



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería

Curso Académico 2016-17

TRABAJO FIN DE MASTER

Evaluación del impacto de una política de visitas abierta en una
Unidad de Cuidados Intensivos

Evaluation of the impact of an open visitation policy in an Intensive
Care Unit

Autora: Ana Cristina Álvarez Hernández

Directora: Ana Carmen Lucha López

Co-Director: Pedro Bernad Pérez



Universidad
Zaragoza





Contenido

Resumen	3
Introducción	7
Antecedentes y marco teórico	8
<i>Necesidades del paciente y familia</i>	9
<i>Efectos positivos de un horario de visitas flexible</i>	9
<i>Situación actual de los horarios de visitas en UCI</i>	11
<i>Síndrome confusional agudo en UCI</i>	11
<i>Bioseguridad ambiental relacionada con las visitas</i>	12
Justificación	13
Cronograma	14
Objetivos	16
Hipótesis	17
Metodología	19
Diseño	19
Población de estudio	19
Fuentes y Recogida de información	20
Selección de variables	22
Aspectos éticos	23
Análisis estadístico de los datos	25
Resultados	27
Validación de los cuestionarios	27
Características de los pacientes ingresados y sus familias	31
Características de los profesionales	33
Resultados de los cuestionarios	34
Medidas farmacológicas y sujeciones mecánicas. Características de las muestras poblacionales	43
Contaminación ambiental microbiológica	51
Discusión	54
Conclusiones	58
Bibliografía	60
Anexos	68

Índice de tablas:

Tabla 1. Cronograma proyecto RVA	14
Tabla 2. Variables seleccionadas	22
Tabla 3. Evaluación de la fiabilidad del cuestionario para familiares	28
Tabla 4. Análisis factorial del cuestionario de familiares	29
Tabla 5. Método de extracción: Análisis de Componentes principales	29
Tabla 6. Características de los pacientes ingresados en la Uci del Hospital MAZ	32
Tabla 7. Características de los familiares de los pacientes ingresados en la Uci	33
Tabla 8. Características de los profesionales de Uci	34
Tabla 9. Respuestas de los familiares al cuestionario	35
Tabla 10. Tabla de contingencia. Participación en los cuidados según parentesco	35
Tabla 11. Participación en los cuidados según gravedad	35
Tabla 12. Respuestas de los profesionales al cuestionario	37
Tabla 13. Comparación de respuestas entre familias y profesionales.	37
Tabla 14. Tabla de comparación de medias del grupo de profesionales	40
Tabla 15. Respuestas de los profesionales por grupos de categoría profesional.	43
Tabla 16. Comparativa años 2013 a 2016	44
Tabla 17. Descripción de las características de los pacientes años 2013/2016	46
Tabla 18. Administración de neurolépticos (mgr/paciente/día) en el periodo 2013 a 2016	46
Tabla 19. Resultados de los cultivos microbiológicos	51

Índice de ilustraciones:

Ilustración 1. Tipo de ingreso por patología	31
Ilustración 2. Personas de referencia según parentesco. Porcentajes	33
Ilustración 3. Diferencia de medias entre grupos de población: profesionales y familiares	39
Ilustración 4. Descriptiva de las respuestas de los familiares	39
Ilustración 5. descriptivo de las respuestas de los profesionales	40
Ilustración 6. Ítem 11. Desearía que la familia participara de forma activa en los cuidados	40
Ilustración 7. Ítem 12. Modificaría el horario actual de visitas	40
Ilustración 8. Su trabajo sufre interrupciones $p < 0,05$	41
Ilustración 9. El RVA ha modificado su forma de trabajar $p < 0,05$	41
Ilustración 10. Ha tenido alguna formación en habilidades de comunicación $p < 0,05$	42
Ilustración 11. Evolución de ingresos y estancias de los años 2013 a 2016	44
Ilustración 12. Edad de los pacientes en los años 2013 a 2016	45
Ilustración 13. Gravedad de los pacientes según escala Nems (años 2013-2016)	46
Ilustración 14. Administración de Benzodicepinas: Midazolam	48
Ilustración 15. Administración de benzodicepinas en el periodo 2013 a 2016	48
Ilustración 16. Administración de neurolépticos: Risperidona. VM: Ventilación Mecánica	49
Ilustración 17. Administración de neurolépticos: Haloperidol. VM: Ventilación Mecánica	49
Ilustración 18. Consumo de sujeciones de inmovilización en el periodo 2013 a 2016	50
Ilustración 19. Resultado de cultivos microbiológicos positivos en el año 2014	51
Ilustración 20. Resultado de cultivos biológicos positivos en el año 2014	52
Ilustración 21. Flora de los cultivos negativos del año 2015	52



Resumen

Objetivo: Analizar las repercusiones que generó un régimen de visitas abierto (RVA) implementado en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Material: Estudio descriptivo transversal realizado en la UCI del Hospital MAZ de Zaragoza. La población de estudio incluyó a los familiares del paciente ingresado y a los profesionales que formaban parte del equipo de salud con un RVA. Se emplearon dos cuestionarios *ad hoc* validados para la recogida de datos y el análisis de los mismos se realizó con el programa estadístico SPSS. Se evaluaron también la contaminación ambiental microbiológica, el uso de medidas de contención mecánica y la administración de fármacos psicolépticos antes y después de la intervención.

Resultados: Participaron 212 familiares y 30 profesionales. La familia manifestó que la posibilidad de acceder a la unidad sin restricciones disminuía su ansiedad y su estrés en un 97%. La totalidad de los profesionales opinó que también disminuía la ansiedad y el estrés de los pacientes. El 85% de las familias consideraron que un RVA no les obligaba a permanecer más tiempo con el paciente y un 69% manifestó que su presencia no alteraba la organización de los cuidados. Los profesionales contestaron de forma afirmativa a esta pregunta con un 76,6%. El 90% valoraron que podía dificultar el descanso del paciente y en un 83,3% que interfería en su privacidad. En contraposición la familia consideró que podía influir en el descanso (48%), pero que nunca obstaculizaba su privacidad (65%). El 56% de las familias no querían tener la opción de participar en los cuidados. Los familiares que más interés mostraron en participar fueron las madres (62,5%) y las hijas (56,6%). Al 93,5% de los profesionales les gustaría que la familia tuviera más opción de participar en dichos cuidados. El 94% de las familias y el 93,6% de los profesionales mantendrían el horario actual de visitas. Un 67% de los profesionales consideraron que un RVA modificaba su forma de trabajar y que, aunque su trabajo podía sufrir interrupciones (87,1%) no interfería de forma negativa (90,3%), ni se sentían incómodos en presencia de la familia (61,3%). El 93% de las enfermeras y el 100% de las TCAE declaró no haber tenido ningún tipo de educación en comunicación, mientras que el 57,1% de los médicos si la había recibido en alguna ocasión. Todos estuvieron de acuerdo en que les gustaría recibir formación para mejorar sus habilidades sociales y de comunicación. En relación a la contaminación ambiental microbiológica, con un régimen de visitas restrictivo se obtuvieron un 92,2% de cultivos ambientales negativos y con el RVA el 100% fueron negativos. Respecto a las dosis administradas de fármacos psicolépticos y el uso de medidas de contención mecánica, ambas disminuyeron tras la intervención.

Conclusiones: Los principales efectos positivos derivados de un RVA son la mejora de la satisfacción, el aumento de confianza en el equipo de salud y la reducción de la ansiedad y del estrés tanto para familiares como para pacientes. La experiencia nos demuestra que una vez implementado el RVA, las respuestas de los profesionales con el tiempo son también percibidas de forma muy favorable. Existen diferencias de opinión

entre familias y profesionales en cuanto al descanso y la privacidad de los pacientes, así como en la organización de los cuidados, siendo más crítico el equipo de salud en estos aspectos. A los profesionales les gustaría que las familias colaboraran de forma activa en los cuidados, pero las familias se muestran más cautas en esta cuestión.

El acceso de familiares a la UCI de una manera más flexible, no favorece el aumento de la contaminación microbiológica ambiental.

Existe una tendencia a disminuir el uso de contenciones mecánicas y la utilización de fármacos potenciando la presencia de la familia como factor de protección en la prevención y el control de los pacientes con síndrome confusional agudo.

Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado del paciente crítico. A pesar de que el cambio es lento, se debe continuar y promover más iniciativas de este tipo en otras UCI. Destacamos como punto clave la formación específica del equipo de salud en el desarrollo de habilidades sociales que permita una correcta relación terapéutica con el paciente y su familia.

Palabras clave

Ansiedad, contaminación microbiológica, cuidados críticos, estrés, familias, síndrome confusional, visita abierta, visita flexible, UCI.

Abstrac

Objective: To analyze the repercussions generated by an open visit regime (AVR) implemented in an intensive care unit (ICU).

Material: Descriptive cross-sectional study performed at the ICU of the MAZ Hospital in Zaragoza. The study population included the relatives of the admitted patient and the professionals who were part of the health team with an AVR. Two validated ad hoc questionnaires were used for data collection and analysis was performed using the SPSS statistical program. Microbiological environmental contamination, the use of mechanical containment measures and administration of psycholeptic drugs before and after the intervention were also evaluated.

Results: 212 family members and 30 professionals participated. The family said that unrestricted access to the unit reduced their anxiety and stress by 97%. All of the professionals thought that it also reduced the anxiety and stress of patients. 85% of the families considered that an AVR did not oblige them to stay with the patient any longer and 69% stated that their presence did not alter the organization of care. Professionals answered yes to this question with 76.6%. Ninety percent (90%) felt that it could make it difficult for the patient to rest and 83.3% interfered with their privacy. In contrast, the family considered that it could influence the rest (48%), but that never hindered their privacy (65%). 56% of families did not want to have the option of participating in care. The relatives who showed interest in participating were mothers (62.5%) and daughters

(56.6%). 93.5% of professionals would like the family to have more choice to participate in such care. 94% of the families and 93.6% of the professionals would keep the current schedule of visits. 67% of the professionals considered that an RVA modified their way of working and that although their work could suffer interruptions (87.1%) did not interfere in a negative way (90.3%) nor did they feel uncomfortable in the presence of Family (61.3%). 93% of the nurses and 100% of the TCAE reported not having had any education in communication, while 57.1% of the doctors had received it on occasion. Everyone agreed that they would like to receive training to improve their communication skills. In relation to environmental microbiological contamination, with a restrictive visits regime, 92.2% of negative environmental cultures were obtained and 100% of the negative RVA were negative. With regard to the doses administered of psycholeptic drugs and the use of measures of mechanical containment, both decreased after the intervention.

Conclusions: The main positive effects of an AVR are improved satisfaction, increased confidence in the health team, and reduced anxiety and stress for both family members and patients. Experience shows that once the RVA is implemented, the professionals' responses over time are also perceived very favorably. There are differences of opinion between families and professionals regarding the rest and the privacy of the patients, as well as in the organization of the care, being more critical the health team in these aspects. Professionals would like families to collaborate actively in care, but families are more cautious on this issue.

The access of family members to the ICU in a more flexible way, does not favor the increase of environmental microbiological contamination.

There is a tendency to decrease the use of mechanical restraints and the use of drugs enhancing the presence of the family as a protection factor in the prevention and control of patients with acute confusional syndrome.

It is considered necessary to favor the gradual participation of the family in the care of critical patients. Although the change is slow, more initiatives of this type should be continued and promoted in other ICUs. We emphasize as a key point the specific training of the health team in the development of social skills that allows a correct therapeutic relationship with the patient and his family.

Key words

Anxiety, microbiological contamination, critical care, stress, families, confusional syndrome, open visit, flexible visit, ICU.



Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es aquella zona o unidad del centro hospitalario donde ingresan los enfermos de mayor gravedad y que requieren una vigilancia y una atención continua y específica. Son servicios en los que se emplea gran cantidad de tecnología debido a la complejidad de los procesos asistenciales y a las patologías de los pacientes críticos. Cuanto más se tecnifican los cuidados, más riesgo existe de hacer mecánicas e impersonales las relaciones con las personas, pero esta tecnificación no debería constituir una barrera para que el enfermo y su familia reciban un cuidado holístico y humanizado. La humanización de la asistencia sanitaria es especialmente vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad. Junto a la calidad científico técnica, tiene que existir una atención que cuide las emociones de las personas, que tenga en cuenta el entorno y las condiciones sociales y que valore las necesidades, deseos e inquietudes del paciente y su familia. Como dijo Bermejo *“Quien humaniza es el ser humano, quien deshumaniza es el ser humano, no la tecnología”*⁽¹⁾ Ya en el siglo pasado, el clínico alemán Ernst Von Leyden aseguraba que *“el primer acto de un tratamiento es dar la mano al paciente”*.

La política de visitas en la UCI supone una cuestión polémica en muchas ocasiones, ya que a pesar de que la mayoría de la literatura apoya los beneficios de un modelo de visitas flexible y abierto⁽²⁻¹²⁾, la realidad es que casi la totalidad de ellas integran un horario rígido y restringido para la entrada de los familiares y su participación en los cuidados. Tradicionalmente se ha asumido que el lugar de las familias se encuentra fuera de la unidad, posiblemente debido al desconocimiento de los factores positivos que los seres queridos pueden aportar sobre el estado del paciente y la creencia de que puedan suponer un factor estresante, negativo o incluso que pueda aumentar el riesgo de infecciones en el paciente crítico⁽¹³⁾.

Los primeros profesionales, dentro del equipo de salud, que mostraron interés por las necesidades de los familiares del paciente crítico fueron las enfermeras. En el año 1979 la enfermera americana Nancy Molter⁽¹⁴⁾ elaboró una lista de las preocupaciones y necesidades de las familias identificando, entre otras, el deseo de mantenerse cerca de su ser querido⁽¹⁵⁾.

Como manifiestan G. Heras y C. Zaforteza, *“la tecnificación ha relegado a un segundo plano a la persona”*⁽¹⁰⁾. La gravedad del paciente, los avances tecnológicos y la complejidad de los tratamientos, hace que el esfuerzo asistencial se centre en el proceso patológico y queden en un segundo plano las necesidades psicológicas, afectivas y sociales del paciente, así como la atención a los familiares.

Según Da Silva y cols. se considera Régimen de Visita Abierta (RVA) el *“régimen que permite el acceso de la familia las 24 horas con o sin restricción del número de familiares”*⁽¹⁶⁾.

El modelo de visitas flexible facilita a los familiares la posibilidad de acceder a la unidad en cualquier momento del día, permaneciendo el tiempo que deseen y

posibilitando la entrada de más de un familiar simultáneamente de forma organizada. Esto permite que los miembros de la familia puedan compaginar el tiempo de visita con el resto de sus actividades y obligaciones cotidianas, así como permanecer el periodo de tiempo de forma individualizada con su persona querida.

Antecedentes y marco teórico

A pesar de las evidencias, se siguen manteniendo políticas de visitas cerradas y restrictivas en la mayoría de los países, únicamente Suecia sigue una política flexible y aperturista en el 70% de las UCI. Estas limitaciones están fundamentalmente basadas en creencias o costumbres de los profesionales y no en argumentos confirmados por la literatura científica.

El ingreso de un paciente en una UCI supone la desconexión de éste con su entorno y somete a la familia a un proceso traumático, en un entorno hostil y poco agradable. Los miembros de la familia clasifican como muy importante la posibilidad de permanecer cerca de su familiar⁽¹⁷⁾. Por todo ello, en los últimos años están surgiendo en todo el mundo numerosas publicaciones y grupos de trabajo científicos que aconsejan la necesidad de un cambio de estas políticas de visitas tan extendidas y que, al parecer, no son las más adecuadas. La literatura considera prioritaria en UCI una adecuada comunicación con la familia, tanto verbal como no verbal, ya que el desarrollo de la tecnología ha significado un progreso para la obtención y el mantenimiento de la salud de los pacientes, pero también ha supuesto una barrera en las relaciones interpersonales. Además, las cargas de trabajo excesivo y la preocupación por el desarrollo de las técnicas, en ocasiones, pueden desplazar la necesidad de establecer relaciones interpersonales efectivas tanto con el paciente como con su entorno familiar⁽¹⁸⁾.

La comunicación efectiva es esencial para la interacción que se genera en las relaciones interpersonales⁽¹⁹⁾. Las enfermeras Hildegard Peplau, Joyce Travelbee e Imogene King coinciden en que la comunicación es una pieza esencial en las relaciones interpersonales para proporcionar cuidados más humanos y mejorar el bienestar de los pacientes y sus seres queridos⁽¹⁸⁾. Peplau, al igual que numerosos psicólogos, afirma que cuando las personas enfermamos o nos sentimos vulnerables, recordamos la infancia buscando la figura familiar protectora, por lo que es natural que los enfermos quieran tener cerca a su familia⁽²⁰⁾.

Los modelos de enfermería revisados, ponen de manifiesto que un cuidado humanizado debe estar basado en las relaciones interpersonales, no solo entre enfermera-paciente, sino que también se han de tener en cuenta el entorno social y familiar del paciente⁽²¹⁾.

Necesidades del paciente y familia

Según Wright y Bell, la familia es “*un grupo de individuos ligados por fuertes lazos emocionales*”⁽²²⁾. Con esta definición se amplía el concepto de familia y se entiende como tal a cualquier persona con la que el paciente tenga una relación significativa, independientemente de si hay o no consanguinidad.

