

**Paula Mesa Villarroya
Marina Latorre Toral**

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO AL RÉGIMEN
DE VISITAS EN LA UCI.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Roser Ricomà

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2018

“Me da orgullo poder decir que la UCI donde trabajo es de puertas abiertas. Ya que considero que es el sentido de hacer de la enfermería.”

-Entrevistada 2

ÍNDICE

1. Resumen.....	5
1.1. Abstract.....	6
2. Introducción.....	8
3. Hipótesis.....	10
4. Objetivos del estudio.....	10
4.1. Objetivos generales.....	10
4.2. Objetivos específicos.....	10
5. Marco teórico.....	11
5.1. Origen Unidad de cuidados intensivos.....	11
5.2. La UCI.....	12
3.2.1. Características de las unidades.....	13
5.3. Cultura de la UCI.....	15
3.3.1. Necesidades de los familiares.....	17
5.4. Política de visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	18
6. Metodología.....	20
6.1. Tipo de estudio.....	20
6.2. Muestra y criterios.....	20
6.2.1. Criterios de inclusión.....	21
6.2.2. Criterios de exclusión.....	21
6.3. Recogida de datos.....	21
6.4. Consideraciones éticas.....	22
6.5. Análisis de los datos.....	22
7. Resultados.....	24
7.1. Visión de las enfermeras.....	24
7.1.1. Barreras.....	24
7.1.2. Beneficios.....	26
7.2. Proceso del cambio.....	27
7.2.1. Horario de visitas.....	28
7.2.2. Motores del cambio.....	29
7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad.....	30
7.2.3.1. Permanencia de la familia durante los diferentes turnos.....	31
7.3. Resultados del cambio.....	32
7.3.1. Vivencia de las enfermeras.....	32

7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares.....	33
7.4. La información en la unidad.....	34
7.4.1. Acceso a la información: el teléfono.....	34
7.4.2. Límites de la información.....	35
7.4.3. Seguridad de la información.....	35
7.5. Enriquecimiento en la multiculturalidad.....	36
8. Discusión.....	37
9. Conclusiones.....	42
10. Limitaciones del estudio.....	44
11. Bibliografía.....	45
12. Anexos.....	49
Anexo 1. Cronograma.....	49
Anexo 2. Tabla de búsqueda bibliográfica.....	51
Anexo 3. Guión entrevistas.....	58
3.1. Introducción.....	58
3.2. Desarrollo de las entrevistas.....	58
Anexo 4. Consentimiento informado.....	59
Anexo 5. Transcripción y tabla de resultados.....	61

1. Resumen

Objetivo: El acceso de las familias a la unidad de cuidados intensivos es un momento de gran impacto emocional que puede ser vivido tanto por las familias como por los pacientes con gran angustia y ansiedad. Los profesionales de las UCIs centran su atención en salvar la vida del paciente y esto, aunque una prioridad, puede hacer que aspectos centrales en el cuidado, cómo atender la incertidumbre familiar o dar apoyo al paciente y familia en el momento en que entran a la unidad, quede en segundo plano o incluso al margen de la atención. Por otra parte el acceso de la familia en régimen de puertas abiertas está cobrando fuerza en nuestro país dada la evidencia de los buenos resultados de esta práctica tanto para el bienestar del paciente como para controlar la incertidumbre y estrés familiar.

Sin embargo, en nuestro entorno, a pesar de la evidencia, la mayor parte de las UCIs continúan con acceso familiar en régimen de visitas. Nosotras nos preguntamos si las enfermeras pueden estar contribuyendo a la permanencia de esta norma por su percepción del acceso familiar y si esta cambia con la experiencia de puertas abiertas.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo. Se realizaron entrevistas dialogadas en profundidad a tres enfermeras que vivieron el cambio de una UCI cerrada a una unidad con un horario de visitas flexible.

Resultados y discusión: Las enfermeras exponen las carencias, fortalezas e impedimentos ante la puesta en funcionamiento de un régimen de visitas abierto en una UCI. Coincidiendo con los distintos estudios que hacen referencia a este tema consideran que tiene efectos muy beneficiosos tanto para familiares, pacientes como personal sanitario y destacan la importancia del vínculo enfermera-familia. Las principales necesidades que se mencionan como las menos cubiertas son la información y la política de visitas.

Conclusiones: Cada día las enfermeras son más conocedoras de los distintos estudios que hablan sobre los beneficios de una extensión en el horario de visitas en la UCI y están a favor de ello. Aun así, muchos de los componentes del personal se muestran reticentes a abrir las puertas alegando la alta gravedad del paciente que encontramos en este tipo de unidades y exceso de carga de trabajo. Consideramos necesario crear una serie de propuestas de mejora que permita a las enfermeras entender mejor esta situación y trabajar en las mejores condiciones posibles.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), régimen de visitas, familiares, enfermeras, UCI abierta.

1.1. ABSTRACT

Objective: The access of families to the intensive care unit is a moment of great emotional impact that can be experienced both by families and patients with great anguish and anxiety. The ICU professionals focus their attention on saving the patient's life and this, although being a priority, can make central aspects of the care, like addressing uncertain subjects to the family or give support to the patient and family at the moment they enter the unit, become outside the attention. On the other hand, the family's access to open doors is gaining strength in our country given the evidence of the good results of this practice, both for the patient's well-being and to control family uncertainty and stress. However, in our environment, despite the evidence, most ICUs continue to have family access on a visitation basis. We ask ourselves if the nurses may be contributing to the permanence of this norm by their perception of family access and if this changes with the open door experience.

Methodology: Interpretive phenomenological qualitative study. In-depth interviews were conducted with three nurses who experienced the change from a closed ICU to a unit with a flexible visiting schedule.

Results and discussion: The nurses expose the deficiencies, strengths and impediments to the implementation of an open visitation regime in an ICU. Coinciding with the different studies that refer to this topic, they consider that it has very beneficial effects for both family members, patients and healthcare personnel and highlights the importance of the nurse-family relationship. The main needs that are mentioned as the least covered are the information and the visit policy.

Conclusions: Every day the nurses are more knowledgeable about the different studies that talk about the benefits of an extension in the visiting schedule in the ICU and are in favor of it. Still, many of the staff members are reluctant to open the doors claiming the high severity of the patient that we find in this type of units and excess workload. We consider it necessary to create a series of improvement proposals that allow nurses to better understand this situation and work in the best possible conditions.

Keywords: Intensive Care Unit (ICU), visit regime, family members, nurses, open ICU.

2. Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) 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 que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

El ingreso de un familiar en cualquier área hospitalaria es un factor estresante para toda la unidad familiar, así como para el propio paciente. Debido al impacto de las características propias de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y del impacto social que puede tener un ingreso en una unidad de estas características, el ingreso en una UCI puede ser una de las situaciones más estresantes a las que los familiares pueden verse expuestos. (Zaforteza, 2003)

Es por esto, que los familiares de los pacientes críticos deben ser considerados también como sujetos que precisan apoyo y cuidados por parte de los profesionales sanitarios, dado que los familiares son unos de los que experimentan mayor índice de sufrimiento, por los sentimientos de amenaza y las dificultades que les puede suponer el afrontamiento del ingreso de un ser querido. (Zaforteza, 2003)

La UCI es un entorno muy tecnificado en el que las necesidades de los pacientes, familiares y de los propios profesionales que trabajan en esta unidad se dejan de lado para dejar paso a los cuidados más centrados en los aspectos fisiológicos.

Incluir a la familia en la unidad de cuidados intensivos podría suponer una carga de trabajo añadida y requiere formación de los profesionales, los cuales no se ven capacitados para poder enfrentarse a las distintas tareas en habilidades psicosociales. (Zaforteza, 2004) Sería la enfermera la que más tiempo permanece con el enfermo y sus familiares, y, por lo tanto, la que dispone del entorno idóneo para tratar de satisfacer las necesidades de ambos. (Hidalgo, 2007)

Cubrir las necesidades de los familiares, las cuales fueron definidas en 1979 por Molter, es una tarea que no podría realizarse sin un régimen de visitas abierto en este tipo de unidades, y sin el consenso del personal sanitario (Montenegro,2016).

Este problema nos lleva a plantear 2 preguntas de investigación a las que se tratará de dar respuesta: ¿Cómo repercutirá un horario de visitas más amplio en pacientes y familiares?; ¿Qué opinión y conocimientos tienen los profesionales sanitarios sobre este tema?

Desde estas preguntas pretendemos indagar en la opinión que tienen las enfermeras sobre el régimen de visitas en estas unidades, y conocer qué actitud adoptan frente al tema, puesto que consideramos la implementación de un régimen de visitas abierto, consensuado con los profesionales sanitarios, un aspecto esencial para la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos.

3. Hipótesis

Un horario de visitas abierto favorece la estancia del paciente y de sus familiares, y cubre las necesidades de los mismos.

Aun y todo esto el personal sanitario considera que puede interferir en su tarea de suministrar los cuidados necesarios al paciente crítico, proporcionándoles así más carga de trabajo.

4. Objetivos del estudio

4.1. GENERAL

Conocer la opinión que tienen las enfermeras que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos sobre el régimen de visitas abierto en estas unidades y todo lo que implica.

4.2. ESPECÍFICOS

- Descubrir cuáles fueron las motivaciones que llevaron al personal sanitario a la puesta en funcionamiento de un régimen de visitas abierto.
- Conocer las dificultades que se le presentaron al personal sanitario en la unidad de cuidados intensivos antes de la implementación de un régimen de visitas más amplio.
- Definir las dificultades y ventajas que se han podido encontrar el personal sanitario respecto al cambio que se ha producido en esta unidad con respecto al régimen de visitas.
- Evaluar el grado de satisfacción que se obtiene de este cambio en el régimen de visitas.

5. Marco teórico

5.1. ORIGEN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), son desde sus orígenes, áreas especializadas para la atención de aquellos pacientes que se encuentren en estado crítico, los cuales necesitarán de cuidados especiales y vigilancia continua. A lo largo de la historia, podemos ver reflejado como estas unidades han ido avanzando tecnológicamente, así como sus profesionales sanitarios han ido especializándose para poder proporcionar los mejores cuidados en este tipo de área con unas características complejas. (Zapata, 2007)

El origen de las unidades de cuidados intensivos se remonta a las primeras guerras napoleónicas, cuando los heridos en combate que eran catalogados como graves, pero recuperables, eran evacuados en carretones especiales que estaban destinados para esta actividad. Se conoce a Florence Nightingale como la predecesora de las unidades de cuidados intensivos durante la guerra de Crimea (1854 - 1856), donde vio la necesidad de agrupar a los heridos más graves en un área especial del hospital de campaña según sus necesidades de cuidados.

No obstante, se postula que la primera UCI fue creada en Estados Unidos por el neurocirujano Walter Dandy en 1920 con capacidad para 4 personas y especializada en servicios postoperatorios relacionados con la neurocirugía. Agrupó en una sala especial a los enfermos neuroquirúrgicos más graves para que fueran sometidos a una vigilancia exhaustiva.

En la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron las salas de choque y los equipos de recuperación posquirúrgica, antecedentes de las salas de cuidados intensivos. La epidemia de la poliomielitis de los años 1947 a 1952 obligó a la agrupación de distintos pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de "Respiración Artificial". Los primeros servicios de respiración artificial fueron creados en Dinamarca, donde los pacientes intubados requerían de una enfermera para cada paciente en cuanto al soporte respiratorio se refiere.

En la década de los años 50, la epidemia de la poliomielitis que afectó al norte de Europa y Estados Unidos hizo revolucionar la atención de los pacientes catalogados como graves, ya que sentó las bases de la ventilación mecánica continua

y prolongada, el manejo de la vía aérea y una serie de técnicas y procedimientos creados únicamente para la atención de determinados pacientes.

Finalmente, en España, en 1965, el profesor Jiménez Díaz fundó la primera Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica de la Concepción de Madrid. Conllevó a la aparición de numerosos expertos en esta materia, dando lugar a lo que hoy conocemos como especialistas en Medicina Intensiva.

5.2. LA UCI

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) representa una organización de profesionales sanitarios que se ocupan de los pacientes con alteraciones fisiológicas que hayan alcanzado un nivel de severidad tal que representen una amenaza actual o potencial para su vida, y al mismo tiempo, sean susceptibles de recuperación. Se trata de servicios centrales de alta complejidad de carácter polivalente, que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y de Área de Salud (Zapata, 2007).

Con respecto a la tecnología que podremos encontrar, hay diversidad de equipos que nos permitirán conocer algunas variables fisiológicas, así como contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar su terapéutica. Estos equipos podrán ocasionar una serie de discomfort al paciente debido a que están adheridos a la piel, pueden transgredir las barreras naturales y limitar autonomía, movilidad y bienestar. (Zapata, 2007)

En definitiva, percibiríamos la uci como un entorno altamente tecnificado en el que se centraría el esfuerzo asistencial en el mantenimiento del paciente y en detectar posibles complicaciones de la manera más precoz. Convirtiendo así el enfermo en el foco y el centro casi exclusivo de toda asistencia. Una asistencia centrada en el proceso patológico del paciente, prestando de este modo poca atención a la persona y a su entorno (Zaforteza, 2003).

La suma de todos estos factores conlleva al paciente a vivir una experiencia muy diferente con respecto a otras hospitalizaciones, incluso a darle una importancia distinta debido a la gravedad de la enfermedad que está padeciendo, y en cada uno de los cuidados que percibe desde su habitación (Zapata, 2007).

“La unidad de cuidados intensivos es un lugar donde se regala vida, pero también es un lugar hostil y desagradable donde los pacientes se enfrentan a una

enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas” (Escudero, 2013). Con tal de mejorar la privacidad, bienestar y el confort de pacientes y familiares, es necesaria una adaptación tanto del diseño como de la organización de la unidad. En especial, cuidar sus demandas personales y emocionales. Abrir las puertas de la UCI, liberalizando el horario de visitas y mejorando los cuidados dirigidos a la familia es una de las asignaturas pendientes que no se deberían de retrasar más ya que es una demanda social indiscutible. Por este motivo, es necesario rediseñar la práctica clínica para que la atención en este tipo de unidades sea lo más confortable y humana posible (Escudero, 2014).

Por consiguiente, actualmente para cubrir estos déficits e impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de la UCI se ha creado la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). El objetivo principal de esta sociedad es promover y conseguir un plan de Especialización en Cuidados Intensivos, que tenga un reconocimiento oficial por parte del Ministerio, y que sea un requisito indispensable para trabajar en las Unidades de Cuidados Intensivos.

5.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES

Las actuales UCIs Españolas son herederas de los conceptos técnico-sanitarios e ideológicos de finales de la década de los 60 e inicio de los 70. Desde sus inicios estas unidades están aisladas del resto de la estructura hospitalaria. No se puede interrumpir en su interior como si podríamos en cualquier otro servicio, dado que la organización hospitalaria ha creado un complejo sistema de barreras supuestamente protectoras o disuasorias para penetrar en ellas (Pallarès, 2010)

“Primero se les desgaja del resto del hospital introduciéndoles en un servicio “misterioso” donde lo depositan en un “box” para finalmente terminar por desaparecer detrás de las máquinas que durante su estancia en el servicio, suplantarán su voluntad transformándolo casi en un algoritmo; lo importante, y lo básico durante su estancia será el resultado que ofrezcan monitores sobre su estado de salud (de Palacios, 1987).

Las diferencias observables que podemos encontrar entre las diferentes UCIs se deben a las diversas circunstancias a las que fueron construidas. Unas se adaptaron a la arquitectura ya existente mientras que otras se pensaron para un espacio de uso exclusivo de enfermos críticos. Además de encontrarnos con una estructura abierta o cerrada, también podríamos clasificar su uso. Este puede ser monográfico (pacientes con un solo tipo de enfermedad, como los quirúrgicos) o polivalente (todo tipo de pacientes). (Pallarès, 2010)

Las primeras unidades fueron adaptadas o acondicionadas a las prisas y decisiones tomadas en la ola de inicio de la especialidad, sin unos espacios concretos pensados para este fin. Se crearon siguiendo modelos arquitectónicos, siendo gracias a esto por lo que hoy en día encontraríamos estas unidades divididas en 3 modelos arquitectónicos distintos. (Pallarès, 2010)

El primero de ellos es el denominado “modelo en cruz”, heredado de los hospitales de la edad media cuya planta tenía mucha similitud con las iglesias de aquel entonces. Un segundo tipo es el “modelo pavillonari”, o también denominado “pabellón vintage” o simplemente modelo pabellón que se basa en la construcción de pabellones aislados para evitar las infecciones cruzadas. Esta forma de construcción fue muy popular a principios del siglo XX y ha dejado edificios emblemáticos como el del Hospital del Mar, ubicado en Barcelona. (Pallarès, 2010)

El tercero y último modelo, es el denominado “monobloque”, pensado para reducir distancias entre los servicios y aumentar la funcionalidad evitando grandes desplazamientos necesarios en los otros tipos de diseño arquitectónico. Esta arquitectura es la más reciente y cuenta con ejemplos como el del Hospital de Bellvitge de Barcelona (Pallarès, 2010). En función del modelo arquitectónico que el hospital inserte la unidad de cuidados intensivos, su espacio tendrá una planta triangular, cuadrada o circular.

Como ya se ha mencionado anteriormente, estos servicios podrán ser de tipo cerrado (los boxes de los pacientes se ubican separadas entre sí por medios físicos) o abierto (los boxes de los pacientes se encuentran en un mismo espacio sin divisiones físicas entre sí), derivando estas dos

concepciones sanitarias diferentes sobre la lucha pasiva contra las infecciones. Una postula la idea de que deben interponerse barreras para evitar contagios de un enfermo a otro, mientras que la otra defiende que dichas barreras no evitan su aparición, y en cambio, hacen más laboriosa la rutina diaria. (Pallarès, 2010).

Por otro lado según los estándares y recomendaciones de las unidades de cuidados intensivos del ministerio de sanidad y política social, las unidades de cuidados intensivos tendrán unas características comunes entre ellas. Requerirán de una conexión espacial y funcional más directa con los demás servicios por sus características más complejas, por lo que, estarán más cerca con otros servicios del hospital, tales como el bloque quirúrgico, urgencias, radiodiagnóstico y gabinetes de exploraciones funcionales centrales (hemodinámica, electrofisiología...). Es por esto, por lo que su posición diferirá a la de las demás unidades de hospitalización polivalente.

La estructura física de la UCI deberá responder a todas las necesidades y actividades que puedan tener los usuarios principales de la misma, ya sean pacientes, personal sanitario o familiares/visitantes. Y deberá disponer de los espacios adecuados para: acceso y recepción del familiar, sala de UCI: box del paciente y control de enfermería y apoyos generales de la unidad y persona. Así mismo, se considera que el número de camas de la que deberá disponer esta unidad debe ser inferior a 6-8.

5.3. LA CULTURA DE LA UCI

La unidad de cuidados intensivos es uno de los lugares del sistema sanitario donde se conoce que la familia "sufre más". Se sabe que las UCIs conllevan, tanto para familiar como para paciente, situaciones de tensión, angustia e incertidumbre, que se podrían resolver en parte si se les proporcionará más cuidados enfocados a paliar esta situación (Zaforteza, 2003).

Como ya sabemos, al tratarse de unidades muy tecnificadas donde el foco de importancia reside en el paciente, muchas veces a la familia no se les da la importancia que requieren. Es múltiple la bibliografía que recoge que la familia y sus

necesidades se valoran de forma poco sistemática por parte de los profesionales sanitarios, a pesar de que si existen instrumentos válidos para ello (Zaforteza, 2003).

Los familiares de los pacientes críticos están sometidos muchas veces a un estrés emocional intenso y, son a menudo, los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas que se le vayan a implementar (Zapata, 2007).

Hay varios aspectos en verso la familia que deberíamos tener en cuenta, principalmente la información proporcionada, la necesidad de ayuda, el deseo de que el enfermo esté bien atendido y poder estar cerca de él, los horarios flexibles de visita, así como un mayor confort del enfermo y una mayor comodidad en el área destinada a la espera (Pallarès, 2010). Estudios actuales afirman que la presencia e integración del familiar en los cuidados que se le proporcionan día a día al paciente crítico hacen que los familiares comprendan mejor la situación que está viviendo el enfermo y se sientan más útiles. Todo esto, provoca que los conocimientos sobre el estado de su familiar sean más amplios y que influya positivamente en la mejora del paciente (Hidalgo, 2007).

El ingreso en una UCI modifica drásticamente la vida de los familiares más próximos, sometiéndolos a una difícil situación que implica: cambio de roles, desplazamientos del hogar y miedo a la muerte. La familia se verá obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles, y en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia, sino además, en la recuperación del paciente (Llamas, 2009).

En definitiva, a nivel personal, el ingreso de un paciente en la UCI supone una desestructuración total del núcleo familiar, no solo desde un punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y emocional. Si consideramos a la familia como un conjunto donde todos y cada uno de los miembros están interrelacionados, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes (Holanda, 2015).

Actualmente podemos afirmar que los estudios demuestran que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados, y los pacientes de la UCI no son una excepción. Varios autores han demostrado que un ambiente tranquilo ayuda al proceso de cuidado del paciente crítico. Por este motivo,

es necesario plantearse las necesidades de los familiares para poder mejorar su bienestar y la recuperación del enfermo (Hidalgo, 2007).

5.3.1. NECESIDADES DE LOS FAMILIARES.

Se habló por primera vez de la atención de la familia de pacientes críticos y sus necesidades en la década de los setenta. Las pioneras fueron las enfermeras inglesas, Molter y Leske en el año 1978, creando el cuestionario CCFNI (Cuestionario de necesidades de los familiares de los pacientes de cuidados intensivos). Este cuestionario consta de 45 ítems donde los familiares señalan el grado de importancia que tienen para ellos las necesidades planteadas. Se valoran cinco aspectos: seguridad, información, proximidad, soporte y confort (Hidalgo, 2007)

Son muchos los estudios que confirman estas necesidades, entre las que destacan como fundamentales aquellas relacionadas con la información y la seguridad (Llamas, 2009).

Pallarès, señala que el ingreso en las unidades de cuidados intensivos es percibido, tanto por el paciente como por los familiares, como un factor estresante. Las familias se encuentran en un momento temporal donde lo único que importa son las emociones. Este ingreso afecta a las personas enfermas en su globalidad, por lo que no debemos olvidar su repercusión en la familia de las mismas. Como bien dice Virginia Henderson: "El enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia" (García, 1998).

Más adelante y con el análisis de distintos artículos, se identificaron cuatro grupos de necesidades en las familias: cognitivas, emocionales, sociales y prácticas (Escudero, 2014). Además se afirma, como ya se ha mencionado anteriormente, que una de las principales necesidades de la familia es recibir más información por parte de los profesionales seguida de la necesidad de proximidad con su familiar ingresado (Pallarès, 2010).

Sabemos que los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permitieran, las familias podrían colaborar en algunos cuidados, como el aseo personal, la administración de comidas o la estimulación de ejercicios de fisioterapia, siempre bajo la supervisión de enfermería. Dar la oportunidad a la familia de poder contribuir

en estos cuidados podría tener un doble efecto positivo, tanto para el paciente como para el familiar, realzando la cercanía y comunicación con los profesionales sanitarios (Escudero, 2014).

Así mismo, el consuelo y el soporte emocional al paciente/familiar deben ser considerados una parte fundamental del trabajo de los profesionales sanitarios. Tienen el compromiso de aliviar su sufrimiento promoviendo valores de confianza con lo que puedan afrontar la enfermedad, la estancia en el hospital y mejorar aspectos de nuestra organización para conseguir una UCI más confortable y humana (Escudero, 2014).

En definitiva, una de las principales características de la asistencia de los profesionales sanitarios es la visión integral del paciente, y por ello sería necesario establecer una buena relación con las familias. Esto solo sería posible con una comunicación correcta y fluida, reduciendo de esta forma los estados de angustia, estrés y depresión (Hidalgo, 2007).

La bibliografía es clara y coincide muchas veces en la opinión de los beneficios de proporcionar y cuidar más de la familia en todo momento. A pesar de esto, “en el estado español y en menor medida en el contexto internacional, esta evidencia no se está trasladando a la práctica clínica. Por tanto, existe un desequilibrio entre la atención que reciben las familias del paciente crítico y la que realmente necesitan” (Zaforteza, 2008).

5.4 POLÍTICA DE VISITAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La mayoría de los servicios de Medicina Intensiva establece limitaciones al acceso de los familiares y los más allegados en las unidades. Se cree que de esta forma están preservando al paciente, tanto de efectos estresantes, como serían el agotamiento emocional y el estrés por relación continua con la familia, como de la posibilidad de contraer infecciones (Anatuvia Montenegro, 2016). Aun así, se ha demostrado cómo la presencia de familiares junto a los pacientes no produce alteraciones en las condiciones fisiológicas de éstos.

En la bibliografía más reciente sobre las unidades de cuidados intensivos, se establece la idea de que los familiares son elementos externos a la unidad (Martos, 2014). Se expresa de dos maneras:

- A través de una falta de autocrítica hacia los sistemas cerrados.

- En forma de deseo de cambio hacia una mayor adaptación de las unidades a las necesidades de la familia.

Actualmente, se observa una progresiva tendencia a la liberación de la política de visitas ante la creencia del efecto beneficioso que puede tener la presencia de la familia en los pacientes, y en esta misma. Según la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos (AACCN), se recomienda un cambio progresivo hacia un régimen de visitas más flexible, cuyo objetivo sea la individualización considerando las preferencias del paciente y sus respectivos familiares.

En resumen, históricamente las visitas en las UCIs han sido restrictivas por diferentes motivos. No obstante, en algunas de ellas se han liberado progresivamente proporcionando mayor satisfacción a los familiares y mejor cobertura de sus necesidades (Bueno et al., 2005).

A pesar de los numerosos estudios que sostienen los beneficios que puede tener un régimen de visitas más extenso, tanto en familiares como en pacientes, en España el régimen de visitas sigue siendo muy restrictivo, manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo cuidador, y con el propio paciente. Como Bueno cita: “son necesarias más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados del paciente y un abordaje multidisciplinar de la información”. (Bueno, 2005)

6. Metodología

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, para poder tener una buena base de conocimiento sobre el tema, a través de las bases de datos PubMed, Cuiden, Scielo, Cuidatge, Icerc@dorPlus y google académico. Las palabras claves que han sido utilizadas para la búsqueda fueron: “Unidad de Cuidados Intensivos”, “UCI”, “UCI cerrada”, “paciente crítico”, “enfermería en UCI”, “horario de visitas abierto en UCI” y “UCI abierta”.

Se aplicaron los criterios de inclusión siguientes: artículos con una antigüedad menor de 15 años, que trataran sobre el familiar en la UCI, de la enfermera respecto al horario de visitas, la humanización en las UCIs y la política de visitas. Una vez realizada la primera selección se analizaron 10 artículos (Anexo 2), posteriormente se revisaron 15 artículos más y 2 tesis.

Se ha realizado un estudio piloto; utilizando la metodología cualitativa, que según Taylor y Bogdan (1992) se podría definir como: aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, grabadas o escritas, y la conducta observable. Así, se utilizó la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos y respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados, fenomenológico interpretativo, ya que se intentó entender, comprender y analizar la percepción, vivencia y opinión de las enfermeras respecto a la ampliación del régimen de visitas de la Uci que pasó de ser cerrado a un horario flexible.

Se han hecho 3 entrevistas dialogadas en profundidad a tres enfermeras de la UCI que presenta un horario flexible, con el objetivo de conocer las vivencias y opiniones de estas durante la transición del cambio de horarios y su reflexión final después de la implantación de la UCI con un horario flexible.

6.2. MUESTRA Y CRITERIOS

Las muestras elegidas por conveniencia fueron tres enfermeras de un hospital de nuestro territorio, que vivieron la transición de pasar de una UCI cerrada a una UCI con un horario de visitas flexible. Las enfermeras entrevistadas trabajan en la Unidad

de Cuidados Intensivos con un horario de visitas flexible en un hospital que pertenece a la población de Tarragona, ya que actualmente es uno de los pocos centros en nuestra provincia que presenta este tipo de horario.

El anterior régimen de visitas consistía en 3 franjas horarias de media hora distribuidas por la mañana, mediodía y tarde. Este horario se fue ampliando hasta que se estableció una jornada de visitas de 1h y media del mediodía a las 10h de la noche, pudiendo flexibilizarse en casos concretos.

6.2.1. Criterios de inclusión

- Haber formado parte del equipo de enfermería durante toda la transición del cambio de un servicio con un horario de visitas cerrado a un horario de visitas flexible.
- Haber trabajado más de dos años en la UCI, con un horario de visitas cerrado, antes de que se produjera la transición del cambio.
- Enfermeras que tengan, y hayan tenido durante la transición del cambio de horarios un turno rotatorio.

6.2.2. Criterios de exclusión

- Aquellas enfermeras que por motivos personales trabajen exclusivamente y sólo en los turnos de noche y de mañana.
- Enfermeras que sean retenes y trabajen en diferentes servicios, ya que la opinión e información que nos pueden portar puede estar condicionada.

6.3. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se ha realizado a través de las entrevistas dialogadas en profundidad. En estas, después de hacer una pequeña introducción para presentar a las entrevistadas nuestro estudio, se efectuaron 5 preguntas (guión en el Anexo 3) para poder dirigir las hacia los factores que nosotras queríamos analizar y entender, y así poder lograr nuestros objetivos marcados previamente, pero con la intención que estas fueran libres de expresar su plena opinión.

Las entrevistas se realizaron en diferentes ambientes: en una sala del hospital, una cafetería y un aula del CRAI. Siempre se buscó la comodidad de las entrevistadas para favorecer el diálogo. La duración de las entrevistas fue aproximadamente de hora, hora y media. La primera fue la más larga, ya que toda la información respecto a la transición de un horario a otro era nuevo para nosotras. En cambio, durante las dos otras entrevistas nos centramos más en la experiencia, vivencia y opinión de las enfermeras, y no tanto en el proceso y funcionamiento de la UCI.

6.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la realización de las tres entrevistas se informó a las enfermeras sobre las normas de confidencialidad que se seguirían, y para corroborarlo se entregó un consentimiento informado que fue firmado por estas.

En el consentimiento informado se expresó que las entrevistas realizadas serían anónimas y confidenciales. Serían grabadas para después proceder a su transcripción. Toda la información proporcionada sólo sería utilizada para desarrollar este estudio y no se mostraría ningún nombre, ni de las enfermeras, ni del centro sanitario.

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas realizadas fueron grabadas y después transcritas individualmente. A cada enfermera se le dio un número con la letra E delante para distinguirlas (E1, E2, E3) y mantener su privacidad. Para analizar los datos utilizaremos la siguiente distribución:

-EMIC: Consiste en la participación del investigador en el fenómeno que estudia. Por tanto, la perspectiva desde donde se realiza el estudio es desde el interior. En este estudio corresponde a la información que nos aportan las entrevistadas. (Berenguera et al.)

-ETIC: El equipo investigador estudia el fenómeno desde el interior, es decir, el análisis de los datos se realiza desde la visión externa. En este estudio es el análisis que realizamos nosotras. (Berenguera et al.)

-CATEGORÍAS: Son los temas que surgen de las entrevistas. (Vázquez et al.).

-SUBCATEGORÍAS: Son las diferentes dimensiones relativas a cada categoría. (Vázquez et al.).

