



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2018-2019)

Trabajo Fin de Grado

**PUERTAS ABIERTAS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA.

Alumna:
Garzaron Rupérez, Iranzu

Tutora: D^a Ana Rosario Martín Herranz

Julio, 2019

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Justificación	9
Objetivos.....	10
Material y métodos.....	11
Resultados.....	13
Discusión	24
Conclusión.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos	30

RESUMEN

Introducción: El ingreso en una unidad de cuidados intensivos provoca a pacientes y familiares una sensación de angustia, estrés y miedo permanente, incrementadas todas estas por un horario de visitas restrictivo. Muchos estudios demuestran los beneficios de la instauración de puertas abiertas. Basándose en la asistencia sanitaria centrada en el paciente y la familia, nace el proyecto HU-CI, con el objetivo de humanizar esta unidad.

Objetivos: Analizar los beneficios de la implantación de puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos.

Material y métodos: Se efectúa una revisión bibliográfica en bases de datos científicas de artículos publicados entre 2014 y 2019, en inglés o español acerca de la UCI de puertas abiertas, exceptuando artículos que traten sobre unidades pediátricas. Se realiza una búsqueda reproducible en las bases de datos Pubmed, LILACS, MEDES, Scielo, EnFisPo y Cuiden, finalizando con 38 artículos. Tras la eliminación de artículos duplicados y de aquellos que no se ajustan a los objetivos, se utilizan 17 para la obtención de resultados.

Resultados: La eliminación del horario restrictivo de visitas reduce la ansiedad, y la sensación de pérdida de control, así como los indicadores cardiovasculares en pacientes cardiopatas. Pacientes y familia reclaman la falta de información y de tiempo juntos como factores principales de su sufrimiento. Pese a la mayor desorganización del cuidado, se demuestra que una UCI de puertas abiertas es más beneficiosa que una con horario restrictivo.

Conclusión: Se considera beneficioso para pacientes, familiares y profesionales eliminar o modificar el horario restringido de visitas.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos, puertas abiertas, HUCI, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Admission to an intensive care unit causes the patients and families to experience a sense of anguish, stress and permanent fear, increasing all these sensations by a restrictive visiting schedule. Many studies show the benefits of having open doors with the establishments. Based on the fact that health care should be centre on the patients and families, the H-UCI project was born, based on the objective to humanize this unit.

Objectives: To analyze the benefits of the implementation of open doors in the intensive care unit.

Material and methods: A bibliographic review was carried out based on the articles within the in scientific databases published between 2014 and 2019 in English or Spanish about open doors ICU, excluding articles about paediatric units. A reproducible search is carried out in Pubmed, LILACS, MEDES, Scielo, EnFisPo and Cuiden databases finishing with 38 articles. After the elimination of duplicate items and those that don't answer the objectives, 17 of them are used to obtain results.

Results: The elimination of the restrictive Schedule reduces the anxiety, and the sensation of losing control, it decreases the cardiovascular indicators in cardiopatic patients. The patients and their families emphasize that the lack of information and the little time they spend together are the main factors in their suffering. Despite the worse disorganization of the caring service, it has been shown that an open door UCI is better than other with a restrictive schedule.

Conclusion: It is considered beneficial for patients, families and professionals to eliminate or modify the restricted schedule of visits.

INTRODUCCIÓN

El hospital siempre se ha percibido como un lugar adverso, dónde las personas se enfrentan a enfermedades, pérdida de familiares, condiciones ambientales desconocidas e incertidumbre de un futuro desconocido.¹

Si sumamos a esto que, en la sala de Cuidados Intensivos, las personas afrontan el ingreso con mayor preocupación y angustia, nos encontramos con una situación muy difícil de gestionar, tanto para profesionales, como para pacientes y familiares.¹

Según el diccionario de la Real Academia de la lengua española, unidad de cuidados intensivos (UCI) es: “*Sección hospitalaria donde se concentran aparatos y personal especializado para la vigilancia y el tratamiento de enfermos muy graves*”.²

Otra definición aceptada es la que realiza la enciclopedia de la salud: “*Unidad hospitalaria que da una atención médica intensiva a los pacientes que padecen una situación grave de salud que pone en peligro su vida. En una UCI se monitorizan de forma constante los signos vitales del paciente y se realiza un control de líquidos. Además de los equipos de vigilancia médica adecuados, las UCI disponen de un personal médico y sanitario especialmente entrenado para estas tareas.*”³

Según el informe de 2018, “Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones” del Ministerio de sanidad y política social, esta unidad tiene ciertas características propias:⁴

- Las instalaciones de este servicio deben tener la capacidad de estabilizar a un paciente grave en cualquier momento, y son dotadas de una gran cantidad de material y máquinas específicas para cada caso.
- Los profesionales, además de estar cualificados para la actuación de urgencia, deben tener la facilidad de poder atender y vigilar de manera continuada a todos los pacientes a su cargo, por lo que estas unidades suelen ser grandes espacios en los que todos los pacientes se encuentran en la misma habitación.

- El entorno y la situación en la que se encuentra el paciente es directamente estresante, angustiada y preocupante, ya que se encuentra rodeado de máquinas, personal sanitario, y otros enfermos.
- Al existir un horario restringido de visitas, la familia no puede acompañar al paciente durante toda la enfermedad, lo que provoca fuertes sentimientos de estrés y pérdida de control de la situación.⁴

Khaleghparast, Jooalee et al. aseguran que la separación de las personas más cercanas, como es la familia, provoca un incremento del sufrimiento de los pacientes en estado crítico, aumentando su malestar y la experiencia traumática de la hospitalización. También confirman que las visitas de familiares disminuyen la ansiedad y la angustia de su situación. Por lo que, con la retirada del horario restringido de visitas, se pretende mejorar el bienestar del paciente, minimizar la experiencia traumática y, a su vez, enseñar a la familia las técnicas necesarias para realizar un cuidado competente, una vez el paciente haya vuelto al hogar. Además, la presencia de los familiares en estas unidades, permite que se mantenga la conexión entre ellos y los pacientes, y ayuda a la comunicación de los familiares con los profesionales de la salud.⁵

En los años 90, en nuestro país, se inició una corriente para favorecer la flexibilización de las normas de visita en estas unidades. A partir de entonces, se han realizado varios estudios a favor de las puertas abiertas en la UCI mostrando los beneficios para pacientes, familiares e incluso profesionales. Una política de visitas abierta y flexible permite que los familiares puedan compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades de la vida cotidiana.⁶

Según la encuesta realizada en 2015 a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, y a los suscriptores de la Revista Electrónica de Medicina Intensiva, en España, la mayoría de las UCI (67,7%), sigue con visitas limitadas a un número de 2 al día, de 30-60 min. de duración y son excepcionales las UCI que tienen un horario abierto las 24h (4%), o que mantienen el horario abierto en tramo diurno (9,8%).⁷

Con La Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948 y La Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la

Salud,⁸ se pusieron de manifiesto los derechos del paciente como punto primordial de la asistencia sanitaria.⁹

En esta línea, en febrero del año 2014, nace el proyecto HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos) en el Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. Este proyecto lleva a cabo investigaciones participativas, que evalúan diferentes áreas de la UCI, buscando como poder mejorarlas, siempre desde una perspectiva que contempla a pacientes, familiares y profesionales de la salud. De esta forma se busca ofrecer unos cuidados más humanos, centrados en un modelo de atención holística, pero sin descuidar la excelencia de las técnicas. Desde esta iniciativa, se investigan medidas concretas en diferentes ámbitos de trabajo, trasladándolas a experiencias de cambio y educación, tanto en la dinámica de la unidad como en su infraestructura. ¹⁰⁻¹²

El proyecto HU-CI fija sus fuerzas en ocho líneas específicas de actuación en las unidades de cuidados intensivos:

