

Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos.
De un modelo restrictivo, a un modelo permisivo.**

Autora: Amaia Saralegui Gainza

Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería

Directora: Mercedes Ferro Montiu

Gestión del cambio en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos.

De un modelo restrictivo, a un modelo permisivo.

Directora: Mercedes Ferro Montiu

Autora: Amaia Saralegui Gainza

Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería

Pamplona, junio de 2015.

Inscripción de TFM

APELLIDOS / DEITZ/RAK: Saralegui Gainza NOMBRE / IZENA: Amala

En mi condición de futuro egresado deseo seguir recibiendo información sobre ofertas de trabajo, cursos, jornadas, reuniones y poder estar en contacto con otros egresados de mi promoción u otras promociones, así como cualquier información institucional de la Universidad, a cuya finalidad facilito los datos que constan en el presente documento.*/Aurki Unibertsitate honetako tituladuna izango naitenez, informazioa jasotzen jarraitu nahi dut lan eskaintzet, ikastaroet, jardunaldiak eta bileret buruz. Nire promozioan eta beste promozio batzuetan unibertsitateko beste tituladun batzuekin harremanetan jarraitu nahi dut eta Unibertsitatearen informazio instituzionala jasotzen jarraitu eta, horretarako, ematen dizkizuet agiri honetan azaltzen diren datuak*

Firma:

DATOS DE MATRICULA DE TFM / MA. EGITEKO MATRIKULA DATUAK:

MASTER / MASTER Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Matriculado del TFM en fecha: / Notz matrikulatua MAL egiteko:

12 de Junio de 2015
201 .eko _____aren _____(e)an

Solicita examinarse de su TFM: / Bere MALaren azterheta egitea eskatzen du:

En el período de defensas de TFM: /MALaren defentsa egiteko epean: JUNIO

Estudiante Ikaslea	Vº Bº Director del TFM Zuzendari O.E.
	
Fdo. / Stua: <u>Amala Saralegui Gainza</u>	Fdo. / Stua: <u>Mercedes Ferro Montoliu</u>
Pamplona, a 7 de Junio Irufelan, 201 .eko _____aren _____(e)an	de 2015 (e)an

Registro de Entrada
Eko Sarrera Erregistroa

SR./A. DIRECTOR/A-DECANO/A DE LA
ZUZENDARIA-DEKANO

(Junto a esta solicitud se presentarán dos ejemplares del TFM realizado por el estudiante)
(Eskatuera honekin batera ikasleak egindako MALaren bi ale aurkeztuko dira)

*De conformidad con lo establecido en artículo 5 de la L.O.15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de carácter personal que usted cumplimente en este formulario serán recogidos en el fichero denominado "Sistema de Información de Gestión Académica", creado por Resolución nº 731/2005, de 29 de junio (BON Nº 100, 22 agosto 2005). Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, mediante instancia presentada en el Registro General de Universidad Pública de Navarra, remitiendo solicitud al Director del centro.

*Norberarek Datuak Babesteko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoaren 5. artikuluaek ezarritakoaren bat etorriz, inprimaki honetan idazten dituzan datu pertsonalak "Irakasleentzako Kudeaketarako Informazio Sistema" izeneko fitzategian jasoko dira, zeina ekainaren 29ko 731/2005 Erabazpenaren bidez sortu baitzen (100 zenbakidun N.A.O., 2005eko abuztuaren 22koa). Sorbidu, zuzenketa eta deuseztatze-eskaerak erabili ahal izango dituzu. Nagusiakoa Unibertsitate Publikoaren Erregistro Orokorrean eskabidea egín, eta idazkia ikasketak egín dituzan Unibertsitateko Ikastegiko zuzendaritari zuzenduz.

Agradecimientos.

A Mercedes, por su capacidad e interés en dar forma y sentido a mis ideas, enseñarme tanto y estar siempre disponible.

A todos los que han colaborado, amigas, familia y compañeras, por poner cada uno un granito de arena.

“Son muchas las manos y los corazones que contribuyen al éxito de una persona”

Walt Disney

Resumen.

El régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un tema que lleva años en discusión ya que a pesar de que las recomendaciones apunten hacia un régimen de visitas abierto, la realidad es que en la mayoría de las UCI siguen existiendo políticas restrictivas de visitas y presencia de familiares.

Ante un inmediato cambio de la UCI a una nueva estructura física que proporciona las condiciones estructurales ideales para proponer una flexibilización del régimen de visitas, se fijó como objetivo general proponer una estrategia para incorporar una participación más activa de la familia en el cuidado del paciente crítico. Los objetivos específicos fueron los siguientes: 1. Elaborar un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico. 2. Conocer las posturas y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos para las visitas. 3. Trabajar con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.

Para conocer el estado de la cuestión previo a plantear ninguna intervención, se realizó un análisis estratégico que contó con una revisión de la evidencia existente sobre el tema, una observación de la realidad del régimen de visitas en el hospital y la descripción de la Unidad actual, todo ello como parte del análisis externo. Con la finalidad de analizar la Unidad desde el interior, se realizó un cuestionario validado para conocer las creencias que el equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene sobre el régimen de visitas abierto.

Con las conclusiones obtenidas, se han desarrollado dos propuestas de intervención. Una documento informativo para familiares de pacientes, que facilitará la adaptación de los mismos al medio de UCI y por otro lado el diseño de una actividad formativa dirigida a los profesionales, para llevarla a cabo con el objetivo de facilitar la instauración de un régimen de visitas más permisivo.

Abstract.

The visit regime policy in an Intensive Care Unit (ICU) is recommended to be open, but the reality is that most ICU has a restrictive visiting policy, that is why this issue has been discussed for a long time.

The transfer of an ICU to a new physical structure that provides the ideal structural conditions brings an opportunity to rethink the current visiting regime and consider making it more flexible. As a general goal, a strategy that incorporates more active participation of the family in the critical ill patients care was proposed.

A strategic analysis was made to learn more about the situation. It included a review of the existing evidence on the subject, an observation of the reality of visiting regime in the hospital and a description of the specific ICU, all as part of the external analysis. To analyze the unit from the inside, a validated questionnaire was made to know the nursing staff of the ICU's beliefs about open visiting.

Finally, with the collected information, two intervention proposals were developed: A document for the ICU patient's family, which will facilitate their adaptation to the ICU environment and the design of a teaching activity for professionals to prepare them and to facilitate the introduction of a more permissive visit regime policy.

Palabras clave.

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Visita abierta
- Familia
- Flexibilización
- Equipo de enfermería
- Documento para familiares.
- Intensive Care Unit (MeSh)
- Visitors to Patients (MeSh)
- Visiting policy
- Open, Family (MeSh)
- Nursing (MeSh)
- Guideline (As topic in MeSh).

Para acceder directamente a cada capítulo, haga clic en su correspondiente título.

Í N D I C E

I. Introducción.	1
II. Objetivos.	5
III. Análisis estratégico.	6
III.1. Análisis externo.	6
Revisión bibliográfica.....	6
Observación de la realidad en el hospital.	12
Descripción de la Unidad	16
III.2. Análisis interno.	21
Cuestionario de creencias de los profesionales	21
III.3. Matriz DAFO.	41
IV. Propuesta de intervención.	47
IV.1. Documento de información a familias.	47
IV.2. Sesión formativa.	53
IV.3. Cronograma.....	65
V. Evaluación de la Mejora de Calidad.	66
VI. Presupuesto.	74
VII. Conclusiones.	76
VIII. Bibliografía.	77
IX. Anexos.	81

JUSTIFICACIÓN



Justificación.

Este trabajo se centra en el régimen de visitas de una UCI. El tema elegido surge en el contexto de Trabajo Fin de Máster y ha sido identificado como prioritario desde el punto de vista de mi experiencia laboral, en primer lugar por la consideración que me generan algunas conductas bastante generalizadas que tienden a alejar o a limitar la presencia de los familiares de pacientes atendidos en Unidades de Críticos y en segundo lugar por las circunstancias que concurren ya que para proponer mejoras es una gran oportunidad la inmediata inauguración de una nueva estructura física para la UCI.

La elección del tema se plantea teniendo en cuenta la situación de máxima vulnerabilidad en la que se encuentran los pacientes ingresados en UCI, donde la autonomía personal está muy comprometida y por tanto el control de lo que son y les rodea es muy escaso. En este contexto, el apoyo que les brinda la presencia de sus seres queridos resulta imprescindible. Actualmente, en la UCI de este hospital, los familiares tienen media hora por la mañana y otra media hora por la tarde para poder ver a los pacientes ingresados. Sin embargo, con mucha frecuencia por el beneficio del paciente, esta norma se adapta y se consensua con la familia sin que exista ningún criterio establecido y unificado para su modificación.

Por todos estos motivos, además de ser la atención a los familiares un tema que despierta gran interés en mí, me parece necesario realizar una revisión del porqué de las normas o criterios establecidos y valorar si el personal sanitario está preparado para el posible cambio.

Si se demuestran los beneficios y se incide en preparar tanto a los profesionales como a los familiares, puede que el futuro funcionamiento de la nueva UCI se traduzca en beneficios para todos los implicados.

Aclaración: A lo largo del trabajo se incluye en el tratamiento “enfermeras” a todos los profesionales enfermeros, sin matiz de género, incluyendo con este término a aquellos de género masculino.

I.- INTRODUCCIÓN



I. Introducción.

El régimen de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un tema controvertido ya que a pesar de que la mayoría de estudios respaldan los beneficios que supone el establecimiento de un régimen de visitas abierto¹, la realidad sigue siendo que en la mayoría de estas Unidades de se presenta un horario restringido de apertura de puertas a los familiares.

Con el desarrollo de una medicina más intervencionista y los nuevos avances tecnológicos, las Unidades de Cuidados Intensivos se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios².

En ocasiones aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos (como ciertos aspectos sociales y psicológicos) pueden pasar a segundo plano³, como recogen G. Heras y C. Zaforteza, “la tecnificación ha relegado a un segundo plano a la persona”⁴.

Tradicionalmente se ha aceptado que en las UCI el lugar de la familia estaba fuera de la Unidad y se han aplicado importantes restricciones en el horario de visitas. Sin embargo, no existe evidencia científica acerca del beneficio de un régimen de visitas más restrictivo frente a otro más liberal.

¹ Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 179

² Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwieble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. **Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study.** Crit Care Med. 2004; 32: 638-49 in Holanda Peña MS, et al. **Medición de la satisfacción de los pacientes Ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares.** Med Intensiva. 2014. 663.1.

³ Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A **descriptive correlational study of informational support, anxiety and satisfaction with care.** Intensive Crit Care Nurs 2010; 26: 120.

⁴ Heras La Calle G., Zaforteza Lallemand C.. **HUCI se escribe con H de HUMANO.** Enferm Intensiva. 2014; 25 (4): 123

De hecho, cuando una persona ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos todo el núcleo familiar se ve alterado por esta situación que supone una barrera física y psicológica en la relación familia-paciente⁵.

Algunos autores aseguran que la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del paciente⁶, siendo a su vez esa proximidad una ayuda para la propia familia⁷.

En la década de los 90 en España se inicia una corriente en favor de la flexibilización de las normas de visita⁸. Tanto a nivel Nacional como Internacional, comienza a extenderse una tendencia que pretende favorecer la inclusión de la familia en la esfera del cuidado integral del paciente crítico, centrando los cuidados no solo de manera exclusiva en el paciente sino también en su familia, convirtiéndose ambos en una Unidad única de cuidado⁹.

Según numerosos artículos, uno de los principales beneficios del régimen de visitas flexibles es la reducción de ansiedad del paciente¹⁰. Otro, el grado de satisfacción de los familiares, que aumenta de manera considerable cuando el régimen de visitas no se rige por normas estrictas y restrictivas y son los familiares quienes deciden cuando ir a visitar a sus seres queridos ingresados¹¹.

⁵ Murillo Pérez. M.A., López C., Torrente Vela S., Morales Sánchez C., Orejana Martín M., García Iglesias M., et al. **Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva.** Enfer Intensiva. 2014; 25 (4): 138.

⁶ Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. **Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico.** Enferm Intensiva. 2003;14: 99.

⁷ Pérez MD, Rodríguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. **Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.** Med Intensiva. 2004;285: 238.

⁸ Ayllón Garrido N, Montero Rus P., Acebes Fernández M.I., Sánchez Zugazua J., **Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.** Enferm Intensiva. 2014; 142: 2

⁹ Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R, **Family Needs and involvement in the intensive care unit: A literature review.** J Clin Nurs. 2013; 22: 1805-10 in

¹⁰ Fumigalli S, Boncinelli L, LoNostro A, et al. **Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit.** Circulation. 2006; 113: 946-952. In Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-181

La comunicación, es otro de los aspectos que se ve favorecido en estos casos, tanto entre familiares y pacientes como entre profesionales, familiares e incluso pacientes.¹²

A diferencia de lo que se cree, un modelo permisivo de visitas favorece el descanso del paciente, debido a que según Sims et al., el saber que la familia puede permanecer más tiempo con ellos permite que no se vean obligados a estar despiertos justo en el momento que pasan los familiares¹³.

A pesar de esta corriente teórica, el régimen de visitas actual en la mayoría de UCI españolas no responde a regímenes permisivos^{14 15}.

Los Cuidados Intensivos son básicos en la mejora del paciente ingresado en una Unidad de estas características tan complejas, pero la importancia del cuidador, del principal soporte de cada persona que se encuentra detrás de esos procesos fisiopatológicos tan complejos adquiere una importancia que requiere ser estudiada y revisada.

La UCI donde se desarrolla este estudio, pertenece a un hospital de tercer nivel de 1000 camas con una estructura abierta y un régimen de visitas cerrado. Los familiares cuentan con media hora por la mañana y otra media hora por la tarde para visitar a sus seres queridos.

¹¹ Petterson M. **Process helped gain acceptance for open visitation hours.** Crit Care Nurse. 2005; 70-70 in Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 177.

¹² Ibid.

¹³ Cullen L, Titler M, Drahozal R. **Family and pet visitation in the critical care unit.** Crit care Nurse. 2003;23 (5): 62-66 in Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 177.

¹⁴ Youngner SJ, Coulton C, Welton R, Jukinalis B, Jackson DL. **ICU visiting policies.** Crit Care Med 1984;12: 606-8. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 110.

¹⁵ Carlson B, Riegel B, Thomason T. **Visitation: Policy versus practice.** Dimens Crit Care Nurs 1998; 17: 43.

El hospital tiene previsto realizar una inmediata apertura de dos nuevas UCI. El próximo traslado a una nueva estructura física brinda la oportunidad de replantear este régimen y gestionar el cambio. Con el fin de optimizar la flexibilización de las visitas es necesario conocer la opinión de los profesionales sobre el tema, al igual que hicieron Guiluliano y Cols. para gestionar con éxito el cambio.¹⁶

Este trabajo surge en el contexto actual de cambio a unas mejores estructuras físicas y tecnológicas, cuya finalidad es aumentar la calidad de atención a los pacientes ingresados y familias. Es decir, mejorar la atención prestada tanto en su perspectiva de calidad técnica como de calidad percibida.

Señalar, por último, que las reflexiones y contenidos reflejados en este documento, han sido realizados desde una perspectiva Emic, es decir considerando esta realidad desde la experiencia y valores de los profesionales que actualmente configuran el cuidado a los pacientes ingresados en la mencionada UCI.

¹⁶ Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quifk PA, Wood J, **A quality improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families.** Dimens Crit Care Nurs 2000; 19: 30-4. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 110.

II. OBJETIVOS



II. Objetivos.

El objetivo general del proyecto es el siguiente:

- Proponer una estrategia para incorporar una participación más activa de la familia en el cuidado del paciente crítico.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Elaborar un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico.
- Conocer los posicionamientos y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos para las visitas y permanencia de familiares en UCI.
- Trabajar con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.

III. ANÁLISIS ESTRATÉGICO



III. Análisis estratégico.

III.1. Análisis externo:

El análisis externo, se ha dividido en tres apartados. En primer lugar se realizará una revisión bibliográfica para conocer la situación actual de los regímenes de visitas en UCI.

En segundo lugar, se pretende contextualizar la UCI dentro del centro que se encuentra, conociendo la naturaleza organizacional de visitas que existe en diferentes Unidades del mismo Hospital.

En tercer lugar, se expone una descripción de ambas Unidades de Cuidados Intensivos, la UCI desde la que se parte y la nueva UCI, que se presenta como oportunidad y condición idónea para el desarrollo de esta propuesta de intervención.

- **Revisión bibliográfica.**

Para analizar qué es lo que dice la bibliografía sobre el régimen de visitas es necesario hacer una revisión de la evidencia publicada.

Existen muchos factores que hay que tener en cuenta a la hora de determinar el establecimiento o no de un régimen de visitas flexible. Por lo tanto, es preciso analizar cada uno de los factores, incluyendo los posibles beneficios directos al paciente de UCI y su familia además de las opiniones y posturas de los profesionales implicados.

El objetivo de la revisión es conocer los beneficios del establecimiento de un régimen de visitas permisivo frente al régimen de visitas restringido en una UCI.

Metodología:

Para realizar la búsqueda de la evidencia existente, se utilizaron dos bases de datos principales, la base de datos Web Of Science y MEDLINE, a través del motor de búsqueda PUBMED.

Como punto de partida se definió la siguiente pregunta clínica:

Establecer qué régimen de visitas, abierto o cerrado, es más eficiente de cara a la recuperación del paciente en UCI

Se trasladó al formato P.I.C.O. (Problema de interés/intervención a considerar/ intervención con la que comparar y resultado clínico que se valora):

Tabla 1. Formato PICO.

P	Paciente de UCI
I	Visitas abiertas/permisivas
C	Visitas cerradas/restringidas
O	Mejora paciente

En la W.O.S. se realizó una búsqueda utilizando tres barras de búsqueda, trasladando nuestros conceptos definidos como principales; “Intensive Care Unit” “Visit” “Open” unidos por el operador booleano “and”. Se obtuvieron 69 publicaciones.¹⁷

En Pubmed, se utilizó el tesoro MeSH “Intensive Care Unit” para realizar la búsqueda sistematizada centrada en esta línea. Se combinó con las palabras establecidas en la pregunta PICO y se obtuvieron solamente 3 resultados.

Imagen 1. Búsqueda en Pubmed.



¹⁷ Los resultados obtenidos en ambas bases de datos se corresponden con las búsquedas lanzadas a fecha de 22 de Marzo de 2015.

Para ampliar los resultados, se realizaron varias búsquedas menos restringidas, eliminando tanto el concepto “mejora del paciente” (de esta manera se obtuvieron 68 artículos) como el concepto “abierto-abiertas” (obteniendo 471 resultados).

Además de los artículos obtenidos en las búsquedas principales, se analizaron los resultados mostrados como sugerencias o búsquedas laterales que facilita la base de datos.

Resultados:

Los artículos seleccionados se incluyen en la siguiente tabla, mostrando información principal como título, autor principal y la idea general. Se muestran clasificados según idioma y citados en orden cronológico, además se citarán al final del documento en formato de *Anexo 3*.

Tabla 2. Artículos seleccionados.

R	Título	Autor	Idea principal
1	Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	N. Ayllón Garrido y Cols. (2014)	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
2	Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	D. Escudero y Cols.(2014)	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
3	La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	B. Errasti – Ibarrodo y Cols.(2012)	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
4	Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	C. Zaforteza Lallemand y Cols.	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.
5	Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	J.J. Blanca Gutiérrez y Cols.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
6	Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	L. Santana Cabrera y Cols.	Estudio prospectivo y descriptivo. Los familiares pidieron más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admitieron los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.

III.- Análisis estratégico.

R	Título	Autor	Idea principal
7	Características de la organización de las visitas en las Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias.	A. Arricivita Verdasco y Cols.	Estudio descriptivo transversal. La mayoría de las UCI presenta visitas restringidas por lo que dificulta la participación de la familia en el cuidado.
8	Perception of an open visitation policy by intensive care workers.	F. Da Silva Ramos y Cols.	Estudio observacional y descriptivo en una UCI con régimen permisivo de visitas. Se observó que el impacto positivo se centra en el paciente, no en la familia ni en profesionales.
9	How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey	V. Lombardo y Cols.	Cuestionario realizado a los cuidadores respecto al confort de los pacientes. Se identificaron las principales fuentes de disconfort: la ansiedad, los problemas del sueño y el ruido.
10	Critical Care Open Visiting Hours	S. Whitton y Cols.	Recopilación de 10 estudios empíricos. Una de las principales resistencias a la apertura del régimen son las creencias de las enfermeras.
11	Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes	G. Biancofiore y Cols.	Estudio multicéntrico en 25 Unidades. El personal de enfermería se muestra escéptico para valorar efectos positivos de las visitas permisivas.
12	Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.	M. Garrouste - Orgeas y Cols	Estudio de cohorte prospectivo y observacional. Las familias perciben como positivo el régimen de visitas de 24h, existe desacuerdo entre los profesionales por las potenciales interrupciones en los cuidados prestados.
13	Visits to intensive care unit patients – frequency, duration and impact on outcome.	T. Eriksson y Cols.	Estudio prospectivo observacional. Objetivo de investigar efecto de las visitas en supervivencia de los pacientes.
14	Open intensive care units: the case in favour.	A. Giannini	Estudio que muestra una postura a favor de las visitas permisivas.
15	A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.	M. Sims y Cols.	Revisión de la literatura existente que define las barreras que impiden la apertura de las puertas de las UCI y que demuestra los beneficios objetivos de las visitas abiertas.
16	Nurses' Perceptions of open Visiting Hours in Neuroscience Intensive Care Unit.	S. Livesay y Cols.	Cuestionario realizado a las enfermeras en una Unidad con visitas abiertas.
17	Restricted Versus Open ICUs. Here's a plan that meets visitors' and nurses' needs.	P. Ramsey y Cols.	Estudio realizado antes y después de la instauración de un régimen de visitas abierto.

Conclusiones:

Tras realizar una exhaustiva revisión de la bibliografía existente para comprobar si las creencias a priori se corresponden con la evidencia y analizar tanto los beneficios reales de un establecimiento de un régimen permisivo de visitas, como las posturas que adoptan los profesionales frente al tema, está comprobado que ambos son determinantes a la hora del correcto desarrollo de un posible cambio de modelo.

La mayoría de los artículos concluyen en que abrir las Unidades de Cuidados Intensivos a los familiares resulta satisfactorio para la familia, beneficioso para el paciente y mejora la calidad asistencial.

Por ejemplo en la revisión sistemática realizada con diez estudios empíricos (Whitton et Al.), está reflejado que “aunque la mayoría de enfermeras encuentran que las horas de visita abiertas pueden impedir la atención al paciente, los beneficios para los pacientes y familiares superan cualquier impacto negativo en el paciente”.

También se puede concluir con que a pesar de una mayor contaminación microbiana, la liberalización de las horas de visita en las Unidades de Cuidados Intensivos no aumenta las complicaciones sépticas, mientras que podría reducir las complicaciones cardiovasculares, posiblemente a través de reducción de la ansiedad.

La satisfacción de los familiares es otro de los puntos a tener en cuenta. Una revisión indica que las políticas de visitas abiertas mejoran la satisfacción del paciente y la familia, mientras que un estudio de los pacientes, familias y miembros del equipo reveló el deseo de una política de visitas abierta.

La evidencia sugiere que para los pacientes de UCI un régimen flexible de visitas disminuye la ansiedad, confusión y agitación, disminuye la estancia en UCI y hace que el paciente se sienta más seguro. Además disminuye la ansiedad de la familia, contribuye a una mejor comprensión del paciente, permite más oportunidades para la enseñanza del paciente y la familia se involucra más en la atención.

Es importante destacar el dato al que hacen referencia la mayoría de los artículos, una política de visitas de puertas abiertas debe ser reevaluada e individualizada según cuales sean las necesidades de cada paciente.

El efecto positivo de las visitas permisivas supera a las creencias de los posibles impactos negativos, pero hay que tener presente que un régimen de visitas “abierto” no es igual a un régimen de visitas “sin normas”.

Las enfermeras juegan un papel determinante en este aspecto ya que son ellas las que están con el paciente las 24 horas y serán las que determinen la idoneidad o no de las visitas en cada caso.

Queda mucho camino por estudiar, pero la bibliografía es amplia y los estudios concluyen en que no tiene porque limitarse las visitas en UCI por norma general, sino que el futuro debe dirigirse a una personalización e individualización de las normas que hará nuestra atención más adecuada al paciente y familia y por lo tanto más humana.

- **Observación de la realidad en el hospital.**

Para seguir con el análisis externo, se ha realizado una observación del Hospital al que pertenece la UCI donde se desarrolla este proyecto, para poder comparar y situar la situación del régimen de visitas con otras Unidades de Hospitalización.

Se han tenido en cuenta Unidades de características similares a la UCI, además de Unidades que por alguna causa, pueden proporcionar información de interés por la manera en la que organizan las visitas.

A continuación se muestra una tabla donde se presentan las características principales de cada Unidad. Las excepciones y anotaciones se comentan en el texto que sigue a la tabla.

Tabla 3. Visitas en las diferentes Unidades del Hospital.

	Población que atiende	Nº de camas	Estructura	Régimen de visitas
UCI B	Adultos en situación grave que precisan cuidados críticos.	8 camas.	Abierta, excepto dos boxes cerrados.	Restringido: De 12- 12:30h y de 19-19:30h.
URPA	Postoperatorios inmediatos de adultos.	10 camas + 4 que se utilizan para terapias y a veces para quirófanos.	Abierta.	Restringido, sólo a pacientes que se quedan 24 horas. De 19:30- 20:00h.
UCI Pediátrica	Niños desde un mes hasta 15 años que precisan cuidados críticos.	4 camas.	Abierta.	Permite estancia de los padres durante el día y no a la noche por los límites de estructura. Desde 2013 se admiten visitas de niños en las mismas condiciones que los adultos.
U. Neonatología	Niños menores de un mes.	26 camas: 6 de Cuidados Intensivos, 10 Intermedios y 10 cuidados mínimos.	Abierta.	Actualmente restringido pero abierto para los padres 24 horas al día.
U. ICTUS	Adultos que han sufrido un evento cerebrovascular y necesita vigilancia monitorizada.	6 camas.	Cerrada, habitaciones dobles.	Se permite un acompañante durante las 24 horas del día y no se permiten visitas adicionales.