Los resultados obtenidos han sido divididos en categorías y subcategorías. La elección de ellas se ha realizado según su importancia y los objetivos establecidos previamente. Una vez fijados los temas, se ha realizado la interpretación y la discusión de los resultados basados en la bibliografía previamente consultada.

Los resultados han sido distribuidos en las siguientes categorías y subcategorías:

CATEGORÍAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visión de las enfermeras 2. Proceso del cambio 3. Resultados del cambio 4. La información en la unidad 5. Enriquecimiento en la multiculturalidad
SUBCATEGORÍAS	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Barreras 1.2 Beneficios
	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Horario de visitas 2.2 Motores del cambio 2.3 Comportamiento de la familia en la unidad <ol style="list-style-type: none"> 2.3.1 Permanencia de la familia durante los diferentes turnos
	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Vivencia de las enfermeras 3.2 Vivencia enfermeras con relación a los familiares
	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 Acceso a la información: el teléfono 4.2 Límites de la información 4.3 Seguridad de la información

7. Resultados

7.1. VISIÓN DE LAS ENFERMERAS

En esta categoría se ha indagado en la opinión y la visión de las distintas profesionales de enfermería sobre el cambio producido en el horario de visitas de la una unidad de cuidados intensivos. Así, como las distintas barreras que se han podido ir encontrando en su implementación y los beneficios que ello ha conllevado.

7.1.1. Barreras

Todas las enfermeras describen haberse encontrado barreras a la hora de implementar este cambio de horario de visitas, algunas de forma más importante, y otras, que se han ido disipando con el paso de los años.

“Sí que existen esas barreras, porque hay muchos profesionales que, cuantos más años llevan, están como más estancados con el sistema que había. La resistencia al cambio es mucho más elevada.” (E1)

Alegan que una de las barreras de las que más importancia se daba era el miedo a un aumento de la carga de trabajo por parte del personal de enfermería. Expresan que muchas de sus compañeras/os les decían que su labor como personal sanitario no era estar pendiente de los familiares. Por otra parte, aclaran que aquellos profesionales que llevaban muchos años ejerciendo les costaba mucho más, pero que se tenía que tener en cuenta que una de las cosas que la familia más necesita y demanda son cuidados.

“Una de las barreras, también, que las enfermeras detectan que es una carga de trabajo.” (E1)

“...que les aumentaban sus cargas de trabajo. Que ellos no estaban aquí para estar pendientes de los familiares...” (E1).

“..También te encontrabas aquellas personas que llevaban muchos años siendo enfermeras/os y no estaban acostumbrados a este nuevo sistema..” (E2).

“...la familia, lo que hace, es demandar más cuidados...” (E3).

Comentan también como una de las barreras principales el hecho de sentirse juzgadas por las familias que estaban en el box. Temían que se les hiciera preguntas que no sabrían responder, así como quedar mal delante de la familia. Lo explican de la siguiente manera: *“Y las preguntas que se plantean...yo siempre les digo que les voy a responder hasta donde yo sepa. Si la enfermera parte de un punto de humildad con los conocimientos que tiene es más que suficiente. La familia no te va ha hacer un interrogatorio” (E1).*

“Es muy cómodo que cuando tu estas sola haces y deshaces... y si no tienes a nadie, pues hablas de lo que a ti te da la gana... y cuando tienes a la familia presente tienes que tener un poco más de cuidado...” (E1)

“..Si está la familia como harán las curas, un poco el miedo. Si le preguntarán mucho, o por el contrario no...” (E2)

“.. Era un poco este miedo, el decir, no saldremos del box. Al principio pensábamos, a lo mejor no es así, y es lo que nos hemos ido dando cuenta con el paso de los años al implementar este protocolo, que la gente te coge confianza y eres su persona de referencia, en quien confía.” (E2)

Las tres enfermeras entrevistadas declaran que a día de hoy ya no les importa o molesta que la familia esté en la habitación. No les produce ninguna incomodidad y ya no lo ven como una barrera. Explican que ellas siempre preguntan si los familiares quieren estar durante los procedimientos, y son ellos los que tienen el derecho de elegir.

“Actualmente, cuando entro y esta la familia, no me supone nada” (E3)

7.1.2. Beneficios

Por otra parte, fueron muchos los beneficios que las enfermeras explican haberse encontrado, aún y las reticencias de distintos enfermeros/as.

Comentan los múltiples estudios que hablan sobre este tema y las ventajas que tiene para el paciente que la familia permanezca a su lado durante su recuperación, ya que esta será más rápida. Una vez lo pusieron en práctica, acabaron dándose cuenta de que la familia también era muy importante, y que esto refuerza positivamente al paciente y a sus familiares.

“...en todos los estudios te encuentras con esta contradicción de que está evidenciado los beneficios que tiene para el paciente que permanezca la familia con ellos. En cambio, el personal de enfermería, que curiosamente somos los que estamos 24h al día y vemos esos beneficios somos los más reacios.” (E1)

“Como beneficios? Para mi todos. Es beneficioso para el paciente, porque hay nivel de mejoría, disminuye la estancia en la UCI, aumenta la rapidez de la recuperación... es que hay muchísimos beneficios y a nivel de la familia también.” (E1)

“Hay estudios que dicen que en el propio paciente, el hecho de que la familia esté a su lado ayuda a una mejora más rápida...” (E3)

Aclaran que un horario más extenso produce un aumento de la confianza de los respectivos familiares hacia las enfermeras. Gracias a esto el familiar tiene menos dudas, y esa carga de trabajo que inicialmente tenían algunos de los componentes del personal sanitario, disminuye. Lo comentan de la siguiente manera:

“...como ven lo que haces hay muchas cosas que ni se plantean... (E1)

“Ahora hay confianza, porque ven lo que haces, ven que lo haces con amor y con cariño. Era un momento tenso y frío, con lo que se quedaban cuando se iban a sus respectivos hogares. Ahora, con el simple hecho de ver lo que estamos haciendo no hace falta contestar ninguna pregunta, simplemente con verlo se quedan tranquilos” (E2)

Por otra parte, citan que dentro de las necesidades de los familiares podríamos definir unas de más prioritarias que otras, en el momento del ingreso de su familiar en la unidad. Una vez estas estarían cubiertas los familiares se tranquilizaran y pasarían a dar importancia a las demás necesidades que en un principio habían dejado en un segundo plano.

“Dentro de las necesidades de la familia, hay unas de prioritarias y otras de no tan prioritarias. Cuando la necesidad de proximidad está cubierta, porque pueden estar con el paciente, pasan a ser prioritarias otras necesidades...”
(E3)

Por último, argumentan que las características de la unidad en la que trabajan han incitado a la puesta en marcha de este cambio, ya que es una unidad pequeña y familiar en la que se preserva en todo momento la intimidad del paciente y sus más allegados. Lo aclaran así:

“...nuestros boxes son individuales y tienen puerta cerrada. Si la familia quiere estar dentro del box con la puerta cerrada no pasa nada.” (E1)

“Primero decir que las características de nuestra unidad de cuidados intensivos incentiva a la implementación de este protocolo, ya que es una uci pequeña con unos box con puertas y cristales que no transparentan, por lo que en cierta manera está respetando la intimidad del paciente, todo y que, haya visitas de otros familiares con un horario bastante extenso. Era una de las cosas que podrían preocupar. También es una uci pequeña, familiar y con poca gente.” (E2)

7.2. PROCESO DEL CAMBIO

En esta categoría hemos indagado sobre el horario de visitas que había anteriormente, como se produjo el cambio y que horario se estableció cuando se decidió crear una UCI con un horario de visitas más extenso. También hablaremos de qué manera se comportan los familiares en la unidad y si estos permanecen mucho tiempo en ella o no.

7.2.1. Horario de visitas

En este apartado queríamos indagar sobre el horario establecido anteriormente en la unidad y su diferencia respecto al actual. En las entrevistas las enfermeras explican que el horario anterior se regía por tres franjas de media hora de visitas, distribuidas por la mañana, el mediodía y la noche.

“Era un horario cerrado. Era muy restrictivo, hasta con la vestimenta.”
(E3)

Con el tiempo se dieron cuenta de que la población que frecuentaba el hospital no vivían en el centro de la ciudad, sino que para llegar, necesitaban desplazarse. Esto dio pie a que muchas enfermeras, por voluntad propia, hicieran excepciones dependiendo de la situación del paciente y el familiar.

Dos de las enfermeras comentan: *“...teníamos un régimen de puertas cerradas. Nosotros teníamos un horario a primera hora de la mañana, a las ocho menos cuarto. De un cuarto de hora más o menos. A medio día, los médicos informaban a la familia. Pasaban media hora, y por la tarde volvíamos a tener media hora más. Habían tres horarios.”* (E1).

“Poco a poco fuimos alargando el horario... según las necesidades del paciente. Ya que hay mucha gente que tiene como referencia nuestro hospital que no son de Tarragona, sino de su provincia, como sería Roda de Berà, Torredembarra... como por ejemplo sí que podrías encontrarte en otros hospitales. Mucha gente que dependía del autobús, que lo vengan a buscar y mucha gente mayor que no tiene medio de transporte.” (E2).

Se dieron cuenta, sobretodo la supervisora y la enfermera gestora de cuidados, de que era necesario amoldarse a las necesidades de los familiares y decidieron ir ampliando poco a poco el horario de visitas de forma gradual.

“...una de las necesidades más importantes que tenía la familia era la necesidad de estar con su ser querido, y la única manera de tener esta posibilidad era una UCI de puertas abiertas...” (E3).

Así derivó la UCI flexible actual, que se describe en un horario de visitas de una del mediodía a diez de la noche. Al mediodía el médico pasa parte de las novedades a las familias y después pueden entrar al servicio para estar con su familiar. Durante el horario que la UCI permanece cerrada, por la noche los familiares pueden hacer llamadas al servicio para preguntar sobre el estado de su familiar. Una de las enfermeras comenta que a veces se hacen excepciones en casos concretos y se deja al familiar pasar la noche con el paciente. *“...hacemos excepciones dentro de la flexibilización. Hay pacientes que por la noche precisan que estén acompañados. O a lo mejor no el paciente, sino que la familia es la que realmente lo necesita...”* (E1).

7.2.2. Motores del cambio

Respecto a que impulsó la ampliación del horario de visitas, las tres expresan diferentes motivos del cambio. La primer entrevistada expresa que la cultura de la familia como parte del paciente no se inculca en la formación y tampoco a gestionar sus necesidades o demandas. *“Yo creo que no hay esa cultura, porque desde que empiezas a estudiar enfermería la cultura esa, o por lo menos antes, no te la inculcan en los estudios. Es como muy centrado al paciente, y el paciente no es uno, sino todos. Por mucho que hayan asignaturas que te lo explican. Luego en la realidad, ves que tampoco es así. Es inculcarlo desde la formación y que muchos enfermeros se ven que no tienen la capacidad de comunicarse con las familias, de cómo expresarse y quizás se tendría que formar a los profesionales en ese aspecto para poder sobrellevar eso.”* (E1)

La segunda entrevistada comenta una vivencia personal referente a otra UCI de puertas cerradas. Considera que como enfermeras nos tenemos que poner en el lugar del familiar. *“Hace unos años cuando, yo era más pequeña, tuve a mi madre en una de las UCIs de Barcelona que era de puertas abiertas y claro no teníamos transporte, y fui en tren. El horario de visitas ya se había terminado y no se nos dejó entrar. Lo intenté por todos mis medios pero no lo conseguí y no se, desde entonces que me quedé con este recuerdo. Si te metes un poco en la piel del familiar, pues quieres que haya este protocolo.”* (E2).

Por último la tercera enfermera expresa que el motivo del cambio fue darse cuenta de las necesidades de los familiares a través de la tesis de su master, siendo la proximidad con su paciente una de las primordiales a cubrir. Lo expresa de la siguiente forma: *“En el caso de mi trabajo, una de las conclusiones fue que como la necesidad de proximidad la tenían muy cubierta, porque podían estar con él cuando querían, pasaban a ser prioritarias otras necesidades que en los estudios que yo había estado mirando a mi tesina no eran prioritarios. (E3)*

7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad

Dos de las tres entrevistadas comentan que el hecho de que los familiares estén con el paciente es positivo, pero que a veces hay situaciones donde los familiares alteran al paciente, sea por el motivo que sea, y es responsabilidad de la enfermera detectar estas situaciones y actuar. Una de ellas explica: *“...ves las alteraciones a nivel cardiaco, incluso estando sedados...” (E1)*. Por otra parte, otra enfermera comenta: *“También os diré que ha habido casos en que hemos tenido que decirle a la familia que se fueran a tomar un café y que luego volvieran. A veces, la gente se pone nerviosa por la situación que les está tocando vivir y esto no es positivo para el paciente.” (E2)*

“Por otro lado, cuando las familias son muy numerosas tenemos la norma, que se explica todo en el protocolo que damos en forma de tríptico a las familias, que únicamente pueden entrar 2 familiares por paciente. Tenemos que controlar todo un poco, también. (E2)

Por último, una de las enfermeras expresa que en ciertos casos los familiares son muy demandantes o manipulan las máquinas que están conectadas al paciente, y eso impide que la enfermera haga su trabajo de forma fluida: *“... también nos hemos encontrado con familiares muy imprudentes y tocan las bombas de perfusión, claro, eso es un inconveniente muy grande” (E1)*

7.2.3.1. Permanencia de la familia durante los diferentes turnos

El hecho de la ampliación del horario permite normalizar una situación que en ese momento produce un cambio de roles en la familia. Así, esta alteración de la rutina familiar produce que los familiares tengan que dejar sus responsabilidades para atender al paciente. Un horario más flexible permite que los familiares se puedan adaptar mejor a la nueva situación, seguir con sus vidas y a la vez estar más tiempo con su ser querido.

“Cuando la estancia en la UCI se alarga, el resto de la vida sigue y tienes que pensar que el paciente tiene un rol y que la familia también tiene roles que en ese momento cambian. Si tu les das flexibilidad horaria, les estas facilitando un poco su día a día” (E1)

Las tres remarcan el hecho de que muchas familias se implican en el cuidado del paciente de manera que se ofrecen para hacer higienes, darles de comer, hidratarlos, hacerles ejercicios de movilidad, etc. Gracias a esto se produce una disminución de la carga de trabajo que tienen las enfermeras y son pocas las familias que utilizan su tiempo con el familiar de forma contraproducente.

“...cada persona es un mundo. Y hay muchas familias que se meten en un box y te lo tocan todo y les tienes que decir, no por favor, no podéis tocar esto... Por el contrario, hay muchas familias que les hacen masajes a los pacientes, que les hidratan, que les ponen música, que les leen. Claro todo esto son beneficios realmente.” (E1)

“Por último, decir que las familias pueden quedarse por la mañana a hacer la higiene a aquellos pacientes que están más bien, y pueden colaborar con nosotras si los pacientes se sienten mejor de esta forma.” (E2)

7.3. RESULTADO DEL CAMBIO

En este punto se engloba una serie de información sobre las vivencias que han tenido durante este tiempo las enfermeras, tanto a nivel personal como a nivel de familiares, ante la implementación de este cambio en la unidad.

7.3.1. Vivencia de las enfermeras

Las enfermeras comentan que desde un principio han estado siempre personalmente a favor de esta implementación, y que se han encontrado respaldadas en todo momento por los distintos componentes de la institución. Consideran que cuando algo se implementa para favorecer al paciente es muy difícil no tenerlo en cuenta. Lo expresan de la siguiente manera:

“A nivel de institución, hay que decir, que tanto la gestión de enfermería, la supervisora de la UCI y la dirección de enfermería, las líneas a trabajar iban mucho por ahí porque claro es muy fácil, cuando tu tienes artículos y ciencia que eso produce una mejoría es muy fácil.” (E1)

“...cuando tu presentas algo a favor del paciente y la familia, es muy difícil que se te ponga en contra.” (E1)

Mencionan que no ven la necesidad ni el motivo por el cual deberían dejar de lado a los familiares durante este proceso, ya que como se ha dicho anteriormente, la familia tiene un papel muy importante tanto a nivel de recuperación, como de toma de decisiones y de acompañamiento del paciente.

“...y porque dejar de lado a la familia?” (E3)

En contraste, también aclaran que aún y estar a favor de este cambio en el horario, al principio de su puesta en funcionamiento se encontraron con una situación a la que no estaban acostumbradas. Manifiestan haberse hallado con la necesidad de hacer un sobreesfuerzo al tener la familia delante en todo momento y tener que realizar todos los procedimientos de la mejor forma posible. Esto no les ocurría previamente ya que se encontraban solas.

“Al principio era extraño, porque normalmente cuando entras en el box no hay nadie, y tú te organizas...cuando estaba la familia, era como un sobreesfuerzo de pensar que lo tenía que hacer bien porque estaba la familia delante...” (E3)

Por último, una de las entrevistadas explica que delante de cada cambio, hay un proceso de adaptación y que cada persona tiene el suyo. Éste puede durar más o menos. *“El hecho de sentirse juzgado entra en el proceso de adaptación de cualquier cambio... me costó mi proceso de adaptación” (E3)*

7.3.2. Vivencias enfermeras con relación a los familiares

Dos de las enfermeras entrevistadas exponen los beneficios que se han encontrado en referencia a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos frente a la extensión del horario de visitas. Alegan un aumento de la tranquilidad y la confianza en el personal sanitario, así como la aparición de la sensación de sentirse útiles en el proceso por parte del propio familiar.

“... el hecho de abrir las puertas no significa que vayas a tener a la familia todas las horas, porque realmente no es así.” (E1)

“Para la familia, un poco lo mismo, tranquilidad, confianza en el equipo y que sabes que aquellas personas que se quedarán cuidando de tu familiar las conoces y lo harán bien. Esto es muy positivo.” (E2)

“La implicación que puedan tener en el cuidado los hace sentir útiles y pienso que sobretodo, esto les da tranquilidad y seguridad.” (E3)

Otra de las enfermeras argumenta la parte negativa del proceso. Cita de la siguiente manera, el nivel de complicidad y apego que se forma entre enfermera y familiar durante la estancia del paciente en la unidad y la necesidad de poseer herramientas para poder sobrellevarlo: *“...cuando tienes un paciente que lleva una estancia muy larga necesitas cambiar porque hay puntos que la familia también crea un nivel de complicidad con la enfermera...”*

(E1). Así mismo, piensa que es importante poner límites a la hora de relacionarse con los familiares y pacientes: *“...es muy necesario tener herramientas para poder separar...”* (E1).

En cambio, otra entrevistada considera que no se tienen que poner límites a la hora de tratar con los familiares, al contrario, expresa que se forman relaciones de amistad porque considera que el ser humano es social de manera innata. Solo piensa que se tienen que poner límites cuando notas que te afecta a ti personalmente. *“Llegar a hacer una amistad? Pues puede ser porque somos humanos y si un paciente hace mucho tiempo que está en la UCI y están allí los familiares, pues hay una implicación. No como una amiga de toda la vida, pero una implicación más de amistad. Y yo pienso que es buena, no mala, a no ser que a ti te perjudique personalmente.”* (E3)

7.4. LA INFORMACIÓN EN LA UNIDAD

Esta categoría engloba el acceso a la información, como es percibida por las enfermeras y como se tiene que dar. Así, la información se administra en la unidad mediante diferentes vías.

7.4.1. Acceso a la información: el teléfono.

La primera es mediante el teléfono de la unidad que está disponible para los familiares 24 horas del día para administrarles información cuando estos la demanden. Una de las enfermeras considera que esto es un inconveniente ya que requiere un tiempo que podría ser utilizado en los cuidados del paciente. Lo expresa de la siguiente forma: *“...Que las familias puedan estar continuamente llamando para saber como esta... eso te quita tiempo también.”* (E1)

Aún así, considera que si se les da la información necesaria y se les explica la rutina diaria eso permite que llamen a las horas que hay menos cuidados y así se les puede atender bien.

En cambio otra piensa todo lo contrario: *“...Pueden llamar por la noche o por la mañana cuando realmente no pueden ver a sus familiares, y considero que es bueno para todos y que está muy bien.”* (E2). Y añade: *“Realmente a mí me gratifica que puedas tranquilizarlos y que esta ansiedad y agobio*

desaparezcan...Si tienes algún familiar que llama a unas horas que no puedes cogerlo por faena enfermera es tan fácil como decirlo y esta persona llamará un poco más tarde.” (E2)

Y la tercera dice: “si quieren llamar en medio de la noche por teléfono, lo pueden hacer. También se les da esta oportunidad. Entonces yo pienso que a nivel familiar, esto da tranquilidad.” (E3)

7.4.2. Límites de la información

Una de las entrevistadas expone el hecho de que como enfermeras sólo pueden proporcionar al paciente aquella información relacionada con la enfermería. Expone que muchos familiares les demandan información médica o aclaraciones de términos complejos que están fuera de las competencias enfermeras y que ella no puede proporcionar. Así resalta la importancia de la formación respecto a los límites de información enfermera.

“La información médica nosotras no la podemos dar. Eso ya es cosa del médico. Pero nosotras siempre vamos a dar información enfermera. Entonces también se tiene que definir desde la formación cuál es la información que nosotras podemos dar.” (E1)

7.4.3. Seguridad de la información

Respecto a la información dada por las enfermeras, las tres anotan que es importante la manera como se da, ya que tiene que ser transmitida con las palabras adecuadas para que la familia pueda entenderlo. También tiene que ser veraz, ya que eso proporciona al paciente un aumento de la seguridad y la confianza, y una disminución de la ansiedad y la incertidumbre. Comentan que como más expliques e informes sobre los procedimientos, técnicas y medicación, menos preguntas harán y estas serán de forma menos insistente.

“Tú no les vas a decir ninguna mentira, tu les vas a decir lo que sabes. Siempre tienes que tener muy claro cual es tu rol de información.” (E1)

7.5. ENRIQUECIMIENTO EN LA MULTICULTURALIDAD

En esta categoría indagamos sobre las diferentes culturas que conviven en la unidad y como las enfermeras y los familiares se tienen que amoldar unos con otros para preservar el buen ambiente, comodidad y confort de los pacientes.

Dos de las entrevistadas hablan sobre las diferentes culturas que te puedes encontrar en la UCI, argumentando que como enfermera tienes que ir con una mente abierta, saber flexibilizar las situaciones y entender que hay ciertos detalles que para ellas son insignificantes pero que para ciertas familias o pacientes puedes cambiarles su experiencia en la estancia de la UCI.

“Intentamos hacer un poco de más y de menos para que ellos entiendan el funcionamiento de la unidad, y para que nosotros nos podamos poner un poco en su piel. (E1)

“... como enfermera tenemos que entender las diferentes culturas y las maneras diferentes de hacer.” (E3)

“Actualmente, cada vez más hay variedad de culturas y como enfermera tienes que estar al día de estas. Son pequeñas cosas que se pueden hacer y suponen un esfuerzo puntual, pero que tampoco es una cosa tan complicada. (E3)

También comentan que una de las etnias que puedes encontrar más a menudo en la UCI es la gitana. Explican que tienen una cultura donde entienden la familia de otra forma: *“cuando hay etnias gitanas u otras culturas, sí que es cierto que ellos entienden el concepto de cultura de familia de forma más amplia” (E1)*. Por esta misma razón se les tiene que explicar aún más que dentro del box solo pueden estar dos familiares por paciente. Dicen que lo entienden a la primera y que hay muy pocas excepciones donde hayan tenido problemas. Aun así en la sala de espera sí que se acumula mucha gente, y esto crea conflicto con las otras familias porque es un espacio pequeño capacitado para acoger a familiares de nueve boxes, deben de haber tres/cuatro personas por paciente como mucho.

“Alguna vez hemos tenido un ingreso de etnia gitana, y se te acumula mucha gente en la sala de espera” (E3)

8. Discusión

De la misma forma que señala Zaforteza (Zaforteza y Gómez, 2003) y Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras (2012), nuestros resultados muestran que el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es percibida, tanto por pacientes como por familiares, como una vivencia estresante. Provocando que el entorno del paciente experimente tensión, ansiedad e incertidumbre, y que se sientan separados y poco participativos del cuidado del enfermo (Hidalgo, 2007).

Las principales necesidades de la familia que se ven menos satisfechas son la política de visitas y el déficit de información (Llamas, 2009). Otros más considerables y que el personal sanitario suele dar poca importancia son aspectos como el ruido, la iluminación, la comodidad, la intimidad y la adecuación de la sala de espera (Escudero, 2014). Aún y esto, nuestros resultados apuntan a un aumento de la importancia por parte de las enfermeras de las distintas características de la unidad, así como de preservar en todo momento la intimidad del paciente y sus familiares.

Zaforteza y Gastaldo (2004) identifican el miedo que tienen las enfermeras a enfrentarse a una situación que les supone un estrés añadido al que ya tienen con el cuidado del paciente, pues el contacto con los familiares muchas veces se describe como un factor amenazante para su bienestar emocional. Podemos encontrar ciertas semejanzas ya que según las enfermeras entrevistadas, aún y estar a favor de este cambio manifiestan haberse encontrado en una situación a la que no estaban acostumbradas, hallándose con la necesidad de hacer un sobreesfuerzo al tener la familia delante en todo momento y tener que realizar todos los procedimientos de la mejor forma posible. Así mismo, también expresan que delante de cada cambio hay un proceso de adaptación, y que cada persona tiene el suyo.

Actualmente existe una parte de las enfermeras que desconocen el impacto y la angustia que suponen estas necesidades para los familiares, a la vez que tienen falta de información para el manejo de situaciones de duelo y alto contenido emocional (Zaforteza, 2010). Piensan que el paciente es el sujeto más importante de su labor y que su trabajo se debe centrar en él (Zaforteza, 2003).

En distintos estudios se expresa que desde finales de la década de 1990, en España se inicia una corriente de investigación que es crítica con la situación de los familiares en las UCI y aboga por que estas sean más permeables con los familiares. Se detecta una tendencia en los profesionales de enfermería de incomodidad respecto a la problemática de los familiares y el papel que estos profesionales desempeñan en el proceso de atención (Zaforteza, 2010). Aun así, nuestros resultados nos hacen pensar que las enfermeras están concienciadas de que una de las cosas que más demanda la familia son cuidados.

Ahora bien, centrándonos en las necesidades que se destacan como las más importantes y las menos satisfechas por los familiares. Si nos fijamos en la *política de visitas* percibimos que nuestros resultados no presentan diferencias significativas entre la literatura científica buscada. En general, se destaca un alto régimen de visitas en España muy restrictivo, con una cultura de UCI cerrada, todo y los numerosos estudios que recomiendan una política de visitas abierta y la incorporación de la familia en los distintos cuidados, con todos los beneficios que esto conlleva (Velasco, 2005). De igual modo, con los resultados obtenidos de las entrevistas, podemos señalar que las enfermeras están concienciadas del régimen de visitas tan restrictivo en el que nos encontramos hoy en día, y conocen las ventajas que tiene para el paciente que la familia permanezca a su lado durante su recuperación. Por todo esto, están a favor de un horario de visitas más amplio y ven en ello múltiples mejoras tanto para paciente, familia como personal de enfermería.

En nuestros resultados y en los artículos analizados, en concreto en el de Escudero y Viña (2014), se señala que no hay ninguna razón por la que se tenga que ser restrictivo en las visitas y se ha demostrado que estas contribuyen al bienestar del paciente, disminuyendo la ansiedad familiar y aumentando la calidad y la humanización de la unidad. Además, evidencian que la necesidad de cercanía al enfermo en casos de situaciones críticas o fallecimiento inminente es aún más necesaria, ayudándoles en el proceso de duelo.

Errasti-ibarrondo y Tricas-Sauras (2012) determinan cuatro temas que se incluyen en los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico: *mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del*

estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente. Podemos considerar por tanto, necesario favorecer la gradual participación de la familia en el cuidado, adquiriendo un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente. Por consiguiente, podemos afirmar que la información que nos proporcionan las enfermeras entrevistadas en el contexto del rol de las familias y de su participación en los cuidados al paciente, se asemeja con la adquirida en la revisión de los distintos artículos.

Respecto a la necesidad de *información*, Pardavila y Vivar (2012) aluden que es una de las principales necesidades de la familia, de las más prioritarias y la que se ve más afectada en estas unidades. Así mismo, Delfosse y Meman, en el estudio de Hidalgo (2007) observan que dar una información adecuada a los familiares facilita encontrar estrategias de adaptación y reconocer cómo deben actuar.

Las entrevistadas aclaran la importancia de proporcionar información, y que esta tiene que ser retransmitida con las palabras adecuadas para que la familia pueda entenderlo correctamente. Tiene que ser veraz, ya que proporciona al paciente un aumento de la seguridad y la confianza, y comentan que como más expliques e informes sobre los procedimientos, técnicas y medicación, menos dudas tendrán tanto paciente como familiar.

Destacan también la disponibilidad de un servicio telefónico que los familiares pueden usar las 24 horas del día para poder ser informados del estado actual del paciente. Ahora bien, existen discordancias entre las diferentes enfermeras entrevistadas. Unas están a favor de la implementación de este servicio, en cambio, otra considera que es un inconveniente ya que requiere un tiempo que podría ser utilizado en los cuidados del paciente.

Pardavila y Vivar (2012) asimismo resaltan la importancia de que las enfermeras identifiquen las necesidades que la familia pueda presentar durante el ingreso del paciente adulto en la unidad para poder prestar así un soporte y asesoramiento que disminuya el sufrimiento de los familiares y proporcione las herramientas necesarias para poder afrontar mejor la situación a la que se están enfrentando. Por este motivo es importante crear un buen vínculo enfermera-familia, para poder satisfacer el mayor número posible de necesidades.

Este vínculo que se establece entre profesionales y familiares del paciente crítico, puede ser muy intenso, y va aumentando dependiendo de la estancia en la unidad. Las enfermeras de la UCI nos comentan que en ciertos casos los familiares son muy demandantes, tienen un nivel de complicidad y apego muy elevados o manipulan las máquinas que están conectadas a los pacientes, lo que impide que la enfermera haga su trabajo de forma fluida. No obstante, mencionan la necesidad de poseer herramientas para poder sobrellevarlo, y consideran que es inevitable formar relaciones de amistad ya que el ser humano es social de manera innata. Como menciona Hidalgo y Vélez (2007), enfermería puede tener una gran influencia en la satisfacción rápida y eficaz de las distintas necesidades de los familiares, ya que es uno de los profesionales que más tiempo pasa con ellos, esto crea una relación familia-enfermería muy especial dado que los familiares se interesan por los datos cotidianos que enfermería conoce.

Además, Pardavila y Vivar (2012) acentúan el hecho de que las enfermeras de Cuidados Intensivos han cambiado el foco de cuidado. Así, ha pasado de centrarse en el paciente únicamente a focalizarse en la unidad familiar. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado, que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería. Se vería reflejado de la misma manera en nuestros resultados, ya que las enfermeras entrevistadas piensan que no se puede considerar a la familia como una unidad externa del paciente.

En referencia a los estereotipos sociales, Blanca (2008) expresa que muchas veces los enfermeros se dejan influenciar por estos. Así, a las familias se les asigna un estereotipo positivo o negativo en función de que cumpla las normas o sea respetuosa con la enfermera. En nuestros resultados se ve reflejado este hecho, ya que las enfermeras destacan una de las etnias culturales como representante principal de los estereotipos sociales.