1-UCI de puertas abiertas:

Como ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de las unidades de cuidados intensivos, en España se rigen por una política restrictiva de visitas, basándose en la comodidad de trabajo de los profesionales. En la actualidad, muchos estudios apuntan hacia la mejora de beneficios para el paciente, la familia y profesionales con una unidad de puertas abiertas. Las barreras encontradas en este caso son más mentales que físicas, ya que una modificación de esta índole requiere nueva educación, formación y cambio de hábitos. Con esta transformación, las familias podrán participar activamente en el cuidado básico del paciente, siempre bajo la supervisión de un profesional; se aumentaría así la cercanía y se reduciría el estrés de paciente y familia. ¹⁰⁻¹²

2-Comunicación:

Una comunicación efectiva en la UCI, tanto entre profesionales como con paciente y familia, es de vital importancia para la correcta realización de los cuidados en el paciente crítico. La participación de la enfermera en el proceso informativo no está claramente definida. Muchas consideran que informar adecuadamente en situaciones difíciles requiere actitudes y habilidades

específicas que no han desarrollado por falta de formación. Frecuentemente se producen errores de solape o escasez de información debido a la falta de protocolos específicos para ello. La comunicación dentro del equipo sanitario favorece la toma conjunta de decisiones y minimiza la aparición de conflictos que influyen directamente sobre el paciente y las familias.¹⁰⁻¹²

3-Bienestar del paciente:

La situación crítica, junto a la enfermedad y la realización de intervenciones, genera un gran malestar en el paciente; dolor, ansiedad, inseguridad y angustia, son sentimientos de gran prevalencia en estas unidades. Intentar minimizar o eliminar estos sentimientos debería ser un objetivo indiscutible en los cuidados de estas personas. Existen muchos factores que causan inquietud y sufrimiento; dolor, frío, sed, dificultad para el descanso por ruido o iluminación, contenciones innecesarias... El seguimiento estricto y la utilización de técnicas para reducir y controlar el dolor son partes indispensables para la mejora de la comodidad de los pacientes. La correcta formación de los profesionales de la salud es indiscutible para asegurar el adecuado cuidado de los pacientes críticos.¹⁰⁻¹²

4- Presencia y participación de los familiares:

Pese al deseo de los familiares de acompañar al paciente en su proceso de enfermedad, su presencia en estas unidades es limitada. La falsa creencia de que los acompañantes interfieren con el correcto cuidado del paciente favorece la creación de políticas restrictivas de visita. Estos impedimentos se centran en la distracción sobre el equipo sanitario y el posible impacto que puede generar presenciar las técnicas que se realizan al paciente. La participación activa de los familiares en los cuidados del paciente crítico, cuando la situación lo permite, ayuda a que los pacientes se encuentren en un entorno conocido y estable. Otorgar a los acompañantes la oportunidad de contribuir en la toma de decisiones o en la realización de técnicas, como la higiene o la movilización, reduce la preocupación y la ansiedad y aumenta la comunicación entre paciente, familia y profesionales.¹⁰⁻¹²

5-Cuidar al cuidador:

La correcta realización de los cuidados por profesionales de la salud no depende solo de la perfecta realización de las técnicas, sino también de su estado de salud y bienestar. El desgaste mental y emocional de los profesionales en estas unidades es algo a tener en cuenta, el llamado “síndrome de burnout “aparece muy frecuentemente. Con un sentimiento de desgaste, agotamiento emocional y baja autoestima profesional, este síndrome puede afectar en gran medida a la salud del profesional, teniendo efectos nocivos en su vida personal y profesional y pudiendo acabar en estrés postraumático, depresión o suicidio. Por todos estos riesgos, cuidar a los cuidadores debe ser un objetivo primordial en cualquier ámbito de trabajo, buscando alternativas preventivas y terapéuticas. ¹⁰⁻¹²

6-Síndromes posts cuidados intensivos:

Los pacientes ingresados en UCI, una vez dados de alta y tras haber resuelto su problema inicial, pueden seguir manifestando problemas físicos y neuropsicológicos o emocionales. Del 30 al 50% de los pacientes presentan alguno de estos síntomas; es lo que se llama síndrome post-cuidados intensivos (PICS), que afecta en gran medida a la calidad de vida de pacientes y familias. Para minimizar la aparición de este síndrome, se requiere de un seguimiento tras el alta, realizado por equipos multidisciplinares correctamente formados, que sepan manejar técnicas preventivas. Los sanitarios deben ser conscientes de reconocer y prestar el apoyo necesario para la reducción de estos síntomas. ¹⁰⁻¹²

7-Infraestructura humanizada:

La infraestructura de las unidades de cuidados intensivos suele estar compuesta por grandes habitaciones en las que se ubican varios pacientes. Separados normalmente por cortinas o biombos, carecen de intimidad, sufren de excesiva iluminación y dificultad para dormir por el ruido de la maquinaria. Además de hacer más difícil el acompañamiento familiar y las relaciones personalizadas con los profesionales sanitarios. El proyecto HU-CI pretende proponer espacios en los que además del servicio que ya se ofrece, se promueva la intimidad y el confort de los pacientes. Cambios como el mantenimiento adecuado de luz, temperatura y ruido; aspectos fundamentales para el correcto descanso de los pacientes.

Cambios simples que pueden influir en gran medida a la reducción de estrés y al aumento de emociones positiva. Aspectos que se busca aplicar de igual manera a las salas de espera y a los espacios de descanso de los profesionales sanitarios.

10-12

8-Cuidados al final de la vida:

Existen situaciones en las que el profesional sanitario debe ser capaz de dirigir los cuidados hacia la minimización del sufrimiento del paciente, principalmente en aquellos casos en los que su curación no es posible. Ofrecer un final de la vida libre de malestar, incomodidad y sufrimiento, tanto al paciente como a la familia, es uno de los objetivos de mayor peso de este proyecto. Los cuidados paliativos, así como la limitación del soporte vital, deben ser establecidos desde un plan de cuidados totalmente personalizado. Para ello hay que considerar las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de pacientes y familia. Los profesionales sanitarios deben ser capaces de resolver los conflictos que se generan en esta etapa, con estrategias de afrontamiento específicas para cada caso.¹⁰⁻¹²

Como estrategia para ampliar su plan de humanización a un mayor número de unidades, el proyecto HU-CI otorga una certificación de cumplimiento de estándares de humanización a las organizaciones sanitarias y a sus profesionales. Con esta certificación se reconoce públicamente el cumplimiento de todos los requisitos para prestar un cuidado humanizado y de calidad. El programa contiene 159 estándares en total, divididos en 7 líneas estratégicas iguales a las líneas de actuación.

La certificación comienza con una petición voluntaria de la unidad interesada, y esta será sometida a un proceso de revisión por parte del proyecto HU-CI, que analizará el cumplimiento de los estándares de humanización. Una vez concedida, la certificación será válida durante 4 años¹³.

JUSTIFICACIÓN

La UCI es una de las unidades de hospitalización más avanzadas técnicamente para el soporte y mantenimiento de la vida. La difícil situación del paciente, la complejidad de las intervenciones, y los continuos avances tecnológicos, han hecho que la asistencia sanitaria se centre más en la enfermedad, haciendo que los sanitarios tecnifiquen sus habilidades, y como consecuencia, se deje a un lado la parte más humana de los cuidados.

La importancia de proporcionar una atención holística que tenga en cuenta todas las dimensiones del paciente, en donde la presencia y cuidado de la familia son esenciales en la evolución y bienestar del paciente y de las personas de su entorno, así como en una mejor interrelación con el personal sanitario, impulsa el análisis de la implantación de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.

OBJETIVOS

General

Analizar los beneficios de la implantación de puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos.