	Población que atiende	Nº de camas	Estructura	Régimen de visitas
U. Psiquiatría	Pacientes adultos que presentan un estado agudo correspondiente a una patología psiquiátrica.	27 camas:	Habitaciones cerradas: (18) dobles y (9) simples.	Es una Unidad cerrada para todos los pacientes, pero consta con horarios restringidos en los que se les permite salir de la Unidad con o sin acompañantes. De 12-13h y de 17-20h. Fines de semana: 11-13h y 17-20h.
U. Coronaria	Adultos que han sufrido un evento cardiovascular y precisan monitorización hemodinámica.	8 camas.	Boxes cerrados, de las cuales 2 tienen acceso desde la Unidad y 6 cuentan con pasillo de visitas.	Restringido: De 13-13:30h y de 18-18:30h.
Observación Urgencias	Adultos que han acudido a urgencias y precisan vigilancia antes de ser ingresados.	18 camas.	Habitaciones individuales.	Se permite un acompañante permanente las 24h del día. Los horarios de visita son: de 11:30- 12h y de 18:30-19h
Hospitalización	Adultos con diferentes patologías que precisan ingreso hospitalario.	Depende de la Unidad.	Habitaciones individuales y dobles.	Hay plantas que restringen las visitas por las mañanas para el pase de visitas, pero por lo general las visitas son abiertas hasta las 23h.
U. Maternal	Mujeres gestantes, puérperas o con patología ginecológica que precisa ingreso.	Tres plantas de hospitalización.	Habitaciones dobles y triples.	Restringido: Existen tres tarjetas, una de ellas para un acompañante permanente y otras dos para los visitantes. El horario es: Días laborables de 16-20h y festivos 11-13h y 16-20h.

Como se recoge en la tabla, la mayoría de Unidades Especiales todavía se rige por un horario de visitas restringido. En el caso de la otra Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, se puede ver como la estructura física es abierta igual que sucede en la UCI en la que estamos desarrollando el proyecto.

A pesar de que hoy en día el régimen de visita sea restringido, no sucedía así hace unos años, cuando existían cuatro periodos de visita en lugar de dos, con lo que se pretendía acercarse un poco a las necesidades de cada familiar, ofreciéndoles ir en el horario que ellos considerasen más conveniente.

Sin embargo, esta norma no permaneció mucho tiempo en vigor, debido a que exigía una reorganización del trabajo y a la falta de tiempo para realizar los cuidados de enfermería pertinentes antes de cada visita, lo que llevó a reducir los periodos de visita de cuatro a dos.

En la URPA (Unidad de Reanimación Post Anestésica) solo reciben visitas los pacientes que se denominan “pacientes de 24horas”, que son los que de manera programada tras la intervención, pasan la noche en la Unidad.

La Unidad es abierta, ya que las cuatro camas que están físicamente separadas del resto, entre ellas tampoco cuentan con ninguna estructura física que las separe.

En la UCI pediátrica y en la Unidad de Neonatología, desde 2013 ha habido una clara tendencia de flexibilización de las visitas, en la que se han intentado acercar las necesidades del niño y su familia. Hasta entonces, no se permitía que los niños realizasen visitas a otros niños, cosa que en la actualidad se permite. Los padres, pueden permanecer las 24 horas al día en la Unidad de Neonatología pero no en la UCI pediátrica, por los límites de su estructura.

Hace 15 años, el régimen de visitas en neonatos era más restringido y solamente se realizaban excepciones para las madres lactantes, sin embargo, la tendencia hoy en día ha ido dirigida a ampliar esta norma a pesar de que la estructura física sea abierta.

La Unidad de Ictus, probablemente por la gravedad de la patología, y porque los ingresos en ella no suelen alargarse mucho en el tiempo (periodos de 24-48 horas máximo), desde que se creó el servicio, no se contempla la posibilidad de realizar visitas, pero sí se permite que un acompañante esté las 24 horas al día. (Se entiende que el acompañante no tiene porque ser el mismo las 24 horas).

En la Unidad de hospitalización psiquiátrica, los pacientes tienen permisos especiales para salir de la Unidad y es ahí donde se reúnen con sus familiares. Las salidas pueden ser solo a la puerta de la Unidad, pueden ser por el recinto hospitalario o pueden ser libres, incluso durante los fines de semana, los pacientes pueden recibir permisos para ir a sus casas. A pesar de estos permisos, el régimen de visitas de la Unidad es restringido por lo que los pacientes aprovechan los permisos para estar con sus seres queridos.

En la Unidad Coronaria, el régimen de visitas es restringido, pero se permite el paso de la familia antes y después de procedimientos invasivos. Además, según datos ofrecidos por la Jefa de Unidad, existe una tendencia a flexibilizar las visitas y adecuarse a las necesidades de las familias, contando con el apoyo del pasillo independiente que facilita las visitas.

La Unidad de Observación de Urgencias, es una Unidad nueva, que consta con boxes individuales que guarda mucho parecido con la nueva UCI en cuanto a estructura física. En ella, se permite la presencia de un acompañante las 24 horas, pero el régimen de visitas es restringido para el resto de los familiares.

Finalmente, se han analizado las Unidades de hospitalización de una manera global. En cuanto a las Unidades de hospitalización general, existen Unidades que no restringen el horario de visitas hasta la noche y existen otras que si lo hacen durante el pase de visitas por la mañana.

Sin embargo, en las Unidades de hospitalización maternas, en los últimos ocho años se ha restringido y regulado el régimen de visitas, ya que se formaban verdaderas aglomeraciones de gente. Por eso mismo, existen las tarjetas que regulan el horario, restringen las visitas para dos familiares y permiten la presencia de un acompañante que puede permanecer durante todo el tiempo.

Como puede observarse, cada Unidad es una realidad diferente, pero es importante conocer la manera de regular las visitas de cada una ya que de cara a una liberalización del régimen de visitas, habrá que adoptar los puntos fuertes que se pueden encontrar en cada una de las realidades.

- **Descripción de la Unidad (UCI actual y nueva UCI):**

Unidad de Cuidados Intensivos actual:

La Unidad en la que se centra el proyecto, es una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de veinte camas. Pertenece a un Hospital terciario de 1000 camas que es centro de referencia para una parte de la población, por el Área de Salud a la que corresponde.

Además consta con determinadas especialidades únicas para toda la Comunidad Autónoma y en alguna ocasión para poblaciones de Comunidades limítrofes; Cirugía Vascul y Torácica, Neurocirugía, Oncología-Radioterapia y Área del Corazón.

Este Servicio de Intensivos, lleva funcionando desde el año 1982, cuando inicialmente se abrió con 5 camas. En 1985 pasó a tener 10 camas, después en 1986 se amplió a 12 camas hasta que en 1987 al absorber las intervenciones de Neurocirugía pasaron a 14 y posteriormente a 16.

En el año 2000 se añadieron 2 camas más, además de quedar la posibilidad de los huecos de las camas 19 y 20, que desde ese momento se habilitaban solo en caso de necesidad hasta que en Enero de 2015 la UCI A se quedó con 20 camas abiertas definitivamente.

Ante la evidente falta de espacio, a lo largo del tiempo, se han tenido que realizar numerosas modificaciones estructurales, aumentar la sala de sesiones, modificar el relax, habilitar almacenes para la imparable afluencia de novedoso aparataje, trasladar la secretaría a otra planta, etc.

La sala de espera sigue siendo la misma que cuando la UCI contaba con 5 camas, además, los despachos de información a familiares no se han visto modificados (la Unidad de veinte camas, dispone de 3 despachos de información a familiares).

Las camas están dispuestas en dos partes o alas, divididas por una parte central que es donde se sitúan los despachos y la puerta de entrada, que es la misma para el personal y para los familiares.

La estructura de la UCI es abierta, las camas están separadas entre sí por una mampara de cristal y una pequeña superficie de trabajo.

Actualmente existen 5 boxes cerrados, que se utilizan para realizar los aislamientos pertinentes.

Existe un pasillo exterior que cuenta con unas ventanas donde los familiares pueden ver a los pacientes, pero el acceso a la Unidad siempre es por la puerta de entrada, teniendo que cruzar toda la Unidad cada vez que se accede a visitar a alguien.

Cada ala cuenta con su cuarto sucio, cuarto de medicación y almacén de material fungible, así como con un pequeño control con la central de monitorización y una superficie de trabajo.

En la Unidad se atienden situaciones de mucha gravedad, por lo que se cuenta con una amplia gama de dispositivos diagnósticos y terapéuticos. La Unidad alberga pacientes que responden a diferentes patologías y cuenta con un índice de ocupación superior al 85% en los últimos años, atendiendo tanto a pacientes programados (post-operatorios de Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Cirugía Vascul ar y Torácica) como a pacientes Urgentes (politraumatizado grave, patología neurológica grave, o pacientes que por la gravedad de su patología médica, necesitan medidas de soporte intensivas).

Probablemente, esta alta cualificación clínico-tecnológica ha contribuido a alejar a los familiares de los pacientes de la UCI, ya que dentro, se realizan numerosos procedimientos técnicos terapéuticos y diagnósticos, incluyendo procedimientos quirúrgicos.

Organización del horario de visitas.

Los horarios de visitas están organizados de la siguiente manera:

- De lunes a viernes:
 - De 13:00 a 13:30
 - De 19:30 a 20:30
- Sábados y domingos:
 - De 13:00 a 13:30
 - De 18:30 a 19:00

La norma define que sólo dos acompañantes (sin posibilidad de intercambiarse con otros dos) tengan acceso a la Unidad, por lo que el resto de los familiares pueden ver al paciente a través de una cristalera.

Sin embargo, en la práctica, la norma se ve modificada constantemente y teniendo en cuenta las condiciones individuales de cada paciente y familia, se permite el intercambio de los familiares (pudiendo entrar más de dos personas a la Unidad), además de que habitualmente la duración de las visitas supera la media hora.

En concreto, en pacientes conscientes o familiares con situaciones especiales, como puede ser el que tengan que acudir de otros municipios, se llegan a modificar los horarios de visita estableciendo acuerdos entre personal de enfermería y familias, pero sin tener un criterio unánime, cosa que puede llegar a generar conflictos.

Nueva Unidad de Cuidados Intensivos:

Como se ha adelantado en la introducción, a lo largo de 2015, está previsto realizar un traslado de la UCI a un nuevo espacio físico.

De la mano de la inauguración, de este nuevo espacio, se presenta la oportunidad de realizar los cambios pertinentes que permitan una evolución y mejora en la atención del paciente a todos los niveles.

La estructura arquitectónica de la nueva Unidad favorece la instauración de una política del régimen de visitas permisivo, ya que las camas están dispuestas en boxes o habitaciones individuales, es decir, la estructura de la nueva UCI es cerrada.

Además, se debe tener en cuenta que la Unidad dispone de dos accesos diferentes, el acceso de los familiares y el acceso de los trabajadores.

En ningún momento los familiares cruzarán la Unidad por el interior de la misma, ya que existen dos pasillos que rodean la UCI, que permiten el acceso a cada box de los pacientes por un pasillo independiente a la Unidad.

Esta nueva Unidad, está prevista prevista abrir con 24 camas y se dividirá en tres controles, por lo que cada control vigilará ocho camas y contará con su almacén y su farmacia propia.

Tres de los boxes por su amplitud, tienen posibilidad de albergar dos camas/pacientes.

La secretaría está ubicada en la misma Unidad, justo donde accederán a la Unidad los visitantes. En ese mismo lado de la Unidad, se sitúan las salas de espera, y las salas de información a los familiares (4 en total más la sala de duelo).

Cada box contará con un carro de trabajo y la cama correspondiente, además del centro de trabajo, situado justo en el exterior del box, donde se dispondrá de un ordenador para cada paciente.

Existe un baño para los pacientes que se encuentren en unas condiciones de autonomía como para desplazarse hasta él.

Los monitores y alguno de los ventiladores mecánicos también serán nuevos, pero también se mantendrá algún aparato técnico de la Unidad anterior. Las camas serán también nuevas, con un desarrollo tecnológico superior al actual.

Los controles centrales, además de recoger los datos de monitorización de cada paciente, reciben las grabaciones de las cámaras individuales de cada box, para asegurar en todo momento el absoluto control de los pacientes.

Como se ha observado en la revisión bibliográfica, la estructura física y en particular, la disposición abierta de la antigua UCI, podía ser una barrera a la hora de establecer un régimen de visitas abierto.

Con el traslado a la nueva Unidad, esta barrera queda superada. De hecho, la nueva UCI reúne las características idóneas para poder facilitar un acceso permisivo a los familiares ya que la estructura cerrada, contribuye a la preservación de la intimidad de cada paciente.

Además, la existencia de un pasillo independiente para las visitas, hace que en ningún momento la familia entre más allá del box al que se dirige ya que el área de trabajo de los profesionales, queda aislado del pasillo.

La instauración de un teléfono de video-vigilancia para el acceso, es otro de los puntos que resulta ser una herramienta facilitadora de cara a la regulación de la entrada a la Unidad.

Observando todas las mejoras descritas, se puede deducir que la nueva Unidad de Cuidados Intensivos cumple con los elementos facilitadores necesarios para que pueda darse un cambio organizacional respecto al régimen de visitas.

*Se adjuntan los planos de la Unidad actual y Nueva UCI como **Anexo 4**.*

III.2. Análisis interno:

- **Cuestionario de creencias de los profesionales:**

A la hora de hablar del régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos, tan importante es tener en cuenta al paciente y familiares, como analizar las posturas que adoptan los profesionales ante ello.

Por lo tanto y ante la puesta en marcha de una nueva UCI, se considera de interés y una oportunidad realizar este estudio con el fin de conocer las creencias de enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familia y enfermeras.

Objetivo:

Analizar las creencias del equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en pacientes, familias y equipo de enfermería.

Hipótesis:

Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán diferentes entre mujeres y hombres.

Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores entre los profesionales de mayor edad.

Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores en los profesionales con más años de experiencia en la Unidad.

Muestra y método:

Este estudio correlacional descriptivo se ha realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 20 camas de un Hospital de 1000 camas.

Se entregaron 105 cuestionarios y sólo hubo 3 de los cuales no se obtuvo respuesta, por lo que la muestra está formada por 102 cuestionarios. En el estudio, participaron tanto enfermeras como auxiliares de enfermería, además de la Jefa de Unidad.

El requisito para participar fue encontrarse activamente trabajando durante el periodo de realización del cuestionario y llevar al menos un año en el servicio.

a) Instrumento de medida:

El instrumento utilizado para obtener la opinión del equipo de enfermería en relación a un régimen de visitas abierto o más permisivo que el que existe en la actualidad incluyó dos apartados:

-Un primer apartado con 26 preguntas tipo test, dividido en tres dimensiones o subcategorías, (Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente/familia/equipo de enfermería-Unidad).

-Un segundo apartado con una pregunta abierta en modo de “sugerencias o comentarios sobre el régimen de visitas actual y datos no encontrados en el cuestionario”.

(Se incluye el cuestionario como Anexo 5. del documento)

Para recoger la información acerca de las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familias y equipo de enfermería se utilizó una escala tipo Likert de 4 puntos, con 26 ítems, 13 positivos y 13 negativos, dividida en tres subescalas.

La escala, ofreció cuatro posibilidades de respuesta, siendo el (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) Totalmente de acuerdo.

Para el cálculo total en las preguntas negativas, se invirtieron las puntuaciones de las preguntas negativas (2, 3, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 25) y se calculó la puntuación media de toda la escala además de las subescalas.

Una puntuación elevada (máximo 4) indicó una creencia positiva de las enfermeras en relación al efecto beneficioso de la visita abierta.

La escala utilizada para analizar las creencias, fue desarrollada por L. Marco et al¹⁸ en base a los resultados empíricos de los estudios de Kirchhoff et al de 1993¹⁹ y Simpson et al de 1996²⁰.

¹⁸ Marco Landa L., Bermejillo Eguía I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** *Enferm Intensiva.* 2000; 11.

Se habló con los autores del cuestionario y se obtuvo permiso para su utilización en este trabajo.

El resultado del análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido en este estudio para la escala de creencias fue de 0,861 (subescala paciente 0,700, subescala familia 0,689 y subescala equipo de enfermería 0,764).

Además, se recogieron datos sociodemográficos, edad, sexo, puesto de trabajo que desempeña, años trabajados en el servicio de Cuidados Intensivos y tipo de contrato.

b) Recogida de datos:

La recogida de información, se realizó mediante un buzón situado en un punto estratégico de la Unidad. Se le explicó el fin del cuestionario a cada participante en el momento del reparto del mismo. La participación fue voluntaria. El tiempo estimado para la realización del cuestionario autocumplimentable fue de 5 minutos.

Para minimizar sesgos en la recogida del cuestionario, se realizó en un periodo de estabilidad laboral, fuera de periodos vacacionales con la finalidad de captar al máximo de personal posible, estableciéndose un periodo de un mes para el reparto y recogida de los cuestionarios.

Los cuestionarios fueron depositados en el buzón por cada participante, para asegurar el anonimato de los mismos.

c) Consideraciones éticas:

Los participantes fueron libres de entregar los cuestionarios y de abandonar el estudio en cualquier momento.

¹⁹ Kirchoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. Am J Crit Care 1993;2: 238-45. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. p.111

²⁰ Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. Am J Crit Care 1996;5:420-6. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11 p.111

d) Análisis de datos:

Se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 20, para el análisis de los datos. Los cálculos estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

Para analizar si las variables seguían criterios de normalidad se realizó el test de Shapiro Wilks y se concluyó en darle un tratamiento paramétrico.

Se aplicó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, máximo y mínimo) para las variables continuas.

Las respuestas se agruparon en dos grupos, añadiendo los ítems que incluían “totalmente de acuerdo” dentro de “de acuerdo” y los que incluían “totalmente en desacuerdo” dentro de “en desacuerdo”, dejando de esta manera dos grupos de respuesta; [de acuerdo / en desacuerdo].

Para el análisis de la relación entre la puntuación y las variables sociodemográficas se aplicó el análisis de la varianza, Anova, para comparar respuestas obtenidas con la variable edad categorizada por grupos, t-test de Student para la diferencia de medias para las variables sexo, tipo de contrato y puesto y la correlación de Pearson para variable años en el servicio.

En cuanto a la pregunta abierta, se agruparon las respuestas en cuatro categorías; estructura / cuidados de enfermería / familiares / tipo de paciente.

Resultados:

El cuestionario fue realizado y entregado por 102 participantes, de 105 a los que había sido repartido, por lo que la tasa de participación fue mayor de un 97%.

De los 105 participantes, 36 fueron auxiliares de enfermería y 66 fueron enfermeras. Todas ellas trabajan a turnos rotados, excepto una enfermera que realiza un turno fijo de mañanas y la Jefa de Unidad que también sigue un turno de mañanas.

La media de edad de los participantes fue 41 años (D.E.=8,74), siendo de 24 años la persona más joven y de 59 la mayor. Se realizó una categorización de grupos de 10 años de edad para poder comparar diferencias significativas entre grupos.

Entre los participantes, sólo 7 fueron hombres, frente a 95 mujeres.

En cuanto al tipo de contrato, participaron 58 personas fijas en el servicio y 44 eventuales. La persona que más años lleva en el servicio lleva 30 años y la que menos 1, siendo la media 7,63 años (D.E. 5,7).

En cuanto los resultados obtenidos en el cuestionario, en general, la creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 2,79 (DE= 0,35; min. 2, máx. 3,77) siendo el valor máximo cuatro y mínimo uno.

En las siguientes tablas tenemos las frecuencias (proporciones) de las categorías, además de la media de cada respuesta con su desviación estándar, y con el máximo y el mínimo obtenido en cada pregunta.

Para una lectura más sencilla, las preguntas negativas invertidas para el cálculo global, se presentan en sus valores originales.

Además, se realizó un análisis de cada subcategoría, (Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente/familia/equipo de enfermería- Unidad) para facilitar la interpretación de los resultados.

Tabla 4. Resultados subescala paciente.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente.	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	102 (100%)	-	3,52	0,50	3/4
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente.	31(30,4%)	71 (69,6%)	2,75	0,76	1/4
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente	58(56,9%)	44(43,1%)	2,39	0,85	1/4
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	94(92,2%)	8(7,8%)	3,47	0,85	1/4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	95(93,1%)	7(6,9%)	3,36	0,61	2/4
6. La presencia de la familia provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial.	58(56,9%)	44(43,1%)	2,36	0,78	1/4
7. Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante	99(97,1%)	3(2,9%)	3,53	0,56	2/4
8. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	57(55,9%)	45(44,1%)	2,85	0,80	1/4
9. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente	12(11,8%)	90(88,2%)	3,14	0,63	1/4
10. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente	32(31,4%)	70(68,6%)	2,78	0,75	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,99	0,37	2,3/4

Tabla 5. Resultados subescala familia.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en la familia.	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
11. La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia.	91(89,2%)	11(10,8%)	3,26	0,67	1/4
12. La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia.	87(85,3%)	15(14,7%)	3,26	0,70	2/4
13. La visita abierta agota a la familia.	52(51%)	50(49%)	2,48	0,86	1/4
14. La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	85(83,3%)	17(16,7%)	3,16	0,77	1/4
15. Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	64(62,7%)	38(37,3%)	2,27	0,69	1/4
16. La visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.	69(67,6%)	33(32,4%)	2,18	0,80	1/4
17. El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia.	67(65,7%)	35(34,3%)	2,18	0,80	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,79	0,45	1,4/3,7

Tabla 6. Resultados subescala equipo de enfermería-Unidad.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el equipo de enfermería-Unidad.	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
18. La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente.	75(73,5%)	27(26,5%)	2,03	0,81	1/4
19. Con la visita abierta, el equipo de enfermería obtiene de los familiares una información muy valiosa.	75(73,5%)	27(26,5%)	2,92	0,67	2/4
20. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería.	80(78,4%)	22(21,6%)	1,96	0,77	1/4
21. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	84(82,4%)	18(17,6%)	3,05	0,67	1/4
22. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.	52(51%)	50(49%)	2,52	0,82	1/4
23. Con la visita abierta, el equipo de enfermería no se siente preparado para relacionarse con la familia.	23(22,5%)	79(77,5%)	1,77	0,42	1/4
24. En la visita abierta el equipo de enfermería debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente.	43(42,2%)	59(57,8%)	2,57	0,82	1/4
25. La visita abierta impide al equipo de enfermería manifestarse como es.	30(29,4%)	72(70,6%)	2,76	0,76	1/4
26. La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de enfermería.	37(36,3%)	65(63,7%)	2,35	0,75	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,57	0,45	1,6/3,9

Verificación de hipótesis:

En cuanto al análisis realizado de las variables sociodemográficas, se comenzó por analizar si la media obtenida en las respuestas, guardaba alguna relación con la edad o no. Para ello, se realizó el contraste Anova, para establecer la diferencia entre los diferentes grupos de edad, categorizados previamente en 4 grupos, de 20 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 a 60 años.

Se obtuvo un p valor de 0,235 para la primera subcategoría, p valor de 0,226 para la segunda y p valor 0,158 para la tercera subcategoría (creencias sobre los efectos que la visita abierta produce en el equipo de enfermería-Unidad) con lo que no se pudo afirmar que exista una diferencia significativa entre los grupos de edad.

La diferencia entre sexos no quedó muy justificada por la disparidad de los grupos (95 mujeres y 7 hombres), pero se podría observar cierta diferencia para el grupo de hombres, habiendo obtenido un p valor 0,057 marginalmente significativo que podría indicar una respuesta media algo más positiva del grupo de los hombres hacia el régimen de visitas abierto.

En referencia al puesto que desempeña en UCI o categoría profesional, no se observó ninguna diferencia significativa (p valor 0,092).

Para analizar la correlación entre años que lleva en el servicio y las puntuaciones medias de las diferentes subcategorías (paciente / familia/ equipo de enfermería-Unidad) se empleó la correlación de Pearson.

Solamente se podría observar una correlación débil para la subescala uno (creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el **paciente**): correlación 0,229 siendo el p valor 0,02. Sugirió que a más años en el servicio, la puntuación fue mayor, es decir, las personas que más años llevan en el servicio, cuentan con más creencias positivas sobre el efecto de la visita abierta.

Finalmente, reflejar que en cuanto al tipo de contrato no existió ninguna diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres subcategorías.

Pregunta abierta:

De los 102 participantes, 33 contestaron a la pregunta abierta, 24 Enfermeras y 9 auxiliares de enfermería.

Los comentarios, se agruparon en diferentes bloques, los que hacían alusión a la estructura, a los cuidados de enfermería, a lo relacionado con los familiares y al tipo de paciente.

En cuanto a la estructura se recogieron tres comentarios, que además de hacer referencia a la nueva Unidad, al método de acceso y llamada de la familia para acceder, hicieron referencia también a la intimidad de los pacientes.

“El régimen de visitas actual es anticuado y escaso, la estructura de la nueva Unidad permite mejorar esto. También creo que un régimen abierto 100% es complicado, por la noche el paciente debe descansar, pero por el día sí que estaría bien que fuera abierto.” (Comentario 1)

“Tal y como está preparada estructuralmente la UCI actualmente, en la que no hay acceso independiente a cada box, no se rentabiliza el tiempo que se invierte en atender cada vez que una familia llama a la puerta” (Comentario 7)

“El régimen de visitas actual viene condicionado por la infraestructura de la Unidad, hay demasiada gente al mismo tiempo, causando perjuicio a algunos enfermos que están conscientes, a veces se invade la intimidad de otros pacientes.”(Comentario 19)

Respecto a los cuidados de enfermería, hubo ocho comentarios que incidieron en el tema. Los aspectos más destacados podrían resumirse en estas creencias; La interrupción de cuidados de enfermería, el aumento de la carga de trabajo y un aumento de la demanda por parte de paciente y familia.

“Los inconvenientes son para enfermería en realidad ya que a la hora de hacerle algunos cuidados tenemos que decirles que salgan” (Comentario 2)

“A pesar de que un tiempo de visita amplio puede dificultar los cuidados de enfermería, así como un aumento de la carga de trabajo.” (Comentario 3)

“Las visitas son más favorables cara al paciente pero desfavorables cara al ritmo de trabajo del personal y desfavorable a veces cara a la propia familia, puesto que en ellos produce más ansiedad presenciar o vivir ciertos momentos de los cuales serían ignorantes si no pasaran fuera de horario”. (Comentario 9)

“La llegada de la familia en muchos casos produce un aumento de la demanda del paciente y de la familia (sobrecarga de trabajo).” (Comentario 11)

“Dificulta mucho el trabajo de la enfermera y aumenta la carga de trabajo. También en situaciones muy dramáticas, tener todo el rato a la familia se nos hace más duro y aumenta nuestra carga de trabajo por el acompañamiento psicológico que les brindamos. Hay casos en que aumenta la demanda y exigencia de las familias creándose una dependencia de enfermería que crea ansiedad” (Comentario 12)

“La presencia de la familia obliga a reorganizar nuestro trabajo y se agobian tanto que están más demandantes.” (Comentario 8)

“Sin embargo, el profesional es muy reacio a “abrir” la uci. Somos grandes frenos al apoyo emocional al paciente y la familia.” (Comentario 24)

“Pero que cuando tengamos que realizar nuestras funciones, salgan y no interfieran en nuestra tarea profesional, porque en muchas ocasiones, el que la familia tenga un régimen de visitas abierto causa que muchas labores de enfermería se dejen para más tarde haciendo así que se acumule más trabajo” (Comentario 33)

En lo que incumbe a la familia se recogieron otros ocho comentarios. Desde el equipo de enfermería una de las creencias más repetidas es la preparación o no de los familiares para ver momentos críticos y “desagradables” que ocurren a su familiar. Otro aspecto que se repite es la importancia del tipo de relación que tienen paciente y familia.