Los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, de la Asociación Americana de Psiquiatría, califican la hospitalización en una UCI como un estresor traumático, ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte⁽²³⁾. El ingreso de un ser querido en la UCI, produce una alteración de la estructura familiar a la que pertenece, puede producir trastornos como ansiedad, depresión, culpa, desesperación, miedo y desorganizar la vida cotidiana del resto de miembros⁽²⁴⁾. Las primeras 36 horas tras el ingreso, son percibidas por la familia como las más angustiantes. Cuanto mayor es la gravedad del enfermo, más grande es el deseo de visitarlo y la necesidad de información y seguridad. Los familiares no son visitas, son una extensión del paciente y, por tanto, experimentan el proceso de la enfermedad a la vez que ellos. Las familias manifiestan que una de sus principales necesidades es pasar más tiempo con el paciente, y demandan regímenes de visitas adaptados a sus circunstancias^(25,26). La atención a las familias no conlleva solo una simple actuación más, implica una modificación en la filosofía y forma de trabajo del equipo asistencia⁽²⁷⁾.

Hay que destacar que los cuidados son el eje del trabajo de la enfermera y que, al hablar de cuidados, resulta impensable separar al individuo de su contexto más inmediato, la familia. Los cuidados suministrados deben constituir un proceso heurístico, encaminado a utilizar los recursos humanos y del entorno, con la finalidad de promover y favorecer el cuidado de la persona que permanece en interacción continua con su entorno. Como expresa Kérouac “*La gestión de los cuidados está orientada hacia la persona: cliente y familia.*”⁽²⁸⁾

Delgado y cols.⁽²⁹⁾ aseguran que el primer paso para cambiar una práctica es la toma de conciencia de que existen otras alternativas más útiles y más respetuosas con la integridad del ser humano. Como Einstein dijo “*Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo*”.

Efectos positivos de un horario de visitas flexible

Recientemente est n apareciendo numerosos artículos en revistas científicas y publicaciones médicas que insisten en la necesidad de cambiar la política restringida de visitas en UCI⁽³⁰⁻³³⁾. Estas recomendaciones vienen avaladas por la evidencia a través de estudios que muestran efectos positivos en el paciente, la familia y el equipo asistencia⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Así se ha comprobado que una flexibilidad en la visita de los familiares, no solo no incrementa las complicaciones sépticas^(2,5,13), sino que podría reducir los riesgos cardiovasculares^(13,37,38), que no interfiere de forma negativa en las constantes hemodinámicas^(39,40), o que mejora el control del perfil hormonal de estrés. Disminuye la ansiedad, la inseguridad y el temor⁽¹³⁾, tanto de pacientes como de familias. Algunos estudios apuntan a que la presencia familiar puede favorecer el destete de la ventilación mecánica, propicia mejores resultados en pacientes comatosos con lesión neurológica⁽³⁾, está asociada a una disminución en las cifras de Presión Intracraneal (PIC)^(38,41) y no producen cambios en las variables hemodinámicas de los pacientes sedados y conectados a ventilación mecánica⁽⁴²⁾.

El estudio para el proyecto *Transforming Healthcare* describió como se redujeron las caídas de pacientes en un 35% y las lesiones por caídas en un 62% con la presencia de un familiar⁽⁸⁾.

Además, para muchos pacientes mayores, la hospitalización se asocia con una reducción de la función cognitiva y la familia es más consciente de cualquier cambio en esta función que el personal del hospital, por lo tanto son un recurso muy valioso durante la hospitalización⁽⁴³⁾. Existe también constancia de que disminuye la incidencia de delirio demostrando su superioridad frente a fármacos⁽⁷⁾.

Respecto a la dimensión social se favorece una adecuada relación de las familias con el equipo de salud, lo que promueve una mayor comunicación e interacción, permite la planificación de un cuidado más individualizado para las personas críticamente enfermas⁽⁴⁴⁾ e incrementa la satisfacción laboral de los profesionales debido a la retroalimentación positiva por parte de los familiares^(45,46).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su preocupación por la seguridad de los pacientes, recomienda incluir a los familiares en la atención de calidad⁽⁴⁷⁾. Muchas otras sociedades científicas, como la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), se han sumado a esta iniciativa y abogan por una UCI más flexible y abierta con relación a las visitas. Incluso existe un Memorándum emitido desde la Casa Blanca que hace referencia a la importancia de las familias en los hospitales e insta a las instituciones sanitarias a promover este tipo de propuestas⁽⁴⁸⁾. En la guía realizada en España por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en 2010 sobre las UCI, se recomienda el régimen de “visita abierta” en el que se contempla que permanezcan uno o dos familiares al mismo tiempo, pero el mayor número de horas posibles⁽⁴⁹⁾.

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria realizado por la comunidad de Madrid en el año 2017⁽⁵⁰⁾, marca como línea estratégica la implementación de un horario flexible en más de un 70-80% de las UCI al final del 2019, así como la retirada de barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos individualizados en los que estén indicados.

Situación actual de los horarios de visitas en UCI

En la bibliografía internacional se encuentra reflejada una amplia diversidad en las políticas de visitas de las UCI. El porcentaje más alto de UCI abiertas 24 horas, se registra en Suecia (70%) sin establecer ningún tipo de restricción, mientras que Grecia presenta la tasa más baja (6%)⁽⁵¹⁾. En Estados Unidos el 44% de las UCI tienen horarios de visita abierto⁽⁵³⁾, en Francia un 23%⁽⁵³⁾, en Italia un 8%⁽⁵⁴⁾, en el Reino Unido⁽⁹⁾ un 20% y en Irán un 9,9%⁽⁵⁵⁾.

En nuestro país, en el año 2015, a través de un cuestionario enviado a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y difundido por el blog Proyecto HU-CI, se constató que un 3,8% de las UCI tienen horario abierto 24 horas y un 9,8% horario abierto diurno. La mayoría de las unidades (67,7%) permiten solo 2 visitas al día⁽⁵⁶⁾. Los tiempos de visita más frecuentes son 30 min (40,6%) y 60min (45,1%), situación muy similar a la que ya existía en el año 2005⁽⁵⁷⁾ y que apenas ha evolucionado en una década, a pesar de los beneficios que nos indica la evidencia científica.

Síndrome confusional agudo en UCI

El síndrome confusional agudo (SCA) se caracteriza por una alteración transitoria del estado mental, su comienzo es agudo y puede durar varios días. Se trata de una patología fundamentalmente prevenible, por lo que es vital identificar las causas que lo pueden producir. El alto grado de especialización y procedimientos hace que la UCI se considere una zona generadora de estrés, lo que se relaciona con la aparición de SCA en los pacientes críticos. Puede afectar al 15-35% de los pacientes durante un ingreso hospitalario, lo presentan entre el 25-53% de los ancianos operados y en torno a un 83% de los ingresados en la UCI^(58,59).

Los profesionales de enfermería de las UCI se encuentran en una posición destacada para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del SCA. Numerosos estudios destacan su labor, especialmente para la aplicación de las medidas no farmacológicas^(60,61).

El SCA se previene o mejora si se ofrecen estímulos sensoriales que ayuden a la orientación, tanto por parte de enfermería como de los familiares. Existe evidencia que revela que la presencia de los familiares disminuye el riesgo de aparición del SCA, considerándose la mejor intervención por encima del uso de fármacos^(7,59).

Una vez instaurado el cuadro, el abordaje terapéutico para el control de la agitación psicomotriz, puede realizarse por medio de la contención farmacológica y la contención física (inmovilización), aunque debería evitarse siempre que fuera posible, si no representa un riesgo para sí mismo y con un protocolo de seguridad establecido. La utilización de psicofármacos debe evaluar siempre la relación riesgo/beneficio. Los

fármacos más usados para controlar la fase aguda de su aparición son los psicodélicos, entre ellos el haloperidol, la risperidona y las benzodiacepinas.

Bioseguridad ambiental relacionada con las visitas

Según los estándares microbiológicos de calidad ambiental⁽⁶²⁾, el aire en el interior de los hospitales es un aspecto fundamental a tener en cuenta. La contaminación del aire en las áreas de riesgo hospitalarias es un problema potencial, derivado de la posibilidad de que los contaminantes sean transportados y temporalmente depositados sobre las superficies, los materiales o los pacientes. En este contexto tiene una extraordinaria importancia tratar adecuadamente el aire de estos entornos y realizar una monitorización periódica del ambiente. Según la Norma UNE 171340-2012⁽⁶³⁾ de validación y cualificación de salas en hospitales, los boxes de UCI son salas de ambiente controlado y cuentan con estructuras e instalaciones específicas para controlar la biocontaminación y los parámetros ambientales adecuados (temperatura, humedad, recambios y filtros de aire, etc.).

El concepto de ambiente controlado implica la adopción de una serie de mecanismos que nos permiten garantizar la calidad interior del aire y corregir sus desviaciones cuando estas se producen. Para comprobar la calidad del aire y verificar la bioseguridad ambiental, se realizan en las UCI, una serie de toma muestras que determinan la posible presencia de microorganismos en el ambiente. Los métodos de muestreo pueden ser dos:

- **Estáticos:** Sedimentación pasiva. Consiste en dejar placas de cultivo abiertas en las zonas de elección, durante un tiempo determinado, esperando que se depositen sobre ellas los microorganismos suspendidos en el aire. Es el método más elemental.
- **Volumétricos:** método de primera elección, recomendado por la Norma UNE 171340. El aparato muestreador aspira un volumen de aire determinado a través de una rejilla, impactándolo contra un medio de cultivo específico para diferentes cepas.

En función de las exigencias con respecto a la presencia de gérmenes en el aire impulsado y en el ambiente, las zonas del hospitalarias se dividen en dos tipos, siendo consideradas las UCI como locales de clase II o riesgo intermedio⁽⁶²⁾.

Los estándares recomendados para la validación de áreas de ambiente controlado en locales de clase II son los siguientes:

- **Niveles límites para hongos en ambientes controlados:**
Nivel blanco: 0 Unidades Formadoras de Colonias (UFC) /m³
- **Niveles límites para resto de flora bacteriana en ambientes controlados.**
Nivel blanco: ≤ 100 UFC/m³

Un aspecto controvertido de las visitas es el tema de la contaminación microbiológica. En la década de los 60, cuando se establecieron las UCI, existía gran preocupación acerca de la propagación de enfermedades transmisibles en los pacientes críticos. Hoy en día tenemos suficiente evidencia que confirma que la liberalización del horario de visitas no aumenta las complicaciones sépticas y que las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria dependen, en mayor medida, de las actuaciones del personal sanitario y no tanto de la presencia de las familias en las UCI⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾.

Justificación

Debido a que la evidencia científica disponible promueve un cambio a favor de un sistema abierto y flexible de visitas y la participación de las familias en el proceso de cuidados, en la UCI del Hospital MAZ de Zaragoza se decidió desarrollar un Proyecto de Cambio de la Política de Visitas, como plan de mejora continua.

La familia es un pilar fundamental en el proceso de enfermedad de los pacientes, sus necesidades y participación no nos son ajenas, por lo que creemos que debería ser también receptora de los cuidados de enfermería. En nuestra unidad hace ya tiempo que estamos comprometidos con la humanización de los cuidados, permitiendo que los pacientes, en la medida que su estado y situación lo permita, dispongan de medios para favorecer su tiempo de ocio (hilo musical individual, TV en los boxes, uso de telefonía móvil o dispositivos electrónicos, etc.). Se eliminaron las medidas de barrera innecesarias para los familiares y se adaptaron los horarios de información según las necesidades de la familia. En este sentido creímos que debíamos dar un paso más, por ello, a finales del año 2014, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para ampliar los horarios de visitas en nuestra UCI. Se decidió llevarlo a cabo de forma gradual, incidiendo mucho en la formación e información al personal implicado y en la comunicación con la familia.

La implementación definitiva se llevó a cabo en enero del año 2015, permitiendo que las personas de referencia elegidas por el paciente, pudieran entrar en la unidad con horarios más flexibles, conciliando la situación de ingreso con el resto de su vida cotidiana.

Actualmente y tras dos años de experiencia (Fase I, ver en cronograma), queremos evaluar las implicaciones que ha supuesto el cambio, tanto para los familiares como para los profesionales. Apenas hay estudios que evalúen de forma paralela las opiniones de familias y profesionales, de hecho, en nuestra comunidad autónoma somos la primera UCI en aplicar esta iniciativa.

Cronograma

Tabla 1. Cronograma proyecto RVA

Proyecto de cambio de la Política de Visitas en la UCI del Hospital MAZ				
Fase I			Fase II	Fase III
Nov/Dic.2014	Enero/Abril 2015	Mayo 2015/16	Septiembre 2016	Feb./Junio 2017
Revisión bibliográfica y lectura de artículos	Implementación del proyecto en la UCI. Periodo de adaptación.	Evaluación del periodo de adaptación	Nuevo proyecto: conocer el impacto de la implementación de la nueva política de visitas	Validación del cuestionario.
Puesta en común. Reuniones sucesivas. Análisis DAFO		Reevaluación del procedimiento		Trabajo de campo: recopilación de datos, análisis de resultados y conclusiones.
Desarrollo de un protocolo de actuación		Detección de necesidades	Revisión bibliografía. Formularios validados.	Comunicación en Jornadas de Calidad Hospitalaria en H.U. Miguel Servet.
Presentación del proyecto provisional		Desarrollo acciones de mejora	Diseño del instrumento de investigación: Desarrollo de la encuesta para familiares y profesionales. Selección variables	Presentación poster en congreso de SEEIUC
Presentación en la unidad				TMF Junio



Objetivos

- Principal:
 - Analizar las repercusiones que un régimen de visitas abierto (RVA) ocasiona en pacientes, familias y equipo sanitario.
- Secundarios:
 - Evaluar las características psicométricas de los cuestionarios utilizados.
 - Determinar si el horario de visita abierto disminuye el estrés y aporta más confianza y satisfacción a la familia.
 - Cotejar las opiniones de las familias y profesionales sobre si la presencia de las familias afecta a la organización de los cuidados, al descanso y a la privacidad del paciente.
 - Comparar el criterio de las familias y los profesionales con relación a la participación en los cuidados.
 - Evaluar si la presencia de la familia disminuye el uso de medidas de contención mecánica o influye en los fármacos psicolépticos administrados a los pacientes.
 - Contrastar la contaminación ambiental microbiológica obtenida en un régimen de visitas restrictivo y en otro abierto.
 - Mostrar si las familias y profesionales prefieren mantener un horario de visitas abierto.

Hipótesis

1. Tanto las familias como los profesionales están de acuerdo en los efectos beneficiosos que aporta un RVA con relación al estrés y la ansiedad percibidos.
2. El RVA interfiere de forma negativa en el descanso y privacidad de los pacientes.
3. Los cuidados proporcionados al paciente se ven alterados o interrumpidos por un RVA.
4. Las familias desean participar de forma activa en los cuidados de los pacientes.
5. El familiar que más interés tiene en participar en los cuidados son las hijas de los pacientes ingresados.
6. Las familias y profesionales prefieren mantener un RVA.
7. El acceso de las familias de forma más flexible aumenta la contaminación microbiológica ambiental.
8. La utilización de barreras de contención mecánica disminuye y la administración de medidas farmacológicas se atenúa con la presencia familiar.
9. Las familias y los profesionales del equipo de salud prefieren mantener una política flexible de visitas.



Metodología

Diseño

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en la UCI del Hospital MAZ de Zaragoza, desde enero del año 2015 a mayo del 2016.

Contexto geográfico y temporal

Nuestra unidad dispone de 7 camas, con boxes individualizados, de superficies comprendidas entre 15 y 20 m², luz natural en la mayoría de ellos, con puerta acristalada que se acciona de forma automática. Todos ellos poseen sistema de renovación de aire (según norma UNE 100713:2005⁽⁶⁷⁾, de manera que no se intercambia el aire entre las distintas zonas asistenciales.

La UCI está dividida en tres zonas (área asistencial, de servicios y médica) y dispone de doble circuito para personal y para familiares. Se trata de una UCI polivalente que da cobertura a pacientes críticos adultos y con una ratio enfermera paciente de 1:2.

Actualmente el horario de visita es de 11 a 21h, modificable según las necesidades de las familias y se permite la presencia continuada de hasta dos personas a la vez dentro del mismo box, pudiendo intercambiarse con libertad con otros miembros de la familia. Los familiares, si lo desean, pueden participar en los cuidados del paciente guiados por el equipo de enfermería. La familia no se coloca ninguna indumentaria como medida de aislamiento, a excepción de aquellos casos específicos que así lo precisen. Sí realizan un lavado de manos con solución hidroalcohólica a la entrada y salida de la unidad.

En el momento del ingreso se entrega a la familia un documento informativo sobre las normas de la unidad y modo de contacto, siguiendo el protocolo de atención a familiares y se designa a la persona de referencia que actuará como interlocutor habitual. En caso de que el paciente, debido a su estado, no pueda designar a ninguna persona, se considera a los familiares más directos.

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por dos grupos:

1. Familiar del paciente ingresado en la UCI del Hospital MAZ con el nuevo horario ya implementado. La técnica utilizada para la selección de la muestra fue muestreo consecutivo no probabilístico. La población de estudio de familiares estuvo constituida por la totalidad de los familiares de pacientes ingresados en la UCI durante el periodo comprendido desde enero del 2015 a mayo del 2016 y

que cumplieran los criterios de inclusión establecidos. Se incluyeron criterios de inclusión análogos a los encontrados en otros estudios similares al nuestro⁽¹⁶⁾.

Criterios de inclusión:

- Ingreso hospitalario de al menos 48 horas.
 - Ser uno de los interlocutores habituales.
 - Mayoría de edad.
 - Idioma castellano.
 - Acceder a participar voluntariamente en el estudio.
2. Profesionales del equipo de salud: médicos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)

Criterios de inclusión:

- Formar parte del equipo de trabajo en el momento del estudio.
- Antigüedad en la unidad de al menos 6 meses.
- Participación voluntaria en el estudio.

Fuentes y Recogida de información

Cuestionarios para evaluar las opiniones de familias y profesionales.