Finalmente, según los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos afirmar que el vínculo con la familia por parte de los profesionales enfermeros cada vez es mejor, va siendo más próximo y de más confianza, superando el papel histórico que encontramos hasta el momento. Ahora bien, del mismo modo que indicó Zaforteza y García (2010) cuando la familia considera que sus principales necesidades no están

cubiertas, se refleja principalmente a causa de la falta de cercanía a su familiar. Por este motivo, se podría reiterar que la causa principal de insatisfacción por parte de los familiares del paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos, es la política de visitas.

De igual modo, tanto las enfermeras entrevistadas como los distintos estudios (Pallarès, 2010; Ayllón Garrido; 2014; Martos-Casado, 2014) estiman que un horario de visitas abierto favorece tanto a paciente, familiar como personal sanitario. Por tanto, corroboran la afirmación de Pardavila y Vivar que dice que el paciente se encuentra menos ansioso y preocupado cuando está la familia cerca de él y, además, favorece la comunicación entre familia y enfermera, lo que ayudaría a que el entorno familiar comprenda mejor la situación.

9. Conclusión

En este trabajo, junto con las explicaciones proporcionadas por las enfermeras entrevistadas y la comparación con la revisión bibliográfica, vemos de la importancia de las intervenciones enfermeras en el cuidado de la familia del enfermo crítico en una unidad de cuidados intensivos.

En el inicio de nuestro trabajo partíamos de la idea de que la presencia de los familiares aporta grandes beneficios tanto a paciente como a familiar, sin olvidarnos del personal sanitario, llegando al pensamiento de la necesidad de realizar un cambio en el régimen de visitas que encontramos en la actualidad. Nos preguntamos así, si actualmente las enfermeras tienen en cuenta los resultados de los distintos estudios que podemos encontrar sobre las necesidades de las familias del enfermo crítico. La realidad que encontramos en las enfermeras entrevistadas es que, tanto en rasgos generales y en nivel de publicaciones, están evolucionando hacia una visión y atención más holística de los pacientes, incluyendo por tanto a las familias, y son conscientes de los grandes beneficios que una relación enfermera-familia proporcionan en todo el proceso de la enfermedad. No obstante, aún y teniendo en cuenta todo lo mencionado hasta el momento, encontramos profesionales en esta unidad que no facilitan el establecimiento de este vínculo, y que por tanto, no les parece ni adecuado ni beneficioso.

Se objetiva tanto un cambio a nivel personal de cada enfermera como de la gestión de la unidad, hecho que se ha visto reflejado en la forma de actuar en el día a día. Por ejemplo, involucrando más a las familias con pequeñas tareas para que puedan participar así en los distintos cuidados, o incluso, haciendo excepciones en la normativa que regía la unidad hasta el momento, siendo esto antes de la implementación de un horario de visitas abierto, según la importancia que se le atribuía personalmente tanto a las necesidades de la familia como a la situación en la que se encontraba el paciente.

La estancia en una UCI es un factor estresante donde las principales necesidades que podemos encontrar pendientes de ser cubiertas satisfactoriamente son: la política de visitas y la información. Parece ser que la falta de visión global hacia el paciente produce que las enfermeras dejen de lado el confort de las familias, no

muestren suficiente interés en los sentimientos que estos presentan (tristeza, angustia, miedo, etc.) y no tengan en cuenta la interrupción de la rutina familiar que supone el ingreso. Enfermería es el responsable de proporcionar información sobre la situación del paciente, sobre cuidados, evolución, etc. Estos conocimientos proporcionados de manera sencilla, clara y comprensible proporcionan a la familia más seguridad, pudiendo reducir visiblemente el estrés.

Creemos que en este caso la semejanza de las opiniones entre las enfermeras, la gran visión que poseen tanto de la puesta en funcionamiento de este régimen y sus beneficios, como de las múltiples necesidades que tienen los familiares, es una de las posibles causas que han provocado la implementación de este cambio. Todo y la gran demanda por parte de las familias para poder estar más cerca del paciente, la evidencia de que este cambio en la humanización de las UCI es un factor positivo y la visión que las enfermeras entrevistadas poseen, la alta tecnificación y la cultura de la unidad parece que no es suficiente para dar paso a un cambio en el régimen de visitas en las distintas UCIs de nuestro entorno. Nos preguntamos el porqué de esto. Según mencionan las enfermeras entrevistadas y los distintos estudios consultados, el personal de enfermería presenta cierto grado de inquietud, perciben las visitas abiertas como una sobrecarga de trabajo y un aumento del estrés, todo y que la gran mayoría son conscientes de la necesidad de este cambio.

Por lo tanto, este trabajo revela la importancia de la formación y las vivencias personales de las enfermeras de Cuidados Intensivos como motor del cambio, permitiendo así que se identifiquen las necesidades que presenta la familia durante el ingreso del paciente crítico para poder prestar soporte y asesoramiento, atenuando de este modo el sufrimiento de las familias.

A partir de estas conclusiones pensamos en estrategias de mejora para facilitar el cambio creando líneas de trabajo para la confección de UCIs con régimen de visitas abierto, así como impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de la UCI sobre las necesidades de los familiares, las intervenciones dirigidas a ellos, los procesos de duelo, las estrategias de comunicación, etc., que ayuden al profesional a ser consciente de los problemas y las necesidades reales de los familiares, dotándoles de herramientas para el manejo de situaciones de alto contenido emocional.

10. Limitaciones del estudio

- Falta de experiencia en el análisis de las entrevistas.
- La alta concordancia entre las opiniones de las distintas enfermeras entrevistadas ha dificultado una posible visión más global del tema trabajado.
- La posible pérdida de información a la hora de plasmar los resultados.
- La poca disponibilidad de unidades de cuidados intensivos con régimen de visitas abierto a nivel provincial y que ha limitado la muestra.

11. Bibliografía

1. Ayllón Garrido, N., Montero Rus, P., Acebes Fernandez, M.I., Sánchez Sugazua, J. (2014). *Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales*. *Enferm Intensiva*. 25(2): 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>
2. Baena Zapata, V. A., & León Ramírez, S. M. (2007). El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (Tesis de Especialización). Universidad de Antioquia, Medellín. <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/42>
3. Bernardo, V., Grignoli, N., Marazia, C., Andreotti, J., Perren, A., Malacrida, R., (2015). Sharing intimacy in “open” intensive care units. *Journal of Critical Care*. 30: 866–870. [https://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(15\)00318-4/pdf](https://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(15)00318-4/pdf)
4. Berti, D., Ferdinande, P., Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med*. 33: 1060–1065. <http://doi:10.1007/s00134-007-0599-x>
5. Bettina H. R., White, J., Graham, S., Alexandrov, A. (2014). Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients’ family members, physicians, and nurses. *American journal of critical care*. 23 (4). <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.full>
6. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014. <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
7. Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvaríño, A.M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*. 12. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
8. Carson, B., Riegel, B., Thomason, T. (1998). Visitation: policy versus practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 17(1). <https://search.proquest.com/openview/489cbf2fb492c0101f1875f581d78ef5/1?q-origsite=gscholar&cbl=37499>
9. Colleen, E., Gonzalez, Diane, L., Carroll, Jeanne, E. (2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American journal of critical care*. 13 (3). <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.full.pdf+html>
10. Errasti-Ibarrondo, B., Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares de paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 23(4): 178-188. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>

11. Escudero, D., Viña, L., Calleja, C. (2014) Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38 (6): 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
12. Farrell, M.F., Joseph, D.H., Schwartz-Barcott, D. (2005). Visitor and Staff Needs. Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs. *Nursing Forum*. 40 (1). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-6198.2005.00001.x>.
13. Harvey, M. (2016). Humanizando los cuidados Intensivos. Asociación Americana de Cuidados Intensivos (AACCN). <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/una-era-de-la-ilustracion-por-maurene/>
14. Hidalgo Fabrellas, I., Vélez Pérez, Y., & Pueyo Ribas, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de CuidadosIntensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3): 106–114. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74392-4](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74392-4)
15. Holanda Peña, M. S., Ots Ruiz, E., Domínguez Artiga, M. J., García Miguelez, A., Ruiz Ruiz, A., Castellanos Ortega, A., Llorca Díaz, J. (2015). Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Medicina Intensiva*, 39(1): 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008>
16. Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M. J., &Macías-Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva*, 20(2): 50–57. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)71146-0](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)71146-0)
17. Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M.A., Asiain, M.C. (2006). Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*. 11(1). <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x>
18. Martos Casado, G. Aragón López, A. Gutiérrez Ramos, N. (2014). Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 25 (4): 164– 172. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-satisfaccion-los-familiares-los-pacientes-S1130239914000741>
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios E Investigación 2010, 130. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
20. Mitchell, M.L., Aitken, L.M. (2017). Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Australian Critical Care*. 30 :91–97. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.01.001>

21. Montenegro, P.A., Farias-Reyes, D., Galiano-Gálvez, M.A, Quiroga-Toledo, N. (2016). Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*. 16(3): 340-358. <https://10.5294/aqui.2016.16.3.6>
22. Pallarés i Martí, A. (2010). El mundo de las unidades de cuidados intensivos. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>
23. Pardavila Belio, M. I., Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2): 51–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
24. Riccioni, L., Ajmone-Cat, C.A., Rogante, S., Ranaldi, G., Ciarlone, A. (2014). New roles for health-care workers in the open ICU. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 4:182-185. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.08.003>
25. Spreena, A.F., Schuurmans, M.J. (2011). Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27: 27-30. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2010.10.002>
26. Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
27. Vázquez, M. L., Ferreira, M., Mogollón, A., Fernández, M., Delgado, M., & Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Universidad Autónoma de Barcelona, 19-51. https://issuu.com/maca_2.0/docs/1__parte_introducci_n_a_las_t_cnicas_cualitativas_
28. Velasco Bueno, J. M., Prieto de Paula, J. F., Castillo Morales, J., Merino Nogales, N., & Perea-Milla López, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16(2): 73–83. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(05\)73390-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(05)73390-3)
29. Yanez Quintana, B., Santana Cabrera, L., Hernández Montesdeoca, A, Molina Tercero, A. (2011). Actitudes del profesional de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Medi. Intensiva*. 35(1): 62-63. <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v35n1/carta4.pdf>
30. Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez, P., de Pedro, J., & Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*: 1–7. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjIqK-r_-TaAhUGCpoKHasKDslQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nureinvestigacion.es%2FOJS%2Findex.php%2Fnure%2Farticle%2FviewFile%2F133%2F119&usq=AOvVaw1zs51bKptvpahqonRWoBC
31. Zaforteza, C., de Pedro Gómez, J. E., Gastaldo, D., Lastra Cubel, P., & Sánchez-Cuenca López, P. (2003). ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva*, 14(3): 109–119. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78115-2](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78115-2)

32. Zaforteza, C., Gracia Mozo, A., Quintana Carbonero, R., Sánchez Calvín, C., Abadía Ortiz, E., Miró Gayà, J.A. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva*. 21(2): 52-57. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-abrir-unidad-cuidados-intensivos-los-S113023990900008X>
33. Zaforteza, C., Sanchez, C., Lastra, P. (2008). Análisi de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2): 61-70. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72746-9](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72746-9)

12. Anexos

Anexo 1. CRONOGRAMA

	2017																2018																											
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Solicitud de tema, asignación de tutor y área temática																																												
Seminarios TFG																																												
Elección del tema																																												
Tutorías																																												
Fase 1. Justificación del estudio																																												
Fase 2. Metodología, objetivos e hipótesis																																												
Reuniones de grupo																																												
Planificación de la metodología																																												
Búsqueda bibliográfica																																												

Anexo 2. TABLA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

TITULO DEL ARTICULO	OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS	OPINIÓN DE LOS FAMILIARES/PACIENTES	DIFICULTADES	MEJORAS O VENTAJAS
Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos. (Llamas, 2008)	Las enfermeras, generalmente, tienden a subestimar las necesidades de los familiares en algunos aspectos, como estar informados de los cambios en la evolución del paciente, la necesidad de una comunicación efectiva con los profesionales y saber que puede suceder.	Una de las principales necesidades de los familiares es pasar más tiempo con los pacientes.		
Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. (Velasco, 2005)	Las enfermeras justifican las restricciones en los horarios basándose en el agotamiento emocional y el estrés que la relación continua con la familia les produce, junto con la posibilidad de interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades.	Generalmente, no se adoptan medidas que favorezcan la implantación de los familiares en cuidados básicos del paciente para los que no son necesarios conocimientos específicos. Se hacen coincidir las visitas con las comidas para que puedan ayudar al paciente. El deseo de visitar al paciente con frecuencia se encuentra entre una de las 10 principales necesidades identificadas por los familiares, proporcionando efectos positivos también en los pacientes como disminución de la privación sensorial a la que se encuentran sometidos y de la ansiedad, aumentando la sensación de bienestar.		
Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las	-Opinan que dependiendo del estado del paciente, estaban de acuerdo en la implantación de la familia en ciertos			

<p>visitas. (Yanez, 2011)</p>	<p>cuidados de enfermería.</p> <p>-Creían que las visitas desestabilizan a los pacientes y que ciertos familiares dificultan el descanso de los pacientes.</p> <p>-Un horario de visitas más extenso retrasaba los cuidados enfermeros y producían más carga física y psíquica.</p> <p>-Afirmaban que no se encontraban preparadas para consolar a los familiares de los pacientes que estaban en estado crítico.</p> <p>-Conciben a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación.</p>			
<p>Unidad de Cuidados Intensivos abiertas: perspectiva de los profesionales (Ayllón 2014)</p>	<p>-Actitud, en general, reticente por parte de los profesionales a la apertura de la unidad.</p> <p>-Opinión contradictoria: piensan que la visita abierta puede favorecer a pacientes y familiares pero, sin embargo, no la desean.</p> <p>-Consideran que puede perjudicar el funcionamiento de la uci en general.</p> <p>-Visita abierta puede causar carga de trabajo añadida y repercutir</p> <p>-Consideran que se puede flexibilizar el horario dependiendo del estado clínico del paciente.</p>	<p>La presencia familiar puede tener una influencia positiva para el paciente.</p>	<p>Las visitas abiertas pueden vulnerar tanto la intimidad del resto de pacientes como la del personal sanitario en su puesto de trabajo.</p>	<p>Apunta el efecto beneficioso en pacientes, familiares y personal sanitario.</p> <p>Fumagalli afirma que existe una mejoría en la actividad cardíaca cuando los pacientes están acompañados por familiares.</p>

<p>Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales - (Martos, 2014)</p>	<p>-No están de acuerdo con establecer un horario de visitas abierto.</p> <p>-No se comunican fluidamente con los familiares e intentan evitarlos</p>	<p>-Conocen más los nombres de los médicos, y consideran que el personal de enfermería sólo se identifica a veces o casi nunca, y que la relación era poco fluida o inexistente.</p> <p>-Se sentían insatisfechos con la información sobre cuidados, aparataje y ayuda para comunicarse con el paciente.</p> <p>-Están de acuerdo con el personal sanitario sobre no tener una uci con régimen de visitas abierto.</p>		
<p>Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares; ¿Qué opinan los profesionales? - (Zaforteza, 2010)</p>	<p>-Excluyen a la familia de sus agendas y desconocen el impacto y a angustia que suponen estas necesidades para los familiares, a la vez, que tienen falta de formación para el manejo de situaciones de duelo y de alto contenido emocional.</p> <p>-Están en desacuerdo con la propuesta del estudio de 4h de visita por las tardes, por ser una propuesta muy amplia.</p> <p>-Se muestran favorables porque consideran que favorece a familiares y pacientes</p> <p>-Expresan dudas sobre el potencial beneficiario del paciente y familiares del aumento de las horas y no saben si podrán controlar el número de familias y su acceso a la unidad.</p> <p>-Consideran que podemos encontrar barreras con la permanencia de los</p>	<p>Necesidades clave de los familiares del paciente crítico:</p> <p>-Sentir que hay esperanza</p> <p>-Proximidad con el paciente</p> <p>-Información honesta y en términos que puedan comprender respecto a los progresos/pronósticos del paciente</p> <p>-Ser tranquilizados y aliviados de la ansiedad/sentirse seguros</p> <p>-Sentir que el paciente recibe cuidados de alta calidad</p> <p>-Sentir que el equipo de la unidad se preocupa por el paciente</p> <p>-Poder tranquilizar y dar soporte a su ser querido</p>		

	<p>familiares más tiempo. (estos). Estas barreras son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Estructuras físicas ☐ Vulneración de la intimidad del paciente ☐ Perjuicios para la familia ☐ Problemas para los profesionales 			
<p>Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio. (Zaforteza, 2004)</p>	<p>-Consideran a las familias elementos externos a la unidad y al proceso de cuidar al paciente crítico</p> <p>-Entienden el entorno de la unidad como un factor estresante para el familiar.</p> <p>-El contacto con los familiares supone un factor de estrés emocional para ellas ya que no se sienten formadas en habilidades psicosociales.</p> <p>-Valoran como positivas las oportunidades que las enfermeras tienen para dar soporte a través de información a los familiares</p> <p>-Desean participar más en el proceso de atención a las familias</p> <p>-Desean flexibilizar las normas restrictivas de las unidades.</p>			
<p>Para una UCI abierta más confortable y humana. Es tiempo de cambio. (Escudero, 2014)</p>		<p>-Los familiares piden más tiempo y un horario más flexible.</p> <p>-Está demostrado que el hecho de visitar a los pacientes aumenta el bienestar del paciente, disminuye el estrés familiar.</p> <p>-El hecho de tener un horario de visitas más flexible y amplio permite a los familiares</p>		

		<p>adaptarse a las necesidades del paciente con las obligaciones del trabajo y de otros miembros de la familia, como hijos o ancianos.</p> <p>-Muchas familias quieren participar en el cuidado de los pacientes: en la higiene personal, ejercicios de fisioterapia, toma de comidas, etc. Ofrecer a la familia esta opción tiene grandes beneficios tanto para el familiar como el paciente. Reforzando la proximidad y comunicación con el personal sanitario.</p>		
<p>Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs Política de visitas en unidades de cuidados intensivos: una completa investigación de les UCI's alemanas. (Spreena, 2011)</p>	<p>-Las enfermeras están a favor de un horario de visitas restrictivo ya que consideran que las visitas excesivas por parte de los familiares son perjudiciales para el paciente, ya que por ejemplo no recibirán suficiente descanso ni la atención necesaria.</p> <p>-Demasiadas visitas interferirán en el cuidado de las enfermeras y tendrán un efecto negativo en el funcionamiento de la unidad.</p>	<p>-La presencia de los familiares es un factor positivo que da confort y reduce el nivel de estrés.</p> <p>-Las guías clínicas centradas en el cuidado y necesidades de los familiares recomiendan la implementación de una amplia política de visitas</p>		
<p>Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos delante el efecto del horario abierto</p>	<p>-Las enfermeras justifican la restricción del horario de visitas ya que consideran que interfiere con el cuidado que ellas proporcionan y que la presencia de familiares provoca en el paciente un estrés añadido.</p> <p>-Son las enfermeras las que pueden cambiar las normas en la política de visitas.</p>	<p>Muchas investigaciones demuestran que las familias no están de acuerdo con un horario estricto de visitas y piden más tiempo con el paciente.</p>	<p>-La UCI tiene esta estructura restrictiva ya que se considera que la visita de los familiares añadía un riesgo alto de infección, producida la interrupción del descanso y podría producir cambios fisiológicos como taquicardia,</p>	<p>-El estudio demuestra que más de un tercio de las enfermeras encuestadas no se encuentran con las herramientas necesarias para dar el apoyo emocional y psicológico necesario que las familias necesitan.</p> <p>-También</p>

<p>de visitas a los pacientes y familiares. (Marco, 2006)</p>	<p>-En el estudio realizado en este artículo exponen que todas las enfermeras analizadas creen de forma unificada que los familiares dan soporte emocional a los paciente aumentan su deseo de vivir y no son desestabilizadoras. Pero comentan que esto también depende de las características del paciente y de los familiares.</p> <p>-Después de realizar el estudio en el artículo determina que las enfermeras piensan que un horario de visitas amplio no aumenta el cansancio de los familiares y tampoco se sienten obligados a estar al lado del paciente al contrario de lo que dice Kirchoff que dice que una UCI abierta produce cansancio en las familias.</p> <p>- Un horario de visitas amplio aumenta la satisfacción profesional.</p> <p>-Después de realizar el estudio determinan que las enfermeras con hijos son más abiertas a un horario flexible de visitas y esto lo otorgan a que están más involucradas emocionalmente con aquellas familias que están pasando un momento estresante.</p> <p>-Resalta la opinión de que los efectos positivos de una UCI abierta depende de la actitud que tienen las enfermeras.</p>		<p>arritmia, hipertensión y ansiedad. Aunque no hay estudios que corroboren que existen estos cambios fisiológicos. Al contrario, sí que hay estudios que señalan que los familiares tienen un efecto beneficioso en la recuperación del paciente.</p>	<p>explican que un horario de visitas abierto es la causa de estrés de muchas enfermeras y es emocionalmente cansado.</p> <p>-Las enfermeras sienten que las familias interrumpen o posponen algunos tratamientos y no ayudan en la realización de los cuidados básicos.</p> <p>-Las enfermeras también se sienten incómodas cuando se sienten observadas por la familia. También comentan que la presencia de los familiares durante largos periodos de tiempo reduce el cuidado y el tratamiento que estas le proporcionan al paciente</p>
---	---	--	--	--

<p>La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. (Errasti-ibarrondo, 2012)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la satisfacción: refieren sentir la necesidad de estar más tiempo con su familiar enfermo, constatándose la necesidad de una mayor flexibilidad y acceso a su ser querido. - Reducción del estrés y de la ansiedad: reduce el nivel de estrés respecto a cifras anteriores. - Satisfacción de las necesidades de la familia: necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas. - Ejercer un rol en el cuidado del paciente: un horario flexible puede ayudar a que el familiar participe en el cuidado del paciente crítico creando más oportunidades para poder educar a los familiares en diversos aspectos. 		
<p>Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study Las visitas flexibles impactaron positivamente en los pacientes, las familias y el personal de una Unidad de Cuidados Intensivos de Australia: un estudio de método mixto antes-después (Michelle, 2017)</p>	<p>Este estudio demuestra que un acceso más amplio de los familiares facilita la comunicación del personal sanitario con la familia.</p>	<p>Las familias tienen miedo de tocar al paciente y sienten miedo de interferir en el tratamiento del paciente</p>		<p>Las enfermeras tienen dificultades para balancear las necesidades del paciente con las del familiar. Y muchas veces dudan de realizar los cuidados a los pacientes cuando los familiares están presentes.</p>

Anexo 3. GUIÓN ENTREVISTAS

3.1. Introducción

Buenos días, somos Paula Mesa y Marina Latorre estudiantes de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.

Estamos realizando el Trabajo de Final de Grado sobre la flexibilización del horario de las UCIs, ya que haciendo una búsqueda bibliográfica previa nos sorprendió el hecho de que la conclusión que se extrae de muchos artículos científicos sobre este tema es que la proximidad del paciente con la familia proporciona muchos beneficios para sus necesidades y las de la familia. Aun así, son muy pocas las unidades de cuidados intensivos que tengan un horario poco restrictivo.

Queríamos saber la opinión de enfermeras que trabajan en un servicio con un horario flexible respecto a la ampliación de este, cuales creen que son las barreras que aparecieron y qué beneficios destacarían.

3.2. Desarrollo de las entrevistas

Posteriormente pasamos a realizar las preguntas siguientes:

1. ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en esta Unidad de Cuidados Intensivos?
2. ¿Viviste el cambio de ser una unidad con régimen de visitas cerrado a serlo abierto?
3. ¿Qué llevó a la implantación de este cambio? ¿Qué opinabas en ese momento tú de ello?
4. ¿Cuáles han sido los obstáculos que te has ido encontrando con la implantación del régimen de visitas abierto? ¿Y los beneficios? Definir 3 de cada. ¿Y en general el personal sanitario?
5. Actualmente tras haber estado con este régimen de visitas durante un tiempo, ¿Qué opinas

Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo de Final de Grado: Percepción de los profesionales sanitarios respecto al régimen de visitas en la UCI.

Estudiantes: Paula Mesa y Marina Latorre

Universidad Rovira y Virgili

El acceso de las familias a la unidad de cuidados intensivos es un momento de gran impacto emocional que puede ser vivido tanto por las familias como por los pacientes con gran angustia y ansiedad. Los profesionales de las UCIs centran su atención en salvar la vida del paciente y esto, aunque una prioridad, puede hacer que aspectos centrales en el cuidado, cómo atender la incertidumbre familiar o dar apoyo al paciente y familia en el momento en que entran a la unidad, quede en segundo plano o incluso al margen de la atención. Por otra parte el acceso de la familia en régimen de puertas abiertas está cobrando fuerza en nuestro país dada la evidencia de los buenos resultados de esta práctica tanto para el bienestar del paciente como para controlar la incertidumbre y estrés familiar.

Sin embargo, en nuestro entorno, a pesar de la evidencia, la mayor parte de las UCIs continúan con acceso familiar en régimen de visitas. Nuestro objetivo es si las enfermeras pueden estar contribuyendo a la permanencia de esta norma por su percepción del acceso familiar y si esta cambia con la experiencia de puertas abiertas.

En/Na _____
_____ con DNI nº _____ con
funciones de _____ hago constatar que acepto participar en
este trabajo y que he estado informado del objetivo del estudio.

Daré respuesta a las preguntas que se me proponen acerca de mi experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos; además reconozco que es voluntario y que puedo negarme a contestar cualquier pregunta.

Las estudiantes prometen guardar la confidencialidad respecto a las enfermeras. Así se las codifica con la letra E seguido de un número. Se informara que las entrevistas

serán grabadas y transcritas. La información obtenida sólo se utilizará para este trabajo.

Día _____, de _____ del 201_

Signatura del informante

Anexo 5. TRANSCRIPCIÓN Y TABLA DE RESULTADOS

Entrevistada 1

EMIC	ETIC	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
<p>Nos puedes explicar como fue el cambio de régimen de visitas cerrado a un horario flexible?</p> <p>Yo empecé en el 2003 y teníamos un régimen de puertas cerradas. Teníamos un horario a primera hora de la mañana, a las ocho menos cuarto. De un cuarto de hora más o menos. A medio día, los médicos informaban a la familia. Pasaban media horita, y por la tarde volvíamos a tener media hora más. Me fui formando, hice el posgrado de UCI y llegó el momento del máster. Mientras tanto, iba trabajando y veía que nosotros, no se si era por las cualidades de los pacientes que nosotros teníamos, que la gran mayoría son de fuera. Porque nuestro hospital, la población que abarca es un poquito de Tarragona hasta el Arbos.</p> <p>Entonces la población de fuera es muchísima. Es un porcentaje muy alto. Y a demás, si le sumas, que estamos en el centro de la ciudad y que aquí no tenemos parking, ni para trabajadores ni para familiares. Pues claro, se complicaba todo mucho. Entonces, las familias, muchas veces no podían llegar dentro de sus horarios y intentábamos alargar un poquito más. A partir de allí, a mi y a muchas compañeras nos empezamos a plantearnos si deberíamos conocer lo que les pasa o donde viven nuestros paciente y sus familias y empezar a amoldarnos a sus necesidades.</p> <p>A todo esto, esas medias horas, nosotros ya empezamos a estirarlas un poquito más, tres cuartos de hora, una hora. Hacíamos un poco de mas y de menos. Porque siempre en la enfermería hemos considerado que el papel de la familia era una cuestión nuestra, un rol a asumir por nosotras. Medicina siempre estaba allí en paralelo, pero tampoco decía mucha cosa. Justo en el 2008, hice el máster en cuidados intensivos en Bellviche se</p>	<p>La entrevistada explica el horario establecido anteriormente y como, de forma individual, fueron flexibilizando el horario según las necesidades del paciente hasta que se protocolizó. También comenta que la mayoría de población que abarca el hospital no pertenece al centro de la ciudad donde esta establecido, así, es mas difícil para los usuarios poder adherirse a un horario restrictivo.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.2.1. Horario de visitas</p>

<p>me planteó hacer un trabajo de final de máster. Mi planteamiento fue, vamos a saber realmente qué necesitan las familias de nuestra UCI y a ver si podemos hacer algo.</p> <p>Les pasamos unas encuestas, y vimos que realmente una de las necesidades que ellos identificaba como prioritaria era pasar más tiempo con el familiar. Como nosotros ya habíamos empezado a trabajar un poco en eso, y eran cuestiones que se nos habían planteado, decidimos empezar a abrir un poco, pero no directamente.</p>			
<p>Así, no fue una implantación de cambiar un horario con otro?</p> <p>No, fue como muy fluido, muy sutil. Era como pues vamos a ir probando, vamos haciendo, nosotras, un poco trampeando, hasta que llegó el momento que dijimos que realmente lo que estamos haciendo ya podíamos planearlo una UCI, no de puertas abiertas, que no lo es, pero si con flexibilidad horaria. Lo plantemos a dirección de enfermería. Le pareció superinteresante, porque a demás todas las líneas ya iban enfocándose a eso desde el 2008. Ya hace años de esto. Y bueno, medicina, como que no se lo planteamos mucho, sabes, era como una cuestión nuestra. Es que hemos decidido hacer esto.</p>	<p>Comenta que la implantación no fue de golpe sino que fue de forma fluida y dirección de enfermería estuvo muy de acuerdo con la decisión.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>
<p>Vosotras ya lo teníais muy integrado, pero a nivel de institución?</p> <p>A nivel de institución, hay que decir, que tanto la gestión de enfermería, la supervisora de la UCI y la dirección de enfermería, las líneas de trabajo iban mucho por ahí. Porque claro, es muy fácil cuando tu tienes artículos y ciencia que eso produce una mejoría es muy fácil. Ya habíamos ido haciendo cosas. Presentas unas necesidades de la familia en forma de estudio que te está diciendo que tus familias tienen esas necesidades, y lo que quieren es eso. Cuando tu presentas algo a favor del paciente y la familia, es muy difícil que se te pongan en contra. También es cierto que podía haber pasado,</p>	<p>Dice que detectaron que las necesidades de la familias estaban mas cubiertas si se ampliaba el horario de visitas.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio 7.3. Resultado del cambio</p>	<p>7.2.1. Horario de visitas 7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>