Además, en un par de los comentarios, se encuentra la sugerencia de que se cree la figura de un “referente” o “acompañante”, que se diferencie de los visitantes, pudiendo establecer desde el equipo de enfermería con ese familiar de referencia, una relación de acompañamiento y trabajo, incluso con la posibilidad de incorporarlo a los cuidados básicos del paciente, además del apoyo que le proporciona su presencia.

“Para que no se apuren al ver a su familiar toser o quejarse de dolor etc.” (Comentario 25)

“Depende del paciente, necesidades que tiene y relación con la familia ante la enfermedad.” (Comentario 5)

“Pienso que no todas las familias están preparadas para una visita abierta, puede que se agobien y agobien con ello al paciente.” (Comentario 6)

“Hay familiares que tranquilizan al paciente y otros que se agobian” (Comentario 16)

“Creo que un régimen abierto de visitas facilita a la familia la integración de la atención al familiar ingresado con la vida cotidiana de la familia.”(Comentario 17)

“Para eso igual haría falta que unos familiares en concreto sean referentes para el equipo.” (Comentario 18)

“Habría que distinguir entre visita y acompañante, este último podría participar en el proceso de cuidado del paciente, además de darle apoyo moral” (Comentario 32)

“Todo depende del tipo de familia, si es comprensiva o no.” (Comentario 26)

El tipo de paciente fue sin duda el aspecto más comentado en este apartado del cuestionario, ya que apareció en 14 de los 33 comentarios.

Según las sugerencias recibidas, se subdividen dos tipos de pacientes:

- Paciente sedoanalgesiado, inconsciente, en coma o intubado.
- Paciente despierto o consciente o de estancia prolongada.

Para los pacientes que se encuentran en el primer grupo, la mayoría de trabajadores de la UCI no encuentra posibles beneficios relacionados con la estancia de la familia, ya que ni el paciente percibiría la compañía, ni a la familia le resulta fácil vivir ciertas situaciones.

Sin embargo, hay unanimidad en cuanto la necesidad de acompañamiento que puede llegar a tener un paciente consciente y los beneficios que la presencia de la familia le aporta. Alguno de los comentarios incluso sugiere que la presencia de la familia puede reducir cargas de trabajo al equipo de enfermería e incluso que la presencia familiar ayuda a que los pacientes no se desorienten.

“Creo que actualmente a algunas familias se les deja el régimen de visitas más flexible y es mejor porque si el paciente está consciente, se siente más acompañado y centrado. No tiene sensación de soledad y tiene menos miedos.” (Comentario 28)

“Otro caso diferente es si está sedado o en coma o inestable. Ya que si ocurre alguna situación de hipotensión extrema o situación crítica la familia no creo que reaccionara bien y sería un impedimento para el equipo para trabajar.” (Comentario 14)

“No tengo una opinión clara acerca de si o no a las visitas abiertas. Considero que depende la situación del paciente puede ser conveniente desde 10 min de visita hasta 6-7 horas. Por lo tanto me inclinaría hacia una Unidad con visitas flexibles, en función a la situación del paciente, intentando proporcionar al paciente el mayor bienestar posible” (Comentario 31)

“El régimen de visitas abiertas me parece adecuado para pacientes conscientes, de hecho reduce mucho las cargas de trabajo tanto para auxiliares como para enfermeras y por supuesto mejora el estado emocional del paciente. Para pacientes sedados o en circunstancias de inestabilidad hemodinámica creo que el régimen abierto no beneficia en el cuidado del paciente.”(Comentario 4)

“Estoy de acuerdo en la importancia de la familia en la recuperación del paciente. Creo que hay que valorar el tipo de paciente que tenemos, la influencia que tiene la familia en el. En unos casos vemos que es positivo y en otros negativo.”(Comentario 23)

“El régimen de visitas actual es mejor en situaciones críticas o de gravedad. El régimen de visitas abierto es mejor en pacientes de estancia prolongada en UCI, para el apoyo emocional y de autocuidado.” (Comentario 30)

“Considero que el régimen de visitas abiertas beneficia más a los pacientes que están más tiempo ingresados en la UCI. Con el régimen de visitas actual veo una masificación excesiva de familiares por paciente.” (Comentario 10)

“Creo que la visita abierta favorece muchas situaciones como: el acompañamiento de pacientes que están conscientes, que se desorientan menos, en caso de algunos cuidados lo pueden hacer ellos etc....” (Comentario 15)

“Paciente sedado intubado la presencia de la familia creo que no influye en su recuperación. Influiría la presencia de la familia en paciente de estancia larga consciente. Un paciente intubado no precisa a mi parecer tanto la visita abierta, si esta sedado, claro.” (Comentario 13)

“A la hora de valorar los beneficios de la visita abierta para el paciente, varía mucho según la situación del paciente. No es lo mismo si está sedado o no lo está. Tampoco es igual dependiendo de la criticidad de su estado.” (Comentario 20)

“Cada paciente es un mundo y esto no es válido para todos. Es una opinión de los efectos de forma genérica pero en ocasiones estas respuestas no serían válidas si no con matices.

El régimen abierto lo pondría para pacientes despiertos, estables y con pocos cuidados, en los que la familia podría colaborar” (Comentario21)

“Un paciente agudo, sedado, inestable y grave, no requiere la presencia continua de la familia, ni ella posiblemente pueda tolerar la sobrecarga emocional que conlleva.” (Comentario 22)

“A mí me hubiera gustado poder diferenciar tipo de paciente, en coma inducido o en alerta.” (Comentario 23)

“Las preguntas deberían haberse hecho para pacientes intubados o no intubados. La respuesta no es la misma.” (Comentario 27)

“Para distintos pacientes, unas veces es satisfactorio y otros no se está de acuerdo, sobre todo en pacientes de larga estancia y/o conscientes.” (Comentario 29)

En la siguiente tabla se incluye la relación entre cada comentario (número) y las variables sociodemográficas del cuestionario al que corresponde.

Tabla 7. Datos sociodemográficos.

Nº	Datos sociodemográficos.
1	DUE. Hombre, 26 años. 4 años en el servicio, eventual.
2	DUE. Mujer, 29 años. 5 años en el servicio, eventual.
3	DUE. Mujer, 32 años. 3 años en el servicio, eventual.
4	DUE Mujer, 34 años. 7 años en el servicio, fijo.
5	DUE Mujer, 34 años. 3 años en el servicio, eventual.
6	DUE Mujer, 36 años. 1 año en el servicio, fijo.
7	DUE. Mujer, 36 años. 15 años en el servicio, eventual.
8	DUE. Mujer, 42 años. 13 años en el servicios, fijo.
9	DUE. Mujer, 42 años. 13 años en el servicio, fijo.
10	DUE Mujer, 42 años. 12 años en el servicio, eventual.
11	DUE. Mujer, 42 años. 19 años en el servicio, fijo.
12	DUE. Mujer, 43 años. 6 años en el servicio, fijo.
13	DUE Mujer, 46 años. 15 años en el servicio, fijo.
14	DUE Mujer, 46 años. 11 años en el servicio, fijo.
15	DUE Mujer, 44 años. 18 años en el servicio, fijo.
16	DUE Mujer, 47 años. 14 años en el servicio fijo.
17	DUE Mujer, 48 años. 11 años en el servicio, fijo.
18	DUE Mujer, 42 años. 1 año en el servicio, eventual.
19	DUE. Mujer, 59 años. 30 años en el servicio, fijo.
20	DUE Mujer, 39 años. 15 años en el servicio, fijo.
21	DUE Mujer, 36 años. 7 años en el servicio, eventual.
22	DUE Mujer, 48 años. 22 años en el servicio, fijo.
23	DUE Mujer, 34 años. 5 años en el servicio, eventual.
24	DUE. Mujer, 51 años. 8 años en el servicio, fijo.
25	TCAE Mujer, 43 años. 14 años en el servicio, fijo.
26	TCAE Mujer, 58 años. 9 años en el servicio, eventual.
27	TCAE Mujer, 49 años. 6 años en el servicio, eventual.
28	TCAE Mujer, 55 años. 5 años en el servicio, fijo.
29	TCAE Mujer, 49 años. 2 años en el servicio, fijo.
30	TCAE Mujer, 47 años. 3 años en el servicio, eventual.
31	TCAE Mujer, 30 años. 7 años en el servicio, eventual.
32	TCAE Mujer, 28 años. 7 años en el servicio, eventual.
33	TCAE. Hombre, 27 años. 3 años en el servicio, eventual.

Discusión:

Antes de nada, hay que destacar extraordinaria participación del equipo de enfermería, el cuestionario ha levantado mucha curiosidad e interés sobre el régimen de visitas y muchos de los participantes acudieron una vez finalizado el periodo de realización de cuestionarios a aportar posibles ideas.

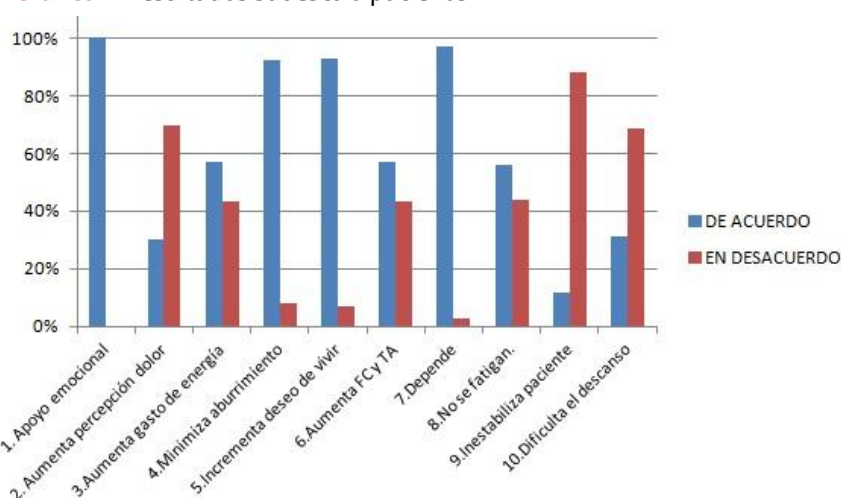
De hecho, el cuestionario ha generado expectativa entre todos los trabajadores de la Unidad, ha facilitado la reflexión individual y en grupo y quizá ha promovido actitudes positivas.

A pesar que en el momento del reparto de los cuestionarios el equipo de enfermería mostrase su parecer sobre el tema, refiriendo en algún momento los aspectos negativos que podría conllevar un régimen más permisivo de visitas, los resultados del cuestionario han reflejado y destacado los aspectos positivos del mismo.

La participación fue muy alta, 102 participantes (97%) aunque no se alcanzó un 100% como en el estudio realizado por Marco et al. en 2000 y Fairbun en 1994²¹.

Existió unanimidad en preguntas como la primera, “La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente” que todos los participantes se muestran de acuerdo (100%).

Gráfico 1. Resultados subescala paciente.



²¹ Fairburn K. Nurses' attitudes to visiting in coronary care units. Intensive Crit Care Nurs 1994;10:224-33. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiain Erro M.C. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. Enferm Intensiva. 2000; 11. p.115

También se obtuvo un resultado alto en la pregunta “La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente” con un 92,2% de respuestas a favor.

Está claro también que según el equipo, la presencia de la familia incrementa el deseo de vivir del paciente, con un 93,1% de respuestas positivas.

Uno de los aspectos más repetidos en los comentarios es la necesidad de individualizar y de diferenciar entre diferentes pacientes y familias, así lo reflejan los resultados a la variable:

“Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante” con un 97,1% de respuestas.

Sin duda no existen dos pacientes iguales ni familias que sigan un mismo patrón de comportamiento, por lo que la individualización o valoración pertinente en cada uno de los casos sería una de las conclusiones más importantes obtenidas gracias al cuestionario.

Esta creencia, se corresponde con la publicación de Santana Cabrera et al.²² y Whitton et al.²³ donde se detecta como una de las necesidades principales en las Unidades de Cuidados Intensivos, el personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

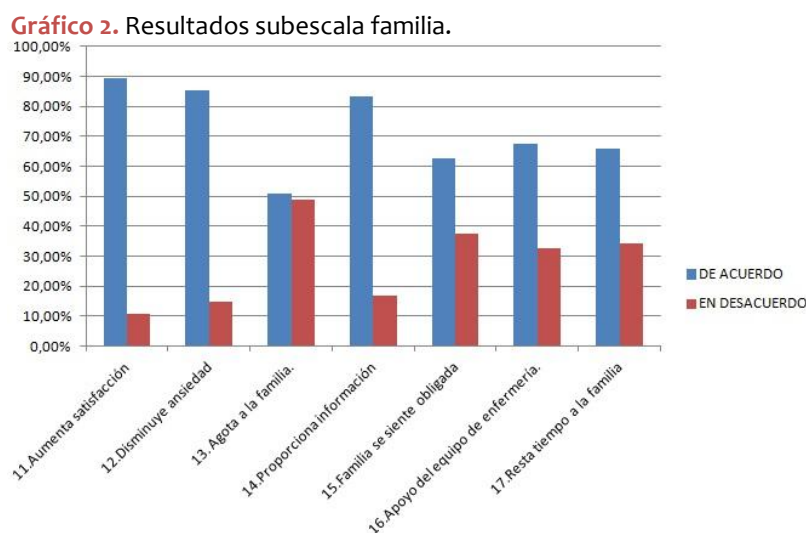
Como respuesta negativa hacia un régimen de visitas más abierto y flexible, se encontró con un 56,9% de respuestas la siguiente afirmación “La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente”. Coincide con lo encontrado en la revisión de literatura y puede que en muchos casos sea real, pero existen estudios que desmienten esta corriente de pensamiento como el realizado en 2007 por Giannini et al.²⁴

²² Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., García Martul M., Eugenio Robaina P., Villanueva Ortiz A., **Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional**. Med Intensiva. 2007; 31 (6): 273-80

²³ Whitton S., I. L., Pittiglio, **Critical Care Open Visiting Hours**. Crit Care Nurs Q. 2011, 34 (4): 365.

²⁴ Giannini A., **Open intensive care units: the case in favour**. Minerva Anestesiol. 2007, 73 (5): 301.

Otra de las preguntas que obtuvo una respuesta bastante uniforme fue la que afirma que “La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia” que contó con 89,2% de respuestas a favor.

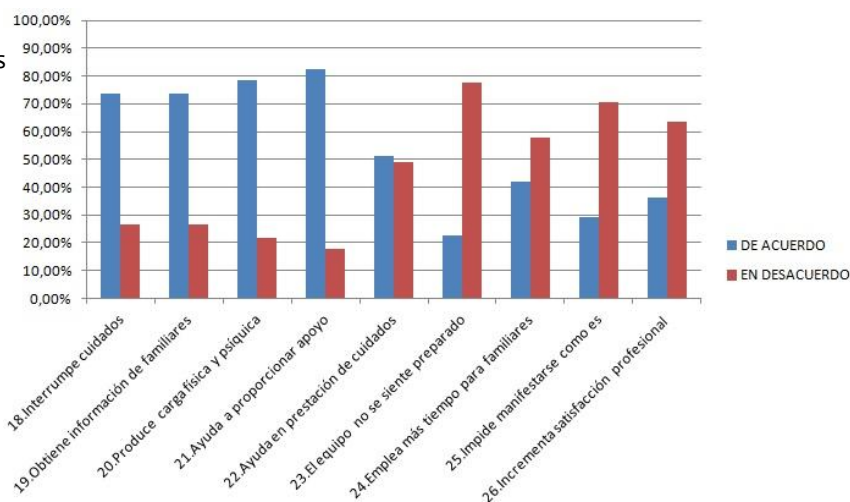


Además, un 82,4% se mostró a favor de que “La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente”.

También, llama la atención el dato obtenido en la pregunta “La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería” ya que un 78,4% se mostró a favor de la afirmación.

Se observó concordancia entre alguna pregunta con los comentarios sugeridos, como en el caso del siguiente ítem que afirma “La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería, especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente” obteniendo un 73,5% de resultados a favor.

Gráfico 3. Resultados subescala equipo de enfermería- Unidad.



Tras analizar las respuestas y su relación con las variables sociodemográficas planteadas, podemos ver como de las hipótesis planteadas solamente se ve confirmada la tercera; “las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores en los profesionales con más años de experiencia en la Unidad”.

Los resultados obtenidos sugieren plantear una propuesta de futuro, ya que se abre una línea de mejora respecto al cambio en la forma de trabajar que habría que asimilar de cara a incorporar a las familias a la Unidad, ya que es difícil imaginar una situación a la que el equipo no está acostumbrado. Trabajar teniendo a la familia presente más allá de la media hora que actualmente se encuentra, supone un cambio cultural y con ello, un cambio en nuestra forma de trabajar, que puede ser la principal causa de negación al cambio.

La mayoría de los estudios manifiestan cómo el equipo de enfermería tiene que posponer o modificar su trabajo y la prestación de cuidados que pueden verse interrumpidos por la presencia familiar.²⁵

Sucede así en otros estudios realizados, donde los profesionales de enfermería se muestran reticentes a la apertura de las Unidades de Cuidados Intensivos, pero admiten que los horarios actuales puedan ser ampliados.²⁶

Unido con lo anterior, se podría añadir alguno de los comentarios sugeridos, que refieren que la presencia de la familia obliga al equipo de enfermería a reorganizar el trabajo y que los profesionales son reacios a “abrir la UCI”, suponiendo esto un freno al apoyo emocional del paciente y familia.

²⁵ Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timisit H.F., Diaw F., Willems V., Tabah A., et al. **Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.** Crit Care med 2008, 36 (1): 30-35.

²⁶ Zaforteza Lallemand C., García Mozo A., Quintana Carbonero R., Sánchez Calvín C., Abadía Ortiz E., et. al. **Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿qué opinan los profesionales?** Enferm Intensiva. 2010; 21 (2): 55.

Por ello, a pesar de que en algún caso, la presencia de la familia suponga una reorganización, hay que tener en cuenta los beneficios directos que el paciente obtiene de su presencia.

Finalmente, destacar uno de los matices que ha resultado muy interesante: la propuesta de introducción de la figura de un “referente” o “acompañante”.

Supondría un nexo entre paciente y equipo médico y de enfermería que permitiría además de proporcionar una información más concreta y dirigida a las necesidades de cada paciente y familiar, una gran ayuda a la hora de introducir a la familia en el cuidado.

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

A diferencia del estudio realizado por Marco et al en el que se ha basado este estudio, el régimen de visitas actual es restrictivo, por lo que el equipo de enfermería ha tenido que hacer un trabajo añadido para poder establecer un criterio sobre algo sobre lo que no trabajan.

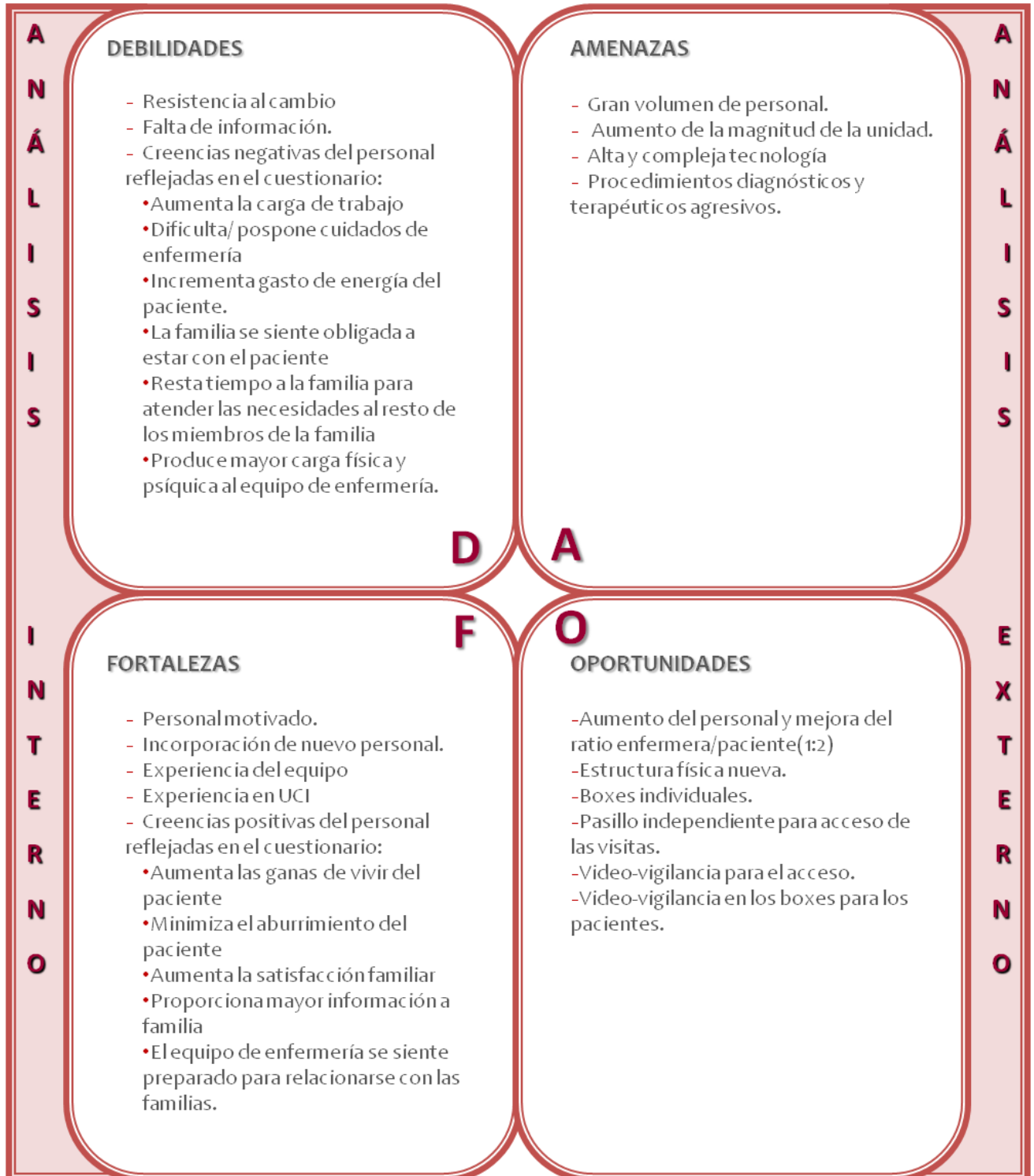
Esto deja una línea de investigación abierta, de cara al traslado a la Nueva Unidad, donde la estructura acompañaría a la preservación de intimidad de cada paciente y probablemente llevará a una flexibilización mayor del régimen actual de visitas, donde podría repetirse el cuestionario y analizar si el hecho de vivirlo como algo real puede traducirse en algún cambio o diferencia en el cuestionario realizado.

Conclusiones:

- Entre las creencias del equipo de enfermería existe unanimidad acerca de que un régimen de visitas abierto es positivo tanto para el paciente, para la familia y para el equipo de enfermería.
- Uno de los aspectos negativos destacables por la alta puntuación obtenida, es la necesidad de reorganización del trabajo y prestación de cuidados de enfermería, éste es un aspecto que habrá que tenerse en cuenta a la hora de una posible flexibilización del régimen actual.
- En cuanto a la presencia de la familia, destaca la posibilidad de establecer una figura referente, que además de poder aportar beneficios directos al paciente con su apoyo emocional y compañía, sirva como unión entre los profesionales de la Unidad y trabajadores.
- El estudio ha obtenido una participación muy alta y en general la plantilla está interesada en lograr mejorar la forma de trabajar, más aun una vez establecido que la creencia que prevalece es que un régimen de visitas abierto proporciona beneficios al paciente que es el último y primer objetivo y razón de ser de los profesionales.

III.3. Matriz DAFO.

Tabla 8. Matriz DAFO.



Análisis externo.

Las amenazas encontradas en el análisis externo son las siguientes:

- Gran volumen de personal.

Se trata de una Unidad en la que por turno pueden juntarse trabajando más de 30 personas; 13 enfermeras y 8 auxiliares por turno, además de los celadores y el equipo médico. En ocasiones, llegar a un consenso resulta difícil ya que al no existir una norma establecida para flexibilizar las visitas, las decisiones que se toman presentan una gran variabilidad entre los diferentes profesionales.

- Aumento de la magnitud de la Unidad.

La nueva Unidad de Cuidados Intensivos duplica el espacio físico de la antigua UCI. Esto puede suponer un impedimento para los trabajadores, a la hora de organizar su trabajo, ya que acostumbrados a trabajar en un espacio físico mucho más pequeño, la percepción de descontrol se incrementa. Se tiene en cuenta como una amenaza debido a que para establecer una flexibilización del régimen de visitas los profesionales son uno de los puntos más importantes a contemplar y será necesario que se adapten a la nueva magnitud para sentirse seguros en el trabajo y poder modificar la política de visitas.

- Alta y compleja tecnología y procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos.

La UCI, es un lugar donde se llevan a cabo procedimientos invasivos de mucha complejidad científico-técnica. En muchas ocasiones, es necesario trabajar en condiciones de asepsia quirúrgica. Además, cada paciente cuenta mínimo con un monitor para la vigilancia de sus parámetros vitales y con un dispositivo vascular. La vigilancia extrema requerida por algunos pacientes puede que se vea interrumpida por la presencia de alguna familia, cosa que podría trabajarse directamente con ellos. Unos familiares conscientes de dónde se encuentran y del estado de gravedad de su familiar, probablemente puedan servir incluso de ayuda al equipo de enfermería, aunque por el contrario, habrá momentos en los que haya que indicarles que abandonen la Unidad para la realización de según que técnicas.

Las oportunidades encontradas en el análisis externo son las siguientes:

- Aumento del personal y mejora del ratio e/pte (2:1)

Con el cambio a la nueva Unidad, se abren cuatro nuevas camas es decir, se pasa de 20 camas a 24 camas. Con ello, se amplía la plantilla de enfermería y auxiliares de enfermería, cosa que repercute en una mejora del ratio enfermera paciente. En la UCI antigua, en muchas ocasiones una enfermera tenía que hacerse cargo de tres pacientes, cosa que ahora ya no va suceder. Esto implica una garantía de mejora en la atención a cada paciente y por consiguiente posibilidad de atención a su respectivo familiar.

- Estructura física nueva y boxes individuales.

