situación de temor.^{1, 15} En general, la seguridad, información y mantenerse cerca del paciente se observan como las necesidades más importantes para los familiares de los pacientes de la UCI.¹⁶

Se ha objetivado que la presencia de los familiares en la UCI influye positivamente en la experiencia del paciente^{4, 16}. Se concluye que "la familia tiene un efecto positivo sobre el bienestar y la recuperación del paciente". Obteniendo resultados exitosos de los pacientes cuando los miembros de la familia estaban presentes, como se pudo comprobar en uno de los artículos donde los pacientes informaron acerca de los visitantes: "me hizo sentir mejor" y que les dieron una "sensación de seguridad".¹⁶ Satisfacer las necesidades de la familia puede conducir a mejores resultados del paciente.^{1, 2, 4, 6, 11, 16, 17, 20, 23, 25}

Actualmente, existe evidencia suficiente de que la restricción de visitas puede ser perjudicial tanto para el paciente como para su familia, ya que se genera una ruptura del paciente con su entorno inmediato. Determinadas investigaciones han demostrado que la visita abierta, además de no ser nociva para el paciente crítico, equilibra las necesidades de los pacientes y de las familias además de mejorar la comunicación. La influencia de los familiares respecto a la evolución del paciente crítico es positiva y "es necesario incluir a la familia en la participación del cuidado del paciente, mejora la satisfacción, reduce la ansiedad y el estrés, satisface las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente".^{1, 2, 17, 20, 23 25}

En las UCIs italianas y francesas también existen normas restrictivas, es decir, no hay flexibilidad de horarios, confirman y apoyan la necesidad de mejorar las políticas de visitas ya que reconocen que es muy positivo tanto para el paciente como para la familia,^{20, 22} reduce los síntomas de la ansiedad y la depresión²², e incluso mejora las relaciones paciente-familia/profesional^{20, 22}. Creen que los profesionales deberían ver a los familiares como socios en el proceso terapéutico.²⁰

De la misma manera, en Grecia al igual que en Brasil, los Países Bajos (Holanda) y Francia, a pesar de toda la investigación, la evidencia y la recomendación internacional que existe sobre la beneficencia de la política de visitas abiertas, se sigue manteniendo una restricción en las visitas en la UCI, los/as enfermeros/as son resistentes a la visita abierta, y la mayoría no quieren una política abierta en su unidad, alegando el aumento de de las cargas físicas y psicológicas, interrupciones y la obstaculización en su rutina e interferencias en los cuidados del paciente agotándolo y exponiéndolo a un mayor riesgo de infección.^{7, 9, 22, 23} En Brasil concretamente, la política abierta de visitas es bastante difícil de aplicar ya que existen muchos obstáculos, básicamente estructurales adecuados para acomodar a las visitas, en algunos hospitales no hay sillas y en muchos de ellos ni tan siquiera una sala de espera⁹. En dichos países tienden a reconocer el beneficio emocional para el paciente y la familia^{7, 9, 22} pero están preocupados/as por los efectos negativos, eso sí, son indulgentes con la muerte⁹ y con los pacientes emocionalmente débiles y para las familias que no pueden visitar durante el horario.⁷

Según los datos, la atención centrada en los familiares del paciente crítico ingresado en la UCI, proporciona mayor confianza entre el profesional y la familia, y mejoras en las secuelas psíquicas a largo plazo tanto en pacientes como en familiares.^{1, 2, 17, 20, 23,25}

En EEUU a pesar del comunicado efectuado por Barack Obama en 2010, donde pidió a los hospitales de todo el país que fomentaran el RVA,¹⁷ la mayoría de los médicos/as están en contra de abrir las UCIs refiriendo que lo hacen simplemente para salvaguardar a los pacientes y familias.⁶ En éste país, las UCIs suelen ser de carácter restringido.^{1, 2, 17, 20, 23,25}

Contrariamente a lo anterior, encontramos artículos en los que se habla de los inconvenientes que tiene el abrir una UCI a los familiares tanto nacional como internacionalmente. Encontramos opiniones por parte de los profesionales, por parte de los familiares y por supuesto por parte de los pacientes.