Específicos

- Evaluar los resultados conseguidos con la retirada de los horarios de visitas restringidas en la UCI.
- Conocer la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales acerca de las carencias y necesidades en estas unidades.
- Contemplar los posibles cambios a realizar en estas unidades para la mejora de la implantación de puertas abiertas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en la que se parte de una pregunta con formato PICO (*Tabla 1*) para realizar una búsqueda sistemática con objetivo de responderla.

Tabla 1. Formato pregunta PICO.

PATIENT PACIENTE/POBLACIÓN	INTERVENTION INTERVENCIÓN	COMPARISON COMPARACIÓN	OUTCOME RESULTADOS
Pacientes ingresados en UCI	Implantación de puertas abiertas		Beneficios

¿En pacientes ingresados en UCI la implantación de puertas abiertas proporciona algún beneficio?

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo de febrero a junio de 2019 y se realizó en las principales bases de datos sanitarias, tanto nacionales como internacionales (Pubmed, LILACS, MEDES y Scielo EnFisPo). Se utilizaron términos de vocabulario controlado con los tesauros MESH y DECS (*tabla 2*), junto a los operadores booleanos “AND”, “NOT” y “OR” y los truncadores “*” y “\$” (EnFisPo).

Tabla 2. DeCS y MeSH utilizados.

DeCS	MeSH
<ul style="list-style-type: none"> • UCI • Unidad de cuidados intensivos • Cuidados críticos • Cuidados intensivos • Terapia intensiva • Pediátrico 	<ul style="list-style-type: none"> • ICU • Intensive care unit • Critical care • Intensive care • Pediatric / paediatric

A estos términos se les sumaron las siguientes palabras clave en español e inglés para ampliar el espectro de búsqueda:

- Horario de visita restringido/ restricted visiting hours
- Puertas abiertas/ open doors
- HU-CI
- Proyecto HUCI / proyect HUCI
- Política de visita/ visiting policy
- Ventajas e inconvenientes /advantages and disadvantages
- Humanización/humanization
- Beneficio/ Benefit

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se especificaron unos criterios de inclusión y exclusión (*tabla 3*), basándose en la temporalidad, causalidad y veracidad de los artículos.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Artículos en español	
Artículos en inglés	Artículos sobre unidades neonatales como terapia intensiva neonatal
Publicaciones hasta 10 años	
Artículos con acceso al texto completo	
Artículos de fuentes documentadas	

Selección de artículos:

Una vez efectuada la búsqueda, se analizaron los resúmenes y títulos de cada uno de los documentos encontrados y se seleccionaron los más relevantes para este trabajo. Tras el análisis de 38 artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica, se emplearon 17 para la obtención de resultados, eliminando los artículos duplicados y aquellos que no se ajustaban a los objetivos definidos.

BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED		
ICU OR intensive care unit OR critical care unit AND open door* NOT paediatric NOT pediatric	7	2
ICU OR intensive care unit AND visiting policy NOT pediatric NOT paediatric	55	9
HUCI	4	2
ICU OR intensive care unit OR critical care unit AND advantage AND disadvantage	9	0
ICU OR critical care unit OR intensive care unit AND restricted visiting hours NOT paediatric NOT pediatric	10	2
ICU OR intensive care unit OR critical care unit AND visit AND Benefit NOT paediatric NOT pediatric	30	0
LILACS		
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND política de visita	4	0
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND humanización	26	3
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND puertas abiertas	10	2
HUCI	5	1
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND visit* AND beneficio*	22	1
MEDES		
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND puertas abiertas NOT pediatric*	5	1
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND horario de visitas	3	3
HUCI	10	0
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND humanización	7	1
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND visit* AND beneficio*	0	1
EnFisPo		
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND puertas abiertas	28	2
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND horario de visitas	28	2
HUCI	1	1
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND humanización	28	2
UCI OR unidad de cuidados intensivos AND visit\$ AND beneficio\$	28	2
CUIDEN		
UCI AND unidad de cuidados intensivos AND política de visita	1	1
UCI AND unidad de cuidados intensivos AND humanización	1	0
UCI AND unidad de cuidados intensivos AND puertas abiertas	0	0
HUCI	0	0
UCI AND unidad de cuidados intensivos AND visit* AND beneficio*	0	0

RESULTADOS

De los 17 artículos que se emplearon para la obtención de resultados, 3 eran estudios cualitativos, 3 revisiones bibliográficas, 2 estudios observacionales descriptivo, 2 estudios descriptivos prospectivos, 5 artículos de revistas científicas, un estudio analítico longitudinal y un proyecto de intervención (Anexo 1).

Se categorizan los resultados en base a los temas más relevantes de los que habla la literatura obtenida: Efectos que produce el ingreso en la UCI de pacientes y familiares, perspectiva de las familias de los pacientes hospitalizados, perspectiva de los pacientes ingresados en UCI, perspectiva de los profesionales sanitarios y UCI de puertas abiertas.

1. EFECTOS QUE PRODUCE EL INGRESO EN LA UCI EN PACIENTES Y FAMILIARES

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos produce fuertes sentimientos en paciente y familiares. La enfermedad, junto a la pérdida de control sobre la situación y la separación familiar generan un gran estrés, surgiendo de él ansiedad, miedo e incluso depresión.¹

Stefano Fumagalli et al. muestran en su estudio cualitativo cómo la separación familiar con un régimen restringido de visitas aumentó considerablemente la incidencia de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico en pacientes coronarios críticos (un 8,7% respecto a un 1,8%) y que la mortalidad hospitalaria fue de un 5,2% (n=6) en periodo de horario restrictivo de visitas, respecto a un 1,8% (n=2) en pacientes ingresados en el periodo de puertas abiertas.¹⁴

El contacto de los familiares con el paciente de una manera abierta y sin restricciones de tiempo, aumenta su satisfacción, disminuyendo la ansiedad y minimizando la experiencia traumática de la enfermedad y hospitalización.¹⁵

Escudero, Martín, Quindós et. al. muestran que los horarios de visita sin restricciones reducen la ansiedad en el 66% de familias, y que tienen un efecto positivo en el 88%. Aseguran que no existe evidencia científica que apoye los impactos fisiológicos negativos que las visitas puedan crear a los pacientes.^{16,17}

2. PERSPECTIVA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

La mayoría de los artículos destacan la demanda de información más clara por parte de los profesionales hacia los familiares. En las UCI españolas, el médico es el encargado de dar esta información, quién generalmente da mayor importancia a aspectos técnicos que no tienen por qué coincidir con las preferencias y dudas que surjan a los familiares. La familia, bajo el estrés y la ansiedad que suponen estas situaciones, puede tener dificultades para entender dicha información. Sumándole a esto el uso de tecnicismos utilizados por los médicos, y el desconocimiento de los enfermeros acerca de qué información pueden revelar y cual no, incrementa el deseo de una ampliación y clarificación acerca del estado del paciente.^{1,18-20}

Zaforteza Lallemand y Prieto González en su estudio cualitativo, responden a la necesidad de información de los familiares explicando la falta de consenso dentro del equipo profesional. Los enfermeros temen proporcionar información contradictoria o solapada con la información que se considera “médica” y entrar en un conflicto con otros profesionales. Estos profesionales no se sienten preparados ni con las habilidades necesarias para afrontar los procesos de información o malas noticias.²¹

Cappellini, Bambi, Lucchini et al. comentan, en su revisión bibliográfica, que las necesidades familiares suelen ser subestimadas por los profesionales sanitarios. Destacan que, en estudios encontrados, la gran mayoría de las familias están de acuerdo con la flexibilización de los horarios de visitas, llegando al 90% en un estudio realizado en Italia, en 2 UCI “abiertas” y dos con horario restringido. Señalan también la participación de los familiares en la atención del paciente, en referencia a un estudio en el que el 97% de las familias estaban a favor de participar en las 13 actividades básicas de enfermería.²⁰

En un estudio multicéntrico realizado en 41 UCI españolas, teniendo como población de estudio a médicos, enfermeras y familiares o allegados de pacientes ingresados en estas unidades, se creó un listado de preguntas que podrían ser incluidas en los procesos informativos de las UCI.¹⁸

Primera fase:

- Se otorgó a los participantes la oportunidad de añadir preguntas que considerasen relevantes a las ya existentes en ese momento.