La nueva estructura física en que va albergar la UCI, cumple las características ideales para una flexibilización de las visitas y una integración del familiar en el cuidado del paciente crítico. El hecho de que la estructura pasa a ser cerrada es determinante, debido a que en la Unidad antigua, al no disponer de boxes individuales, la intimidad del paciente podía verse vulnerada de cara a introducir familiares en la UCI.

Sin embargo, la nueva Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con 24 boxes individuales, en los cuales cada paciente tiene su espacio físico e intimidad, donde no es partícipe de los sucesos que puedan estar pasándole al paciente de al lado, como sucedía actualmente en la UCI antigua.

- Pasillo independiente para el acceso de las visitas.

El hecho de que se haya diseñado un pasillo independiente para el acceso de visitas es otra oportunidad importante a tener en cuenta. Muchas veces, las visitas se ven interrumpidas a causa de un ingreso no programado justo en la media hora que los familiares tienen para estar con los pacientes, cosa que al no disponer de un acceso diferente para familiares y pacientes interrumpía inmediatamente la hora de visitas.

En la nueva UCI, el acceso de los familiares no pasa por dentro de la Unidad o zona de trabajo. Esto facilita que un familiar pueda quedarse más tiempo y pueda venir a diferentes horas, sin estar condicionado por lo que esté pasando dentro de la Unidad con otros pacientes.

- Video-vigilancia para el acceso y video-vigilancia en los boxes para pacientes.

Uno de los puntos en los que incidieron los profesionales en el cuestionario fue el papel de “porteros” que tomamos el equipo de enfermería a la hora de regular las visitas. Sin embargo, en la nueva UCI se cuenta con un portero automático de video-vigilancia, lo que evita que la enfermera responsable del paciente tenga que salir hasta la puerta de entrada para reconocer al familiar de su paciente y darle permiso para entrar. Teniendo en cuenta que las distancias se multiplican en la nueva Unidad, esto supone una ventaja ya que mediante el telefonillo con videocámara se reduce el tiempo de interrupción de tareas que conlleva el salir hasta la puerta de entrada, admitir al familiar y volver a su lugar de trabajo para continuar con la tarea en curso, agilizando de esta manera el proceso de recepción de familiares.

Además, los boxes cuentan con video-vigilancia, por lo que los profesionales pueden observar desde el control de enfermería lo que esté sucediendo dentro del box.

Análisis interno.

Las debilidades encontradas en el análisis interno son las siguientes:

- Resistencia al cambio.

Para el personal de la Unidad, y sobre todo aquellos que llevan años trabajando en el servicio, el cambio a la nueva UCI supone mucha inseguridad. Son muchos y variados los aspectos que se verán modificados al cambiar de estructura física y esto desencadena un sentimiento de inestabilidad entre los profesionales. Por este motivo, muchos se aferran al miedo de qué supondrá trabajar en unas condiciones tan diferentes y nuevas y puede que resulte una debilidad a la que haya que prestar especial atención.

Por otra parte, a pesar de que se hayan llevado a cabo múltiples reuniones, siempre queda un punto de incertidumbre que hasta el momento real del cambio no se puede ver resuelto.

- Falta de información.

Una de las debilidades detectadas en la que es importante incidir es la falta de información pertinente a los familiares. Las familias reciben al ingreso una hoja que describe la Unidad e incluye los nombres de los médicos de la UCI. Sin embargo, ese documento resulta escaso para abarcar las necesidades de información que presentan los familiares de un paciente crítico.

- Creencias del personal reflejadas en el cuestionario:

Se incluyen en el análisis interno las creencias reflejadas por el equipo de enfermería en el cuestionario realizado en el apartado anterior. Entre otras muchas cuestiones, los profesionales señalan que introducir la familia en el interior de la UCI supondría un aumento de la carga de trabajo, ya que la atención a cada paciente se multiplica por los familiares que entren a acompañarle. Esto se traduce en un aumento de carga física y psíquica para el equipo de enfermería.

Por otro lado, existe la creencia generalizada acerca de que la presencia de la familia dificulta y/o pospone los cuidados de enfermería. En cierto modo esto es real, debido a que se tiende a posponer algunos de los procedimientos que supongan dolor para el paciente o puedan resultar desagradables para la familia, una vez el paciente se encuentra solo. Tanto por intimidad para el paciente, como por respeto hacia el paciente y familia.

Otra de las creencias es que las visitas incrementa el gasto de energía del paciente. En muchas ocasiones los pacientes de UCI pasan mucho tiempo dormidos (o bien están sedo-analgesiadados). Sin embargo, cuando la familia viene a visitarles, realizan un esfuerzo por estar despiertos y disfrutar de su compañía. Debido a su situación crítica, el hecho de mantener una conversación puede resultarles agotador, pero esto siempre depende del tipo de paciente.

Además, según reflejan las creencias de los profesionales de la Unidad, la familia se sentiría obligada a estar con el paciente y esto restaría tiempo a la familia para atender las necesidades al resto de los miembros de la familia.

Las fortalezas encontradas en el análisis interno son las siguientes:

- Personal motivado.

Una de las fortalezas detectadas es el nivel de motivación del personal. Esto se debe a que el traslado a la nueva Unidad supone una mejora en todos los aspectos en la calidad de atención al paciente y familia, además de las condiciones para los trabajadores. Dado que es un proyecto que lleva muchos años en marcha los profesionales se encuentran con muchas ganas de realizar el cambio de Unidad con una actitud muy positiva que resultará determinante en el momento del cambio.

- Incorporación de nuevo personal.

El nuevo personal siempre brinda un soplo de aire fresco a una Unidad. La gente nueva que se incorpora lo hace con una mentalidad abierta, poniendo en marcha los mecanismos adaptativos que supone empezar en un sitio nuevo. Esto favorece la integración de cambios en la manera de trabajar habitual.

- Experiencia en UCI.

El traslado a la nueva Unidad, supone sólo un cambio de estructura física y no un cambio drástico de servicio. Los profesionales que van a trabajar en la nueva UCI cuentan con años de experiencia y como se ha reflejado en el cuestionario de creencias al realizar la verificación de la hipótesis, los años en el servicio se relacionan directamente con actitudes positivas hacia un régimen de visitas abierto.

- Creencias del personal reflejadas en el cuestionario:

En cuanto a las conclusiones extraídas del cuestionario realizado a los profesionales de UCI, según enfermeras y auxiliares de enfermería la visita abierta aumenta las ganas de vivir del paciente y minimiza su aburrimiento. Además, aumenta la satisfacción familiar y como aspecto muy positivo, se debe tener en cuenta que el equipo de enfermería se siente preparado para relacionarse con las familias.

IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN



IV. Propuesta de intervención:

IV.1. Documento de información a familias.

De acuerdo con la bibliografía consultada, dentro de las principales necesidades de las familias de pacientes ingresados en las Unidades de cuidados críticos se encuentran las de información y seguridad. Además, la falta de información pertinente a familias se ha considerado una debilidad en el análisis estratégico, por lo que se ha decidido desarrollar la siguiente propuesta de intervención.

En concordancia con las recomendaciones del Ministerio, la información al paciente y familiares es uno de los derechos más relevantes en las estrategias de atención. Está contemplado que la información que se entrega en una Unidad de Cuidados Intensivos debe incluir los siguientes puntos: “Información sobre las características generales de la UCI, información detallada de los cuidados en la UCI, consentimiento informado y las instrucciones y recomendaciones para la estancia e información en la UCI.”²⁷

La creación de una herramienta de acogida y un documento informativo inciden directamente en la mejora de estas situaciones, preparándolas mejor para asimilar la situación de su familiar y aportando un clima de confianza en la relación con el equipo.

Por ello, ante la clara necesidad de información que presentan los familiares de los pacientes ingresados en esta Unidad de Cuidados Intensivos se ha visto necesario desarrollar un documento de acogida para los familiares.

Las dudas que se les plantean en el momento de ingreso en UCI a los familiares, además de la incertidumbre, pueden hacer que el miedo y el estado de nerviosismo que llegan a sentir se vean incrementados ya que como afirman Pardavila y Vivar, “tanto para el paciente como para la familia, el ingreso en la UCI es una experiencia estresante”²⁸. Para ello, una atención inmediata es clave a la hora de disminuir la ansiedad y el estrés que supone la espera.

²⁷ Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.

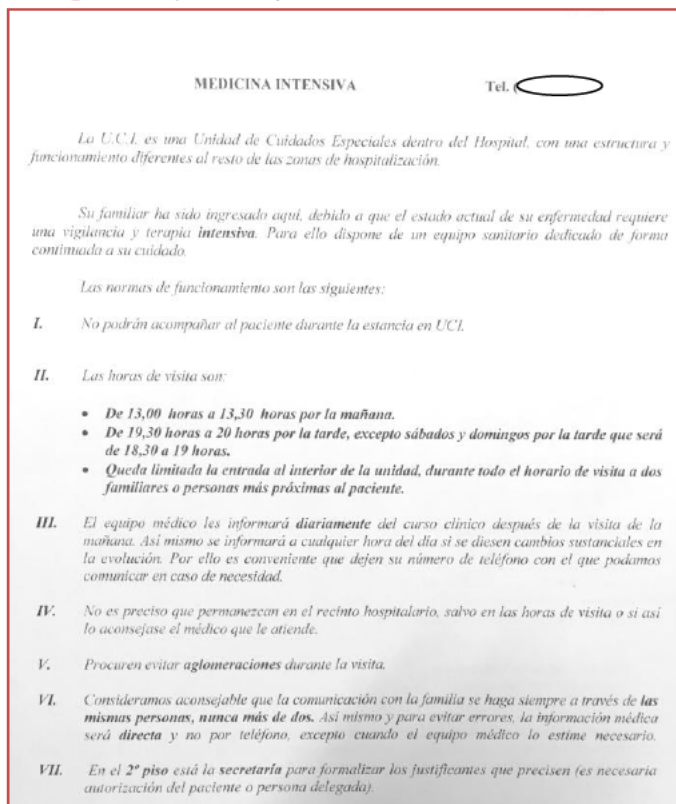
²⁸ Stayt LC. **Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care.** J Clin Nurs. 2009;18:1267---75 & Davidson JE. **Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' families and Helping Families Adapt to Critical Illness.** Crit Care Nurse. 2009;29:28---34. in Pardavila M.I., Vivar C.G., **Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura.** Enferm Intensiva. 2012; 23 (2) 51.

Según refieren Torrents y cols. “la familia experimenta una dolorosa reacción que se caracteriza por shock, desconfianza, desorganización y angustia, utilizando gran variedad de mecanismos de defensa para mantener el equilibrio del sistema familiar y adaptarse a la crisis”²⁹.

De cara a una flexibilización del régimen de visitas, unos familiares que reciban una buena información al ingreso en UCI adquirirán herramientas para afrontar el proceso con más facilidad.

En primer lugar es preciso revisar el documento que se les entrega en la actualidad para poder trabajar y establecer la línea de mejora. El único documento escrito que se les entrega, cuando su familiar ingresa en la Unidad consta con una pequeña explicación sobre la Unidad, las normas de funcionamiento, una relación con los nombres de los médicos del servicio y la Jefa de Unidad de enfermería.

Imagen 2. Hoja actual para familiares.



Como se puede ver, los puntos que se recogen en este documento son estrictamente de carácter normativo, y se ciñe a dar información meramente administrativa.

La hoja, no incluye ninguna indicación para mejorar la atención y confort de los familiares, que siendo el momento de su entrega, coincide con el ingreso de su familiar en la Unidad y por lo tanto con el momento más crítico de su evolución, una de las necesidades más claras que va a surgir.

²⁹ Delfosse L, Meman J. **Informational needs of families of Intensive Care Unit patients.** Q Rev Biophys 1986;16-21. in Torrents R., Oliva E., Saucedo M.J., Surroca L., Jover C. **Impacto de los familiares del paciente crítico. Ante una acogida protocolizada.** *Enferm Intensiva* 2003; 14 (2) 50.

En estas situaciones complicadas, los familiares, requieren una información clara y comprensible y precisan sentirse próximos a su ser querido.

Para ello, es necesario un rediseño de la actual hoja de información con el fin de diseñar un documento de atención que acoja a los familiares de los pacientes ingresados en UCI, que además de proporcionar la información normativa incluya aspectos que faciliten la adaptación de las familias al entorno, situación e impacto que supone cruzar la puerta de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología:

Para el desarrollo de la herramienta, se convocó un pequeño grupo de trabajo que incluyó a cinco enfermeras de la Unidad, fijas y con más de diez años de experiencia en el servicio, para que aportasen sus ideas y los aspectos que creían necesarios incorporar en el documento. También se consultó con la Jefa de Unidad para que expusiese los puntos que veía imprescindibles añadir al documento.

Se decidió diseñar la herramienta en un formato de tríptico que facilitase su lectura, utilizando un lenguaje claro y fácil de comprender, así como incorporar alguna imagen que ayudase a establecer una idea previa de lo que se encuentra un familiar una vez ha accedido a la Unidad.

Por consenso, se decidió que el documento debía incluir los siguientes apartados.

Introducción:

En este primer apartado, se incorporó información general sobre la Unidad de Cuidados Intensivos. Se expone el equipo que trabaja en ella y el aparataje y dispositivos que se encontrarán al entrar en la Unidad que es uno de los aspectos que más llama la atención de los familiares.

Se creyó importante decir de manera explícita que el control de las alarmas y sonidos son avisos para enfermería, de los cuales ellos no deben preocuparse, ya que es un aspecto en el que ellos inciden habitualmente.

Información:

En este segundo apartado, se incluyeron datos sobre el funcionamiento de la Unidad. Además por unanimidad, se estableció añadir la petición de no llamar para pedir información en el periodo de 8:00-10:00, ya que existe unanimidad entre los profesionales sobre la enorme dificultad de atender las llamadas a esas horas por la elevada carga de trabajo que se acumula en ese periodo.

También, se incorporó la aclaración de que la información que se proporciona por teléfono en ningún momento puede ser tan extensa como la información verbal que se realiza todas las mañanas por el médico responsable de cada paciente.

Visita al paciente de cuidados críticos:

Se creyó conveniente incluir unas pinceladas de carácter normativo en las que se define el horario de visitas, pero también se hace referencia a la posibilidad de aumentar o incluso disminuirlo, es decir, de establecer las modificaciones pertinentes en cada caso.

Qué puede hacer para ayudar a su familiar:

Teniendo en cuenta la situación tan difícil y delicada que supone tener a un ser querido ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos, se consideró importante enumerar unas pequeñas pautas que sirven para que los familiares sepan cómo responder ante la situación.

En muchas ocasiones expresan el miedo que sienten al enfrentarse a procesos tan complicados, incluso hay familias que no se atreven a acercarse a su familiar. El objetivo de este apartado fue aportar seguridad a los familiares e intentar reducir la distancia que una UCI puede llegar a crear entre el paciente ingresado y su familia.

Recomendaciones:

En este quinto apartado, se decidió establecer unas recomendaciones para los familiares, incidiendo en ellos mismos queriendo remarcar la importancia de que por muy difícil que sea la situación que en ese momento estén viviendo, su propio cuidado no puede verse dejado de lado.

Esta situación se observa en el día a día de la Unidad, sobre todo en familiares de pacientes en los que la estancia en UCI se ve prolongada y ya que es una situación habitual, se decidió dedicarle un espacio importante en el documento.

Otros servicios, contactos de interés y datos de contacto:

Finalmente, se tomo la determinación de incluir en este último apartado, que coincide que es la contrapartada, información sobre los servicios que ofrece el Hospital, además de los contactos de interés de lo que se concluyó que podrían ser las patologías más prevalentes en la Unidad.

Para terminar, se incluyó la dirección del Hospital así como la de la UCI, además de los teléfonos de contacto.

Resultado:

Folleto en formato de tríptico presentado en forma de Anexo 6.

Con el siguiente contenido informativo.

Imagen 4. Tríptico abierto.



Imagen 3. Tríptico.



Presentación al equipo y difusión:

Una vez creado el documento, se creyó de especial importancia hacer partícipe al equipo de la UCI de la misma, ya que se trata de una herramienta que va manejar todo familiar que tenga alguien ingresado en nuestra Unidad. Por ello, se intentó contar con la participación y aprobación de todos, de manera que la aceptación fuese general.

Para ello, se desarrollara este punto en la siguiente intervención, la sesión formativa para los trabajadores, en donde se especificará el contenido con mayor detalle.

Además se habló con la Jefa de Unidad para colgar el documento en el Nuevo Programa Informático – Sistema de Gestión, facilitando así el acceso de todos los trabajadores al documento.

Una vez asegurado su conocimiento por los profesionales de la Unidad, se debatió el momento y forma de entrega del documento para los familiares.

Se barajaron dos opciones, la primera, depositar los trípticos en las salas de espera de la UCI, para que los familiares mientras esperan para acceder a la Unidad, pudiesen cogerlos y ojearlos.

Sin embargo, con esa estrategia, no se aseguraba que llegase a todos los familiares, ya que habría gente que no necesariamente se sintiese atraída por el documento y no llegase a leerlo.

Por lo tanto, se decidió entregar los documentos en mano, a la hora del ingreso en la UCI, cuando los médicos informan a los familiares de la situación del paciente recién ingresado. Hasta ahora, la hoja informativa se repartía en ese momento, por lo que no supondría cambio excesivo en el funcionamiento de la Unidad.

De todas maneras, se acordó dejar algún ejemplar en las salas de espera, ya que teniendo en cuenta que las visitas no siempre son las mismas, a pesar de que en el momento del ingreso el familiar más directo haya recibido el documento, puede haber otros familiares interesados en él, que pueden conseguirlo mientras esperan a poder acceder a la Unidad.

IV.2. Sesión formativa.

Tras haber conocido lo existente en la literatura científica sobre el régimen de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos y una vez efectuada la encuesta que recoge las creencias que tienen sobre ello los profesionales que trabajan actualmente en el servicio, se ha creído necesario realizar una sesión en donde se comuniquen los resultados obtenidos.

Además se aprovecha la convocatoria, para difundir el documento elaborado para la acogida de los familiares de los pacientes de UCI, con el fin de que todos los profesionales de la Unidad conozcan el documento.

Se pretende que los profesionales de la Unidad conozcan, se familiaricen y estén de acuerdo con el contenido del documento antes de comenzar a incorporar el documento para familiares a la práctica diaria.

Para que el trabajo realizado pueda ser puesto en marcha, se considera esencial hacer partícipe de los resultados obtenidos al equipo asistencial de Cuidados Intensivos.

Se parte con la ventaja de que a lo largo del desarrollo del proyecto, los profesionales de la Unidad se han interesado por conocer los resultados y han manifestado su voluntad de implicación en la mejora de la atención a los familiares del paciente.

De hecho, el cuestionario realizado, ha suscitado mucho interés por lo que se prevé que la respuesta de los profesionales a la convocatoria de la sesión será positiva. Además, teniendo en cuenta que el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra en un periodo de continua formación, debido al próximo traslado a la nueva Unidad, se cree que se dan las condiciones ideales para impartir una sesión de estas características, ya que el personal se encuentra muy receptivo.

Con el cambio a la nueva UCI se están realizando numerosas sesiones y charlas sobre los nuevos aspectos que se van a incorporar. Teniendo en cuenta que la herramienta para los familiares y de su mano, una flexibilización del régimen de visitas son dos de los puntos importantes que van a verse hechos realidad, se cree congruente realizar una sesión dedicada a su presentación.

Objetivos.

El objetivo general de la sesión es:

- Aportar a los profesionales conocimientos que sirvan de ayuda para superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas flexible.

Los objetivos específicos de la sesión son los siguientes:

- Presentar al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos los resultados de la búsqueda bibliográfica de evidencia científica sobre los diferentes modelos de régimen de visitas en UCI.
- Comunicar las conclusiones extraídas del cuestionario sobre las creencias realizado a los profesionales.
- Exponer el documento para los familiares a los profesionales de la Unidad para facilitar su conocimiento y manejo.
- Presentar al equipo de enfermería el diseño de evaluación de la calidad.

Convocatoria y planificación:

Se pretende llegar al 100% de los trabajadores de la Unidad por lo que tras realizar un análisis de los turnos y la distribución de personal en los diferentes grupos, se ha decidido realizar más de una sesión para que todos tengan la posibilidad de acudir.

La distribución horaria ha sido diseñada para que a lo largo de los tres días en los que se va a realizar la sesión, el personal que se encuentra en turno de mañana, como el que se encuentra de tarde o de noche tenga la oportunidad de acudir, ya que habrá sesiones por la mañana y por la tarde. Se evitan el miércoles y el viernes ya que son los días más conflictivos para acudir fuera del horario laboral.

Tabla 9. Organización de las sesiones.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Día 4	Sesión 5	Sesión 6
Lunes	Lunes	Martes	Martes	Jueves	Jueves
10:00 - 11:00	16:00 - 17:00	10:00 - 11:00	16:00 - 17:00	10:00 - 11:00	16:00 - 17:00

Por lo tanto, se llevarán a cabo 6 sesiones de una duración aproximada de 1 hora. 3 de ellas se impartirán en horario de mañana y 3 en horario de tarde, asegurando que como ya se ha explicado y según funciona la rotación de turnos y grupos en la UCI, todos tengan posibilidad de acudir.

El llamamiento se realizará mediante un cartel informativo que se colgará en la sala de relax de la Unidad, lugar donde todos los trabajadores pasan al menos una vez por turno y por correo electrónico personalizado.

En el cartel, se incluirá información sobre los aspectos que se tratarán en la sesión (que serán descritos a continuación) las diferentes posibles fechas-horas y los destinatarios.

Se ha realizado un diseño sencillo pero llamativo al mismo tiempo, para que resulte atractivo para los trabajadores de la Unidad e invite a la participación.

El resultado del poster mediante el cual se realizará la convocatoria es el siguiente:

Imagen 5. Poster convocatoria.



The poster is titled "Abriendo las puertas de la U.C.I." in large black font, with the subtitle "Sesión formativa." in green. Below the title, it states "Dirigido al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos." and features a circular photograph of a modern hospital reception area with white counters and glass partitions. To the right of the photo, the duration is listed as "Duración: 1 hora." and the schedule is: "Horarios: Lunes: 10:00-11:00 y 16:00-17:00; Martes: 10:00-11:00 y 16:00-17:00; Jueves: 10:00-11:00 y 16:00-17:00". Below the schedule, it says "Lugar: Salón de Actos." At the bottom left, under the heading "Contenido:", there is a numbered list of five items: 1. Introducción sobre régimen de visitas en U.C.I., 2. Exposición de los resultados del cuestionario, 3. Evidencia existente, 4. Presentación del Documento para familiares, and 5. Evaluación de la calidad. At the bottom right, it says "Exposición: Amaia Saralegui Gainza."

Las sesiones se impartirán en el Salón de Actos del recinto hospitalario, donde se dispondrá de soporte electrónico para proyectar la exposición y espacio para todos los asistentes.

Requisitos de acceso:

La convocatoria estará abierta a todos los profesionales que trabajan actualmente en la Unidad, siendo los destinatarios directos serán el personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería, ya que fueron los incluidos en el cuestionario realizado para conocer las creencias de los profesionales.

Estructura y metodología:

La exposición del programa se realizará mediante una proyección de un Power-Point que incluirá una diapositiva para cada punto de la sesión. En ellas, se incorporarán las herramientas elaboradas en los apartados previos del trabajo, como las tablas que resumen las conclusiones del cuestionario realizado a los profesionales y las que exponen la revisión bibliográfica.

Las sesiones seguirán el siguiente esquema,

Tabla 10. Esquema sesión.

1. Introducción sobre régimen de visitas en UCI	5 Minutos
2. Exposición de los resultados del cuestionario.	15 Minutos
3. Evidencia científica y bibliografía existente.	15 Minutos
4. Presentación del documento para familiares.	15 Minutos
5. Presentación evaluación de la calidad.	5 Minutos
6. Planteamiento de dudas / ideas / sugerencias.	5 Minutos

1. Introducción sobre el régimen de visitas en UCI:

- Duración, 5 minutos.
- Aspectos que se incluyen,
 - Situación general del régimen de visitas: A pesar de las recomendaciones observables en la evidencia estos últimos años, la mayor parte de UCI siguen contando con un régimen de visitas restrictivo.
 - El desarrollo de avances científico técnicos no ha ayudado ni ha ido ligado a una modificación en el tratamiento y atención humana al paciente de UCI y su familia.
 - Caso propio de nuestra Unidad, donde a pesar de contar con un régimen de visitas cerrado a diario surge la necesidad de adaptar la norma.
 - Nueva UCI, plantea una oportunidad. El diseño estructural cuenta con los requisitos necesarios para la implantación de un régimen de visitas permisivo. Los familiares acceden a la Unidad por un pasillo independiente que no entra en contacto con el área de trabajo, además los pacientes están situados en boxes individuales donde se asegura la preservación de la intimidad de cada paciente y familiar, y además existe un sistema de timbre con video-monitor para poder controlar el acceso a la Unidad.

2. Exposición de los resultados del cuestionario:

- Duración: 15 minutos.
- Aspectos que se incluyen,
 - Datos sobre el cuestionario para los que no participaron:
 - Se realizó un cuestionario descriptivo correlacional, para conocer las creencias de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de la Unidad sobre el régimen de visitas abierto en UCI.

- El cuestionario incluyó tres sub-escalas el efecto que la visita abierta produce en paciente / en la familia / en los profesionales de Enfermería.
 - Además se realizó una pregunta abierta y se recogieron variables sociodemográficas.
- ▶ Resultados,
- Lo realizaron 102 participantes de 105 a los que se les repartió (97%)
 - La creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 2,79 (siendo máximo 4 y mínimo 1) por lo que en general, el personal de la Unidad se posicionó a favor.
 - La puntuación más alta de las tres subescalas se encontró en el apartado paciente y por el contrario, el apartado de los profesionales de enfermería presentó la puntuación más baja de las tres subescalas.
 - Se observó una respuesta media algo más positiva en el grupo de hombres que en el de mujeres y en el primer apartado, una creencia algo más positiva en el grupo de profesionales más antiguos en el servicio.
 - De 104 participantes 33 contestaron a la pregunta abierta, se agruparon los resultados en diferentes bloques, los que hacían alusión a la estructura, a los cuidados de enfermería, a lo relacionado con los familiares y al tipo de paciente.
 - Se destacaron comentarios como: los que se refieren a la intimidad del paciente relacionada con la estructura de la actual Unidad, la interrupción de cuidados de enfermería secundaria a la presencia de las familias y sobre todo la necesidad de individualizar la flexibilización en cada caso, dependiendo tanto del paciente como

de la familia. (Por ejemplo no se contempla la necesidad en el paciente intubado y sedado pero si en el paciente consciente).