En nuestra búsqueda pudimos observar en la visión de los profesionales que existe diferencia de opiniones, pero básicamente la mayoría opinan que es un inconveniente tanto para el familiar como para el paciente, alegando que una política de visitas cerradas, es un bien para el paciente, priorizando la importancia de la intimidad corporal³, algunos profesionales piensan que los familiares son elementos externos a la Unidad y al proceso de cuidar al paciente crítico, con lo cual creen que deben estar fuera de la Unidad ya que perturban el trabajo⁴, entorpecen los cuidados y opinan que las UCIs no están preparadas para ello.¹² Otros de los argumentos de los profesionales para la exclusión son que el contacto con el entorno de la UCI y con las situaciones desagradables es perjudicial para el familiar, o que el contacto con el familiar ocasiona problemas/molestias/estrés al profesional; todo ello basado en el desconocimiento de los beneficios que aporta el RVA y a la percepción de que los familiares son un problema. Unido a la falta de formación para detectar las necesidades de los familiares, procesos de duelo, estrategias de comunicación...^{3, 14}

Algunas de las opiniones para avalar las UCIs cerradas son los problemas de estructura física, que no caben sillas para tener a los familiares todo el día; incluso que los gestores no están por la labor, ya que no destinan presupuesto o proyectos para el tema de espacio y mobiliario o para la inclusión de los familiares en el cuidado de los pacientes en la UCI^{3, 9}

Siguiendo con la opinión de los profesionales, Enfermería es quien tiene una actitud más positiva hacia la flexibilidad de las visitas, debido a su formación académica en la que se inculca el cuidado holístico cuyo objetivo es incluir a la familia en los cuidados del paciente. No obstante refieren que se individualizaría según el estado del paciente. Auxiliares, celadores/as y médicos/as, en este orden mantienen una postura más firme y son más reacios a una flexibilidad, posiblemente por falta de formación (celadores/as y auxiliares) y por pasar menos tiempo dentro de la unidad (médicos/as).⁵

Los/as enfermeros/as se encuentran en división de opiniones, unos están en contra de las visitas de 24h, ya que según ellos distorsionan a los pacientes, interfieren en la rutina de trabajo y requieren información acerca del estado del paciente continuamente⁶, algunos están en contra de la apertura de las unidades porque temen perder el control, sienten que las visitas obstaculizan la recuperación del paciente y disminuye su privacidad,¹¹ también refieren que se sienten estresados/as cuando tienen que relacionarse con los familiares entre otras cosas por falta de habilidades psicosociales, algunos/as de ellos/as están convencidos/as de que los familiares son

elementos externos a la unidad, también consideran que su papel como informadoras/es, es insuficiente.²⁴

Un porcentaje significativo de enfermeros/as afirma no tener las habilidades necesarias para detectar las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares y que parecen estar poco formados en cuanto a la valoración de la familia.¹⁴

Justamente a éste estrés generado básicamente por la formación para comunicar, hace referencia Zaforteza quien enfatiza en la necesidad de que los/as profesionales estén bien informados en las competencias comunicativas¹⁴ y apunta que el temor de algunos enfermeros/as a no abrir las UCIs se debe a la escasa formación en las competencias comunicativas, no se sienten preparados para contestar a preguntas que les puedan hacer los familiares. Según la bibliografía revisada, se debería incluir al familiar en los cuidados personales del paciente, compartir la información juntamente con los médicos/as, siendo ellos/as los que informan sobre diagnósticos y pronósticos, y la Enfermería debiera informar sobre los cuidados generales del paciente, aparataje (respirador, monitor, sistema de alarmas) etc.¹

Contrariamente, hay enfermeros/as que piensan que las visitas de los familiares son muy beneficiosas para el paciente ya que le dan apoyo emocional, aumentan su deseo de vivir y no los desestabiliza; referente a los efectos que produce en los familiares la visita abierta, también opinan que es beneficioso ya que se sienten más satisfechos, más informados, menos ansiosos y conocen realmente la situación del paciente, aseguran que los pacientes necesitan de sus familias, de hecho los pacientes que reciben los cuidados de las familias, refieren que se recuperan más pronto y no necesitan preguntar tanto, ya que éstas la mayoría del tiempo lo pasan con el paciente y ya ven la situación.⁶ Los/as enfermeros/as declaran que la visita abierta aumenta también su sentido de satisfacción personal²⁵,

