

Paula Marco Pérez

**INFLUENCIA DE LAS VISITAS FLEXIBLES EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LAS
NECESIDADES DEL PACIENTE CRÍTICO Y LA
FAMILIA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra. Florencia Sáez Vay

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Universidad Rovira i Virgili

Campus Terres de l'Ebre

Tortosa 2016

*"La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente,
el amor de vida para el suicida, la pierna del amputado,
los ojos del recientemente ciego, el medio de locomoción para el
infante, y una voz para aquéllos demasiado débiles para hablar."*

Virginia Henderson

Este trabajo ha sido posible gracias al, apoyo y guía de mi tutora Flor Sáez, quien me ha aconsejado en todo momento, a pesar de la distancia que había entre nosotras, ya que yo he estado en Castellón durante todo el curso.

Muchas gracias a mi familia, Jose, Mari y Marta, porque sin ellos no hubiera podido llegar a ser quien soy.

Paula Marco Pérez

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Índice	4
Resumen y palabras clave (Castellano, Catalán e inglés).....	6
Introducción y justificación	9
Marco conceptual	11
Origen de los cuidados intensivos.....	11
Definición de medicina intensiva y UCI.....	12
Características generales de las unidades de cuidados intensivos.....	12
Características ambientales de la UCI.....	13
Características básicas de las instalaciones de la UCI.....	14
Equipo sanitario.....	14
Paciente crítico	17
Familia del paciente crítico.....	20
Política de visita en la unidad de cuidados intensivos.....	21
Objetivos	23
Metodología	23
Resultados.....	26
Análisis. Discusión de los resultados.....	40
Conclusiones	46
Bibliografía	47
• TABLAS	
TABLA 1: Criterios de inclusión y exclusión	24
TABLA 2: Resultados de la búsqueda	26
TABLA 3: Artículos utilizados en cada base de datos	27
TABLA 4: Resultados más relevantes de los artículos seleccionados	29

RESUMEN

Introducción: El régimen de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos es muy restrictivo, conllevando la separación de los familiares con el equipo sanitario y con el propio paciente. En estos últimos años, se ha iniciado una corriente a favor de la flexibilización de los horarios de visita, ya que diversos artículos apuntan que la visita abierta comporta beneficios tanto para la familia como para el paciente. Asimismo, permite a los familiares la participación en las actividades diarias de la UCI, facilitando la adaptación de éstos a la situación en la que se encuentra.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica acerca de la influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica, se analizó la literatura científica más actual de las bases de datos *Pubmed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *Icerc@dorPlus*, *google académico* y en el repositorio de la URV (Universidad Rovira i Virgili). También se hizo una búsqueda manual a partir de otros artículos.

Resultados: Tras incluir los artículos que cumplían con los criterios de selección, se seleccionaron 22 artículos. Del análisis de estos artículos se identificaron las principales necesidades de los familiares del paciente crítico, los beneficios que conlleva un régimen de visita abierta y la opinión de los profesionales sobre este tema.

Análisis: Una de las principales necesidades de la familia es recibir mayor información por parte de los profesionales seguida de la necesidad de proximidad. Por otra parte, las visitas en UCI contribuyen en el bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática y disminuye la ansiedad tanto del paciente como de la familia. En cambio, los profesionales sanitarios se muestran reticentes a un régimen de visitas abierto, aunque sí que apoyan la ampliación del horario de visita.

Conclusiones: La política de visitas en España es restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada donde los familiares no participan en los cuidados del paciente, conllevando el aumento de su inseguridad.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, paciente crítico, visita flexible, necesidades de la familia en UCI, enfermería en UCI.

RESUM

Introducció: El règim de visites a les Unitats de Cures Intensives és molt restrictiu, comportant la separació dels familiars amb l'equip sanitari i amb el propi pacient. En aquests últims anys, s'ha iniciat un corrent a favor de la flexibilització dels horaris de visita, ja que diversos articles apunten que la visita oberta comporta beneficis tant per la família com per al pacient. Així mateix, permet als familiars la participació en les activitats diàries de la UCI, facilitant l'adaptació d'aquests a la situació en què es troba.

Objectiu: Realitzar una revisió bibliogràfica sobre la influència de les visites flexibles en la Unitat de Cures Intensives sobre les necessitats del pacient crític i la família.

Metodologia: Es va realitzar una revisió bibliogràfica, es va analitzar la literatura científica més actual de les bases de dades *Pubmed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *Icerc@dorPlus*, *google acadèmic* i en el repositori de la URV. També es va fer una cerca manual a partir d'altres articles.

Resultats: Després d'incloure els articles que complien amb els criteris de selecció, es van seleccionar 22 articles. De l'anàlisi d'aquests articles es van identificar les principals necessitats dels familiars del pacient crític, els beneficis que comporta un règim de visita oberta i l'opinió dels professionals sobre aquest tema.

Anàlisi: Una de les principals necessitats de la família és rebre major informació per part dels professionals seguida de la necessitat de proximitat. D'altra banda, les visites a la UCI contribueixen al benestar del pacient, minimitzen l'experiència traumàtica i disminueix l'ansietat tant del pacient com de la família. En canvi, els professionals sanitaris es mostren reticents a un règim de visites obert, però encara que donen suport a la ampliació de l'horari de visita.

Conclusions: La política de visites és restrictiva a Espanya, predominant una cultura d'UCI tancada on els familiars no estan implicats en l'atenció al pacient, el que porta a un augment de la inseguretat.

Paraules claus

Unitat de Cures Intensives, pacient crític, visita flexible, necessitats de la família en UCI, infermeria en UCI.

ABSTRACT

Introduction: The visitation in Intensive Care Units is very restrictive, which leads to the separation of the family with the medical team and the patient. In recent years, it has started a current in favour of a more flexible visitation schedule, as several articles point out that open visiting brings benefits for both the family and the patient. It also allows families to participate in the daily activities of the ICU, which helps their adaptation to the situation that the patient is going through.

Objective: To carry out a bibliographic review of the influence of flexible visits in the Intensive Care Unit about the needs of critically ill patients and their families.

Methods: A bibliographic review was conducted and the most current scientific literature in *PubMed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *Icerc@dorPlus academic* *Google* and the repository of the URV data were analysed. It was also made a manual search from other items.

Results: After including articles that met the selection criteria, 22 articles were selected. From the analysis of these items, they were identified the main needs of relatives of critically ill patients, the benefits of a system of open visits and professional opinion on this subject.

Discussion: One of the main needs of the family is to receive more information from professionals, followed by the need for proximity. Moreover, visits to the ICU contribute to the comfort of the patient, minimize the traumatic experience and reduce anxiety for both patient and family. Instead, health professionals are reluctant to open visits regime, although they support the extension of visiting hours.

Conclusions: The visitation policy is restrictive in Spain, there is a culture of closed ICU where relatives are not involved in patient care, leading to increase their insecurity.

Key words: Intensive Care Unit, critical patient, flexible visit, family needs in UCI, nursing in UCI.

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas, así como, todos los pacientes complejos que requieran una ayuda debido a un fallo multiorgánico frente al que se encuentran expuestos¹.

El ingreso en sí, en cualquier área del hospital, es un hecho que produce trastornos en las personas tanto físicos como psicológicos ya que la situación a la que se enfrenta y el lugar en el que se encuentran, es un sitio desconocido para ellos y por lo general impactante. Estos trastornos pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad, por eso es muy importante intentar establecer la mayor normalidad posible ante esta situación².

En las UCI la gran mayoría de los cuidados que se prestan se centran en un plano físico, ya que en mucho de los casos se trata de pacientes que se encuentran en un estado crítico e inestable, por lo que precisan una atención que se centre en el cuidado del paciente, dejando así de lado aquellos trastornos que afecten al plano psicológico y social. De este modo, es importante destacar una parte esencial del entorno del paciente a la que no se suele prestar cuidados, la familia. Aunque en la actualidad se considera ésta como un elemento rigurosamente importante dentro del desarrollo del ser humano².

En cambio, en la mayoría de los estudios encontrados en la literatura, los profesionales se muestran reticentes a la visita abierta alegando barreras relacionadas con la estructura física del box, la vulneración de la intimidad de otros pacientes, entorpecimiento en la realización de cuidados enfermeros, entre otros⁴.

Actualmente, en España el régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos es muy restringido, con una cultura de UCI cerrada, a pesar de que múltiples trabajos recomiendan una política de puertas abiertas y la incorporación de la familia en los cuidados del paciente³.

En el año 2005, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) identificaba 4.975 camas de Medicina Intensiva en hospitales de agudos, lo que representa el 4,3% de las camas en funcionamiento en ese tipo de hospitales. De ese total, el 77% (3.809 camas) se correspondían con camas ubicadas en UCI, distribuyéndose el resto en camas en unidades de cuidados coronarios (10%), cuidados intensivos neonatales (11%) y de quemados (2%). En las 3.809 camas de UCI se atendieron 210.984 pacientes con una estancia media de 4.6 días. El índice de mortalidad en la UCI era del 10.6%¹.

En base a estos datos se puede observar el elevado porcentaje de asistencias recibidas en UCI y este es uno de los motivos por el cual he decidido realizar mi trabajo de final de grado sobre la Unidad de Cuidados Intensivos, pero concretamente sobre la influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia. He elegido este tema debido a que durante mis prácticas en la UCI del Hospital de la Plana (Villarreal), pude observar que la gran mayoría de los familiares de los pacientes ingresados en esta unidad pasaban largas horas en la sala de espera, ya que tan solo podían entrar a visitarlos 30 minutos a las 7h de la mañana, 30 minutos más a la 13:30h y otra media hora a las 19h de la tarde. El resto del tiempo estaban impacientes esperando cualquier noticia sobre sus familiares. Por otra parte, pude comprobar la necesidad de la familia a los pacientes, ya que siempre estaban preguntando por ella, además considero que los familiares tienen una gran importancia en la recuperación de este.

MARCO CONCEPTUAL

Origen de los cuidados intensivos

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), han sido, desde su aparición, áreas especializadas para aquellos pacientes que se encuentran en un estado crítico, los cuales necesitan cuidados especiales y vigilancia continua. A lo largo de su historia, estas unidades han ido avanzando tecnológicamente, así como los profesionales sanitarios han ido especializándose⁵.

El origen de las Unidades de Cuidados Intensivos está ligado a la historia universal, especialmente a los conflictos bélicos y a las pandemias⁵, concretamente a la guerra de Crimea (1854-1856). Durante esta guerra la enfermera Florence Nightingale, con la finalidad de atender mejor a los enfermos críticos quirúrgicos por causa bélica agrupó a estos enfermos en determinadas salas, que se caracterizaban por concentrar más recursos que el resto de las salas del hospital y estaban atendidas por un grupo de enfermeras especialmente preparadas. Así la concentración de enfermos graves en un mismo recinto y su atención por profesionales especializados justifica que aquel hecho pueda considerarse el principio de la atención del enfermo crítico⁶.

En 1860, Nightingale fundó la Escuela y Hogar para enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres⁵. Desde entonces, ésta allanó el camino para la Medicina crítica, remarcando las ventajas de establecer áreas separadas del hospital para los pacientes que se recuperaban tras la cirugía. No obstante, se postula que la primera UCI data en 1928 cuando el neurocirujano W.E. Dandy organizó una UTI (Unidad de Terapia Intensiva) para los cuidados postoperatorios neuroquirúrgicos^{5,6}, dando lugar unas décadas más tardes a las salas de recuperación¹. Durante la II Guerra Mundial, se establecieron unidades de shock, de resucitación y cuidados postquirúrgicos de los soldados heridos^{1,6}.

Posteriormente, en los años 50 se desarrolló la ventilación mecánica, tras la experiencia positiva en Dinamarca durante la epidemia de la poliomielitis donde se traqueostomizó y ventiló a los pacientes con parálisis bulbar. Este hecho condujo a la organización de unidades para cuidados respiratorios^{1,7}.

En España, en 1965, el profesor Jiménez Díaz fundó la primera Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica de la Concepción de Madrid. Esta clínica conllevó a la aparición de numerosos expertos en la materia, dando lugar a especialistas en Medicina Intensiva^{5,6}.

Definición de Medicina Intensiva y UCI

La Comisión Nacional de Medicina Intensiva definió en 1993 la Medicina Intensiva como “aquella que se ocupa de los pacientes con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos, representando una amenaza para su vida y siendo susceptible de recuperación”. La actividad asistencial del Servicio de Medicina Intensiva se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)⁵.

Podemos definir UCI como un área dentro de la estructura hospitalaria cuya misión es ofrecer tratamiento y cuidados integrales a pacientes críticos. Estas unidades están dotadas de profesionales especializados y de un equipamiento tecnológico complejo^{1,5-8}.

Características generales de las Unidades de Cuidados Intensivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos presentan unas características comunes que vienen marcadas por una serie de recomendaciones, promovidas por el grupo de expertos *Task Force* de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva junto otras instituciones⁵.

Algunas de estas características comunes se refieren a la ubicación de las Unidades dentro del hospital⁵. Generalmente, estas unidades se sitúan cercanas al servicio de urgencias y al bloque quirúrgico, que son los departamentos con los que tienen más relación y, por tanto, su acceso y comunicación debe ser fácil^{1,8,9}.

Desde el punto de vista arquitectónico, las primeras unidades de cuidados intensivos eran *abiertas* en las cuales había una ligera separación entre las camas, pero a finales de los años 70, se evidenció que el diseño de UCI *abierta* mantenía elevada las tasas de infección nosocomial. Por tanto, a partir de ese momento se desarrolló el diseño de UCI *cerrada*, donde las habitaciones o boxes de los pacientes se ubican separadas

entre sí por medios físicos^{1,9}. Los boxes deben ser espacios amplios (20-30m²), preferiblemente de carácter individual y aislados por cristaleras, asegurando la seguridad, privacidad, confort del paciente y una correcta iluminación natural. En cuanto a la estructura interna del box ha de permitir el acceso cómodo al paciente desde cualquier lado de la cama⁸.