Segunda fase:

- Se propuso ordenar por orden de prioridad cada una de las preguntas, así como indicar qué profesional consideraban adecuado para contestarlas, pudiendo escoger “enfermera, médico o ambos”.

Según el orden de prioridad, las 20 preguntas más importantes se refieren a la supervivencia, evolución esperable y posibles secuelas, necesidad y gestión de la información, plan terapéutico, estado y bienestar del paciente y participación familiar. Considerando que el 63% de las preguntas, pueden ser respondidas indiferentemente por médicos o enfermeras. Se llega a la conclusión de que existe una gran falta de formación de los profesionales respecto a los procesos comunicativos, y una necesidad de gestión diferente a lo que se ha realizado hasta hoy en día.¹⁸

En el estudio exploratorio descriptivo realizado en el Hospital Universitario de Hemori, Atlanta, se realizó un seguimiento a las familias de pacientes ingresados en una UCI de puertas abiertas con suite privada contigua. A las 72 horas se les realizó una encuesta acerca de las necesidades familiares, con el objetivo de evaluar si éstas estaban cubiertas o no.²²

Como resultado se obtuvieron 5 necesidades básicas:

- Información sobre el paciente.
- Visitar al paciente.
- Tener esperanzas.
- Hablar con un médico cada día.
- Tener seguridad de que al paciente se le está dando la mejor atención posible.

Quedaron en segundo plano las necesidades relacionadas con las comodidades físicas de la familia. Destaca que las necesidades de los familiares no han cambiado respecto a artículos anteriores, pero las familias del estudio

consideraban sus necesidades notablemente más cubiertas que las familias de pacientes en UCI sin acceso abierto.²²

Al igual que en los estudios mencionados anteriormente, en el Intermountain Medical Center, en Estados Unidos, se abrieron las puertas de sus unidades de cuidados intensivos, y se valoró la satisfacción de enfermeras, familiares y médicos respecto a este cambio utilizando entrevistas en profundidad. La satisfacción familiar fue significativamente mayor respecto a la política restrictiva anterior, (4.41 vs 3.87, $p < .001$).²³

Velasco Bueno, Alonso-Ovres et al. dan un lugar importante a la necesidad de las familias en la participación del cuidado del paciente. Hacen énfasis en que, si las condiciones clínicas del paciente son adecuadas, existen tareas que los familiares pueden realizar, como el aseo personal, la administración de comida e incluso ciertos ejercicios de fisioterapia; siempre, bajo la supervisión de un profesional en el campo. Esta práctica resulta beneficiosa para pacientes y familia, ya que genera sentimientos de utilidad y control de la situación.¹⁸

Sánchez Vallejo, Fernández et al. realizaron un estudio descriptivo prospectivo en el que entregaron un cuestionario autoadministrado a las familias de los pacientes ingresados en una UCI con horario restringido de visitas (2 franjas horarias para el acceso de las familias: de 13:00h a 13:30h y de 19:00h a 19:30h, accediendo al box 2 familiares por paciente), con el objetivo de evaluar sus percepciones. Respecto a la información recibida, el 91,4% consideró que era comprensible y sincera, pero solo el 51,1% declaró haber recibido instrucciones acerca de los cuidados de enfermería en el paciente. Respecto al apoyo emocional, todos los encuestados consideraron que los profesionales sanitarios fueron atentos con ellos, pero el 80% no conocía el nombre de quienes atendieron a su familiar. La totalidad de los encuestados se mostraron satisfechos con las atenciones recibidas. La mayoría de los familiares se mostraron conformes con la política de visitas de la unidad (88.7%). Destacan que para un 34,3% de los familiares la comodidad acústica resultó ser mala o muy mala.¹⁹

3. PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Martínez Toquero y Llauradó Saeera, después de realizar una revisión narrativa acerca de las necesidades de los pacientes ingresados en UCI, destacan 4 necesidades principales:¹

1- Estar informados sobre su proceso y poder decidir sobre él.

Enfermeras, familiares y pacientes opinan que la información recibida es escasa y de difícil comprensión. El diagnóstico y pronóstico de la enfermedad muchas veces se recibe de manera técnica, sin tener en cuenta la parte emocional que esto conlleva.

2- Comunicarse con su familia y profesionales.

Pacientes y allegados reclaman la necesidad de clarificación de la información previamente recibida, recalcando la falta de comunicación.

Se considera que los profesionales de enfermería no tienen formación suficiente en el ámbito de la comunicación para poder gestionar con asertividad las reacciones emocionales inadecuadas. Todo esto lleva a un distanciamiento sanitario-paciente-familia.

3- Tener un buen descanso disminuyendo los despertares frecuentes.

Los pacientes recalcan que su descanso es muy insuficiente en estas unidades; destacan que la presencia de luz y ruido y ausencia de ventanas y relojes favorece la desorientación. Aseguran que un estudio reciente realizado en Francia demuestra que sólo el 72% de las UCIS tienen habitaciones individualizadas, el 66% cuenta con luz natural, el 26% tienen acceso a un teléfono, el 38% a una radio y tan solo el 11% cuenta con acceso a información sobre la fecha.

4- Mantenerse en contacto con su familia, debido a la gran soledad, preocupación y sentimiento de muerte inminente.

La sensación de aproximación a la muerte, la depresión y el miedo son los sentimientos que más destacan los pacientes.¹

Martínez Toquero y Llauradó Serra consideran factores principales de sufrimiento el dolor, las técnicas invasivas, el cambio de rol respecto a su situación familiar, la continua situación de monitorización y su situación de vulnerabilidad.²⁴

4. PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Existe gran controversia de opiniones entre los profesionales de enfermería respecto a este tema. En la mayoría de las UCI, las familias son separadas de los pacientes con el pretexto bien intencionado de dejar tiempo y espacio a los profesionales para las técnicas y rondas de la mañana. Los profesionales de enfermería señalan la descoordinación del cuidado en los casos en los que no existe una restricción del horario de visitas. ^{17,23,25}

Netzer e Iwashyna conceden en su artículo información actual contradiciendo las razones más comunes de los profesionales para limitar la presencia familiar:²⁶

- La presencia familiar estresa fisiológicamente al paciente:

No existen efectos neurológicos o cardiovasculares adversos cuando el paciente se encuentra con algún familiar, es más, los eventos cardiovasculares pueden reducirse con la presencia ilimitada.

- El paciente puede estar agitado:

La presencia familiar calma al paciente, disminuyendo el delirio.

- Se necesitan limitaciones para el control de infecciones:

Hoy en día no existen evidencias científicas que apoyen esta teoría.