No fue posible localizar, en la bibliografía consultada, ningún instrumento validado para conocer y comparar la opinión de los profesionales y las familias respecto al tema de estudio, por lo que fue preciso confeccionar un cuestionario *ad hoc* basado en modelos anteriores⁽⁶⁸⁾. Se desarrollaron dos cuestionarios, uno que exploraba las opiniones de los familiares del paciente ingresado en la UCI del Hospital MAZ y otro destinado a conocer las opiniones de los profesionales sanitarios que trabajaban en la unidad: médicos, enfermeras y TCAE.

1. Cuestionario para profesionales. Anexo 1.

Se trataba de un cuestionario autoadministrado que recogía datos sociodemográficos (categoría profesional, edad y experiencia en UCI) y 24 ítems divididos de la siguiente manera:

- Seis ítems con posibles respuestas numéricas del 1 al 10, siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 el máximo valor.
- Trece ítems con respuesta en formato Likert: nunca, alguna vez, frecuentemente, siempre.
- Cinco ítems con respuesta dicotómica (sí /no).

Se entregó a todo el personal que cumplía los criterios de inclusión, junto con un documento de información y consentimiento. Se realizó en un periodo de estabilidad laboral, fuera de época vacacional con la finalidad de captar al máximo personal posible y se estableció un periodo de un mes para el reparto y recogida de los cuestionarios. Se recaló la voluntariedad y anonimato, así como la posibilidad de retirarse del estudio en

cualquier momento. Los cuestionarios contestados y colocados dentro de un sobre cerrado, se depositaron en una bandeja destinada a tal fin. Posteriormente uno de los investigadores se encargó de recoger los cuestionarios, evaluarlos y analizar sus resultados.

2. Cuestionario para familias. Anexo 2.

Se trataba del mismo cuestionario anterior, para poder comparar resultados, pero reducido a 12 ítems, ya que se eliminaron los que hacían referencia a la dinámica de trabajo de los profesionales. Este cuestionario recogía datos sociodemográficos del paciente y su familiar: sexo, edad, grado de parentesco, Nems medio (Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score) como predictor de gravedad, días de estancia, tipo de ingreso, tipo de patología codificado según CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) y destino del paciente al alta de la unidad.

El cuestionario dirigido a las familias se realizó vía telefónica. Se intentaba el contacto telefónico hasta en dos ocasiones. Al interlocutor habitual se le informaba del proyecto de investigación y se garantizaba su completo anonimato codificando los cuestionarios.

Medidas farmacológicas y de contención mecánica

Por un lado, se solicitó al departamento de compras y logística el consumo de sujeciones mecánicas (muñequeras) del periodo comprendido entre los años 2013 y 2016. Por otra parte, se elaboró un listado de fármacos psicolépticos, con las dosis administradas por paciente/día, en el mismo período para tener una muestra más representativa.

Las dosis administradas de fármacos psicolépticos se obtuvieron a través de la prescripción electrónica del sistema clínico informático usado en la unidad (Metavision®). Los fármacos estudiados fueron:

- Neurolépticos (acción antipsicótica): Risperidona y Haloperidol.
- Benzodiacepinas (actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, ansiolíticos, hipnóticos y amnésicos): Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Lormetazepam y Midazolam.

En los años 2013/14 se mantenía una política de visitas restrictiva y en 2015/16 un horario abierto. No hubo ningún cambio significativo en la forma de trabajo o praxis clínica de la unidad, ni en el personal sanitario en ambos periodos. No se implementaron otras medidas de mejora que pudieran influir en los resultados obtenidos.

Controles de bioseguridad ambiental

La contaminación ambiental microbiológica se evaluó a través de los resultados de las muestras bacteriológicas tomadas de forma periódica en la unidad a lo largo del año 2014, cuando la UCI todavía tenía un horario restringido, y durante el año 2015, ya

con el horario flexible implementado. El método de obtención de muestras fue el estático hasta el año 2014 y el volumétrico a partir del enero del año 2015 (método de primera elección, recomendado por la Norma UNE 171340). Las placas de Petri utilizadas para el muestreador fueron de Agar Chocolate como medio de cultivo para detectar bacterias y placas de Petri de Sabouraud Dextrosa Agar para crecimiento de hongos y levaduras. La periodicidad de recogida fue mensual y se realizaron en 9 puntos de muestreo: zonas comunes (zona de carga y control de enfermería) y en cada uno de los siete boxes. En cada procedimiento de muestreo se aspiraron unos 180 ml de aire durante 2 minutos y se realizó siempre por la misma enfermera de la unidad. Las muestras se trasladaron al departamento de análisis clínicos para su estudio.

Selección de variables

Tabla 2. Variables seleccionadas

Variables de los cuestionarios					
Familias		Profesionales		Comunes	
Días de estancia	cuantitativa continua	Categoría profesional	cualitativa nominal	Edad	cuantitativa continua
Nems medio				Sexo	cualitativa dicotómica
Parentesco	cualitativa nominal	Experiencia en UCI	cuantitativa continua	Ansiedad	cualitativa ordinal
Destino al alta				Descanso	
Tipo de ingreso (CIE10)		Formación	cualitativa nominal	Privacidad	
Tipo de patología (CIE10)				Organización	
			Participación		

Bioseguridad ambiental

Muestras bacteriológicas

Fármacos Psicolepticos

Risperidona

Haloperidol

Alprazolam

Midazolam

Diazepam

Lorazepam

Lormetazepam

Medidas de contención mecánica

Consumo de muñequeras

Aspectos éticos

Este estudio ha sido autorizado por el Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital MAZ, por Dirección Médica y Dirección de Enfermería. También cuenta con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA): CI PI17/0070. Anexo 3.

Las personas que accedieron a participar en el estudio lo realizaron de forma totalmente voluntaria, firmando el consentimiento informado por parte de los profesionales y autorizando telefónicamente a la entrevista por los familiares. En ambos casos se les garantizó la confidencialidad de sus datos personales y se les ofreció la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo deseaban.

Los participantes del estudio tienen acceso en todo momento al contenido del trabajo, y pueden ponerse en contacto con el equipo investigador siempre que lo deseen. Los datos obtenidos son tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁽⁶⁹⁾.



Análisis estadístico de los datos

Una vez cumplimentados los cuestionarios y obtenidas el resto de las variables, los datos fueron tratados con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 21, para dar respuesta a las hipótesis planteadas. Los cálculos estadísticos fueron considerados significativos con un nivel crítico observado inferior al 5% ($p < 0,05$).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio para obtener la percepción global de la política de visitas tanto en familiares como en profesionales. Las variables cualitativas fueron tratadas mediante porcentajes asociados y las variables cuantitativas a través de la media \pm desviación estándar.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis bivariante para las comparaciones entre los profesionales y las familias sobre una política de visitas de 24 horas. Se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y la prueba de hipótesis de Chi cuadrado.

Para las comparaciones entre médicos, enfermeras y TCAE sobre las opiniones de un RVA, se aplicó la prueba no paramétrica de Anova de 1 vía de Kruskal-Wallis. La comparación entre las medias farmacológicas administradas durante cuatro años se realizó utilizando Anova de un factor con los análisis post-hoc de Tukey.



Resultados

Validación de los cuestionarios

Dado que los cuestionarios utilizados fueron creados *ad hoc*, se planteó la oportunidad de validar y evaluar sus propiedades psicométricas, valorando su grado de consistencia como instrumento de medida y su adecuación al objeto de la medición.

- 1. Viabilidad:** ambos cuestionarios (familias y profesionales) se desarrollaron a partir de un cuestionario previo⁽⁶⁸⁾ que se tradujo del inglés al castellano, realizando las adaptaciones culturales pertinentes. Se modificaron y añadieron algunos ítems. Todos los miembros del equipo investigador participaron como grupo de expertos en su desarrollo. El tiempo aproximado para la realización del cuestionario de los profesionales fue de unos 10 minutos. Se estima que para la entrevista telefónica se empleó un tiempo aproximado de unos 15 minutos. Con el fin de disminuir la variabilidad de los entrevistadores se desarrolló un guion por los investigadores del grupo de trabajo para la entrevista telefónica.
- 2. Fiabilidad:** Evaluamos la consistencia interna, es decir, el grado en que los dos cuestionarios medían con precisión y sin error. Se determinó el alfa de Cronbach para verificar si los ítems presentan homogeneidad entre ellos.
 - *Cuestionario para los familiares:* Realizando el análisis de fiabilidad de todo el cuestionario, obtenemos un Alfa de Cronbach de 0,67 para los 12 elementos. No encontramos ninguno correlacionado de forma inversa y aunque existen algunos de menor correlación, van todos en la misma dirección.

Tabla 3. Evaluación de la fiabilidad del cuestionario para familiares

Cuestionario para familiares			
	Ítems	Correlación	Alfa de Cronbach sin ítem
P1	Ayuda a la recuperación del paciente	0,6	0,6
P2	Contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente	0,5	0,6
P3	Disminuye la ansiedad y estrés de la familia	0,5	0,6
P4	Aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI	0,7	0,6
P5	Aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado	0,7	0,6
P6	Permite a la familia obtener más información acerca del paciente	0,6	0,6
P7	Dificulta el descanso del paciente	0,2	0,7
P8	Interfiere en la privacidad del paciente	0,3	0,7
P9	Obliga a la familia a estar más tiempo con el paciente	0,2	0,7
P10	Altera la organización de los cuidados que debe recibir el paciente	0,2	0,7
P11	Le gustaría tener la opción de colaborar en los cuidados del paciente	0,1	0,7
P12	Modificaría el horario actual de visitas	0,1	0,7

Podríamos alcanzar valores mayores si elimináramos algún ítem, por ejemplo, sin la pregunta 10 obtendríamos un Alfa de 0,69, pero se decidió dejar tal y como estaban por la relevancia clínica que nos indicaban sus respuestas. El valor total del Alfa de Cronbach en la escala indica una aceptable correlación y nivel de estabilidad en las respuestas, por lo que el cuestionario presenta indicios de garantías de fiabilidad.

- *Cuestionario para los profesionales:* Realizando el análisis de fiabilidad de todo el cuestionario, obtenemos un Alfa de Cronbach de 0,63 para los 24 ítems y ninguno está correlacionado de forma inversa. A pesar de tener una puntuación inferior al anterior cuestionario, podemos utilizarlo como herramienta fiable para conocer las opiniones de los profesionales con relación al nuevo horario de visitas.

3. Validez:

Después de confirmar que los cuestionarios eran precisos para las mediciones, comprobamos su validez, es decir, si medían realmente lo que decían medir. Además, mediante el estudio factorial averiguamos que existía una estructura dimensional en el cuestionario de las familias e identificamos sus factores subyacentes.

- *Cuestionario para los familiares:*

Tabla 4. Análisis factorial del cuestionario de familiares

Prueba KMO		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,8
Prueba de esfericidad de Bartlett	Sig.	0

El KMO es bueno (0,8), el resultado es significativo para la prueba de esfericidad de Bartlett ($p=0,00$), con lo cual, es adecuado realizar el análisis factorial y confirma que hay correlaciones entre las variables. A manera de conclusión, el procedimiento de análisis de factores aplica para este estudio. Se han extraído tres factores subyacentes o dimensiones, mayores de 1, que explican un 60% de la varianza. Si quisiéramos obtener un 81% de varianza total explicada necesitaríamos, al menos 6.

Tabla 5. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Análisis factorial: extracción de factores subyacentes				
Ítems	Autovalores iniciales		Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza acumulado	Total	% acumulado
P1	4,1	33,7	4,1	33,7
P2	1,9	49,8	1,9	49,8
P3	1,2	59,2	1,1	59,2
P4	0,9	67,2		
P5	0,9	75,0		
P6	0,7	81,2		
P7	0,7	86,9		
P8	0,5	91,3		
P9	0,3	94,1		
P10	0,3	96,7		
P11	0,2	98,7		
P12	0,2	100,0		

El análisis de las características psicométricas de la escala manifestó que poseía una adecuada consistencia interna, así como una estructura factorial que se podía dividir en tres dimensiones: percepción de la ansiedad y el estrés (Alfa 0,9), estructura organizativa (Alfa 0,7) y participación de las familias (Alfa 0,5).



- *Cuestionario para los profesionales*: el resultado no es significativo para la prueba de esfericidad de Barlett, por lo que el procedimiento de análisis de factores no aplica para el estudio, es decir, no es necesario establecer dimensiones dentro de este cuestionario.

Características de los pacientes ingresados y sus familias

Se obtuvo una muestra de 212 familias que cumplimentaron el cuestionario, lo que supuso una participación del 93% (212/227). A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el presente estudio:

- **Pacientes:** La edad media de los pacientes fue de 61,7 años (DS: 17,45), el 60,8% de los pacientes eran hombres y la estancia en UCI fue de 7,6 días (DS: 3,72). Según la evolución el 84,9% fueron dados de alta, un 5,7% fallecieron y el resto fueron trasladados a otros centros hospitalarios. El Nems medio fue de 25,47 (DS: 7,6) lo que indica un nivel medio de gravedad. Con relación al tipo de ingreso, según codificación CIE10, un 76,4% fueron de origen médico y el resto quirúrgico (Ilustración1). El tipo de patología más frecuente fue la cardiocirculatoria (42,9%), seguida de la traumatológica (20,8%).

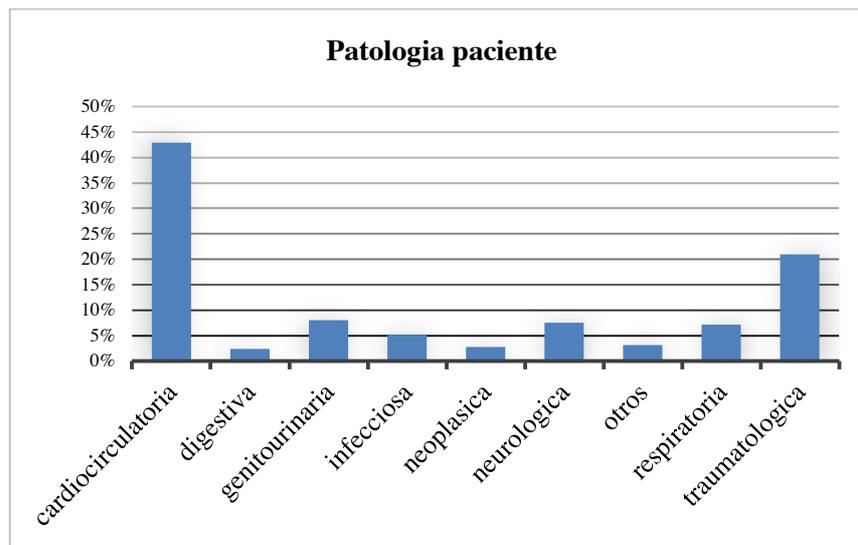


Ilustración 1. Tipo de ingreso por patología

En la tabla 6 se representan las características sociodemográficas de la muestra de los pacientes de UCI:

Tabla 6. Características de los pacientes ingresados en la Uci del Hospital MAZ

<i>Características de los pacientes</i>	
<i>Variable</i>	<i>N=212</i>
<i>Edad del paciente (años), media (min, máx.)</i>	61,73 (19-95)
<i>Sexo (n%)</i>	
<i>Masculino</i>	129 (60,8%)
<i>Femenino</i>	83 (39,2 %)
<i>NEMS medio, media ± DS</i>	25,47 ± 7,6
<i>Días de estancia, media ± DS</i>	7,6 ± 3,72
<i>Evolución (n%)</i>	
<i>Alta</i>	180 (84,9%)
<i>Exitus</i>	12 (5,7%)
<i>Traslado</i>	20 (9,4%)
<i>Tipo de ingreso (n%)</i>	
<i>Patología médica</i>	162 (76,4%)
<i>Patología quirúrgica</i>	50 (23,6%)
<i>Tipo de patología (n%)</i>	
<i>Cardiocirculatoria</i>	91 (42,9%)
<i>Digestiva</i>	5 (2,4%)
<i>Genitourinaria</i>	17 (8,0%)
<i>Infeciosa</i>	11 (5,2%)
<i>Muscular</i>	1 (0,5%)
<i>Neoplásica</i>	6 (2,8%)
<i>Neurológica</i>	16 (7,5%)
<i>Otros</i>	3 (1,4%)
<i>Procedimiento</i>	3 (1,4%)
<i>Respiratorio</i>	15 (7,1%)
<i>Traumatológica</i>	44 (20,8%)

DS: Desviación Estándar; NEMS (Nine equivalents of nursing manpower use score)

- **Familias:** Del conjunto de familiares entrevistados el 74,1% fueron mujeres, la edad media de los familiares encuestados fue de 58,5 años (DS 5,2). La persona de referencia principalmente fue la pareja (47,6%), seguida por los hijos con un 38,2% (Ilustración 2). En la tabla 7 se representan las características sociodemográficas de la muestra de los familiares:

Tabla 7. Características de los familiares de los pacientes ingresados en la Uci

Características de los familiares	
<i>Variable</i>	N=212
Edad del familiar (años), media (DS)	58,5(5,2)
Sexo (n%)	
Masculino	55 (25,9%)
Femenino	157 (74,1%)
Parentesco (n%)	
Hijos	81 (38,2%)
Padres	20 (9,4%)
Pareja	101 (47,6%)
Otros	10 (4,7%)

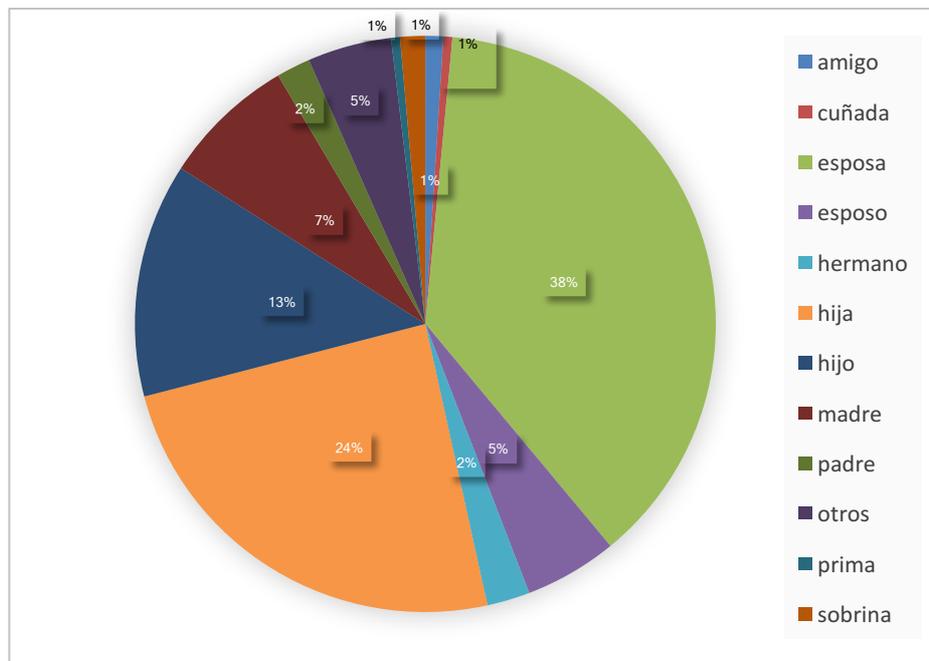


Ilustración 2. Personas de referencia según parentesco. Porcentajes

Características de los profesionales

El recurso humano de nuestra unidad está formado por facultativos, enfermeras y TCAE, en total 30 profesionales que componen el equipo sanitario. Se obtuvo un 100% de cumplimentación de los cuestionarios. La edad media de los encuestados fue de 42,5 (DS13) años. Del total de profesionales un 83,3 % eran mujeres y el 54,8% tenía más de

10 años de experiencia profesional. En la tabla 8 se presentan las características sociodemográficas de la muestra de profesionales de UCI.