<p>pero en este caso no porque la dirección de enfermería y la gestión de la unidad estaba muy a favor de esa línea.</p>			
<p>No había como un grupo de enfermeras que no estuvieran a favor?</p> <p>Si, las resistencias y barreras. Siempre que hay un cambio, hay resistencia y barreras. Todo es un poco la incertidumbre, la inseguridad. Yo creo que trabajas un poco con tu inseguridad. Luego, realmente, no tienes que tener-la. Pero sí que existen esas barreras, porque hay muchos profesionales que, cuantos más años llevan, están como más estancados con el sistema que ya había. La resistencia al cambio es mucho más elevada. No es lo mismo que tu empiezas a trabajar y te dices que mira esto lo estamos implantando. Como tampoco puedes opinar de lo que había antes. Es muy cómodo que cuando tu estas sola haces o deshaces y a lo mejor todos caemos en los errores de que si no tienes a nadie pues hablas de lo que a ti te da la gana mientras estás haciendo ciertas curas. Cuando tienes a la familia presente tienes que tener un poco más de cuidado que es lo que deberíamos hacer siempre. Porque tu tienes un paciente que puede estar sedado, pero está escuchando.</p> <p>Todos esos miedos surgen, y eso al final se acaba cortando cuando impones, y dices, no mira el horario va a ser este. Nosotras decidimos que abríamos del mediodía hasta las 10:30 de la noche. Visita abierta. Siempre controlando la gente que entra, para que esto no parezca la rambla. Pero bueno, había gente que se resistía y decía que cuando este yo los voy a echar. Y es cierto, que la gente al principio es muy reticente al cambio, pero luego, poco a poco te adaptas. Tu como enfermera, como ves los resultados, y luego es una cosa que yo siempre he dicho que el hecho de abrir las puertas o significa que vayas a tener a la familia todas las horas, porque realmente no es así. Hay creencia</p>	<p>La enfermera narra que sí que hubo personas que eran más reacias al cambio. Lo atribuye a la inseguridad de las mismas. Después de implantarse el nuevo horarios todos los miedos fueron disminuyendo. También comenta que el hecho de que estén las puertas abiertas no significa que la familia estuviera ahí todo el rato. Hay familias que te producen más carga de trabajo que otras.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.1.1. Barreras</p> <p>7.3.2. Vivencias enfermeras con relación a los familiares</p>

<p>de que la familia va a estar continuamente interrumpiéndome, preguntando, y molestando y yo no quiero dar explicaciones. Hay familia de todo. Hay familias que no, y hay familias que te dobla la carga de trabajo. Pues bueno, ahí también entras en otros pequeños detalles.</p> <p>Sabes cómo tienes que hacer tu trabajo y tu tienes el poder de decidir. Y hablo del poder, porque salen ahí las relaciones de poder que muchas enfermeras llegan a hacer uso cuando no se debería. Si tu ves que a ti te incomoda para hacer cierta cura, o va a incomodar a la familia, o al paciente, o a quien sea, siempre les puedes decir que salgan un momento y luego vuelvan a entrar. No se trata de ser superrígidos.</p>			
<p>Según qué procedimientos invasivos, lo soléis hacer?</p> <p>Eso depende mucho de la enfermera. De la enfermera y del paciente. Porque si el paciente está despierto es él quien decide. De hecho, es él quien decide si quiere que entre alguien más. Además hay familiares que ya salen si que les digas nada.</p> <p>Yo tengo dicho que si tu estas segura de lo que vas a hacer. Se lo explicas al paciente. Está el familiar, se lo explicas al familiar. Voy ha hacer esto, esto i esto. A mi no me importa que estéis. Yo siempre digo que a mi no me importa que estén. Porque vosotros tenéis todo el derecho de saber que le estoy haciendo a vuestro familia. Y muchas veces son ellos los que no quieren estar simplemente. Pero ellos salen por la puerta y cuando estas les dejas volver a pasar. O familiares que quieren estar para todo, y quieren estar para los cambios posturales y ayudarte. Claro al final, ¿qué derecho tienes tu por encima de ellos?. Ellos son la familia. Yo lo entiendo mucho. Hay gente que le cuesta más entenderlo. Pero allá cada uno. Pero casi todos son prudentes. Piensa que al final son cosas invasivas para el paciente, y el familiar hay cosas que prefiere no verlas.</p>	<p>Quando el paciente está consciente es él quien decide quien lo acompaña y quien no. Ella explica que cuando va ha hacer un procedimiento lo comenta con los familiares y ellos deciden si se quieren quedar o no.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares</p>

<p>Y respecto a la intimidad de la unidad?</p> <p>Lo único bueno es que nuestros boxes son individuales y tienen puerta para cerrar. Entonces si la familia quiere estar dentro de su box con la puerta cerrada no hay ningún problema. Si que es cierto que nosotras dejamos todas las puertas abiertas porque el ruido de las bombas y todo eso es mucho más fácil. Hay familiares que se quedan en las puertas y se quedan de cotillas. Claro que existen esos. Entonces tu tienes que actuar.</p> <p>No da problemas pero tienes que estar más pendiente. Esto es un de las barreras también que las enfermeras detectan que es una carga añadida al trabajo porque tienes que estar pendiente de las demandas de las familias y si que es cierto que muchas veces tienes que estar de guardiana a esto si eso no. Cada persona es un mundo. Hay muchas familias que se meten en un box y te lo tocan todo y les tienes que decir, no por favor, no podéis tocar esto. Por otro lado contrario, hay muchas familias que les hacen masajes a los pacientes, que les hidratan, que les ponen música, que les leen. Claro todo eso son beneficios realmente. Pero también hay familias que ponen muy nerviosos a sus paciente, incluso estado sedados, porque ves las alteraciones a nivel cardiaco, la tensión, etc. Ahí siempre, como enfermera, puedes detectar esta situaciones y decir, oye mira, quizás no deberías decir esto, lo otro, porque le estas alterando. Les explicas, y suelen entenderlo. Les dices oye mira, para ti y para tu familiar es mejor que salgas y descanses un rato. Siempre y cuando utilices las palabras adecuadas, y la finalidad sea hacer el bien tanto a unos como otros. Nunca haces nada para fastidiar al otro, simplemente buscas el beneficio del paciente. Las familias lo suelen entender y además lo agradecen. Y luego lo que os iba a decir. El hecho de que el horario está abierto no significa que las familias estén todo el rato que el horario está abierto. Te sorprenderías de que hay muchas familias que les das la opción de</p>	<p>Explica que la estructura de la UCI permite que se mantenga la intimidad del paciente y así la ampliación del horario de visitas. Hay algunos familiares que están más pendientes de las otras personas que de su paciente, así la enfermera comenta que esto es una barrera ya que tiene que estar pendiente de ello y supone una carga de trabajo añadida. Añade que la mayoría de familias se comportan de forma respetuosa con su familiar y el resto de personas que están en la unidad, pero hay otras que ponen nervioso al paciente o tocan material sanitario. Como enfermera esto supone una carga de trabajo añadida.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.1.1. Barreras</p> <p>7.1.2. Beneficios</p> <p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p>
--	---	---	---

<p>que estén todo el tiempo que ellos quieran y vienen cinco o diez minutos y se marchan.</p>			
<p>En los estudios se comentaba que los familiares tenían más ansiedad al pensar que solo podían ir en un horario en concreto.</p> <p>Claro, es que hay mucha gente que cuando la estancia en la UCI es de días muy cortos. Quizás la gente más cercana tiene permiso y de más, entonces pueden organizarse mejor y pueden ceñir a un horario. Pero cuando la estancia en la UCI se alarga, el resto de la vida sigue y tienes que pensar que el paciente tiene un rol y que la familia también tiene roles que en ese momento cambian. Pero, fuera de ser el familiar del paciente también tienen un rol de padres, de hermanos, de compañeros, de maridos, etc. Lo que más beneficia es que ellos puedan continuar manteniendo esos roles. Si tu les das una flexibilidad en el horario, les estas facilitando un poco su día a día. Al final les estas haciendo un beneficio a ellos y al paciente de forma indirecta, porque cuando vengan pueden venir relajados y sin la tensión.</p>	<p>Comenta que cuando la estancia en la UCI es larga, los roles de la familia cambian. La ampliación del horario de visitas produce que este cambio de roles se disminuya de la menor forma posible.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.2. Vivencia de las enfermeras en relación a los familiares</p>
<p>Consideras que dificulta la labor de enfermería de hecho de que haya un horario más abierto?</p> <p>Lo bueno de cómo funcionamos aquí, que en verdad no se si todas las UCIS funcionan igual, yo creo que el equipo multidisciplinar es lo más importante a la hora de trabajar bien. Cuando pasa una situación de emergencia la enfermera responsable de ese box es la persona que va directamente al soporte de la reanimación cardiaca, ventilatoria o lo que tenga que ser, y el resto de equipo sabemos muy bien qué es lo que tenemos que hacer. Porque sabemos que con dos enfermeras y un médico que están con el paciente es suficiente, y el resto de personal se encarga de hacer salir a la familia. En todo momento, ya que han presenciado eso, se les intenta dar soporte necesario. Igual</p>	<p>La enfermera dice que la ampliación del horario de visitas no supone un problema durante una emergencia, ya que todo el personal sanitario sabe cómo actuar. Todos saben cual es su rol, y que la familia esté allí no lo dificulta.</p> <p>También narra que se hacen excepciones y se deja a los familiares dormir allí o que estén por la mañana.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p> <p>7.3. Resultado del cambio</p>	<p>7.2.1. Horario de visitas</p> <p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>

<p>que cuando tienes un familiar pre exitus, les facilitas todo. Ya no es simplemente la flexibilización del horario a 24h, sino que facilitas que el box sea para ellos. Les das todo lo que esté de tu mano. Y luego, lo que nosotros siempre hacemos, bueno hacemos excepciones dentro de que tenemos esa flexibilización, hay pacientes, sino que es el familiar el que realmente lo necesita, y si que hacemos excepciones. Los dejamos dormir con los pacientes, a veces. Y por la mañana también intentamos hacer excepciones en momentos o pacientes puntuales que vemos que realmente lo necesitan. Que posiblemente lo necesiten todos, pero nosotros detectamos esas familias con más necesidad.</p>			
<p>Cuales eran sus argumentos de las enfermeras que se oponían?</p> <p>Sus argumentos? Sobretudo, que les aumentaban sus cargas de trabajo. Que ellos no estaban allí para estar pendientes de los familiares, que ellos venían a trabajar, a cuidar al paciente. Y claro, nosotros decíamos, es que todo eso lo puedes hacer igual de cómodo. Si está la familia, pues bueno les puedes decir que se salgan unos momentos y dedicarte a hacer las curas que tengas que hacer y no pasa nada. Ellos decían que, entonces las curas las hacías como mucho más rápido por el hecho de no quitarles el tiempo con el paciente y que iba a bajar la calidad existencial.</p>	<p>Dice que los argumentos que tenían las enfermeras opositoras eran las cargas de trabajo. En cambio, ella comenta que no considera que eso le sucediera.</p>	<p>7.1. Vivencia de las enfermeras 7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.1.1. Barreras 7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad.</p>
<p>Y no crees que era un poco porque no se veían capacitados para poder hacer frente al hecho de que estuviera la familia todo el rato allí i hiciera preguntas. Porque es en muchos estudios sale.</p> <p>Sí, y de hecho, además, en todos los estudios que he mirado hay esta contradicción. Cada vez más hay UCIs abiertas y con flexibilidad horaria en los últimos años. Pero te encuentras con esta contradicción de que está evidenciado los beneficios que tiene para el paciente que permanezca la familia</p>	<p>Comenta que es curioso que las evidencias científicas corroboran el hecho de que un horario flexible es beneficioso para los pacientes pero las enfermeras, que son las que más trato tienen con este, sean la más reacias al cambio.</p> <p>Dice que una de las principales causas es la falta de cultura en este tema. Durante la formación se inculca el cuidado al paciente, pero</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras 7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.1.2. Beneficios 7.2.2. Motores del cambio</p>

<p>con ellos. En cambio, el personal de enfermería, que curiosamente somos los que estamos 24h el día y vemos esos beneficios somos los que somos más reacios. Yo creo que no hay esa cultura, porque desde que empiezas a estudiar enfermería la cultura esa, o por lo menos antes, no te la inculcan en los estudios. Es como muy centrado al paciente, y el paciente no es uno, sino todos. Por mucho que hayan asignaturas que te lo explican. Luego en la realidad, ves que tampoco es así. Es inculcar-lo desde la formación y que muchos enfermeros se ven que no tienen la capacidad de comunicarse con las familias, de cómo expresarse y quizás se tendría que formar a los profesionales en ese aspecto para poder sobrellevar eso. Al final es muy fácil, porque creo que la mayoría de profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos sabemos muy bien qué es lo que tenemos que hacer, cómo lo hacemos y cuales son los beneficios que tienen nuestros cuidados tanto para el paciente como para la familia.</p>	<p>no a los familiares y eso produce rechazo hacia ellos, no saber cómo gestionarlos y cómo comunicarse.</p>		
<p>¿Consideras que uno de los momentos más difíciles es cuando el familiar te pregunta si le vas a hacer daño, o si ha a sufrir?</p> <p>Si. Desde mi experiencia, yo siempre le digo a la familia que hay cosas que no son agradables, desde luego que no. Aspirar las secreciones no es agradable para el paciente. Hacer una cura tampoco. Tenemos medicación para poner de forma previa para que todo eso no sea tan agresivo. Y lo haces, y de hecho la familia si esta lo ve. Sabes, entonces, todas estas cuestiones de que si tiene dolor, de si no, la familia te lo plantea, pero quizás te lo plantea las primeras 24/48h porque están en shock, sino los primeros días de contacto. Pero luego esas preguntas ni llegan a darse porque ellos están viendo lo que tu estas haciendo. Entonces como ellos ven lo que haces hay muchas cosas que ya ni se plantean. Y las preguntas que se plantean, yo siempre les digo que les voy a</p>	<p>Explica que hay curas o técnicas que no son agradables para el paciente. No se ha de tener miedo de las preguntas que te hagan los familiares, ya que si no sabes contestar solo tienes que decir a verdad. La enfermera explica que los familiares no te están haciendo un interrogatorio. Solo quieren saber mas información de la que tienen.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras 7.4. La información en la unidad</p>	<p>7.1.1. Barreras 7.1.2. Beneficios 7.4.3. Seguridad de la información</p>

<p>responder hasta donde yo sepa. Yo creo que si la enfermera parte de un punto de humildad con los conocimientos que tiene es más que suficiente. La familia no te va ha hacer un interrogatorio de ayer si tu tienes un master en cuidados. Es un poco el miedo de a ver si me van a preguntar cosas que yo no se. A veces los familiares preguntan conceptos médicos, y no es para saber si tu sabes mas o menos, es simplemente porque ellos han tenido una información médica con unas palabras muy científicas y necesitan que haya alguien que le hable un poco más llano y les haga entender. No les vas a decir ninguna mentira. Les vas a decir lo que sabes. Siempre tienes que tener muy claro cual es tu rol de información. Nosotros les explicamos que también pueden llamar por teléfono.</p>			
<p>Te pueden preguntar información médica?</p> <p>No. Siempre les decimos, y eso es una cosa que nosotras hemos sabido identificar muy bien, y es que, tanto por teléfono como a pie, la información que vamos ha dar es información enfermera. La información medica nosotras no la podemos dar. En caso de que ellos la quieran tienen que quedar con el medico, y quedan si se informan por teléfono o de otra manera. Eso ya es cosa del medico. Pero nosotras siempre vamos a dar información enfermera. Entonces también se tiene que definir desde la formación cual es la información que nosotras podemos dar.</p> <p>Cuando tienes claro cual es tu trabajo y cuales son tus roles y ha partir de ahí que es lo que puedes decir y que no, todos esos miedos se te van. Porque claro, a mi me puede preguntar un familiar porque le pongo un medicamento. Preguntan: esto que le pones que es y tu les dices es un antibiótico. Ellos te pueden preguntar, y este antibiótico para que es? y yo le puedo decir esta antibiótico es, no se que os ha explicado el medico. A ver, que os ha explicado? Ellos dicen pues ha dicho tal. Pues este antibiótico es para esto que os ha</p>	<p>Dice que como enfermera se tiene que saber muy bien cual es la información que puedes dar y cual no es tu competencia. Añade que es muy importante saber cual es tu rol, y a partir de ahí los miedos desaparecen.</p> <p>Por ultimo comenta que realmente la familia que quiere estar con el paciente lo hace y la que no ya se ve que no viene a visitarlo.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p> <p>7.4. La información en la unidad</p>	<p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p> <p>7.4.2. Límites de la información</p>

<p>explicado el medico. Eso se aprende con la experiencia. Por eso, si hubiese algo de formación a la hora de comunicarse, herramientas de comunicación básicamente, seria la clave.</p> <p>Todas esas barreras se eliminarían, porque al final la familia que quiere venir viene y si te pueden dar una carga de trabajo extra, pero el beneficio es mucho mas, y si que te ayudan también. Nosotros, los pacientes que pueden comer, que tienen dieta oral y no pueden comer ellos mismos, dejamos a la familia que entre y que les de la comida. Muchas veces no están informados, pero no pasa nada. Nosotros los dejamos pasar y cuando se les da la información medica, se les hace salir, hablan con el medico y se les deja volver a entrar. Estas cosas alivian la carga de trabajo.</p>			
<p>Como beneficios de poner un régimen de visitas abierto, que dirías?</p> <p>Como beneficio? Para mi, todos. Es verdad, todos. Es beneficioso para el paciente, porque a nivel de mejoría, disminuye la estancia en la UCI, aumenta la rapidez de la recuperación. Es que hay muchísimos beneficios y ha nivel de la familia también. La familia que quiere venir viene y la familia que quiere no venir, no viene, Entonces, no estas obligando a nadie, simplemente estas dando un abanico de posibilidades para que ellos puedan sobrellevar mucho mejor la enfermedad de su paciente.</p> <p>A nivel del personal sanitario hay pros y hay contras, pero yo creo que hay muchísimos mas pros que contras, porque es cierto que hay familias de todo. Hay familias que te producen sobrecarga porque continuamente necesitan información y demandan cuidados y ha veces son importantes y ha veces no y ha veces falta comunicación entre los propios familiares y te preguntan los mismo tres veces pero diferentes personas. Eso al final es una</p>	<p>La enfermera narra que respecto al cambio, todo es beneficioso a nivel profesional y personal. Apunta que como menos positivo son las cargas de trabajo. Considera que se tienen que saber poner limites y separar, porque los familiares pasan mucho tiempo en el box y al final te cogen mucha confianza.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.1.2. Beneficios</p> <p>7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares</p>

<p>sobrecarga, pero yo creo que es un porcentaje muy mínimo. También hay que decir que mi punto de vista es muy pro-familias, entonces veo pocos inconvenientes. No le doy mucha importancia a estos. También te digo que hay de todo. Hi ha veces cuando tienes un paciente que lleva una estancia muy larga necesitas cambiar porque hay puntos que la familia también crea un nivel de complicidad con la enfermera. Continuamente te demanda cuando podrían demandar a todas las enfermeras que hay pero te buscan a ti porque eres de confianza.</p> <p>Los familiares te llaman directamente por el nombre. Al fina no es como una familia pero, crea unos vínculos muy fuertes. Para eso también creo que es muy necesario tener herramientas para poder separar, porque tanto por la familia como por la parte del profesional puede tener esos vínculos. Que a ver, yo creo que la mayoría de los profesionales sabemos separar, pero hay veces que no. Eres humano. Humanizar la UCI también repercute a todos, al paciente, a la familia y a los profesionales.</p>			
<p>¿Si tuvieras que decir tres de cada: tres beneficiosas y tres obstáculos?</p> <p>Malo, ya no en la flexibilización horaria, porque yo incluyo también el tema del teléfono. Como les damos la opción de que llamen las 24 horas, muchas veces les especificamos un poco el horario de las llamadas, simplemente porque no podamos cogerlo. Por ejemplo, por las mañanas, cuando tenemos tareas asignadas con las higienes, pues muchas veces llaman a esas horas y les cuesta tener que llamar dos o tres veces. Eso es un inconveniente. Que las familias puedan estar continuamente llamándote para saber, eso te quita tiempo. Otro inconveniente, es que va todo un poco en las demandas. Porque a veces pita una alarma y salen corriendo del box diciendo que se muere. Eso son inconvenientes. Tu</p>	<p>Comenta que como punto negativo es que las familias tengan un acceso al numero de la unidad, ya que muchas veces llaman y ellas no lo pueden coger porque están atendiendo a los pacientes.</p> <p>Otro inconveniente es que algunas familias tocan ciertos elementos del box que no tendrían que tocar. Eso produce una carga de trabajo añadida.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p> <p>7.4. La información en la unidad</p>	<p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p> <p>7.4.1. Acceso a la información: el teléfono</p>

<p>estas haciendo cualquier otra faena y no estas viendo ese monitor en ese momento y crees que se esta muriendo de verdad. Todo eso pasa por informar bien a las familias y explicarles continuamente.</p> <p>Otro inconveniente es que ha veces te tocan un poco las cosas. Nos hemos encontrado con familiares muy impertinentes y tocan bombas de perfusión, claro, eso es un inconveniente muy grande. Hay que estar muy pendiente. Eso representa mucha carga de trabajo, casi el doble. Suerte que ese tipo de familias están contadas.</p>			
<p>I a nivel cultural, os habéis encontrado algún conflicto?</p> <p>En eso nosotras, a pesar de que hay esta flexibilidad horaria intentamos siempre que el número de familiares que haya sea un máximo de dos personas por box. Para evitar que esto parezca la rambla. También para favorecer la intimidad del paciente. Que puedes tener a dos personas en un box y si es necesario cierras la puerta y ya está, pero no puedes tener 20. Dentro de que la unidad de críticos es una unidad donde hay pacientes que están muy críticos y hay situaciones de todo, no puedes estar pendiente de veinte personas que están hablando. Tenemos pacientes que están despiertos, con un infarto, pacientes que están en coma, con un distres en posición prono. Hay mucha variabilidad. A lo mejor, la familia que está visitando al del infarto está explicando chistes y en otro box la situación es diferente.</p> <p>Nosotras intentamos que el número sea reducido. Puede entrar los familiares que quieran pero siempre el cambio lo hacen en la sala de espera, no aquí dentro. Siempre hacemos excepciones y si en vez de dos son tres pues tampoco pasa nada, siempre y cuando sean prudentes. Y eso, sobretodo que respeten la intimidad de los pacientes.</p> <p>Cuando hay etnias gitanas, o otras culturas, musulmanas y de mas, si que es cierto que ellos entienden el concepto de familia de otra forma.</p>	<p>Explica que tienen muy en cuenta el número de familiares que entran al box y así preservar la intimidad y el descanso de los pacientes.</p> <p>Respecto a las diferentes culturas, la enfermera explica que entienden la familia de forma distinta a la nuestra y eso significa que las dos partes (enfermera y familiares) tienen que adaptarse y entender el otro bando.</p> <p>Dice que donde hay más conflicto es en la sala de espera, porque es donde se acumulan todos los familiares y está capacitada para pocas personas. Pero que normalmente no hay ningún problema.</p>	<p>7.5. Enriquecimiento o en la multiculturalidad</p>	

<p>Entonces, bueno. Intentamos que ellos nos entiendan a nosotros y el funcionamiento de la unidad y que nosotros nos podamos poner un poco en su piel. Es de esas veces que haces un poco mas de excepción.</p> <p>Si son veinte los que están en las sala, pues si tienen que entrar tres o cuatro, se lo permites. Siempre y cuando sean respetuosos con lo demás. Dentro de la unidad no somos tener muchos problemas, hay más problemas en las sala de espera, ya que es una sala acondicionada para nueve boxes, que haya tres/cuatro personas por paciente como mucho. Claro, si vienen veinte familiares y a demás acampan aquí.</p> <p>También te tengo que decir que en relación a cómo gestionar las familias a nuestra gestora le encanta y lo hace muy bien. Eso a nosotras nos da un respiro. Ella nos libera mucho de cargas de trabajo de este aspecto. Al ser un equipo multidisciplinar, la verdad es que en ese aspecto funcionamos muy bien. No tanto así con los médicos, ahora lo tienen más asumido, pero al principio nos ponían muchas barreras y ellos entraban a visitar y eran los primeros que echaban a la familia para pasar en fonendo, pero les molestaba que los familiares les preguntaran.</p> <p>Aquí el médico tiene un despacho, hacen pasar al familiar y informan. Una vez informan, los familiares pasan al box. Ahora, si tienen que informar a la familia dentro del box, lo hacen. O si tienen que pasar visita y el familiar les pregunta explican, y les informan.</p>			
<p>Cuál sería tu opción en general del régimen de visitas abierto? Como lo ves tu?</p> <p>Yo como profesional y como familia estoy muy a favor. Me he encontrado en la situación. En una UCI donde tenía un familiar, era de régimen cerrado y sinceramente cuando lo vi de puertas atrás, es una angustia muy grande. Yo ya tengo los conocimientos y ya sabía realmente el que se podía hacer. Pero te pones en la piel de la gente que no conoce y que es una unidad</p>	<p>La enfermera dice que ella tuvo un familiar en una UCI de puertas cerradas y vio que realmente es una situación muy estresante. Comenta que como profesional y como familiar tener un horario flexible de agradecer y produce una disminución del estrés en una situación que es difícil de por sí.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.2.2. Motores del cambio</p>

<p>hostil y muy instrumentada. Realmente es una unidad de críticos. Tu familia vive o muere en cuestión de minutos. La verdad es que estar allí se agradece mucho, y aunque no entiendas, yo creo que como profesional, ya no por la parte de humanizar, sino que humanizan al profesional sanitario. Porque das una cara de que nosotros también somos personas y la familia lo vive así y ve como tu te involucras, eres empático y capaz de posicionarte en la parte del paciente, en la parte de la familia y cuando te toca, que es la mayoría de tiempo, en la parte del profesional. El vínculo ese que se crea yo creo que es beneficioso para todos. Creo que es muy positivo. De hecho todos los estudios avalan.</p>	<p>También considera que humanizan al personal sanitario ya que la familia ve todo el funcionamiento por dentro de la UCI.</p>		
<p>Pero los muchos estudios que hay muchas UCIs cerradas.</p> <p>Si. Mira, yo, de los 14 años que llevo en la UCI, empecé a ir a congresos, el primero fue en el 2005-2006. Hace ya más de 10 años y ya empezaba a hablar de eso, de las UCIs abiertas y demás. Nosotros somos un hospital pequeño, que no es de referencia y la instauramos en el 2010, la flexibilidad horaria. Fuimos a un congreso en el 2014 y hicimos una presentación de nuestras puertas abiertas, de las necesidades de la familia y del paciente. Se estaba hablando y la evidencia científica existía, y no estábamos aportando nada nuevo, simplemente aportábamos nuestra experiencia y el resto de participantes del congreso lo veían como algo imposible porque sólo veían barreras a la hora de instaurarlo.</p> <p>Es simplemente comenzar a abrir poquito a poquito y al final todo llega a su cauce. Es cierto que es muy importante tener a la dirección de tu lado. Porque si la dirección no opina igual que tu ya puedes presentar estudios, los que tu quieras, y nosotros por esta parte lo vemos muy fácil. Somos un hospital pequeño, supongo que todo esto también influye.</p>	<p>Narra que su hospital fue uno de los primeros que implantaron el horario flexible. Durante el periodo de cambio fueron a diferentes congresos y explicaron su experiencia y las demás instituciones les costaba entender como lo habían hecho.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>

Entrevistada 2

EMIC	ETIC	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
<p>Nos gustaría saber tu opinión del porque se empezó a formar una UCI de puertas abiertas.</p> <p>Trabajo en el hospital desde hace 12 años, desde que acabé la carrera. Estoy muy a favor de la implantación de este plan. De hecho yo fui una de las primeras que implantó el protocolo. Se iba haciendo sin ningún nombre hasta que finalmente implantamos el protocolo. Os cuento un poco.</p> <p>Desde hace 12 años que trabajo en el hospital y siempre, algunas enfermeras, no todas, pero si la mayoría, íbamos modificando el horario, que antes era media hora por la mañana, a las 13h se daba la información medica y después por la tarde de 21h a 22h.</p> <p>Entonces, poco a poco, fuimos alargando el horario del mediodía i muchas veces el de la noche, según las necesidades del paciente. Ya que, hay mucha gente que tiene de referencia nuestro hospital que no son de Tarragona, sino de la provincia, como seria Roda de Bara, Torredembarra... hay mucha gente que no es de Tarragona como te puedes encontrar en el Hospital Joan XXIII. Hay mucha gente dependía de los autobuses, de que lo vinieran a buscar o incluso mucha gente mayor no tenia transporte. Pues claro, poco a poco, te explicaban que no podían llegar, que el autobús venia a las 16h i entonces les decíamos que no se preocuparan que se podía quedar, que yo le cierro la puerta i se puede quedar aquí i no pasa nada. Poco a poco vas haciendo esto ya que a nosotros nos hubiera gustado que tuviéramos a alguien en la UCI que hubiera realizado el mismo trato.</p> <p>Entonces, poco a poco, fuimos viendo, con las compañeras y la jefa que seria interesante trabajar el tema y nos fuimos informado, juntamente con la gestora y hablando de la realización de un protocolo para poder realizar aquello que ya estábamos realizando. Trabajar todos con un consenso.</p>	<p>Explica el horario anterior que comprendía tres franjas horarias distribuidas por la mañana, mediodía i tarde. También explica que el proceso se produjo a causa de que muchos de los pacientes no pertenecían a la ciudad donde esta situado el hospital, así cada enfermera personalizaba según las necesidades de cada familia.</p>	<p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.2.1. Horario de visitas</p>

<p>Creamos un protocolo y de esto hace unos 6 o 7 años.</p> <p>Es un protocolo que podéis consultar en el hospital, enfocado tanto al paciente como a la familia y de la enfermera de la unidad de curas intensivas. El porque de que es bueno tener una flexibilidad horaria.</p> <p>Aunque no es un hospital de puertas abiertas del todo, ya que no abrimos todo el día a los familiares, sino que lo hacemos a partir de la 13h hasta las 22h de la noche. Por la noche tampoco esta abierto.</p> <p>Una vez implantado el protocolo, lo expusimos al resto de compañeras i hubo de todo y diversas opiniones, y que el cambio en si era un poco fuerte desde la perspectiva enfermera. Tu sabias que los familiares venían a cierta hora i te organizabas tus curas i se tubo que hacer un cambio de chip i así tu ahora realizas las curas delante el paciente con toda naturalidad.</p> <p>En menos de un año vimos que la gente se adaptaba y a día de hoy, aunque siempre hay alguna excepción, estamos todos muy contentos con esta implantación.</p> <p>Considero que es de lo mejor que hemos hecho para el beneficio del paciente, de la familia y el nuestro.</p>			
<p>Has dicho que hay gente que le costó más la implantación de este protocolo. ¿Cuáles fueron sus argumentos?</p> <p>Un poco eso que si esta la familia como harán los cuidados, un poco el miedo, no. Si le preguntarán mucho o no, por ejemplo. Claro que pasaba antes, que previamente habían hablado con el doctor y este les había explicar X con sus palabras y evidentemente cuando era una persona mayor que no había entendido con exactitud lo que le había contado el medico en media hora te "atabalaba" con preguntas y quizás era la hora que tú tenías que hacer los cuidados y veías que el tiempo se te echaba encima. Y bueno, era un poco ese miedo, el decir ostras es que no vamos a salir</p>	<p>Comenta que cuando se implantó el protocolo muchas enfermeras eran reticentes porque consideraban que tener a la familia en el box significaba que tendrían mas carga de trabajo. Sobretudo aquellas que llevaban mas años en la profesión. Pero después de la implantación se dieron cuenta que las familias están mas tranquilas porque ven como las enfermeras cuidan del paciente.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p>	<p>7.1.1. Barreras</p> <p>7.1.2. Beneficios</p>