3. Evidencia científica y bibliografía existente:

- Duración: 15 minutos.
- Aspectos que se incluyen,
 - Tabla de relación de las referencias bibliográficas.

Tabla 11. Artículos revisión.

Título	Idea principal
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo y descriptivo. Los familiares pidieron más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admitieron los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.

IV.- Propuesta de intervención.

Título	Idea principal
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo y descriptivo. Los familiares pidieron más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admitieron los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.

4. Presentación del documento para familiares:

- Duración: 15 minutos.
- Entrega de un ejemplar para cada asistente.
- Aspectos que se incluyen,
 - Momento de entrega del documento para los familiares en la práctica diaria (se entregará al ingreso al familiar que acompañe al paciente y se dispondrá en el programa informático a disposición de todos los trabajadores).
 - Puntos del documento:
 - Introducción (Información sobre qué es la Unidad de Cuidados Intensivos)
 - Información (Datos sobre cuándo y cómo se realizará la información a los familiares)
 - Visita al paciente de Cuidados Críticos (Horario y normativa de visitas)

- Qué puede hacer para ayudar a su familiar (Pautas para facilitar a los familiares el momento de entrada en la Unidad y facilitar afrontamiento a la situación de ver a su persona allegada en una situación crítica)
- Recomendaciones (Sugerencias para que los familiares continúen con su vida, se cuiden y puedan manejar la situación con cierta normalidad)
- Otros servicios, contactos de interés y datos de contacto (teléfonos de interés y otros servicios del Hospital que les pueden ser útiles)

5. Presentación de la evaluación de la calidad:

- Duración 5 minutos.
- Se aprovechara el llamamiento para presentar los criterios y estándares de calidad prefijados para el proyecto y se explicará cómo se llevará a cabo la evaluación de los mismos.
- Aspectos que se incluyen,
 - Criterios:
 - Se elaborará un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en UCI a los familiares.
 - Se realizará un cuestionario que permita conocer las posturas de los profesionales respecto a los diferentes modelos de visitas en las UCI.
 - Se trabajará con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras r/c el establecimiento de un régimen flexible.

- Evaluación,
 - Criterio 1: Estructura: Existencia del documento. /Proceso: Registro de documentos. / Resultado: Encuesta validada.
 - Criterio 2: Estructura: Existencia del test. / Proceso: Análisis de cuestionarios. / Resultados: Existencia de resultados.
 - Criterio 3: Estructura: Existencia de sesión formativa / Proceso: Recuento de firmas. / Resultado: Índice de satisfacción profesional.

6. Planteamiento de dudas / ideas / sugerencias:

- Duración 5 minutos.
- Se escucharán las sugerencias planteadas para cada uno de los apartados y se dejarán anotadas.
- Se intentará resolver todas las dudas que puedan surgir a lo largo de la sesión.
- Finalmente en este apartado se repartirá un pequeño cuestionario final para evaluar la sesión impartida y registrar la participación.

Se adjunta como *Anexo 7* la presentación Power-Point que se utilizará para impartir la sesión y a continuación del documento, se adjunta la ficha de evaluación de la sesión formativa.

El resultado sería el siguiente:

Imagen 6. Presentación sesión formativa.

“Abriendo las puertas de la U.C.I.”
Sesión formativa.

Dirigido al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos.



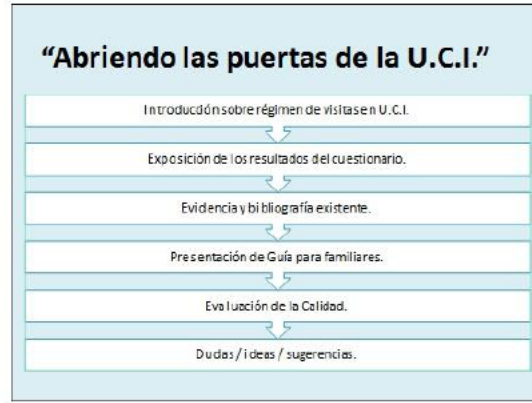
Duración: 1 hora.
Horarios:
 Lunes: 10:00-11:00 y 16:00-17:00
 Martes: 10:00-11:00 y 16:00-17:00
 Jueves: 10:00-11:00 y 16:00-17:00

Lugar: Salón de Actos.

Contenido:

1. Introducción sobre régimen de vistas en U.C.I.
2. Exposición de los resultados del cuestionario.
3. Evidencia existente
4. Presentación de Guía para familiares.
5. Evaluación de la calidad.

Exposición: Amaia Saralegui Gaitza.



1. Introducción sobre régimen de visitas en U.C.I.

- Situación general del régimen de visitas.
- Avances científico técnicos vs humanización.
- Unidad de Cuidados Intensivos A, constante adaptación de la norma.
- Nueva UCI: **OPORTUNIDAD**

2. Exposición de los resultados del cuestionario.

- Datos sobre el cuestionario de creencias (apartados)
- Resultados:
 - 102 / 105 participantes.
 - 2,79 / 4 a favor del establecimiento del régimen de visitas permisivo.
 - Hombres y personal con más antigüedad en la unidad presentó creencias más positivas.
 - Pregunta abierta:
 - Estructura actual- Intimidad
 - Individualización.
 - Interrupción de cuidados de enfermería.

3. Evidencia científica y bibliografía existente(I):

Título	Mez principal
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerla más humana.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos beneficia para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
¿Por la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de visitar el régimen de visitas.
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio psicopropectivo y descriptivo. Los familiares piden más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admiten los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.

Título	Mez principal
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerla más humana.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos beneficia para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
¿Por la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio psicopropectivo y descriptivo. Los familiares piden más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admiten los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerla más humana.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos beneficia para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
¿Por la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.

4. Presentación del tríptico para familiares:

- La guía se entregará al ingreso en la Unidad.
- Apartados de la guía:
 - o Introducción (qué es la UCI)
 - o Información a los familiares.
 - o Qué puede hacer para ayudar a su familiar.
 - o Recomendaciones.
 - o Otros servicios y contactos de interés.


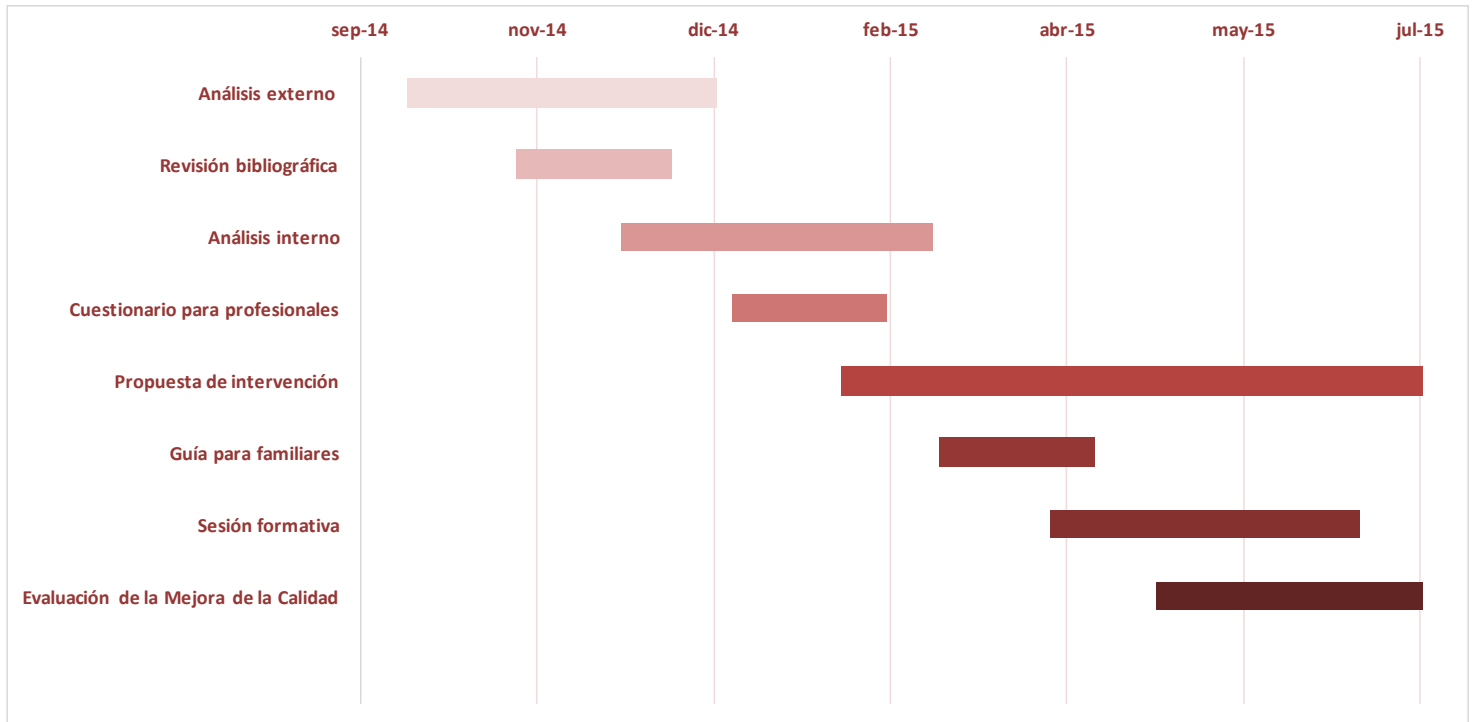



Tabla 12. Hoja de evaluación.

		Puntuación			
Ficha de evaluación de la sesión formativa “Abriendo las puertas de la UCI”					
Contesta a las siguientes preguntas de señalando un número, mostrando tu opinión sobre la sesión, valorando con una puntuación del de 1 al 4, siendo:					
1: Totalmente en desacuerdo					
2: En desacuerdo					
3: De acuerdo					
4: Totalmente de acuerdo.					
¿La sesión ofrecida estuvo de acuerdo con tus expectativas iniciales?		1	2	3	4
¿Te parece que la metodología ha ayudado a la resolución de los objetivos?		1	2	3	4
¿Te muestras a favor de la iniciativa de flexibilización del régimen de visitas?		1	2	3	4
¿Te parece apropiado el documento para los familiares?		1	2	3	4
¿Te muestras a favor de la flexibilización del régimen de visitas?		1	2	3	4
<i>Muchísimas gracias por su participación</i>					

IV.3. Cronograma.

Gráfico 4. Diagrama de actividades.



V. EVALUACIÓN DE LA MEJORA DE CALIDAD



1. Evaluación de la Mejora de Calidad.

Una vez desarrollados todos los apartados queda plantear una evaluación que pueda poner de manifiesto el nivel de cumplimentación de los objetivos.

El concepto de calidad se considera hoy en día en nuestro país como una de las líneas estratégicas más importantes en el ámbito asistencial sanitario, según indica el documento de Indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Los elementos que componen la calidad asistencial que describió Donabedian en uno de los artículos, revolucionaron la percepción de la calidad. El proceso asistencial fue dividido en las fases de estructura, proceso y resultado y así su evaluación. Sin embargo mantiene una continuidad entre los mismos, definiendo el proceso de evaluación como una “cadena”.³⁰

Tomando como base este enfoque, se analizará cada criterio mediante la existencia y cumplimentación de indicadores de estructura, proceso y resultado.

Para evaluar la mejora de la calidad atribuible al desarrollo de este proyecto partiremos de los objetivos inicialmente propuestos que servirán de guía para la formulación de los criterios.

- **Objetivo específico 1:** *Elaborar un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico.*
- **Objetivo específico 2:** *Conocer los posicionamientos y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos de visitas y permanencia de familiares en UCI.*
- **Objetivo específico 3:** *Trabajar con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.*

³⁰ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966;44:166-203

Formulación de criterios y fijación de estándares:

Criterio 1:

Se elaborará un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico.

Como los estándares de Calidad del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad proponen, se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en la UCI. A los familiares esta información se les dará oralmente y por escrito. Debe incluir la política de visitas, el horario de información médica, modos de comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, el teléfono de contacto, otros servicios del hospital, etc.

- Indicador de estructura: Existirá en Junio de 2015 un documento-guía elaborado para tal efecto que contenga toda la información relevante anteriormente citada

Estándar: 1

- Indicador de proceso:
$$\frac{\text{Número de documentos entregadas en un mes}}{\text{Número de pacientes ingresados en un mes}} \times 100$$
Estándar: 80%

Excepción: Se podrá dar más de un documento por paciente si los familiares lo solicitan, no teniéndose en cuenta para el cálculo del indicador.

- Indicador de resultado:
$$\frac{\text{Encuestados atendidos en UCI que declaran haber recibido una adecuada información casi todas las veces o la mayoría de las veces en el periodo de Septiembre a Noviembre}}{\text{Encuestados atendidos en UCI en el periodo de Septiembre a Noviembre}} \times 100$$

Estándar: 70%

Criterio 2:

Se realizará un cuestionario que permita conocer los posicionamientos y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos.

- Indicador de estructura: Se seleccionará antes de Junio de 2015 un test validado en nuestro medio que evalúe las posturas y creencias de los profesionales con respecto a las políticas de visitas.

Estándar:

- Indicador de proceso:
$$\frac{\text{Número de cuestionarios cumplimentados}}{\text{Número de cuestionarios repartidos}} \times 100$$

Estándar: 80%

- Indicador de resultado: Existe un análisis de resultados de la encuesta realizada a los profesionales de la Unidad.

Estándar: 1

Criterio 3:

Se trabajará con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.

- Indicador de estructura: Se habrá preparado antes de Junio de 2015 una sesión formativa dirigida a los profesionales de la Unidad donde se expongan los resultados de la revisión bibliográfica, se les presente el folleto-guía para familiares y se les devuelvan los resultados del cuestionario.

Estándar: 1

- Indicador de proceso:
$$\frac{\text{Número de enfermeras y auxiliares de enfermería que acuden a la sesión}}{\text{Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad}} \times 100$$

Estándar: 60%

- Indicador de resultado:
$$\frac{\text{Encuestados que declaran estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la flexibilización del régimen de las visitas}}{\text{Total de encuestados}} \times 100$$

Estándar: 70%

Diseño de la evaluación:

Una vez puesto en marcha el plan de mejora, es necesario controlar el nivel de cumplimentación del mismo mediante un control periódico. En esta etapa de evaluación se pretende definir cuando se va realizar la evaluación, quien la realizará y especificar cómo se llevará a cabo.

Para el *Criterio 1*:

- Indicador de estructura: Se evaluará la existencia o no del documento para familiares.
- Indicador de proceso: Se realizará un registro de los documentos entregados en el ingreso del paciente. Para la monitorización de la entrega se habilitará una pestaña en el registro informático para poder verificar esta por parte de la enfermera responsable. Una vez al mes la Jefa de Unidad medirá el indicador y devolverá el dato a la Unidad para reforzar su cumplimiento.
- Indicador de resultado: Se propone utilizar una encuesta validada en nuestro medio que contemple datos relacionados con el personal médico: información. Con el personal de enfermería: información sobre cuidados, normas de la UCI y sobre organización y tiempos de visita.

Se cumplimentará dicha encuesta entre los meses de septiembre a noviembre por los familiares de pacientes que hayan sido dados de alta en ese periodo a excepción de los familiares de pacientes fallecidos. La recogida de datos será llevada a cabo mediante entrevista personal en los casos de pacientes que continúen ingresados en una planta de hospitalización o de forma telefónica por personal de la propia Unidad si se hubiera trasladado a su domicilio.

Se realizará el análisis de los datos obtenidos y se medirá el indicador propuesto para este objetivo.

Se adjunta el cuestionario validado que se propone para la evaluación como Anexo 8 del documento.

Para el *Criterio 2*:

- Indicador de estructura: Existencia o no de test validado.
- Indicador de proceso: Análisis del cuestionario validado y recuento de test cumplimentados.
- Indicador de resultado: Existencia o no de resultados de la encuesta realizada.

Para el *Criterio 3*:

- Indicador de estructura: Existencia o no de sesión formativa.
- Indicador de proceso: Recuento de firmas recogido por la persona responsable en impartir la sesión formativa.
- Indicador de resultado: Índice de satisfacción profesional, durante la sesión formativa se cumplimentará por parte de los asistentes una ficha de evaluación que contendrá la siguiente pregunta: ¿te muestras a favor de la flexibilización del régimen de visitas?

Fecha de evaluación: 29 de Junio de 2015

Próxima evaluación: 17 de Octubre de 2015

Evaluación final: 17 de Diciembre de 2015

Presentación al equipo:

Para que el plan de mejora funcione, es imprescindible presentárselo al equipo, ya que van a formar parte de él en primera persona. Un equipo implicado en el cambio será capaz de lograr mejores resultados que uno que no lo conozca.

Por lo tanto, se aprovechará la sesión formativa para presentar al equipo los puntos específicos del plan, así como discutir los aspectos en los que no se esté de acuerdo y admitir nuevas sugerencias.

Ficha de evaluación:

Tabla 13 Evaluación de Calidad.

Criterio 1. Se elaborará un documento con información dirigida a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico.		
Indicador:	Estándar:	Resultados:
<p>Indicador de estructura:</p> <p>Existirá en Junio de 2015 un documento elaborado para tal efecto que contenga toda la información relevante anteriormente citada.</p>	1	1
<p>Indicador de proceso:</p> <p>Número de documentos entregados en un mes</p> <hr/> <p>Número de pacientes ingresados en un mes</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>	80%	Pendiente de evaluar
<p>Indicador de resultado:</p> <p>Encuestados atendidos en UCI que declaran haber recibido una adecuada información casi todas las veces o la mayoría de las veces en el periodo de Septiembre a Noviembre</p> <hr/> <p>Encuestados atendidos en UCI en el periodo de Septiembre a Noviembre</p> <p style="text-align: right;">X 100</p>	70%	Pendiente de evaluar

Criterio 2. Se realizará un cuestionario que permita conocer las posturas y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Indicador:	Estándar:	Resultados:
<p>Indicador de estructura:</p> <p>Se seleccionará antes de junio de 2015 un test validado en nuestro medio que evalúe las posturas y creencias de los profesionales con respecto a las políticas de visitas.</p>	1	1
<p>Indicador de proceso:</p> $\frac{\text{Número de cuestionarios cumplimentados}}{\text{Número de cuestionarios repartidos}} \times 100$	80%	97%
<p>Indicador de resultado:</p> <p>Existe un análisis de resultados de la encuesta realizada a los profesionales de la Unidad.</p>	1	✓

Criterio 3. Se trabajará con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.

Indicador:	Estándar:	Resultados
<p>Indicador de estructura:</p> <p>Existencia de una sesión formativa dirigida a los profesionales de la Unidad donde se expongan los resultados de la revisión bibliográfica, se les presente el folleto para familiares y se les devuelvan los resultados del cuestionario.</p>	1	1
<p>Indicador de proceso:</p> $\frac{\text{Número de enfermeras y auxiliares de enfermería que acuden a la sesión}}{\text{Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad}} \times 100$	60%	Pendiente de evaluar
<p>Indicador de resultado:</p> $\frac{\text{Encuestados que declaran estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la flexibilización del régimen de las visitas}}{\text{Total de encuestados}} \times 100$	70%	Pendiente de evaluar

VI. PRESUPUESTO



VI. Presupuesto.

En este apartado se pretende acercar el proyecto a la realidad, analizando los costes que este puede generar. En la búsqueda de un proyecto a coste cero, se ha desarrollado una estrategia para que pueda ser llevado a cabo.

A priori, esta sería una estimación aproximada de los costes:

Costes directos	Costes indirectos
-Documento para familiares (1 € / documento)	-Aumento del consumo de recursos por parte de los familiares. (Pañuelos, vasos de agua, tilas, zumos, limpieza del box, etc.)
-Sala de actos y soporte informático (cedido por el hospital)	

a) Costes directos:**Documento para familiares:**

Como se ha comentado en apartados previos, la Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra en un momento de cambio, en el cual, la estructura física no es lo único que se modifica.

Se ha desarrollado un programa informático específico para la Unidad que elimina el soporte papel en el trabajo del día a día. Hasta este momento, la superficie de registro y trabajo de enfermería ha sido una gráfica, en la que se reflejaban constantes vitales, todos los datos del paciente y servía para redactar los partes de enfermería.

Con el cambio, el soporte papel desaparece, por lo que se ha calculado una estimación de las gráficas que se eliminan debido a este cambio. Las gráficas, son de cartulina y están impresas en colores. Se utiliza una gráfica por cada paciente y por cada día.

El consumo de documentos para familiares sería la mayoría de las veces (conociendo la estancia mínima y estancia media de la Unidad (9,25 días en 2013 con una desviación media de 20, según datos obtenidos de la Memoria de la Unidad) inferior al consumo de las gráficas ya que una vez entregado el tríptico para familiares no incrementa el consumo, a pesar de que se prolonguen los días de ingreso. En 2013, según datos facilitados por la supervisora de la UCI reflejados en la Memoria hubo 633 estancias en la Unidad en un año.

- El precio de una gráfica supone 0,5 euros por gráfica, es decir, calculado con la estancia media ($0,5 \times 9,25$) = 4,6 euros por paciente y calculando esto por las estancias aproximadas ($633 \times 4,6$) = 2911 euros al año en gráficas.
- El precio de un documento supone 0,5 euros por documento, es decir 316 euros al año en documentos para familiares.

Por lo tanto, se puede observar como la eliminación del soporte papel se presenta como una oportunidad de financiación para poder introducir los documentos para los familiares.

Sala de actos y soporte informático:

No se ha considerado el coste del salón de actos, mobiliarios, ordenadores y en general soporte informático por formar parte del Hospital y no suponer coste económico añadido ninguno, ya que el Hospital cede el salón de actos para poder la realización de actividades docentes tales como la sesión formativa.

b) Costes indirectos:

Aumento de consumo de recursos por parte de los familiares:

Con la presencia de la familia se estima un aumento en el consumo de pañuelos, vasos de agua, tilas, zumos, limpieza del box etc.

Aproximadamente se estima que esto supondría un aumento de 300 euros al año.

Todos los costes calculados descritos en el apartado son una estimación. El valor añadido que supone la acción presentada en la propuesta de intervención repercute en resultados finales y en calidad más que el coste que pueda generar. Por lo tanto, el coste deja de ser significativo ya que el beneficio que supondría la acción planteada es mucho mayor.

VII. CONCLUSIONES

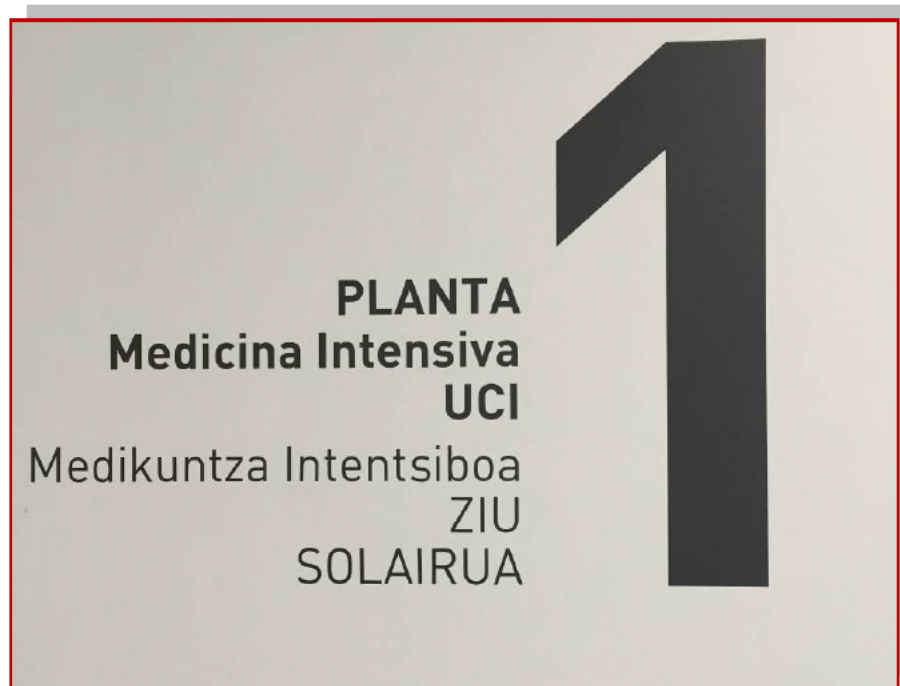


VII. Conclusiones.

Como alumna del Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería, la realización del Trabajo Fin de Máster;

- Me ha dado la oportunidad de centrar el tema de estudio, en un área de interés personal como es la atención a familiares y pacientes críticos, que está relacionado con mi ámbito laboral.
- Me ha permitido reflexionar acerca del conocimiento de la realidad asistencial en Unidades de pacientes Críticos.
- Me ha invitado a profundizar sobre áreas de conocimiento no desarrolladas hasta ahora, como el manejo de Word y Excel en un nivel avanzado y metodología en investigación, como nociones básicas de manejo de SPSS.
- Me ha permitido disfrutar del diseño del documento en sí.
- Me ha brindado la oportunidad de contrastar con mis compañeras del servicio de UCI, aspectos de mi trabajo relacionados con el régimen de visitas que en la práctica diaria no había tenido la ocasión de tratar.
- Por último, he conseguido con ello, cumplir los objetivos para los que he diseñado el trabajo.

VIII. BIBLIOGRAFÍA



VIII. Bibliografía.

1. Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-180.
2. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwieble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. **Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study.** Crit Care Med. 2004; 32: 638-49 in Holanda Peña MS, et al. **Medición de la satisfacción de los pacientes Ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares.** Med Intensiva. 2014. 663.1. 4-12.
3. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: **A descriptive correlational study of informational support, anxiety and satisfaction with care.** Intensive Crit Care Nurs 2010; 26: 114-122.
4. Heras La Calle G., Zaforteza Lallemand C.. **HUCI se escribe con H de HUMANO.** Enferm Intensiva. 2014; 25 (4): 123-124.
5. Murillo Pérez M.A., López C., Torrente Vela S., Morales Sánchez C., Orejana Martín M., García Iglesias M., et al. **Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva.** Enfer Intensiva. 2014; 25 (4): 137-145.
6. Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. **Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico.** Enferm Intensiva. 2003;14: 96-108.
7. Pérez MD, Rodríguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. **Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.** Med Intensiva. 2004;285: 237-49.
8. Ayllón Garrido N, Montero Rus P., Acebes Fernández M.I., Sánchez Zugazua J., **Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.** Enferm Intensiva. 2014; 142: 72-77.
9. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R, **Family Needs and involvement in the intensive care unit: A literature review.** J Clin Nurs. 2013; 22: 1805-10 in . In Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-181
10. Fumigalli S, Boncinelli L, LoNostro A, et al. **Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit.** Circulation. 2006; 113: 946-952. In Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-181

11. Petterson M. **Process helped gain acceptance for open visitation hours.** Crit Care Nurse. 2005; 70-70 in Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-80.
12. Cullen L, Titler M, Drahozal R. **Family and pet visitation in the critical care unit.** Crit care Nurse. 2003;23 (5): 62-66 in Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-80.
13. Youngner SJ, Coulton C, Welton R, Jukinalis B, Jackson DL. **ICU visiting policies.** Crit Care Med 1984;12: 606-8. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 107-17.
14. Carlson B, Riegel B, Thomason T. **Visitation: Policy versus practice.** Dimens Crit Care Nurs 1998; 17: 40-47.
15. Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quifk PA, Wood J, **A quality improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families.** Dimens Crit Care Nurs 2000; 19: 30-4. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 107-17.
16. Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. 107-17
17. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. **Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings.** Am J Crit Care 1993;2: 238-45. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. 107-17.
18. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. **Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy.** Am J Crit Care 1996;5:420-6. In Marco Landa

L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** *Enferm Intensiva.* 2000; 11 107-17.

