



**Universitat de les
Illes Balears**

¿Tiene impacto en los usuarios de las UCI de adultos el régimen de visitas abierto?

Alejandro Aparicio Díaz

43.142.414 A

Tutora: Cristina Moreno Mulet

Memòria del Treball de Final de Grau

Paraules clau: UCI adults, règimen de visites obert, família, mascotes

Estudis de Grau d'Infermeria
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Resumen

Introducción: Tradicionalmente, las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos (UCI) han restringido sus visitas basándose en una cultura tecnológica del cuidado del paciente y en la organización de las unidades en función de los profesionales.

Objetivos: Conocer qué efectos tiene sobre paciente y familia el cambio en la restricción de visitas, definir el régimen de visitas abierto y el concepto familia han sido los objetivos de este trabajo.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: Se llevó a cabo una revisión sistemática en IBECs, PubMed, CINAHL y Cochrane, y una revisión no sistemática en el banco de preguntas de la Biblioteca Virtual Murcia Salud, así como en referencias de los artículos hallados en la revisión sistemática.

Conclusiones: el régimen abierto es una denominación para una gran variedad de regímenes de visita, que limitan en mayor o menor medida las condiciones de visita a los pacientes de las UCI. Existe el consenso de que la mejor política de visitas es la que el paciente elige, tanto de horarios de visita como de personas. La evidencia recoge que la flexibilización de horarios supone multitud de beneficios bio-psicosociales para el paciente, supone una reducción del impacto emocional y del estrés para la familia, permite su inclusión en los cuidados y facilita su individualización. El concepto de familia se ha ampliado hasta difuminar la frontera de los lazos de sangre para establecerse en los seres con los que se tiene un vínculo significativo llegando, incluso, a los animales de compañía.

Introducción

La posibilidad de participar brevemente como becario, durante mis estudios de la Diplomatura de Enfermería, con la Dra Zaforteza y sus trabajos centrados en los familiares de los pacientes de las UCI de adultos, junto con mi experiencia profesional, con la que he podido constatar que en las unidades de urgencias de adultos y UCI se restringe sistemáticamente la presencia de familiares junto a sus seres queridos, han sido las motivaciones para plantear la pregunta de este Trabajo de Fin de Grado.

Según Catherine Plowright¹, desde los años 60, la política de visitas propuesta por el Servicio Público de Salud de los Estados Unidos para las Unidades de Cuidados Intensivos, sugería la restricción a períodos 5 minutos cada hora, y según diversos

estudios, tres décadas después, esa misma restricción en las políticas de visita fue identificada en muchas unidades del Reino Unido.

Existe una gran asimetría en cuanto a los avances en este campo. Mientras en el Reino Unido la restricción en las visitas es llevada a cabo por más del 90% de las unidades², en Nueva Inglaterra (E.E.U.U.) está en torno al 70%³ y en España suponen el 95%⁴. Por el contrario en países como Dinamarca la visita abierta es habitual⁵.

Pese a la evidencia, las UCI españolas no están promoviendo los cambios para atender las necesidades de las familias debido a una cultura tecnológica, que excluye a los familiares de la agenda de las enfermeras⁶ y la organización centrada en el profesional⁷.

Consecuentemente, el abandono del modelo basado en la autonomía del paciente-familia como unidad es patente, optando por un modelo organizativo paternalista⁷⁻⁸.

Objetivos

En primer lugar, es necesario definir qué es el régimen abierto de visitas y sus especificidades.

En segundo lugar, hay que determinar si el régimen de visitas abierto genera impacto en los usuarios. Desde una perspectiva integral, el término “usuario” hace referencia tanto a aquellas personas que precisan ingreso hospitalario (pacientes) como a sus seres queridos (familiares). Por tanto, dos objetivos se desprenden: ¿qué impacto tiene en los pacientes el régimen de visitas abierto? ¿Y en los familiares?

Para acabar, con el ánimo de concretar el contexto, resulta interesante plantear qué se entiende por familiares.