<p>del box. Y bueno al principio decimos, ostras es que tal vez no es así y es lo que nos hemos ido dando cuenta con el paso de los años, al implantar este protocolo, que la gente ya te coge confianza y que eres su persona de referencia con quien confía. Y claro todo esto no ocurría antes, si que te presentabas, pero no te tenían esta confianza, y por tanto, no se sentían tanto seguros.</p> <p>Ahora hay confianza, porque ven lo que haces, ven que lo haces con amor y con cariño. Y esto lo ven, que claro, antes, de la otra manera no lo podían ver. Era un momento tenso y frío, que era, con lo que se quedaban cuando se marchaban a casa. Y ahora están allí, y claro, ven que eres atenta, cariñosa, presente y claro, eso conlleva muchas cosas sin tener que contestar ninguna pregunta, simplemente con verlo.</p> <p>Por otra parte, también les preocupaba que fuera una carga añadida a nuestras tareas, por ejemplo si llevas 3 intubados con sus respectivas familias y tienen muchas preguntas.</p> <p>También encontramos aquellos que llevan muchos años siendo enfermeras y claro no están acostumbradas a este nuevo sistema, pues como ya he dicho antes, eran mas reticentes. A veces los cambios son positivos, y como hemos podido demostrar 6 o 7 años después, pues ha tenido sus frutos.</p>			
<p>Cuál es la parte positiva que encontrarías en esta nueva implantación?</p> <p>A nivel de enfermería considero que aumenta la confianza a nivel de paciente, familia y enfermera. Consensuado mucho con cuidados de enfermería, ya que en relación al paciente creo que es buenísimo porque la presencia de alguien que amas cuando la gente está enferma es importante ya que estás allí encerrado muchas horas, con gente desconocida y con mucho miedo , en caso de que estés consciente, de que te pasará, de lo desconocido. Te tranquiliza, te da confianza, el hecho de tener una cara conocida durante tu estancia.</p>	<p>Dice que tener la familia al lado aumenta la relación enfermera-paciente-familia y les da confianza a la familia para esta tranquilos porque ven que su familiar esta en buenas manos. También dice que en ciertas situaciones, la familia tranquiliza mucho al paciente.</p>	<p>7.1.Vision de las enfermeras</p> <p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.1.1. Beneficios</p> <p>7.3.2. Vivencia de las enfermeras en relación a los familiares</p>

<p>Muchas veces, cuando los pacientes se despiertan, hay delirios o desorientaciones y el hecho de tener una cara conocida los tranquiliza muchísimo, mucho más que muchos fármacos. Es mucho más efectivo.</p> <p>Para la familia, un poco lo mismo, tranquilidad, confianza en el equipo y que sabes que aquellas personas que se quedarán cuidando de tu familiar la conoces y eso es muy positivo.</p>			
<p>Nos podrías decir tu opinión personal?</p> <p>Pues primero decir que las características de nuestra unidad de cuidados intensivos incentiva la implantación de este protocolo ya que es una UCI pequeña, con unos box con puertas y cristales que no son transparentes, por lo que en cierto modo están respetando la intimidad del paciente, aunque haya visitas de otros familiares, con un horario bastante extenso que era una de las cosas que podían preocuparse. También es una uci pequeña, familiar y con poca gente. Una de las intenciones que tenemos es que, por las noches, hoy por hoy no es de puertas abiertas, pero lo queremos cambiar. Por ahora, según las características del paciente y de la familia pues dejamos que algunos familiares se queden a dormir. Y sobre todo en casos de pacientes que están en sus últimos momentos de la vida, dejamos los familiares obviamente que se queden. También en casos de pacientes que son muy jóvenes y dejamos a sus madres que se queden.</p> <p>También os diré que ha habido casos que hemos tenido que decirle a sus familiares que se fuera a tomar un café y que después volvieran. A veces, bueno, la gente se pone nerviosa y eso no es positivo para el enfermo.</p> <p>Por otra parte, cuando las familias son muy numerosas, tenemos la norma, que lo explica todo el protocolo que damos como un tríptico a las familias, que sólo pueden entrar 2 familiares por paciente. Tienes que controlar todo</p>	<p>Narra que la distribución de la unidad fomenta que se pueda producir este cambio de horario. Añade que depende de las características del paciente se deja que el familiar se quede a dormir o venga por la mañana a hacer higienes, etc, pero no como norma. Por ultimo comenta que hay familias que alteran al paciente y tienes que saber detectarlo y remediarlo.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.1.2. Barreras</p> <p>7.1.2. Beneficios</p> <p>7.2.2. Motores del cambio</p> <p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p>

<p>un poco también.</p> <p>Por último, decir que las familias se pueden quedar por la mañana a hacer la higiene en aquellos pacientes que están mas bien y pueden colaborar con nosotros si los pacientes se sienten mejor de esta forma. Bueno, tenemos muchas cosas en mente realmente y a ver si se pueden implantar.</p> <p>Personalmente, me encanta esta idea, sino, no hubiera intentado impulsar un poco este protocolo. Hace unos años cuando, yo era mas pequeña, tuve a mi madre en una de las UCIs de Barcelona que era de puertas abiertas y claro no teníamos transporte, y fui en tren. El horario de visitas ya se había terminado y no se nos dejó entrar. Lo intenté por todos mis medios pero no lo conseguí y no se, desde entonces que me quedé con este recuerdo. Si te metes un poco en la piel del familiar, pues quieres que haya este protocolo. A mi me gusta mucho este aspecto más humanístico del enfermería.</p> <p>Considero que poder llevar a cabo esto es muy gratificante y me da orgullo poder decir que la UCI donde trabajo es de puertas abiertas. Ya que considero que es el sentido de hacer de la enfermería.</p>			
<p>Nos explicaron que los familiares cuando no pueden estar en la UCI pueden llamar por teléfono. Que piensas?</p> <p>Si si, es así. Pueden llamar por la noche o por la mañana cuando realmente no pueden ver a sus familiares. Considero que es bueno para todo el mundo y que está muy bien. Hay familias y familias, como en todas partes, pero realmente a mí me gratifica que puedas tranquilizarlos y que esa ansiedad desaparezca.</p> <p>Es muy poco trabajo añadido, el que haces, ya que realmente estás restando trabajo al personal sanitario que antes tenías que hacer en menos de media hora y tampoco los atendías correctamente.</p> <p>Si tienes algún familiar que llama a unas horas que no lo puedas coger</p>	<p>La enfermera explica que los familiares pueden llamar por teléfono a la unidad y ser informados de la evolución del paciente. Dice que es un trabajo añadido pero que realmente a ella no se supone una carga de trabajo.</p>	<p>7.4. La información en la unidad</p>	<p>7.4.1. Acceso a la información: el teléfono</p>

<p>por culpa de las tareas enfermeras, es tan fácil como decirle que llame mas tarde.</p> <p>Todo va rodado. Al final todo es muy ameno y acaba siendo como algo normal. Todo conlleva a que la UCI sea muy familiar y que todo sea posible.</p>			
--	--	--	--

Entrevistada 3

EMIC	EPIC	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
<p>Puedes explicar como fue el proceso de cambio respecto a una UCI cerrada a una UCI con un horario de visitas flexible?</p> <p>En principio cuando se abrió la UCI, es decir, donde está ubicada ahora, porque antes estaba en una planta de hospitalización, en dos habitaciones. Cuando se implantó la UCI nueva fue cuando me incorpore en la unidad. Era un horario cerrado. Era un horario de media hora por la mañana, al medio día había información medica, a las 5 de la tarde y a las 9 de la noche. A mas a mas del horario cerrado, tenían que entrar con bata. Era un horario cerrado. Era muy restrictivo, hasta con la vestimenta. Los familiares tenían que entrar con bata, y solo podían entrar de 2 en 2.</p> <p>Des de enfermería siempre se había intentado que, aunque eran horarios cerrados, éramos un poco flexibles en el tiempo.</p> <p>Si por necesidad del paciente se tenía que quedar mas tiempo, se quedaba. Y sobretodo, la supervisora, enfermera gestora de allí, de nuestra UCI también favoreció que los familiares estuvieran mas tiempo del necesario. Si el horario de visitas era de media.</p> <p>Si el horario de visitas era de media hora a las 5 de la tarde, a veces era una hora y media que estaban los familiares. El cambio fue impulsado entre el equipo de enfermería y la supervisora. Yo siempre digo que gran parte del cambio fue gracias a la supervisora que ayudo a que lucháramos porque tuviéramos un</p>	<p>La enfermera comenta el proceso de cambio del horario de la unidad. Por necesidades del paciente ya hacen excepciones, pero por parte de la supervisora y por el equipo de enfermería se decidió hacer un protocolo para ampliar el horario. Argumenta que ella siempre ha estado muy a favor de esta implantación, ya que hizo la tesis de su master sobre las necesidades de los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Narra que el proceso de cambio fue de un día para otro y que hubo reticencias por parte de ciertas enfermeras y el colectivo medico.</p>	7.2. Proceso del cambio	7.2.1. Horario de visitas

<p>horario de visitas abierto, sobre todo por la tarde. Por la mañana no, porque por la mañana se realizan la mayoría de tareas: la higiene, la visita de los médicos, cambios posturales, etc. Entonces decidimos que en la mañana no. Los médicos fueron algo reacios a hacer las puertas abiertas. A partir de la hora de la visita médica se abrió la UCI a la familia hasta las diez de la noche. Entonces, se volvió a cerrar. Fue un poco complicado, porque los médicos estaban muy en contra.</p> <p>A nivel del colectivo médico eran muy reacios a tener una UCI de puertas abiertas, pero también dentro del propio personal de enfermería había algo de discordancia, ya que había enfermeras que no les importaba la implantación de puertas abiertas, pero había otras que se sentían más incómodas con el echo de trabajar con la familia, porque no estaban acostumbradas.</p> <p>En mi caso, yo en mi tesina del trabajo de fin de máster, la realice sobre la necesidad de los familiares, es decir, que yo fui una de las que luchó un poquito por eso, porque se pudiera hacer una UCI de puertas abiertas. En mi trabajo, me di cuenta, que una de las necesidades más importantes que tenía la familia era la necesidad de estar con el su ser querido, y la única manera de tener esta posibilidad era la UCI de puertas abiertas.</p> <p>El proceso fue, no fue algo progresivo, sino que pasó de un horario cerrado a un horario abierto. Con todas las consecuencias que posteriormente hubo con el colectivo médico, sobre todo, y con las enfermeras. Ellas decían que se sentían incómodas al hacer las tareas y que estuviese allí la familia.</p> <p>Fue un proceso de un día para otro, de un horario cerrado a un horario abierto, porque no hubo un horario intermedio. Fue algo muy meditado, sobre todo gracias a la enfermera gestora que lo impulsó. Era una de las que favoreció que hubiera este tipo de horario.</p>			
<p>Qué motivo crees que fue el impulsor para pasar de un horario cerrado a un horario flexible?</p>	<p>Considera que la necesidad de proximidad del paciente a sus</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p>	<p>7.1.2. Beneficios</p>

<p>El valorar los familiares. Sobre todo valorar la necesidad que tenían los familiares y la necesidad que tienen los propios pacientes de UCI de estar con su familia. Cuando tú estás ingresado en una planta de hospitalización tienes a tu familia, entonces porque en una UCI no? Sí que todos sabemos que la UCI tiene mucha más tecnología, tiene unos cuidados diferentes a los que se realizan en una planta de hospitalización, pero porque hay que dejar de lado a la familia? Además, hay estudios que dicen que en el propio paciente, el hecho de que su familia esté al lado la ayuda a una mejora más rápida, o que haya esta mejoría que quizás, si no está el familiar costaría más que esta mejoría estuviera.</p> <p>Entonces yo pienso que hay más evidencias que dicen que la familia no es un estorbo, como a veces se puede determinar, sino que puede llegar a ser una ayuda necesaria. El hecho de que la familia esté dentro del box conlleva que tú, como enfermera, tienes que hacer más cuidados de enfermería, porque no sólo tienes que hacer los cuidados al propio enfermo sino que también tienes que cuidar a la familia. Cuando la tienes allí tantas horas debes implicarte y dar una atención diferente. Si no tienes la familia, estos cuidados solo los realizas la media hora que tienen de UCI, el momento de la visita, y esto supone una sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería.</p> <p>Esto es indiscutible. No sólo tienes que cuidar al enfermo, sino que también tienes que cuidar a las personas que lo rodean. Es nuestro trabajo. A nivel de enfermería, el personal es el que hay. Si hay mucho trabajo, a veces se complementa con una enfermera más, pero muchas veces no puede ser. Entonces hay una mayor implicación en los cuidados de enfermería y eso supone un tiempo añadido que tienes que dedicar con ellos. Entra dentro el cuidado global del paciente de UCI, desde mi perspectiva. Supongo que al escogerme a mí, como yo he estudiado mucho este tema, estoy muy concienciada de todo esto.</p>	<p>familiares fue uno de los principales motivos por los cuales se impulsó el cambio del horario.</p> <p>Explica que aunque la familia produce un aumento de los cuidados que se tienen que proporcionar también proporciona ayuda necesaria hacia las necesidades del paciente.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p> <p>7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares</p>
---	--	-----------------------------------	--

<p>Una vez implantado el horario, cuales crees que fueron los beneficios que se han detectado por parte del familiar?</p> <p>El familiar, sobretodo agradece el poder estar junto a su familiar. Y además, yo hice entrevistas para hacer mi tesina y una de las conclusiones que llegué es que dentro de las necesidades que tienen la familia, hay unas de prioritarias y unas de no tan prioritarias. Cuando estas necesidades prioritarias para ellos están cubiertas, pasan a ser prioritarias las que antes no lo eran.</p> <p>En el caso de mi trabajo, una de las conclusiones fue que como la necesidad de proximidad la tenían muy cubierta, porque podían estar con él cuando querían, pasaban a ser prioritarias otras necesidades que en los estudios que yo había estado mirando a mi tesina no eran prioritarios. Y una, por ejemplo, era todo lo que sería la necesidad arquitectónica y la necesidad que tenían de apoyo psicológico no era una de las principales en los estudios previos, porque no estaban cubiertas, por ejemplo, la de la información o el de la proximidad .</p> <p>Entonces, el hecho de que la familia pueda estar cerca de su familiar durante tantas horas, como tienen cubierta esta necesidad, pasan a tener necesidades más prioritarias. O sea, para la familia, el hecho de que puedan estar a su lado les ayuda a nivel emocional, les ayuda a que se impliquen en el cuidado de su familiar y no sólo tienen posibilidad de estar con el paciente durante estas puertas abiertas, sino que si quieren a mitad de la noche llamar por teléfono, también se les da esta posibilidad. Saben que si tienen cualquier necesidad por saber algo de su familiar, pueden hablar con el personal de enfermería que se les atenderá y se les dará esta información. Yo pienso que a nivel del familiar, ayuda a que éste esté más tranquilo, que el familiar tenga más seguridad y pueda acceder y saber de su familiar que está ingresado.</p> <p>Si que, los primeros momentos del ingreso en la UCI, están muy angustiados y sobre todo cuando</p>	<p>La enfermera subraya el hecho de que existen diferentes niveles de necesidades. Cuando las más prioritarias están cubiertas pasan a ser más importantes otras. Así, si la necesidad de proximidad está cubierta otras pasan en su lugar. Se implican en el cuidado del paciente y eso les hace sentir útiles. Ella considera que tener a la familia en la unidad produce un mayor confort y estabilidad para el paciente.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.2. Proceso del cambio</p> <p>7.3. Resultados del cambio</p> <p>7.4. La información en la unidad</p>	<p>7.1.2. Beneficios</p> <p>7.2.2. Motores del cambio</p> <p>7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares</p> <p>7.4.1. Acceso a la información: el teléfono</p>
--	--	---	--

<p>llegan al box y empiezan a sonar alguna alarma, claro, ellos lo ven de forma muy diferentes a la que ellos tienen en mente. Cuando llegan normalmente ven tubos o el respirador y eso les impacta. En ese momento si que están estresados. Quizá, sobre todo, los primeros días, cuando ingresan, es cuando más demanda de atención por parte de enfermería tienen.</p> <p>El desconocimiento hace que tengan todas estas inquietudes, pero una vez ya conocen el entorno, la verdad es que les da tranquilidad y seguridad, Muchas veces se implican en el cuidado de su familiar, en pequeñas cosas que pueden hacer, o por ejemplo si comienzan con la tolerancia oral, les empiezan a dar agua. Los enfermos, por ejemplo, como la UCI del hospital que trabajo no es una UCI especifica, sino que es una UCI polivalente, también tenemos enfermos coronarios, y por ejemplo, por la mañana a la higiene, si el familiar quiere venir a hacerla, puede. Así se sienten útiles también. La implicación que pueden tener en los cuidados los hace sentido útiles y yo pienso que todo eso, les da tranquilidad y seguridad.</p> <p>El paciente, cuando esta sedado e inconsciente, muchas veces, cuando entra el familiar, las constantes se normalizan. Las facciones de la cara, si son duras o tienen facciones de dolor se tranquilizan. Si están conscientes, lo cierto es que les gusta mucho que esté el familiar a su lado, como a cualquier persona que esté en una planta de hospitalización y tienen su familiar junto todo el rato. Yo pienso que para el paciente es bueno porque tienen al lado una persona que no es desconocida. Tienen a su lado una persona que conocen. Eso tranquiliza y da una seguridad. Pienso que esto favorece que la recuperación sea mucho mas rápida.</p> <p>Es una impresión mía, pero, muchas veces el momento en que esta la familia es cuando ves realmente a las constantes, el confort, el dolor. Pienso que esto es muy útil para el paciente. Que pueda tener todas estas cosas que el reconfortan a nivel de entorno y de proximidad con la familia. Cualquier ingreso</p>			
---	--	--	--

<p>hospitalario, sea donde sea, es una alteración de tu rutina y ambiente. Yo pienso que si desde enfermería se favorece que este entorno y ambiente sean lo más similar de lo que tienes en casa, ayudará siempre a un recuperación, bienestar y confort de la persona.</p>			
<p>Nos puedes decir algún inconveniente o barrera referente al cambio?</p> <p>Primero te lo digo desde mi perspectiva. Al principio, me era muy raro tener a la familia allí para hacer todo. Era extraño porque nunca había tenido la familia tanto tiempo a mi lado, no? Era extraño en el sentido de que, ibas a hacer cualquier cosa y, normalmente cuando entrabas al box no había nadie, entonces tú te organizas, hablas, etc.</p> <p>Cuando estaba la familia, era como un sobreesfuerzo de pensar, ahora tengo que hacerlo bien porque está la familia observando, esta viendo lo que yo estoy haciendo a su familiar, y si lo hago mal? Como me juzgarán, o que dirán? Al principio era un poco de sobreesfuerzo pensar que la familia estaba allí. No era cambiar la manera de trabajar, pero de hacer las cosas bien hechas para que no vieran que estás haciendo algo mal.</p> <p>Esto es como cualquier cambio, o sea tienes que tener tu proceso de adaptación y en mi caso tuve que tener este proceso. Actualmente, cuando entro y está la familia no me supone nada. Hablo igual, trabajo igual, y lo hago igual que lo haría si no estuviera la familia. Ya no tengo que pensar que está la familia. Ahora, todas estas cuestiones que estaban en mi cabeza no están. Cuando entro al box, es igual que esté la familia.</p>	<p>La enfermera explica que al principio de abrir el horario de la UCI consideraba extraño el hecho de que estuvieran tanto tiempo los familiares. Se cuestionaba si la familia la juzgaría. Pero esto entra dentro del proceso de cambio. Expone que actualmente no le importa que esté la familia allí.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p>	<p>7.1.1. Barreras</p>
<p>Si esta la familia te sientes juzgado, no?</p> <p>Yo pienso que entra dentro de lo que es el proceso de adaptación a cualquier cambio. Aunque yo fui una, no una de las impulsoras, pero fui una de las que, desde siempre defendió las puertas abiertas, sin embargo me costó mi proceso de adaptación. Desde la nueva implantación del nuevo horario, los familiares entraban sin bata.</p> <p>Bueno, entrar sin bata ya entraron antes de hacer las puertas abiertas y</p>	<p>Comenta que la implantación del nuevo horario produjo un proceso de adaptación, como el que se crea cuando se produce cualquier cambio. Añade que ella, siempre antes de hacer una técnica, les pregunta a los familiares si quieren estar, porque considera que están en su derecho de decidir si se quieren quedar o no.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>

<p>te preguntabas como se que entran sin bata? Te lo cuestionaban. Cuando ya abrieron las puertas abiertas, entrabas a ver las constantes de las seis de la tarde, nunca había estado allí la familia, y te preguntabas como es que está aquí la familia. Eso fue uno de los procesos de adaptación. Actualmente no me supone nada, al contrario, a veces soy yo la que va a buscar a la familia. Si que, depende de la tarea que estamos realizando y quizás le pido a la familia que salga un momento.</p> <p>Por ejemplo, si vamos a realizar un cambio postural, normalmente no lo hago con la familia dentro. Porque claro, debes revisar puntos de presión. Aunque no quieras, lo destapas. Cerramos la puerta y le decimos a la familia que salga. Pero lo primero que hago justo al terminar el cambio postural es ir a buscar a la familia, y la familia lo recibe bien. Si tú, a la familia, les dices salid un momentito que vamos a hacer cualquier cosa, la familia sale, y lo tiene muy integrado. Después vuelven a entrar y no hay ningún problema. Hay tareas que al principio hacía siempre sin la familia y ahora no me resulta molesto que estén allí. Si que les pregunto si quieren estar o no. Por ejemplo, la espiración de secreciones. A mí no me importa hacerlo ante el familiar, no tengo ningún problema.</p> <p>Pero claro, implica que el reflejo toxigénico de la persona, la estimulas, tose y pitan las alarmas. Para ellos les supone un problema. Entonces yo les pregunto si voy a hacer esto, si quieren estar o no quieren estar. Si me dicen que no, se van y si me dicen que si, espiras las secreciones tranquila aunque estén los familiares delante. Ya digo, ha habido un proceso de adaptación, y que ahora, hoy en día, hay muchísimas cosas que me costaban que ahora no me cuestan. Se que ya forma parte dentro de mi rutina de trabajo.</p> <p>Las haces sin problemas aunque esté la familia o no. Pero eso si, siempre pido a la familia si se quiere quedar o no, pero hay tareas especificas que siempre les pido que se vayan como</p>			
---	--	--	--

<p>son los cambios posturales porque somos mucha gente: el celador, el auxiliar, yo, etc. Yo les digo que esperen un momento fuera.</p>			
<p>Referente al rol de la enfermera-familia, crees que abrir la UCI se han tenido que poner mas limites?</p> <p>Yo pienso, ahora me iré más a la parte filosófica. Pienso que como rol de enfermera debe ser igual, esté la familia como no esté. Lo único que, la familia, lo que te hace es demandar más cuidados. El hecho de demande mas cuidados supone que tú tienes que hacer una mayor implicación y tienes que dedicar parte de tu tiempo a hacer cuidados con esta familia.</p> <p>Si eres una enfermera novel, todo esto te costará más que si eres una enfermera experta. Y esto mismo lo dice Patricia Benner en su teoría. Explica que es la experiencia de enfermería de novato experta, y las necesidades que tiene una enfermera más novato y las que tiene una enfermera más experta. Entonces, si eres más novel, necesitarás más límites. Necesitas protocolizarlo todo y no salirte de allí porque tienes que aprender.</p> <p>Cuando eres más experta los protocolos, no es que pases, porque ya los tienes innatos, pero te dedicas mas a otras cosas. Una de esas es la implicación con tu tarea y con tu rol de enfermera. Cuando te implicas en tu rol de enfermera, entiendes que a la familia no tienes que ponerle límites en el sentido de que tienes que ayudarles a que estén bien. ¿Qué límites se los puedes poner a la familia, que no te pregunten tano? No le puedes poner este límite porque si te preguntan es porque tienen necesidad de saber. ¿Qué límite les puedes poner? ¿Qué no te digan cosas? Se que entra dentro del cuidado de enfermería que la familia te pregunte y te tenga como referencia.</p> <p>Llegar a hacer una amistad con la familia? Pues puede ser, porque somos humanos y si un enfermo hace mucho tiempo que está en la UCI y están allí los familiares, hay una implicación. No como una amiga de toda la vida, pero una implicación más de amistad. Yo pienso que es</p>	<p>La enfermera considera que la ampliación del horario de visitas produce que tengan que implicarse más hacia los familiares porque demandan más cuidados.</p> <p>Explica que poner límites a los familiares depende del grado de experiencia que tengas respecto a la profesión. Añade que estos límites son personales de cada enfermera, y considera que solo los tienes que poner si algún tema o situación te afecta a ti personalmente.</p>	<p>7.1. Visión de las enfermeras</p> <p>7.2. Proceso del cambio</p>	<p>7.1.1. Barreras</p> <p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p>

<p>buena, no es mala, a no ser que a ti te perjudique. Que a ti te suponga alguien a nivel personal que no quieres tener, pero sino porqué? Además de que, os contaré una anécdota que pasó el otro día.</p> <p>El otro día estábamos trabajando, sábado por la tarde, trabajé en la UCI. Uno de mis compañeros no encontraba lugar para estacionar el coche, ya que para aparcar cerca del hospital es muy complicado. Metió el coche justo delante del hospital, que está la carga y descarga. Desde la UCI vemos los coches, y de repente vemos la policía que estaba metiendo multas. El enfermero bajó corriendo a decirles que un momento, que no encontraba aparcamiento, pero que ahora lo sacaba. Pero claro, él estaba trabajando y no podía salir. El marido de una de las señoras que están ingresadas en la UCI, que hace mucho tiempo que está ingresada, entraba por el hospital y le preguntó si le podía moverle el coche. A ver, esto no lo harías con un desconocido.</p> <p>Yo pienso que esto entra dentro de lo que son las relaciones con cualquier persona. Es igual que sea un familiar de una persona de la UCI. Cuando subió el señor de aparcar el coche, estaba muy contento de haber podido ayudar al enfermero.</p> <p>¿Qué límites puedes poner? Yo creo que son los límites que a ti te supongan algo, que a nivel interno o a nivel personal te creen conflicto. Si no te crean ningún conflicto, adelante. Quieras o no, cuando llevas tanto tiempo con la gente, te implicas. Yo pienso que esto no quiere decir que seas más o menos buena enfermera. Es el proceso innato en las relaciones sociales que puedes tener. Es una implicación. ¿Qué límites tienes que poner? Los que a ti te creen conflicto.</p> <p>Como rol de enfermera, habéis cogido una persona que está muy a favor de que la familia esté allí. Quizás otra enfermera diría que se debe mantener una distancia. Yo pienso que el cuidado de enfermería va más allá de una solo trabajo, el cuidado enfermero va más allá. Yo siempre lo digo que soy enfermera siempre, y más cuando trabajo. Cuando estoy con mi hija también</p>			
---	--	--	--

<p>estoy pendiente como si fuera enfermera. O con mi pareja actual, una de las cosas que pasó cuando empezamos a estar juntos ... decía ... es que decía que estaba continuamente pendiente de todo, de si falta algo, de sí no falta, etc. Pero es mi trabajo y el cuidado en mí, es innato. Es una forma de ser, el ser enfermera. Yo pienso que cuando empiezas enfermería no lo tienes tan claro, y es un trabajo, pero cuando te implicas, te gusta.</p>			
<p>A nivel de intimidad, entre pacientes? A nivel de box, si tienes la puerta cerrada no se ve nada. También tenemos cortinas que se pueden cerrar. Esto yo pienso que también es cultura del cuidado dentro de la UCI. Nosotros cuando hacemos los cambios posturales siempre cerramos la puerta. Cuando vamos a hacer según qué técnicas también cerramos. Pero mientras no estamos haciendo nada, la puerta está abierta y muchas veces los familiares se ponen a hablar allí en medio del pasillo. Qué tienes que hacer? Decir que no lo hagan? Quizás tienen la necesidad de hablar. Están muchas horas en la sala de espera. A mediodía, mientras no les llaman para dar la información están muchas horas allí, y se ven. Si es un ingreso de dos o tres días puede que no hay tanta relación, pero a veces hay gente que se pasa meses. Actualmente tenemos un señor que lleva 60 días, y una señora que lleva, también, cuarenta y pico días. Pues, los familiares se conocen. Y que les tienes que decir? Qué no hablen?</p> <p>Si el paciente está inconsciente y la familia permite que entren otras personas en el box, es cosa suya. Yo pienso que depende de cada persona y de cada enfermo. Hay pacientes que siempre te dicen que cierras la puerta. Eso ya te están diciendo que no quieren saber nada de lo que hay en el exterior. En cambio, hay otros que cuando les cierras la puerta se quejan y quieren que la dejes abierta. Actualmente tenemos un señor que lleva una traqueotomía y no puede hablar pero se hace entender. Además, ahora en la UCI, los pacientes tienen unas tabletas que nos pueden decir y comunicar lo que quieren.</p>	<p>Considera que la ampliación del horario de visitas no a afectado a la intimidad de los pacientes.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.2. Vivencias enfermeras en relación a la familia</p>

<p>Hay enfermos que ya te dirán que quieren esto, hay enfermos que no te dirán nada o que cierres la puerta para que no quieren saber nada. Y si están inconscientes, es la familia la que decide. Y sobre todo, a nivel familiar en la sala de espera se hacen muchos vínculos. Vínculos entre los familiares de los pacientes y además cuando son personas que llevan ingresadas mucho tiempo. Si son tres o cuatro días puede que no.</p>			
<p>Respecto a las diferentes culturas o etnias tenéis dificultades en este sentido?</p> <p>Nosotros, cuando ingresan en la UCI, les damos un tríptico de información, los horarios, etc. También se les explica que sólo pueden ser dos personas dentro del box. El problema o diferencia a nivel cultural, no problema, pero nosotros lo podemos ver como un problema porque te supone un cuidado extra. Nosotros alguna vez que hemos tenido un ingreso de etnia gitana se te acumula mucha gente en la sala de espera.</p> <p>Dentro del box suelen entrar de dos en dos. Alguna vez puntual te puedes encontrar cuatro, pero normalmente lo entienden. Cuando suelen haber más problemas es cuando hay una defunción. Entonces si que debe haber una implicación más exagerada y les tienes que hacer entender que hay unas normas y que las cosas deben hacerse de una manera, pero también somos tolerantes. Yo el otro día, el señor que estaba atendiendo, estaban los hijos y tenían que marchar, pero la madre también quería marchar y me preguntaron si podían entrar los tres juntos y les dije que si.</p> <p>Yo pienso que es algo cultural, y como enfermeras también debemos entender las diferentes culturas y los diferentes modos de hacer. Me acuerdo del caso de un paciente que era magrebí, musulmán, y estaba a punto de morir. Los familiares me pidieron que se había de morir mirando a la meca. El primer pensamiento que tuve es que, ni pensarlo porque tenía que hacer un traslado de box en box, y eso era muy costoso. Pero lo hicimos. También me acuerdo de una vez, un</p>	<p>Comenta que las diferentes culturas producen a veces un cuidado extra porque entienden la familia de otra forma.</p>	<p>7.5. Enriquecimiento en la multiculturalidad</p>	

<p>señor estuvo 9 meses ingresado en la UCI. A los seis meses lo cambiamos de box para que viera un lugar un poco diferente. Son pequeñas cosas que puedes hacer para mejorar el confort del paciente. Y aunque te supongan pequeñas cargas de trabajo, pero la familia y el paciente lo agradecen. Igual que si un musulmán no quiere tomar carne de cerdo. Tú lo metes en las dietas y ya esta. Se entender las diferentes culturas, e intentar al máximo adaptarse a estas el máximo posible.</p> <p>Yo pienso que, cuanto más familiares haya, más implicación y más trabajo te supone a ti como enfermera que atiende a aquel box. Pero bueno, es lo que toca en nuestro trabajo y entra dentro de los cuidados del paciente, porque esto supone el cuidado de éste, de la familia, de su entorno, etc.</p> <p>Actualmente, cada vez hay más variedad de culturas y como enfermera tienes que estar al día de estas. Son pequeñas cosas que se pueden hacer y que te suponen un esfuerzo puntual pero que tampoco es algo tan complicada.</p>			
<p>A nivel de riesgo de infección, crees que ha cambiado alguna cosa?</p> <p>No, porque les das todas las pautas. Entran, se lavan las manos, luego se las vuelven a lavar cuando salen. Si tienes alguna aislado, les explicas todas las normas. Los que somos vectores del riesgo de infección somos las enfermeras.</p>	<p>Dice que no considera que la implantación del horario de visitas flexible produzca un riesgo mayor de infección.</p>	<p>7.2. Resultados del cambio</p>	<p>7.2.3. Comportamiento de la familia en la unidad</p>
<p>Por último, ¿cuáles crees que son los planes de futuro? Crees que se abrirá completamente?</p> <p>Nuestra UCI creo que se quedará así. Las UCIs de puertas abiertas normalmente, por la mañana es cuando hay más volumen de trabajo, tareas, higiene, etc. Pienso que el horario se quedará establecido así. La experiencia es buena, no es mala. Se quedará el mismo horario creo yo, pero no se volverá a cerrar la UCI. Mes abierto ya no, porque nos topáramos con el escalón médico, y sería bastante más complicado. Los médicos fueron muy reacios. Considero que el horario que hay actualmente es un equilibrio bueno y</p>	<p>Por último dice que ella considera que el horario de visitas no aumentará, sino que se quedará tal como está.</p>	<p>7.3. Resultados del cambio</p>	<p>7.3.1. Vivencia de las enfermeras</p>

sano.			
-------	--	--	--

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO AL RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI.