Por lo general, todas estas unidades presentan espacios similares, siendo necesarios para su correcto desarrollo. Estas disponen de tres áreas perfectamente diferenciadas⁵:

- La zona asistencial, donde se encuentran los boxes o camas para los enfermos, así como uno o más controles de enfermería desde donde se controla las constantes vitales reflejadas en los monitores. En esta zona también se encontrarían habitaciones para la limpieza y desinfección del material, sala de farmacia, almacenes y una cocina donde se preparan los alimentos⁵.
- La zona administrativa, con despachos, sala de reuniones, sala de enfermería, habitaciones de los médicos de guardia y los vestuarios⁵.
- La última área está constituida por la sala de espera de los familiares⁵.

Características ambientales de la UCI

De la misma manera que el espacio físico de las Unidades de Cuidados Intensivos tiene unas características específicas, los agentes implicados en ellas también tienen unas características diferenciales⁵.

El ambiente de estas unidades debe cuidarse para minimizar la tensión presente en los pacientes, familiares y personal sanitario. Por tanto, un aspecto esencial a tener en cuenta es el de disponer de iluminación natural y vistas al exterior, ya que es básico para la recuperación de la orientación temporoespacial del paciente^{1,5,8}.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el del control acústico de la unidad. En este sentido, las UCI *cerradas* permiten la observación desde el control de enfermería, mejorando el control acústico en cada habitación¹.

Así mismo, las texturas, acabados y colores de la habitación o boxes deben proporcionar relajación frente a las situaciones frecuentes de tensión en la unidad⁵.

Características básicas de las instalaciones de la UCI

Las Unidades de Cuidados Intensivos deben disponer de instalación eléctrica, agua, oxígeno, vacío, iluminación y sistemas de control ambiental, adecuadas a las necesidades de tratamiento intensivo de los pacientes ingresados⁹.

En la habitación del paciente se dispone de un cabecero colgado del techo, el cual tiene tomas eléctricas, de oxígeno, aire comprimido y vacío, así como de sistemas para el control de la iluminación y temperatura de la habitación. Este sistema permite despejar el suelo de cables para facilitar el movimiento de equipos de asistencia vital y tratamiento del paciente y sobre todo permite el acceso a la cama del paciente con facilidad^{1,9}.

Equipo sanitario

El equipo sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos, está formado por un equipo médico, equipo de enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, psicólogos, administrativos y equipo de mantenimiento entre otros¹⁰. Es decir, se trata de un equipo de carácter multidisciplinario, ya que colaboran médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios para la atención coordinada a pacientes con riesgo vital por fracaso de uno o múltiples órganos o para la estabilización tras intervenciones quirúrgicas graves^{7,11}.

El equipo médico, está formado por⁵:

- Un jefe de servicio, cualificado en Medicina Intensiva, que dedique la gran mayoría de su tiempo a la Unidad. Es el responsable de la calidad, seguridad y del buen estado de la Unidad⁵.
- Un equipo médico cualificado en Medicina Intensiva. La cantidad de miembros variará en función del tamaño y del nivel de cuidados de la unidad. Entre las funciones de estos médicos se incluirán al menos dos visitas clínicas al día.

Éste, también es el responsable de los criterios de admisión y de alta en la unidad⁵.

Por otra parte, el equipo de enfermería está compuesto por⁵:

- Una supervisora con amplia experiencia en los cuidados intensivos y una experiencia previa en la dirección. Ésta tiene que estar preparada para el entrenamiento del equipo de enfermería de la unidad, la formación continua y la actividad investigadora⁵.
- Equipo de enfermería. Las enfermeras de UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, y estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica⁵.

La función de las enfermeras es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la UCI, así como evaluar sus respuestas¹.

Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras, con la colaboración del personal auxiliar de enfermería, en la UCI son^{1,6}:

- Identificar los problemas, las necesidades y los potenciales del paciente y la familia.
- Realizar diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados según objetivos y prioridades.
- Realizar los cuidados y procedimientos siguiendo los protocolos específicos de la unidad para garantizar la seguridad del paciente.
- Pasar visita a los pacientes junto con el equipo multidisciplinar.
- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.
- Administración de los tratamientos prescritos.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona enferma.
- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.

- Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte e información a la familia.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Registrar sistemáticamente en la historia clínica los parámetros clínicos del paciente y todos los datos referentes al proceso de atención de enfermería.
- Preparar al paciente y acompañarle durante el traslado para la realización de exploraciones fuera de la unidad (escáner, resonancia...).
- Comunicar los incidentes críticos y eventos adversos detectados para su posterior análisis, con el fin de introducir acciones de mejora.

En cuanto a la necesidad de personal de enfermería, se debe tener en cuenta una serie de factores para poder abordar con eficacia los cuidados pertinentes. Entre ellos, se debe valorar la carga de trabajo, la cual se valora con el test NAS (Nursing Activities Score) o TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System)⁶, así como las funciones de la enfermera de UCI, las categorías profesionales y el perfil de competencias del equipo multiprofesional, la contribución del personal auxiliar de enfermería, la presencia de la responsable de enfermería de la UCI y otras actividades distintas a la atención directa al paciente¹.

Según los criterios de la Task Force de la European Society of Intensive Care Medicine, recomienda 1 enfermera por cada 1 paciente en UCI de nivel asistencial III; 1 enfermera por cada 1.6 pacientes en UCI de nivel II y 1 enfermera por cada 3 pacientes en UCI de nivel I¹.

Paciente crítico

Se entiende por paciente crítico cualquier enfermo 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 recuperación⁹. También puede definirse como un enfermo afectado de un proceso fisiopatológico crítico potencialmente recuperable y que además requiere asistencia especializada y continuada en un área tecnificada. Así pues, las características básicas que definen el enfermo crítico son cuatro⁶:

- Nivel de gravedad⁶.
- Reversibilidad potencial de la enfermedad⁶.
- Asistencia y cuidados de enfermería continuos⁶.
- Necesidad de un área tecnificada (UCI)⁶.

Estos enfermos, se ven sometidos al estrés que conlleva ingresar en una unidad en la que se presupone gravedad (UCI). También el miedo, el dolor, el sentimiento de soledad, la falta de autonomía, la falta de intimidad y la preocupación de los familiares están presentes¹².

Los criterios de admisión de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos son, como bien se ha nombrado anteriormente, pacientes que precisen un elevado nivel de cuidados intensivos y sean recuperables¹².

Para categorizar los niveles de cuidados se ha adoptado la clasificación del *Department of Health* del Reino Unido, que tiene la virtud de atenerse a las necesidades asistenciales del paciente en lugar de al recurso específico donde está ingresado¹.

Los niveles de cuidados críticos se definen de la siguiente forma^{1,7}:

- Nivel 0: Pacientes cuyas necesidades se pueden satisfacer en una planta de un hospital de agudo^{1,7}.
- Nivel I: Pacientes con riesgo de deterioro de su trastorno, cuyas necesidades se puede satisfacer en una planta normal con el asesoramiento o apoyo adicional del equipo de cuidados críticos^{1,7}.

- Nivel II: Pacientes que exigen niveles más avanzados de intervención u observación que los que se pueden realizar en una planta normal. Incluida la insuficiencia de un solo sistema orgánico^{1,7}.
- Nivel III: Pacientes que solo necesitan un soporte respiratorio avanzado o básico, además de soporte para, al menos, dos sistemas orgánicos más^{1,7}.

Procedencia de los pacientes críticos

Los pacientes críticos en la mayoría de los casos proceden de las unidades siguientes:

- Quirófano: Los pacientes quirúrgicos que requieren monitorización invasiva, ventilación mecánica o reanimación postquirúrgica son trasladados a la UCI. El manejo en esta unidad se considera una continuación a los cuidados previamente realizados por el equipo de anestesia. Ocasionalmente pueden ingresar pacientes procedentes del área de reanimación postquirúrgica, en estos casos se trata de pacientes especialmente complejos¹³.
- Box de reanimación: Desde el box de reanimación del área de urgencias ingresan pacientes prequirúrgicos, politraumáticos y quemados. Estos pacientes suelen recibir una serie de exploraciones antes de su ubicación definitiva en el área de críticos por parte del intensivista. La etiología de la enfermedad ocasionalmente no se conoce antes del ingreso en UCI. Estos pacientes se ingresan para la monitorización y tratamiento activo¹³.
- Planta de hospitalización de cirugía y medicina: Son pacientes que inicialmente se encuentran estables, pero en un momento determinado de su evolución presenta una lesión aguda pulmonar o distrés respiratorio, hipotensión, shock, parada cardiopulmonar o algún tipo de inestabilidad fisiológica. Este tipo de enfermos precisan de resucitación, tratamiento, monitorización agresiva y frecuentemente de ventilación mecánica¹³.
- Otros centros: Algunos pacientes pueden ser trasladados de otros centros de menor nivel¹³.

Causas habituales de ingreso a UCI

Normalmente se ingresa a las Unidades de Cuidados Intensivos por las siguientes causas^{7,13}:

- Compromiso respiratorio: Los pacientes con SDRA (síndrome de distrés respiratorio agudo), manifestado por la incapacidad de oxigenar i/o ventilar, son trasladados a las Unidades de cuidados intensivos ya que requieren de monitorización, oxigenoterapia y ventilación mecánica invasiva o no invasiva. La etiología del SDRA puede ser, neumonía, asma, embolismo pulmonar, etc^{7,13}.
- Compromiso hemodinámico: Los enfermos ingresan para manejo de arritmias, hipotensión o hipertensión. Algunos de estos pacientes requieren la inserción de un catéter en arteria pulmonar para disponer de monitorización continua de la tensión arterial^{7,13}.
- Isquemia e infarto de miocardio: Los pacientes con aporte de oxígeno inadecuado se ingresan para el manejo de la angina y del infarto de miocardio. La medicación que se suele administrar a estos pacientes pueden tener complicaciones importantes. Estos enfermos frecuentemente reciben trombolisis y cateterización cardíaca^{7,13}.
- Compromiso neurológico: Aquellos pacientes con alteraciones del estado neurológico que son ingresados para la monitorización y prevención de complicaciones respiratorias. Si la situación neurológica se deteriorar pueden precisar protección de la vía aérea junto a intubación endotraqueal^{7,13}.
- Patología gastrointestinal: Los enfermos con hemorragias del tracto GI (gastrointestinal) que presentan compromiso vital deben ingresar a las Unidades de Cuidados Intensivos para tratar la hipotensión con fluidos, concentrados de hematíes y derivados sanguíneos. Determinadas pruebas diagnosticas se tienen que realizar en la UCI por el riesgo de complicaciones^{7,13}.

- Alteración renal y metabólica: Los pacientes ingresan en la UCI para el tratamiento de las complicaciones del fracaso renal. Ocasionalmente estos enfermos desarrollan un fracaso renal agudo secundario a hipotensión y sepsis. Otras crisis metabólicas como la hipercalcemia, puede ser causa de ingreso^{7,13}.
- Postoperatorio: Diferentes razones conducen a la UCI a un paciente postquirúrgico^{7,13}.

Traslado del paciente a la UCI

Una vez decidido que el paciente requiere el ingreso en la UCI, el personal de ésta debe de ser avisado. El médico responsable del paciente debe llamar al supervisor de esta Unidad e indicarle el tipo de paciente, enfermedad, motivo de ingreso y plan inmediato de tratamiento^{7,13}.

El equipo que ha atendido al paciente y va a realizar el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos debe estar preparado para resolver cualquier incidencia que surja durante el traslado¹³.

Familia del paciente crítico

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos es un acontecimiento estresante tanto para el paciente crítico como para su familia y/o personas más cercanas¹⁴.

En 1979, Molter realizó por primera vez un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos y alertaba que el esfuerzo de los profesionales se dirigía mayoritariamente a cuidar a los pacientes, olvidando la atención de la familia y recordaba la necesidad de ampliar los cuidados a la unidad familiar¹⁴. Las familias de estos enfermos presentan necesidades cognitivas (necesidad de recibir información clara sobre el diagnóstico y pronóstico), emocionales (consecuencia de la tristeza por la enfermedad) y prácticas (aspectos ambientales que pueden mejorar el bienestar durante su ingreso en UCI)³.

La gran mayoría de los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, éstas pueden colaborar en algunos cuidados como el

aseo personal, la administración de comidas o la estimulación de ejercicios de fisioterapia y, por supuesto, siempre bajo la supervisión de enfermería o fisioterapeutas. Dar a las familias esta oportunidad de contribuir en la recuperación del paciente puede tener un efecto positivo, tanto para el enfermo como para la familia³.

El régimen de visitas en España es muy restringido, con una cultura de UCI cerrada. Los familiares solamente pueden visitar al paciente y recibir información sobre su evolución en el horario estipulado por el hospital en el que se encuentran ubicados. Deben adaptarse a las normas pertinentes en cada ocasión, enfrentándose a una situación nueva que supone una modificación en el ritmo de vida habitual².

Las familias suelen exigir una información bastante continua y eficaz acerca de todo lo que ocurre alrededor de su ser querido, no sólo de la enfermedad como tal. Para ello es esencial que exista una buena comunicación entre profesional-paciente-familia. Es importante destacar que la familia muchas veces es la encargada de la toma de decisiones, ya que el perfil de estos pacientes puede que no sea el óptimo para ello².

Tanto los pacientes como los familiares necesitan sentir una seguridad en esta situación de crisis. No obstante, en la práctica diaria, continúa existiendo un déficit en el cubrimiento de las necesidades que tienen las familias².

Política de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos

La mayoría de los servicios de Medicina Intensiva establecen limitaciones al acceso de familiares y allegados bajo el convencimiento de que protegen al propio enfermo. Esta política restrictiva contrasta con la ausencia de evidencia de que las visitas aumenten el estrés del enfermo, que aumenten el riesgo de infección nosocomial ni ningún otro argumento proteccionista. En cambio, se ha demostrado que las visitas favorecen el bienestar del paciente⁶.