- Las familias estarán demasiado cansadas:

El contacto entre familia y paciente disminuye la ansiedad, mejora la comunicación y aumenta la satisfacción con la presencia ilimitada.²⁷

Autores de diferentes artículos suman a estas razones algunas más como la interferencia que ocasionan entre la enfermera y su trabajo, la desorganización del cuidado, la constante demanda de información que los profesionales de enfermería no tienen claro si pueden dar y la alteración de la seguridad y privacidad del paciente. ^{17,23,25}

Diane Chapman, Dave Collingridge et al. efectuaron un estudio observacional en una UCI en Estados Unidos, donde se eliminaron todas las restricciones de visitas. Se descubrió que los cambios mejoraron significativamente las

percepciones de las enfermeras sobre la satisfacción familiar, así como que las enfermeras con 15 a 20 años de experiencia, notaron más interferencia familiar en su trabajo que las enfermeras con menos años de experiencia.²³

En otro análisis realizado en Lyon, Francia, en un centro regional de trauma, dónde se eliminaron las restricciones de visitas en 2010, se realizaron varias encuestas a los profesionales enfermeros 9 meses y 3 años después, con el objetivo de evaluar la satisfacción profesional respecto a este cambio. Este estudio demuestra que la satisfacción de las enfermeras fue mayor 3 años después respecto a 9 meses después; la mayoría de las enfermeras percibieron una gran mejora en la relación con las familias de los pacientes (89 respecto a 63), y un número muy reducido estaba a favor de volver a una política de horarios restringidos de visita (2 respecto a 23). Sin embargo, muchas de ellas continuaron percibiendo un impacto negativo en la calidad asistencial (11 respecto a 14), y en la organización asistencial (57 respecto a 27).²⁵

Se llegó a la conclusión de que, con el tiempo, menos personas desean volver a las horas restringidas, pero que aún existe una leve desorganización respecto al cuidado y la asistencia.²⁵

Sánchez-Vallejo, Fernández, Pérez-Gutiérrez et al. comentan en su estudio acerca de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la UCI, que el 57,4% de los profesionales sanitarios afirmaron tener formación en la comunicación de malas noticias, existiendo gran diferencia estadística por categoría de profesión (92,3% médicos, 52,9% enfermeras y 38,5% TECAE). El 85,2% de los profesionales mostraron interés en recibir una mayor formación respecto a este tema. Respecto a la flexibilización del horario de visitas, un 63,9 % consideró que esta actuación mejoraría la confianza de las familias en el personal sanitario. Existiendo mayor frecuencia estadística ($p=0,02$) entre personal con contrato fijo (97,1%) e interino (100%) de acuerdo con la personalización de un horario de visitas flexible en situaciones especiales, como cuidados al final de la vida.¹⁹

Cappellini, Bambi, Lucchini et al., en su revisión acerca de la diversidad de opiniones entre los profesionales sanitarios de diferentes países respecto a la flexibilización del horario de visitas, destacan que el 63% de enfermeras que

trabajan en una UCI francesa “cerrada” están a favor de la extensión del horario de visitas respecto al 75% de profesionales belgas y 94% de atenienses que se oponen a ello.²⁰

Da Silva Ramos, Rego Lins Fumis et al. realizaron un estudio observacional descriptivo en la UCI del Hospital Sirio-Libanés en Sao Paulo, Brasil, con el objetivo de conocer las percepciones de los profesionales respecto a un horario abierto de visitas. Se entregó un cuestionario de 22 preguntas a 106 profesionales [42 médicos, 39 enfermeras y 25 fisioterapeutas (RT)] Como resultado obtuvieron que el 53,3% de los participantes no creía que la flexibilización del horario de visitas aumentase la satisfacción de la familia con la atención del paciente; el 72,7 % consideró que su trabajo sufría más interrupciones.²⁷

Un último estudio cualitativo llevado a cabo por Jover-Sancho C, Romero-García et al., en un hospital universitario de primer nivel entre enero de 2011 y diciembre de 2013, habla sobre la percepción de las enfermeras de UCI con relación al cuidado satisfactorio, con el objetivo de explorar las convergencias y divergencias entre las enfermeras y los pacientes críticos con relación a los cuidados recibidos y proporcionados. Fue realizado en 3 Unidades de Cuidados Intensivos, con 19 pacientes con capacidad de contar su experiencia y 7 enfermeras especialistas de esta unidad. Tras la realización de entrevistas en profundidad a los pacientes, grupos de discusión entre las enfermeras y diarios de campo, surgieron 4 categorías coincidentes: ²⁸

- Las competencias profesionales.
- Los cuidados humanos.
- Los cuidados técnicos.
- Los cuidados continuados.

Las percepciones de ambos grupos coincidieron tanto en las dimensiones como en la definición del cuidado satisfactorio. Concordaron, también, en que los cuidados de enfermería son satisfactorios y cubren las necesidades cuando se combinan las técnicas científicas con los cuidados holísticos y personalizados, dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza. A su vez, las enfermeras resaltaron la importancia de tener los conocimientos y actitudes necesarias para atender a los pacientes críticos en su totalidad.²⁸

5. UCI DE PUERTAS ABIERTAS

La mayoría de los artículos utilizados para esta revisión coinciden en la necesidad de abrir las puertas de las UCI. ^{1,20, 22-24,26}

La cultura restrictiva de las unidades, sumada a la gran instrumentalización que requieren los cuidados, aumenta la disminución del cuidado humanizado por parte de los sanitarios, derivando en una notable despersonalización. ²⁴

Dan importancia a la eliminación del horario restringido, cambiando el diseño y la organización, mejorando la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, centrándose en el cumplimiento de sus necesidades emocionales y personales. ^{1,26}

Evidencian, que, a nivel nacional, el 67,7% de las UCI continúan con un régimen restringido de visitas, 2 al día, en contraposición, solo el 4% tienen un horario abierto las 24h, o un horario abierto durante el día 9,8%. Sin haber ocurridos cambios significativos en los últimos 10 años. ¹⁶

Declaran en sus estudios que la política de puertas abiertas aumenta la sensación de los pacientes y familiares de tener sus necesidades y demandas cubiertas. ^{22,23,28}

La revisión narrativa de Khaleghparast, Joolaei et al., acerca de las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas realizado en Irán, comenta la controversia que existe entre los estudios que afirman que las visitas deben ser posibles en cualquier momento del día, y la declaración de otros que aseguran que es más importante preservar la privacidad y dignidad de los pacientes con un horario de visitas restringido. Estos autores coinciden en que la presencia familiar a cualquier hora del día resulta útil para el cuidado del paciente, debiendo personalizar un horario de visitas programado para cada uno de ellos. ¹⁷

Basándose en los beneficios que otorga la apertura de puertas en las unidades de cuidados intensivos y el proyecto HUCI, nace, en 2018, en la unidad de cuidados intensivos del hospital Infanta Margarita (Córdoba), el proyecto “1 año, 12 meses para 12 compromisos”. ²⁹

En dicho proyecto, se plantean como objetivos dar a conocer la especialidad de Medicina Intensiva, mejorar la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, fomentar la motivación en el trabajo, y buscar herramientas para cuidar a los profesionales. Cada mes, el hospital realiza diversas intervenciones como abrir las puertas de las UCI, hacer entrevistas a pacientes y familias sobrevivientes al ingreso en la unidad, o sesiones de musicoterapia. El proyecto aún sigue vigente, ampliándose y en evaluación, con la realización de encuestas a los colaboradores un año después.²⁹

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión de literatura muestran la existencia de un gran número de estudios que evalúan las opiniones de familias y profesionales acerca de la implantación de puertas abiertas, pero muy pocos hablan de la perspectiva del paciente. Teniendo en cuenta que los pacientes son el objetivo del cuidado sanitario, sin dejar de lado la importancia del cuidado al familiar, se considera importante la realización de estudios centrados en ellos.

Pese a que Stefano Fumagalli et al. demostraron en su estudio que la separación familiar aumentaba la incidencia de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, su estudio se centró únicamente en el ámbito cardiovascular¹⁴. No se ha encontrado ningún otro estudio que investigase los efectos sistémicos que esta implantación ejerce sobre las personas.

Respecto a la demanda de los familiares de una comunicación más clara y concisa, sorprende la falta de formación de los profesionales de enfermería para dar información y su temor por entrar en conflicto con el equipo sanitario²¹. Se considera necesario realizar actividades para la obtención de habilidades en este ámbito, así como establecer una mejor comunicación médico-enfermera para consensuar la información que se puede y debe otorgar.