19. Fairburn K. **Nurses' attitudes to visiting in coronary care units.** *Intensive Crit Care Nurs* 1994;10:224-33. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** *Enferm Intensiva.* 2000; 11. 107-17.

20. Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., García Martul M., Eugenio Robaina P., Villanueva Ortiz A., **Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.** *Med Intensiva.* 2007; 31 (6): 273-80

21. Whitton S., I. L., Pittiglio, **Critical Care Open Visiting Hours.** *Crit Care Nurs Q.* 2011, 34 (4): 361-66.

22. Giannini A., **Open intensive care units: the case in favour.** *Minerva Anesthesiol.* 2007, 73 (5): 299-305.

23. Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timisit H.F., Diaw F., Willems V., Tabah A., et al. **Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.** *Crit Care med* 2008, 36 (1): 30-35.

24. Zaforteza Lallemand C., García Mozo A., Quintana Carbonero R., Sánchez Calvín C., Abadía Ortiz E., et. al. **Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿qué opinan los profesionales?** *Enferm Intensiva.* 2010; 21 (2): 52-57.

25. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.

26. Stayt LC. **Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care.** *J Clin Nurs.* 2009;18:1267--75 & Davidson JE. **Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' families and Helping Families Adapt to Critical Illness.** *Crit Care Nurse.* 2009;29:28--34. in

Pardavila M.I., Vivar C.G., **Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura.** Enferm Intensiva. 2012; 23 (2) 51-67.

27. Delfosse L, Meman J. **Informational needs of families of Intensive Care Unit patients.** Q Rev Biophys 1986;16-21. in Torrents R., Oliva E., Saucedo M.J., Surroca L., Jover C. **Impacto de los familiares del paciente crítico. Ante una acogida protocolizada.** Enferm Intensiva 2003; 14 (2) 49-60.

28. Donabedian A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Mem Fund Q 1966;44: 166-203.

29. Gómez Martínez S., Ballester Arnal R., Gil Juliá B. **El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española.** An. Sist. Sanit. Navar. 2011, Vol. 34 (3) septiembre-diciembre.349-61.

Imágenes:

Fotografías obtenidas con el consentimiento informado del Jefe de Servicio de UCI y Supervisora de Enfermería de la Unidad.

Fuente propia.

IX. ANEXOS



IX. Anexos.

Anexo 1. Motores de búsqueda utilizados.

Motor de búsqueda	Palabras clave	Resultados
Pubmed.	Intensive Care Unit (MeSH) (AND) Visit (AND) Open (AND) Improvement	3 artículos.
Pubmed	Intensive Care Unit (MeSH) (AND) Visit (AND) Open	68 artículos.
Pubmed	Intensive Care Unit (MeSH) (AND) Visit	471 artículos.
WOS.	Intensive care unit (AND) Visit (AND) Open	69 artículos.
WOS	ICU (AND) Guideline (AND) Family	132 artículos.
Pubmed	ICU (AND) Practice guideline (AND) Family	25 artículos.

Anexo 2. Texto con formato de una revista científica.**-Creencias del equipo de Enfermería sobre las visitas abiertas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva. Originales.-**

Resumen: El traslado de una UCI a una nueva estructura física brinda la oportunidad de replantear entre otros aspectos, el régimen de visitas actual y considerar una flexibilización del mismo. Para adecuar la flexibilización de las visitas se creyó importante conocer el punto de vista de los profesionales.

Se desarrolló un estudio correlacional descriptivo para conocer las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que el régimen de visitas abierto tiene en el paciente, familia y equipo de enfermería. Se plantearon las hipótesis: h_1 "Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán diferentes entre mujeres y hombres, h_2 "las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores entre los profesionales de mayor edad", y h_3 " las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores en los profesionales con más años de experiencia en la Unidad".

La muestra estaba formada por 102 DUEs + TCAEs, que cumplimentaron un cuestionario de 26 ítems con una escala tipo likert de cuatro puntos, además de una pregunta abierta. Se empleo el programa SPSS para el análisis de los datos.

La creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 2,79 (DE= 0,35; min. 2, máx. 3,77) (máx. 4- min. 1). Sólo se pudo confirmar la " h_3 " mediante la correlación de Pearson. Se observó una correlación débil para la dimensión uno: $r = 0,229$ y $p < 0,02$. Sugiriendo que a más años en el servicio, la puntuación fue mayor. Conclusión: el equipo de enfermería muestra sus creencias a favor del régimen de visitas abierto.

Abstract: The transfer of an ICU to a new physical structure brings an opportunity to rethink the current visiting regime and consider making it more flexible. To optimize the flexibility of the visits, it was thought that professional's point of view would be important.

A correlational descriptive study was carried out to find out the nursing staff's beliefs about the effect that open visiting times had on the patient, family and the nursing team. Three assumptions were made: h_1 "Beliefs about the system of open visits will differ among women and men" h_2 "beliefs about the system of open visits will be better among older

professionals" and h3 "beliefs about the system of open visiting regime will be better in the group of professionals with more years of experience in the unit. "

The sample consisted of 102 nurses and care assistants, who completed a 26-item questionnaire with a 4 Likert scale, and an open question. SPSS software was used for statistical analysis.

The belief about the positive effect of the visits gave a mean value of 2.79 (SD = 0.35; min 2-max 3.77) (Max4-min1). The "h3" could be the only one confirmed by Pearson correlation. It could also be observed a weak correlation for the first dimension: $r = 0.229$ and $p < 0.02$. This seems to suggest that the more years of service, the higher the score the open visiting hours gets. Conclusion: The nursing team shows their beliefs in favour of the regime of open visiting hours.

Palabras clave: UCI, Visitas, Visita abierta, Flexibilización, Creencias, Equipo de Enfermería. ICU (Mesh), Visiting policy, Open, Nurses opinion.

Que se conoce y que aporta: Se partió de un estudio realizado por L. Marco Landa y Cols. realizado en una UCI con estructura cerrada, de un hospital privado, que ya contaba con régimen de visitas abierto. En el estudio quedó de manifiesto que las creencias de las enfermeras se mostraban a favor del régimen de visitas abierto.

En este caso particular, se realizó el estudio en una UCI donde todavía el régimen de visitas es restrictivo, por lo que los participantes tuvieron que hacer un esfuerzo añadido por imaginarse una situación que todavía no era una realidad. Además, el hospital público donde se realizó el análisis, se encuentra en un momento de traslado de la UCI a una estructura física que permitirá un establecimiento de un régimen de visitas flexible. Por otro lado, en vez de conocer las actitudes de las enfermeras, se optó por realizar una pregunta abierta para obtener información más amplia sobre sus opiniones. Finalmente, se consideró importante incluir en la muestra a los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, aspecto que no fue incluido por Marco y cols.

Implicaciones del estudio: Las implicaciones de este estudio abren una línea para la práctica clínica en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que conociendo las creencias de los

profesionales se obtiene una información muy valiosa que puede condicionar el éxito de un cambio de modelo en el régimen de visitas en UCI.

Introducción:

El régimen de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un tema controvertido ya que a pesar de que la mayoría de estudios respaldan los beneficios que supone el establecimiento de un régimen de visitas abierto¹, la realidad sigue siendo que la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos presentan un horario restringido de apertura de puertas a los familiares.

Con el desarrollo de una medicina más agresiva y los nuevos avances tecnológicos, las Unidades de Cuidados Intensivos se han convertido en ambientes cada vez más complejos y multidisciplinarios².

En ocasiones aspectos fundamentales como la atención a las familias y problemas no meramente médicos (como ciertos aspectos sociales y psicológicos) pueden pasar a segundo plano³, como recogen G. Heras y C. Zaforteza, “la tecnificación ha relegado a un segundo plano a la persona”⁴.

Algunos autores aseguran que la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del paciente⁵, siendo a su vez esa proximidad una ayuda para la propia familia⁶.

En la década de los 90 en España se inicia una corriente en favor de la flexibilización de las normas de visita⁷. Tanto a nivel Nacional como Internacional, comienza a extenderse una tendencia que pretende favorecer la inclusión de la familia en la esfera del cuidado integral del paciente crítico, centrando los cuidados no solo de manera exclusiva en el paciente sino también en su familia, convirtiéndose ambos en una Unidad única de cuidado⁸.

Según numerosos artículos, uno de los principales beneficios del régimen de visitas flexibles es la reducción de ansiedad del paciente⁹. Otro, el grado de satisfacción de los familiares, que aumenta de manera considerable cuando el régimen de visitas no se rige por normas estrictas y restrictivas y son los familiares quienes deciden cuando ir a visitar a sus seres queridos ingresados¹⁰.

La comunicación, es otro de los aspectos que se ve favorecido en estos casos, tanto entre familiares y pacientes como entre profesionales, familiares e incluso pacientes¹¹.

Los Cuidados Intensivos son básicos en la mejora del paciente ingresado en una Unidad de estas características tan complejas, pero la importancia del cuidador, del principal soporte de cada persona que se encuentra detrás de esos procesos fisiopatológicos tan complejos adquiere una importancia que requiere ser estudiada y revisada.

A pesar de esta corriente teórica, el régimen de visitas actual en la mayoría de UCI españolas no responde a regímenes permisivos^{12,13}.

Sucede así en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se desarrolla este estudio, pertenece a un hospital de tercer nivel de 1000 camas con una estructura abierta y un régimen de visitas cerrado. Los familiares cuentan con media hora por la mañana y otra media hora por la tarde para visitar a sus seres queridos.

El hospital tiene previsto realizar una inmediata apertura de dos nuevas UCI. El próximo traslado a una nueva estructura física brinda la oportunidad de replantear este régimen y gestionar el cambio. Con el fin de optimizar la flexibilización de las visitas es necesario conocer la opinión de los profesionales sobre el tema, al igual que hicieron Guiluliano y Cols. para gestionar con éxito el cambio.¹⁴

Este trabajo surge en el contexto actual de cambio a unas mejores estructuras físicas y tecnológicas, cuya finalidad es aumentar la calidad de atención a los pacientes ingresados y familias. Al mismo tiempo que adecuar el lugar de trabajo a los requerimientos clínicos y profesionales, es decir, mejorar la atención prestada tanto en su perspectiva de calidad técnica como de calidad percibida.

Objetivos:

- Conocer las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que el régimen de visitas abierto tiene en paciente, familia y equipo de enfermería.
- Obtener información sobre lo que piensan los profesionales de la Unidad sobre el régimen de visitas actual.

Hipótesis:

- h1. Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán diferentes entre mujeres y hombres.
- h2. Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores entre los profesionales de mayor edad.

h3. Las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores en los profesionales con más años de experiencia en la Unidad.

Método:

Este estudio correlacional descriptivo se ha realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 20 camas de un Hospital de 1000 camas.

Se entregaron 105 cuestionarios y sólo hubo 3 de los cuales no se obtuvo respuesta, por lo que la muestra está formada por 102 cuestionarios. En el estudio, participaron tanto enfermeras como auxiliares de enfermería, además de la Jefa de Unidad.

El requisito para participar fue encontrarse activamente trabajando durante el periodo de realización del cuestionario y llevar al menos un año en el servicio.

a) Instrumento de medida:

El instrumento utilizado para obtener la opinión del equipo de enfermería en relación a un régimen de visitas abierto o más permisivo que el que existe en la actualidad incluyó dos apartados:

-Un primer apartado con 26 preguntas tipo test, dividido en tres dimensiones o subcategorías, (Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente/familia/equipo de enfermería-Unidad).

-Un segundo apartado con una pregunta abierta en modo de “sugerencias o comentarios sobre el régimen de visitas actual y datos no encontrados en el cuestionario”.

Para recoger la información acerca de las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familias y equipo de enfermería se utilizó una escala tipo Likert de 4 puntos, con 26 ítems, 13 positivos y 13 negativos, dividida en tres dimensiones.

La escala, ofreció cuatro posibilidades de respuesta, siendo el (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) Totalmente de acuerdo.

Para el cálculo total en las preguntas negativas, se invirtieron las puntuaciones de las preguntas negativas (2, 3, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 25) y se calculó la puntuación media de toda la escala además de las subescalas.

Una puntuación elevada (máximo 4) indicó una creencia positiva de las enfermeras en relación al efecto beneficioso de la visita abierta.

La escala utilizada para analizar las creencias, fue desarrollada por L. Marco et al¹⁵ en base a los resultados empíricos de los estudios de Kirchhoff et al de 1993¹⁶ y Simpson et al de 1996¹⁷.

Se habló con los autores del cuestionario y se obtuvo permiso para su utilización en este trabajo.

El resultado del análisis de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido en este estudio para la escala de creencias fue de 0,861 (subescala paciente 0,700, subescala familia 0,689 y subescala equipo de enfermería 0,764).

Además, se recogieron datos sociodemográficos, edad, sexo, puesto de trabajo que desempeña, años trabajados en el servicio de la UCI y tipo de contrato.

b) Recogida de datos:

La recogida de información, se realizó mediante un buzón situado en un punto estratégico de la Unidad. Se le explicó el fin del cuestionario a cada participante en el momento del reparto del mismo. La participación fue voluntaria. El tiempo estimado para la realización del cuestionario autocumplimentable fue de 5 minutos.

Para minimizar sesgos en la recogida del cuestionario, se realizó en un periodo de estabilidad laboral, fuera de periodos vacacionales con la finalidad de captar al máximo de personal posible, estableciéndose un periodo de un mes para el reparto y recogida de los cuestionarios.

Los cuestionarios fueron depositados en el buzón por cada participante, para asegurar el anonimato de los mismos.

c) Consideraciones éticas:

Los participantes fueron libres de entregar los cuestionarios y de abandonar el estudio en cualquier momento.

d) Análisis de datos:

Se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 20, para el análisis de los datos. Los cálculos estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

Para analizar si las variables seguían criterios de normalidad se realizó el test de Shapiro Wiks y se concluyó en darle un tratamiento paramétrico.

Se aplicó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, máximo y mínimo) para las variables continuas.

Las respuestas se agruparon en dos grupos, añadiendo los ítems que incluían “totalmente de acuerdo” dentro de “de acuerdo” y los que incluían “totalmente en desacuerdo” dentro de “en desacuerdo”, dejando de esta manera dos grupos de respuesta; [de acuerdo / en desacuerdo].

Para el análisis de la relación entre la puntuación y las variables sociodemográficas se aplicó el análisis de la varianza, Anova, para comparar respuestas obtenidas con la variable edad categorizada por grupos, t-test de Student para la diferencia de medias para las variables sexo, tipo de contrato y puesto y la correlación de Pearson para variable años en el servicio.

En cuanto a la pregunta abierta, se agruparon las respuestas en cuatro categorías; estructura / cuidados de enfermería / familiares / tipo de paciente.

Resultados:

El cuestionario fue realizado y entregado por 102 participantes, de 105 a los que había sido repartido, por lo que la tasa de participación fue mayor de un 97%.

De los 105 participantes, 36 fueron auxiliares de enfermería y 66 fueron enfermeras. Todas ellas trabajan a turnos rotados, excepto una enfermera que realiza un turno fijo de mañanas y la Jefa de Unidad que también sigue un turno de mañanas.

La media de edad de los participantes fue 41 años (D.E.=8,74), siendo de 24 años la persona más joven y de 59 la mayor. Se realizó una categorización de grupos de 10 años de edad para poder comparar diferencias significativas entre grupos.

Entre los participantes, sólo 7 fueron hombres, frente a 95 mujeres. En cuanto al tipo de contrato, participaron 58 personas fijas en el servicio y 44 eventuales. La persona que más años lleva en el servicio lleva 30 años y la que menos 1, siendo la media 7,63 años (D.E. 5,7).

Entre los resultados obtenidos en el cuestionario, en general, la creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 2,79 (DE= 0,35; min. 2, máx. 3,77) siendo el valor máximo cuatro y mínimo uno.

En las siguientes tablas tenemos las frecuencias (proporciones) de las categorías, además de la media de cada respuesta con su desviación estándar, y con el máximo y el mínimo obtenido en cada pregunta.

Para una lectura más sencilla, las preguntas negativas invertidas para el cálculo global, se presentan en sus valores originales. Además, se realizó un análisis de cada subcategoría, (creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente/familia/equipo de enfermería-Unidad) para facilitar la interpretación de los resultados.

Tabla 1. Resultados subescala paciente.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente .	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	102 (100%)	-	3,52	0,50	3/4
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente.	31(30,4%)	71 (69,6%)	2,75	0,76	1/4
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente	58(56,9%)	44(43,1%)	2,39	0,85	1/4
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	94(92,2%)	8(7,8%)	3,47	0,85	1/4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	95(93,1%)	7(6,9%)	3,36	0,61	2/4
6. La presencia de la familia provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial.	58(56,9%)	44(43,1%)	2,36	0,78	1/4
7. Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante	99(97,1%)	3(2,9%)	3,53	0,56	2/4
8. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	57(55,9%)	45(44,1%)	2,85	0,80	1/4
9. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente	12(11,8%)	90(88,2%)	3,14	0,63	1/4
10. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente	32(31,4%)	70(68,6%)	2,78	0,75	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,99	0,37	2,3/4

Tabla 2. Resultados subescala familia.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en la familia .	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
11. La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia.	91(89,2%)	11(10,8%)	3,26	0,67	1/4
12. La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia.	87(85,3%)	15(14,7%)	3,26	0,70	2/4
13. La visita abierta agota a la familia.	52(51%)	50(49%)	2,48	0,86	1/4
14. La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	85(83,3%)	17(16,7%)	3,16	0,77	1/4
15. Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	64(62,7%)	38(37,3%)	2,27	0,69	1/4
16. La visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.	69(67,6%)	33(32,4%)	2,18	0,80	1/4
17. El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia.	67(65,7%)	35(34,3%)	2,18	0,80	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,79	0,45	1,4/3,7

Tabla 3. Resultados subescala equipo de enfermería-Unidad.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el equipo de enfermería-Unidad.	DE ACUERDO n=102	EN DESACUERDO n=102	MEDIA	D.E.	MIN/MAX
18. La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente.	75(73,5%)	27(26,5%)	2,03	0,81	1/4
19. Con la visita abierta, el equipo de enfermería obtiene de los familiares una información muy valiosa.	75(73,5%)	27(26,5%)	2,92	0,67	2/4
20. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería.	80(78,4%)	22(21,6%)	1,96	0,77	1/4
21. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	84(82,4%)	18(17,6%)	3,05	0,67	1/4
22. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.	52(51%)	50(49%)	2,52	0,82	1/4
23. Con la visita abierta, el equipo de enfermería no se siente preparado para relacionarse con la familia.	23(22,5%)	79(77,5%)	1,77	0,42	1/4
24. En la visita abierta el equipo de enfermería debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente.	43(42,2%)	59(57,8%)	2,57	0,82	1/4
25. La visita abierta impide al equipo de enfermería manifestarse como es.	30(29,4%)	72(70,6%)	2,76	0,76	1/4
26. La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de enfermería.	37(36,3%)	65(63,7%)	2,35	0,75	1/4
TOTAL SUBESCALA			2,57	0,45	1,6/3,9

Verificación de hipótesis:

En cuanto al análisis realizado de las variables sociodemográficas, se comenzó por analizar si la media obtenida en las respuestas, guardaba alguna relación con la edad o no. Para ello, se realizó el contraste Anova, para establecer la diferencia entre los diferentes grupos de edad, categorizados previamente en 4 grupos, de 20 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y de 51 a 60 años.

Se obtuvo un p valor de 0,235 para la primera subcategoría, p valor de 0,226 para la segunda y p valor 0,158 para la tercera subcategoría (creencias sobre los efectos que la

visita abierta produce en el equipo de enfermería-Unidad) con lo que no se pudo afirmar que exista una diferencia significativa entre los grupos de edad.

La diferencia entre sexos no quedó muy justificada por la disparidad de los grupos (95 mujeres y 7 hombres), pero se podría observar cierta diferencia para el grupo de hombres, habiendo obtenido un p valor 0,057 marginalmente significativo que podría indicar una respuesta media algo más positiva del grupo de los hombres hacia el régimen de visitas abierto.

En referencia al puesto que desempeña en UCI o categoría profesional, no se observó ninguna diferencia significativa (p valor 0,092).

Para analizar la correlación entre años que lleva en el servicio y las puntuaciones medias de las diferentes subcategorías (paciente / familia/ equipo de enfermería-Unidad) se empleó la correlación de Pearson.

Solamente se podría observar una correlación débil para la dimensión uno (creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente): correlación 0,229 siendo el p valor 0,02. Sugirió que a más años en el servicio, la puntuación fue mayor, es decir, las personas que más años llevan en el servicio, cuentan con más creencias positivas sobre el efecto de la visita abierta.

Finalmente, reflejar que en cuanto al tipo de contrato no existió ninguna diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres subcategorías.

Pregunta abierta:

De los 102 participantes, 33 contestaron a la pregunta abierta, 24 Enfermeras y 9 auxiliares de enfermería.

Los comentarios, se agruparon en diferentes bloques, los que hacían alusión a la estructura, a los cuidados de enfermería, a lo relacionado con los familiares y al tipo de paciente.

En cuanto a la estructura se recogieron tres comentarios, que además de hacer referencia a la nueva Unidad, al método de acceso y llamada de la familia para acceder, hicieron referencia también a la intimidad de los pacientes.

Esto son fragmentos de alguno de los comentarios:

“... El régimen de visitas actual es anticuado y escaso, la estructura de la nueva Unidad permite mejorar esto.” (Comentario 1)

“Tal y como está preparada estructuralmente la UCI actualmente, en la que no hay acceso independiente a cada box, no se rentabiliza el tiempo que se invierte en atender cada vez que una familia llama a la puerta” (Comentario 7)

“El régimen de visitas actual viene condicionado por la infraestructura de la Unidad (...) a veces se invade la intimidad de otros pacientes.”(Comentario 19)

Respecto a los cuidados de enfermería, hubo ocho comentarios que incidieron en el tema. Los aspectos más destacados podrían resumirse en estas creencias; La interrupción de cuidados de enfermería, el aumento de la carga de trabajo y un aumento de la demanda por parte de paciente y familia.

Esto son fragmentos de alguno de los comentarios:

“Los inconvenientes son para enfermería en realidad ya que a la hora de hacerle algunos cuidados tenemos que decirles que salgan” (Comentario 2)

“A pesar de que un tiempo de visita amplio puede dificultar los cuidados de enfermería, así como un aumento de la carga de trabajo.” (Comentario 3)

“Las visitas son más favorables cara al paciente pero desfavorables cara al ritmo de trabajo del personal y desfavorable a veces cara a la propia familia...”. (Comentario 9)

“La llegada de la familia en muchos casos produce un aumento de la demanda del paciente y de la familia (sobrecarga de trabajo).” (Comentario 11)

“Dificulta mucho el trabajo de la enfermera y aumenta la carga de trabajo. También en situaciones muy dramáticas, tener todo el rato a la familia se nos hace más duro y aumenta nuestra carga de trabajo por el acompañamiento psicológico que les brindamos(...)” (Comentario 12)

“La presencia de la familia obliga a reorganizar nuestro trabajo y se agobian tanto que están más demandantes.” (Comentario 8)

“Sin embargo, el profesional es muy reacio a “abrir” la uci. Somos grandes frenos al apoyo emocional al paciente y la familia.” (Comentario 24)

“(…) en muchas ocasiones, el que la familia tenga un régimen de visitas abierto causa que muchas labores de enfermería se dejen para más tarde haciendo así que se acumule más trabajo” (Comentario 33)

En lo que incumbe a la familia se recogieron otros ocho comentarios. Desde el equipo de enfermería una de las creencias más repetidas es la preparación o no de los familiares para ver momentos críticos y “desagradables” que ocurren a su familiar. Otro aspecto que se repite es la importancia del tipo de relación que tienen paciente y familia.

Además, en un par de los comentarios, se encuentra la sugerencia de que se cree la figura de un “referente” o “acompañante”, que se diferencie de los visitantes, pudiendo establecer desde el equipo de enfermería con ese familiar de referencia, una relación de acompañamiento y trabajo, incluso con la posibilidad de incorporarlo a los cuidados básicos del paciente, además del apoyo que le proporciona su presencia.

“... Para que no se apuren al ver a su familiar toser o quejarse de dolor etc.” (Comentario 25)

“Depende del paciente, necesidades que tiene y relación con la familia ante la enfermedad.” (Comentario 5)

“Pienso que no todas las familias están preparadas para una visita abierta, puede que se agobien y agobien con ello al paciente.” (Comentario 6)

“Hay familiares que tranquilizan al paciente y otros que se agobian” (Comentario 16)

“Creo que un régimen abierto de visitas facilita a la familia la integración de la atención al familiar ingresado con la vida cotidiana de la familia.”(Comentario 17)

“Para eso igual haría falta que unos familiares en concreto sean referentes para el equipo.” (Comentario 18)

“Habría que distinguir entre visita y acompañante, este último podría participar en el proceso de cuidado del paciente, además de darle apoyo moral” (Comentario 32)

“Todo depende del tipo de familia, si es comprensiva o no.” (Comentario 26)

El tipo de paciente fue sin duda el aspecto más comentado en este apartado del cuestionario, ya que apareció en 14 de los 33 comentarios.

Según las sugerencias recibidas, se subdividen dos tipos de pacientes:

- Paciente sedoanalgesiado, inconsciente, en coma o intubado.
- Paciente despierto o consciente o de estancia prolongada.

Para los pacientes que se encuentran en el primer grupo, la mayoría de trabajadores de la UCI no encuentra posibles beneficios relacionados con la estancia de la familia, ya que ni el paciente percibiría la compañía, ni a la familia le resulta fácil vivir ciertas situaciones.

Sin embargo, hay unanimidad en cuanto la necesidad de acompañamiento que puede llegar a tener un paciente consciente y los beneficios que la presencia de la familia le aporta. Alguno de los comentarios incluso sugiere que la presencia de la familia puede reducir cargas de trabajo al equipo de enfermería e incluso que la presencia familiar ayuda a que los pacientes no se desorienten.