Marina Latorre-Toral^a, Paula Mesa-Villarroya^b, Roser Ricomá-Muntané^c.

^{a,b}Estudiante de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

^cProfesora titular de universidad, Facultad de enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

DATOS DE CONTACTO:

- Marina Latorre Toral
- Correo electrónico: marinetalatorre@hotmail.com
- Tlf: 675983870
- C/Camí de l'Aleixar, nº59, Reus 43202 (España)

- Paula Mesa Villarroya
- Correo electrónico: paulamesa13@gmail.com
- Tlf: 670695382
- C/Miramar, nº34, Roda de Berà 43883 (España)

AGRADECIMIENTOS:

A todas aquellas personas que han permanecido a nuestro lado en todo momento a pesar de las dificultades y nos han apoyado, a nuestra familia y amigos, y a la tutora y enfermeras que nos han enriquecido con sus múltiples conocimientos sobre este tema y nos han enseñado la importancia del ser de la enfermería.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS RESPECTO AL RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI.

M. Latorre-Toral, P. Mesa-Villarroya, R. Ricomá-Muntané^a.

^aProfesora titular de universidad, Facultad de enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la opinión que tiene enfermería sobre la puesta en funcionamiento de un régimen de visitas abierto en la UCI y las principales barreras y beneficios que encuentran en ello.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo. Se realizaron entrevistas dialogadas en profundidad a tres enfermeras que vivieron el cambio de una UCI cerrada a una unidad con un horario de visitas flexible.

Resultados y discusión: Las enfermeras exponen las carencias, fortalezas e impedimentos ante la puesta en funcionamiento de un régimen de visitas abierto en una UCI. Coincidiendo con los distintos estudios que hacen referencia a este tema

consideran que tiene efectos muy beneficiosos tanto para familiares, pacientes como personal sanitario y destacan la importancia del vínculo enfermera-familia. Las principales necesidades que se mencionan como las menos cubiertas son la información y la política de visitas.

Conclusiones: Cada día las enfermeras son más conocedoras de los distintos estudios que hablan sobre los beneficios de una extensión en el horario de visitas en la UCI y están a favor de ello. Aun así, muchos de los componentes del personal se muestran reticentes a abrir las puertas alegando la alta gravedad del paciente que encontramos en este tipo de unidades y exceso de carga de trabajo. Consideramos necesario crear una serie de propuestas de mejora que permita a las enfermeras entender mejor esta situación y trabajar en las mejores condiciones posibles.

PALABRAS CLAVE: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), régimen de visitas, familiares, enfermeras, UCI abierta.

ABSTRACT

Objective: To know the opinion that nurses have about the implementation of a regime of open visits in the ICU and the main barriers and benefits found in it.

Methodology: Interpretive phenomenological qualitative study. In-depth interviews were conducted with three nurses who experienced the change from a closed ICU to a unit with a flexible visiting schedule.

Results and discussion: The nurses expose the deficiencies, strengths and impediments to the implementation of an open visitation regime in an ICU. Coinciding with the different studies that refer to this topic, they consider that it has very beneficial effects for both family members, patients and healthcare personnel and highlights the importance of the nurse-family relationship. The main needs that are mentioned as the least covered are the information and the visit policy.

Conclusions: Every day the nurses are more knowledgeable about the different studies that talk about the benefits of an extension in the visiting schedule in the ICU and are in favor of it. Still, many of the staff members are reluctant to open the doors claiming the high severity of the patient that we find in this type of units and excess workload. We consider it necessary to create a series of improvement proposals that allow nurses to better understand this situation and work in the best possible conditions.

KEY WORDS: Intensive Care Unit (ICU), visit regime, family members, nurses, open ICU.

CUERPO DEL MANUSCRITO

QUÉ SE CONOCE:

El acceso de la familia en régimen de puertas abiertas está cobrando fuerza dados los buenos resultados tanto para el bienestar del paciente como de la familia. Pese a ello la mayor parte de las UCIs continúan en régimen de visitas cerrado.

QUÉ APORTA:

Este artículo pretende explorar el pensamiento que tienen las enfermeras de las UCI sobre un régimen de visitas abierto, centrándonos en los motivos que llevaron a la implementación de este nuevo horario, y qué barreras y beneficios pudieron encontrar de ello.

IMPLICACIONES DEL ESTUDIO:

Este estudio remarca la posición del personal enfermero frente a las necesidades de los familiares del paciente crítico y resalta la importancia de la implementación de un régimen de visitas abierto en este tipo de unidades.

INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) 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 que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.¹

El ingreso de un familiar en cualquier área hospitalaria es un factor estresante para toda la unidad familiar, así como para el propio paciente. Debido al impacto de las características propias de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y del impacto social que puede tener un ingreso en una unidad de estas características, el ingreso en una UCI puede ser una de las situaciones más estresantes a las que los familiares pueden verse expuestos.²

Es por esto, que los familiares de los pacientes críticos deben ser considerados también como sujetos que precisan apoyo y cuidados por parte de los profesionales sanitarios, dado que los familiares son unos de los que experimentan mayor índice de sufrimiento, por los sentimientos de amenaza y las dificultades que les puede suponer el afrontamiento del ingreso de un ser querido.²

La UCI es un entorno muy tecnificado en el que las necesidades de los pacientes, familiares y de los propios profesionales que trabajan en esta unidad se dejan de lado para dejar paso a los cuidados más centrados en los aspectos fisiológicos.

Cubrir las necesidades de los familiares, las cuales fueron definidas en 1979 por Molter, es una tarea que no podría realizarse sin un régimen de visitas abierto en este tipo de unidades, y sin el consenso del personal sanitario.³

Este problema nos lleva a plantear 2 preguntas de investigación a las que se tratará de dar respuesta: ¿Cómo repercutirá un horario de visitas más amplio en pacientes y familiares?; ¿Qué opinión y conocimientos tienen los profesionales sanitarios sobre este tema?

Desde estas preguntas pretendemos indagar en la opinión que tienen las enfermeras sobre el régimen de visitas en estas unidades, y conocer qué actitud adoptan frente al tema, puesto que consideramos la implementación de un régimen de visitas abierto, consensuado con los profesionales sanitarios, un aspecto esencial para la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos.

MÉTODO

Diseño: Se ha realizado un estudio piloto; utilizando la metodología cualitativa, que según Taylor y Bogdan⁴ se podría definir como: aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, grabadas o escritas, y la conducta observable. Así, se utilizó la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos y respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados, fenomenológico interpretativo, ya que se intentó entender, comprender y analizar la percepción, vivencia y opinión de las enfermeras respecto a la ampliación del régimen de visitas de la Uci que pasó de ser cerrado a un horario flexible.

Ámbito: el estudio se ha llevado a cabo entre setiembre del 2017 y junio del 2018 con una duración de 9 meses. Ha tenido lugar en un hospital que es uno de los pocos del territorio donde existe una Unidad de Cuidados Intensivos con un horario de visitas flexible.

Los criterios de inclusión fueron: Haber formado parte del equipo de enfermería durante toda la transición del cambio a un servicio con un horario de visitas cerrado a un horario de visitas flexible; haber trabajado más de dos años en la UCI, con un horario de visitas cerrado, antes de que se produjera la transición del cambio; enfermeras que tengan, y hayan tenido durante la transición del cambio de horarios un turno rotatorio.

Los de exclusión fueron: aquellas enfermeras que por motivos personales trabajen exclusivamente y sólo en los turnos de noche y de mañana; enfermeras que sean retenes y trabajen en diferentes servicios, ya que la opinión e información que nos pueden portar puede estar condicionada.

Recogida de datos: La recogida de datos se ha realizado a través de las entrevistas dialogadas en profundidad. En estas, después de hacer una pequeña introducción para presentar a las entrevistadas nuestro estudio y entregar el consentimiento informado, se efectuaron 5 preguntas para poder dirigir las hacia los factores que nosotras queríamos analizar y entender, y así poder lograr nuestros objetivos marcados previamente, pero la intención fue que estas fueran libres de expresar su plena opinión.

Las entrevistas se realizaron en diferentes ambientes: en una sala del hospital, una cafetería y un aula del CRAI. Siempre se buscó la comodidad de las entrevistadas para favorecer el diálogo. La duración de las entrevistas fue aproximadamente de hora, hora y media. La primera fue la más larga, ya que toda la información respecto a la transición de un horario a otro era nuevo para nosotras. En cambio, durante las dos otras entrevistas nos centramos más en la experiencia, vivencia y opinión de las enfermeras, y no tanto en el proceso y funcionamiento de la UCI.

Análisis de los datos: Las entrevistas realizadas fueron grabadas y después transcritas individualmente. A cada enfermera se le dio un número con la letra E delante para distinguirlas (E1, E2, E3) y mantener la privacidad de las entrevistadas. Los resultados obtenidos han sido divididos en categorías y subcategorías. La elección de ellas se ha realizado según la importancia y los objetivos establecidos previamente. Una vez establecidos los temas se ha realizado la interpretación y la discusión de estas basadas en la bibliografía previamente consultada.

Consideraciones éticas: Durante la realización de las tres entrevistas se informó a las enfermeras las normas de confidencialidad que se seguirían, y para “corroborarlo” se entregó un consentimiento informado que fue firmado por estas. En el consentimiento informado se expresó que las entrevistas que se realizaron serían anónimas y confidenciales. Serían grabadas para después realizar su transcripción. Toda la información proporcionada sólo sería utilizada para realizar este estudio y no se mostraría ningún nombre, sea de las enfermeras o del centro sanitario.

RESULTADOS

1. VISIÓN DE LAS ENFERMERAS

En esta categoría se ha indagado en la opinión y la visión de las distintas profesionales de enfermería sobre el cambio producido en el horario de visitas de la una unidad de cuidados intensivos. Así, como las distintas barreras que se han podido ir encontrando en su implementación y los beneficios que ello ha conllevado.

1.1. Barreras

Todas las enfermeras describen haberse encontrado barreras a la hora de implementar este cambio de horario de visitas, algunas de forma más importante, y otras, que se han ido disipando con el paso de los años.

“Sí que existen esas barreras, porque hay muchos profesionales que, cuantos más años llevan, están como más estancados con el sistema que había. La resistencia al cambio es mucho más elevada.” (E1)

Alegan que una de las barreras de las que más importancia se daba era el miedo a un aumento de la carga de trabajo por parte del personal de enfermería. Expresan que muchas de sus compañeras/os les decían que su labor como personal sanitario no era estar pendiente de los familiares. Por otra parte, aclaran que aquellos profesionales que llevaban muchos años ejerciendo les costaba mucho más, pero que se tenía que tener en cuenta que una de las cosas que la familia más necesita y demanda son cuidados.

“Una de las barreras, también, que las enfermeras detectan que es una carga de trabajo.” (E1)

“..También te encontrabas aquellas personas que llevaban muchos años siendo enfermeras/os y no estaban acostumbrados a este nuevo sistema..” (E2).

“...la familia, lo que hace, es demandar más cuidados...” (E3).

Comentan también como una de las barreras principales el hecho de sentirse juzgadas por las familias que estaban en el box. Temían que se les hiciera preguntas que no sabrían responder, así como quedar mal delante de la familia. Lo explican de la siguiente manera: *“Y las preguntas que se plantean...yo siempre les digo que les voy a responder hasta donde yo sepa. Si la enfermera parte de un punto de humildad con los conocimientos que tiene es más que suficiente. La familia no te va a hacer un interrogatorio” (E1).*

“..Si está la familia como harán las curas, un poco el miedo. Si le preguntarán mucho, o por el contrario no...” (E2)

Las tres enfermeras entrevistadas declaran que a día de hoy ya no les importa o molesta que la familia esté en la habitación. No les produce ninguna incomodidad y ya no lo ven como una barrera. Explican que ellas siempre preguntan si los familiares quieren estar durante los procedimientos, y son ellos los que tienen el derecho de elegir.

“Actualmente, cuando entro y esta la familia, no me supone nada” (E3)

1.2. Beneficios

Por otra parte, fueron muchos los beneficios que las enfermeras explican haberse encontrado, aún y las reticencias de distintos enfermeros/as. Comentan los múltiples estudios que hablan sobre este tema y las ventajas que tiene para el paciente que la familia permanezca a su lado durante su recuperación, ya que esta será más rápida. Una vez lo pusieron en práctica, acabaron dándose cuenta de que la familia también era muy importante, y que esto refuerza positivamente al paciente y a sus familiares.

“...en todos los estudios te encuentras con esta contradicción de que está evidenciado los beneficios que tiene para el paciente que permanezca la familia con ellos. En cambio, el personal de enfermería, que curiosamente somos los que estamos 24h al día y vemos esos beneficios somos los más reacios.” (E1)

“Hay estudios que dicen que en el propio paciente, el hecho de que la familia esté a su lado ayuda a una mejora más rápida...” (E3)

Aclaran que un horario más extenso produce un aumento de la confianza de los respectivos familiares hacia las enfermeras. Gracias a esto el familiar tiene menos dudas, y esa carga de trabajo que inicialmente tenían algunos de los componentes del personal sanitario, disminuye. Lo comentan de la siguiente manera: *“Ahora hay confianza, porque ven lo que haces, ven que lo haces con amor y con cariño. Era un momento tenso y frío, con lo que se quedaban cuando se iban a sus respectivos hogares. Ahora, con el simple hecho de ver lo que estamos haciendo no hace falta contestar ninguna pregunta, simplemente con verlo se quedan tranquilos” (E2)*

Por otra parte, citan que dentro de las necesidades de los familiares podríamos definir unas de más prioritarias que otras, en el momento del ingreso de su familiar en la unidad. Una vez estas estarían cubiertas los familiares se tranquilizaran y pasarían a dar importancia a las demás necesidades que en un principio habían dejado en un segundo plano.

“Dentro de las necesidades de la familia, hay unas de prioritarias y otras de no tan prioritarias. Cuando la necesidad de proximidad está cubierta, porque pueden estar con el paciente, pasan a ser prioritarias otras necesidades...” (E3)

Por último, argumentan que las características de la unidad en la que trabajan han incitado a la puesta en marcha de este cambio, ya que es una unidad pequeña y familiar en la que se preserva en todo momento la intimidad del paciente y sus más allegados. *“...nuestros boxes son individuales y tienen puerta cerrada. Si la familia quiere estar dentro del box con la puerta cerrada no pasa nada.” (E1)*

2. PROCESO DEL CAMBIO

En esta categoría hemos indagado sobre el horario de visitas que había anteriormente, como se produjo el cambio y que horario se estableció cuando se decidió crear una UCI con un horario de visitas más extenso. También hablaremos de qué manera se comportan los familiares en la unidad y si estos permanecen mucho tiempo en ella o no.

2.1. Horario de visitas

En este apartado queríamos indagar sobre el horario establecido anteriormente en la unidad y su diferencia respecto al actual. En las entrevistas las enfermeras explican que el horario anterior se regía por tres franjas de media hora de visitas, distribuidas por la mañana, el mediodía y la noche.

“Era un horario cerrado. Era muy restrictivo, hasta con la vestimenta.” (E3)

Con el tiempo se dieron cuenta de que la población que frecuentaba el hospital no vivían en el centro de la ciudad, sino que para llegar, necesitaban desplazarse. Esto

dio pie a que muchas enfermeras, por voluntad propia, hicieran excepciones dependiendo de la situación del paciente y el familiar.

Una de las enfermeras comentan: *“Poco a poco fuimos alargando el horario... según las necesidades del paciente. Ya que hay mucha gente que tiene como referencia nuestro hospital que no son de Tarragona, sino de su provincia, como sería Roda de Berà, Torredembarra... como por ejemplo sí que podrías encontrarte en otros hospitales. Mucha gente que dependía del autobús, que lo vengan a buscar y mucha gente mayor que no tiene medio de transporte.”* (E2).

Se dieron cuenta, sobretodo la supervisora y la enfermera gestora de cuidados, de que era necesario amoldarse a las necesidades de los familiares y decidieron ir ampliando poco a poco el horario de visitas de forma gradual.

Así derivó la UCI flexible actual, que se describe en un horario de visitas de una del mediodía a diez de la noche. Al mediodía el médico pasa parte de las novedades a las familias y después pueden entrar al servicio para estar con su familiar. Durante el horario que la UCI permanece cerrada, por la noche los familiares pueden hacer llamadas al servicio para preguntar sobre el estado de su familiar. Una de las enfermeras comenta que a veces se hacen excepciones en casos concretos y se deja al familiar pasar la noche con el paciente. *“...hacemos excepciones dentro de la flexibilización. Hay pacientes que por la noche precisan que estén acompañados. O a lo mejor no el paciente, sino que la familia es la que realmente lo necesita...”* (E1).

2.2. Motores del cambio

Respecto a que impulsó la ampliación del horario de visitas, las tres expresan diferentes motivos del cambio. La primer entrevistada expresa que la cultura de la familia como parte del paciente no se inculca en la formación y tampoco a gestionar sus necesidades o demandas. *“Yo creo que no hay esa cultura, porque desde que empiezas a estudiar enfermería la cultura esa, o por lo menos antes, no te la inculcan en los estudios....Es inculcarlo desde la formación y que muchos enfermeros se ven que no tienen la capacidad de comunicarse con las familias, de cómo expresarse y quizás se tendría que formar a los profesionales en ese aspecto para poder sobrellevar eso.”* (E1)

La segunda entrevistada comenta una vivencia personal referente a otra UCI de puertas cerradas. Considera que como enfermeras nos tenemos que poner en el lugar del familiar. *“Hace unos años cuando, yo era más pequeña, tuve a mi madre en una de las UCIs de Barcelona que era de puertas abiertas y claro no teníamos transporte, y fui en tren. El horario de visitas ya se había terminado y no se nos dejó entrar. Lo intenté por todos mis medios pero no lo conseguí y no se, desde entonces que me quedé con este recuerdo. Si te metes un poco en la piel del familiar, pues quieres que haya este protocolo.”* (E2).

Por último la tercera enfermera expresa que el motivo del cambio fue darse cuenta de las necesidades de los familiares a través de la tesis de su master, siendo la proximidad con su paciente una de las primordiales a cubrir. Lo expresa de la siguiente forma: *“En el caso de mi trabajo, una de las conclusiones fue que como la necesidad de proximidad la tenían muy cubierta, porque podían estar con él cuando querían, pasaban a ser prioritarias otras necesidades que en los estudios que yo había estado mirando a mi tesina no eran prioritarios.”* (E3)

2.3. Comportamiento de la familia en la unidad

Dos de las tres entrevistadas comentan que el hecho de que los familiares estén con el paciente es positivo, pero que a veces hay situaciones donde los familiares alteran al paciente, sea por el motivo que sea, y es responsabilidad de la enfermera detectar estas situaciones y actuar. Una de ellas explica: *“... ves las alteraciones a nivel cardíaco, incluso estando sedados...”* (E1). Por otra parte, otra enfermera comenta: *“También os diré que ha habido casos en que hemos tenido que decirle a la familia que se fueran a tomar un café y que luego volvieran. A veces, la gente se pone nerviosa por la situación que les está tocando vivir y esto no es positivo para el paciente.”* (E2)

Por último, una de las enfermeras expresa que en ciertos casos los familiares son muy demandantes o manipulan las máquinas que están conectadas al paciente, y eso impide que la enfermera haga su trabajo de forma fluida: *“... también nos hemos encontrado con familiares muy imprudentes y tocan las bombas de perfusión, claro, eso es un inconveniente muy grande”* (E1)

2.3.1. Permanencia de la familia durante los diferentes turnos

El hecho de la ampliación del horario permite normalizar una situación que en ese momento produce un cambio de roles en la familia. Así, esta alteración de la rutina familiar produce que los familiares tengan que dejar sus responsabilidades para atender al paciente. Un horario más flexible permite que los familiares se puedan adaptar mejor a la nueva situación, seguir con sus vidas y a la vez estar más tiempo con su ser querido.

“Cuando la estancia en la UCI se alarga, el resto de la vida sigue y tienes que pensar que el paciente tiene un rol y que la familia también tiene roles que en ese momento cambian. Si tu les das flexibilidad horaria, les estas facilitando un poco su día a día” (E1)

Las tres remarcan el hecho de que muchas familias se implican en el cuidado del paciente de manera que se ofrecen para hacer higienes, darles de comer, hidratarlos, hacerles ejercicios de movilidad, etc. Gracias a esto se produce una disminución de la carga de trabajo que tienen las enfermeras y son pocas las familias que utilizan su tiempo con el familiar de forma contraproducente.

3. RESULTADOS DEL CAMBIO

En este punto se engloba una serie de información sobre las vivencias que han tenido durante este tiempo las enfermeras, tanto a nivel personal como a nivel de familiares, ante la implementación de este cambio en la unidad.

3.1. Vivencia de las enfermeras

Las enfermeras comentan que desde un principio han estado siempre personalmente a favor de esta implementación, y que se han encontrado respaldadas en todo momento por los distintos componentes de la institución. Consideran que cuando algo se implementa para favorecer al paciente es muy difícil no tenerlo en cuenta. Lo expresan de la siguiente manera:

“A nivel de institución, hay que decir, que tanto la gestión de enfermería, la supervisora de la UCI y la dirección de enfermería, las líneas a trabajar iban mucho por ahí porque

claro es muy fácil, cuando tu tienes artículos y ciencia que eso produce una mejoría es muy fácil.” (E1)

Mencionan que no ven la necesidad ni el motivo por el cual deberían dejar de lado a los familiares durante este proceso, ya que como se ha dicho anteriormente, la familia tiene un papel muy importante tanto a nivel de recuperación, como de toma de decisiones y de acompañamiento del paciente.

“...y porque dejar de lado a la familia?” (E3)

En contraste, también aclaran que aún y estar a favor de este cambio en el horario, al principio de su puesta en funcionamiento se encontraron con una situación a la que no estaban acostumbradas. Manifiestan haberse hallado con la necesidad de hacer un sobreesfuerzo al tener la familia delante en todo momento y tener que realizar todos los procedimientos de la mejor forma posible. Esto no les ocurría previamente ya que se encontraban solas.

Por último, una de las entrevistadas explica que delante de cada cambio, hay un proceso de adaptación y que cada persona tiene el suyo. Éste puede durar más o menos. *“El hecho de sentirse juzgado entra en el proceso de adaptación de cualquier cambio... me costó mi proceso de adaptación” (E3)*

3.2. Vivencias enfermeras en relación a los familiares

Dos de las enfermeras entrevistadas exponen los beneficios que se han encontrado en referencia a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos frente a la extensión del horario de visitas. Alegan un aumento de la tranquilidad y la confianza en el personal sanitario, así como la aparición de la sensación de sentirse útiles en el proceso por parte del propio familiar.

“... el hecho de abrir las puertas no significa que vayas a tener a la familia todas las horas, porque realmente no es así.” (E1)

“Para la familia, un poco lo mismo, tranquilidad, confianza en el equipo y que sabes que aquellas personas que se quedarán cuidando de tu familiar las conoces y lo harán bien. Esto es muy positivo.” (E2)

“La implicación que puedan tener en el cuidado los hace sentir útiles y pienso que sobretodo, esto les da tranquilidad y seguridad.” (E3)

Otra de las enfermeras argumenta la parte negativa del proceso. Cita de la siguiente manera, el nivel de complicidad y apego que se forma entre enfermera y familiar durante la estancia del paciente en la unidad y la necesidad de poseer herramientas para poder sobrellevarlo: *“...cuando tienes un paciente que lleva una estancia muy larga necesitas cambiar porque hay puntos que la familia también crea un nivel de complicidad con la enfermera...” (E1)*. Así mismo, piensa que es importante poner límites a la hora de relacionarse con los familiares y pacientes: *“...es muy necesario tener herramientas para poder separar...” (E1)*.

En cambio, otra entrevistada considera que no se tienen que poner límites a la hora de tratar con los familiares, al contrario, expresa que se forman relaciones de amistad porque considera que el ser humano es social de manera innata. Solo piensa que se tienen que poner límites cuando notas que te afecta a ti personalmente. *“Llegar a*

hacer una amistad? Pues puede ser porque somos humanos y si un paciente hace mucho tiempo que está en la UCI y están allí los familiares, pues hay una implicación. No como una amiga de toda la vida, pero una implicación más de amistad. Y yo pienso que es buena, no mala, a no ser que a ti te perjudique personalmente. (E3)

4. LA INFORMACIÓN EN LA UNIDAD

Esta categoría engloba el acceso a la información, como es percibida por las enfermeras y como se tiene que dar. Así, la información se administra en la unidad mediante diferentes vías.

7.4.1. Acceso a la información: el teléfono.

La primera es mediante el teléfono de la unidad que está disponible para los familiares 24 horas del día para administrarles información cuando estos la demanden. Una de las enfermeras considera que esto es un inconveniente ya que requiere un tiempo que podría ser utilizado en los cuidados del paciente. Lo expresa de la siguiente forma: *"...Que las familias puedan estar continuamente llamando para saber como esta... eso te quita tiempo también." (E1)*

Aún así, considera que si se les da la información necesaria y se les explica la rutina diaria eso permite que llamen a las horas que hay menos cuidados y así se les puede atender bien.

En cambio otra piensa todo lo contrario: *"...Pueden llamar por la noche o por la mañana cuando realmente no pueden ver a sus familiares, y considero que es bueno para todos y que está muy bien." (E2).* Y añade: *"Realmente a mí me gratifica que puedas tranquilizarlos y que esta ansiedad y agobio desaparezcan...Si tienes algún familiar que llama a unas horas que no puedes cogerlo por faena enfermera es tan fácil como decirlo y esta persona llamará un poco más tarde." (E2)*

Y la tercera dice: *"si quieren llamar en medio de la noche por teléfono, lo pueden hacer. También se les da esta oportunidad. Entonces yo pienso que a nivel familiar, esto da tranquilidad." (E3)*

7.4.2. Límites de la información

Una de las entrevistadas expone el hecho de que como enfermeras sólo pueden proporcionar al paciente aquella información relacionada con la enfermería. Expone que muchos familiares les demandan información médica o aclaraciones de términos complejos que están fuera de las competencias enfermeras y que ella no puede proporcionar. Así resalta la importancia de la formación respecto a los límites de información enfermera.

"La información médica nosotras no la podemos dar. Eso ya es cosa del médico. Pero nosotras siempre vamos a dar información enfermera. Entonces también se tiene que definir desde la formación cuál es la información que nosotras podemos dar." (E1)

7.4.3. Seguridad de la información

Respecto a la información dada por las enfermeras, las tres anotan que es importante la manera como se da, ya que tiene que ser transmitida con las palabras adecuadas para que la familia pueda entenderlo. También tiene que ser veraz, ya que eso proporciona al paciente un aumento de la seguridad y la confianza, y una disminución de la ansiedad y la incertidumbre. Comentan que como más expliques e informes sobre los procedimientos, técnicas y medicación, menos preguntas harán y estas serán de forma menos insistente.

"Tú no les vas a decir ninguna mentira, tu les vas a decir lo que sabes. Siempre tienes que tener muy claro cual es tu rol de información." (E1)

5. ENRIQUECIMIENTO EN LA MULTICULTURALIDAD

Dos de las entrevistadas hablan sobre las diferentes culturas que te puedes encontrar en la UCI, argumentando que como enfermera tienes que ir con una mente abierta, saber flexibilizar las situaciones y entender que hay ciertos detalles que para ellas son insignificantes pero que para ciertas familias o pacientes puedes cambiarles su experiencia en la estancia de la UCI.

“Intentamos hacer un poco de más y de menos para que ellos entiendan el funcionamiento de la unidad, y para que nosotros nos podamos poner un poco en su piel. (E1)

“Actualmente, cada vez más hay variedad de culturas y como enfermera tienes que estar al día de estas. Son pequeñas cosas que se pueden hacer y suponen un esfuerzo puntual, pero que tampoco es una cosa tan complicada. (E3)

También comentan que una de las etnias que puedes encontrar más a menudo en la UCI es la gitana. Explican que tienen una cultura donde entienden la familia de otra forma: *“cuando hay etnias gitanas u otras culturas, sí que es cierto que ellos entienden el concepto de cultura de familia de forma más amplia” (E1)*. Por esta misma razón se les tiene que explicar aún más que dentro del box solo pueden estar dos familiares por paciente. Dicen que lo entienden a la primera y que hay muy pocas excepciones donde hayan tenido problemas. Aun así en la sala de espera sí que se acumula mucha gente, y esto crea conflicto con las otras familias porque es un espacio pequeño capacitado para acoger a familiares de nueve boxes, deben de haber tres/cuatro personas por paciente como mucho.

“Alguna vez hemos tenido un ingreso de etnia gitana, y se te acumula mucha gente en la sala de espera” (E3)

DISCUSIÓN

Las principales necesidades de la familia que se ven menos satisfechas son la política de visitas y el déficit de información. Otros más considerables y que el personal sanitario suele dar poca importancia son aspectos como el ruido, la iluminación, la comodidad, la intimidad y la adecuación de la sala de espera. Aún y esto, nuestros resultados apuntan a un aumento de la importancia por parte de las enfermeras de las distintas características de la unidad, así como de preservar en todo momento la intimidad del paciente y sus familiares.