Actualmente, a nivel internacional existe una corriente de cambio que tiende a defender una mayor presencia de los familiares y cercanía al enfermo durante todo el proceso de enfermedad grave. Existe una tendencia cada vez mayor a liberalizar las visitas y permitir la presencia de los familiares durante los procedimientos⁶.

Diversos estudios publicados sostienen que la presencia de familiares es beneficiosa para el enfermo y para ellos mismos, y refuerza el lado afectivo con los profesionales sin incrementar las demandas por mala praxis^{6,15}.

A pesar de estos numerosos estudios, en España el régimen de visitas sigue siendo muy restringido, con una cultura de UCI cerrada manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo cuidador y con el propio paciente¹⁵.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión bibliográfica acerca de la influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a través de las bases de datos *PubMed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *Icerc@dorPlus*, *google académico* y en el repositorio de la URV (Universidad Rovira i Virgili). También se ha obtenido información realizando una búsqueda manual a partir de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos.

Las palabras claves que han sido utilizadas para la búsqueda fueron: “Unidad de Cuidados Intensivos”, “UCI”, “necesidades de la familia en UCI”, “paciente crítico”, “enfermería en UCI”, “UCI abierta”.

Las fórmulas utilizadas para la búsqueda fueron:

- Familia AND UCI.
- Paciente crítico AND familia.
- Enfermería AND UCI.
- Intensive care units AND nurses.
- Visitas flexibles AND UCI.

Para acotar la búsqueda se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión. (Tabla 1)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones cuyo objetivo principal o secundario sea identificar y/o describir los beneficios de los horarios flexibles de visita para el entorno del paciente que está ingresado en una UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones sobre los beneficios de las visitas flexibles en los niños.
<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones sobre las opiniones de los profesionales sanitarios de UCI sobre las visitas flexibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones sobre UCI pediátricas.
<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones sobre UCI de adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso de pago.
<ul style="list-style-type: none"> - Acceso gratuito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones anteriores al año 2005.
<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones del año 2005 al año 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los idiomas excepto español, inglés y portugués.
<ul style="list-style-type: none"> - Idioma español, catalán, inglés y portugués. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisiones bibliográficas.
<ul style="list-style-type: none"> - Buena calidad metodológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mala calidad metodológica.

Los artículos identificados fueron analizados mediante un análisis temático del contenido. Para ello se ha seguido la siguiente secuencia:

1. Lectura en profundidad de los artículos seleccionados e identificación de las cuestiones que respondían al objetivo de esta búsqueda.
2. Análisis de la información y de conceptos relevantes de cada una de las publicaciones.
3. Identificación de temas importantes o recurrentes de las publicaciones.
4. Clasificación de los artículos en base a las líneas temáticas emergidas.
5. Resumen de los resultados de los estudios en dichas líneas temáticas.

RESULTADOS

En las diferentes bases de datos se han encontrado un total de 416 artículos de los cuales, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, he seleccionado para la revisión bibliográfica un total de 15 artículos más 7 de búsqueda manual.

Resultados de búsqueda (tabla 2)

Términos de búsqueda	Base de datos	Nº artículos obtenidos	Artículos seleccionados
UCI	Scopus	61	2
	Google académico	98	1
	Cuidatge	10	1
Unidad de Cuidados Intensivos AND familia	Cuiden	21	1
	icerc@dorPlus	20	1
Visitas en UCI	icerc@dorPlus	32	3
	Google académico	20	1
Necesidades de la familia AND UCI	Scielo	25	1
Paciente crítico	Icerc@dorPlus	60	1
	Google académico	20	1

Family AND Intensive care Unit	Pubmed	28	1
	Scielo	21	1
Búsqueda manual	—	—	6
Repositorio URV	—	—	1

Artículos utilizados en cada base de datos (Tabla 3)

Scopus	<ul style="list-style-type: none"> – Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales? – Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales.
Cuiden	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales.
Cuidatge	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluación de los cuidados en el proceso del final de la vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera.
icerc@dorPlus	<ul style="list-style-type: none"> – Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio. – Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. – La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros. Una aproximación al concepto de satisfacción. – La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner.

	<ul style="list-style-type: none"> - Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. - Comfort of the patient's family in an Intensive care Unit related welcoming.
Google académico	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de cambio en una unidad de cuidados Intensivos. Régimen de visitas en UCI. - Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. - Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> - Family member's experiences of the intensive care unit waiting-room.
Búsqueda manual	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. - Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos. - Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. - Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. - Opinion of the families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. - Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs.
Repositorio URV	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan.

Resultados más relevantes de los artículos seleccionados (Tabla 4)

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
1	Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E.	2007	Enfermería Intensiva	Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos.	Estudio descriptivo transversal/ Se realizaron 132 cuestionarios a los familiares, de los cuales se excluyeron 47.	El ingreso de un familiar en la UCI altera la estructura familiar a la que pertenece. En este estudio se describen las necesidades de los familiares, destacando la de seguridad y confianza con el profesional sanitario.
2	Llamas Sánchez F, Flores Cordón J, Acosta Mosquera M.E, González Vázquez J, Albar Marín M.J, Macías Rodríguez C.	2008	Enfermería intensiva	Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos.	Estudio observacional transversal/ Se realizó una encuesta a 268 familiares.	En este estudio se especifican las diferentes necesidades que presentan los familiares de un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos, remarcando la necesidad de información, seguida de la necesidad de proximidad. También trata la satisfacción de los familiares relacionadas con las características medioambientales.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
3	Zarforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayà J.A	2010	Enfermería Intensiva	Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales?	Estudio cuantitativo experimental/ Se realizó una encuesta a 93 profesionales sanitarios.	En este estudio se confirma que la cultura cerrada en las unidades de cuidados intensivos es muy potente. Los profesionales no se oponen a la ampliación de los horarios de visita, pero sí a abrir la unidad de cuidados intensivos.
4	Moraes Gibaut M, Rocha Hori L.M, Santana Freitas K, Carneiro Mussi F	2013	Escola da enfermagem da USP	Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming.	Estudio cuantitativo transversal/ Se entrevistó a 250 familiares.	Para la familia de un enfermo crítico es muy importante recibir información sobre el estado del familiar, pero también lo es como se trasmite. Los profesionales deben escuchar a la familia, identificar las necesidades y respetar las diferencias.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
5	Escudero D, Viña L, Calleja C	2013	Medicina Intensiva	Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio	Estudio cualitativo: teoría fundamentada/ Punto de vista de la autora.	Se sugiere cambiar el diseño de la UCI y la organización, mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales. También abrir las puertas de la UCI, liberalizando el horario de visita y mejorar los cuidados dirigidos a la familia.
6	Kutash M, Northrop L.	2007	Jan original research	Family member's experiences of the intensive care unit waiting-room.	Aproximación cualitativa/ Se entrevistó a 6 familiares.	Este estudio trata las diferentes necesidades de los familiares de los pacientes críticos, haciendo hincapié en la necesidad de proximidad, de información, al apoyo emocional y a las características medioambientales.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
7	Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A.	2007	Medicina Intensiva	Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo, descriptivo/ Se entrevistaron 52 familiares y 69 profesionales sanitarios.	En este artículo se puede destacar las diferencias en las percepciones de las necesidades entre el profesional y la familia de pacientes ingresados en UCI, remarcando que los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos sobreestiman las necesidades de los familiares. En cambio, respecto al horario de visita, ambos grupos pensaban que es adecuado y están satisfechos.
8	Saralegui Gainza A.	2015	Universidad Pública de Navarra.	Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos. Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. De un modelo restrictivo, a un modelo permisivo.	Estudio correlacional descriptivo/ Se realizó un cuestionario a 36 auxiliares de enfermería y 66 enfermeras.	Destacar que una política de puertas abiertas debe ser reevaluada e individualizada según las necesidades de cada paciente. Las enfermeras juegan un papel determinante en este aspecto, ya que serán las que indiquen la idoneidad o no de las visitas en cada caso.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/obtención de datos	Principales resultados
9	Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N.	2014	Enfermería Intensiva	Satisfacción de los familiares en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales.	Estudio observacional, analítico de corte transversal/ Se entrevistó a 78 familiares y 44 profesionales.	Por lo general la percepción de los familiares y de los profesionales es desigual en lo que se refiere a los cuidados en la unidad de cuidados intensivos, pero en este estudio ambos grupos estaban de acuerdo en cuanto al protocolo de visitas, ya que ninguno de los grupos encuestados estaba de acuerdo en establecer un régimen de visitas abierto.
10	Romero García M, De la Cueva Ariza L, Jover Sancho C, Delgado Hito P, Acosta Mejuto B, Sola Ribo M, et al.	2013	Enfermería Intensiva	La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción.	Estudio cualitativo: Teoría fundamentada/ Se entrevistaron 19 pacientes.	En este artículo se ha podido definir el concepto de satisfacción desde la perspectiva del paciente crítico e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción que tienen de los cuidados dados por las enfermeras y que para ellos son importantes y relevantes en el proceso de su grave enfermedad. Los pacientes ingresados en las UCI consideran que los cuidados son satisfactorios cuando se caracteriza por la combinación humanística y científica y se dispensan de forma integral y continuada.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
11	Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E.	2005	Enfermería Intensiva	Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España.	Estudio transversal/ Se realizó un análisis de datos de 98 UCI españolas.	El deseo de visitar al paciente con frecuencia es una de las principales necesidades de los familiares, propiciando efectos positivos tanto en los pacientes como en los familiares. En cambio, en España por lo general, hay una limitación en el número de visitas, y existe una restricción en la duración de estas visitas, ya que suelen ser de 30 minutos.
12	Blanca Gutiérrez J.J, Blanco Alvariño A.M, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M.A.	2008	Enfermería Global	Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos.	Estudio de revisión sistemática cualitativa/ Se entrevistaron a pacientes, familiares y enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos.	El artículo muestra implícitamente que los pacientes críticos y las familias de estos comparten muchas de sus necesidades. La información es un elemento que se repite en las necesidades de los pacientes-familias y generalmente es percibida como escasa. La atención personalizada es otro aspecto que tienen en común, entendida como un trato humanizado. Por otra parte, para algunos profesionales de las UCI, consideran la familia como un elemento externo a la unidad.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
13	Agard A.S, Lomborg K.	2010	Journal of clinical nursing.	Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making.	Estudio cualitativo/ Se entrevistó a 11 enfermeros de UCI.	Este artículo explica los horarios de visitas en las unidades de cuidados intensivos, considerando beneficioso tanto para la familia como para el propio paciente un régimen de visitas abierto.
14	Pascual Fernández MC.	2013	Nure investigación	Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera.	Estudio observacional transversal/ Se repartieron 472 encuestas a profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos.	En España, generalmente, las UCI presentan un horario limitado con políticas restrictivas. En cambio, varios autores exponen que los pacientes, e incluso algunos profesionales, solicitan más tiempo de visita, y a ser posible, con participación de los cuidados, observando que para la familia es muy importante el tiempo que pasa con su familiar.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
15	Marco L, Bermejillo I, garayalde N, Serrate I, Margall M.A, Asiain M.C.	2006	Nursing in critical care.	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses.	Estudio descriptivo correlacional/ se entrevistó a 46 enfermeras de UCI.	En este estudio la mitad de las enfermeras pensaban que la visita abierta podía desestabilizar al paciente. El personal sanitario también afirmaba que las visitas abiertas implicaban mayor carga física y psicológica.
16	Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francñes S.	2011	Enfermería Intensiva	La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner	Estudio cualitativo/ Se realizó una entrevista en profundidad a María, enfermera experta de UCI.	El paciente que está ingresado en la UCI se encuentra separado de su familia y esto tiene repercusiones negativas para ambos. Los cuidados de la familia forman parte de la competencia enfermera para proporcionar un cuidado integral.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
17	Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J.	2014	Enfermería Intensiva	Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales	Estudio descriptivo/ Se pasó una encuesta a auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos.	En este estudio la opinión de los profesionales resulta contradictoria, ya que piensan que la visita abierta puede favorecer tanto a los pacientes como a los familiares pero, sin embargo, no la desean. Consideran que puede perjudicar el funcionamiento de la UCI en general. Por el contrario, la mayoría de los encuestados están de acuerdo con la ampliación de los horarios de visita, siempre que sea beneficioso para el paciente.
18	Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer T.P, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al.	2010	Enfermería Intensiva	Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.	Estudio cualitativo/ Se realizó una investigación acción participativa con profesionales sanitarios.	De este estudio destacar que los profesionales de las UCI juegan un papel importante en el alivio de la ansiedad de los familiares, información o toque terapéutico, pero muchas de las veces hay una falta de consenso entre estos mismo generando inseguridad y conflictos.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
19	Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M.J, Forcelledo L, López Amor L, et al.	2015	Revista de Calidad Asistencial	Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.	Estudio descriptivo/ Se pasó un cuestionario a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.	La mayoría de las unidades de cuidados intensivos que han participado en este estudio, tienen una política de visita restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada.
20	Garrouste Orgeas M, Willems V, Timisit J.F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al.	2010	Journal of Critical Care.	Opinion of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units.	Estudio cuantitativo descriptivo/ Se pasó un cuestionario a la familia de los pacientes ingresados en UCI.	Este artículo trata la participación de las familias en el cuidado de su familiar. Los pacientes, familias y personal sanitario de UCI, tenían percepciones favorables sobre la participación de la familia en los cuidados.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
21	Buckley P, Andrew T.	2011	Intensive and Critical Care Nursing.	Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs.	Estudio descriptivo correlacional cuantitativo/ Se pasó un cuestionario a 48 enfermeras de UCI.	En este estudio se tratan las necesidades de las familias de los pacientes ingresados en una UCI, demostrándose que los profesionales de enfermería tienen un buen conocimiento sobre las principales necesidades.
22	Pauner Ballester A.	2015	Universidad Rovira I Virgili	Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan.	Estudio piloto cualitativo, etnográfico, descriptivo e interpretativo/ Se han realizado 4 entrevistas en profundidad a tres enfermeras y a una auxiliar de enfermería de la UCI.	Este trabajo muestra los diferentes puntos de vista de los profesionales de enfermería sobre las visitas abiertas en la unidad de cuidados intensivos.