Tabla 8. Características de los profesionales de Uci

Características de los profesionales de Uci	
Variable	N=30
Edad (años), media (DS)	42,53 (13)
Sexo (n%)	
Masculino	5 (16,6%)
Femenino	25 (83,3%)
Categoría profesional (n%)	
Medico	7 (22,6%)
Enfermera	15 (48,4%)
Auxiliar	8 (25,8%)
Años de experiencia (n%)	
<10 años	13 (41,9%)
>10 años	17 (54,8%)

Resultados de los cuestionarios

Con el fin de simplificar, unificar y poder comparar los datos con otros estudios, las respuestas de los ítems 1 a 6 fueron recodificados con el programa estadístico SPSS a una escala del 1 al 4 (nunca, alguna vez, frecuentemente y siempre). Las dos últimas preguntas también fueron recodificadas quedando como dicotómicas (si/no).

- **Familiares:** en la tabla 9 se muestran los datos obtenidos en las respuestas al cuestionario por parte de las familias. El 75% de las familias opinaba que su presencia ayudaba a la recuperación del paciente, un 97,2% manifestaba que, frecuentemente o siempre, disminuía la ansiedad y el estrés de las familias y en un 97,6% el de los pacientes. En torno a un 80% pensaba que un horario de visitas más flexible aumentaba la confianza y la satisfacción en el equipo de salud y les permitía obtener más información sobre el estado de su familiar enfermo. Un 48% de las familias consideraba que su presencia, alguna vez, dificultaba el descanso del paciente, pero que nunca interfería en su privacidad (65%). El 85% opinaba que el hecho de tener una UCI con horarios flexibles, no les obligaba a permanecer más tiempo con el paciente. El 69% opinaba que el RVA nunca alteraba la organización de los cuidados prestados por los profesionales. Como podemos observar en la tabla, al 56% de las familias no les gustaría participar en los cuidados y el 94% mantendría el horario actual.

Tabla 9. Respuestas de los familiares al cuestionario

Opiniones de los familiares sobre el RVA n=212					
Ítems		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
1	Ayuda a la recuperación del paciente	1(0,5%)	12(5,7%)	39(18,4%)	160(75,5%)
2	Contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente	-	8(3,8%)	27(12,7%)	177(83,5%)
3	Disminuye la ansiedad y estrés de la familia	-	6(2,8%)	26(12,3%)	180(84,9%)
4	Aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI	-	11(5,2%)	34(16%)	167(78,8%)
5	Aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado	1(0,5%)	7(3,3%)	35(16,5%)	169(79,7%)
6	Permite a la familia obtener más información	-	11(5,2%)	40(18,9%)	161(75,9%)
7	Dificulta el descanso del paciente	103(48,6%)	104(48,6%)	4(1,9%)	1(0,5%)
8	Interfiere en la privacidad del paciente	138(65,1%)	67(31,6%)	6(2,8%)	1(0,5%)
9	Obliga a la familia a estar más tiempo con el paciente	182(85,8%)	19(9%)	10(4,7%)	1(0,5%)
10	Altera la organización de los cuidados	147(69,3%)	61(28,8%)	4(1,9%)	-
		SI		NO	
11	Le gustaría colaborar en los cuidados del paciente	93(43,9%)		119(56,1%)	
12	Modificaría el horario actual de visitas	12(5,7%)		200(94,3%)	

Respecto a la cuestión de si les gustaría participar en los cuidados (Ítem 11), teniendo en cuenta las respuestas afirmativas, se identificó al familiar que más querría participar en los cuidados, según el tipo de parentesco. Aplicando la prueba de Kruskal Wallis para k muestras, obtuvimos que no existían diferencias significativas ($p=0,1$) según el parentesco que los unía al paciente. Consultando la tabla de contingencia, los familiares que más interés mostraron en participar en los cuidados fueron las madres (62,5%) y las hijas (56,6%). La esposa no quería participar en un 62,4% de los casos.

Tabla 10. Tabla de contingencia. Participación en los cuidados según parentesco

Participación en los cuidados según parentesco								
P11. ¿Desearía participar en los cuidados?	Esposa	Esposo	Hija	Hijo	Madre	Padre	Otros	Total
NO	53(62,4%)	8(50%)	23(43,4%)	18(64,3%)	6(37,5%)	2(50%)	7(70%)	119 (56,1%)
SI	32(37,6%)	8(50%)	30(56,6%)	10(35,7%)	10(62,5%)	2(50%)	3(30%)	93(43,9%)

También se analizó la asociación de la gravedad del paciente (Nems) con el deseo de querer participar en los cuidados (P11). No hubo diferencias significativas ($p=0,3$) en este aspecto. El porcentaje mayor de familias que si querrían participar se encontraba entre los pacientes de mayor gravedad (53,8%). Tabla 11.

Tabla 11. Participación en los cuidados según gravedad

Participación en los cuidados según gravedad N=212		
P11. Le gustaría colaborar más en los cuidados	NO n(%)	SI n(%)
Leve	66(55,9%)	52(44,1%)
Moderado	45 (55,6%)	36(44,4%)
Grave	6(46,2%)	7(53,8%)

Gravedad según Nems: leve<19/ moderada 19-30/ grave>30⁽⁷⁰⁾

- Profesionales:** En la tabla 12 podemos observar las opiniones de los profesionales con relación al horario de visitas flexible. Los resultados expusieron que la posibilidad de entrar a la unidad con un RVA, frecuentemente o siempre, disminuía la ansiedad y el estrés del paciente (100%) y de las familias (93,3%). En general la opinión fue que aumentaba la confianza y la satisfacción de la familia con el equipo de salud y que les permitía obtener más informaron acerca del estado de salud de su familiar. Los profesionales creen que la presencia de la familia, alguna vez puede dificultar el descanso del paciente (90%) e interfiere en su privacidad (83,3%). En ocasiones puede alterar la organización de los cuidados prestados por el personal sanitario (76,7%), podría retrasar alguna prueba (80,6%) o cambia la forma de trabajo de algunos profesionales (67%) pero, a pesar de que consideran que su trabajo sufre muchas modificaciones con este horario (87,1%) aseguran que no interfiere de forma negativa (90,3%), ni se sienten incomodos al explorar al paciente o prestar sus cuidados en presencia de la familia (61,3%). A un 93,5% de los profesionales les gustaría que la familia tuviera opción de colaborar en los cuidados del paciente. Si ellos mismos estuvieran ingresados o tuvieran algún familiar en una UCI, la totalidad de los profesionales desearían que los horarios fueran flexibles (100%).

Un 63,3% cree que el horario debería ser individualizado en caso de conflicto o si el paciente lo precisa y que debería de adaptarse en casos especiales como son las situaciones terminales (56,7%).

El 93,6% no modificaría el horario actual de visitas. Respecto al tema educativo, el 84% manifestó que no había recibido ningún tipo de formación sobre comunicación o habilidades sociales, pero a la totalidad del personal le gustaría recibirla (100%).

Tabla 12. Respuestas de los profesionales al cuestionario

Opiniones de los profesionales sobre el RVA n=30					
	Ítems	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
1	Ayuda a la recuperación del paciente	-	2(6,7%)	17(56,7%)	11(36,7%)
2	Contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente	-	-	8(26,7%)	22(73,3%)
3	Disminuye la ansiedad y estrés de la familia	-	1(3,2%)	6(20%)	23(76,6%)
4	Aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI	-	-	12(38,7%)	18(58,1%)
5	Aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado	-	-	11(36,7%)	19(63,3%)
6	Permite a la familia obtener más información	-	-	8(25,8%)	22(71%)
7	Dificulta el descanso del paciente	3(10%)	27(90%)	-	-
8	Interfiere en la privacidad del paciente	4(13,3%)	25(83,3%)	1(3,3%)	-
9	Obliga a la familia a estar más tiempo	14(6,7%)	19(33,3%)	6(20%)	-
10	Altera la organización de los cuidados	7(23,3%)	23(76,7%)	-	-
		<i>SI</i>		<i>NO</i>	
11	Le gustaría que la familia pudiera colaborar más en los cuidados del paciente	28(93,5%)		2(6,5%)	
12	Modificaría el horario actual de visitas	2(6,4%)		28(93,6%)	
		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Siempre
13	Su trabajo sufre muchas modificaciones con este horario	2(6,5%)	27(87,1%)	1(3,2%)	-
14	Interfiere negativamente en su trabajo "a pie de cama"	28(90,3%)	1(3,2%)	1(3,2%)	-
15	Considera que provoca el retraso de pruebas	5(16,1%)	25(80,6%)	-	-
16	Se siente incómodo al examinar a un paciente en presencia de su familia	19(61,3%)	11(35,5%)	-	-
17	Se siente incómodo por la presencia de la familia	20(64,5%)	10(32,3%)	-	-
18	Ha cambiado su forma de trabajar	9(29%)	21(67,7%)	-	-
19	Las familias adquieren más responsabilidad en los cuidados	16(51,6%)	14(45,2%)	-	-
20	El horario debería ser individualizado en caso de conflicto o si el paciente lo precisa	-	7(23%)	4(13,3%)	19(63,3%)
21	El horario debería ser adaptado en casos especiales (situaciones terminales)	1(3,3%)	5(16,7%)	7(23,3%)	17(56,7%)
		<i>SI</i>		<i>NO</i>	
22	Si tuviera que ingresar en una UCI, ¿preferiría unos horarios de visita abiertos?	30(100%)		-	
23	Ha tenido algún tipo de formación sobre comunicación	5(16%)		25(84%)	
24	Le gustaría recibir formación para mejorar sus habilidades de comunicación	30(100%)		-	

· **Comparativa entre el grupo de profesionales y las familias:**

Para analizar y comparar el resultado de la encuesta por poblaciones, familias y profesionales, se asignaron a las respuestas de cada uno de los ítems la siguiente numeración:

- Nunca: 1 punto
- Alguna vez: 2 puntos
- Frecuentemente: 3 puntos
- Siempre: 4 puntos

Tabla 13. Comparación de respuestas entre familias y profesionales.

Comparación de respuestas entre familias y profesionales				
Ítems		Familiares	Profesionales	p
1	Ayuda a la recuperación del paciente	3,7±0,5	3,3±0,5	0,00
2	Contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente	3,8±0,4	3,7±0,4	0,22
3	Disminuye la ansiedad y estrés de la familia	3,8±0,4	3,7±0,2	0,26
4	Aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI	3,7±0,4	3,6±0,4	0,04
5	Aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado	3,8±0,5	3,6±0,4	0,06
6	Permite a la familia obtener más información	3,7±0,5	3,7±0,4	0,80
7	Dificulta el descanso del paciente	1,5±0,5	1,9±0,3	0,00
8	Interfiere en la privacidad del paciente	1,4±0,5	1,9±0,4	0,00
9	Obliga a la familia a estar más tiempo	1,2±0,5	1,7±0,7	0,00
10	Altera la organización de los cuidados	1,3±0,5	1,7±0,4	0,00
<i>Dicotómicas: NO (1 punto), SI (2 puntos)</i>				
11	Le gustaría participar más en los cuidados	1,4±0,4	1,9±0,3	0,00
12	Modificaría el horario actual de visitas	1,1±0,5	1,1±0,4	0,8

Los resultados se representaron con la media \pm la desviación estándar. Para la estadística inferencial utilizamos la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, de esta forma evaluamos las posibles diferencias entre las opiniones de los familiares y los profesionales con respecto a cada ítem. En la tabla 13 podemos observar la comparación de las opiniones acerca de la política de visitas entre los dos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 7 de las 12 afirmaciones del cuestionario. Siendo estas: Un RVA ayuda a la recuperación del paciente, aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI, dificulta el

descanso del paciente, interfiere en la privacidad del paciente, obliga a la familia a estar más tiempo con el paciente, impide o altera la organización de los cuidados que debe recibir el paciente y, por último, le gustaría tener la opción de colaborar más en los cuidados del paciente. Todas las diferencias encontradas fueron significativas con una $p < 0,05$ para un intervalo de confianza del 95%. Ilustración 3

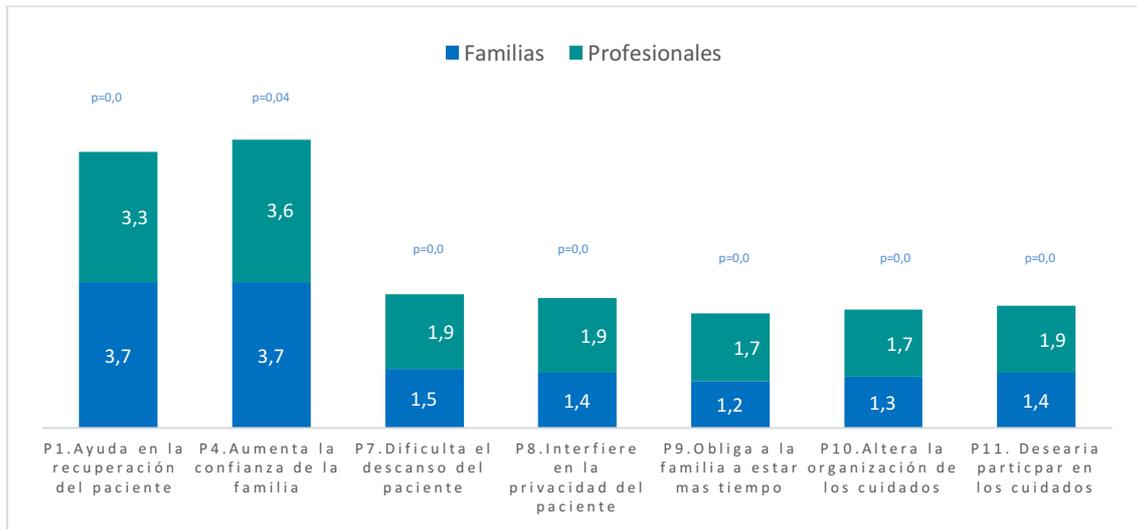


Ilustración 3. Diferencia de medias entre grupos de población: profesionales y familiares

Ambos grupos se mostraron de acuerdo, con muy buenas puntuaciones, en que un RVA siempre disminuía el estrés y la ansiedad tanto de los pacientes como de las familias. Las familias evaluaron más favorablemente que su presencia ayudaba a la recuperación del paciente ($p=0,0$) y que aumentaba su confianza en el equipo de salud ($p=0,04$). Sobre el descanso ($p=0,0$) y la privacidad ($p=0,0$), los profesionales asignaron peor puntuación a estos ítems. Las familias manifestaron el RVA no les obligaba a estar más tiempo en la UCI ($p=0,00$) y que no alteraba la organización de los cuidados ($p=0,0$). Con relación al deseo de participar más en los cuidados, la población que contestó con una puntuación más elevada fue la de los profesionales frente a las familias ($p=0,0$).