Para responder satisfactoriamente a la pregunta que plantea este Trabajo de Fin de Grado, cuatro han sido los objetivos que se plantean:

- Definir “régimen abierto de visitas”.
- Determinar el impacto del régimen abierto en los pacientes.

- Determinar el impacto del régimen abierto en los familiares.
- Definir el concepto de “familiares”.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una revisión sistemática en la bases de datos IBECS, PubMed, CINAHL y Cochrane, imponiendo como límites que los artículos no tuvieran una antigüedad superior a 10 años (posteriores a 2003) y los idiomas de publicación fuesen inglés y español. En CINAHL, además, se limitó la búsqueda a los artículos con texto completo. Se utilizaron los descriptores “visitors to patients”, “Intensive Care Units”, “Intensive Care Units/standards” “family”, “visitas a pacientes”, “cuidados intensivos”, “familia”, así como las palabras clave “visiting policy”. Las palabras fueron combinadas mediante el operador booleano “AND” tal como se puede ver en el Anexo I.

Fueron eliminados los artículos duplicados.

Se establecieron como criterios de inclusión que la bibliografía encontrada tratase sobre UCI de adultos o unidades similares y que su contenido tuviese relación con los objetivos del trabajo. Como criterios de exclusión se estipularon los artículos que tratasen sobre UCI pediátricas y los que se sustentasen, únicamente, en la opinión de las enfermeras de las UCI sobre los horarios de visita.

Se realizó una revisión no sistemática en el banco de preguntas de la Biblioteca Virtual Murcia Salud sobre la incidencia de las visitas en las UCI y unidades de hospitalización. También se accedió a algunos artículos referenciados en la bibliografía hallada en la revisión sistemática.

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Tras la revisión sistemática, veinticinco artículos fueron seleccionados, tres artículos fueron elegidos en la revisión no sistemática y tres preguntas fueron encontradas en el banco de preguntas de la Biblioteca Virtual Murcia Salud.

Un estudio descriptivo transversal⁴ realizado con el análisis de 98 UCI españolas define la política restrictiva de visitas como un número fijo de visitantes en un período específico común para los familiares de todos los pacientes.

Las variables tenidas en cuenta para diferenciar las políticas de visitas fueron:

- el número de visitas al día
- duración de cada una de ellas
- número de familiares que entran en cada visita de la unidad a ver al paciente
- número de familiares que lo hacen de forma simultánea
- número de veces que se informa al día y cuál es el profesional de la unidad responsable de dar la información
- utilización o no de información escrita y telefónica como apoyo a la información directa
- medidas que adoptan los familiares en ciertos cuidados
- localización de la sala de espera
- existencia o no de protocolos para la atención a familiares

El estudio reflejaba que en un 5,1% (n=5) de las UCI se permitía la libertad de entrada y que la duración solía ser de media hora en la mayoría de los casos.

La implicación de los familiares en ciertos cuidados se limita en el 42% de los casos a coincidir las horas de visita con las comidas.

Finalmente, se concluye que pese a la gran variabilidad de la organización de las visitas en las UCI españolas, el patrón habitual es restrictivo, manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo cuidador.

Errasti-Ibarrondo et al⁹ llevó a cabo revisión de la bibliografía sobre los potenciales efectos de la visita abierta en los familiares del paciente crítico adulto. Pese a los distintos regímenes de visita identificados en la bibliografía (cerrada, abierta, flexible, contractual, estructurada, etc) opta por utilizar de forma indistinta los términos “flexible” y “abierto” considerando, según Gianini, que una UCI es cerrada cuando el

acceso sea restringido en cuanto al número de visitas y duración de las mismas, limitando o excluyendo la presencia de la familia, amigos cercanos o personas que el paciente considera que son significativas para él, generalmente a no más de una hora diaria.

Así mismo, esta revisión destierra el concepto familia basado en lazos de sangre y considera a cualquier persona, con la que el paciente tenga una relación significativa, parte de ella.