ANÁLISIS /DISCUSIÓN

Para facilitar la lectura he estructurado el análisis en diferentes apartados:

- Necesidades de los pacientes críticos y de su familia
- Régimen de visitas en UCI

Necesidades de los pacientes críticos y de su familia

Cuando una persona es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos, la estructura familiar a la que pertenece se ve afectada, ocasionando varios trastornos como ansiedad y depresión, que pueden desorganizar la vida cotidiana de los miembros de la familia^{16,30}. Asimismo se tienen dificultades para tomar decisiones, cuidarse o solucionar problemas^{19,26}. Otras reacciones comunes que pueden tener son miedo, estrés, entre otras³⁶.

Por este motivo, las enfermeras de Cuidados intensivos han cambiado su foco de cuidado y han pasado de centrarse únicamente en el paciente a focalizarse en la unidad familiar. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como única unidad de cuidado que requiere atención, ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería^{16,32}.

Al considerar la familia como una unidad de cuidado es importante conocer cuáles son las necesidades durante el ingreso del paciente en UCI para poder ayudar a la familia y cubrir sus necesidades^{17,35}.

En primer lugar, la necesidad de información es una de las principales peticiones manifestadas por los familiares^{17,20,21,25,33}. Velasco y Escudero coinciden que en España se puede apreciar cierta rigidez en las pautas informativas, ya que lo habitual es informar una vez al día^{25,33}. Dicha información, por lo general, es proporcionada exclusivamente por el médico, y son escasas las unidades en que se proporciona de forma conjunta con el personal de enfermería. Éste es uno de los principales motivos por el cual los familiares conocen el nombre del médico que atiende a su familiar, y no el del personal de enfermería^{25,33}.

En el estudio realizado por Santana, los familiares valoraban positivamente la información recibida y, en cambio, gran parte de los profesionales sanitarios entrevistados creían que los familiares no comprendían la información²¹.

Por el contrario, en el estudio de Llamas Sánchez los familiares manifestaron haber entendido adecuadamente la información. No obstante, no se sintieron adecuadamente informados¹⁷.

La comunicación con los pacientes deber ser evaluada con regularidad, ya que es muy importante para que en un momento dado los familiares puedan tomar decisiones con mayor facilidad. Además se evitaría en cierta medida los síntomas de estrés postraumático que desarrollan muchos de los familiares de los pacientes críticos¹⁷.

Siguiendo con las necesidades, la necesidad de proximidad está íntimamente relacionada con el rol que tienen los familiares en la UCI, el cual implica estar presente física y emocionalmente junto al familiar y participar en los cuidados de éste¹⁷. Se ha podido comprobar que esta búsqueda de proximidad es compartida entre el paciente y sus familiares, ya que el paciente expresa soledad y refiere que su familia es un factor que alivia el estrés y por su parte los familiares buscan proximidad y apoyo^{17,23,25,30,34,35}.

El rol se ve especialmente afectado en la UCI en comparación con otras unidades hospitalarias por dos motivos. El primero es el mantenimiento de unos horarios de visita muy cortos y estrictos, lo cual dificulta que los familiares puedan participar en el cuidado del enfermo, un horario de visita más amplio favorece la disminución de la ansiedad y aumenta la satisfacción de los familiares. El segundo aspecto es que la unidad está estructurada tanto física como socialmente de manera que sitúa a los familiares fuera de ella¹⁷.

Diferentes estudios muestran hasta qué punto la familia desea y valora la posibilidad de involucrarse en el cuidado de un ser querido, a pesar de los obstáculos que encuentran en relación con su participación en el cuidado del paciente. Además, animar a la familia a ello facilita la unión entre la familia y los profesionales sanitarios y disminuye la ansiedad y la impotencia^{17,30,34}.

Garrouste Orgeas, indica que el 97% de los miembros de las familias que han participado en el estudio estaban dispuestos a colaborar con los cuidados del enfermo. Es más, podían participar en actividades como limpiar los ojos del paciente, hidratar los labios, cambios posturales etc. Como resultado de los 101 pacientes del estudio, tan solo 10 expresaron que no querían recibir cuidados por parte de sus familiares³⁴.

En cuanto al personal sanitario, los médicos y las auxiliares de enfermería apoyaban más que el personal de enfermería la participación de la familia en los cuidados del

paciente. Un grupo reducido de enfermeras manifestó su preocupación por la interacción con las familias durante las actividades³⁴.

Por otra parte, Llamas Sánchez, considera que incluir a los familiares como miembros activos en el cuidado del paciente supondría una reorganización de las normas de funcionamiento de las UCI. La primera de estas modificaciones sería adecuar el régimen de las visitas. En este estudio, tanto los pacientes como los familiares, consideraban que debían alargarse las visitas¹⁷.

Con relación a las condiciones medioambientales, concretamente con las características de la salas de espera, se debe considerar que la sala de espera es el lugar donde las familias pasan más tiempo, en el que sufren por los pacientes y donde se generan gran cantidad de emociones. Por ello, el espacio debe ser amplio, bien ventilado e iluminado y debe contar con un mobiliario adecuado^{17,35}.

En el estudio de Llamas Sánchez, un elevado porcentaje pasaba en ella más de 6h y la mayoría de los familiares calificaron negativamente las características físicas de la sala, sus instalaciones y la lejanía de la unidad¹⁷.

De lo contrario, en el estudio de Martos Casado, los familiares se encontraban satisfechos, a pesar de que al 20% de los familiares no les había resultado fácil localizar la UCI, probablemente por la falta de indicaciones. También hubo otro grupo considerable que no encontró adecuada la sala de espera, porque estaba alejada de la UCI, no había timbres ni teléfonos para comunicarse, la escasez de mobiliario y por estar compartida con la sala de espera de partos²³. Los resultados de este estudio son semejantes a los de Santana Cabrera, excepto en que los familiares estaban muy satisfechos con la facilidad para localizar la unidad de cuidados intensivos²¹.

Otro aspecto a tener en cuenta son las necesidades que expresan los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, destacando la necesidad de comunicación, personalización, seguridad y espirituales-religiosas²⁴.

En el estudio de Romero García queda reflejado que los cuidados percibidos por los pacientes son aquellos que por medio de la eficiencia y del dominio de la técnica, el juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud, la vocación y el trabajo en equipo aportan seguridad física, psicológica y espiritual, y que se corresponden a la competencia profesional de una enfermera de críticos, que sabe y maneja la técnica y la comunicación que envuelve toda complejidad de la persona y del tratamiento de la enfermedad²⁴.

Es frecuente que los enfermos críticos presenten sentimientos de abandono, miedo, soledad, así como alteración de su imagen corporal. Durante el proceso de enfermedad son muchos los días que los enfermos son dependientes de los profesionales, especialmente de las enfermeras²⁴.

Régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos

Las visitas de los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos, se han demostrado que contribuyen al bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y disminuyen la ansiedad tanto del paciente como de la familia^{3,23,25,27,33}.

Un régimen de visitas liberalizado permite la cercanía con el ser querido, facilita compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares y, sobre todo, reconoce la necesidad beneficiosa que la familia tiene en el cuidado del enfermo^{3,30}. A pesar de las múltiples recomendaciones para abrir las puertas de la UCI sigue predominando una cultura de UCI cerrada^{3,23,25,30}.

En España, en el año 2005, Velasco refiere que solamente el 5% de las UCI tienen un horario de visitas libre²⁵. En el estudio realizado por Escudero, una década más tarde, se constata que no han ocurrido cambios muy importantes, ya que tan solo el 9.8% de las unidades de cuidados intensivos tienen un horario abierto³³. Por el contrario, la gran mayoría de las UCI sigue con visitas restringidas^{25,33}.

Esta restricción en la política de visitas queda también reflejada en el hecho de que exista una limitación, además de en el número de visitas, en su duración, ya que suele ser de media hora por la mañana y otros 30 minutos por la tarde, en la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos estudiadas^{25,31,33}.

En el estudio realizado por Llamas Sánchez, se considera que un régimen de visitas totalmente abierto es difícil de conseguir en la unidad de cuidados intensivos debido a la concepción del familiar como un sujeto que dificulta a los profesionales el desarrollo adecuado de los cuidados del paciente¹⁷. Los resultados del estudio de Ayllon también indican que la visita abierta puede causar carga de trabajo añadido y repercutir en la provisión de cuidados al paciente ingresado. Además, se considera que la visita abierta puede vulnerar tanto la intimidad del paciente como la del personal sanitario en su puesto de trabajo³¹.

La gran mayoría de profesionales encuestados en diversos estudios, se muestran reticentes a un régimen de visitas abierto porque creen que la estructura física de la unidad no está preparada para acoger a los familiares^{17,18,28,31}. Según Zaforteza existen carencias que afectan al confort de los familiares, puesto que no se contemplan aspectos tan básicos como la disponibilidad de sillas para que puedan permanecer tiempo prolongado junto a su ser querido, y a la intimidad puesto que la estructura sin separaciones entre camas exponen el cuerpo de los pacientes a miradas de familiares ajenos y dificulta crear ambientes tranquilos o íntimos, como por ejemplo en los procesos de muertes¹⁸.

La gran preocupación de los profesionales por salvaguardar la intimidad de los pacientes es congruente con la cultura dominante en las UCI de centrar el cuidado en el enfermo vulnerable y en su protección. Sin embargo, la protección de la intimidad, entendida como preservación del pudor corporal ante miradas ajenas no es una de las prioridades de los pacientes¹⁸.

Los profesionales sanitarios que han participado en el estudio de Ayllon se muestran contradictorios, ya que piensan que la visita abierta puede favorecer a los pacientes y a sus familiares pero, sin embargo, no la desean. Por este motivo, la gran mayoría de ellos están de acuerdo en ampliar los horarios de visita habituales, siempre que se considere beneficioso para el paciente, siendo el profesional sanitario quien establezca las pautas e individualice cada situación. Esto puede ser un punto de partida hacia la visita abierta en las UCI³¹.

La enfermera responsable del paciente tiene la función de poner en contacto y unir a la familia y al paciente dentro del box. No obstante, debe haber cierta participación por parte de la familia, concretamente en el ámbito de los cuidados³⁶.

En los estudios realizados por Kutash y Santana los familiares expresan que esperar a la hora de visita en las salas de espera es muy estresante, por ello solicitan que se incrementen el número de visitas diarias^{20,21}.

Además en el estudio de santana los familiares están muy satisfechos con el número ilimitado de familiares que pueden entrar en la UCI durante las visitas²¹.

Otro aspecto comentado en el trabajo de Adrian Pauner son las visitas de los niños en la UCI. Por lo general, los niños no deben ir a la unidad de cuidados intensivos, pero en determinadas circunstancias se muestran abiertas al acceso de los niños, aunque esto puede causar un trauma posterior en el niño³⁶.

Como respuesta negativa hacia un régimen de visitas abierto, en el estudio de Marco y Bermejillo un grupo de enfermeras piensan que la visita abierta afecta hemodinámicamente al paciente, desestabilizándolo, e incrementando el gasto de energía del paciente²⁹.

Finalmente, destacar un resultado interesante en el estudio de Amaia Saralegui, que es la propuesta de introducir la figura de un referente o acompañante. Esto supondría un nexo para la familia entre paciente y equipo médico y de enfermería que permitiría proporcionar una información más concreta y dirigida a las necesidades de cada paciente y familiar, y ayudar a la hora de introducir a la familia en el cuidado²².

De esta manera, las visitas podrían seguir siendo algo más restrictivas, marcando una diferencia con esta figura de “cuidador principal”, al que se le permitiría un horario flexible y, además de estar supliendo las necesidades emocionales directas del paciente, podría resultar de ayuda al equipo de enfermería²².

CONCLUSIONES

Las principales necesidades de los familiares de un enfermo crítico son la necesidad de información, seguida de la necesidad de proximidad, comodidad y satisfacción tanto del familiar como del propio paciente. Asimismo, en estos artículos se concluye que existe cierta discordancia entre las necesidades de los profesionales sanitarios y las del paciente crítico.

Una política de puertas abiertas y la incorporación familiar en sus cuidados favorece la disminución de la ansiedad y aumenta la satisfacción de los familiares.

La participación de la familia en las actividades diarias de la UCI y la prestación de los cuidados facilitan su adaptación a la situación en la que se encuentran. No permitirles estar cercanos al enfermo aumenta su inseguridad.

Un régimen de visitas liberalizado, amplio y flexible, permite a los familiares compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares como niños o ancianos.

La mayoría de los profesionales sanitarios se muestran reticentes a la visita abierta, alegando barreras relacionados con la estructura física del box, la vulneración de la intimidad de otros pacientes, ansiedad por parte de la familia y entorpecimiento en la realización de los cuidados enfermeros entre otros. Sin embargo, la gran parte de los profesionales encuestados están de acuerdo con la ampliación de los horarios de visita.

A pesar de los beneficios que conlleva una política de puertas abiertas, en España, el régimen de visitas es restrictivo, predominando una política de UCI cerrada donde los familiares no participan en los cuidados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado 30 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
2. Del Rio Rodriguez, T. Necesidades de los familiares en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Cabueñes [Trabajo fin de máster]. Oviedo: Centro Internacional de Postgrado, Universidad de Oviedo; 2015.
3. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva [Internet]. 2014. [acceso 15 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/pdf/S0210569114000370/S300/>
4. Fernández Sotelo S. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados intensivos [Trabajo fin de grado]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2015.
5. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R. Estado emocional de los Profesionales Sanitarios en las Unidades de Cuidados Intensivos: Factores Moduladores. Castellón: Ayuntamiento de Castellón de la Plana; 2013.
6. Salvadores Fuentes P, Sánchez Sanz E, Carmona Monge F.J. Enfermería en cuidados críticos. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2011.
7. Nicolás J.M, Ruiz J, Jiménez X, Net À. Enfermo crítico y emergencias. Barcelona: Elsevier; 2011.
8. Whiteley S, Bodenham A, Bellamy M. Cuidados intensivos. 3º Edición. Barcelona: Elsevier; 2011.
9. Pallarés Martí A. El mundo de las Unidades de Cuidados Intensivos: La última frontera [Tesis doctoral]. Tarragona: facultad de letras, departamento de antropología, filosofía y trabajo social; 2003.