“Creo que actualmente a algunas familias se les deja el régimen de visitas más flexible y es mejor porque si el paciente está consciente, se siente más acompañado y centrado...” (Comentario 28)

“(...)si ocurre alguna situación de hipotensión extrema o situación crítica la familia no creo que reaccionara bien y sería un impedimento para el equipo para trabajar.” (Comentario 14)

“(...) Considero que depende la situación del paciente puede ser conveniente desde 10 min de visita hasta 6-7 horas. Por lo tanto me inclinaría hacia una Unidad con visitas flexibles, en función a la situación del paciente, intentando proporcionar al paciente el mayor bienestar posible” (Comentario 31)

“El régimen de visitas abiertas me parece adecuado para pacientes conscientes, de hecho reduce mucho las cargas de trabajo tanto para auxiliares como para enfermeras y por supuesto mejora el estado emocional del paciente. Para pacientes sedados o en circunstancias de inestabilidad hemodinámica creo que el régimen abierto no beneficia en el cuidado del paciente.”(Comentario 4)

“(…) que hay que valorar el tipo de paciente que tenemos, la influencia que tiene la familia en el. En unos casos vemos que es positivo y en otros negativo.”(Comentario 23)

“(…) El régimen de visitas abierto es mejor en pacientes de estancia prolongada en UCI, para el apoyo emocional y de autocuidado.” (Comentario 30)

“Considero que el régimen de visitas abiertas beneficia más a los pacientes que están más tiempo ingresados en la UCI...(Comentario 10)

“Creo que la visita abierta favorece muchas situaciones como: el acompañamiento de pacientes que están conscientes, que se desorientan menos, en caso de algunos cuidados lo pueden hacer ellos etc...” (Comentario 15)

“Paciente sedado intubado la presencia de la familia creo que no influye en su recuperación. Influiría la presencia de la familia en paciente de estancia larga consciente...” (Comentario 13)

“(…) No es lo mismo si está sedado o no lo está. Tampoco es igual dependiendo de la criticidad de su estado.” (Comentario 20)

“Cada paciente es un mundo y esto no es válido para todos. (...)El régimen abierto lo pondría para pacientes despiertos, estables y con pocos cuidados, en los que la familia podría colaborar” (Comentario21)

“Un paciente agudo, sedado, inestable y grave, no requiere la presencia continua de la familia, ni ella posiblemente pueda tolerar la sobrecarga emocional que conlleva.” (Comentario 22)

“A mí me hubiera gustado poder diferenciar tipo de paciente, en coma inducido o en alerta.”
(Comentario 23)

“Las preguntas deberían haberse hecho para pacientes intubados o no intubados. La respuesta no es la misma.” (Comentario 27)

“Para distintos pacientes, unas veces es satisfactorio y otros no se está de acuerdo, sobre todo en pacientes de larga estancia y/o conscientes.” (Comentario 29)

En la siguiente tabla se incluye la relación entre cada comentario (número) y las variables sociodemográficas del cuestionario al que corresponde.

Tabla 4. Datos sociodemográficos.

Nº	Datos sociodemográficos.
1	DUE. Hombre, 26 años. 4 años en el servicio, eventual.
2	DUE. Mujer, 29 años. 5 años en el servicio, eventual.
3	DUE. Mujer, 32 años. 3 años en el servicio, eventual.
4	DUE Mujer, 34 años. 7 años en el servicio, fijo.
5	DUE Mujer, 34 años. 3 años en el servicio, eventual.
6	DUE Mujer, 36 años. 1 año en el servicio, fijo.
7	DUE. Mujer, 36 años. 15 años en el servicio, eventual.
8	DUE. Mujer, 42 años. 13 años en el servicios, fijo.
9	DUE. Mujer, 42 años. 13 años en el servicio, fijo.
10	DUE Mujer, 42 años. 12 años en el servicio, eventual.
11	DUE. Mujer, 42 años. 19 años en el servicio, fijo.
12	DUE. Mujer, 43 años. 6 años en el servicio, fijo.
13	DUE Mujer, 46 años. 15 años en el servicio, fijo.
14	DUE Mujer, 46 años. 11 años en el servicio, fijo.
15	DUE Mujer, 44 años. 18 años en el servicio, fijo.
16	DUE Mujer, 47 años. 14 años en el servicio fijo.
17	DUE Mujer, 48 años. 11 años en el servicio, fijo.
18	DUE Mujer, 42 años. 1 año en el servicio, eventual.
19	DUE. Mujer, 59 años. 30 años en el servicio, fijo.
20	DUE Mujer, 39 años. 15 años en el servicio, fijo.
21	DUE Mujer, 36 años. 7 años en el servicio, eventual.
22	DUE Mujer, 48 años. 22 años en el servicio, fijo.
23	DUE Mujer, 34 años. 5 años en el servicio, eventual.
24	DUE. Mujer, 51 años. 8 años en el servicio, fijo.
25	TCAE Mujer, 43 años. 14 años en el servicio, fijo.
26	TCAE Mujer, 58 años. 9 años en el servicio, eventual.
27	TCAE Mujer, 49 años. 6 años en el servicio, eventual.
28	TCAE Mujer, 55 años. 5 años en el servicio, fijo.
29	TCAE Mujer, 49 años. 2 años en el servicio, fijo.
30	TCAE Mujer, 47 años. 3 años en el servicio, eventual.
31	TCAE Mujer, 30 años. 7 años en el servicio, eventual.
32	TCAE Mujer, 28 años. 7 años en el servicio, eventual.
33	TCAE. Hombre, 27 años. 3 años en el servicio, eventual.

Discusión:

Antes de nada, hay que destacar extraordinaria participación del equipo de enfermería, el cuestionario ha levantado mucha curiosidad e interés sobre el régimen de visitas y muchos de los participantes acudieron una vez finalizado el periodo de realización de cuestionarios a aportar posibles ideas.

De hecho, el cuestionario ha generado expectativa entre todos los trabajadores de la Unidad, ha facilitado la reflexión individual y en grupo y quizá ha promovido actitudes positivas.

A pesar que en el momento del reparto de los cuestionarios el equipo de enfermería mostrase su parecer sobre el tema, refiriendo en algún momento los aspectos negativos que podría conllevar un régimen más permisivo de visitas, los resultados del cuestionario han reflejado y destacado los aspectos positivos del mismo.

La participación fue muy alta, 102 participantes (97%) aunque no se alcanzó un 100% como en el estudio realizado por Marco et al. en 2000 y Fairbun en 1994.¹⁸

Existió unanimidad en preguntas como la primera, “La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente” que todos los participantes se muestran de acuerdo (100%)

También se obtuvo un resultado alto en la pregunta “La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente” con un 92,2% de respuestas a favor.

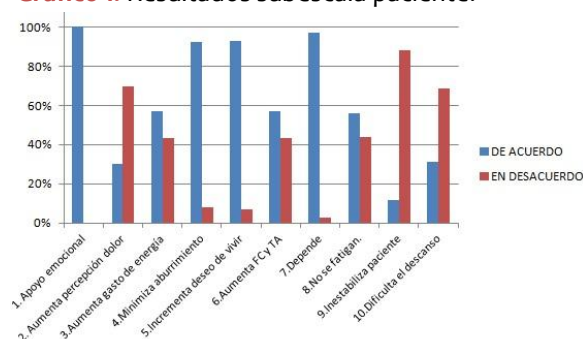
Está claro también que según el equipo, la presencia de la familia incrementa el deseo de vivir del paciente, con un 93,1% de respuestas positivas.

Uno de los aspectos más repetidos en los comentarios es la necesidad de individualizar y de diferenciar entre diferentes pacientes y familias, así lo reflejan los resultados a la variable “Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante” con un 97,1% de respuestas.

Sin duda no existen dos pacientes iguales ni familias que sigan un mismo patrón de comportamiento, por lo que la individualización o valoración pertinente en cada uno de los casos sería una de las conclusiones más importantes obtenidas gracias al cuestionario.

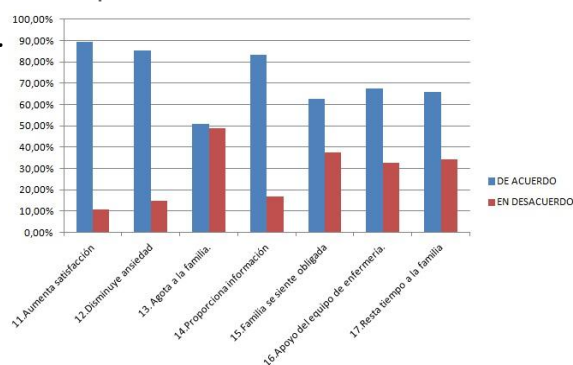
Esta creencia, se corresponde con la publicación de Santana Cabrera et al.¹⁹ y Whitton et al.²⁰ donde se detecta como una de las necesidades principales en las Unidades de Cuidados Intensivos, el personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

Gráfico 1. Resultados subescala paciente.



Como respuesta negativa hacia un régimen de visitas más abierto y flexible, se encontró con un 56,9% de respuestas la siguiente afirmación “La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente”. Coincide con lo encontrado en la revisión de literatura y puede que en muchos casos sea real, pero existen estudios que desmienten esta corriente de pensamiento como el realizado en 2007 por Giannini et al.²¹

Gráfico 2. Resultados subescala familia.

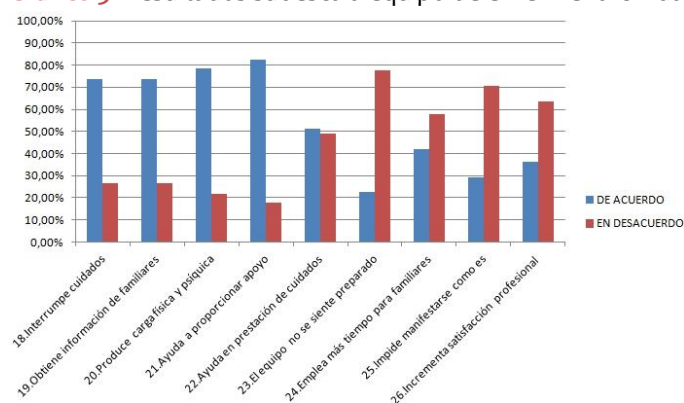


Otra de las preguntas que obtuvo una respuesta bastante uniforme fue la que afirma que “La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia” que contó con 89,2% de respuestas a favor.

Además, un 82,4% se mostró a favor de que “La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente”.

También, llama la atención el dato obtenido en la pregunta “La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería” ya que un 78,4% se mostró a favor de la afirmación.

Gráfico 3. Resultados subescala equipo de enfermería-Unidad.



Se observó concordancia entre alguna pregunta con los comentarios sugeridos, como en el caso del siguiente ítem que afirma “La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería, especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente” obteniendo un 73,5% de resultados a favor.

Tras analizar las respuestas y su relación con las variables sociodemográficas planteadas, podemos ver como de las hipótesis planteadas solamente se ve confirmada la tercera; “las creencias sobre el régimen de visitas abierto serán mejores en los profesionales con más años de experiencia en la Unidad”.

Los resultados obtenidos sugieren plantear una propuesta de futuro, ya que se abre una línea de mejora respecto al cambio en la forma de trabajar que habría que asimilar de cara a incorporar a las familias a la Unidad, ya que es difícil imaginar una situación a la que el equipo no está acostumbrado. Trabajar teniendo a la familia presente más allá de la media hora que actualmente se encuentra, supone un cambio cultural y con ello, un cambio en nuestra forma de trabajar, que puede ser la principal causa de negación al cambio.

La mayoría de los estudios manifiestan cómo el equipo de enfermería tiene que posponer o modificar su trabajo y la prestación de cuidados que pueden verse interrumpidos por la presencia familiar.²²

Sucede así en otros estudios realizados, donde los profesionales de enfermería se muestran reticentes a la apertura de las Unidades de Cuidados Intensivos, pero admiten que los horarios actuales puedan ser ampliados.²³

Unido con esto, se podría añadir alguno de los comentarios sugeridos, que refieren que la presencia de la familia obliga al equipo de enfermería a reorganizar el trabajo y que los profesionales son reacios a “abrir la UCI”, suponiendo esto un freno al apoyo emocional del paciente y familia.

Por ello, a pesar de que en algún caso, la presencia de la familia suponga una reorganización, hay que tener en cuenta los beneficios directos que el paciente obtiene de su presencia.

Finalmente, destacar uno de los matices que ha resultado muy interesante: la propuesta de introducción de la figura de un “referente” o “acompañante”.

Supondría un nexo entre paciente y equipo médico y de enfermería que permitiría además de proporcionar una información más concreta y dirigida a las necesidades de cada paciente y familiar, una gran ayuda a la hora de introducir a la familia en el cuidado.

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

A diferencia del estudio realizado por Marco et al en el que se ha basado este estudio, el régimen de visitas actual es restrictivo, por lo que el equipo de enfermería ha tenido que hacer un trabajo añadido para poder establecer un criterio sobre algo sobre lo que no trabajan.

Esto deja una línea de investigación abierta, de cara al traslado a la Nueva Unidad, donde la estructura acompañaría a la preservación de intimidad de cada paciente y probablemente llevará a una flexibilización mayor del régimen actual de visitas, donde podría repetirse el

cuestionario y analizar si el hecho de vivirlo como algo real puede traducirse en algún cambio o diferencia en el cuestionario realizado.

Conclusiones:

Entre las creencias del equipo de enfermería existe unanimidad acerca de que un régimen de visitas abierto es positivo tanto para el paciente, para la familia y para el equipo de enfermería.

Uno de los aspectos negativos destacables por la alta puntuación obtenida, es la necesidad de reorganización del trabajo y prestación de cuidados de enfermería, éste es un aspecto que habrá que tenerse en cuenta a la hora de una posible flexibilización del régimen actual.

En cuanto a la presencia de la familia, destaca la posibilidad de establecer una figura referente, que además de poder aportar beneficios directos al paciente con su apoyo emocional y compañía, sirva como unión entre los profesionales de la Unidad y trabajadores.

El estudio ha obtenido una participación muy alta y en general la plantilla está interesada en lograr mejorar la forma de trabajar, más aun una vez establecido que la creencia que prevalece es que un régimen de visitas abierto proporciona beneficios al paciente que es el último y primer objetivo y razón de ser de los profesionales.

Bibliografía:

1. Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-180
2. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwieble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. **Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study.** Crit Care Med. 2004; 32: 638-49 in Holanda Peña MS, et al. **Medición de la satisfacción de los pacientes Ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares.** Med Intensiva. 2014. 663.1. 4-12
3. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: **A descriptive correlational study of informational support, anxiety and satisfaction with care.** Intensive Crit Care Nurs 2010; 26: 114-122
4. Heras La Calle G., Zaforteza Lallemand C.. **HUCI se escribe con H de HUMANO.** Enferm Intensiva. 2014; 25 (4): 123-124
5. Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. **Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico.** Enferm Intensiva. 2003;14: 96-108.
6. Pérez MD, Rodríguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. **Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.** Med Intensiva. 2004;285: 237-49.
7. Ayllón Garrido N, Montero Rus P., Acebes Fernández M.I., Sánchez Zugazua J., **Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.** Enferm Intensiva. 2014; 142: 72-77.
8. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R, **Family Needs and involvement in the intensive care unit: A literature review.** J Clin Nurs. 2013; 22: 1805-10 in Fumigalli S,
9. Boncinelli L, LoNostro A, et al. **Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit.** Circulation. 2006; 113: 946-952. In Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-181
10. Petterson M. **Process helped gain acceptance for open visitation hours.** Crit Care Nurse. 2005; 70-70 in Sims M. J., Miracle A. V., **A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation.** Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-80.
11. Ibid.

-
12. Youngner SJ, Coulton C, Welton R, Jukinalis B, Jackson DL. **ICU visiting policies.** Crit Care Med 1984;12: 606-8. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 107-17.
 13. Carlson B, Riegel B, Thomason T. **Visitation: Policy versus practice.** Dimens Crit Care Nurs 1998; 17: 40-7.
 14. Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quifk PA, Wood J, **A quality improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families.** Dimens Crit Care Nurs 2000; 19: 30-4. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11: 107-17.
 15. Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. 107-17.
 16. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. **Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings.** Am J Crit Care 1993;2: 238-45. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. 107-17.
 17. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. **Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy.** Am J Crit Care 1996;5:420-6. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11 p.107-17.
 18. Fairburn K. **Nurses' attitudes to visiting in coronary care units.** Intensive Crit Care Nurs 1994;10:224-33. In Marco Landa L., Bermejillo Eguia I., Garayalde Fernandez de Pinedo N., Sarrate Adot I., Margall Coscojuela M.A., Asiaín Erro M.C. **Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.** Enferm Intensiva. 2000; 11. 107-17.
 19. Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., García Martul M., Eugenio Robaina P., Villanueva Ortiz A., **Necesidades de los familiares de pacientes**
-

- de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.** Med Intensiva. 2007; 31 (6): 273-80
20. Whitton S., I. L., Pittiglio, **Critical Care Open Visiting Hours.** Crit Care Nurs Q. 2011, 34 (4): 361-6.
21. Giannini A., **Open intensive care units: the case in favour.** Minerva Anestesiol. 2007, 73 (5): 299-305.
22. Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timisit H.F., Diaw F., Willems V., Tabah A., et al. **Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit.** Crit Care med 2008, 36 (1): 30-5.
23. Zaforteza Lallemand C., García Mozo A., Quintana Carbonero R., Sánchez Calvín C., Abadía Ortiz E., et. al. **Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿qué opinan los profesionales?** Enferm Intensiva. 2010; 21 (2): 52-7.

Anexo 3. Resumen de los artículos utilizados.

“Referencia 1. *Ayllón Garrido N, Montero Rus P., Acebes Fernández M.I., Sánchez Zugazua J., Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva. 2014; 142.*

Este artículo trata de hacer un análisis sobre la perspectiva de los profesionales acerca del establecimiento de un régimen de puertas abiertas en la UCI del hospital Txagorritxu.

Previo al cuestionario, el régimen de visitas era limitado, contando con 30 minutos a la mañana y otros 30 a la tarde pero debido a la constante necesidad de modificarlo se plantean abrir las puertas de la UCI, no sin antes conocer las opiniones de los profesionales.

Respecto a la metodología empleada, se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo mediante una encuesta basada en el modelo elaborado por Marco Landa et al. Consta de 3 apartados compuestos por 28 ítems que hacen referencia a los potenciales beneficios de la visita abierta tanto a los pacientes, a las familias como a las enfermeras. Los resultados se agrupan en respuestas positivas y negativas.

Uno de los datos que se puede destacar es que el 71% de los profesionales opina que el régimen de visitas abierto es beneficioso para el paciente pero a su vez, el 87% opina que es poco beneficioso para el personal de la UCI.

La mayoría de los encuestados concluyen en que sí que es factible modificar los horarios de visita actuales y ampliarlos si se considera beneficioso para el paciente, es decir, una flexibilización e individualización de los horarios.

Se trata de un cuestionario sencillo, que se cumplimenta de manera rápida por lo que la participación fue alta y los resultados están mostrados de una manera muy sencilla por lo que es útil de cara a conocer la línea que sigue todavía impidiendo un establecimiento de régimen de visitas sin restricciones.”

“Referencia 2. *Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de Cambio.*

Esta publicación propone un listado de aspectos que se consideran importantes a la hora de proponer una mejora organizativa con el fin de convertir las UCI en unos lugares más confortables y humanos.

Incluye como primer punto a destacar una propuesta de ampliación del horario de visitas, justificando sus beneficios y poniendo en manifiesto que no existe razón para que se restrinjan.

En segundo lugar hace referencia a las visitas infantiles, que tampoco determina ninguna necesidad de restricción, aunque si que destaca la importancia de un abordaje personalizado.

En tercer lugar se habla sobre la incorporación de la familia en los cuidados del paciente, ya que según se explica, esto puede tener un doble efecto positivo, para el cuidador y también para los profesionales sanitarios.

Finalmente, se trata el tema del diseño de la UCI, destacando la importancia del bienestar ambiental, refiriendo aspectos a cuidar como la luz natural, la intimidad en Unidades abiertas, los relojes, el ruido y la luz artificial.”

“Referencia 3. *La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.*

Este artículo intenta analizar los efectos que la visita flexible tiene en los familiares del paciente de UCI. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre los potenciales efectos de la visita abierta, se definieron los motores de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión de los artículos.

Como resultado, se consiguieron 15 publicaciones mostradas en una tabla dentro del artículo. Se concluye en que la visita flexible mejora la satisfacción familiar, reduce el estrés y la ansiedad de las familias, ayuda a satisfacer las necesidades familiares, tanto las cognitivas, emocionales, las sociales y las prácticas y contribuye a ejercer un rol en el cuidado del paciente.”

“Referencia 4. *Zaforteza Lallemand C., García Mozo A., Quintana Carbonero R., Sánchez Calvín C., Abadía Ortiz E., et. al. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales? Enferm Intensiva. 2010; 21 (2): 52-57.*

Este estudio realizado mediante encuesta abierta, muestra una investigación realizada en dos UCI, donde se estableció como objetivo conocer las aportaciones de los profesionales a la propuesta de cambio referente al horario de visita. La encuesta constaba de dos documentos, la propuesta de ampliación de los horarios y un resumen de la evidencia existente sobre sus beneficios.

Los resultados reflejan datos importantes a tener en cuenta como las barreras percibidas por los profesionales a la hora de establecer el régimen de visitas abierto; la estructura física, la vulneración de la intimidad del paciente, el posible perjuicio para la familia y los problemas para los profesionales.

Por lo cual, los profesionales se muestran reticentes a la apertura de la Unidad pero por el contrario admiten que los horarios de visita actuales puedan ser ampliados, teniendo en cuenta siempre el estado del paciente y de la Unidad.”

“Referencia 5. *Blanca Gutiérrez J.J., Blanco Alvariño A.M., Luque Pérez M., Ramírez Pérez M.A. Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enferm Global (Esp). 2008 Febrero; (12): 1-14.*

Esta revisión sistemática de estudios cualitativos muestra una recopilación de 21 estudios existentes referidos a percepciones y necesidades de los pacientes y familiares ingresados en una UCI Los resultados hacen referencia a las sensaciones traumáticas que supone para el paciente estar ingresado en UCI

Uno de los aspectos más destacados del estudio concluye en que tanto pacientes como familiares reclaman un sistema menos restrictivo de visitas. Quedó reflejada la importancia de permanecer juntos, así como que la información que obtenían era escasa y poco personalizada.

Se manifiesta por lo tanto una necesidad de la humanización de la atención prestada ya que se considera que la profesionalidad de los profesionales eclipsa según las percepciones de los familiares a un trato más cercano, individualizado y humano.”

“Referencia 6. *Santana Cabrera L., Sánchez Palacios M., Hernández Medina E., García Martul M., Eugenio Robaina P., Villanueva Ortiz A., Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med Intensiva. 2007; 31 (6): 273-80.*

Este estudio prospectivo y descriptivo realizado en la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria muestra una encuesta realizada a los familiares con el objetivo de comparar el grado de satisfacción de los familiares con la percepción de los profesionales sobre el entorno asistencial y la información recibida.

Con relación a la organización de visitas, ambos grupos consideran que el horario es adecuado y suficiente y están satisfechos de que puedan visitar a su familia un número de parientes ilimitado. Sin embargo, un porcentaje de familiares pidió más tiempo de permanencia. Además, quedó reflejado que muchas de las enfermeras piensan que la visita abierta es beneficiosa para ellos, pero por el contrario, agotadora psicológicamente para las profesionales.

Se establece como conclusión que la satisfacción del familiar queda por encima de la de los profesionales entrevistados y se detectan como necesidades de mejora adecuar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.”

“Referencia 7. *Arricivita Verdasco A., Cabrera Figueroa J., Arias Hernández M., Robayna Delgado M.C., Díaz Rodríguez L., Características de la organización de las visitas en las Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. Rev Enferm Cardiol (Esp). 2002; 1er cuatrimestre (25): 38-42.*

El siguiente estudio descriptivo transversal realizado durante el año 2001 en 22 Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad Autónoma de Canarias

Los objetivos descritos fueron favorecer la reflexión e los profesionales de enfermería respecto a la atención que se está dando a la familia y explorar aspectos concretos respecto a la organización de las visitas.

Se vio que la mayoría de las UCI en Canarias establecen dos periodos de visita al día y no se limita el número de visitas total pero si la duración y número de personas que entra en cada periodo de visita.

Por lo tanto, a pesar de que el sistema sanitario ha evolucionado hacia un aumento de la participación de la familia, la organización de visitas mantiene un modelo que no incorpora ni facilita esta filosofía en la práctica enfermera.”

“Referencia 8. *Da Silva Ramos F., Rego Lins Fumis R., Pontes Azevedo L.C., Schettino G., Perception of an open visitation policy by intensive care workers. Annals of Intensive Care 2013, 3 (34): 1-8.*

Este artículo muestra un estudio observacional y descriptivo realizado a los trabajadores de una UCI de Sao Paulo, Brasil donde ya tienen adoptado un régimen permisivo de visitas. En la plantilla de UCI está incluida la figura de un psicólogo. Se analizaron los resultados y queda de manifiesto que el impacto positivo del régimen abierto se centra en el paciente.

Sin embargo los beneficios respecto a la familia y los profesionales no consiguieron valoraciones tan explícitas.

“Referencia 9. *Lombardo V., Vinatier I., Bailot M.L., Franja V., Bourgeon-Ghittori I., Dray S., et. al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. Annals of Intensive Care. 2013, 3 (19): 1-8.*

Este artículo muestra un cuestionario realizado a los cuidadores respecto al confort de los pacientes ingresados en UCI, con el fin de buscar estrategias para su mejora.

El cuestionario fue realizado en países de habla Francesa y constaba de 52 preguntas cerradas. Participaron en el 915 miembros (de los cuales 55% fueron enfermeras), tanto en UCI pediátrica (28) cómo en UCI de adultos (264).

Se puede destacar que el 68% de las UCI estudiadas contaba con habitaciones individuales. Otro dato importante es que el 49% de las UCI tenían establecido un régimen de visitas de menos de 4 horas diarias mientras que el 64% de los encuestados refería que un horario permisivo sería esencial para el bienestar de los pacientes.

Por lo tanto, se concluye que las Unidades llevadas a estudio están pobremente adaptadas a promover el confort de los pacientes y según la encuesta, las principales fuentes de disconfort son la ansiedad, los problemas de sueño, y el ruido. Además, se identifica como fuente de ansiedad el hecho de que las visitas sean restringidas y se define como un futuro cambio a tener en cuenta.”