En la ilustración 4 y 5 podemos observar la comparativa descriptiva de los dos grupos de forma paralela:

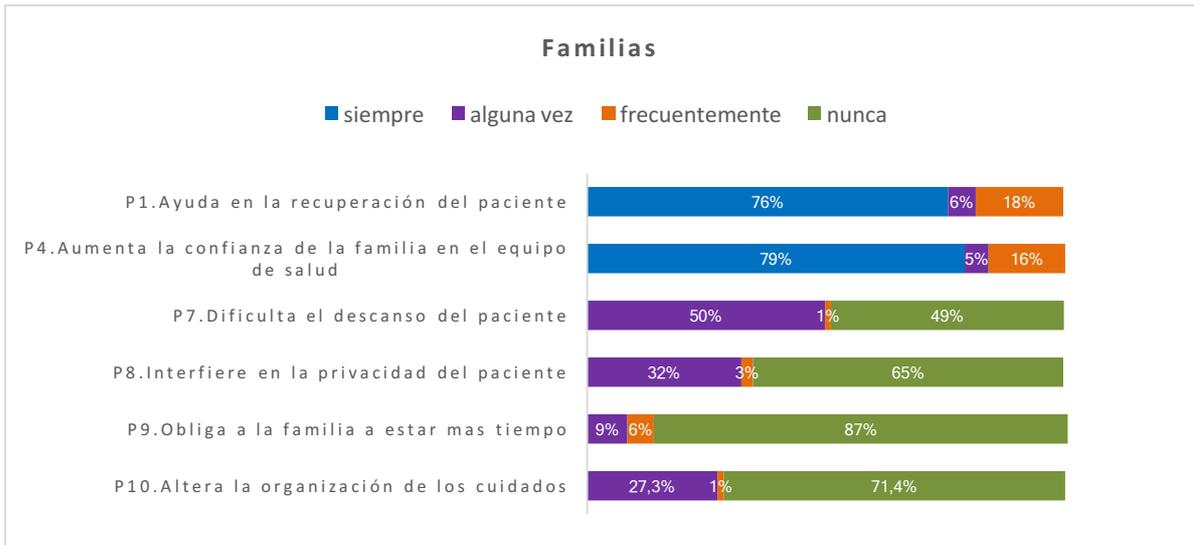


Ilustración 4. Descriptiva de las respuestas de los familiares

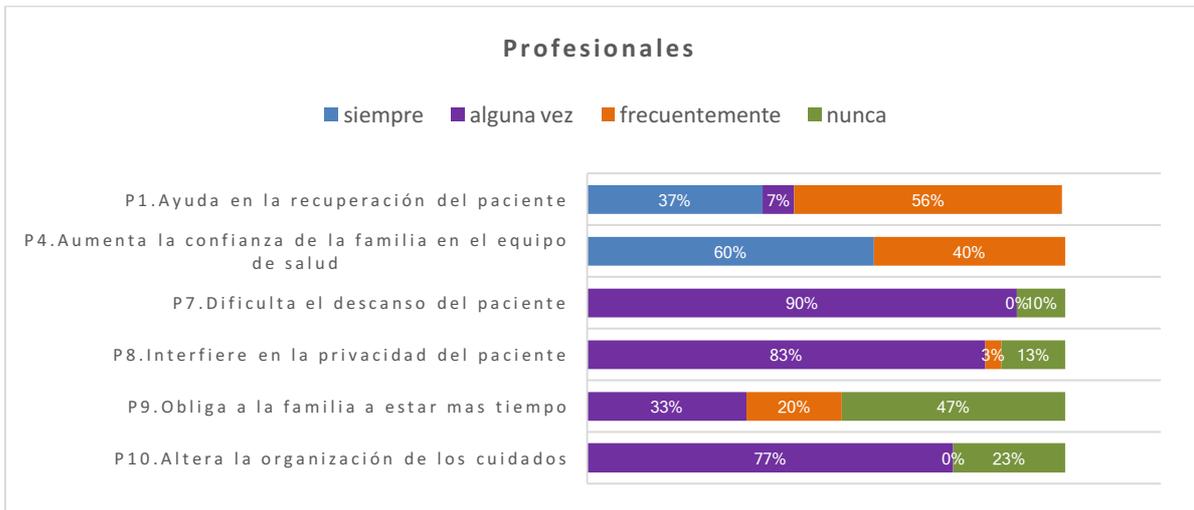


Ilustración 5. descriptivo de las respuestas de los profesionales

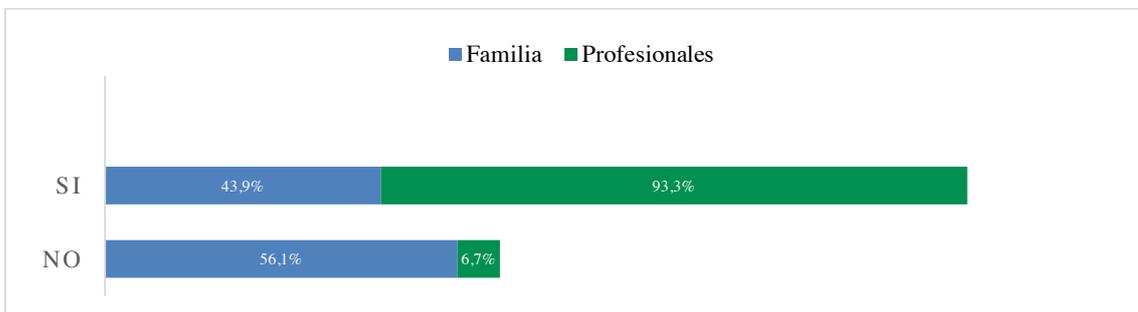


Ilustración 6. Ítem 11. Desearía que la familia participara de forma activa en los cuidados

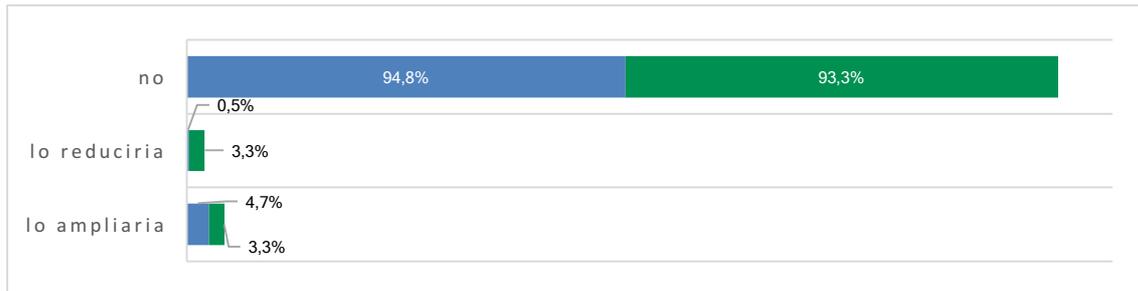


Ilustración 7. Ítem 12. Modificaría el horario actual de visitas

Comparativa entre los profesionales:

Para evaluar las respuestas de los 3 grupos de profesionales (médicos, TCAE y enfermeras) utilizamos el estadístico Anova de 1 vía de Kruskal Wallis. Los ítems en los que se encontraron diferencias significativas quedan reflejados en la tabla 15, en el resto, la distribución de las respuestas fue similar en los tres grupos (tabla 16). No existieron diferencias significativas en las respuestas con relación a los años de experiencia ni al sexo de los profesionales.

Tabla 14. Tabla de comparación de medias del grupo de profesionales

Comparación medias según categoría profesional (médicos, enfermeras, TCAE)					
	Ítems	M	E	T	p
<i>Nunca: 1 punto / Alguna vez: 2 puntos / Frecuentemente: 3 puntos / Siempre: 4 puntos</i>					
P13	Su trabajo sufre muchas modificaciones con este horario	2±0	1,8±0,3	2±0	0,05
P18	Ha cambiado su forma de trabajar	1,4±0,5	1,3±0,3	1,6±0,5	0,05
<i>Dicotómicas: SI (2 punto), NO (1 puntos)</i>					
P23	Ha tenido algún tipo de formación sobre comunicación	2±0,0	1,9±0,2	1,4±0,5	0,00

Test aplicado: Prueba de Kruskal Wallis de muestras independientes. M: Médico, E: Enfermera, T: TCAE

Los resultados se representaron con la media \pm desviación estándar. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a que el trabajo sufría modificaciones con un RVA, cambiaba la forma de trabajar de los profesionales y en la formación recibida sobre habilidades de comunicación. El colectivo de enfermería fue el que manifestó que menos interrupciones sufría en su trabajo por la presencia familiar. El grupo de TCAE, los que más modificaban su forma de trabajar y el equipo médico el que más formación había recibido en cuanto a habilidades de comunicación.

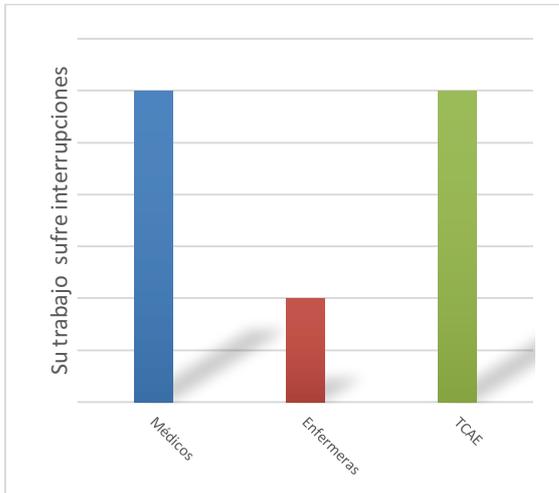


Ilustración 8. Su trabajo sufre interrupciones $p < 0,05$

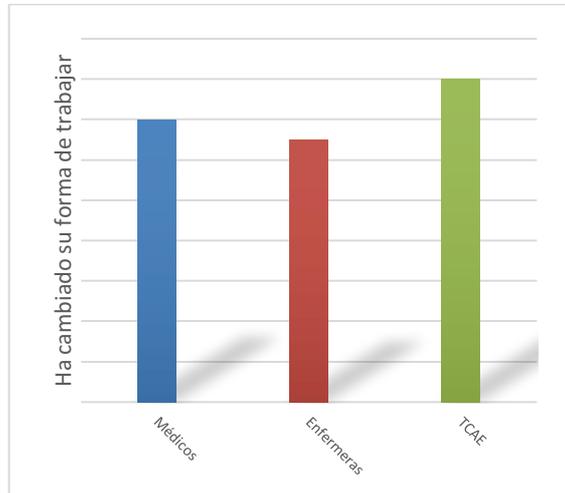


Ilustración 9. El RVA ha modificado su forma de trabajar $p < 0,05$

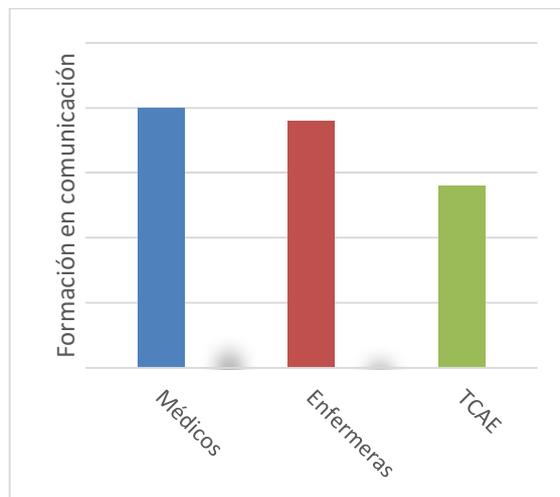


Ilustración 10. Ha tenido alguna formación en habilidades de comunicación $p < 0,05$

Tabla 15. Respuestas de los profesionales por grupos de categoría profesional.

Ítems	Nunca			Alguna vez			Frecuentemente			Siempre		
	T	E	M	T	E	M	T	E	M	T	E	M
1	-	-	-	-	6,7%	14,3%	62,5%	46,7%	71,4%	37,5%	46,7%	14,3%
2	-	-	-	-	-	-	37,5%	26,7%	14,3%	62,5%	73,3%	85,7%
3	-	-	-	-	-	14,3%	37,5%	13,3%	14,3%	62,5%	86,7%	71,4%
4	-	-	-	-	-	-	50%	33,3%	42,9%	50%	66,7%	57,1%
5	-	-	-	-	-	-	62,5%	33,3%	14,3%	37,5%	66,7%	85,7%
6	-	-	-	-	-	-	37,5%	26,7%	14,3%	62,5%	73,3%	85,7%
7	25%	-	14,3%	75%	100%	85,7%	-	-	-	-	-	-
8	12,5%	13,3%	14,3%	87,5%	80%	85,7%	-	6,7%	-	-	-	-
9	37,5%	40%	71,4%	25%	46,7%	14,3%	37,5%	13,3%	14,3%	37,5%	13,3%	14,3%
10	12,5%	26,7%	28,6%	87,5%	73,3%	71,4%	-	-	-	-	-	-
	TCAE			Enfermera			Médico					
	SI		NO	SI		NO	SI		NO			
11	87,5%		12,5%	93,4%		6,7%	100%		-			
12	12,5%		87,5%	6,7%		93,3%	-		100%			
	Nunca			Alguna vez			Frecuentemente			siempre		
	T	E	M	T	E	M	T	E	M	T	E	M
13	-	33%	-	100%	66,7%	100%	-	-	-	-	-	-
14	50%	66,7%	71,4%	50%	33,3%	28,6%	-	-	-	-	-	-
15	37,5%	80%	71,4%	62,5%	20%	28,6%	-	-	-	-	-	-
16	25%	26,7%	42,9%	75%	73,3%	57,1%	-	-	-	-	-	-
17	50%	53,3%	57,1%	50%	46,7%	42,9%	-	-	-	-	-	-
18	37,5%	86,7%	57,1%	62,5%	3,3%	42,9%	-	-	-	-	-	-
19	50%	-	14,3%	25%	73,3%	42,9%	25%	26,7%	42,9%	-	-	-
20	-	-	-	50%	20%	-	-	20%	14,3%	50%	60%	85,7%
21	-	-	-	50%	20%	-	-	20%	14%	50%	60%	85,7%
	TCAE			Enfermera			Médico					
	SI		NO	SI		NO	SI		NO			
22	-		100%	-		100%	-		100%			
23	-		100%	6,75%		93,3%	57,1%		42,9%			
24	-		100%	-		100%	-		100%			

T: Técnicos Auxiliares de Enfermería/ E: enfermeras/ M: médico Test utilizado: Chi cuadrado.

Medidas farmacológicas y sujeciones mecánicas. Características de las muestras poblacionales

Se obtuvieron los consumos de contenciones mecánicas (muñequeras) y las dosis administradas por paciente/día de fármacos psicolépticos, durante el periodo comprendido entre los años 2013 y 2016.

Previamente se realizó un estudio para comparar la homogeneidad de las muestras en estos cuatro años: se evaluaron el número de pacientes ingresados, las estancias hospitalarias, el sexo, la edad, los tipos de ingresos, las patologías y el nivel de gravedad de los pacientes mediante la escala Nems⁽⁷⁰⁾ (Tabla 16 y 17).

Tabla 16. Comparativa años 2013 a 2016

Características de los pacientes ingresados en Uci años 2013/2016					
Variable	2013	2014	2015	2016	pValor
Número de ingresos, n	N=173	N=190	N=173	N=170	
Días de estancia, media ± DS	4,6±8,7	5,6±7,7	4,9 ±10	4,7 ±9,3	0,3
Edad del paciente (años), media ± DS Min- Max	63,4 ±17,1 18-90	62,5 ±16,2 16-92	62,8 ±18,7 19-97	61,9 ±17,1 21-94	0,8
NEMS medio, media ± DS	24,0±8,1	25,4±7,5	25,1±7,2	26,5±5,3	0,0

A: prueba utilizada Anova de un factor

Para comparar medias, se realizó una prueba Anova y una prueba de comparación múltiple de Tukey, teniendo en cuenta el número de estancias, el Nems medio y la edad en los 4 años del periodo de estudio.

No se encontraron diferencias significativas entre la distribución de estancias y edad en los cuatro años, pero si en cuanto al Nems medio de los pacientes, obteniendo en los años 2014 y 2015 una gravedad mayor que años anteriores. Ilustración 11,12 y 13.