10. Cutler L.R, Cutler J.M. Critical Care Nursing. London: Wolters Kluwer; 2010.
11. Ventura Ribal M.R, Portillo Jáurena E, Verdaguer Cot M, Carrasco Gómez G, Cabré Pericas I, Balaguer Blasco R. Sesiones clínicas conjuntas en UCI y satisfacción de los profesionales. Enfermería intensiva [Internet]. 2002. [Consultado el 11 de Noviembre de 2015]: [10p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sesiones-clinicas-conjuntas-uci-satisfaccion-13037265>
12. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Innovación y Conocimiento en Salud [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Innovación y Conocimiento en Salud; 2012. [Consultado 14 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=7256&vienede=AGENDA_ICS&numElemento=1
13. Garcia de Lorenzo A, Caturla Such M.J. Medicina Intensiva. Edición 18. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces; 2010.
14. Pardavila Belio M.I, Vivar C.G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva [Internet]. 2010. [Consultado el 15 de Noviembre de 2015]; [17p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90133701&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=114&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v23n02a90133701pdf001.pdf
15. Zaforteza Lallemand C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación- acción participativa [Tesis doctoral]. Islas baleares: Universitat de les Illes Balears; 2010.

16. Fabrellas Hidalgo I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería intensiva [Internet]. 2007. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [9p] Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1130239907743924/1-s2.0-S1130239907743924-main.pdf?_tid=36918eec-0705-11e6-a5a2-00000aab0f6b&acdnat=1461163145_c33942249229055f65eb50a3a81158a3

17. Llamas Sánchez F, Flores Cordón J, Acosta Mosquera M.E, González Vázquez J, Albar Marín M.J, Macías Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Enfermería intensiva [Internet]. 2008. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [8p]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1130239909711460/1-s2.0-S1130239909711460-main.pdf?_tid=7b8c3182-0705-11e6-90d6-00000aacb35e&acdnat=1461163261_c5cae7269f58ecccc41a87b6b885c562

18. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayà J.A. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. Enfermería intensiva [Internet]. 2010. [Acceso 6 de Noviembre de 2015]: [6p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13150315&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=73&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n02a13150315p_df001.pdf

19. Moraes Gibaut M, Rocha Hori L.M, Santana Freitas K, Carneiro Mussi F. Comfort of the patient's family in an intensive care unit related to welcoming. Escola da enfermagem da USP [Internet]. 2013. [Consultado el 6 de Noviembre de 2015]: [6p]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf>

20. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. Jan original research [Internet]. 2007. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [5p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x/epdf>

21. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Medicina Intensiva [Internet]. 2007. [Consultado el 29 de Noviembre de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002
22. Saralegui Gainza A. Gestión de cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos: Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. De un Modelo restrictivo, a un modelo permisivo [Máster Universitario]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2015.
23. Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014. [Consultado el 29 de Noviembre de 2015]: [9p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90366640&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=151&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v25n04a90366640pdf001.pdf
24. Romero García M, De la Cueva Ariza L, Jover Sancho C, Delgado Hito P, Acosta Mejuto B, Sola Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería Intensiva [Internet]. 2013. [Consultado el 29 de Enero de 2016]: [12p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90203513&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=158&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v24n02a90203513pdf001.pdf

25. Velasco Bueno J.M, Prieto de Paula J.F, 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. [Consultado el 9 de Diciembre de 2015]: [11p]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13075391 &pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=47&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v16n02a13075391p df001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13075391&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=47&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v16n02a13075391p df001.pdf)
26. Blanca Gutiérrez J.J, Blanco Alvaríño A.M, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* [Internet]. 2008. [Consultado el 29 de Enero de 2016]: [14p]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24276/1/Experiencias%20percepciones%20y%20necesidades%20en%20la%20UCI.%20Revisión%20sistemática%20de%20estudios%20cualitativos..pdf>
27. Agard A.S, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of clinical nursing* [Internet]. 2010. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [9p]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
28. Pascual Fernández M.C. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. *Nure Investigación* [Internet]. 2013. [Consultado el 18 de Diciembre de 2015]: [8p]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/655/644>

29. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M.A, Asiain M.C. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. Nursing in critical care [Internet]. 2006. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [9p] Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
30. Arreciado Marañón A, Estorach Querol M.J, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. Enfermería Intensiva [Internet]. 2011. [Consultado el 18 de Diciembre de 2015]: [5p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90025107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v22n03a90025107pdf001.pdf
31. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández M.I, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales. Enfermería Intensiva [Internet]. 2015. [Consultado el 18 de Diciembre de 2015]: [6p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90330689&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=110&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v25n02a90330689pdf001.pdf
32. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer T, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas Enfermería Intensiva [Internet]. 2010. [Consultado el 4 de Febrero de 2016]: [9p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13147376&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=41&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n01a13147376df001.pdf

33. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M.J, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2015. [Consultado el 29 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-90439001-S300>
34. Garrouste Orgeas M, Willems V, Timisit J.F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. Journal of Critical Care [Internet]. 2010. [Consultado el 8 de Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944110000729>
35. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. Intensive and critical care nursing [Internet]. 2011. [Consultado el 8 de Abril de 2016], Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0964339711000723/1-s2.0-S0964339711000723-main.pdf?_tid=6205e16a-0672-11e6-9379-00000aab0f02&acdnat=1461100082_507fc14a91285f5813192258d76e6b54
36. Pauner Ballester A. Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan [Trabajo fin de grado]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2015.

REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL



NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL publica trabajos originales, artículos de revisión, artículos de opinión, cartas al director y otros artículos especiales referentes a todos los aspectos de la Calidad Asistencial. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*N Engl J Med* 1997; 336:309-15), también disponibles en: <http://www.icmje.org/> y se ajustan a las siguientes normas:

Remisión de trabajos

Los manuscritos deben remitirse por vía electrónica a través de la dirección web <http://ees.elsevier.es/calasis>, donde encontrará toda la información necesaria para realizar el envío. A través de esta página web también podrá realizar un seguimiento del estado del artículo. Junto al artículo deberá enviar una carta de presentación, que podrá introducir en el apartado "Enter Comments" del sistema online de envío.

Tipos de artículos

Editoriales

Trabajos de opinión escritos por encargo del Consejo Editorial. Su extensión no deberá superar las 4 hojas DIN A4 y 8 citas bibliográficas. Su temática tendrá relación con originales publicados en la revista o con temas de interés general. Se incluirá un máximo de 10 citas bibliográficas. No incluirán figuras ni tablas, salvo casos especiales en que resulten imprescindibles para mejorar la comprensión del texto.

Originales

Trabajos empíricos relacionados con cualquier aspecto de la investigación en el campo de la Calidad Asistencial en sus vertientes de Enfermería, Medicina Clínica, salud pública y la administración Sanitaria (como, por ejemplo, promoción de la salud, educación sanitaria, epidemiología, estadística médica, información sanitaria, economía de la salud, relativos a gestión de calidad, investigación de servicios sanitarios, planificación y políticas de salud) que tengan forma de trabajo científico con los siguientes apartados: introducción, material y métodos, resultados y discusión. La extensión máxima del texto será de diez hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose hasta un máximo de seis figuras o tablas. Para la elaboración de ensayos clínicos controlados deberá seguirse la normativa CONSORT (JAMA.1996;276:637-9). Disponible en: <http://www.consort-statement.org/>

Originales breves

Trabajos que por su extensión reducida no se adecuen a la sección de originales. La extensión máxima será de dos hojas DIN A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose una tabla o figura y hasta 10 citas bibliográficas. Los editores se reservan la opción de aceptar originales convencionales en este formato si el contenido o la extensión de estos así lo aconseja.

Cartas a la directora

Esta sección pretende incluir observaciones científicas formalmente aceptables sobre los temas de la revista, así como comentarios o réplicas relativas a trabajos publicados u opiniones sobre ellos. Se iniciarán con la expresión: "Sra Directora:". Deberán redactarse en tono formal y no podrán incluir afirmaciones peyorativas o descortesas. La extensión máxima será de dos hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose una tabla o figura y hasta diez citas bibliográficas.

Otras secciones

La revista incluye además las siguientes secciones: Artículos de opinión, Artículos especiales, Artículos de revisión, Resenciones de libros, Información profesional, Información bibliográfica, Actividades científicas, etc. Los trabajos en estas secciones pueden ser encargados por el Equipo Editorial.

Carta de presentación

En ella el autor explicará en 3-4 líneas cuál es la aportación original del trabajo que presenta.

Manuscrito

REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL publica los artículos en castellano e inglés.

Los artículos se introducirán en el sistema en varios archivos, correspondientes a la primera página, el cuerpo del manuscrito (que incluirá resumen y palabras clave, abstract y key words, introducción, métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas y pies de figura) y las figuras. En el sistema de envío online encontrará instrucciones más detalladas.

Todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título.

Abreviaturas: éstas deben ser evitadas, exceptuando las unidades de medida. Evite el uso de abreviaciones en el título y en el resumen. El nombre completo al que sustituye la abreviación debe preceder el empleo de ésta, a menos que sea una unidad de medida estándar. Las unidades de medida se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

Página del título

Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: a) título del artículo en castellano y en inglés, que debe ser conciso, pero informativo; b) nombre de pila y apellidos de los autores (si lo desean, los autores pueden incluir los dos apellidos, siempre unidos por un guión para evitar confusiones en las bases de datos bibliográficas); c) filiación institucional de los autores (nombre completo del centro de trabajo y departamento o servicio); d) nombre, filiación profesional, dirección postal y de correo electrónico y teléfono del autor responsable para la correspondencia y corrección de pruebas de imprenta; e) reconocimiento de cualquier beca o soporte financiero, y f) agradecimientos.

En el párrafo de agradecimientos, podrán reconocerse: a) contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría; b) agradecimiento por ayuda técnica, y c) agradecimiento de apoyo material o financiero especificando la naturaleza de dicho apoyo.

Resumen y palabras clave

Deberán introducirse en los apartados a tal efecto del sistema online de envío de manuscritos y también en la segunda página del manuscrito, en una hoja aparte en la que figurará también el título del artículo.

El resumen debe ser de 250 palabras aproximadamente. Como todos los apartados, excepto la discusión se redactará en pasado. Se recomienda que el resumen de los artículos originales sea estructurado, es decir, que contenga los siguientes encabezamientos e información:

Objetivo: debe incluir una declaración explícita de los objetivos del estudio. Si el estudio tiene objetivos múltiples, se indicará primero el objetivo más importante y después los secundarios. Si se contrastaron hipótesis a priori, éstas deberán ser descritas.

Material y métodos: incluirá una descripción del tipo de estudio (caso-control, ensayo clínico, cohortes, etc.). Si resulta adecuado, se deberá indicar el período de tiempo o las fechas a que se refieren los datos. Se debe realizar una descripción sucinta del tipo de población o grupos estudiados, que incluirá: características demográficas; otros criterios básicos de inclusión (p.ej., criterios diagnósticos); el número de participantes que iniciaron o que completaron el estudio, y el ámbito en el que los participantes fueron identificados (hospital, comunidad, etc.). Asimismo, se describirá la naturaleza de la intervención, si la hubiere. Si se realizó equiparamiento, deben describirse las variables de equiparamiento. En todo caso se deberá especificar la variable principal de resultados (p.ej. mortalidad por todas las causas). También, se indicará el tipo de análisis realizado.

Resultados: deberá detallar los principales hallazgos del estudio, incluyendo, siempre que ello sea posible, información cuantitativa de los estimadores y de su precisión.

Conclusiones: sólo se incluirán aquellas que se deduzcan directamente de las evidencias presentadas en el artículo. Se deberá tener especial cuidado en evitar la especulación o la generalización desmesurada. A igualdad de mérito científico, se deben enfatizar por igual los resultados positivos y los negativos.

Sin embargo, los autores podrán proponer al Equipo Editorial de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL el formato de resumen que se adapte mejor a las características de su artículo concreto, justificando esta consideración en la carta de presentación del artículo.

En la medida de lo posible, los artículos de revisión deberán utilizar los mismos subapartados de estructuración que los mencionados anteriormente. En ese caso, el subapartado de Métodos deberá incluir información sobre los siguientes aspectos: fuentes de datos (un resumen sucinto de las mismas); selección de los estudios (el número de estudios seleccionados y el método de selección); obtención de los datos (las reglas utilizadas para la síntesis de datos y los métodos de aplicación). Para los demás subapartados, las instrucciones serán las mismas que para los artículos originales. En los demás tipos de artículos (de opinión, especiales, etc.) el resumen no deberá estructurarse, pero su contenido deberá detallar los objetivos, los principales argumentos o aspectos considerados en el trabajo, así como las conclusiones principales del mismo.

En la misma hoja aparecerá una relación con las palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis en total) complementan el título y ayudan a identificar el trabajo en las bases de datos. Se deben emplear términos obtenidos de la lista de encabezamientos de temas médicos (MeSH) del Index Medicus. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>

Abstract y key words

El abstract es una traducción correcta del resumen al inglés. Se introducirá en el apartado "Submit abstract" del sistema online de envío de manuscritos, junto al resumen en castellano, y también en hoja aparte dentro del cuerpo del manuscrito, después del resumen en castellano. A continuación se indicará la traducción al inglés de las palabras clave.

Introducción

Deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensivamente el tema. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias. Como todos los apartados, excepto la discusión, se redactará en pasado.