“**Referencia 10.** *Whitton S., I. L., Pittiglio, Critical Care Open Visiting Hours. Crit Care Nurs Q. 2011, 34 (4): 361-66.*

Esta publicación recopila los datos encontrados en 10 estudios empíricos realizados entre 2004 y 2011 que hacen referencia al régimen de visitas en UCI

Se muestra una clasificación de los resultados respecto a las percepciones de las enfermeras, las de los pacientes, las de los familiares y las implicaciones de las enfermeras.

Una de las principales resistencias a la apertura del régimen de las visitas son las impuestas por las creencias de las enfermeras ya que defienden que supone demasiado estrés psicológico para los pacientes, además de interferir en los cuidados directos y crear cansancio físico y psicológico añadido a familia y amigos.

Esta es una de las razones por las que persiste la cultura de puertas cerradas en las UCI Sin embargo, esta revisión demuestra que un régimen más permisivo de visitas incrementa la satisfacción familiar y hace que el paciente se sienta mejor.

A su vez, favorece la comunicación entre paciente, familia y plantilla de UCI Por ello, se alega la necesidad de individualizar los planes de cuidados de cada paciente, planteándose un nuevo reto a la hora de tener que valorar la adecuación de las visitas en cada caso particular.”

“**Referencia 11.** *Biancofiore G., Bindi L.M., Barsotti E., Menichini S., Baldini S., Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. Minerva Anesthesiol. 2010 February, 76 (2): 93-99.*

Este estudio multicéntrico descriptivo realizado en 25 Unidades de Cuidados Intensivos la región Italiana de la Toscana, tiene como objetivo conocer la opinión tanto de las enfermeras como de los psicólogos de UCI sobre el establecimiento de un régimen de visitas abierto. Al compararlas se pone de manifiesto que las enfermeras son más

escépticas a la hora de valorar los posibles efectos positivos que tiene un régimen de visitas permisivo.

Como posible limitación del estudio figura que ha sido realizado a nivel regional y no a nivel nacional, por lo que la representatividad del estudio puede verse limitada. Asimismo, la mayoría de las UCI incluidas en el estudio constan con un régimen de visitas restringido y queda de manifiesto que los profesionales implicados pueden verse condicionados a defender lo que actualmente poseen, y no verse abiertos al cambio.”

“Referencia 12. *Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timisit H.F., Diaw F., Willems V., Tabah A., et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care med 2008, 36 (1): 30-35.*

Se trata de un estudio de cohorte prospectivo y observacional realizado en una UCI médico-quirúrgica del hospital Saint Joseph de Paris. Tiene como objetivo analizar las percepciones de los trabajadores de UCI respecto a un régimen de visitas sin restricciones.

Las familias perciben como positivo el establecimiento de un régimen de visitas de 24 horas pero sin embargo existe un ligero desacuerdo entre los profesionales debido a las potenciales interrupciones en los cuidados prestados.”

“Referencia 13. *Eriksson T., Bergbom I., Visits to intensive care unit patients – frequency, duration and impact on outcome. Nursing in Critical care. 2007, 12 (1): 20-26.*

Se trata de un estudio prospectivo y observacional realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos en Suecia, con el fin de determinar la frecuencia y duración de las visitas de los seres queridos a los pacientes de UCI conectados a ventilación mecánica.

A su vez, se establece como objetivo investigar el efecto que tienen las visitas sobre la estancia y la supervivencia de los pacientes.

Se describió como seres queridos aquellas personas que el paciente definía como seres queridos, que en la mayoría de los casos fueron familiares; cónyuges en primer lugar y en segundo lugar los hijos.

Un 25% de los pacientes estudiados no recibió visitas durante su estancia en UCI mientras que un 75% si. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad y estancia en el hospital entre ambos grupos.

Se constata que el primer grupo se constituyó por personas mayores y con un diagnóstico de menor gravedad o estancia en UCI menos días.

Por lo tanto, además de que el estudio presenta limitaciones ya que la muestra de ambos grupos no es idéntica, puede concluirse que no existe evidencia que sugiera que los pacientes que no reciben visitas tengan peores resultados.”

“Referencia 14. *Giannini A., Open intensive care units: the case in favour. Minerva Anesthesiol. 2007, 73 (5): 299-306.*

Este artículo muestra una postura a favor de las visitas permisivas. Realiza una revisión de la bibliografía existente, para determinar y analizar las posibles causas que hacen que en Milán, Italia, las UCI en general y en particular las UCI pediátricas sigan constando con un régimen de visitas cerrado.

En primer lugar, queda puesto en discusión el hecho de que el establecimiento de visitas abiertas aumente el riesgo de infección ya que no existe evidencia que demuestre esto. (Se cita además que el uso de batas, calzas y guantes no tienen utilidad a la hora de prevenir las posibles infecciones traídas por los familiares)

En segundo lugar se trata el tema de que las visitas pueden interferir con el tratamiento o los cuidados al paciente, se acepta que pueda aminorar el ritmo de trabajo de los profesionales pero la evidencia demuestra que el nivel de cuidados no se ve afectado.

Lo mismo sucede con las creencias de que aumenta el estrés del paciente e incluso el de la familia, además de la violación de la privacidad del paciente, que no están sustentadas en ninguna evidencia.

Por lo tanto, se establece que las principales razones que apoyan que se mantenga una estructura cerrada en los regímenes de visitas en UCI pueden verse cuestionadas y por consiguiente, se ve necesaria una modificación de las normas actuales.”

“Referencia 15. *Sims M. J., Miracle A. V., A Look at Critical Care Visitation. The Case for Flexible Visitation. Crit Care Nurs. 2006 July/August, 25 (4): 175-181.*

Este artículo muestra que a pesar de los cambios en los últimos años en las recomendaciones sobre el régimen de visitas de las Unidades de Cuidados Intensivos, según una encuesta realizada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos de Adultos, solamente un 14% de las UCI constan de un régimen de visitas abierto.

Queda definido como “régimen de visitas flexible” aquel que la enfermera decide, pudiendo intercambiarse el término de “abierto” con “flexible”, ya que esto, será adaptado a cada caso.

Además, que el régimen de visitas sea permisivo no quiere decir que los familiares tengan que permanecer a todas horas, sino que pueden adaptar sus horarios y acudir en los momentos que les sean más convenientes.

Tras realizar una revisión de la literatura existente, se definen las barreras que pueden estar impidiendo que las UCI sigan cerrando sus puertas. Los motivos son los siguientes: El cansancio de los pacientes atribuido a las visitas, la posibilidad de que sea psicológicamente perjudicial pudiendo acelerar incluso el pulso y la tensión del paciente crítico, la posible interrupción de cuidados de enfermería y el cansancio que las visitas abiertas acarrea a los familiares.

Una vez establecidas las posibles barreras, se contrarrestan con los beneficios y estas quedan superadas.

Los beneficios objetivos y demostrados por los estudios referidos en este artículo se resumen en: Las visitas reducen la ansiedad del paciente, la satisfacción de los familiares se ve incrementada, se facilita la comunicación entre familia y personal, favorece el descanso del paciente, puede reducirse el riesgo de complicaciones cardiovasculares e incluso puede aumentar la satisfacción del personal de enfermería.”

“Referencia 16. *Livesay S., Mokracek M., Sebastian S., V. Hickey J., Nurses’ Perceptions of open Visiting Hours in Neuroscience Intensive Care Unit. J. Nurs Care Qual. 2005, 20 (2): 182-189.*

Este artículo muestra un cuestionario realizado a las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos de Neurología pertenecientes al Hospital Episcopal St Luke y con la colaboración de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas en Huston.

Se trata de una Unidad que tiene como norma un régimen de visitas abierto, excepto de las 6 AM a las 8AM y de las 6PM a las 8PM.

A pesar de que parece que la normativa es clara, queda de manifiesto en la encuesta realizada que cada enfermera interpreta de diferente manera esta política.

Esto hace que puedan ocasionarse conflictos, tanto a nivel del personal sanitario como entre estos y los familiares.”

“Referencia 17. *Ramsey P., Cathelyn J., Gugliotta B., Glenn L.L., Restricted Versus Open ICUs. Here’s a plan that meets visitors’ and nurses’ needs. Nursing management. 2000 Jan, 31 (1) 42-44.*

Este artículo muestra un estudio realizado antes y después de la instauración de un régimen de visitas abierto con el fin de establecer un vínculo entre las necesidades de las enfermeras y los familiares o seres queridos de los pacientes.

En general, ambos grupos quedaron satisfechos con el nuevo régimen de visitas, sin embargo, existe una disparidad, ya que tanto las enfermeras como los familiares demandan más tiempo con los pacientes.

Se hace referencia a que generalmente, las enfermeras de Cuidados Intensivos toman un papel de “porteras” decidiendo siempre teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Este control asignado indirectamente al grupo de enfermeras, puede verse contrapuesto al control que la familia quiere sentir respecto a su capacidad de decisión de visitar a sus seres queridos ingresados.

Las enfermeras expresan que las políticas establecidas sobre el régimen de visitas no deben ser cumplidas estrictamente y se aboga por un régimen de visitas individualizado que se adapte a las necesidades del paciente e incluso si es posible y necesario, a las de los familiares.”

Anexo 4. Planos de la Unidad.

Imagen 7. Plano de la UCI antigua.

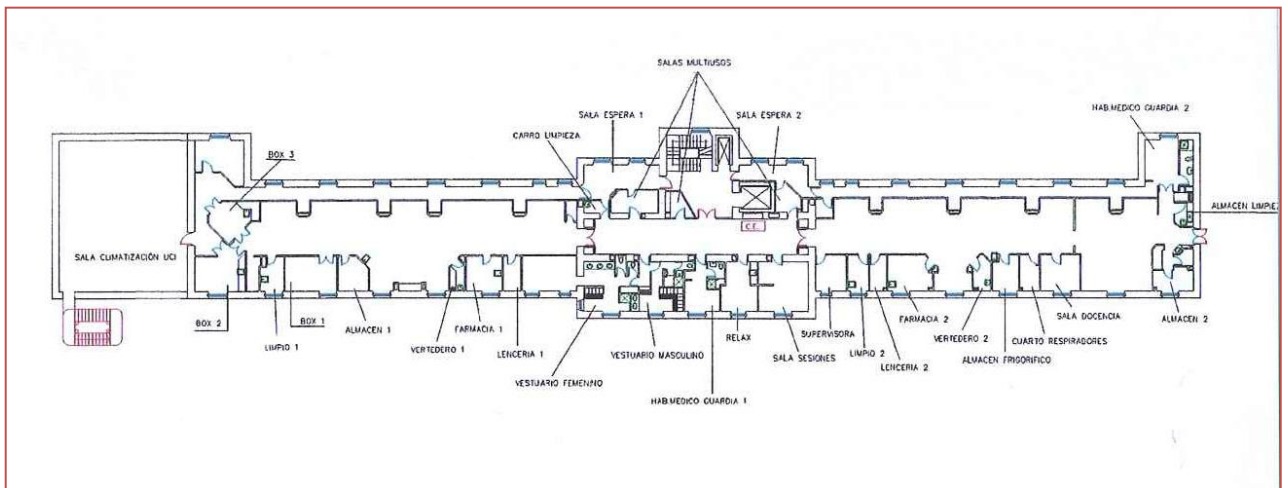
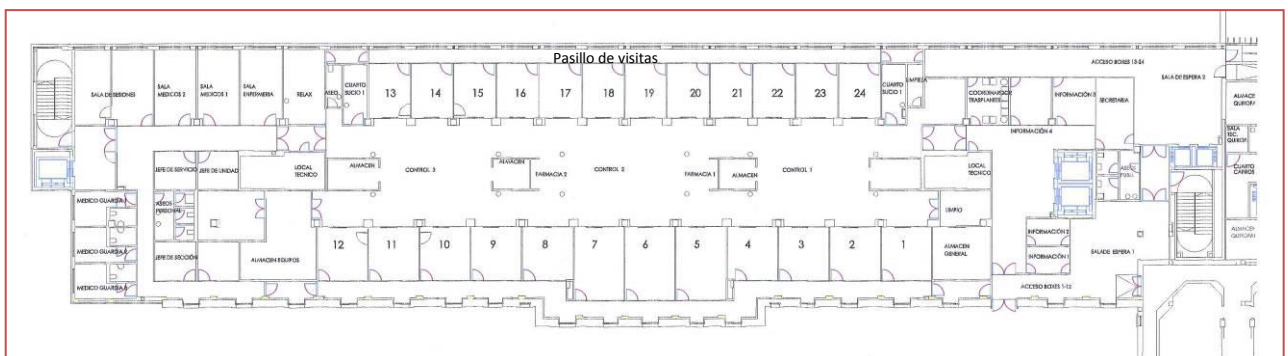


Imagen 8. Plano de la Nueva UCI.



Anexo 5. Cuestionario.**Cuestionario sobre las creencias del equipo de enfermería sobre los efectos de la visita abierta:****Datos socio-demográficos:**

- Puesto que desempeña en la UCI (DUE/TCAE)
- Edad / Sexo
- Años que lleva usted en el servicio
- Tipo de contrato (fijo/eventual)

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con su experiencia personal.

- (1) *Totalmente en desacuerdo.* (2) *En desacuerdo.* (3) *De acuerdo.* (4) *Totalmente de acuerdo.*

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente.	(1)	(2)	(3)	(4)
1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.				
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente.				
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente				
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.				
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.				
6. La presencia de la familia provoca un aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial.				
7. Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante.				
8. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.				
9. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente.				
10. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente.				

- (1) Totalmente en desacuerdo. (2) En desacuerdo. (3) De acuerdo. (4) Totalmente de acuerdo.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en la familia.				
	(1)	(2)	(3)	(4)
11. La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia.				
12. La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia.				
13. La visita abierta agota a la familia.				
14. La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.				
15. Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente.				
16. La visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.				
17. El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia.				

- (1) Totalmente en desacuerdo. (2) En desacuerdo. (3) De acuerdo. (4) Totalmente de acuerdo.

Creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en el equipo de enfermería y la Unidad.				
	(1)	(2)	(3)	(4)
18. La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente.				
19. Con la visita abierta, el equipo de enfermería obtiene de los familiares una información muy valiosa.				
20. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al equipo de enfermería.				
21. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.				
22. La presencia de la familia ayuda al equipo de enfermería en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.				
23. Con la visita abierta, el equipo de enfermería no se siente preparado para relacionarse con la familia.				
24. En la visita abierta el equipo de enfermería debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente.				
25. La visita abierta impide al equipo de enfermería manifestarse como es.				
26. La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de enfermería.				

Anexo 6. Tríptico.

<p>RECOMENDACIONES</p> <p>El proceso que su familiar puede alargar su estancia en esta unidad y es muy probable que su evolución sufra altibajos.</p> <p>Esta situación supone una gran carga emocional para usted, por eso es importante que se cuide y mantenga las mejores condiciones tanto físicas como emocionales.</p> <p>Para ello le ofrecemos algunas recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procure dormir y descansar en la medida de lo posible. Estar descansado facilita la asimilación y comprensión del proceso. - Probablemente pierda el apetito. No deje por ello de alimentarse con cosas ligeras y hacerlo manteniendo los horarios regulares de las comidas. - Tras unos días y si el ingreso se alarga, retome su vida cotidiana e integre las visitas a su familiar en su vida. Será difícil, pero intente continuar con el trabajo, con sus aficiones y sus amistades. Hable de sus sentimientos con las personas de confianza y permítase sentir ira, miedo, cansancio, culpa... - Si cree que necesita ayuda de otras personas o profesionales pídale. No somos más valientes por no hacerlo y no es bueno enfrentarse solo al estrés. - No oculte la situación de su familiar a otros familiares cercanos para intentar protegerles del dolor que les supondrá la noticia. Ellos tienen derecho a saberlo y a participar del sufrimiento que supone para la familia. Comparta su dolor con ellos. Hágales ver que llorar por alguien es sentir que le queremos y que es importante en nuestras vidas. <p>Su bienestar incidirá directamente en bienestar el de su familiar.</p>	<p>OTROS SERVICIOS</p> <p>Secretaría. Si precisa certificados de ingreso u otros informes puede pedirlos en la secretaría del servicio en horario de mañana de 8 a 19h.</p> <p>Trabajadora Social. Podrá solicitar información de este servicio en la planta baja en horario de mañana de 8 a 19h. Dependiendo del motivo de ingreso de su familiar, será la propia Trabajadora Social la que se pondrá en contacto con ustedes durante la visita.</p> <p>Servicio Religioso. Puede solicitarlo en cualquier momento a través de la enfermera.</p> <p>CONTACTOS DE INTERÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADACEN- Asociación de Daño Cerebral de Navarra. Tfno: 948176360 www.adacen.org - Asociación de Corazones Atendidos de Navarra. Tfno: 948269364 www.corazonestendidos.org - GOIZARGI- Asociación de Familiares y Amigos en Duelo www.asociaciongoizargi.org Tfno: 948363883 <p>Complejo Hospitalario de Navarra</p> <p>C/Julio Arizaga s/n 31008-PAMPLONA Tfno. 848-422221</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos - A Pabellón C- Tfno. 848-421443</p> 	<p>Información para familiares de pacientes</p> <p>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>Complejo Hospitalario De Navarra</p> 
---	---	---

<p>INTRODUCCION</p> <p>A su familiar acaban de ingresarlo en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos porque su estado de salud lo requiere.</p> <p>Nuestro equipo le aportará un tratamiento médico y unos cuidados de enfermería específicos para que supere la situación de crisis de salud que padece en este momento.</p> <p>Su familiar tendrá asignado un médico de referencia y a su vez será atendido por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios.</p> <p>A su alrededor habrá muchas máquinas. Todas tienen alarmas y sonidos distintos. No se preocupe si las oye sonar, nos avisan de sucesos que la mayoría de las veces no son importantes. La enfermera se encarga de valorarlas.</p> <p>Además tendrá también gran cantidad de cables, tubos y catéteres cuya función es facilitarle la respiración, la alimentación y administrar medicación.</p> <p>Su familiar necesita todos los aparatos y catéteres que lleva colocados en este momento. Son temporales y se irán retirando conforme a su evolución.</p> 	<p>INFORMACIÓN</p> <p>Todos los días después de la visita de la mañana, el médico responsable le informará de la evolución de su familiar. Si hubiera alguna urgencia médica se pondrán en contacto con ustedes por teléfono.</p> <p>Es conveniente que pregunten las dudas que tengan, que serán muchas. Intentaremos aclararlas todas, pero incluso para nosotros es difícil responder a algunas, como las relacionadas con el pronóstico y evolución.</p> <p>Durante la hora de visitas, la enfermera que cuide a su familiar en ese momento se presentará y estará a su disposición para lo que precisen.</p> <p>Si necesita interesarse por su familiar en otro momento, puede hacerlo por teléfono, sabiendo que la información que le daremos será exclusivamente la relacionada con el bienestar y confort de su familiar.</p> <p>Hay momentos en los que el personal está ocupado y no es posible atender el teléfono, por lo que le rogamos que evite las llamadas en el periodo de 8:00-10:00 de la mañana.</p>  <p>Su familiar tiene un gran equipo de profesionales trabajando en la búsqueda de los mejores resultados</p>	<p>VISITA AL PACIENTE</p> <p>Por las características del enfermo, se recomiendan las visitas de las personas más cercanas al paciente y en número reducido.</p> <p>Tenga en cuenta que el silencio y el orden benefician a su familiar, procure hablar en voz baja y desconectar el teléfono móvil.</p> <p>Si por algún motivo Ud. no pudiera acudir en el horario de visitas propuesto por la unidad se le intentará facilitar el acceso adaptado a sus necesidades.</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <p>El horario de visita familiar es: Mañanas de 15:00 a 19:30 Tardes de 19:30 a 20:00</p> </div> <p>Podrá ayudar más a su familiar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antes de entrar a verle considera que una situación crítica puede suponer una experiencia difícil en muchas ocasiones. Cuando se acerque puede y debe hablarle y tocarle, a veces estará muy dormido y no le responderá, pero el contacto de una mano familiar es muy positivo. Si está desanimado o desorientado, facilitarle algún objeto personal, fotos, dibujos o grabaciones resultará de gran ayuda. Algo tan sencillo como contarle cosas cotidianas le servirá para centrarse y hacerle participe de la vida familiar.
---	--	--

Anexo 7. Presentación sesión formativa.

“Abriendo las puertas de la U.C.I.”

Sesión formativa.

Dirigido al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Duración: 1 hora.

Horarios:

Lunes: 10:00-11:00
y 16:00-17:00

Martes: 10:00-11:00
y 16:00-17:00

Jueves: 10:00-11:00
y 16:00-17:00

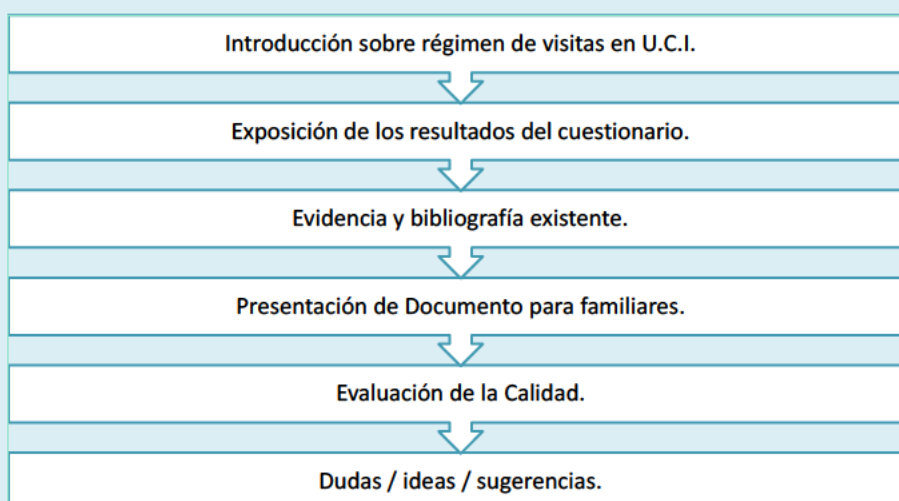
Lugar: Salón de Actos.

Conte

1. Introducción sobre régimen de visitas en U.C.I.
2. Exposición de los resultados del cuestionario.
3. Evidencia existente.
4. Presentación de Documento para familiares.
5. Evaluación de la calidad.

Exposición: Amaia Saralegui Gainza.

“Abriendo las puertas de la U.C.I.”



1. Introducción sobre régimen de visitas en

U.C.I.

- Situación general del régimen de visitas.
- Avances científico técnicos vs humanización.
- Unidad de Cuidados Intensivos A, constante adaptación de la norma.
- Nueva UCI: **OPORTUNIDAD**

2. Exposición de los resultados del cuestionario.

- Datos sobre el cuestionario de creencias (≠apartados)
- Resultados:
 - 102 / 105 participantes.
 - 2,79 / 4 a favor del establecimiento del régimen de visitas permisivo.
 - Hombres y personal con más antigüedad en la unidad presentó creencias más positivas.
 - Pregunta abierta:
 - Estructura actual- Intimidad
 - Individualización.
 - Interrupción de cuidados de enfermería.

3. Evidencia científica y bibliografía existente(I):

Título	Idea principal
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo y descriptivo. Los familiares pidieron más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admitieron los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.

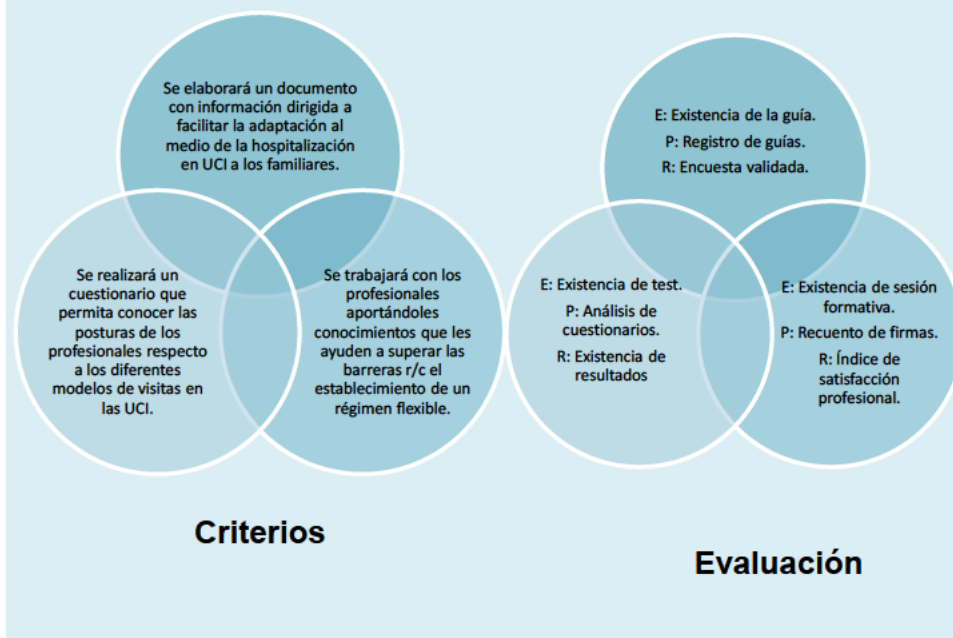
Título	Idea principal
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.
Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión sistemática estudios cualitativos.	Recopilación de 21 estudios cualitativos. Necesidad de humanizar la atención a los familiares, demandando un trato cercano, individualizado y humano.
Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional.	Estudio prospectivo y descriptivo. Los familiares pidieron más tiempo de permanencia en la visita y los profesionales admitieron los beneficios, pero refieren que agota a los profesionales.
Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.	Cuestionario para analizar la perspectiva de los profesionales.
Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio.	Plantea un cambio en el modelo actual de UCI con el fin de hacerlas más humanas.
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico.	La visita flexible mejora la satisfacción de los familiares, reduce la ansiedad, facilita satisfacer las necesidades propias familiares y el rol del cuidado.
Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares. ¿Qué opinan los profesionales?	Muestra barreras percibidas por los profesionales a la hora de flexibilizar el régimen de visitas.

4. Presentación del tríptico para familiares:

- La guía se entregará al ingreso en la Unidad.
- Apartados de la guía:
 - Introducción (qué es la UCI)
 - Información a los familiares.
 - Qué puede hacer para ayudar a su familiar.
 - Recomendaciones.
 - Otros servicios y contactos de interés.



5. Evaluación de la Calidad:



Planteamiento de dudas / ideas / sugerencias:



Anexo 8. Cuestionario para la evaluación de la satisfacción de familiares.

Imagen 9. Cuestionario de Necesidades de Pacientes.

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes, versión breve. (Harvey, 1993)²³
(Adaptado por Gómez, Ballester y Gil, 2011)

1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca

31

³¹ Gomez Martinez S., Ballester Arnal R., Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. An. Sist. Sanit. Navar. 2011, Vol. 34 (3) septiembre-diciembre.361.