Sobre la visita flexible se asegura que incrementan la satisfacción familiar debido a poder estar más tiempo con el paciente; que el acceso abierto al paciente reduce la presencia de ansiedad y estrés; que se satisface la necesidad de información por una mejora significativa de la comunicación familia-personal sanitario; que los familiares puedan ver el trabajo llevado en la UCI refuerza la convicción de que su ser querido está siendo bien cuidado; que la proximidad, el poder ver al paciente con regularidad y mantener el contacto físico son necesidades especialmente relevantes en casos de pacientes al final de su vida; que la flexibilidad de horario en las visitas posibilita el continuar con su vida y hacer las visitas cuando les venga mejor; que la política de visita flexible permite a que la familia participe en el cuidado del paciente crítico en actividades como la nutrición o el aseo.

Se advierte que no todos los pacientes quieren o necesitan ser visitados constantemente y que cada familia puede tener distintas necesidades y que por ello se recomienda que el horario sea acordado entre el paciente, la familia y la enfermera, pero teniendo en cuenta el mejor interés del paciente.

Una revisión sistemática¹⁰ que pretendía evaluar y sintetizar la mejor evidencia en modelos de visita en UCI de adultos y su relación con los conceptos nucleares del modelo de los cuidados centrados en el paciente y familia también recalca que el horario abierto de visitas no implica dejar las puertas abiertas a cualquiera y cualquier hora, y que el paciente debe determinar quién es su familia y cuándo pueden visitarle.

Ante la diversidad de regímenes de visita no restringidos, también se opta por entender como sinónimos “visita abierta” y “horario flexible”.

Entre todos los estudios analizados se halló evidencia de que la política de visitas es percibida como una guía, no como normas, influenciada por la enfermera para su propio

beneficio y el del paciente. Por ejemplo, en la mayoría de estudios, en casos de final de vida, se produce esa flexibilidad de las normas/política de visitas.

Se concluye que la evidencia sugiere que la política de visitas perfecta no existe y que el hecho de visitar significa cosas diferentes para pacientes, familiares y enfermeras.

Una guía de práctica clínica⁸ critica el abandono del modelo basado en la autonomía del paciente para desembocar en un modelo paternalista.

Así mismo, indica que entre las necesidades de la familia del paciente de UCI está el poder visitar a su familiar en cualquier momento y esto es más importante que otras necesidades o comodidades. Las políticas de visita abierta/flexible e informar a la familia regularmente son algunas de las necesidades más importantes de las personas con seres queridos en las UCI.

En esta guía, también cita una serie de estudios descriptivos que no demuestran ninguna razón fisiológica para restringir las visitas e incluso que la familia mejora la sintomatología de pacientes con daño neurológico reduciendo la presión intracraneal.

Además, se asegura que no hay evidencia en contra de la visita de mascotas siempre que estas estén limpias e inmunizadas. Grado de recomendación: B
Destacan dos recomendaciones sobre la presencia de familiares durante las maniobras de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP):

Recomendación 1: Las instituciones desarrollan procesos estructurados para permitir la presencia de familiares durante la RCP de sus seres queridos que incluya una reunión con el equipo. Grado de recomendación: C

Recomendación 2: El equipo de resucitación incluye a un miembro designado y entrenado para apoyar a la familia durante la resucitación presenciada por la familia. Grado de recomendación: D

Una revisión sistemática centrada en los beneficios de los horarios flexibles¹¹ destaca que reduce los niveles de ansiedad, aumenta la satisfacción de los miembros de la familia que pueden adaptar mejor sus horarios al de las visitas, facilita la comunicación entre la familia y el equipo de la UCI, permite que la familia otorgue un apoyo emocional que no siempre puede ser aportado por las enfermeras, incrementa el

descanso de los pacientes ya que pueden descansar entre visitas y no verse forzados a mantenerse despiertos en un horario establecido y favorece la posibilidad de reducir complicaciones cardiovasculares dado que disminuye la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea e intracraneal.