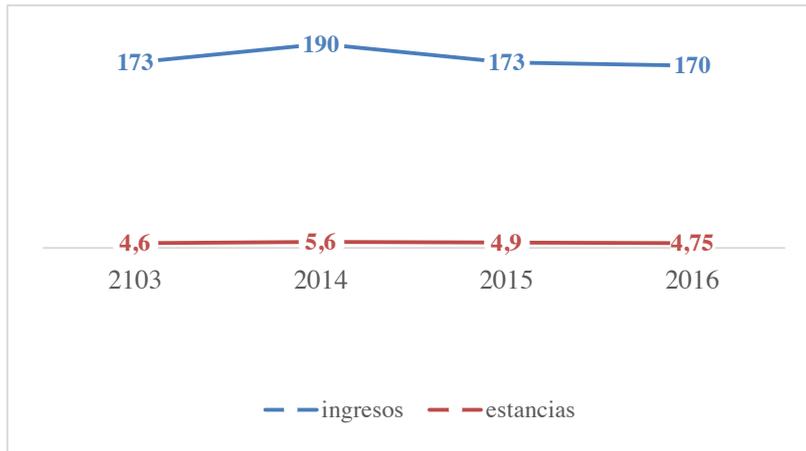


Ilustración 11. Evolución de ingresos y estancias de los años 2013 a 2016

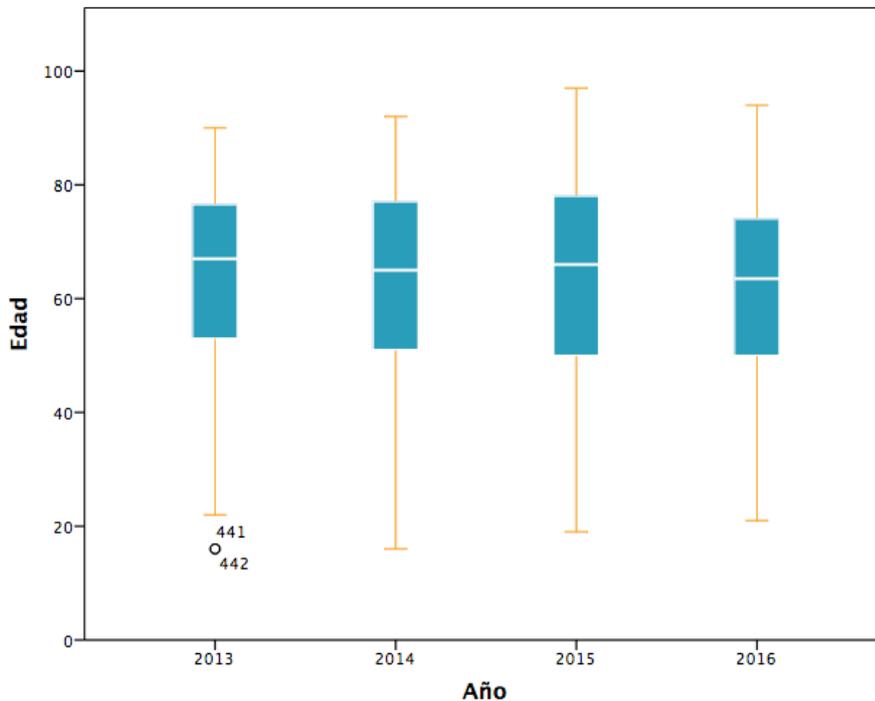


Ilustración 12. Edad de los pacientes en los años 2013 a 2016

El NEMS medio total UCI durante el periodo estudio resultó $25,47 \pm 7,0$. Se comparó este dato frente al NEMS medio obtenido en el estudio europeo EURICUS I⁽⁸⁴⁾ por medio de una prueba t de Student para una muestra con una confianza del 95%. El intervalo de confianza al 95% para la media del estudio fue (25,305-25,395) y la significación de la prueba frente al valor de referencia del estudio europeo (26,5) fue $p < 0,001$. El Nems medio de nuestra UCI durante el periodo de estudio fue significativamente menor que el Nems medio europeo del estudio EURICUS I, aunque

fue aumentando con los años hasta obtener una cifra similar en el año 2016. A continuación, se presentan los datos del Nems medio por año en el periodo de estudio:

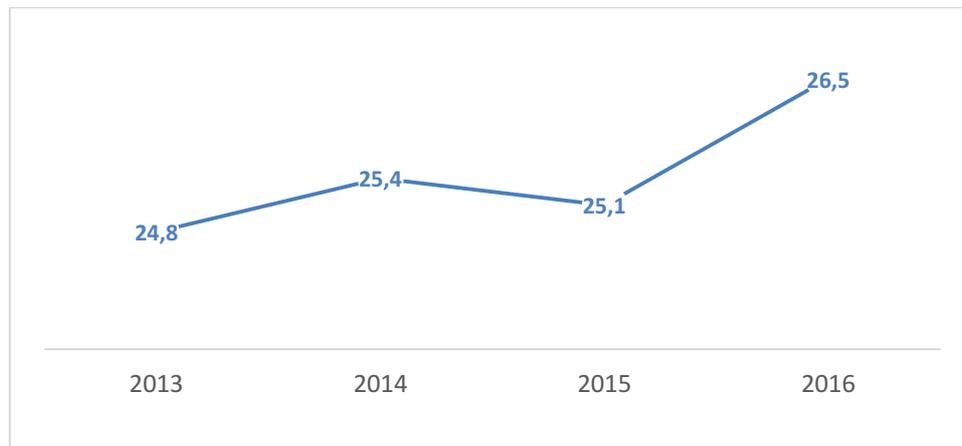


Ilustración 13. Gravedad de los pacientes según escala Nems (años 2013-2016)

Tabla 17. Descripción de las características de los pacientes años 2013/2016

Características de los pacientes ingresados en Uci años 2013/2016				
Sexo n (%)				
Masculino	121(70,3%)	139(73,2%)	136(70,5%)	118(69,4%)
Femenino	49(28,5%)	49(25,8%)	54(28%)	48(28,2%)
Evolución n (%)				
Alta	154(89,5%)	153(80,5%)	157(81,3%)	149(87,6%)
Exitus	5(2,9%)	11(5,8%)	13(6,7%)	12(7,1%)
Traslado	10(5,8%)	22(11,6%)	20(10,4%)	8(4,7%)
Tipo de ingreso n (%)				
Patología médica	115(66,9%)	131(68,9%)	160(82,9%)	111(65,3%)
Cir. Programada	48(27,9%)	42(22,1%)	20(10,4%)	43(45,3%)
Cir. No programada	3(1,7%)	13(6,8%)	9(4,7%)	11(6,5%)
Tipo de patología n (%)				
Cardiocirculatoria	74(43%)	80(42%)	99(51,3%)	49(28,8%)
Digestiva	10(5,8%)	10(5,3%)	5(2,6%)	3(1,8%)
Genitourinaria	19(11%)	18(9,5%)	7(3,6%)	17(10%)
Infeciosa	4(2,3%)	5(2,6%)	8(4,1%)	9(5,3%)
Muscular	-	-	1(0,5%)	1(0,5%)
Neoplásica	5(2,9%)	6(3,2%)	2(1%)	6(3,5%)
Neurológica	6(3,5%)	18(9,5%)	15(7,8%)	10(5,9%)
Otros	1(0,6%)	2(1,1%)	2(1%)	3(1,8%)
Procedimiento	-	1(0,5%)	1(0,5%)	4(2,4%)
Respiratorio	12(7%)	10(5,3%)	13(6,7%)	15(8,8%)
Traumatológica	34(19,8%)	30(15,8%)	31(16,1%)	40(23,5%)

Los fármacos estudiados en el periodo comprendido del año 2013 al 2016 fueron: Risperidona, Haloperidol, Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Lormetazepam y Midazolam. En la tabla 18 podemos observar como con el RVA disminuyó la administración de fármacos administrados a los pacientes o, en todo caso, la tendencia no fue aumentar las dosis. Existió un mayor descenso en los neurolépticos administrados a pacientes que estaban en proceso de destete o desconexión de la ventilación mecánica.

Tabla 18. Administración de neurolépticos (mgr/paciente/día) en el periodo 2013 a 2016

	2013	2014	2015	2016	
Benzodiacepinas	mgr/paciente/día (media±DS)				p
Alprazolam	0,13±0,2	0,15±0,1	0,13±0,1	0,12±0,2	0,2
Lorazepam	0,17±0,2	0,06±0,0	0,09±0,0	0,05±0,1	0,0
Lormetazepam	0,05±0,0	0,03±0,0	0,06±0,0	0,05±0,1	0,0
Diazepam	0,07±0,1	0,12±0,2	0,08±0,1	0,07±0,1	0,1
Midazolam	1,23±0,4	1,13±0,1	0,88±0,2	0,76±0,2	0,0
Neurolépticos	mgr/paciente/día				
Risperidona	1,2±0,3	1,6±0,3	1,11±0,3	0,9±0,4	0,0
Risperidona VM	2,21±0,4	5,88±0,3	4±0,3	1,31±0,4	0,0
Haloperidol	0,28±0,3	0,15±0,3	0,07±0,2	0,19±0,3	0,1
Haloperidol VM	7,68±0,2	4,13±0,4	4,12±0,4	4,06±0,4	0,0
Consumo inmobilizaciones	34	43	32	24	

VM: Ventilación Mecánica. Método aplicado Anova de 1 factor: Tukey post hoc

Existieron diferencias significativas en la administración de Lorazepam, Lormetazepam, Midazolam, Risperidona y Haloperidol tanto en pacientes conscientes como en periodo de desconexión de la ventilación mecánica. Ilustraciones 14,15,16 y 17.

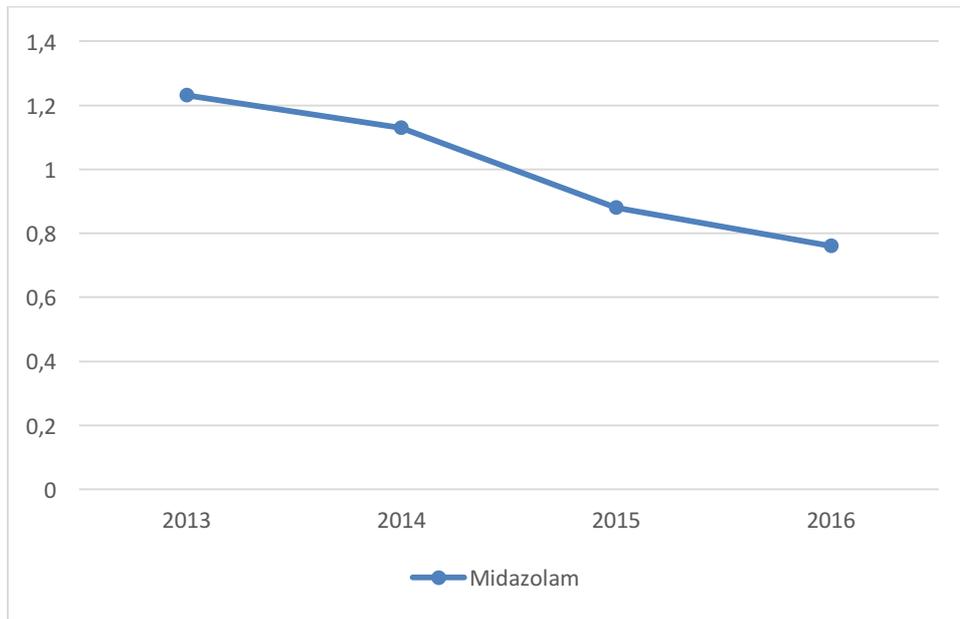


Ilustración 14. Administración de Benzodiacepinas: Midazolam

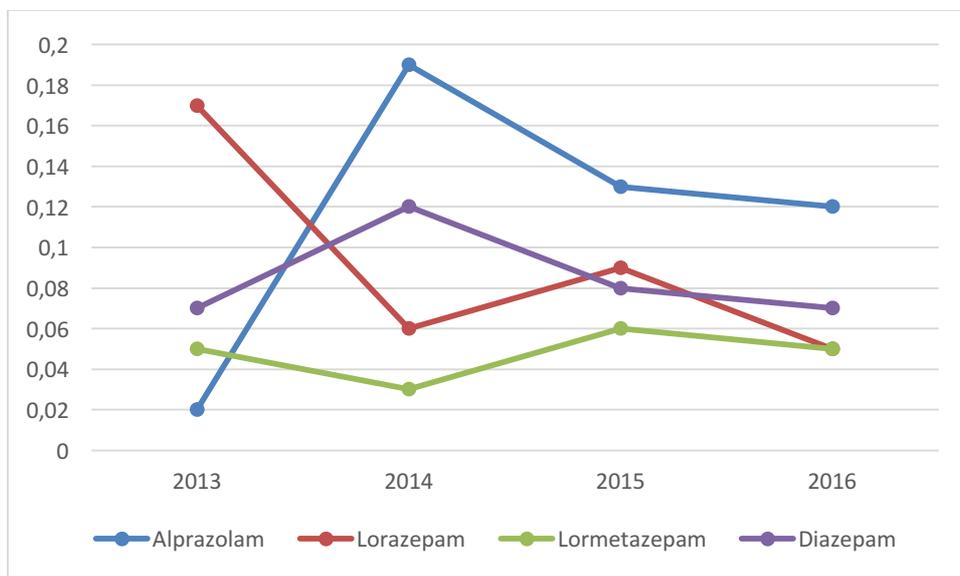


Ilustración 15. Administración de benzodiacepinas en el periodo 2013 a 2016

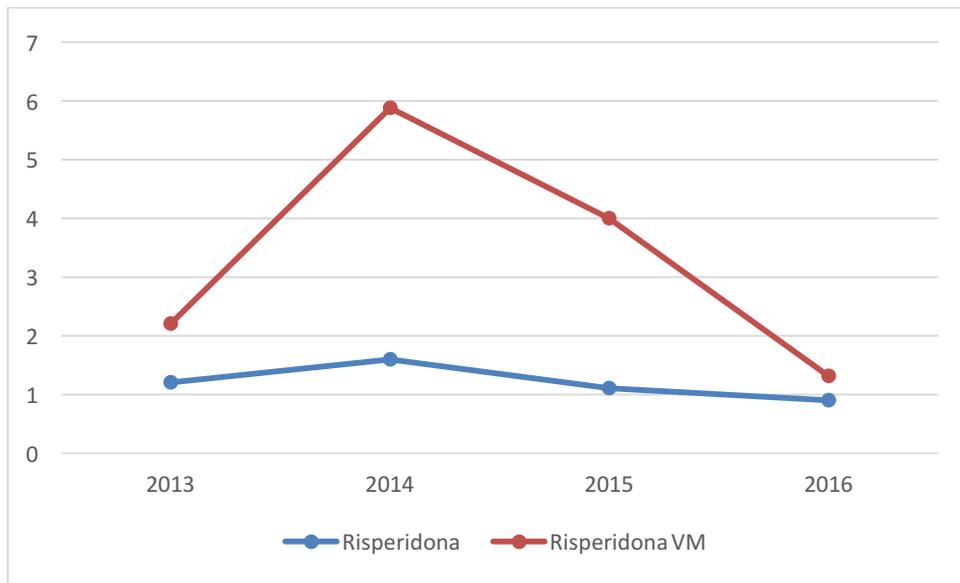


Ilustración 16. Administración de neurolépticos: Risperidona. VM: Ventilación Mecánica

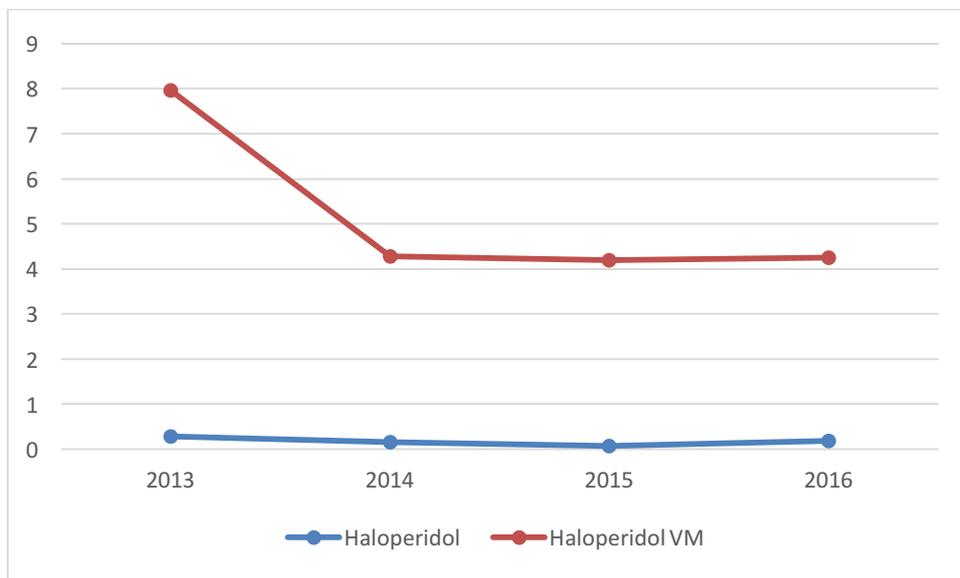


Ilustración 17. Administración de neurolépticos: Haloperidol. VM: Ventilación Mecánica

De la misma manera con el RVA y la presencia de la familia, la tendencia es utilizar cada vez menos las medidas de contención mecánica.

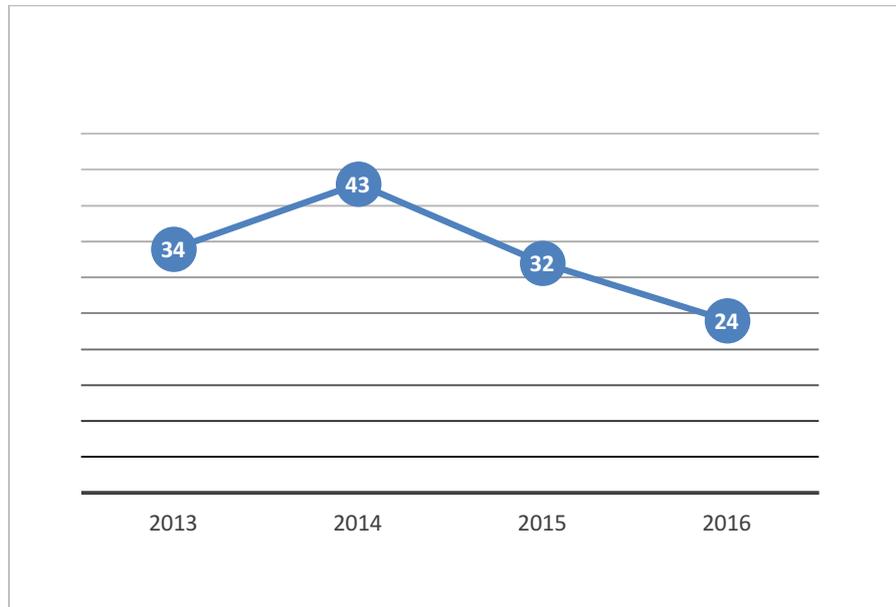


Ilustración 18. Consumo de sujeciones de inmovilización en el periodo 2013 a 2016

Contaminación ambiental microbiológica

Para medir la contaminación bacteriana y fúngica del aire se estudiaron un total de 110 muestras tomadas en el año 2014 y 118 en el 2015. De las 110 muestras del año 2014, 86 correspondían a los 7 boxes y 24 a la zona común. En el año 2015 obtuvimos 118 muestras en total, 91 de los boxes y 27 de las zonas comunes.

Del total de las muestras estudiadas, en el año 2014 con un horario restringido se obtuvieron un 92,2% de resultados negativos a gérmenes en el ambiente (según Norma UNE 171340-2012⁽⁶³⁾ de validación y cualificación de salas en hospitales). En el año 2015, con el RVA ya implementado y con un método de recolección volumétrico (método más específico y de primera elección⁽⁶³⁾, se obtuvieron el 100% de cultivos negativos. Tabla 19.