Como comentan Velasco Bueno, Alonso-Ovres et al., se valora positivamente la participación familiar en el cuidado del paciente¹⁸. La familia se convierte en un “aliado” de los sanitarios. Si bien la familia carece de formación para técnicas como el aseo o la higiene del paciente, la responsabilidad educadora de los enfermeros debe llevarlos a la creación de protocolos y actividades de enseñanza en este campo.

Otra de las variables poco investigadas hasta ahora es la estructura de las UCI. Martínez Toquero y Llauradó Saera¹ destacan la necesidad de descansar correctamente que refieren los pacientes, achacando los despertares frecuentes al ruido y la luz de esta estructura. Se plantea disminuir el ruido y la luz ambiental, con la colocación de barreras acústicas y lumínicas como cristales y biombos. Como comentan Zaforteza Lallemand, Prieto González et al.²¹, la estructura abierta de estas unidades dificulta la preservación de la intimidad del paciente.

Mejorar la división de los boxes (biombos, cortinas etc.), debería ser un planteamiento obligatorio a la hora de abrir una UCI.

Aunque existe literatura informando acerca de la perspectiva de los sanitarios, no se ha encontrado información sobre el aumento o disminución de la complejidad de la atención, de errores técnicos en presencia de un horario de puertas abiertas o de un aumento de infecciones nosocomiales o de otro tipo. Considerando los resultados de Da Silva Ramos, Rego Lins Fumis²⁷ entre otros, destaca que los profesionales se sienten obstaculizados por las familias a la hora de realizar las técnicas y los cuidados. Se comprende esta situación, y se propone personalizar las visitas de tal forma en la que estas no comprometan a la realización correcta de las técnicas y los cuidados. Con la creación de protocolos y personalización de las visitas, no sería necesario restringir los horarios, y tanto profesionales como familia se beneficiarían de ello.

Pese al paso de los años, en España la mayoría de los centros permanecen con un régimen de horario restringido de visitas, justificándose en la incomodidad de los profesionales para trabajar delante de tantas personas, en estructuras físicas como el box que no están preparadas para preservar la intimidad de otros pacientes, en la generación de ansiedad en la familia al ver los procedimientos invasivos y en el entorpecimiento de los cuidados enfermeros.⁷

En base a los resultados obtenidos, cabe destacar el papel de Enfermería en la humanización de los cuidados intensivos; como principales cuidadores, tienen la responsabilidad de cubrir las necesidades y demandas de pacientes y familiares.

CONCLUSIONES

- La implantación de puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos mejora la comunicación con los profesionales sanitarios y aumenta la sensación de bienestar y control en pacientes y familiares.
- La eliminación de los horarios restringidos en UCI puede disminuir la incidencia de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico en pacientes cardiopáticos.
- Tanto pacientes como familiares y profesionales están a favor de la implantación de puertas abiertas en las UCI, teniendo en cuenta los cambios que deben hacerse para que ello funcione correctamente.
- Mejorar la infraestructura de la unidad, así como la comunicación interprofesional y con pacientes y familia, es esencial para fomentar la implantación de puertas abiertas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med intensiva [Internet]. 2014 [Citado 6 Feb 2019]; 30(6): 337-402. Disponible en: <http://bit.ly/2RQziKD>
- 2- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23º ed. Madrid. 2014 [Actualizado en 2018; Citado 6 Feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2xqjFQQ>
- 3- Enciclopedia de la salud.com. [Internet] Tarragona: Classe Q.S.L [Actualizado en 16 Feb 2016; citado 6 Feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/303EFZU>
- 4- Palanca Sánchez I, Esteban de la Torre A, Bernal Sobrino J, Elola Somoza J, León J. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones [Internet]. 1ª ed. Madrid. Ministerio de sanidad y política social. 2018 [Citado 3 Abr 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2XlgPWi>
- 5- Khaleghparast S, Jooalee S, Bahrani N, Peyrovi H, Maleki M. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 [Citado 6 Feb 2019]; 8(6): 267-76. Disponible en: <http://bit.ly/2YuPdRz>
- 6- Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enf Intensiva [Internet]. 2014 [Citado 8 Feb 2019]; 25(2): 72-7. Disponible en: <http://bit.ly/2Xq1DxB>
- 7- Escudero D, Martín I, Quindós B, Forcelledo L, Del Busto C, Rodríguez-García R. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. Med Intensiva [Internet]. 2015 [Citado 08 Feb 2019]; 40 (3):197-9. Disponible en: <http://bit.ly/2xoUA91>
- 8- Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos Asamblea General de la ONU. París. 1948 (217 [III] A). [Citado 8 Feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2xtl3lW>
- 9- Naciones Unidas. Promoción de los derechos del paciente europeo. Ámsterdam. 1994 [Citado 8 Feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2Jc4LVf>
- 10- Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Huci se escribe con H de HUMANO. Enf Intensiva [Internet]. 2014 [Citado 8 Feb 2019]; 25(4): 123-4. Disponible en: <http://bit.ly/2Ja96YR>
- 11- Gálvez Herrero M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HU-CI. Med. Segur. Trab. [Internet]. 2017 [Citado 9 Feb 2019]; 63: 247. Disponible en: <http://bit.ly/2YuP5BB>
- 12- Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirados a nuevas realidades. Ética de los Cuidados [Internet]. 2017 [Citado 9 Feb 2019]; 10(20). Disponible en: <http://bit.ly/2xubOle>

13- Grupo de trabajo de verificación del proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [Acceso 5 de Julio 2019] Disponible en: <http://bit.ly/2XB9vYa>

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. Aha Journals [Internet]. 2006 [Citado 2 Jul 2019]; 113(9): 946-952. Disponible en: <http://bit.ly/2RPffwn>

14- Heras La Calle G, Zafortaleza Lallemand C. HUCI se con H de Humano. Enf Intensiva [Internet]. 2014 [Citado 18 Abr 2019]; 25(4): 123-172. Disponible en: <http://bit.ly/2Ja96YR>

15- Escudero D, Martín L, Quindós B, Forcelledo L, Del Busto C, Rodríguez-García R. Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI. Med. Intensiva [Internet]. 2016 [Citado 19 Abr 2019]; 40(3): 139-200. Disponible en: <http://bit.ly/2XM57K6> (20)

16- Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. Global J Health Sci [Internet]. 2015 [Citado 18 Abr 2019]; 8(6): 267-276. Disponible en: <http://bit.ly/2JkvaPu>

17- Velasco Bueno JM, Alonso-Ovres A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2017 [Citado 18 Abr 2019]; 42(6):327-396. Disponible en: <http://bit.ly/2NvJSbl>

18- Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Med. Intensiva [Internet]. 2016 [Citado 30 Jun 2019]; 40(9): 525-598. Disponible en: <http://bit.ly/2FQijTX>

19- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio, E. Unidades abiertas de cuidados intensivos: un desafío global para pacientes, familiares y equipos de cuidados críticos. DCCN [Internet]. 2017 [Citado 30 Jun 2019]; 33(4): 191-193. Disponible en: <http://bit.ly/2xvKqmQ>

20- Zaforteza Lallemanda C, Prieto González S, Canet Ferrerb TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Muleta C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enf. Intensiva [Internet]. 2010 [Citado 1 Jul 2019]; 21(1): 11-19. Disponible en: <http://bit.ly/2NKmW8P>

21- Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C. Am J Crit Care [Internet]. 2016 [Citado 18 Abr 2019]; 25: 107. Disponible en: <http://bit.ly/2KXn42e>

22- Diane Chapman D, Dave Collingridge D, Lorie Mitchell L, Wright E, Ramona Hopkins R, Jorie Butler J. Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile Intensive care unit. AJCC Journals [Internet]. 2016 [Citado 19 Abr 2019]; 24(1): 46-50. Disponible en: <http://bit.ly/2YwCPjO>