Material y métodos

Debe describir la selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con suficientes detalle como para permitir reproducir el estudio a otros investigadores. Se organizará en cinco áreas: diseño del estudio, población diana y descripción del muestreo, entorno o ámbito del estudio, intervenciones y análisis estadístico. Se incluirán las referencias bibliográficas que sean necesarias. Alguna información detallada de gran interés puede incluirse como anexo. Como todos los apartados, excepto la discusión, se redactará en pasado. Las normas éticas seguidas por los investigadores tanto en estudios en humanos como en animales se describirán brevemente. Los estudios en humanos deben contar con la aprobación expresa del comité local de ética y de ensayos clínicos, y así debe figurar en el manuscrito. Exponer los métodos estadísticos empleados. Los estudios contarán con los correspondientes experimentos o grupos control; en caso contrario se explicarán las medidas utilizadas para evitar los sesgos y se comentará su posible efecto sobre las conclusiones del estudio.

Resultados

Los resultados deben ser concisos y claros, e incluirán el mínimo necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no exista duplicación y repetición de datos en el texto y en las figuras y tablas. Se utilizará también el tiempo pasado y se recomienda, en la información numérica limitarse a 1 decimal, excepto casos especiales como estadísticos o constantes matemáticas.

Discusión

Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No debe repetirse con detalles los resultados del apartado anterior. Debe señalarse las implicaciones de los resultados y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios importantes. El contenido de esa sección ha de basarse en los resultados del trabajo y deben evitarse conclusiones que no están totalmente apoyadas por los mismos. Comentaré los hallazgos propios en relación con los de otros trabajos previos, así como las diferencias entre los resultados propios y los de otros autores. Las hipótesis y las frases especulativas quedarán claramente identificadas entre los resultados propios y los de otros autores. Las hipótesis y las frases especulativas quedarán claramente identificadas.

Bibliografía

Se presentará según el orden de aparición en el texto con numeración correlativa, en superíndice. Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con la List of Journals Indexed de Index Medicus. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>. No se emplearán fases imprecisas como "observaciones no publicadas", "comunicación personal" o similares. Los originales aceptados y no publicados en el momento de ser citados pueden incluirse como citas con la expresión "En prensa". Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales y se ordenarán según las normas de Vancouver, disponibles en: <http://www.icmje.org/>. Los ejemplos citados a continuación son algunos de los empleados con mayor frecuencia.

Revistas

- 1. Artículo habitual de revista.** Citar todos los autores si son seis o menos, si son siete o más citar los seis primeros y añadir la expresión et al. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year followup. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.
- 2. Trabajo publicado por una corporación.** The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust. 1996;164:282-4.
- 3. Sin autor.** Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.
- 4. Volumen con suplemento.** Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994;102 Suppl 1:275-82.

Libros y otras monografías

- 1. Autor/es personal /es.** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2.a ed. Albany: Delmar Publishers; 1996.
- 2. Editor, compilador o director como autor.** Norman LJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.
- 3. Capítulo de libro.** Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2.a ed. Nueva York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
- 4. Comunicación de conferencia.** Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Ginebra, Suiza, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Otro material publicado

- 1. Artículo de periódico.** Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Material no publicado

- Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. En prensa 2002.

Material electrónico

- 1. Artículo de revista electrónica.** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [revista electrónica] 1995 Jan-Mar [consultada 5 junio 1996]; 1(1):[24 p.]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Tablas

Deben incluirse en hojas separadas dentro del archivo del manuscrito, después del texto y la bibliografía. Irán numeradas de manera correlativa con un número arábigo y llevarán un título en la parte superior. Deben contener las pertinentes notas explicativas al pie.

Figuras

Las figuras no repetirán datos ya escritos en el texto. Deben introducirse en el sistema de envío en un archivo aparte y se

identificarán con números árabes que coincidan con su orden de aparición en el texto.

Los pies de figura se escribirán a doble espacio, al final del documento del manuscrito, y contendrán la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. No se presentarán con términos como cuadro, fotografía o ilustración.

Si se usan fotografías de personas, éstas no deberán ser identificables o ir acompañadas de un permiso para su uso.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Cuando se describen experimentos que se han realizado en seres humanos se debe indicar si los procedimientos seguidos se conformaban a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable (institucional o regional) y la Declaración de Helsinki de 1975, con la revisión vigente, disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>. No se deben utilizar nombre, iniciales o número de hospital, sobre todo en las figuras. Cuando se describen experimentos en animales se debe indicar si se han seguido las pautas de una institución o consejo de investigación internacional o una ley nacional reguladora del cuidado y la utilización de animales de laboratorio.

Debe contarse con el permiso de publicación por parte de la institución que ha financiado la investigación.

La revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

Conflicto de intereses: la revista espera que los autores declaren cualquier asociación financiera o personal que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido.

Autoría: en la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada.

REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Consentimiento informado

Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado.

TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Se indicará en el apartado a tal efecto ("Additional information") del sistema de envío online.

PROCESO EDITORIAL

Una vez evaluado en primera instancia por el Equipo Editorial, todo manuscrito recibido es enviado a evaluadores externos, generalmente dos. La valoración, que seguirá un protocolo establecido a tal efecto, será anónima. Este proceso de evaluación inicial tiene una duración de entre tres y cinco meses.

REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio en áreas de una mejor

comprensión del mismo, sin que de ello se derive en cambio de su contenido.

Los manuscritos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.

Información adicional

1. REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL acusa recibo de los trabajos remitidos.
2. Corrección de pruebas: Se enviará una prueba de composición del artículo al autor responsable de la correspondencia. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas a la redacción de la revista en un plazo de 48 horas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.
3. Política editorial: Los juicios y opiniones expresadas en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente aquéllos del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la empresa editora garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.

LISTADO DE COMPROBACIONES

Una vez finalizada la redacción de su trabajo debe realizar las comprobaciones que se especifican en el listado adjunto y que también podrá encontrar en el apartado "Additional Information" del sistema de envío online, a fin de suprimir posibles errores antes de su remisión para publicación.

- Se incluye la totalidad del texto, incluyendo las referencias, está en páginas numeradas, escritas a doble espacio.
- En la primera página del artículo se incluyen los siguientes apartados: título, autores, departamento y centro de cada autor, autor de correspondencia (con su filiación profesional, dirección postal y de correo electrónico y teléfono), reconocimiento de becas o soporte financiero y agradecimientos.
- El título es corto, conciso y no ambiguo.
- El estudio ha seguido las normas éticas de investigación.
- Se han detallado la totalidad de las abreviaturas tras su primera citación.
- La introducción sitúa al estudio dentro del contexto de otros trabajos publicados.
- Se indica en la introducción por qué el estudio fue propuesto o qué hipótesis es contrastada.
- Se describen todos los materiales, equipo y elementos usados, tanto en términos de grupos investigados como la globalidad del estudio.
- Se indica claramente cuántas medidas se realizaron o con cuánta periodicidad fueron repetidas.
- Se indica la variabilidad de los datos.
- Los resultados se expresan en términos de media desviación o error estándar.
- Las conclusiones objetivas se apoyan en un análisis estadístico.
- En los estudios estadísticos, se menciona el test empleado, las diferencias significativas y el margen de confianza.
- La bibliografía se adapta a las normas editoriales.
- Las citas en el texto se corresponden con la lista bibliográfica.
- Los títulos de las tablas y figuras son autoexplicativos.
- Los datos de las tablas y figuras están correctamente presentados en filas y columnas.
- Las figuras son originales, de calidad profesional, y no copias.



INFLUENCIA DE LAS VISITAS FLEXIBLES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÍTICO Y LA FAMILIA

**THE INFLUENCE OF FLEXIBLE VISITS IN THE INTENSIVE CARE UNIT ABOUT
THE NEEDS OF CRITICALLY ILL PATIENTS AND THEIR FAMILIES**

Paula Marco-Pérez^a, Florencia Sáez-Vay^b

^a Estudiante de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

^b Profesora del grado de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili.

Este artículo forma parte del Trabajo Final de Grado de Paula Marco-Pérez, dirigido por la Sra. Florencia Sáez-Vay.

Universidad Rovira i Virgili. Facultad de enfermería.

* Autor para la correspondencia.
Dirección postal: C/ Ribera Nº 3
Correo electrónico: paulamarcoperez@hotmail.com (P. Marco-Pérez)
Número de teléfono: 658528962

INFLUENCIA DE LAS VISITAS FLEXIBLES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRÍTICO Y LA FAMILIA

Resumen

Introducción: El régimen de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos es muy restrictivo, conllevando a la separación de los familiares con el equipo sanitario y con el propio paciente. Diversos artículos apuntan que la visita abierta comporta beneficios tanto para la familia como para el paciente. Asimismo, permite a los familiares la participación en las actividades diarias de la UCI, facilitando la adaptación de éstos a la situación en la que se encuentra.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre la influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica, se analizó la literatura científica más actual de las bases de datos *Pubmed, Scopus, Cuiden, Scielo, Cuidatge, Icerc@dorPlus, google académico* y en el repositorio de la URV. También se hizo una búsqueda manual a partir de otros artículos.

Resultados: Tras incluir los artículos que cumplían con los criterios de selección, se seleccionaron 22 artículos. Del análisis de estos artículos se identificaron las principales necesidades de los familiares del paciente crítico, los beneficios que conlleva un régimen de visita abierta y la opinión de los profesionales sobre este tema.

Análisis: Una de las principales necesidades de la familia es recibir mayor información por parte de los profesionales seguida de la necesidad de proximidad. Por otra parte, las visitas en UCI contribuyen en el bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática y disminuye la ansiedad tanto del paciente como de la familia. En cambio,

los profesionales sanitarios se muestran reticentes a un régimen de visitas abierto, aunque sí que apoyan la ampliación del horario de visita.

Conclusiones: La política de visitas en España es restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada donde los familiares no participan en los cuidados del paciente, conllevando el aumento de su inseguridad.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos, paciente crítico, visita abierta, necesidades de la familia en UCI, enfermería en UCI.

THE INFLUENCE OF FLEXIBLE VISITS IN THE INTENSIVE CARE UNIT ABOUT THE NEEDS OF CRITICALLY ILL PATIENTS AND THEIR FAMILIES

Abstract

Introduction: The visitation in Intensive Care Units is very restrictive, which leads to the separation of the family with the medical team and the patient. In recent years, it has started a current in favour of a more flexible visitation schedule, as several articles point out that open visiting brings benefits for both the family and the patient. It also allows families to participate in the daily activities of the ICU, which helps their adaptation to the situation that the patient is going through.

Objective: To carry out a bibliographic review of the influence of flexible visits in the Intensive Care Unit about the needs of critically ill patients and their families.

Methods: A bibliographic review was conducted and the most current scientific literature in *PubMed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *Icerc@dorPlus*, *academic Google* and the repository of the URV data were analysed. It was also made a manual search from other items.

Results: After including articles that met the selection criteria, 22 articles were selected. From the analysis of these items, they were identified the main needs of relatives of critically ill patients, the benefits of a system of open visits and professional opinion on this subject.

Discussion: One of the main needs of the family is to receive more information from professionals, followed by the need for proximity. Moreover, visits to the ICU contribute to the comfort of the patient, minimize the traumatic experience and reduce anxiety for both patient and family. Instead, health professionals are reluctant to open visits regime, although they support the extension of visiting hours.

Conclusions: The visitation policy is restrictive in Spain, there is a culture of closed ICU where relatives are not involved in patient care, leading to increase their insecurity.

Key words: Intensive Care Unit, critical patient, open visit, family needs in UCI, nursing in UCI.

Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas, así como, todos los pacientes complejos que requieran una ayuda debido a un fallo multiorgánico frente al que se encuentran expuestos¹.

El ingreso en sí, en cualquier área del hospital, es un hecho que produce trastornos en las personas tanto físicos como psicológicos ya que la situación a la que se enfrenta y el lugar en el que se encuentran, es un sitio desconocido para ellos y por lo general impactante. Estos trastornos pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad, por eso es muy importante intentar establecer la mayor normalidad posible ante esta situación².

En las UCI la gran mayoría de los cuidados que se prestan se centran en un plano físico, ya que en mucho de los casos se trata de pacientes que se encuentran en un estado crítico e inestable, por lo que precisan una atención que se centre en el cuidado del paciente, dejando así de lado aquellos trastornos que afecten al plano psicológico y social. De este modo, es importante destacar una parte esencial del entorno del paciente a la que no se suele prestar cuidados, la familia. Aunque en la actualidad se considera ésta como un elemento rigurosamente importante dentro del desarrollo del ser humano².

La gran mayoría de los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, estos pueden participar en algunos cuidados, siempre

bajo la supervisión de enfermería. Dar a la familia esta oportunidad de contribuir en la recuperación del paciente puede tener un efecto muy positivo, tanto para el enfermo como para la familia³.

En cambio, en la mayoría de los estudios encontrados en la literatura, los profesionales se muestran reticentes a la visita abierta alegando barreras relacionadas con la estructura física del box, la vulneración de la intimidad de otros pacientes, entorpecimiento en la realización de cuidados enfermeros, entre otros⁴.

Actualmente, en España el régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos es muy restringido, con una cultura de UCI cerrada, a pesar de que múltiples trabajos recomiendan una política de puertas abiertas y la incorporación de la familia en los cuidados del paciente³.

Material y Método

Para realizar el estudio se ha llevado a cabo una **Revisión bibliográfica** descriptiva, analítica y de carácter transversal entre los meses de septiembre de 2015 a abril de 2016, con el objetivo de analizar y sintetizar el material publicado acerca de la influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia, y así poder evaluar los diferentes aspectos sobre la materia encontrada, dando como resultado en un solo trabajo, una descripción detallada sobre el tema seleccionado.