En cuanto a la visión de los familiares pudimos observar que existe el problema de la transmisión de la ansiedad en los familiares, encontrando que en algunos casos surge el efecto contrario, es decir, ante un RVA, los familiares pueden sentirse obligados a permanecer al lado del paciente ocasionándole así una situación de estrés. Curiosamente ciertas investigaciones obtienen una asociación importante entre un horario sin restricciones y una baja presencia familiar.¹⁴ Así pues familiares y pacientes pueden también adoptar una postura más conservadora respecto a la flexibilidad, prefieren mantener el número de visitas pero alargarlas en tiempo. Quizás debido al fenómeno “transmisión de ansiedad” descrito por Frederikson.⁵ La visión de los familiares a nivel internacional, coincide en que prefieren un RVA, alegando que

contribuyen a la recuperación del paciente, se sienten menos estresados, más seguros y apoyados.¹¹

A pesar de que el RVA es beneficioso para los pacientes y familiares, también hay que tener en cuenta que algunos pacientes no quieren ser visitados a todas horas y que cada familia y familiar son distintos y tienen distintas necesidades con lo cual es importante realizar una atención individualizada gestionada por enfermería. Pérez Cárdenas afirma que la clave del éxito del RVA es establecer pautas de atención individualizadas y apunta que incluso políticas de visita más liberales, han de establecerse pautas de atención individuales.¹⁴

Otros artículo hacen referencia a la flexibilidad en las visitas, es decir, los pacientes se sienten afortunados y queridos al tener visitas pero también expresan que en ciertos momentos debe haber un horario restringido, sobretodo en momentos cuando no se sienten bien, y cuando la dinámica familiar o visitantes no son óptimas. Tampoco les gusta tener visitas muy temprano por la mañana o muy tarde por la noche ya que necesitan descanso y reposo,^{8, 11} En resumen, a los familiares les gusta tener visitas porque se sienten que importan a alguien y cuando se encuentran bien, los días se hacen muy largos y apetece hablar con alguien querido.⁸

En la India los pacientes se sienten insatisfechos con los horarios de visita, refieren que les gustaría pasar más tiempo al lado de su familiar y que es muy poco compasivo, sin ser necesario el no dejarlos estar más tiempo junto al paciente.¹⁰

Siguiendo en la línea de la tendencia a la restricción de horarios y visitas en un país como Francia, se realizó en un sólo hospital un estudio para evaluar la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario al año de implantar la visita de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos en el cual se pudo objetivar que los pacientes estuvieron todos ellos satisfechos con el RVA alegando que se sintieron consolados al tener cerca a la familia y les ayudó a comprender mejor su estado, los familiares declararon que mejoró la calidad de la atención en el servicio y en la información. En cuanto a los/as enfermeros/as el 80% estaba satisfecho con abrir la UCI y expresó el deseo de continuación, relacionando esa satisfacción al sentido de mejorar las relaciones con las familias. Algunos respondieron que la presencia de las familias llegó a perturbar la organización de la atención, sin que la calidad de la atención se viese perjudicada.²³

En toda la bibliografía revisada, sólo en un país se encontró que goza de RVA, se trata de Dinamarca. En las UCIs danesas existe el RVA, excepto durante los cambios de turno, rondas y cuando hay que hacer procedimientos especiales y se pretende identificar algunas estrategias para gestionar el poder quedarse junto al familiar durante estos únicos momentos en que restringen el horario; siendo éstas: grado de familiaridad, situación del paciente y decisión del familiar si desea una visita permanente o no, guiándolo tanto en la decisión de entrar como en la decisión de no entrar.²¹

CONCLUSIONES

Concluyendo, se puede observar que después de realizar la búsqueda bibliográfica de artículos en los que se habla de las necesidades, las preferencias y la situación actual del tema en cuanto a política de visitas en las UCIs, el pensamiento de todas las personas implicadas en una UCIs, ya sean de otros países o del nuestro coinciden en que, casi en todo el mundo predomina el RVC, es decir que no existe flexibilidad en los horarios y en el número de personas que pueden visitar al paciente crítico ingresado en estas unidades.

En cambio, todos están de acuerdo en que una instauración de RVA en las UCI, resulta totalmente beneficioso e incluso necesario para la recuperación de los pacientes en estado crítico. Está comprobado mediante la evidencia científica que el RVA es beneficioso para el paciente dándole tranquilidad y apoyo, para el profesional realizando las relaciones paciente-familiar-profesional y para la familia cubriendo sus necesidades.