Zaforteza y Gastaldo⁷ identifican el miedo que tienen las enfermeras a enfrentarse a una situación que les supone un estrés añadido al que ya tienen con el cuidado del paciente, pues el contacto con los familiares muchas veces se describe como un factor amenazante para su bienestar emocional. Podemos encontrar ciertas semejanzas ya que según las enfermeras entrevistadas, aún y estar a favor de este cambio manifiestan haberse encontrado en una situación a la que no estaban acostumbradas, hallándose con la necesidad de hacer un sobreesfuerzo al tener la familia delante en todo momento y tener que realizar todos los procedimientos de la mejor forma posible. Así mismo, también expresan que delante de cada cambio hay un proceso de adaptación, y que cada persona tiene el suyo.

En distintos estudios se expresa que desde finales de la década de 1990, en España se inicia una corriente de investigación que es crítica con la situación de los familiares en las UCI y aboga por que estas sean más permeables con los familiares. Se detecta una tendencia en los profesionales de enfermería de incomodidad respecto a la problemática de los familiares y el papel que estos profesionales desempeñan en el

proceso de atención.⁸ Aun así, nuestros resultados nos hacen pensar que las enfermeras están concienciadas de que una de las cosas que más demanda la familia son cuidados.

Ahora bien, centrándonos en las necesidades que se destacan como las más importantes y las menos satisfechas por los familiares. De entrada, si nos fijamos en la *política de visitas* percibimos que nuestros resultados no presentan diferencias significativas entre la literatura científica buscada. En general, se destaca un alto régimen de visitas en España muy restrictivo, con una cultura de UCI cerrada, todo y los numerosos estudios que recomiendan una política de visitas abierta y la incorporación de la familia en los distintos cuidados, con todos los beneficios que esto conlleva.⁹ De igual modo, con los resultados obtenidos de las entrevistas, podemos señalar que las enfermeras están concienciadas del régimen de visitas tan restrictivo en el que nos encontramos hoy en día, y conocen las ventajas que tiene para el paciente que la familia permanezca a su lado durante su recuperación. Por todo esto, están a favor de un horario de visitas más amplio y ven en ello múltiples mejoras tanto para paciente, familia como personal de enfermería.

En nuestros resultados y en los artículos analizados, en concreto en el de Escudero y Viña⁶, se señala que no hay ninguna razón por la que se tenga que ser restrictivo en las visitas y se ha demostrado que estas contribuyen al bienestar del paciente, disminuyendo la ansiedad familiar y aumentando la calidad y la humanización de la unidad. Además, evidencian que la necesidad de cercanía al enfermo en casos de situaciones críticas o fallecimiento inminente es aún más necesaria, ayudándoles en el proceso de duelo.

Errasti-ibarrondo y Tricas-Sauras¹⁰ determinan cuatro temas que se incluyen en los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico: *mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente*. Podemos considerar por tanto, necesario favorecer la gradual participación de la familia en el cuidado adquiriendo un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente. Por consiguiente, podemos afirmar que la información que nos proporcionan las enfermeras entrevistadas en el contexto del rol de las familias y de su participación en los cuidados al paciente, se asemeja con la adquirida en la revisión de los distintos artículos.

Respecto a la necesidad de *información*, Pardavila y Vivar¹¹ aluden que es una de las principales necesidades de la familia, de las más prioritarias y la que se ve más afectada en estas unidades. Así mismo, las entrevistadas aclaran la importancia de proporcionar información, y que esta tiene que ser retransmitida con las palabras adecuadas para que la familia pueda entenderlo correctamente. Tiene que ser veraz, ya que proporciona al paciente un aumento de la seguridad y la confianza, y comentan que como más explicues e informes sobre los procedimientos, técnicas y medicación, menos dudas tendrán tanto paciente como familiar.

Se resalta también la importancia de que las enfermeras identifiquen las necesidades que la familia pueda presentar durante el ingreso del paciente adulto en la unidad para poder prestar así un soporte y asesoramiento que disminuya el sufrimiento de los familiares y proporcione las herramientas necesarias para poder afrontar mejor la situación a la que se están enfrentando. Por este motivo es importante crear un buen vínculo enfermera-familia, para poder satisfacer el mayor número posible de necesidades.¹¹

Este vínculo que se establece entre profesionales y familiares del paciente crítico, puede ser muy intenso, y va aumentando dependiendo de la estancia en la unidad.

Las enfermeras de la UCI nos comentan que en ciertos casos los familiares son muy demandantes, tienen un nivel de complicidad y apego muy elevados o manipulan las máquinas que están conectadas a los pacientes, lo que impide que la enfermera haga su trabajo de forma fluida. No obstante, mencionan la necesidad de poseer herramientas para poder sobrellevarlo, y consideran que es inevitable formar relaciones de amistad ya que el ser humano es social de manera innata. Como menciona Hidalgo y Vélez², enfermería puede tener una gran influencia en la satisfacción rápida y eficaz de las distintas necesidades de los familiares, ya que es uno de los profesionales que más tiempo pasa con ellos, esto crea una relación familia-enfermería muy especial dado que los familiares se interesan por los datos cotidianos que enfermería conoce.

Además, Pardavila y Vivar¹¹ acentúan el hecho de que las enfermeras de Cuidados Intensivos han cambiado el foco de cuidado. Así, ha pasado de centrarse en el paciente únicamente a focalizarse en la unidad familiar. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado, que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería. Se vería reflejado de la misma manera en nuestros resultados, ya que las enfermeras entrevistadas piensan que no se puede considerar a la familia como una unidad externa del paciente.

Finalmente, según los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos afirmar que el vínculo con la familia por parte de los profesionales enfermeros cada vez es mejor, va siendo más próximo y de más confianza, superando el papel histórico que encontramos hasta el momento. Ahora bien, del mismo modo que indicó Zaforteza y García⁸ cuando la familia considera que sus principales necesidades no están cubiertas, se refleja principalmente a causa de la falta de cercanía a su familiar. Por este motivo, se podría reiterar que la causa principal de insatisfacción por parte de los familiares del paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos, es la política de visitas.

CONCLUSIONES

En el inicio de nuestro trabajo partíamos de la idea de que la presencia de los familiares aporta grandes beneficios tanto a paciente como a familiar, sin olvidarnos del personal sanitario, llegando al pensamiento de la necesidad de realizar un cambio en el régimen de visitas que encontramos en la actualidad. Nos preguntamos así, si actualmente las enfermeras tienen en cuenta los resultados de los distintos estudios que podemos encontrar sobre las necesidades de las familias del enfermo crítico, es decir, si favorecen la presencia familiar para poderse obtener todos los beneficios descritos. La realidad que encontramos en las enfermeras entrevistadas es que, tanto en rasgos generales y en nivel de publicaciones, están evolucionando hacia una visión y atención más holística de los pacientes, incluyendo por tanto a las familias, y son conscientes de los grandes beneficios que una relación enfermera-familia proporcionan en todo el proceso de la enfermedad. No obstante, aún y teniendo en cuenta todo lo mencionado hasta el momento, encontramos profesionales en esta unidad que no facilitan el establecimiento de este vínculo, y que por tanto, no les parece ni adecuado ni beneficioso.

Se objetiva tanto un cambio a nivel personal de cada enfermera como de la gestión de la unidad, hecho que se ha visto reflejado en la forma de actuar en el día a día.

La estancia en una UCI es un factor estresante donde las principales necesidades que podemos encontrar pendientes de ser cubiertas satisfactoriamente son la política de visitas y la información. Parece ser que la falta de visión holística hacia el paciente produce que las enfermeras dejen de lado el confort de las familias, no muestren

suficiente empatía en los sentimientos que estos presentan (tristeza, angustia, miedo, etc.) y no tengan en cuenta la interrupción de la rutina familiar que supone el ingreso. Enfermería es el responsable de proporcionar información sobre la situación del paciente, es decir, sobre cuidados, confort, evolución y el objetivo de cada intervención. Estos conocimientos proporcionados de manera sencilla, clara y comprensible proporcionan a la familia más seguridad, pudiendo reducir visiblemente el estrés.

Creemos que en este caso la semejanza de las opiniones entre las enfermeras, la gran visión que poseen tanto de la puesta en funcionamiento de este régimen y sus beneficios, como de las múltiples necesidades que tienen los familiares, es una de las posibles causas que han provocado la implementación de este cambio. Todo y la gran demanda por parte de las familias para poder estar más cerca del paciente, la evidencia de que este cambio en la humanización de las UCI es un factor positivo y la visión que las enfermeras entrevistadas poseen, la alta tecnificación y la cultura de la unidad parece que no es suficiente para dar paso a un cambio en el régimen de visitas en las distintas UCIs de nuestro entorno. Nos preguntamos el porqué de esto. Según mencionan las enfermeras entrevistadas y los distintos estudios consultados, el personal de enfermería presenta cierto grado de inquietud, perciben las visitas abiertas como una sobrecarga de trabajo y un aumento del estrés, todo y que la gran mayoría son conscientes de la necesidad de este cambio.

Por lo tanto, este trabajo revela la importancia de la formación y las vivencias personales de las enfermeras de Cuidados Intensivos como motor del cambio, permitiendo así que se identifiquen las necesidades que presenta la familia durante el ingreso del paciente crítico para poder prestar soporte y asesoramiento, atenuando de este modo el sufrimiento de las familias.

A partir de estas conclusiones pensamos en estrategias de mejora para facilitar el cambio creando líneas de trabajo para la confección de UCIs con régimen de visitas abierto, así como impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de la UCI sobre las necesidades de los familiares, las intervenciones dirigidas a ellos, los procesos de duelo, las estrategias de comunicación, etc., que ayuden al profesional a ser consciente de los problemas y las necesidades reales de los familiares, dotándoles de herramientas para el manejo de situaciones de alto contenido emocional.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no muestran ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones [Internet]. Informes, Estudios E Investigación 2010, 130. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
2. Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? Enfermería Intensiva [Internet]. 2003;14(3):109–19. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023990378115>
3. Montenegro, P.A., Farias-Reyes, D., Galiano-Gálvez, M.A, Quiroga-Toledo, N. (2016). Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto [Internet]. Aquichan. 16(3): 340-358. Disponible en: 10.5294/aqui.2016.16.3.6

4. Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós.
5. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera M, González-Vázquez J, Albar-Marín M, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2009;20(2):50–7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909711460>
6. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. *Es tiempo de cambio. Med Intensiva*. 2014;38(6):371–5.
7. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, de Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investig*. 2004;3:1–7.
8. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Albert Miró Gayà J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010;21(2):52–7.
9. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2005;16(2):73–83. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239905733903>
10. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2012;23(4):179–88.
11. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2012;23(2):51–67. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239911000460>
12. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2007;18(3):106–14.

Enfermería Intensiva

INFORMACIÓN PARA EL AUTOR

GUÍA DE PUBLICACIÓN PARA AUTORES

INTRODUCCIÓN

Enfermería Intensiva es una revista de revisión por pares, que publica artículos originales de investigación en intervenciones enfermeras al paciente crítico (unidades de cuidados intensivos, semicríticos, emergencias y urgencias, también del ámbito extrahospitalario). No solo investigaciones en pacientes críticos adultos, también en el recién nacidos, lactantes y niños en sus diferentes ámbitos de atención y cuidado. Su objetivo es promover la mejora del conocimiento mediante la publicación de investigación original y de otros trabajos que puedan ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar su práctica diaria. Este objetivo se corresponde con las diferentes secciones que integran la revista: Editoriales, Artículos Originales, Casos Clínicos, Revisiones Bibliográficas, Cartas al director y Comentarios a artículos de investigación. La revista acepta para su revisión manuscritos multidisciplinares formados por enfermeras, médicos (intensivistas, anestesistas e urgenciólogos), fisioterapeuta nutricionistas y psicólogos principalmente. *Enfermería Intensiva* es el Órgano de Expresión de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y está incluida en Medline/PubMed y SCOPUS.

Tipos de artículo

Editoriales: Reflexiones, críticas o comentarios sobre temas novedosos o controvertidos relacionados con la práctica, la docencia, la gestión o la investigación de interés para los profesionales de enfermería que trabajan en el contexto del paciente crítico. Los editoriales se elaborarán por encargo del equipo editorial de la revista.

Artículos originales: Trabajos de investigación o revisiones sistemáticas que traten de cualquier aspecto relacionado con el cuidado al paciente crítico. Se estructurarán de la siguiente forma: Introducción, Método, Resultados y Discusión. El manuscrito tendrá entre 2000 y 7000 palabras sin contabilizar el resumen, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y figuras. Se podrán presentar un máximo de 6 figuras y 6 tablas. Se incluirá un resumen en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés) con la siguiente estructura: Objetivos, Método, Resultados, Discusión y Conclusiones, con un máximo de 300 palabras.

Casos clínicos: Trabajos fundamentalmente descriptivos de uno o unos pocos casos de excepcional interés, bien sea por su escasa frecuencia, bien por su evolución no habitual o por su aportación al conocimiento en el ámbito de la Enfermería intensiva. No debe superar las 1.500 palabras, sin contabilizar el resumen, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y figuras. Se estructurará de la siguiente forma: *Introducción*, *Descripción del caso* (que incluirá brevemente datos generales, las pruebas diagnósticas realizadas y el diagnóstico médico), *Valoración* de la persona siguiendo un método sistemático y un enfoque enfermero (p. ex. por necesidades), *Diagnósticos* (se recomienda identificar los Diagnósticos Enfermeros según alguna taxonomía enfermera, Problemas de colaboración o Complicaciones Potenciales), *Planificación*

de los cuidados (se puede utilizar la NOC y NICD) *is, cusión* de los resultados y *Conclusiones*. Se admitirá hasta un máximo de 2 tablas y 2 figuras y 10 referencias. También incluirá un resumen de 300 palabras, en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés), siguiendo la siguiente estructura: Valoración, Diagnósticos, Planificación y Discusión.

Revisión bibliográfica: debe aportar evidencia a la práctica clínica enfermera y en particular en el ámbito de los cuidados intensivos. Se estructurarán de la siguiente forma: Introducción, Objetivo, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. La extensión máxima debe ser de 3500 palabras, sin contabilizar el resumen, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas y figuras. Máximo 1 figura y 3 tablas. Se incluirá un resumen en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés), con la siguiente estructura: Objetivo, Método, Resultados y Conclusiones, con un máximo de 300 palabras.

Cartas al director: En esta sección se publicarán observaciones científicas y formalmente aceptables sobre los artículos publicados en la revista. También es un espacio para que los lectores envíen sus comentarios sobre temas de actualidad, en cualquier aspecto relacionado con los cuidados en el contexto del paciente crítico que pueda ser de interés para los profesionales. Extensión: no debe superar las 700 palabras, un máximo de una tabla y una figura y de 5 referencias.

Comentarios a artículos de investigación: En esta sección se presentarán comentarios, sobre artículos relevantes, realizados por expertos en el tema del artículo. El objetivo es fomentar la lectura crítica de artículos y colaborar a la aplicación clínica de los resultados de investigación. La extensión máxima de todo el documento (resumen del artículo original, comentario y bibliografía) debe ser inferior a 2000 palabras.

Otras secciones: La revista incluye otras secciones como, Novedades, Avances técnicos, Informes bibliográficos de libros, Información de la Sociedad de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, etc. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en alguna de estas secciones deberán consultar previamente a la Dirección de la revista.

Envío del manuscrito

Por favor, remita su manuscrito a través de la página web <http://ees.elsevier.com/ei>

Costes de publicación

Esta revista no aplica ningún cargo de publicación.

Idioma

Esta revista se publica en idioma español y en inglés. Los manuscritos pueden enviarse en español o en inglés. Los artículos aceptados en inglés se publicarán traducidos al español en la edición en papel y online de la revista. La revista publicará dos versiones, una en español (formato impreso y online) y otra traducida íntegramente al inglés (formato online).

Listado de comprobación

Este listado le será útil en la última revisión del artículo previa a su envío a la revista.

Consulte las distintas secciones de la presente Guía para autores si desea ampliar detalles de alguno de los puntos.

Compruebe que ha realizado todas las tareas siguientes:

Nombrar un autor de correspondencia e incluir sus datos de contacto (dirección postal, dirección de correo electrónico)

Preparar todos los archivos para su envío:

Manuscrito:

- Contiene la lista de palabras clave
- Todas las figuras y sus títulos correspondientes
- Todas las tablas (con el título, descripción y notas pertinentes)
- Todas las referencias a tablas y figuras en el texto coinciden con los archivos de tablas y figuras que envía
- Indicar claramente si alguna de las figuras requiere impresión a color

Archivos de *Resumen gráfico / Puntos clave* (si corresponde)

Archivos *suplementarios* (si corresponde)

Otros:

- Realizar una corrección ortográfica y gramatical del manuscrito
- Comprobar que todas las citas del texto se hallan en el listado de referencias, y viceversa
- **Obtener los permisos necesarios para el uso de material sujeto a derechos de autor, también para el material que proviene de Internet.**
- Incluir las declaraciones de conflicto de intereses, incluso cuando no hay conflicto de intereses que declarar • Revisar la normativa de la revista detallada en la presente Guía
- Proporcionar sugerencias de revisores incluyendo los datos de contacto de los mismos, si la revista lo requiere

Hallará más información en Atención al cliente.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Ética de la publicación científica

Consulte los enlaces siguientes para obtener información sobre las consideraciones éticas en la publicación científica: [Ética de la publicación científica](#) y [Guía sobre ética de la publicación en revistas científicas](#).

Derechos de personas y animales

Si el trabajo descrito conlleva la participación de personas o animales, el autor debe asegurarse de que se llevó a cabo en consonancia con el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) sobre experimentos con humanos; y los requisitos para manuscritos enviados a revistas biomédicas de la ICMJE. El autor debe declarar en el manuscrito que cuenta con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados. En todo momento debe respetarse el derecho a la privacidad de las personas.

Los experimentos con animales deben adherirse a las directrices del ARRIVE y realizarse de acuerdo con el Acta de 1986 del Reino Unido sobre Animales (Procedimientos Científicos) y las recomendaciones relacionadas de la Directiva UE 2010/63/UE para experimentos con animales, o la guía sobre el cuidado y utilización

de los animales de laboratorio del National Institutes of Health (NIH Publications No. 8023, revised 1978). El autor deberá indicar claramente en el manuscrito que se han seguido estas directrices.

Conflicto de intereses

Todos los autores deben informar de cualquier relación personal o financiera con personas u organizaciones que pudieran influenciar inadecuadamente (hacer parcial) su trabajo. Ejemplos de posibles conflictos de interés: estar empleado por la organización, servicios de consultoría, titularidad de acciones, remuneración, testimonio de experto remunerado, solicitudes/registros de patentes y becas u otro tipo de financiación. Los autores deben hacer la declaración de intereses en dos documentos distintos: 1. Un resumen de la misma en la primera página (en el caso de revistas que realizan una evaluación doble ciego) o directamente en el manuscrito (en el caso de revistas que realizan una evaluación de simple ciego). En caso de que no haya conflicto de intereses, hay que declarar lo siguiente: «Conflictos de intereses: ninguno». En caso de aceptación del manuscrito, esta declaración resumida se publicará conjuntamente con el artículo. 2. Declaración detallada en el formulario de declaración de conflicto de intereses, que se almacenará con los documentos de la revista. Es importante que los potenciales intereses se declaren en ambos documentos y que la información de ambos coincida.

Declaraciones inherentes al envío del manuscrito y verificación

La presentación de un artículo implica que el trabajo descrito no se ha publicado previamente (excepto en forma de resumen o en el marco de una conferencia publicada o una tesis académica -véase el apartado sobre Publicación múltiple, redundante o concurrente' de nuestra página sobre ética de la publicación para más información), que no está en evaluación para publicarse en ningún otro medio, que su publicación está autorizada por todos los autores y expresa o tácitamente por las autoridades responsables de la institución en que se llevó a cabo el trabajo, y que, en caso de aceptarse, no se publicará en ningún otro medio con el mismo formato, en inglés ni en ningún otro idioma, ni siquiera en formato electrónico, sin el consentimiento por escrito del titular del copyright. Para verificar su originalidad, el manuscrito podrá ser examinado mediante el servicio Crossref Similarity Check.

Autoría

Todos los autores deben haber hecho contribuciones sustanciales en cada uno de los siguientes aspectos: (1) la concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos, (2) el borrador del artículo o la revisión crítica del contenido intelectual, (3) la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Cambios en la autoría

Se recomienda a los autores que revisen cuidadosamente el listado y el orden de los autores **antes** de enviar su manuscrito por primera vez. Cualquier incorporación, supresión o reordenación de los nombres de los autores debe hacerse **antes** de que el manuscrito haya sido aceptado y solamente con la aprobación del Editor de la revista. Para solicitar este cambio, el **autor de correspondencia** enviará a la atención del Editor: a) el motivo que justifica la petición de modificación del listado de autores; y b) la confirmación escrita (ya sea por correo electrónico o por carta) de todos los autores manifestando su acuerdo con la incorporación, supresión o reordenación. En el caso de la incorporación o supresión de un autor, debe incluirse también la confirmación del

autor afectado.

El Editor tomará en consideración la incorporación, supresión o reordenación de autores en un manuscrito ya aceptado, solamente si concurren circunstancias excepcionales. La publicación del artículo se detendrá mientras el Editor evalúa la petición de cambios. Si el manuscrito ya estuviese publicado en versión online, cualquier petición de cambio aprobada por el Editor daría lugar a una fe de errores (corrigendum).

Resultados de ensayos clínicos

De acuerdo con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, la revista no considerará publicación previa los resultados presentes en el registro de ensayos clínicos del estudio primario, siempre y cuando aparezcan en forma de tabla o de resumen breve estructurado (menos de 500 palabras). Sin embargo, se desaconseja divulgar los resultados en otras circunstancias (p. ej., en reuniones de inversores) puesto que ello podría poner en riesgo la aceptación del manuscrito. Los autores deben informar sobre todos los registros de resultados que contengan el trabajo remitido o cualquier otro estrechamente relacionado con el mismo.

Descripción de ensayos clínicos aleatorizados

Los ensayos clínicos aleatorizados deben describirse siguiendo las directrices CONSORT. Durante el envío del manuscrito, los autores deben remitir el listado de comprobación de CONSORT, acompañado de un diagrama de flujos que ilustre el progreso de los pacientes durante el ensayo, es decir, reclutamiento, inscripción, aleatorización, bajas y finalización, así como una descripción detallada del procedimiento de aleatorización. El listado de comprobación y una plantilla del diagrama de flujo están disponibles en la página web de CONSORT.

Registro de ensayos clínicos

Para su publicación en esta revista, los ensayos clínicos tienen que aparecer en un registro público de ensayos, según recomienda el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Los ensayos deben registrarse en el momento del reclutamiento de pacientes o bien antes del mismo. El número de registro del ensayo clínico debe incluirse al final del resumen del artículo. Un ensayo clínico se define como un estudio de investigación que asigna futuros participantes o grupos de participantes a una o más intervenciones de salud con la finalidad de evaluar los efectos de las mismas. Se considera intervención de salud cualquiera que modifique un resultado biomédico o relacionado con la salud (por ejemplo, fármacos, operaciones quirúrgicas, dispositivos, tratamientos conductuales, intervenciones dietéticas y cambios en el proceso de atención sanitaria). Se considera resultado relacionado con la salud cualquier parámetro biomédico o relacionado con la salud que se obtenga en pacientes o participantes, como las mediciones farmacocinéticas y los acontecimientos adversos. Los estudios puramente observacionales (aquellos en los que la asignación de intervenciones médicas no depende del investigador) no requieren registro.

Comparta de forma responsable

Consulte como puede compartir los trabajos publicados en revistas de Elsevier.

Fuente de financiación

Le rogamos que indique los datos de la(s) institución(es) que han proporcionado financiación económica para la realización de la investigación y/o la preparación del artículo, así como que describa brevemente el papel que ha(n) desempeñado dicho(s) patrocinador(es) en el diseño del estudio, la recolección, el análisis y la interpretación de los datos, la redacción del artículo o la decisión de enviar el artículo para su publicación. Si no existió ningún tipo de participación, por favor indíquelo también.

Si no se ha recibido fondo alguno, le rogamos que incluya la siguiente frase:

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

Researcher Academy de Elsevier

Researcher Academy de Elsevier es una plataforma de e-learning gratuita pensada para ayudar a los investigadores principiantes y a los medianamente expertos durante su trayectoria profesional. El entorno de aprendizaje de Researcher Academy ofrece varios módulos interactivos, webinaros, guías descargables y otros recursos que lo guiarán durante la escritura del artículo de investigación y en el proceso de revisión por pares. Utilice estos recursos gratuitos para mejorar su artículo y profundizar en el proceso de publicación.

Idioma (modalidad y servicios de edición)

Por favor, asegúrese de que utiliza un inglés correcto y de calidad (se acepta tanto la modalidad americana como la británica, pero no una mezcla de ambas). Aquellos autores que tengan dudas sobre el grado de corrección gramatical, calidad y estilo científico de su manuscrito en inglés pueden utilizar los Servicios de edición en idioma inglés de la WebShop de Elsevier.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con pacientes o voluntarios requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. Cuando un autor desee incluir datos de los casos u otra información personal, o imágenes de los pacientes y de otras personas en una publicación de Elsevier, deberá obtener los permisos, consentimientos y cesiones apropiados. El autor deberá conservar los consentimientos por escrito y, si Elsevier lo solicita, tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos. Si desea obtener más información, consulte la Política de Elsevier sobre el uso de imágenes o de información personal de pacientes u otras personas. A menos que tenga la autorización del paciente por escrito (o, cuando sea necesario, de su pariente más cercano), los datos personales del paciente incluidos en cualquier parte del artículo y del material complementario (incluidos vídeos e ilustraciones) deben eliminarse antes de la presentación.

Envío del manuscrito

Nuestro sistema de envío de manuscritos le guiará paso a paso en el proceso de introducir los datos de su artículo y adjuntar los archivos. El sistema creará un único documento pdf con todos los archivos que conforman el manuscrito para realizar el proceso de revisión por pares. El autor de correspondencia recibirá información sobre el proceso de revisión de su manuscrito a través del email.

Remita su artículo

La dirección de envío de los manuscritos es <http://ees.elsevier.com/ei>

Los manuscritos se separaran en los siguientes archivo(s) *Attach files*, que se incluirán en el sistema en el siguiente orden:

Carta de presentación: Todos los manuscritos deben ir acompañados obligatoriamente de una carta de presentación que indique: 1) la sección de la revista en la que se desea publicar el trabajo; 2) explicación, en un párrafo como máximo, de cuál es la aportación original y la relevancia del trabajo en el área de los cuidados del paciente crítico; 3) y que se han tenido en cuenta las normas de publicación para los autores de Enfermería Intensiva. 4) los autores deberán comunicar en esta carta cualquier asociación comercial que tengan y que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el manuscrito presentado.

Primera página: Se indicarán los siguientes datos en este orden:

- El título completo del manuscrito.
- El nombre y los dos apellidos unidos por un guión (a efectos de su identificación en los índices internacionales) de cada uno de los autores acompañados del grado académico según las abreviaturas que se describen en Manual of Style (American Medical Association, 9th ed.) y la afiliación institucional (nombre del departamento, centro de trabajo o institución). Los más comunes son Registered Nurse para autores que son diplomados/graduados en enfermería, MD para autores que son licenciados/graduados en medicina, Master of Science (MSc o Master of Science in Nursing (MSN) para aquellos autores con título de máster oficial y Doctor of Philosophy (PhD), para los que han defendido su tesis doctoral y han obtenido el grado de doctor por una universidad.
- El nombre y apellidos, número de teléfono, correo electrónico, y la dirección postal completa del autor a quien deba enviarse la correspondencia.
- Origen del apoyo recibido en forma de subvenciones, becas o soporte financiero (si lo hubiera).
- Agradecimientos: sirve para reconocer la ayuda de personas o instituciones que hayan contribuido al desarrollo del trabajo, pero que no tienen la consideración de autores.

(ver también sección "Primera página" mas adelante"

Manuscrito (anónimo): Incluirá, en el siguiente orden:

- El título completo del manuscrito sin las filiaciones de los autores.
- El resumen en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés) y las palabras clave.
- El texto o cuerpo del manuscrito que incluye los diferentes apartados según la sección de que se trate y la bibliografía. Se incluirán las tablas al final de este

documento si el formato es de texto. En caso contrario, deberá de incluirlas en otro documento.

Tablas: si tienen un formato diferente al de texto.

Figuras: siempre van en un archivo aparte.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

Título: El título completo del manuscrito debe de ser conciso pero informativo (se recomienda que no exceda de 15 palabras). No debe incluir acrónimos o abreviaciones.

Resumen y palabras clave: Los manuscritos de *Artículos Originales*, *Casos Clínicos* y *Revisiones Bibliográficas* deberán incluir un resumen que no excederá de las 300 palabras.

En los *Artículos Originales* se seguirá el siguiente orden: *Objetivo/s*, *Método* (diseño, población, muestreo, instrumentos/técnicas de recogida de información, análisis de los datos), *Resultados más importantes* (si es un estudio cuantitativo, se presentará la significación estadística) y *Conclusiones* (1 o 2 derivadas de los resultados). No contendrá información que posteriormente no se encuentre en el manuscrito. Se incluirá un resumen en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés).

En los *Casos Clínicos* se seguirá el siguiente orden: *Introducción*, *Descripción del caso*, *Valoración* de la persona desde un enfoque enfermero, *Diagnósticos* (mencionar como mínimo un diagnóstico enfermero y una complicación potencial o problema de colaboración),

Planificación, mencionando objetivos generales o NOC e intervenciones/NIC (1 o 2 más relevantes), y *Discusión y Conclusiones* (1 o 2 derivadas de los resultados). No contendrá información que posteriormente no se encuentre en el manuscrito. Se incluirá un resumen en el mismo idioma del texto del manuscrito (opcionalmente se enviará en español y en inglés).

En las *Revisiones Bibliográficas* se seguirá el siguiente orden: *Introducción*, *Objetivos y Metodología* (palabras clave y términos MESH utilizados para la búsqueda bibliográfica, así como el período de búsqueda y las bases consultadas, estudios incluidos/excluidos y los motivos), *resultados* (deben presentarse de forma objetiva, sin comentarios y seguir el orden de cuestiones planteadas en los objetivos del estudio), *Discusión* (de los principales hallazgos según los objetivos y resultados, así como discutir las limitaciones de la revisión) y *conclusiones*. Tras el resumen, los autores deberán presentar entre 3 y 12 palabras clave, directamente relacionadas con el tema presentado en el manuscrito. Para las palabras clave en lengua inglesa se utilizarán los términos del Medical Subject Headings (MeSH); en el caso de que se trate de términos de reciente aparición que aún no figuren en el MeSH pueden usarse los nuevos términos. Existe una versión en castellano del MeSH, conocida como el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y que está disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

En un archivo independiente del cuerpo del manuscrito (se creará archivo aparte) y solo para los artículos originales

- **Qué se conoce/qué aporta.** Incluye “Qué se conoce” (un párrafo de unas 40 palabras donde se mencionará qué se sabe hasta el momento sobre el tema estudiado) y “Qué aporta” (un párrafo donde se indicará la aportación específica del trabajo al avance del conocimiento enfermero). Se describirá después de los resúmenes y en una sola página.

- **Implicaciones del estudio:** En un párrafo de unas 40 palabras, se mencionarán las implicaciones más evidentes para la práctica clínica, la docencia, la gestión y/o la investigación enfermera. Se describirá después del apartado “Qué se conoce/qué aporta” en la misma página.