Con el objetivo de obtener unas referencias bibliográficas óptimas sobre el tema elegido, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos, como son *Pubmed*, *Scopus*, *Cuiden*, *Scielo*, *Cuidatge*, *google académico* y en el repositorio de la URV (Universidad Rovira i Virgili). También se ha obtenido información realizando una búsqueda manual a partir de los artículos seleccionados.

Para la selección de los artículos, se han seguido diversos criterios de inclusión, siendo de inclusión aquellas publicaciones cuyo objetivo principal o secundario sea identificar y/o describir los beneficios de los horarios flexibles de visita en UCI para el entorno del paciente ingresado en esta unidad, publicaciones sobre las opiniones de los profesionales sanitarios sobre este tema, la data de publicación (del año 2005 al año 2016), acceso gratuito al texto completo, buena calidad metodológica e idioma en el que han sido escrito (inglés, castellano, catalán y portugués).

Resultados

Al finalizar esta búsqueda metodológica se han encontrado un total de 416 artículos, en las diferentes bases de datos (tabla 2) (Tabla 3), de los cuales, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1), se han seleccionado para la revisión bibliográfica un total de 15 artículos más 7 de búsqueda manual (tabla 4).

Análisis/discusión

Necesidades de los pacientes críticos y de su familia

Cuando una persona es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos, la estructura familiar a la que pertenece se ve afectada, ocasionando varios trastornos como ansiedad y depresión, que pueden desorganizar la vida cotidiana de los miembros familiares^{5,6}. Asimismo se tienen dificultades para tomar decisiones, cuidarse o solucionar problemas^{7,8}. Otras reacciones comunes que pueden tener son miedo, estrés, entre otras²⁴.

Por este motivo, las enfermeras de Cuidados intensivos han cambiado su foco de cuidado y han pasado de centrarse únicamente en el paciente a focalizarse en la unidad familiar. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como única unidad

de cuidado que requiere atención, ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería^{5,9}.

Al considerar la familia como una unidad de cuidado es importante conocer cuáles son las necesidades durante el ingreso del paciente en UCI para poder ayudarlas y cubrir sus necesidades^{10,11}.

En primer lugar, la necesidad de información es una de las principales peticiones manifestadas por los familiares¹⁰⁻¹⁵. Velasco y Escudero coinciden que en España se puede apreciar cierta rigidez en las pautas informativas, ya que lo habitual es informar una vez al día^{12,13}. Dicha información, por lo general, es proporcionada exclusivamente por el médico, y son escasas las unidades en que se proporciona de forma conjunta con el personal de enfermería^{12,13}. Éste es uno de los principales motivos por el cual los familiares conocen el nombre del médico que atiende a su familiar, y no el del personal de enfermería¹³.

En el estudio realizado por Santana, los familiares valoraban positivamente la información recibida y, en cambio, gran parte de los profesionales sanitarios entrevistados creían que los familiares no comprendían la información¹⁴.

Por el contrario, en el estudio de Llamas Sánchez los familiares manifestaron haber entendido adecuadamente la información. No obstante, no se sintieron adecuadamente informados¹⁰.

La comunicación con los pacientes deber ser evaluada con regularidad, ya que es muy importante para que en un momento dado los familiares puedan tomar decisiones con mayor facilidad. Además se evitaría en cierta medida los síntomas de estrés postraumático que desarrollan muchos de los familiares de los pacientes críticos¹⁰.

Siguiendo con las necesidades, la necesidad de proximidad está íntimamente relacionada con el rol que tienen los familiares en la UCI, el cual implica estar presente

física y emocionalmente junto al familiar y participar en los cuidados de éste^{10,11}. Se ha podido comprobar que esta búsqueda de proximidad es compartida entre el paciente y sus familiares, ya que el paciente expresa soledad y refiere que su familia es un factor que alivia el estrés y por su parte los familiares buscan proximidad y apoyo^{6,10,12,16,17}.

El rol se ve especialmente afectado en la UCI en comparación con otras unidades hospitalarias por dos motivos. El primero es el mantenimiento de unos horarios de visita muy cortos y estrictos, lo cual dificulta que los familiares puedan participar en el cuidado del enfermo, un horario de visita más amplio favorece la disminución de la ansiedad y aumenta la satisfacción de los familiares. El segundo aspecto es que la unidad está estructurada tanto física como socialmente de manera que sitúa a los familiares fuera de ella¹⁰.

Diferentes estudios muestran hasta qué punto la familia desea y valora la posibilidad de involucrarse en el cuidado de un ser querido, a pesar de los obstáculos que encuentran en relación con su participación en el cuidado del paciente. Además, animar a la familia a ello facilita la unión entre la familia y los profesionales sanitarios y disminuye la ansiedad y la impotencia^{6,10,17}.

En el estudio de Garrouste Orgeas, el 97% de los miembros de las familias que han participado en estaban dispuestos a colaborar con los cuidados del enfermo. Es más, podían participar en actividades como limpiar los ojos del paciente, hidratar los labios, cambios posturales etc. Como resultado de los 101 pacientes del estudio, tan solo 10 expresaron que no querían recibir cuidados por parte de sus familiares¹⁷.

En cuanto al personal sanitario, los médicos y las auxiliares de enfermería apoyaban más que el personal de enfermería la participación de la familia en los cuidados del paciente. Un grupo reducido de enfermeras manifestó su preocupación por la interacción con las familias durante las actividades¹⁷.

Por otra parte, Llamas Sánchez, considera que incluir a los familiares como miembros activos en el cuidado del paciente supondría una reorganización de las normas de funcionamiento de las UCI. La primera de estas modificaciones sería adecuar el régimen de las visitas. En este estudio, tanto los pacientes como los familiares, consideraban que debían alargarse¹⁰.

Con relación a las condiciones medioambientales, concretamente con las características de la salas de espera, se debe considerar que la sala de espera es el lugar donde las familias pasan más tiempo, en el que sufren por los pacientes y donde se generan gran cantidad de emociones. Por ello, el espacio debe ser amplio, bien ventilado e iluminado y debe contar con un mobiliario adecuado^{10,11}.

En el estudio de Llamas Sánchez, un elevado porcentaje pasaba en ella más de 6h y la mayoría de los familiares calificaron negativamente las características físicas de la sala, sus instalaciones y la lejanía de la unidad¹⁰.

De lo contrario, en el estudio de Martos Casado, los familiares se encontraban satisfechos, a pesar de que al 20% de los familiares no les había resultado fácil localizar la UCI, probablemente por la falta de indicaciones. También hubo otro grupo considerable que no encontró adecuada la sala de espera, porque estaba alejada de la UCI, no había timbres ni teléfonos para comunicarse, y por estar compartida con la sala de espera de partos y la escasez de mobiliario¹⁶. Los resultados de este estudio son semejantes a los de Santana Cabrera, excepto en que los familiares estaban muy satisfechos con la facilidad para localizar la unidad de cuidados intensivos¹⁴.

Otro aspecto a tener en cuenta son las necesidades que expresan los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, destacando la necesidad de comunicación, personalización, seguridad y espirituales-religiosas¹⁸.

En el estudio de Romero García queda reflejado que los cuidados percibidos por los pacientes son aquellos que por medio de la eficiencia y del dominio de la técnica, el juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud, la vocación y el trabajo en equipo aportan seguridad física, psicológica y espiritual, y que se corresponden a la competencia profesional de una enfermera de críticos, que sabe y maneja la técnica y la comunicación que envuelve toda complejidad de la persona y del tratamiento de la enfermedad¹⁸.

Es frecuente que los enfermos críticos presenten sentimientos de abandono, miedo, soledad, así como alteración de su imagen corporal. Durante el proceso de enfermedad son muchos los días que los enfermos son dependientes de los profesionales, especialmente de las enfermeras¹⁸.

Régimen de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos

Las visitas de los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos, se ha demostrado que contribuyen en el bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y disminuyen la ansiedad tanto del paciente como de la familia^{3,12,13,16,19}.

Un régimen de visitas liberalizado permite la cercanía con el ser querido, facilita compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares y, sobre todo, reconoce la necesidad beneficiosa que la familia tiene en el cuidado del enfermo^{3,13}. A pesar de las múltiples recomendaciones para abrir las puertas de la UCI sigue predominando una cultura de UCI cerrada^{3,12,13,16}.

En España, en el año 2005, Velasco refiere que solamente el 5% de las UCI tienen un horario de visitas libre¹². En el estudio realizado por Escudero, una década más tarde, se constata que no han ocurrido cambios muy importantes, ya que tan solo el 9.8% de

las unidades de cuidados intensivos tienen un horario abierto¹³. Por el contrario, la gran mayoría de las UCI sigue con visitas restringidas^{12,13}.

Esta restricción en la política de visitas queda también reflejada en el hecho de que exista una limitación, además de en el número de visitas, en su duración, ya que suele ser de media hora por la mañana y otros 30 minutos por la tarde, en la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos estudiadas^{12,13,20}.

En el estudio realizado por Llamas Sánchez, se considera que un régimen de visitas totalmente abierto es difícil de conseguir en la unidad de cuidados intensivos debido a la concepción del familiar como un sujeto que dificulta a los profesionales el desarrollo adecuado de los cuidados del paciente¹⁰. Los resultados del estudio de Ayllon también indican que la visita abierta pueda causar cargo de trabajo añadido y repercutir en la provisión de cuidados al paciente ingresado. Además, se considera que la visita abierta puede vulnerar tanto la intimidad del paciente como la del personal sanitario en su puesto de trabajo²⁰.

La gran mayoría de profesionales encuestados en estos estudios, se muestran reticentes a un régimen de visitas abierto porque creen que la estructura física de la unidad no está preparada para acoger a los familiares^{10, 20-22}. Según Zaforteza existen carencias que afectan al confort de los familiares, puesto que no se contemplan aspectos tan básicos como la disponibilidad de sillas para que puedan permanecer tiempo prolongado junto a su ser querido, y a la intimidad puesto que la estructura sin separaciones entre camas exponen el cuerpo de los pacientes a miradas de familiares ajenos y dificulta crear ambientes tranquilos o íntimos, como por ejemplo en los procesos de muertes²¹.

La gran preocupación de los profesionales por salvaguardar la intimidad de los pacientes es congruente con la cultura dominante en las UCI de centrar el cuidado en el enfermo vulnerable y en su protección. Sin embargo, la protección de la intimidad,

entendida como preservación del pudor corporal ante miradas ajenas no es una de las prioridades de los pacientes²¹.

Los profesionales sanitarios que han participado en el estudio de Ayllon se muestran contradictorios, ya que piensan que la visita abierta puede favorecer a los pacientes y a sus familiares pero, sin embargo, no la desean. Por este motivo, la gran mayoría de ellos están de acuerdo en ampliar los horarios de visita habituales, siempre que se considere beneficioso para el paciente, siendo el profesional sanitario quien establece las pautas e individualiza cada situación. Esto puede ser un punto de partida hacia la visita abierta en las UCI²⁰.

En los estudios realizados por Kutash y Santana, los familiares expresan que esperar a la hora de la visita en las salas de espera es muy estresante, por ello solicitan que se incrementen el número de visitas diarias¹⁵. Además en el estudio de Santana los familiares están muy satisfechos con el número ilimitado de familiares que pueden entrar en la UCI durante las visitas¹⁴.

La enfermera responsable del paciente tiene la función de poner en contacto y unir a la familia y al paciente dentro del box. No obstante, debe haber cierta participación por parte de la familia, concretamente en el ámbito de los cuidados²⁴.

Otro aspecto comentado en el trabajo de Adrian Pauner son las visitas de los niños en la UCI. Por lo general, los niños no deben ir a la unidad de cuidados intensivos, pero en determinadas circunstancias se muestran abiertas al acceso de los niños, aunque esto puede causar un trauma posterior en el niño²⁴.

Como respuesta negativa hacia un régimen de visitas abierto, en el estudio de Marco y Bermejillo un grupo de enfermeras piensan que la visita abierta afecta hemodinámicamente al paciente, desestabilizándolo, y incrementando el gasto de energía del paciente²³.

Finalmente, destacar un resultado interesante en el estudio de Amaia Saralegui, que es la propuesta de introducir la figura de un referente o acompañante. Esto supondría un nexo para la familia entre paciente y equipo médico y de enfermería que permitiría proporcionar una información más concreta y dirigida a las necesidades de cada paciente y familiar, y ayudar a la hora de introducir a la familia en el cuidado²⁵.

De esta manera, las visitas podrían seguir siendo algo más restrictivas, marcando una diferencia con esta figura de “cuidador principal”, al que se le permitiría un horario flexible y, además de estar supliendo las necesidades emocionales directas del paciente, podría resultar de ayuda al equipo de enfermería²⁵.

Conclusiones

Las principales necesidades de los familiares de un enfermo crítico son la necesidad de información, seguida de la necesidad de proximidad, comodidad y satisfacción tanto del familiar como del propio paciente. Asimismo, en estos artículos se concluye que existe cierta discordancia entre las necesidades de los profesionales sanitarios y las del paciente crítico.

Una política de puertas abiertas y la incorporación familiar en sus cuidados favorece la disminución de la ansiedad y aumenta la satisfacción de los familiares.

La participación de la familia en las actividades diarias de la UCI y la prestación de los cuidados facilitan su adaptación a la situación en la que se encuentran. No permitirles estar cercanos al enfermo aumenta su inseguridad.

Un régimen de visitas liberalizado, amplio y flexible, permite a los familiares compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares como niños o ancianos.

La mayoría de los profesionales sanitarios se muestran reticentes a la visita abierta, alegando barreras relacionados con la estructura física del box, la vulneración de la intimidad de otros pacientes, ansiedad por parte de la familia y entorpecimiento en la realización de los cuidados enfermeros entre otros. Sin embargo, la gran parte de los profesionales encuestados están de acuerdo con la ampliación de los horarios de visita.

A pesar de los beneficios que conlleva una política de puertas abiertas, en España, el régimen de visitas es restrictivo, predominando una política de UCI cerrada donde los familiares no participan en los cuidados del paciente.