Tabla 19. Resultados de los cultivos microbiológicos.

	Año 2014	Año 2015
	Total	Total
<i>Positivos</i>	9(7,8%)	-
<i>Negativos</i>	107(92,2%)	118(100%)

De los resultados positivos obtenidos en el año 2014, el germen con mayor prevalencia fue el *Estafilococo* coagulasa-negativo (n=3), así como el *Staphylococcus aureus* (n=3), seguido de *Aspergillus niger* (n=2) y *Bacillus specie* (n=1). Ilustración 19.

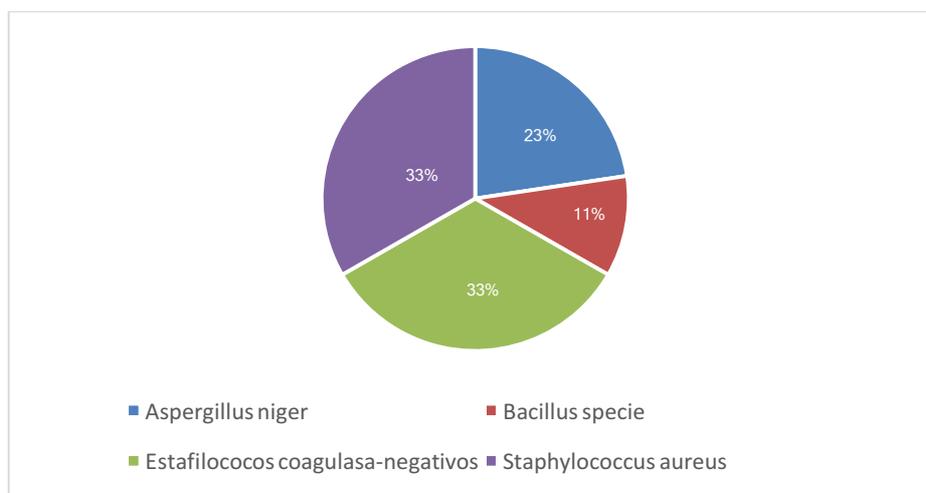


Ilustración 19. Resultado de cultivos microbiológicos positivos en el año 2014

En relación a los cultivos negativos se puede observar la distribución de la flora en las Ilustraciones 20 y 21.

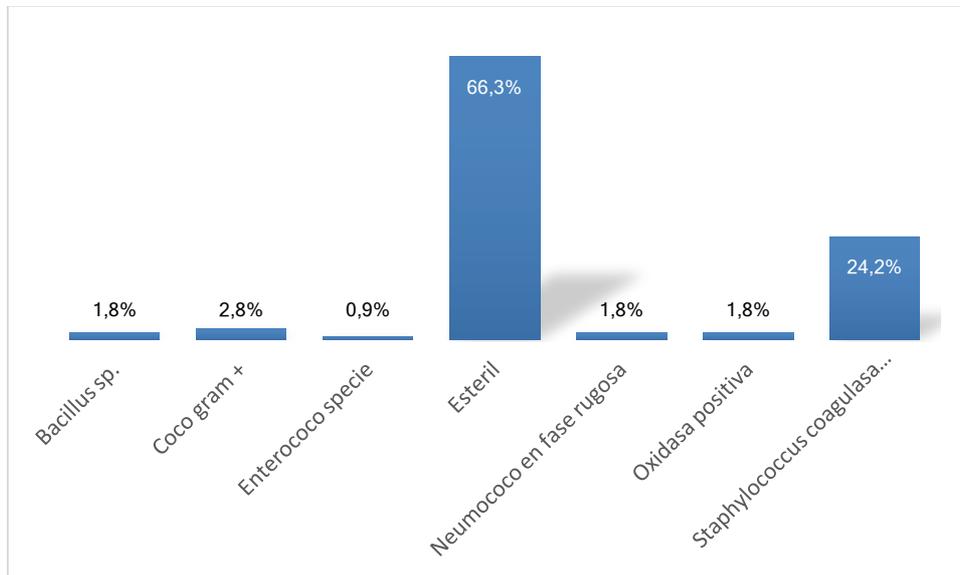


Ilustración 20. Resultado de cultivos biológicos positivos en el año 2014

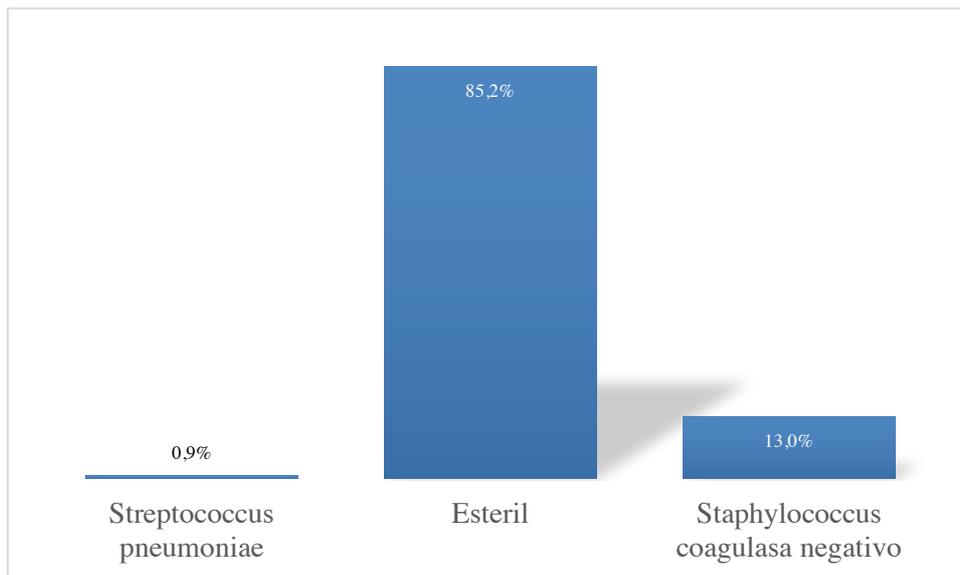


Ilustración 21. Flora de los cultivos negativos del año 2015



Discusión

Existen numerosos estudios que recogen la opinión de los familiares de pacientes ingresados en Uci con relación al horario de visita^(44,71,72), sin embargo pocos trabajos han asociado las opiniones de familias y profesionales sanitarios en una UCI en la que el RVA ya está implementado desde hace tiempo⁽⁶⁸⁾, en nuestro caso desde el año 2015. Cabe destacar el amplio número de familias (93%) y profesionales (100%) que desearon participar en el estudio cumplimentando los cuestionarios, los mismos resultados se obtuvieron en estudios anteriores quizá por el compromiso e interés que suscita en los profesionales sanitarios la preocupación por las familias^(73,74)

Este estudio confirma la hipótesis de que las opiniones de familiares y profesionales son similares con relación a los efectos beneficiosos que proporciona un RVA. En trabajos previos la necesidad de información suponía, para las familias, uno de los factores más estresantes y que más ansiedad producía⁽⁷⁵⁾. Los resultados de nuestra investigación, coincidiendo con múltiples estudios^(68,73,76-78), pusieron de manifiesto que un RVA tenía efectos positivos sobre los pacientes y familiares, ya que además de acrecentar su nivel de satisfacción, mejoraba la información obtenida y disminuía la percepción de estrés y ansiedad tanto para las familias como para los pacientes. Los resultados fueron coincidentes en estos aspectos positivos, las familias percibían que disminuía su estrés y ansiedad en un 97,2% de los casos y los profesionales opinaban lo mismo (93,3%). El 100% de los profesionales manifestó que disminuía el estrés y ansiedad del paciente con la presencia de familiar, mientras que las familias creían que disminuía en un 96,2% de las ocasiones. Existían diferencias en cuanto a la recuperación del paciente, el 75% de las familias opinaba que favorecía la recuperación, frente al 36% de los profesionales. Aun siendo positivos, se obtuvieron diferentes resultados respecto a la confianza en el equipo de salud y la satisfacción de las familias. Las familias otorgaron mayores puntuaciones a estas cuestiones, en comparación con los profesionales. El 78,8% de las familias opinaba que aumentaba su confianza en el equipo de salud, frente al 58% de los profesionales. La satisfacción aumentaba en un 79,9% para las familias y para los profesionales un 63,3%. Coincidiendo con estudios previos⁽⁷⁷⁾, ni la experiencia ni la categoría profesional parecen tener influencia estadística en las opiniones sobre los aspectos positivos de un RVA.

Las opiniones sobre el descanso y la privacidad del paciente con un RVA, presentan diferencias significativas entre familias y profesionales. Un 48% de las familias manifiestan que, en ocasiones, podría dificultar el descanso del paciente frente al 90% de los profesionales. Las mismas diferencias quedan reflejadas en cuanto a la privacidad. El 83,3% del equipo sanitario cree que, en ocasiones, interfiere en la intimidad del paciente, sin embargo, solo un 31,6% de las familias opinan lo mismo. El estudio aporta elementos coincidentes con otras investigaciones^(77,79) ya que, a pesar de la evidencia del efecto beneficioso de un RVA, el personal sanitario continua

percibiendo la figura familiar como elemento perturbador en el descanso e intimidad de los pacientes, mientras que ellos opinan de forma diferente.

Destaca en el estudio la opinión de los profesionales acerca de que un RVA obliga a la familia a permanecer más tiempo con el paciente (53,4%), sin embargo, las familias no refieren sentirse obligadas en un 85%. Estos hallazgos son similares a otros estudios⁽⁷⁵⁾ en los que la percepción de profesionales era elevada en cuanto a la obligatoriedad de las familias a permanecer más tiempo con el paciente incrementado su cansancio y agotamiento. La realidad nos confirma que la opinión de las familias, cuando se les pregunta directamente, difiere de la del equipo de salud. Esta situación quizá venga determinada porque un RVA les permite gestionar sus horarios, permitiendo compaginar las visitas al hospital con el resto de su vida diaria y organizar mejor sus momentos de descanso. Curiosamente, ciertas investigaciones^(68,80), obtienen una asociación relevante entre un horario sin restricciones y una baja presencia familiar.

Otro aspecto subrayado por un alto porcentaje de profesionales es que la familia podría interrumpir o posponer alguno de los cuidados que debe aplicar el equipo de salud. Según nuestro estudio las familias consideran, con un 69,3% de las opiniones, que su presencia nunca altera los cuidados, mientras que los profesionales creen que si lo hace en un 76,7% de los casos. La mayoría de estudios revelan resultados similares a los nuestros^(71,79,81)

Respecto a la hipótesis de que las familias quieren participar en los cuidados, no podemos confirmarla debido a las diferencias de opinión en este sentido. A un 93,3% de los profesionales les gustaría que las familias tuvieran la opción de participar más en los cuidados del paciente, sin embargo, sólo a un 43,9% de las familias les gustaría tener esa opción, el resto prefiere que lo haga el “personal preparado para ello”. Esto puede ser debido a la complejidad del paciente crítico y el temor de poder realizar algo que le sea perjudicial. Sin embargo, es contradictorio que el deseo de participar en los cuidados, venga manifestado en mayor porcentaje por los familiares de los pacientes más críticos, quizá por la necesidad de recuperación de su ser querido.

En cuanto al familiar que más interés mostró en participar de forma activa en los cuidados, el colectivo que contestó de forma afirmativa con un mayor porcentaje fueron las madres (62,5%) y las hijas (56,8%). Estas afirmaciones están en línea con el marco actual de la prestación de cuidados español, en el que el rol de la mujer como cuidadora parece ser competencia propia y asumida por el colectivo femenino. Sería interesante promover la participación de la familia favoreciendo la inclusión de todos sus miembros independientemente de su género.

Fue unánime la respuesta familiar y de los profesionales, con valoraciones muy positivas, en cuanto a mantener el RVA. Esto contradice la bibliografía revisada en este sentido, en el que las políticas de visitas restringidas eran preferidas por el personal, especialmente por las enfermeras, porque según ellos, la apertura de una UCI a los visitantes podría interferir con su proceso de atención⁽⁶⁸⁾. Una posible razón para esta creencia podría ser que el acceso de la familia a la unidad aumente las preguntas hacia

el personal de enfermería y esto le suponga una carga de estrés emocional, aunque en nuestro caso el personal no manifestó esta preocupación.

Nuestro estudio aporta elementos coincidentes con otras investigaciones en cuanto a que la entrada de familiares a la UCI de una manera más flexible, no favorece el aumento de la contaminación microbiológica ambiental⁽⁸²⁾, ni con ello el aumento de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Finalmente destacar la tendencia que se ha observado en la disminución del uso de contenciones mecánicas y la utilización de fármacos en el SCA, potenciando la presencia de la familia como factor de protección. Este hallazgo coincide con estudios anteriores⁽⁸³⁾ en los que la presencia de la familia facilita la prevención y el control de los pacientes con SCA.

Limitaciones:

Entre las limitaciones del presente estudio, destacan el tipo de muestreo y el tamaño muestral, que no permiten la generalización de los resultados. Otra posible limitación se puede atribuir a que la estructura de nuestra UCI, con boxes individuales, permite la intimidad y el acceso de las familias, manteniendo las condiciones de intimidad al resto de pacientes, lo que favorece la implantación de una RVA. Por lo tanto, no podemos comparar las percepciones de nuestro personal de la UCI con otras instituciones que tienen características muy diferentes, aunque la tendencia actual, es la creación de unidades con similares estructuras arquitectónicas.

Fortalezas:

Como fortalezas de este trabajo, cabe señalar la elevada tasa de participación tanto de los profesionales como de los familiares. Constituye un estudio novedoso ya que apenas existen investigaciones que evalúen las opiniones de familiares y profesionales en una UCI en la que un RVA ya está implementado desde hace tiempo. Otra fortaleza podría suponer la experiencia adquirida por los profesionales en esta medida durante estos años, lo que puede aportar más validez a sus opiniones.

La implementación de un RVA fue posible a pesar de que nuestros pacientes tenían un nivel de gravedad medio, que incluso fue aumentando durante el periodo de estudio.



Conclusiones

1. Existe un acuerdo notable en las opiniones de familiares y profesionales con relación a los beneficios que aporta un RVA. Los principales efectos positivos derivados del RVA son la mejora de la satisfacción, el aumento de confianza en el equipo de salud y la reducción de la ansiedad y del estrés tanto para familiares como para pacientes.
2. Existen diferencias de opinión entre familias y profesionales en cuanto al descanso y la privacidad de los pacientes, así como en la organización de los cuidados. Las familias opinaron que su presencia no dificultaba el descanso, no interfería en la intimidad del paciente ni en la organización de los cuidados aplicados, mientras que los profesionales valoraron que sí, con porcentajes más elevadas.
3. A los profesionales les gustaría que las familias tuvieran la opción de colaborar más en los cuidados, pero las familias se muestran más cautas en esta cuestión. Los familiares que mayor interés mostraron en la posibilidad de participar fueron las madres y las hijas. Los familiares de los pacientes más graves fueron los que más deseaban colaborar.
4. La presencia de la familia, como factor de protección en la prevención y el control de los pacientes con síndrome confusional agudo, tiende a disminuir el uso de contenciones mecánicas y la utilización de fármacos.
5. El acceso de familiares a la UCI de una manera más flexible, no favorece el aumento de la contaminación microbiológica ambiental.
6. A pesar de que existen estudios en los que los profesionales se muestran escépticos con la entrada y participación de las familias, la experiencia nos demuestra que, una vez implementado el RVA, las respuestas de los profesionales con el tiempo son percibidas de forma muy favorable.
7. Según este estudio, la formación en comunicación y habilidades sociales por parte de los profesionales es uno de los temas más demandados. Destacamos como punto clave la formación específica del equipo de salud en el desarrollo de habilidades sociales que permita una correcta relación terapéutica con el paciente y su familia.
8. Se puede interpretar este estudio como una posibilidad de cambio respecto a la familia y su presencia en la unidad en unidades de otros hospitales de características similares. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado del paciente crítico. A pesar de que el cambio es lento, se debe continuar y promover que cada vez haya más iniciativas en este sentido en otras unidades de cuidados intensivos.