Texto o cuerpo del manuscrito: El texto del manuscrito para Artículos Originales seguirá los siguientes apartados

- **Introducción:** Se mencionará el problema planteado para su resolución, y el marco teórico en el que se sustenta, los antecedentes, la situación actual y la importancia o implicaciones que tiene su solución para los sujetos del estudio y sistema sanitario. Se finalizará con la presentación de lo/s objetivo/s e hipótesis, si es pertinente. Las referencias bibliográficas serán las más actuales e importantes sobre el tema estudiado.

- **Método:** Se deberá describir de forma exhaustiva cómo se ha realizado el estudio, con información suficiente para que otros investigadores puedan replicarlo. Su contenido vendrá determinado por los objetivos planteados.

Diseño: Se mencionará el tipo de estudio realizado, justificando, si es necesario, las razones de la elección.

Ámbito: Se indicará dónde y la fecha de realización del estudio. En el cuerpo del manuscrito no debe aparecer ninguna referencia a los autores ni el centro de realización del estudio. Usar términos generales como Unidad de Cuidados Intensivos. Comprobar que los datos relativos a los autores, su filiación u otra información que permita identificarles solo debe aparecer en la primera página y en la carta de presentación, las cuales no se envían a los revisores.

Sujetos: Se especificará las características de la población estudiada y los criterios de inclusión y exclusión, cómo se calculó el tamaño de la muestra (si está indicado) así como la técnica de muestreo.

Variables: Se definirán todas las variables recogidas. Si es un estudio experimental, se deberá describir de forma exhaustiva la intervención realizada al grupo experimental y control y el tiempo de seguimiento. Si es un estudio cualitativo, se describirán las dimensiones del fenómeno.

Recogida de datos: Se detallará de forma exacta cómo se recogieron los datos (quien los recogió, instrumentos utilizados indicando si están validados y la referencia bibliográfica correspondiente). Cuando se trata de artículos de revisión, se deberá incluir un apartado en el que se describirán los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos.

Análisis de los datos: Se especificará los análisis estadísticos realizados (en estudios cualitativos, se describirá el tipo de análisis cualitativo realizado así como sus etapas) y se mencionará el programa informático utilizado.

Consideraciones éticas: Los autores deben mencionar que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado, así como la aprobación del comité ético.

- **Resultados:** Los resultados deben responder exactamente a los objetivos que se hayan planteado. No se deberá incluir ninguna valoración, interpretación ni comentario de los resultados obtenidos. Se presentarán los resultados en el texto, tablas y figuras siguiendo una secuencia lógica.

Se comenzará con una descripción de los sujetos de estudio (indicando el número total, sus características y las pérdidas, si hubiera), se continuará con el análisis descriptivo de las variables más importantes utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas cuando sigan una distribución normal. Se indicarán también los intervalos de confianza correspondientes. Si hay más de un grupo de estudio, se debe caracterizar cada uno, e indicar las comparaciones entre estos grupos en términos de significación estadística y magnitud de la diferencia y, sobre todo, en términos de relevancia clínica (esta presentación variará si se trata de un estudio cualitativo).

El contenido expresado en las tablas y figuras no deberá estar presente íntegramente en el texto, sí lo más relevante. Las tablas y figuras deberán ser lo suficientemente claras como para poder interpretar los datos sin necesidad de recurrir al texto. Si se utilizan abreviaturas o siglas, se deberán explicar en el pie de la tabla o figura.

Por último, se presentarán los resultados de las pruebas estadísticas inferenciales que deberán acompañarse del valor estadístico y la significación estadística (valor de p), y el intervalo de confianza (cuando sea oportuno). Para indicar el valor de p, es aconsejable no utilizar más de 3 decimales ($p = 0,002$); así, un valor de $p = 0,000001$ se puede expresar como $p < 0,001$.

- **Discusión:** Los autores deberán hacer hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y tendrán que hacer comparaciones con los resultados obtenidos en otros estudios, los cuales irán acompañados de la correspondiente referencia. No se deberán repetir los datos o informaciones ya incluidas en otros apartados (introducción, resultados). También, se deberá mencionar las posibles limitaciones del estudio que pudieran condicionar la interpretación de los resultados.

- **Conclusiones:** Se finalizará con las conclusiones y recomendaciones así como se sugerirán futuras investigaciones. Se deberá relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evite afirmaciones poco fundamentadas y conclusiones insuficientemente avaladas por los datos.

Bibliografía: La adecuación de las citas bibliográficas a las Normas de Vancouver y su exactitud son responsabilidad de los autores. Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

En el texto constará siempre la numeración de la cita en números arábigos volados, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y, si se trata de varios, se citará el primero seguido de la expresión «et al».

Se seguirá la normativa del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en relación a los requerimientos de uniformidad de los manuscritos presentados a revistas biomédicas (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Además se recomienda a los autores, que antes de enviar los manuscritos a la editorial, revisen la siguiente guía:

- Guía SQUIRE (Standard for QUality Improvement Reporting Excellence), Estándares para la excelencia en las publicaciones sobre Mejora de la Calidad (disponible en: http://www.elsevier.es/ficheros/docsrevistas/ENFI_SQUIRE.pdf) Y dependiendo del diseño del estudio que van a publicar comprueben los siguientes checklists, consultables en la página web <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

- Guía CONSORT para los ensayos clínicos

- Guía TREND para los estudios experimentales no aleatorizados

- Guía STROBE para los estudios observacionales

- Guía PRISMA para las revisiones sistemáticas

- Guía COREQ para los estudios de metodología cualitativa. En lo posible, se evitará la inclusión de observaciones no publicadas o comunicaciones personales, salvo que éstas proporcionen una información esencial no publicada, en cuyo caso se cita en el texto, entre paréntesis, el nombre de la persona y fecha de la comunicación. Los originales aceptados, pero aún no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como en prensa, especificando el nombre de la revista, seguido por en prensa (entre paréntesis). Los nombres de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el *Index Medicus*; para ello se puede consultar la “*List of Journals indexed*” que se incluye todos los años en el número de enero de *Index Medicus*. También se puede consultar el Catálogo colectivo de publicaciones periódicas de las bibliotecas de ciencias de la salud españolas, denominado c17 (<http://www.c17.net/>). Si una revista no está incluida en el *Index Medicus* ni en el c17, se tendrá que escribir el nombre completo.

Tablas: Las tablas recogen la información de forma concisa y la presentan de forma eficiente; ofrecen también la información con el grado de detalle y precisión deseados. La inclusión de datos en tablas y no en el texto permite reducir la extensión del mismo.

Se presentarán una en cada hoja, con el título en la parte superior y numeradas con número arábigos, según orden de aparición en el texto. No usar líneas horizontales ni verticales. Dar a cada columna un título breve o abreviado. Los autores deben colocar las cuestiones explicativas en notas a pie de tabla, no el título. Explicar en notas a pie de tabla todas las abreviaciones no habituales.

Se deberá verificar que se cita cada tabla en el texto. Si se usan datos de otra fuente, ya sea publicada o no publicada, obtener el permiso correspondiente y hacer mención completa de las fuentes.

Figuras: Las fotografías y los gráficos, en conjunto, forman las figuras. Se enumerarán de forma correlativa y conjunta siguiendo el orden de primera aparición en el texto con números arábigos. Todas las ilustraciones se presentarán al final del texto en un documento separado del manuscrito.

Se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Si se utilizan fotografías de personas, los sujetos no deben ser identificables, o las imágenes deben acompañarse de la autorización por escrito para utilizar la fotografía. Para más información, consúltese el ICMJE en relación a los requerimientos de uniformidad de los manuscritos presentados a revistas biomédicas (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

ENFERMERÍA INTENSIVA declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

Revisores

Le rogamos que proponga varios revisores potenciales para su artículo, indicando su nombre y dirección de correo institucional. Consulte más detalles en Atención al cliente. Tenga en cuenta que el editor es quien decide en última instancia si utiliza o no los revisores propuestos.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Revisión por pares (peer review)

Esta revista utiliza un sistema de revisión de doble ciego. El editor realiza una primera valoración de los manuscritos para comprobar que encajan con los objetivos de la revista. En caso afirmativo, cada manuscrito se envía por lo general, como mínimo, a dos revisores independientes que evalúan la calidad científica del manuscrito. El editor es el responsable de la decisión final sobre la aceptación o rechazo del artículo para su publicación. Más información sobre tipos de revisión por pares.

Revisión doble ciego

Esta revista utiliza un sistema de revisión doble ciego, lo que significa que tanto autores como revisores son anónimos para el proceso de revisión (Más información). Por este motivo le rogamos que incluya la información siguiente en una página inicial independiente del resto del manuscrito:

Página inicial (con datos de los autores): título, nombre, filiación de todos los autores, agradecimientos, Declaraciones de conflicto de intereses de todos los autores, dirección postal completa y correo electrónico del autor de correspondencia. *Manuscrito cegado (sin autores):* el cuerpo del manuscrito (con las figuras, tablas, referencias y agradecimientos) no deberá incluir ningún tipo de identificación de los autores ni tampoco sus filiaciones.

Procesador de textos

Es importante que guarde el manuscrito en el formato nativo del procesador de textos que utilice. El texto debe estar presentado en una sola columna y de la forma más sencilla posible. Tenga en cuenta que la mayor parte de los códigos de formato serán eliminados y sustituidos durante el proceso de edición del artículo. En concreto, no utilice las opciones de justificación de texto o de partición automática de palabras. Puede utilizar negrita, cursiva, subíndices y superíndices o similares. Si prepara las tablas con la herramienta del procesador, utilice una única cuadrícula para cada tabla individual, pero no para cada una de las filas. Si no utiliza cuadrícula, alinee cada una de las columnas mediante tabulaciones, pero nunca mediante espacios. El texto electrónico debe prepararse de forma similar a la de los manuscritos convencionales

(consulte la Guía para publicar en Elsevier). Las imágenes y gráficos deben enviarse siempre de forma separada en el archivo fuente original en el que fueron creadas, independientemente de si se han incrustado en el texto o no. Consulte también el apartado de Imágenes, más adelante.

Para evitar errores innecesarios, le recomendamos encarecidamente que utilice las funciones de revisión de ortografía y gramática presentes en el procesador de textos.

Estructura del artículo

Apartados

Organice su artículo mediante apartados y subapartados claramente definidos, precedidos por un encabezado conciso (como Introducción, Método, Resultados, Discusión y Conclusiones en una línea aparte. Los encabezados deben utilizarse para realizar referencias a apartados concretos del texto.

Introducción

Describa los objetivos del trabajo, basados en los fundamentos apropiados. Evite realizar una revisión detallada de la literatura o resumir los resultados.

Método

Proporcione los detalles suficientes para permitir la reproducción del trabajo. Si los métodos se han publicado previamente, debe indicarse mediante una referencia y solamente deben describirse las modificaciones relevantes.

Resultados

Deben ser claros y concisos

Discusión

Debe analizar el significado de los resultados, pero no repetirlos. Evite las citas demasiado extensas, así como el comentario de artículos publicados.

Conclusiones

Debe ser una sección corta, independiente de las dos anteriores, que presente las principales conclusiones del estudio.

Apéndices

Si existe más de un apéndice, deberá numerarse como A, B, etc. Si incluyen fórmulas y ecuaciones, se utilizará una numeración independiente: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc, Eq. (B.1), etc. Del mismo modo para tablas y figuras: Tabla A.1, Fig. A.1, etc.

Primera página

- **Título.** Conciso e informativo. El título se utiliza en los sistemas de recuperación de la información (índices). Evite incluir fórmulas y abreviaturas en el mismo siempre que sea posible. Se incluirá también el título en inglés.
- **Nombres y filiaciones de los autores.** Indique nombre y apellidos de cada uno de los autores y asegúrese de que los proporciona en la forma ortográfica correcta. Detrás de la transliteración inglesa, puede añadir entre paréntesis los nombres en su

escritura original. Incluya los datos de filiación de cada uno de los autores (nombre y dirección de la institución en la que se realizó el estudio) debajo de los nombres. Indique todas las filiaciones mediante una letra minúscula en superíndice al final del apellido de cada autor. La misma letra debe preceder los datos de la institución. Indique la dirección postal completa para cada filiación, sin olvidar el país, así como la dirección de correo electrónico de cada autor, si es posible.

- **Autor de correspondencia.** Indique claramente quien se responsabilizará de recibir la correspondencia durante todo el proceso de evaluación y publicación del artículo, así como posteriormente a su publicación. Ello incluirá también la contestación de preguntas sobre el apartado Material y Métodos. **Asegúrese de que la dirección postal y de correo electrónico que se facilitan son actuales y correctas.**

- **Dirección actual o permanente.** Si un autor ha cambiado de dirección desde que se realizó el trabajo, o la dirección era temporal, puede indicarse una 'Dirección actual' o bien una 'Dirección permanente' como una nota al pie en el nombre del autor (utilizando numeración arábiga en superíndice), mientras que para la filiación se conservará la dirección de realización del estudio.

Resumen estructurado

El resumen estructurado a través de encabezados debe proporcionar el contexto o los antecedentes para la investigación y en él se debe mencionar su propósito, los procedimientos básicos (selección de sujetos para el estudio o animales de laboratorio, métodos observacionales y analíticos), los hallazgos principales (aportando los tamaños de efectos específicos y su importancia estadística, si es posible) y las conclusiones principales. Debe hacerse hincapié en aspectos nuevos e importantes del estudio u observaciones.

La estructura que deberá seguirse en los artículos Originales es: «Objetivos», «Método», «Resultados» y «Conclusiones».

Resumen gráfico

El resumen gráfico es opcional, pero aconsejamos su remisión porque genera más atención sobre el artículo online. El resumen gráfico sintetiza los contenidos del artículo de forma ilustrada y concisa y su función es captar la atención de un amplio conjunto de especialistas. La figura de resumen se remitirá en un archivo individual de, como mínimo, 531 x 1328 pixels (altura x anchura). Estas dimensiones pueden incrementarse de forma proporcional. Esta imagen tiene que ser legible en un tamaño de 5x13 cm y en una pantalla de resolución de 96 dpi. Se recomienda utilizar los siguientes formatos: TIFF, EPS, PDF o documentos de MS Office. Puede ver Ejemplos de resumen gráfico en nuestra web. Los autores pueden utilizar el Servicio de Ilustración y Mejora de Elsevier para presentar las imágenes con el mejor diseño posible y cumpliendo todos los requisitos técnicos: Servicios de ilustración.

Puntos destacados

Los Puntos destacados enumeran de forma concisa los principales hallazgos del artículo. Su envío es opcional. Se remitirán en un archivo independiente que sea editable y que incluya la palabra 'Highlights' en el nombre del archivo. Incluir de 3 a 5 puntos (con un máximo de 85 caracteres con espacio por punto). Vea ejemplos de puntos destacados en nuestra página informativa.

Palabras clave

Incluir un máximo de 6 palabras clave después del abstract, evitando términos generales, plurales y multiplicidad de conceptos (como por ejemplo el uso de 'y' o 'de'). Solamente abreviaturas firmemente establecidas en la especialidad pueden utilizarse como palabras clave. Las palabras clave se utilizan en la indexación del artículo, por lo que se recomienda utilizar los términos MeSh.

Abreviaturas

Defina las abreviaturas que no son estándar en su especialidad en una nota a pie de página en la primera página del manuscrito. Asegúrese de que utiliza las abreviaturas de forma consistente a lo largo de todo el artículo.

Agradecimientos

Sitúe los agradecimientos en una sección aparte al final del manuscrito y antes de las Referencias bibliográficas. No los mencione en ninguna otra parte del artículo. Incluya aquellas personas que colaboraron en la realización del artículo (por ejemplo, revisando la redacción o la traducción del mismo).

Formato de las fuentes de financiación

Enuncie las fuentes de financiación utilizando el siguiente formato estándar requerido por las entidades financiadoras:

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado por los National Institutes of Health [beca número xxxx, yyyy]; la Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [beca número zzzz] y los United States Institutes of Peace [beca número aaaa].

No es necesario incluir descripciones detalladas sobre el programa o el tipo de beca o asignación. Cuando la financiación proceda de una beca a nivel regional o nacional, o de recursos de universidades u otras instituciones dedicadas a la investigación; incluya el nombre de la institución u organización que financió el estudio.

Si no se ha recibido financiación alguna, le rogamos que incluya la siguiente frase:

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Unidades

Utilice las reglas y convenciones aceptadas internacionalmente, como el sistema internacional de unidades (SI). Si menciona otro tipo de unidades, por favor, proporcione su equivalente en el SI.

Imágenes

Manipulación de imágenes

Aunque se admite que a veces los autores tienen que retocar las imágenes para hacerlas más claras y comprensibles, no se acepta la manipulación de las mismas con intención fraudulenta. Esto constituye una infracción de la ética científica y se actuará en consecuencia. La revista aplica la siguiente normativa para las imágenes: no se puede mejorar, oscurecer, desplazar, eliminar ni añadir ningún elemento de las

mismas. Se permite realizar ajustes de brillo, contraste o equilibrio de colores siempre y cuando no oscurezcan o eliminen ninguna información visible en la imagen original. Si se realizan ajustes no lineales (como cambios en los parámetros gamma) debe indicarse en el pie de figura.

Formatos electrónicos

Consideraciones generales.

- Asegúrese de que presenta sus ilustraciones originales de forma uniforme en cuanto a tamaño y leyendas.
- Incruste las fuentes en el archivo, si la aplicación que utiliza lo permite.
- Procure utilizar las fuentes: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, u otras que se asemejen en sus ilustraciones.
- Numere las ilustraciones de forma correlativa.
- Elija una nomenclatura lógica para denominar los archivos de imágenes.
- Proporcione los textos para el pie de cada figura en una lista separada.
- Utilice un tamaño similar al que deberían tener las imágenes en la publicación.
- Envíe cada figura en un archivo independiente. Obtendrá información más detallada sobre cómo preparar las imágenes en la guía sobre ilustraciones electrónicas

Le recomendamos que visite dicha página. A continuación incluimos un pequeño resumen.

Formatos.

Si ha utilizado una aplicación de Microsoft Office (Word, PowerPoint o Excel), por favor remita la imagen en el formato propio del archivo.

Si ha utilizado otras aplicaciones, una vez la figura esté terminada, por favor haga un 'Guardar como' o bien exporte o convierta cada uno de los archivos de imágenes a alguno de los formatos siguientes (tenga en cuenta la resolución requerida para dibujos de líneas, medios tonos o combinaciones de ambos que se detalla más abajo):

EPS (o PDF): imágenes vectoriales. Incruste todas las fuentes que haya utilizado.

TIFF (o JPEG): fotografías en color o escala de grises (halftones), con una resolución de 300 dpi/ppp como mínimo.

TIFF (o JPEG): bitmap, pixeles en blanco y negro puros, con una resolución de 1.000 dpi/ppp como mínimo.

TIFF (o JPEG): combinaciones de líneas bitmap e imágenes halftone (color o escala de grises), con una resolución de 500 dpi/ppp como mínimo.

Le rogamos que no remita

- Archivos que no son óptimos para su utilización en pantalla (GIF, BMP, PICT o WPG, por ejemplo, suelen tener una baja resolución y un número limitado de colores).
- Archivos con baja resolución.
- Gráficos de tamaño desproporcionadamente grande en relación con su contenido.

Imágenes en color

Por favor, compruebe que los archivos de imagen tienen el formato adecuado (TIFF (o JPEG), EPS (o PDF) o archivos de Microsoft Office) y la resolución necesaria. Si ha remitido figuras en color utilizables, Elsevier las publicará en color en la edición electrónica de la revista (por ejemplo, ScienceDirect y otras páginas web) sin cargo adicional. Más información sobre la preparación de ilustraciones digitales.

Servicios de ilustración

Elsevier's WebShop ofrece servicios de ilustración para aquellos autores que los requieran. Los expertos ilustradores de Elsevier pueden realizar imágenes científicas y técnicas, así como una amplia variedad de tablas, diagramas y gráficos. La web también ofrece servicios de optimización de las imágenes para que alcancen un nivel estándar profesional. Visite la web para obtener más información.

Pies de figura

En un documento aparte, redacte un pie para cada una de las figuras y compruebe que no falta ninguno. El pie debe contener un título corto (que **no** debe aparecer en la ilustración) y una descripción de la figura. Intente que la presencia de texto en la figura sea mínima, y no olvide incluir en el pie la definición de todos los símbolos y abreviaturas utilizados en la misma.

Tablas

Remita las tablas como texto editable, y no como imágenes. Puede colocarlas dentro del manuscrito, cerca de la parte del texto donde se mencionan, o también en páginas aparte al final del manuscrito. Numere las tablas de forma consecutiva según su aparición en el texto y coloque las notas correspondientes debajo de cada tabla. Limite la utilización de tablas y compruebe que los datos que presenta en las mismas no duplican resultados ya descritos en el texto. No utilice pautas verticales ni celdas sombreadas.

Referencias bibliográficas

Citación en el texto

Compruebe que cada referencia dada en el texto aparece en la lista de referencias (y viceversa). No se recomienda incluir comunicaciones personales o trabajos no publicados en la lista de referencias (y, en caso de hacerse, deben seguir las convenciones estándar sustituyendo la fecha de publicación con la mención 'Resultados no publicados' o bien 'Comunicación personal'), pero pueden mencionarse en el texto. La mención de una referencia como 'En prensa' implica que el manuscrito ha sido aceptado para su publicación.

Enlaces online a las referencias

Los enlaces online a las referencias favorecen la diseminación de la investigación y el nivel de calidad del sistema de revisión por pares. Para poder crear enlaces a servicios de indexación y consulta como Scopus, CrossRef y PubMed es necesario que los datos proporcionados en la lista de referencias bibliográficas sean correctos. Tenga en cuenta que errores en los nombres de autor, el título de la publicación, el año de publicación y las páginas pueden impedir la creación del enlace al manuscrito citado. Cuando copie una referencia tenga en cuenta que puede contener errores. Recomendamos la utilización del DOI.

Puede utilizar el DOI para citar y enlazar artículos electrónicos que todavía no tienen la información bibliográfica completa (en prensa). El DOI nunca cambia, y por ello puede utilizarse como enlace permanente a un artículo electrónico. Ejemplo de cita mediante DOI: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela.

Journal of Geophysical Research, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884i>. Tenga en cuenta que estas citas deben tener el mismo estilo y formato descrito en las normas para el resto de referencias bibliográficas.

Referencias a páginas web

Como mínimo, debe proporcionarse la URL completa y la fecha en que se accedió por última vez a la referencia. Deberá añadirse también cualquier otra información conocida (DOI, nombres de los autores, referencia a una publicación fuente, etc). Las referencias a páginas web pueden presentarse en una lista aparte, a continuación de la lista de referencias bibliográficas, o bien pueden incluirse en la misma.

Referencias a un conjunto de datos

Le invitamos a referenciar los conjuntos de datos que ha utilizado o son relevantes para su artículo. Para ello, debe incluir la cita en el texto, así como en el listado de Referencias bibliográficas, al final del artículo. Las referencias a conjuntos de datos constan de los elementos siguientes: nombre(s) del (los) autor(es), nombre del conjunto de datos, nombre del repositorio, versión (si procede), año e identificador global permanente. Añada la etiqueta [dataset] justo antes de la referencia, para que podamos identificarla como una referencia a datos. Esta etiqueta no aparecerá en la versión publicada del artículo.

Referencias en un número extraordinario

Compruebe que añade la mención 'este número' a las referencias de la lista (y a su mención en el texto) que citan artículos del mismo número extraordinario.

Software para la gestión de referencias

La mayoría de revistas de Elsevier cuentan con una plantilla bibliográfica disponible en los programas de gestión de bibliografía más habituales. Nos referimos a cualquier programa compatible con los estilos Citation Style Language, como Mendeley y Zotero, así como EndNote. Mediante las extensiones para procesadores de texto que ofrecen estos productos, los autores simplemente tienen que seleccionar la plantilla correspondiente a la revista para que el procesador de texto aplique automáticamente el estilo bibliográfico de la revista a las citas y referencias bibliográficas. Si esta revista todavía no dispone de plantilla, le rogamos que consulte la lista de referencias y citas de muestra que se ofrece en esta guía para utilizar el estilo correspondiente a la revista.

Formato de las referencias

Texto: Indique las referencias mediante números en superíndice dentro del texto. El autor puede mencionarse si se desea, pero el número de la referencia es imprescindible.

Lista: Numere las referencias en la lista en el mismo orden en que aparecen en el texto.

Ejemplos:

Referencia a un artículo de revista:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2010;**163**:51–9.

Referencia a un libro:

2. Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000. Referencia a un capítulo de libro:

3. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304.

Referencia a una página web:

4. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [consultada el 13 de marzo de 2003]. Referencia a una base de datos: [dataset] 5. Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Nótese la forma abreviada para el último número del rango de páginas (por ejemplo, 51–9), así como que, en el caso de más de 6 autores, el séptimo y siguientes se mencionan como “et al”. Encontrará información más detallada en 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' (J Am Med Assoc 1997;**277**:927–34) (véase también Ejemplos de formato de referencias).

Abreviaturas de las revistas

Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con la Lista de abreviaturas de palabras para títulos.

Vídeos

Elsevier acepta vídeos y secuencias animadas que apoyen o realcen la investigación científica. Los autores que deseen enviar vídeos o animaciones con sus manuscritos deben incluir referencias o enlaces a los vídeos dentro el cuerpo del artículo, en la misma forma que lo harían para una figura o tabla, esto es, refiriéndose contenido del vídeo o la animación e indicando en el cuerpo del texto dónde debería aparecer. Todos los archivos que se entreguen deben estar correctamente etiquetados, de forma que pueda identificarse directamente el contenido del archivo. Para garantizar la visualización directa de los vídeos o animaciones, es necesario proporcionar el archivo en alguno de los formatos recomendados y con un tamaño máximo ideal de 150 MB por archivo, y de 1 GB en total. Los vídeos y animaciones se publicarán online en la versión electrónica del artículo en los productos web de Elsevier, como ScienceDirect. Le recomendamos que remita también imágenes estáticas, que puede elegir entre cualquier imagen del vídeo o bien crear por separado. Estas imágenes se utilizarán en lugar de los iconos estándar para personalizar el enlace a los vídeos. Encontrará instrucciones más detalladas en nuestra página Instrucciones para vídeos. Dado que los vídeos y animaciones no pueden reproducirse en la edición impresa de la revista, le rogamos que proporcione textos para las ambas ediciones, la electrónica y la impresa, que puedan ser incluidos en las partes del artículo donde se hace referencia a este contenido.

Material suplementario

Los autores pueden remitir material suplementario (aplicaciones, imágenes o archivos de audio) para mejorar su artículo. El material suplementario se publicará online tal y como lo ha remitido (los documentos Excel o PowerPoint aparecerán online como tales). Por favor, remita el material junto con el manuscrito y proporcione un breve texto descriptivo para cada uno de los archivos. Si desea hacer cambios en los datos suplementarios en cualquier fase del proceso, deberá remitir un nuevo archivo actualizado con las correcciones, y no simplemente anotaciones en el archivo original. Asegúrese de desactivar la herramienta de 'Control de cambios' en los archivos de Microsoft Office, pues de lo contrario éstos se visualizarán cuando estén publicados

como material suplementario.

DATOS CIENTÍFICOS

La revista recomienda compartir los datos que los autores han utilizado en su trabajo de investigación, si lo consideran apropiado, y permite enlazarlos con el artículo publicado. Por datos científicos entendemos los resultados de las observaciones o experimentos que validan los hallazgos realizados. Con el fin de facilitar la reproducibilidad de la investigación y la reutilización de datos, la revista recomienda también compartir código, tipo de software, modelos, algoritmos, protocolos, métodos y cualquier otro material útil relacionado con el proyecto.

A continuación encontrará distintas opciones para incorporar enlaces de datos en su artículo o bien para hacer una declaración sobre la disponibilidad de los datos que ha utilizado en el momento de enviar su manuscrito. Si elige alguna de estas opciones para compartir datos, no olvide incorporar la cita correspondiente tanto en el manuscrito como en la bibliografía. En el apartado “Bibliografía” encontrará información sobre como citar datos. Puede obtener más información sobre como depositar, compartir y utilizar datos u otros materiales científicos relevantes en la página datos científicos.

ENRIQUEZCA SU ARTÍCULO

AudioSlides

La revista anima al autor a crear una presentación AudioSlides acerca de su artículo publicado. Las AudioSlides son presentaciones breves, de estilo webinar que se muestran junto al artículo online en ScienceDirect. Ofrecen a los autores la oportunidad de resumir su trabajo de investigación en sus propias palabras para ayudar a los lectores a entender el contenido del mismo. Más información y ejemplos. Los autores de esta revista recibirán un email invitándolos a crear una presentación en AudioSlides una vez su artículo haya sido aceptado.

ARTÍCULO ACEPTADO

Pruebas

El autor de correspondencia recibirá un correo electrónico con un enlace a las pruebas del artículo en formato PDF o bien con el propio PDF adjunto. Elsevier proporciona pruebas en PDF que permiten realizar anotaciones. Para ello necesita disponer de la versión 9 (o superior) de Adobe Reader, que puede descargar gratuitamente. Con las pruebas recibirá también indicaciones sobre como anotar documentos PDF. En la página web de Adobe. podrá consultar los requerimientos del sistema.

Si no desea utilizar la función de anotación del PDF, puede hacer una lista de las correcciones (y de las respuestas al formulario para el autor que encabeza las pruebas) y enviarlas a Elsevier en un correo electrónico. Para cada una de las correcciones debe indicar el número de línea correspondiente. Las pruebas se remiten para que el autor compruebe la corrección de la versión maquetada del artículo en lo referente al formato, edición, contenido y exactitud del texto, las tablas y las figuras remitidas. Si se solicitan cambios importantes en esta fase, será necesaria la aprobación del Editor. Haremos todo lo posible para publicar su artículo con rapidez y exactitud. Asegúrese de que incluye todos los cambios en un solo correo electrónico

antes de enviarlo, puesto que no podemos garantizar la inclusión de correcciones subsiguientes. La revisión de pruebas es responsabilidad del autor.

Copias

El autor de correspondencia recibirá un enlace Share Link personalizado que le proporcionará acceso gratuito durante 50 días a la versión publicada del artículo en ScienceDirect. El enlace Share Link puede utilizarse para compartir el artículo a través de cualquier canal de comunicación, como por ejemplo correo electrónico o redes sociales. Con un coste añadido, pueden solicitarse copias en papel adicionales del artículo utilizando el formulario que se envía cuando el artículo es aceptado para su publicación. Tanto autores de correspondencia como coautores pueden solicitar copias impresas adicionales en cualquier momento a través de Elsevier's WebShop. Los autores de correspondencia que hayan publicado su artículo en Open Access no recibirán un enlace Share Link, dado que la versión publicada de su artículo estará libremente disponible en ScienceDirect y podrá compartirse a través del enlace DOI del artículo.

CONSULTAS

Visite nuestro servicio de Atención al cliente (Elsevier Support Center) si precisa de alguna aclaración. En dicha página encontrará información organizada por temas, Preguntas frecuentes (FAQ) y datos de contacto. También puede realizar un seguimiento del manuscrito aceptado o averiguar la fecha de publicación de un manuscrito aceptado.