17. Garrouste Orgeas M, Willems V, Timisit J.F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2010. [Consultado el 8 de Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944110000729>

18. Romero García M, De la Cueva Ariza L, Jover Sancho C, Delgado Hito P, Acosta Mejuto B, Sola Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2013. [Consultado el 29 de Enero de 2016]: [12p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90203513&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=158&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v24n02a90203513pdf001.pdf

19. Agard A.S, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of clinical nursing* [Internet]. 2010. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [9p]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03360.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICEN SE_DENIED

20. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández M.I, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015. [Consultado el 18 de Diciembre de 2015]: [6p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90330689&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=110&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v25n02a90330689pdf001.pdf

21. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayà J.A. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. *Enfermería intensiva* [Internet]. 2010. [Acceso 6 de Noviembre de 2015]: [6p]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13150315&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=73&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v21n02a13150315pdf001.pdf

22. Pascual Fernández M.C. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. Nure Investigación [Internet]. 2013. [Consultado el 18 de Diciembre de 2015]: [8p]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/655/644>
23. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M.A, Asiain M.C. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. Nursing in critical care [Internet]. 2006. [Consultado el 8 de Abril de 2016]: [9p] Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
24. Pauner Ballester A. Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan [Trabajo fin de grado]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2015.
25. Saralegui Gainza A. Gestión de cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos: Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. De un Modelo restrictivo, a un modelo permisivo [Máster Universitario]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2015.

ANEXOS

Anexo I

Tabla 1: Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones cuyo objetivo principal o secundario sea identificar y/o describir los beneficios de los horarios flexibles de visita para el entorno del paciente que está ingresado en una UCI. - Publicaciones sobre las opiniones de los profesionales sanitarios de UCI sobre las visitas flexibles. - Publicaciones sobre UCI de adultos. - Acceso gratuito. - Publicaciones del año 2005 al año 2016. - Idioma español, catalán, inglés y portugués. - Buena calidad metodológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones sobre los beneficios de las visitas flexibles en los niños. - Publicaciones sobre UCI pediátricas. - Acceso de pago. - Publicaciones anteriores al año 2005. - Todos los idiomas excepto español, inglés y portugués. - Revisiones bibliográficas. - Mala calidad metodológica.

Anexo 2

Tabla II: Resultados de búsqueda

Términos de búsqueda	Base de datos	Nº artículos obtenidos	Artículos seleccionados
UCI	Scopus	61	2
	Google académico	98	1
	Cuidatge	10	1
Unidad de Cuidados Intensivos AND familia	Cuiden	21	1
	icerc@dorPlus	20	1
Visitas en UCI	icerc@dorPlus	32	3
	Google académico	20	1
Necesidades de la familia AND UCI	Scielo	25	1
Paciente crítico	Icerc@dorPlus	60	1
	Google académico	20	1
Family AND Intensive care Unit	Pubmed	28	1

	Scielo	21	1
Búsqueda manual	—	—	6
Repositorio URV	—	—	1

Anexo III

Tabla 3: Artículos utilizados en cada basa de datos

Scopus	<ul style="list-style-type: none"> – Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales? – Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales.
Cuiden	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales.
Cuidatge	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluación de los cuidados en el proceso del final de la vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera.
icerc@dorPlus	<ul style="list-style-type: none"> – Por una UCI de puertas abiertas más confortable y humana. Es tiempo de cambio. – Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. – La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros. Una aproximación al concepto de satisfacción. – La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. – Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> – Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. – Comfort of the patient's family in an Intensive care Unit related welcoming.
Google académico	<ul style="list-style-type: none"> – Gestión de cambio en una unidad de cuidados Intensivos. Régimen de visitas en UCI. – Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. – Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.

PubMed	<ul style="list-style-type: none"> - Family member's experiences of the intensive care unit waiting-room.
Búsqueda manual	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. - Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos. - Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. - Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. - Opinion of the families, staff and patients about family participation in care in intensive care units. - Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs.
Repositorio URV	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan.

Anexo IV

Tabla 4: Resultados más relevantes de los artículos seleccionados

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
1	Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E.	2007	Enfermería Intensiva	Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos.	Estudio descriptivo transversal/ Se realizaron 132 cuestionarios a los familiares, de los cuales se excluyeron 47.	El ingreso de un familiar en la UCI altera la estructura familiar a la que pertenece. En este estudio se describen las necesidades de los familiares, destacando la de seguridad y confianza con el profesional sanitario.
2	Llamas Sánchez F, Flores Córdón J, Acosta Mosquera M.E, González Vázquez J, Albar Marín M.J, Macías Rodríguez C.	2008	Enfermería intensiva	Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos.	Estudio observacional transversal/ Se realizó una encuesta a 268 familiares.	En este estudio se especifican las diferentes necesidades que presentan los familiares de un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos, remarcando la necesidad de información, seguida de la necesidad de proximidad. También trata la satisfacción de los familiares relacionadas con las características medioambientales.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
3	Zarforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayà J.A	2010	Enfermería Intensiva	Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales?	Estudio cuantitativo experimental/ Se realizó una encuesta a 93 profesionales sanitarios.	En este estudio se confirma que la cultura cerrada en las unidades de cuidados intensivos es muy potente. Los profesionales no se oponen a la ampliación de los horarios de visita, pero sí a abrir la unidad de cuidados intensivos.
4	Moraes Gibaut M, Rocha Hori L.M, Santana Freitas K, Carneiro Mussi F	2013	Escola da enfermagem da USP	Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming.	Estudio cuantitativo transversal/ Se entrevistó a 250 familiares.	Para la familia de un enfermo crítico es muy importante recibir información sobre el estado del familiar, pero también lo es como se trasmite. Los profesionales deben escuchar a la familia, identificar las necesidades y respetar las diferencias.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
5	Escudero D, Viña L, Calleja C	2013	Medicina Intensiva	Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio	Estudio cualitativo: teoría fundamentada/ Punto de vista de la autora.	Se sugiere cambiar el diseño de la UCI y la organización, mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales. También abrir las puertas de la UCI, liberalizando el horario de visita y mejorar los cuidados dirigidos a la familia.
6	Kutash M, Northrop L.	2007	Jan original research	Family member's experiences of the intensive care unit waiting-room.	Aproximación cualitativa/ Se entrevistó a 6 familiares.	Este estudio trata las diferentes necesidades de los familiares de los pacientes críticos, haciendo hincapié en la necesidad de proximidad, de información, al apoyo emocional y a las características medioambientales.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
7	Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A.	2007	Medicina Intensiva	Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo, descriptivo/ Se entrevistaron 52 familiares y 69 profesionales sanitarios.	<p>En este artículo se puede destacar las diferencias en las percepciones de las necesidades entre el profesional y la familia de pacientes ingresados en UCI, remarcando que los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos sobreestiman las necesidades de los familiares.</p> <p>En cambio, respecto al horario de visita, ambos grupos pensaban que es adecuado y están satisfechos.</p>
8	Saralegui Gainza A.	2015	Universidad Pública de Navarra.	Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos. Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. De un modelo restrictivo, a un modelo permisivo.	Estudio correlacional descriptivo/ Se realizó un cuestionario a 36 auxiliares de enfermería y 66 enfermeras.	<p>Destacar que una política de puertas abiertas debe ser reevaluada e individualizada según las necesidades de cada paciente. Las enfermeras juegan un papel determinante en este aspecto, ya que serán las que indiquen la idoneidad o no de las visitas en cada caso.</p>

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/obtención de datos	Principales resultados
9	Martos Casado G, Aragón López A, Gutiérrez Ramos N.	2014	Enfermería Intensiva	Satisfacción de los familiares en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales.	Estudio observacional, analítico de corte transversal/ Se entrevistó a 78 familiares y 44 profesionales.	Por lo general la percepción de los familiares y de los profesionales es desigual en lo que se refiere a los cuidados en la unidad de cuidados intensivos, pero en este estudio ambos grupos estaban de acuerdo en cuanto al protocolo de visitas, ya que ninguno de los grupos encuestados estaba de acuerdo en establecer un régimen de visitas abierto.
10	Romero García M, De la Cueva Ariza L, Jover Sancho C, Delgado Hito P, Acosta Mejuto B, Sola Ribo M, et al.	2013	Enfermería Intensiva	La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción.	Estudio cualitativo: Teoría fundamentada/ Se entrevistaron 19 pacientes.	En este artículo se ha podido definir el concepto de satisfacción desde la perspectiva del paciente crítico e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción que tienen de los cuidados dados por las enfermeras y que para ellos son importantes y relevantes en el proceso de su grave enfermedad. Los pacientes ingresados en las UCI consideran que los cuidados son satisfactorios cuando se caracteriza por la combinación humanística y científica y se dispensan de forma integral y continuada.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
11	Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E.	2005	Enfermería Intensiva	Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España.	Estudio transversal/ Se realizó un análisis de datos de 98 UCI españolas.	El deseo de visitar al paciente con frecuencia es una de las principales necesidades de los familiares, propiciando efectos positivos tanto en los pacientes como en los familiares. En cambio, en España por lo general, hay una limitación en el número de visitas, y existe una restricción en la duración de estas visitas, ya que suelen ser de 30 minutos.
12	Blanca Gutiérrez J.J, Blanco Alvariño A.M, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M.A.	2008	Enfermería Global	Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos.	Estudio de revisión sistemática cualitativa/ Se entrevistaron a pacientes, familiares y enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos.	El artículo muestra implícitamente que los pacientes críticos y las familias de estos comparten muchas de sus necesidades. La información es un elemento que se repite en las necesidades de los pacientes-familias y generalmente es percibida como escasa. La atención personalizada es otro aspecto que tienen en común, entendida como un trato humanizado. Por otra parte, para algunos profesionales de las UCI, consideran la familia como un elemento externo a la unidad.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
13	Agard A.S, Lomborg K.	2010	Journal of clinical nursing.	Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making.	Estudio cualitativo/ Se entrevistó a 11 enfermeros de UCI.	Este artículo explica los horarios de visitas en las unidades de cuidados intensivos, considerando beneficioso tanto para la familia como para el propio paciente un régimen de visitas abierto.
14	Pascual Fernández MC.	2013	Nure investigación	Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera.	Estudio observacional transversal/ Se repartieron 472 encuestas a profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos.	En España, generalmente, las UCI presentan un horario limitado con políticas restrictivas. En cambio, varios autores exponen que los pacientes, e incluso algunos profesionales, solicitan más tiempo de visita, y a ser posible, con participación de los cuidados, observando que para la familia es muy importante el tiempo que pasa con su familiar.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
15	Marco L, Bermejillo I, garayalde N, Serrate I, Margall M.A, Asiain M.C.	2006	Nursing in critical care.	<u>Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses.</u>	Estudio descriptivo correlacional/ se entrevistó a 46 enfermeras de UCI.	En este estudio la mitad de las enfermeras pensaban que la visita abierta podía desestabilizar al paciente. El personal sanitario también afirmaba que las visitas abiertas implicaban mayor carga física y psicológica.
16	Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francñes S.	2011	Enfermería Intensiva	<u>La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner</u>	Estudio cualitativo/ Se realizó una entrevista en profundidad a María, enfermera experta de UCI.	El paciente que está ingresado en la UCI se encuentra separado de su familia y esto tiene repercusiones negativas para ambos. Los cuidados de la familia forman parte de la competencia enfermera para proporcionar un cuidado integral.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
17	Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J.	2014	Enfermería Intensiva	Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectivas de los profesionales	Estudio descriptivo/ Se pasó una encuesta a auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos.	En este estudio la opinión de los profesionales resulta contradictoria, ya que piensan que la visita abierta puede favorecer tanto a los pacientes como a los familiares pero, sin embargo, no la desean. Consideran que puede perjudicar el funcionamiento de la UCI en general. Por el contrario, la mayoría de los encuestados están de acuerdo con la ampliación de los horarios de visita, siempre que sea beneficioso para el paciente.
18	Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer T.P, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al.	2010	Enfermería Intensiva	Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas.	Estudio cualitativo/ Se realizó una investigación acción participativa con profesionales sanitarios.	De este estudio destacar que los profesionales de las UCI juegan un papel importante en el alivio de la ansiedad de los familiares, información o toque terapéutico, pero muchas de las veces hay una falta de consenso entre estos mismo generando inseguridad y conflictos.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
19	Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M.J, Forcelledo L, López Amor L, et al.	2015	Revista de Calidad Asistencial	Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.	Estudio descriptivo/ Se pasó un cuestionario a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.	La mayoría de las unidades de cuidados intensivos que han participado en este estudio, tienen una política de visita restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada.
20	Garrouste Orgeas M, Willems V, Timisit J.F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al.	2010	Journal of Critical Care.	Opinion of families, staff, and patients about family participation in intensive care units.	Estudio cuantitativo descriptivo/ Se pasó un cuestionario a la familia de los pacientes ingresados en UCI.	Este artículo trata la participación de las familias en el cuidado de su familiar. Los pacientes, familias y personal sanitario de UCI, tenían percepciones favorables sobre la participación de la familia en los cuidados.

	Autor	Año	Revista	Título	Diseño/Obtención de datos	Principales resultados
21	Buckley P, Andrew T.	2011	Intensive and Critical Care Nursing.	Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs.	Estudio descriptivo correlacional cuantitativo/ Se pasó un cuestionario a 48 enfermeras de UCI.	En este estudio se tratan las necesidades de las familias de los pacientes ingresados en una UCI, demostrándose que los profesionales de enfermería tienen un buen conocimiento sobre las principales necesidades.
22	Pauner Ballester A.	2015	Universidad Rovira I Virgili	Aproximación al pensamiento enfermero sobre el régimen de visitas abierto en la UCI. Los profesionales hablan.	Estudio piloto cualitativo, etnográfico, descriptivo e interpretativo/ Se han realizado 4 entrevistas en profundidad a tres enfermeras y a una auxiliar de enfermería de la UCI.	Este trabajo muestra los diferentes puntos de vista de los profesionales de enfermería sobre las visitas abiertas en la unidad de cuidados intensivos.