Si miramos desde las 3 vertientes (profesionales, pacientes y familiares), observamos que:

El trabajo de los profesionales en las UCI sigue centrado en las intervenciones directas sobre el paciente dejando al margen a la familia, bien porque temen involucrarse demasiado, porque consideran que entorpecen y dificultan su labor, o por falta de habilidad en la competencia comunicativa.

Los pacientes ingresados en una UCI respecto a la visita refieren que ésta tiene significados diferentes para ellos según el momento. Están a favor del RVA pero también demandan cierta flexibilidad y restricciones en momentos en los que por alguna circunstancia no les apetece ser visitados, o quieren tener al familiar cerca pero en forma pasiva, simplemente acompañándolos.

La experiencia tiene diferente intensidad para cada núcleo familiar y para cada individuo, siendo las principales necesidades, demanda de información, y la posibilidad de permanecer todo el tiempo posible con el paciente, aunque también existe el fenómeno “transmisión de la ansiedad”, por lo que podemos tener en cuenta las pautas de atención individualizadas.

En España, se siente la necesidad de cambiar totalmente las UCIs, hecho que se está reivindicando desde finales de los 70, hace referencia no sólo a abrir las puertas de la UCI liberando horarios y mejorando los cuidados dirigidos a la familia, sino también sugiere un cambio en el diseño y la organización, mejorando la privacidad, el bienestar ambiental y la confortabilidad de pacientes y familiares, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales.

En el marco internacional se puede decir que más o menos se obtienen resultados similares a los de nuestro país, seguimos comprobando que se reivindica un RVA debido a la evidencia estudiada en cuanto a los resultados del beneficio que se obtienen de las visitas sobre el paciente, pero se siguen manteniendo las UCIs en un RVC. Se mantiene una gran separación de los familiares con el equipo cuidador y con el paciente, que no atiende a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de atención a los familiares de pacientes ingresados en UCI elaborada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACCN) en la cual recomienda: “más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información”.

Los aspectos que limitan el cambio son: ¹⁹

- No reconocer la legitimidad de la evidencia científica acerca de los familiares del paciente crítico.
- Relaciones de poder desequilibradas en el equipo multidisciplinar.
- Falta de participación de las enfermeras en los flujos de información.
- Organización del tiempo y del espacio de la unidad.

Facilitan: ¹⁹

- El compromiso individual y el compromiso compartido de los profesionales.
- El liderazgo en lo cotidiano. (capacidad que adquiere una persona en el día a día para argumentar y defender posturas a favor del cambio frente a quien tienen posturas en contra)
- El proceso reflexivo. (proceso colectivo de reflexión. Profesionales que se muestran a favor del cambio, contagian al resto, basándose en la obtención de resultados positivos).

BIBLIOGRAFIA:

1. Giovanni Perdomo Cruz R. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Revista Medica Hondureña. 1992 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://65.182.2.242/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992.pdf#page=48>
2. Campo Martínez, MC; Cotrina Gamboa, MJ Enferm Global -Esp- | 2011 | 10(24):103-109 relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. [Consultado el 9 de Mayo 2016]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=672612_1
3. Guevara, B. Zambrano de Guerrero, A. Evies A. Una aproximacion al perfil de la enfermera intensivista - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. enfermeria y cuidados intensivos y cuidados críticos. 2007 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
4. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enfermería Glob [Internet]. Universidad de Murcia; 2011 Oct [cited 2016 May 20];10(24). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Magnani D, Lionte G, Di Lorenzo R, Pisani M, Palazzolo C, Ferri P. Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) abiertas: Las opiniones de los profesionales sanitarios. Un estudio cualitativo. AGORA D'INFERMERIA revista num 76, vol. 19 (4). Diciembre 2015.
6. Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. Med Intensiva [Internet]. Elsevier; 2014 Jan 1 [cited 2015 Nov 25];38(6):371–5. Available from: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
7. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. [Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients]. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 20];23(4):179–88. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000715>
8. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Albert Miró Gayà J. [Opening the intensive care unit to families: what do the professionals think?]. Enfermería intensiva /

- Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2010 Jan [cited 2016 Feb 16];21(2):52–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990900008X>
9. Sánchez López, Juana María; Díaz Agea, José Luis. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. Evidentia. 2013 oct-dic; 10(44). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev8038.php>> Consultado el 17 mayo 2016
 10. Díaz de Durana Santa Coloma S, Vila Gómez M, Aparicio Cilla L, Rodríguez Borrajo MJ. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. Enfermería Intensiva [Internet]. Elsevier; 2004 Apr 1 [cited 2016 May 10];15(02):63–75. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-unidad-cuidados-13062965>
 11. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. Am J Crit Care [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2016 Jan 4];23(4):316–24. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long>
 12. Athanasiou A, Papathanassoglou EDE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. Am J Crit Care [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2016 May 10];23(4):326–33. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/326.long>
 13. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. Am J Crit Care [Internet]. 2004 May 1 [cited 2016 May 10];13(3):194–8. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.long>
 14. Ramos FJ da S, Fumis RRL, de Azevedo LCP, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. Rev Bras Ter intensiva [Internet]. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB; 2014 Jan [cited 2016 May 10];26(4):339–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000400339&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 15. Venkataraman R, Ranganathan L, Rajnibala V, Abraham BK, Rajagopalan S, Ramakrishnan N. Critical care: Are we customer friendly? Indian J Crit

- Care Med [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 May 10];19(9):507–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578193/>
16. McAdam JL, Puntillo KA. Open visitation policies and practices in US ICUs: can we ever get there? Crit Care [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 10];17(4):171. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056561/>
 17. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. [Satisfaction of relatives of the patients admitted to an intensive care unit: Perceptions of relatives and professionals]. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Apr 6];25(4):164–72. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239914000741?np=y>
 18. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enfermería Intensiva [Internet]. 2005 Jun [cited 2016 Apr 20];16(2):73–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905733903>
 19. Irigoyen Villanueva, Paula; Bonill de las Nieves, Candela. Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos. Biblioteca Lascasas, 2014; 10 (2). Disponible en <http://www.Index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.php>
 20. Rita Guacimara Reyes Reyes, Ana Rita Martín González, Andrés Rodríguez Marzo. Necesidades de la familia del paciente crítico, 2012. Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n39/ev7596.php>
 21. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. J Clin Nurs [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 May 10];21(11-12):1651–8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/full>
 22. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. Crit Care [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 May 10];17(2):R71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056772/>
 23. Salmond SW. When the family member is a nurse: the role and needs of nurse family members during critical illness of a loved one. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 May 10];27(1):10–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071227>

24. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Amorós Cerdá SM, Pérez Juan E, Maqueda Palau M, Delgado Mesquida J. [Limiting and facilitating factors of changes in the care of families of the critically ill patient]. *Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias* [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 21];23(3):121–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000940>
25. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 May 10];24(6):366–74. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339708000499>
26. Agård AS, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 May 10];20(7-8):1106–14. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/full>
27. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 Feb [cited 2016 Mar 1];27(1):27–30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096433971000087X>
28. Challan-Belval A, Floccard B, Pereira S, Allaouchiche B. [A 24-hour visiting policy in an intensive care unit: family, patient and nurses' satisfaction]. *Ann Fr d'anesthésie réanimation* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 10];32(2):123–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765812004856>
29. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, Pedro JE de, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio [Internet]. *NURE Investigación*. 2004 [cited 2016 May 10]. Available from: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/133/119>
30. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2006 Jan 3 [cited 2016 May 10];11(1):33–41. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227776244_Intensive_care_nurses'_belief_and_attitudes_towards_the_effect_of_open_visiting_on_patient_s_family_and_nurses

12. ANEXOS

12.1 Tabla de abreviaturas

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN
AACCN	American Association of Critical Care Nurses
EEUU	Estados Unidos
EESCRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
ESCIM	European Society of Intensive Care Medicine
ICU	Intensive Care Unit
IHI	Institute for Healthcare Improvement
MIR	Médicos Internos y Residentes
OMS	Organización Mundial de Salud
RVA	Régimen de Visitas Abiertas
RVC	Régimen de Visitas Cerradas
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SEEIUC	Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
SEEUE	Sociedad Española de Urgencias y Emergencias
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIs	Plural de Unidad de Cuidados Intensivos
Vs	Versus