- 23-** Martínez Toquero J, Llauradó Serra M. Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Metas Enferm* [Internet] 2017 [Citado 18-04-2019] 19(10): 63-70. Disponible en: <http://bit.ly/2XmWS84>
- 24-** Jouot T, Challan-Belval A, Floccard B, Rimmelé T. Intensive care unit staff Will not go back to restricted visiting hours. *BJA Journals* [Internet]. 2015 [Citado 19 Abr 2019]; 115(2): 319-320. Disponible en: <http://bit.ly/2JphpPi>
- 25-** Netzer G, Iwashyna T. Fair Is Fair: Just Visiting Hours and Reducing Inequities. *ATS Journals* [Internet]. 2017 [Citado 19 Abr 2019]; 14(12). Disponible en: <http://bit.ly/309r6YR>
- 26-** Da Silva Ramos FJ , Rego Lins Fumis R, Pontes Azevedo LC , Schettino G. Percepciones de una política de visitas abiertas por los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos. *Ann Cuidados Intensivos* [Internet]. 2013 [Citado 1 Jul 2019]; 3:34. Disponible en: <http://bit.ly/2xDbxNb>
- 27-** Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hilo P, De la Cueva-Ariza L, Solá-Solé N, Acosta-Mejuto B et al. Percepción de las enfermeras de la UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enf Intensiva* [Internet]. 2015 [Citado 18 Abr 2019]; 26-(1): 3-14. Disponible en: <http://bit.ly/2RSeWkm>
- 28-** De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un Proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Intensiva* [Internet]. 2018 [Citado 19 Abr 2019]; 42(2): 99-109. Disponible en: <http://bit.ly/2xuq9Oy>

ANEXOS

Nombre del estudio	Principales demandas informativas de los pacientes ingresados en Unidades de cuidados intensivos
Autores	Velasco Bueno JM, Alonso-Ovres A, Heras La Callec, Zaforteza Lallemand C, Equipo de investigación del Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos)
Año / Lugar	2017/ España
Tipo de estudio	Análisis cualitativo de validación de contenido; estudio descriptivo transversal
Sujetos de estudio	205 enfermeras/os, 203 familiares y 151 médicos de 41 UCIS españolas
Objetivos	Elaborar un catálogo de demandas informativas priorizadas por los familiares, conocer qué profesionales consideran estos que pueden responder a estas demandas y explorar las diferencias de criterio entre familiares y profesionales
Resultados	Según el orden de prioridad otorgado por los participantes a las 85 preguntas, las 20 más importantes hacen referencia a las posibilidades de supervivencia, evolución esperable y posibles secuelas (1. ^a , 2. ^a , 3. ^a , 7. ^a , 9. ^a , 10. ^a y 12. ^a en el orden de prioridad), a la necesidad y gestión de la información (4. ^a y 8. ^a), al plan terapéutico (5. ^a , 14. ^a , 15. ^a , 17. ^a , 18. ^a), al estado y bienestar del paciente
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - Las cuestiones más relevantes para las familias fueron pronóstico y gravedad, pero también la necesidad de información - Los profesionales sanitarios tendemos a subestimar la importancia de muchas de las cuestiones que preocupan a las familias. Los familiares consideran que la mayoría de sus inquietudes pueden ser resueltas indistintamente por médicos o enfermeras/os

Nombre del estudio	Necesidades de los familiares de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos con visitas continuas
Autores	Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field Robbie Patterson T , Johnson C
Año / Lugar	2016/ Atlanta
Tipo de estudio	Estudio exploratorio y descriptivo
Sujetos de estudio	45 miembros de familias ingresadas en una UCI de neurociencia.
Objetivos	Describir que también se cumplieron las necesidades de los miembros de la familia en una UCI de neurociencia para adultos con una política de visitas continuas y una suite privada contigua para los familiares de los pacientes.
Resultados	<p><input type="checkbox"/> <u>Necesidades más destacadas:</u></p> <p>Más información sobre el paciente, visitar al paciente, tener esperanzas, hablar con un médico cada día y tener la seguridad de que se está brindando la mejor atención al paciente.</p> <p>*La gran mayoría de los miembros de la familia calificaron sus necesidades como cumplidas para todos los elementos de la encuesta y reportaron un alto nivel de satisfacción con la atención</p>
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - Una de las principales necesidades de los familiares es pasar más tiempo con los pacientes. En cuanto a la información, debería revisarse su accesibilidad fuera del horario de visitas, y la que se ofrece sobre los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. - Respecto a la satisfacción, en general, los familiares se mostraron altamente satisfechos con la atención recibida, sobre todo con el trato de las enfermeras. En cualquier caso, estas profesionales deberían favorecer la participación de la familia en los cuidados del paciente

Nombre del estudio	Una revisión de la política de visita en las unidades de cuidados intensivos
Autores	Shiva Khaleghparast, Soodabeh Joolae, Behrooz Ghanbari, Majid Maleki, Hamid Peyrovi, Naser Bahrani
Año / Lugar	2015 / Irán
Tipo de estudio	Revisión narrativa
Objetivos	Investigar las estrategias, los desafíos potenciales y las diferentes dimensiones de las políticas de las horas de visita
Resultados	22 artículos ajustados a los objetivos Algunos estudios indican que las visitas deben ser posibles en cualquier momento y son necesarias, mientras que otros afirman que preservar la privacidad de los pacientes y la dignidad de sus visitantes es imperativo. Los métodos y políticas de visita han provocado muchos argumentos con respecto a cómo se debe gestionar la visita en las UCI. Todavía no se ha aprobado ningún modelo importante para manejar las estrategias de visita.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha llevado a cabo poca investigación y la mayor parte se origina en los Estados Unidos, Europa y, desde 2010, algunos en Irán - Parece que la necesidad de utilizar los resultados de la investigación y las teorías y prácticas emergentes es necesaria para descubrir y cuestionar las creencias y opiniones de las enfermeras sobre la atención orientada a la familia y las visitas a las unidades de cuidados intensivos

Nombre del estudio	Satisfacción con la eliminación de todas las restricciones de visitas en una unidad de cuidados intensivos de perfil mixto
Autores	Chapman D, Collingridge D, Mitchell L, Wright E, Hopkins R, Butler J
Año / Lugar	2016/ California
Tipo de estudio	Estudio observacional prospectivo
Sujetos de estudio	103 familiares (50 antes y 53 después del cambio en las pautas de visita) y 128 enfermeras (61 antes y 67 después del cambio de política)
Objetivos	Determinar si una transición de horas de visita mínimamente restrictivas a no restringidas mejora la satisfacción de los familiares de los pacientes y si dicha transición afecta a la satisfacción de las enfermeras
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Satisfacción familiar:</u> Comparando las puntuaciones de antes y después del cambio de política, mediante el uso de las pruebas t, se observa que las mediciones de la hora de visita y la conveniencia fueron significativamente mayores después del cambio en la política de visitas (4.41 vs 3.87, p <.001) y la medida del ambiente de la sala de espera fue significativamente mayor después del cambio en la política de visitación (3.53 vs 3.17, P = .02). • <u>Satisfacción enfermera:</u> La percepción por parte de las enfermeras sobre la satisfacción de los visitantes fue significativamente mayor después del cambio en la política de visitas (3.94 vs 3.60, P = .03). La puntuación del componente de interferencia familiar no cambió significativamente (3.34 vs 3.35, P = .94)
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - La eliminación de incluso las restricciones mínimas en las horas de visita mejoró la satisfacción familiar y las percepciones de las enfermeras sobre la satisfacción familiar. La satisfacción de las enfermeras no cambió. - Estos hallazgos respaldan las pautas de visitas abiertas y centradas en el paciente en entornos de cuidados críticos