Bibliografía

1. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. 2014. 160 p.
2. Adams S, Herrera A, Miller L, Soto R. Visitation in the intensive care unit: impact on infection prevention and control. *Crit Care Nurse*. 2011;34(1):3–10.
3. Beesley SJ, Hopkins RO, Francis L, Chapman D, Johnson J, Johnson N, et al. Let Them In: Family Presence during Intensive Care Unit Procedures. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Jul;13(7):1155–9.
4. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Univ* [Internet]. 2014 Oct [Citado en junio 2017];11(4):154–63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709285>
5. Bishop SM, Walker MD, Spivak IM. Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. *Crit Care Nurse*. 2013 Feb;33(1):14–24.
6. Davidson JE. Family presence on rounds in neonatal, pediatric, and adult intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2013 Apr;10(2):152–6.
7. Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit care Nurs*. 2010 Oct;26(5):296–303.
8. DuPree E, Fritz-Campiz A, Musheno D. A New Approach to Preventing Falls With Injuries. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2014 [Citado en junio 2017];29(2). Disponible en: http://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2014/04000/A_New_Approach_to_Preventing_Falls_With_Injuries.1.aspx
9. Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia*. 2010 Nov;65(11):1101–5.
10. G Heras, C Zaforteza. HUCI se escribe con H de Humano. Vol. 25, *Enfermería intensiva*. Spain; 2014. p. 123–4.
11. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009 Dec;18(6):424–8.
12. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2008 Jun;34(6):1097–101.
13. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006;113(7):946–52.
14. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart*

- Lung. 1979;8(2):332–9.
15. Vincent J-L. Critical care: where have we been and where are we going? *Crit Care*. 2013;17 Suppl 1:S2.
 16. Da Silva Ramos FJ, Lins Fumis RR, Pontes De Azevedo LC, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: A multicenter survey. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):339–46.
 17. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012 [Citado en junio 2017];23(2):51–67. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775182>
 18. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015 [Citado en junio 2017];12(3):134–43. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>
 19. Eugenia M, Lopera M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *INdex Enferm*. 2006;15(54):1–6.
 20. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A MF. El pensamiento enfermero. 167 p.
 21. Maqueda Martínez M, Martín Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 2012 [Citado en junio 2017];3(2):158–66. Disponible en : http://www.aecs.es/3_2_7.pdf
 22. Al I, Hospitalizado M, La EN, Intensivos C. Model of Nursing Care for the Family of Patient With Myocardial Infarction. 2011;(1):127–37.
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. *Am Psychiatr Publ* [Internet]. 1968 [Citado en junio 2017];485. Disponible en: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=w_HajjMnjxwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=American+Psychiatric+Association+Diagnostic+and+Statistical+Manual+of+Mental+Disorders+DSM+III&ots=i7SX5m4F4D&sig=ezMwwkYR84nhFtZXSEUa1UK51DI%5Cnpapers3://publication/uuid/98B3DE67-F2D
 24. González MÁ, Servicio E, Intensiva DM, Txagorritxu H. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007;18(4).
 25. F. Llamas-Sánchez, J. Flores-Cordón, M.E. Acosta-Mosquera, J. González-Vázquez MJA-M y CM-R. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2008 [Citado en junio 2017];50–7. Disponible en: http://catalog.ub.edu/record=b1705655~S1*cat
 26. Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015 [Citado en junio 2017];26(3):101–11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidad->

- rol-los-familiares-del-S1130239915000310
27. Torres Pérez L MAJ. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico.Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitali*. 2004;4:18–25.
 28. Suzanne Kérouac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette FM. El pensamiento enfermero. 1996. 125,129.
 29. Arricivita Verdasco A, Cabrera Figueroa J, Arias Hernández M, Robayna Delgado MC. Características de la organización de las visitas en las Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Rev Enferm Cardiol*. 2002;(25):38–42.
 30. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. *Es tiempo de cambio. Med Intensiva*. 2014;38(6):371–5.
 31. Donald M, Berwick, MD, MPP, FRCP; Meera Kotagal B. Restricted Visiting Hours in ICUs. Time to change. *Jama*. 2004;292(6):736–7.
 32. DM B, Kotagal M. Restricted visiting hours in icus: Time to change. *JAMA* [Internet]. 2004 Aug 11[Citado en junio 2017];292(6):736–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.6.736>
 33. 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 Nov;5(6):420–6.
 34. Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, Al Jahdali H, Tamim H, Alsafi E, et al. Family Satisfaction in Critical Care Units: Does an Open Visiting Hours Policy Have an Impact? *J Patient Saf* [Internet]. 2014 [Citado en junio 2017];(106):2–3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25136852>
 35. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de Cuidados Intensivos: Percepciones de familiares y profesionales. *Enferm intensiva* [Internet] 2014. Jan [Citado en junio 2017];25(4):164–72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-satisfaccion-los-familiares-los-pacientes-S1130239914000741>
 36. Chapman BDK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO. Satisfaction With elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. 2016;25(1):46–50.
 37. Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary-care unit. *Heart Lung*. 1976;5(2):291–6.
 38. Hepworth JT, Hendrickson SG, Lopez J. Time series analysis of physiological response during ICU visitation. *West J Nurs Res*. 1994 Dec;16(6):704–17.
 39. Schulte DA, Burrell LO, Gueldner SH, Bramlett MH, Fuszard B, Stone SK, et al. Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit. *Am J Crit Care*. 1993;2(2):134–6.

40. Simpson T, Shaver J. Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit patients. *Heart Lung*. 1990 Jul;19(4):344–51.
41. Hendrickson SL. Intracranial pressure changes and family presence. *J Neurosci Nurs*. 1987 Feb;19(1):14–7.
42. Walker JS, Eakes GG, Siebelink E. The effects of familial voice interventions on comatose head-injured patients. *J Trauma Nurs*. 1998;5(2):41–5.
43. Realities C. “ Facts and Figures ” About Family Presence and Participation 2014;17–9.
44. Marcela Achury D, Achury Beltran L RCA. La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Clin Connect [Internet]*. 2011 [Citado en junio 2017];8:6. Disponible en: http://connectpublishing.org/assets/journals/8%7B_%7D1%7B_%7D1.pdf
45. Knutsson S, Bergbom I. Children’s thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2016 [Citado en junio 2017];32:33–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.007>
46. El A, Europeo E, Manuel C, Gonz R, Europeo E. Educación y futuro. 2007;16(2000):1–16.
47. (OMS), Organización Mundial de la Salud en Defensa de la Seguridad de los Pacientes. [Internet] [Citado en junio 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/.
48. The White House. Office of the Press Secretary. Presidential Memorandum-Hospital Visitation.
49. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. *Inf Estud e Investig 2010 [Internet]*. 2010 [Citado en junio 2017];130. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCL.pdf>
50. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad.Comunidad de Madrid. 2016.128-140 p.
51. Athanasiou A, Papatthanassoglou DE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: Nurses’ perspective. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):326–33.
52. Kirchhoff BKT. American Association of Critical-care Nurses’ National survey of facilities and units providing critical care. *Journalclub feature..* 2006;15(1).
53. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B TJ-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient’s family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care [Internet]*. 2016 [Citado en junio 2017];6(1):82. Disponible en: <http://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-016->

- 0185-x
54. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: A nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1256–62.
 55. Haghbin S, Tayebi Z, Abbasian A, Haghbin H. Visiting Hour Policies in Intensive Care Units. 2011;13(9):684–6.
 56. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist.* 2015;30(5):243–50.
 57. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2005 Jun [Citado en junio 2017];16(2):73–83. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-familiares-las-13075391>
 58. Medicina S De, Hospital I, Vitoria T. Artículo original Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. 2007;18(3):138–43.
 59. Sánchez Manso JC, Baquero Toledo M, Vílchez JJ. Síndrome confusional agudo: manejo diagnóstico y terapéutico. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2007 [Citado en junio 2017];9(77):4969–73. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344907754802>
 60. Tejeiro Martínez J, Gómez Sereno B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2002 [Citado en junio 2017];202(5):280–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256502710539>
 61. Chatham MA. The effect of family involvement on patients' manifestations of postcardiotomy psychosis. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 1978 [Citado en junio 2017];7(6):995–9. Disponible en: <http://shibboleth.ovid.com/secure/?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emcl2&AN=0979067841%5Cnhttp://sfx.kcl.ac.uk/kings?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:&genre=article&atitle=The+effect+of+family+involvement+on+patients%27+manifestations+of+postcardiotomy+p>
 62. Cuadra AR, Salas JDD, Albiach PG. Recomendaciones para la monitorización de la calidad microbiológica del aire (Bioseguridad ambiental) en zonas hospitalarias de riesgo. *Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública.* 2014. 1-35 p.
 63. Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en Hospitales. Validación de quirófanos y áreas críticas. Norma UNE 17340 AENOR. [Internet]. 2012 [Citado en junio 2017]. 12 p. Disponible en: <http://urbanres.blogspot.com/2008/04/norma-une-166002.html>
 64. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN) Informe 2016. 2016.

65. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS 2005. Minist Sanid y Consum [Internet]. 2006 [Citado en junio 2017];170. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
66. De, Sociedad Española de Medicina Preventiva SP e H. Estudio EPINE (Prevalencia de Infección Nosocomial en Hospitales). 2016;2016.
67. Norma UNE 100713 AENOR. Instalación de acondicionamiento de aire en hospitales. 2005. p. 0–2.
68. da Silva Ramos F, Fumis RR, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2013 [Citado en junio 2017];3(1):34. Disponible en:
<http://www.annalsofintensivecare.com/content/3/1/34>
69. Jefatura del Estado. 23750 LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boe. 1999;298:43088–99.
70. Simón García MJ, González Sánchez JA, Blesa Malpica AL, Merino Martínez R, Gómez Mayoral B, Ortuño Andériz F. NEMS: ¿nuevo predictor de mortalidad en el paciente crítico? *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2017 [Citado en junio 2017];28(2):115–20. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-nems-nuevo-predictor-mortalidad-el-S113023991200020X>
71. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med intensiva* [Internet]. 2007 [Citado en junio 2017];31(6):273–80. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
72. Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Med Intensiva*. 2015;39(8):522–3.
73. Landa LM, Eguía IB, Pinedo NGF De, Coscojuela MAM. 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*. 2016;27(3):107–17.
74. Fairburn K. Nurses' attitudes to visiting in coronary care units. *Intensive Crit care Nurs*. 1994 Sep;10(3):224–33.
75. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2012 [Citado en junio 2017];23(4):179–88. Disponible en:

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239912000715>
76. Yanez Quintana B, Santana Cabrera L, Hernández Montesdeoca A, Molina Tercero A. Actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos hacia las visitas. [Med intensiva / Soc Española Med Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2011 [Citado en junio 2017];35(1):62–3. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/actitudes-del-personal-enfermeria-cuidados/articulo/S0210569110001518/>
 77. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enfermería intensiva [Internet]. 2014 [Citado en junio 2017];25(2):72–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24598269>
 78. Errasti B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2012;23(4):179–88.
 79. Sonsoles Martín Pérez1 , Elena Rubio Marco2 MV-C, Labiano C, Pérez-Seoane2 , Yolanda Lizarraga Ursúa4 , Marijan Bazanovi5 IAA. Percepciones De Los Profesionales I Familiares Acerca De La Política De Visitas En Una Unidad De Cuidados Especiales. Enfermería en Cardiol [Internet]. 2014 [Citado en junio 2017];(65):38–46. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/65_04.pdf
 80. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2008 [Citado en junio 2017];36(1):30–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18090167>
 81. Irigoyen Villanueva, Paula; Bonill de las Nieves C. Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos. Bibl Lascasas. 2014 [Citado en junio 2017];10(2):Disponible en <http://www.index-com/lascasas/docu>.
 82. Fumagalli S, Torricelli G, Massi M, Calvani S, Boni S, Roberts AT, et al. Effects of a new device to guide venous puncture in elderly critically ill patients: results of a pilot randomized study. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2016 [Citado en junio 2017];1–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-016-0547-0>
 83. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014 [Citado en junio 2017];25(2):38–45. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239913000916>
 84. Barroso Díaz A, Fuente Juárez AI, López Cid JJ, Millán Vázquez FJ, Rosado Muñoz N, Simón García M. Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs



europas. Enfermería Intensiva [Internet]. 2001 [Citado en junio 2017];12(3):127–34. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-del-uso-los-recursos-S1130239901780303>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario para profesionales



CUESTIONARIO DE VALORACION DE UN RVA PARA PROFESIONALES

Estamos realizando un trabajo para conocer aspectos relacionados con nuestra nueva política de visitas ya implementada desde hace un año en nuestra unidad. Agradeceríamos vuestra colaboración cumplimentando esta encuesta con el fin de mejorar la atención al paciente y su familia:

- ✓ CATEGORÍA PROFESIONAL: Auxiliar Enfermera/o Médico
- ✓ EDAD: < 35 36-45 > 46
- ✓ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UCI: < 10 ≥ 10

A. ¿Qué piensa en relación a la nueva política de visitas de nuestro departamento?

B. Experiencia propia que desee añadir:

Por favor responda a las siguientes preguntas del 1 al 10, siendo el 1 la respuesta peor valorada y el 10 el máximo valor.

Respecto al horario de visitas abierto:

1. ¿Considera que ayuda a la recuperación del paciente?
2. ¿Considera que contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente?
3. ¿Considera que disminuye la ansiedad y estrés de la familia?
4. ¿Considera que aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI?
5. ¿Considera que aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado del paciente?
6. ¿Cree que permite a la familia obtener más información acerca del estado del paciente?
7. ¿Considera que dificulta el descanso del paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
8. ¿Considera que interfiere en la privacidad del paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
9. ¿Cree que de alguna manera obliga a la familia a estar más tiempo con el paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
10. ¿Cree que impide o altera la organización de los cuidados que debe recibir paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
11. ¿Le gustaría que la familia tuviera la opción de colaborar más en los cuidados del paciente, como por ejemplo en el aseo o la fisioterapia?
 No, considero que deben hacerlo las personas preparadas para ello.
 Sí, pero sólo en algún caso y siempre con el adecuado asesoramiento/supervisión.
 Sí, siempre que sea posible.
 No sabe/No contesta.
12. ¿Modificaría el horario actual de visitas?
 No, lo considero adecuado y suficiente tal y como está.
 Lo ampliaría, por ejemplo, con la posibilidad de estar por la noche.
 Lo reduciría, considero que menos tiempo es suficiente

13. ¿Modificaría el horario actual de visitas?
- No, lo considero adecuado y suficiente tal y como está.
 Lo ampliaría, por ejemplo, con la posibilidad de estar por la noche.
 Lo reduciría, considero que menos tiempo es suficiente
14. ¿Considera que su trabajo sufre muchas interrupciones debido al horario de visitas abierto?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
15. ¿Considera que el horario de visitas abierto interfiere negativamente en su trabajo "a pie de cama"?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
16. ¿Considera que el horario de visitas abierto provoca el retraso a la hora de realizar pruebas diagnósticas o procedimientos?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
17. ¿Se siente incómodo/a al examinar a un paciente en presencia de su familia?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
18. ¿Se siente incómodo /a por la presencia de la familia en un horario abierto?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
19. ¿Considera que el horario de visitas abierto ha cambiado su forma de trabajar?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
20. ¿Considera que el horario de visitas abierto ayuda a que las familias adquieran más responsabilidad en el cuidado del paciente?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
21. ¿Cree que el horario o la política de visitas debería ser adaptado o individualizado en caso de conflicto o si el paciente lo precisa?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
22. ¿Cree que el horario o la política de visitas debería ser adaptado o individualizado en casos especiales, como situaciones terminales?
- Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
23. Si usted o un allegado suyo tuviera que ingresar en una UCI, ¿preferiría una unidad con unos horarios de visita abiertos como éstos?
- Sí No No sabe/No contesta
24. ¿Ha tenido algún tipo de formación sobre comunicación en UCI?
- Sí No No sabe/No contesta
25. ¿Le gustaría recibir formación para mejorar sus habilidades de comunicación con los familiares de los pacientes en la UCI?
- Sí No No sabe/No contesta

Anexo 2. Cuestionario para familiares

CUESTIONARIO DE VALORACION DE UN RVA PARA FAMILIARES

DATOS PREVIOS (Rellenar por el personal de la unidad):

<ul style="list-style-type: none">· NUMERO DE ENCUESTA:· EDAD DEL PACIENTE:· EDAD DEL FAMILIAR:· NEMS MEDIO:· DIAS ESTANCIA UCI:· EVOLUCION (alta/ exitus/ traslado):	<ul style="list-style-type: none">· PARENTESCO CON EL PACIENTE:· SEXO DEL PACIENTE:· SEXO DEL FAMILIAR:· TIPO DE INGRESO:· TIPO DE PATOLOGIA:
--	---

Estamos realizando un estudio para conocer aspectos relacionados con el horario de visitas flexible ya implementado desde hace un año en nuestra unidad. Agradeceríamos su colaboración cumplimentando esta breve encuesta con el fin de mejorar la atención al paciente y su familia.

Por favor responda a las siguientes preguntas del 1 al 10, siendo el 1 la respuesta peor valorada y el 10 el máximo valor (preguntas 1 a 6).

Respecto al horario de visitas abierto:

1. ¿Considera que ayuda a la recuperación del paciente?
2. ¿Considera que contribuye a disminuir la ansiedad y estrés del paciente?
3. ¿Considera que disminuye la ansiedad y estrés de la familia?
4. ¿Considera que aumenta la confianza de la familia en el equipo de la UCI?
5. ¿Considera que aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado del paciente?
6. ¿Cree que permite a la familia obtener más información acerca del estado del paciente?
7. ¿Considera que dificulta el descanso del paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
8. ¿Considera que interfiere en la privacidad del paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
9. ¿Cree que de alguna manera obliga a la familia a estar más tiempo con el paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
10. ¿Cree que impide o altera la organización de los cuidados que debe recibir el paciente?
 Nunca Alguna vez Frecuentemente Siempre
11. ¿Le gustaría tener la opción de colaborar más en los cuidados del paciente, como por ejemplo en el aseo o la fisioterapia?
 No, considero que deben hacerlo las personas preparadas para ello.
 Sí, pero sólo en algún caso y siempre con el adecuado asesoramiento/supervisión.
 Sí, siempre que sea posible.
 No sabe/No contesta.
12. ¿Modificaría el horario actual de visitas?
 No, lo considero adecuado y suficiente tal y como está.
 Lo ampliaría, por ejemplo, con la posibilidad de estar por la noche.
 Lo reduciría, considero que menos tiempo es suficiente

Anexo 3. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón
(CEICA): CI PI17/0070



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI17/0070

15 de marzo de 2017

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 15/03/2017, Acta Nº 05/2017 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Evaluación del impacto tras la implementación de una política de visitas flexible y aperturista en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Alumno: Ana Cristina Álvarez Hernández
Director: Ana Carmen Lucha López y Pedro Bernad Pérez

Centro de realización: Hospital MAZ

Versión protocolo: v 1, 10/02/2017
Versión documento de información y consentimiento: v1, febrero/2017

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la adecuada obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 15 de marzo de 2017



María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)