Nombre del estudio	Percepción de las enfermeras de UCI con relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico
Autores	Jover-Sanchoa C, Romero-García M, Delgado-Hitob P, de la Cueva-Arizab L, Solà-Soléa N, Acosta-Mejutoa B
Año / Lugar	2016/ Barcelona
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Sujetos de estudio	3 unidades de Cuidados Intensivos con 34 boxes. Muestreo teórico por perfiles con 19 pacientes mayores de 18 años, con más de 48 horas en UCI y con capacidad de contar su experiencia y 7 enfermeras tras la saturación de datos
Objetivos	Explorar las convergencias y divergencias entre la percepción de las enfermeras y los pacientes críticos, con relación a los cuidados satisfactorios proporcionados y recibidos
Resultados	Emergen 4 categorías coincidentes: Las competencias profesionales, los cuidados humanos, técnicos y continuados La combinación de estos elementos produce sentimientos de seguridad, tranquilidad, sentirse persona permitiendo al paciente una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados
Conclusiones	- Las percepciones de las enfermeras en relación con los cuidados coinciden con las percepciones de los pacientes críticos tanto en la definición como en las dimensiones sobre el cuidado satisfactorio

Nombre del estudio	Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos
Autores	Martínez Toquero, J, Llaurodo Serra, M
Año / Lugar	2016/ España
Tipo de estudio	Revisión narrativa
Objetivos	Describir las necesidades que reconocen tener los pacientes durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y analizar los factores ambientales estresantes percibidos por ellos
Resultados	13 artículos. Las necesidades más detectadas han sido: estar informados sobre su proceso y poder decidir sobre él, poder comunicarse con su familia y los profesionales, tener un buen descanso, disminuyendo los despertares frecuentes y mantenerse en contacto con su familia debido a la gran soledad que sienten
Conclusiones	- Las necesidades que el paciente manifiesta como no cubiertas son sentirse informados, tomar decisiones, descansar y sentirse seguro por la soledad, preocupación y sensación de muerte inminente que padecen. - Los propios pacientes y sus familiares reclaman pasar el mayor tiempo juntos, afirmando que sería muy beneficioso para promocionar el bienestar y el confort de ambos en la UCI

Nombre del estudio	Reducción de las complicaciones cardiocirculatorias con la política de visitas no restrictivas en una unidad de cuidados intensivos
Autores	Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al.
Año / Lugar	2006/ Italia
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Sujetos de estudio	Una UCI con 226 pacientes.
Objetivos	Evaluar sistemáticamente la contaminación microbiana ambiental, las complicaciones sépticas y cardiovasculares, el perfil emocional y la respuesta de las hormonas del estrés diferenciándolas entre el periodo de horario restringido y periodo de puertas abiertas.
Resultados	Los pacientes recibieron más visitas durante el periodo de puertas abiertas. A pesar de una contaminación microbiana ambiental significativamente mayor durante los periodos de puertas abiertas, las complicaciones sépticas fueron similares en los dos periodos. El riesgo de complicaciones cardiocirculatorias fue de 2 veces mayor en los periodos con horario restringido de visitas. El periodo de puertas abiertas se asoció con una reducción en la puntuación de ansiedad.
Conclusiones	- A pesar de una mayor contaminación microbiana ambiental, la liberalización de las horas de visita en las UCI no aumenta las complicaciones sépticas, mientras que puede reducir las complicaciones cardiovasculares, posiblemente a través de la reducción de la ansiedad y un perfil hormonal más favorable.

Nombre del estudio	Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos
Autores	Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M
Año / Lugar	2016/ España
Tipo de estudio	Estudio descriptivo prospectivo
Sujetos principales	Dos grupos: Uno compuesto por el familiar más cercano al paciente de cada paciente ingresado en la unidad más de 48 h. Otro de profesionales sanitarios con antigüedad superior a 3 meses en la UCI
Objetivos	Describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de sus profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar en la unidad
Resultados	Participación del 59% de los familiares. El 91,4% entendió la información recibida, pero un 49,6% no recibió información sobre cuidados de enfermería. El 82,9% estaba conforme. La participación profesional fue del 76,3%. El 59,3% flexibilizaría la política de visitas y para el 78,3% la familia apoya al paciente sin desestabilizarlo. El 62,3% informaba habitualmente a la familia, y el 88% estimaba necesaria la formación en habilidades de comunicación.
Conclusiones	- La información acerca de los cuidados de enfermería resultó insuficiente - Los profesionales reclamaron la necesidad de formarse en técnicas de comunicación

Nombre del estudio	Unidades abiertas de cuidados intensivos: un desafío global para pacientes, familiares y equipos de cuidados críticos
Autores Año / Lugar	Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio, E 2014/ Italia
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica
Objetivos	Describir el estado actual de las políticas de horarios de visita de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a nivel internacional y explorar la influencia de las políticas de visitas abiertas de las UCI sobre las percepciones de los pacientes, visitantes y personal, así como en resultados de los pacientes
Resultados	29 artículos originales. Gran variabilidad sobre las políticas de visitas abiertas en UCI. Porcentaje más alto de UCI abiertas en Suecia (70%) y más bajo en Italia (1%). Los pacientes, los visitantes y el personal parecen estar dispuestos a apoyar los programas abiertos de la UCI, aunque los médicos están más inclinados a mejorar las horas de visita que las enfermeras.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - Gran diferencia de porcentajes de UCI abiertas entre países - Necesidad de más estudios sobre el impacto de los programas abiertos de UCI en la mortalidad de los pacientes, la duración de la estancia, el riesgo de infecciones y la salud mental de pacientes y familiares

Nombre del estudio	Percepciones de una política de visitas abiertas por los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos
Autores Año / Lugar	Da Silva Ramos FJ, Rego Lins Fumis R, Pontes Azevedo LC y Schettino G. 2013/ Brasil
Tipo de estudio	Estudio observacional descriptivo
Sujetos principales	Médicos, enfermeras y RT de la UCI del Hospital Sirio Libanes en Sao Paulo, Brasil.
Objetivos	Evaluar las percepciones de los médicos, enfermeras y terapeutas respiratorios (RT) de un OVP y cuantificar los tiempos de visita en una unidad privada de cuidados intensivos (UCI) de Brasil
Resultados	El 53,3% de los participantes no cree que la política de puertas abiertas (OVP) aumente de forma consistente la satisfacción de la familia con la atención del paciente. El 59,4% de los trabajadores de la UCI cree que la OVP afecta la organización de la atención del paciente. El 72.7% de los participantes cree que su trabajo sufre más interrupciones debido a la OVP. El tiempo medio de visita por día fue de 11.5 horas.
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - El mayor impacto de la OVP es el beneficio para los pacientes más que para la familia o el personal. - Sienten que necesitan capacitación en comunicación para interactuar mejor con los miembros de la familia que están presentes en la UCI las 24 horas del día

Nombre del estudio	Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas
Autores	Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C et al.
Año / Lugar	2009/ España
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Sujetos de estudio	40 profesionales de dos unidades de cuidados intensivos españolas
Objetivos	Conocer las características de la atención a los familiares en la unidad. Alcanzar el consenso sobre las áreas de acción-intervención en esta unidad.
Resultados	Se elaboraron 2 documentos: 1) diagnóstico de situación en el que se describe la situación actual de la atención de los familiares y 2) 10 propuestas de cambio, de las que se priorizaron 5: difusión entre los profesionales de la evidencia sobre familiares en la UCI a través de una sesión y la entrega de trípticos informativos, mejora de los procesos de información protección de la intimidad de los pacientes y disminución del ruido ambiental, plan de formación para los profesionales y cambio en la política de visitas.
Conclusiones	- El uso de metodologías de consenso permite priorizar y diseñar estrategias de cambio adecuadas al contexto en el que se van a aplicar