Un estudio descriptivo exploratorio sobre las preferencias de los pacientes de una UCI cardíaca¹² (con horario de visita contractual) y una *step down unit* (SDU) cardíaca (con horario de visita de 13 a 20h) recogía que los pacientes de la UCI identificaron, significativamente, más beneficios de las visitas que los pacientes de la SDU.

Los pacientes de la UCI coincidieron en que las visitas les proveen asistencia y confort cuando se sentían más vulnerables, les distrae de la hospitalización y que ayudan a los profesionales aportando información personal y sanitaria útil.

Del estudio también se extrae que los pacientes prefieren que las visitas no sean por la mañana porque entienden que es el momento en el que se llevan a cabo los cuidados, pruebas diagnósticas y las visitas médicas. Con esto, los pacientes prefieren que las visitas sean por la tarde, hasta antes de la cena, y que duren entre 45 y 70 minutos, una duración similar a la de otros estudios.

Pacientes de la SDU manifestaron que las visitas afectaron su descanso y que aumentó su dolor, más que los pacientes de la UCI. Hay que destacar que todos los pacientes de la UCI estaban en habitaciones privadas mientras que en la SDU eran semiprivadas.

Un estudio cualitativo danés⁵, llevado a cabo mediante 11 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de UCI menciona que estas unidades, en Dinamarca, se rigen por un horario de visita abierto con una serie de limitaciones: cambios de turno, rondas, durante el tiempo de descanso del paciente a mediodía (12 a 14h) y durante procedimientos especiales. No obstante, las enfermeras de UCI juegan un papel de portera, una tarea de gran responsabilidad y poder, lo cual queda muy de manifiesto a la hora de hacer excepciones en la política de visitas en caso de final de vida.

El término “familia” es entendido desde una perspectiva amplia que va más allá de los lazos de sangre y llega hasta aquellas personas que son cercanas al paciente.

Una investigación cuantitativa y cualitativa sobre las UCI de los hospitales de la región de New England³ (EE.UU.) concluyó que pese a la evidencia a favor de la liberalización en las restricciones de los horarios de visita, un 68% de las UCI mantenían una política de visitas restrictiva.

La mayoría también restringían el acceso por motivos de edad, siendo 12 años la cifra más extendida. El 85% tenían como tope un número máximo de visitantes a la vez, siendo dos la opción más habitual.

El estudio también indicaba que entre las UCI sin restricción de horario también había unidades en las que estaba restringido el acceso por motivos de edad o el número máximo de visitantes.

En un trabajo cualitativo llevado a cabo bajo la metodología de grupo focal¹³, los familiares de los pacientes creyeron que ellos son quien mejor conocen a sus seres queridos, quienes están en la mejor posición para darles apoyo emocional y quienes inician una intervención al detectar, mediante su actitud vigilante, las necesidades de sus seres queridos, tales como un cambio postural.

Los familiares desean tener acceso continuo al paciente, pero entienden que el personal necesita tiempo para llevar a cabo exploraciones, pruebas diagnósticas o tratamientos. No obstante, preferirían tener la opción de posponer o retrasar su visita en caso que el paciente estuviese indispuerto (durmiendo o en algún procedimiento).

Las autoras aseguran que las visitas como un privilegio y no como un derecho no es algo fuera de lo común en las UCI, donde dependiendo de la actitud de las enfermeras algunas familias salen claramente beneficiadas mientras otras viven el estrés de la rigidez de las reglas.

En una guía de la American Association of Critical-Care Nurses¹⁴, respaldan sus recomendaciones de acciones para la práctica enfermera con literatura que evidencia que la creencia, por parte de las enfermeras, que las visitas aumentan el estrés

fisiológico y la interrupción de los cuidados, que son mentalmente agotadoras para paciente y familiares y que contribuyen al aumento de las infecciones, no está demostrada.

Sin embargo, respecto al paciente, sí que hay evidencia de que la visita flexible reduce la ansiedad, confusión y agitación, las complicaciones cardiovasculares y los días de ingreso, que aumenta la sensación de seguridad y que incrementa la satisfacción del paciente. Sobre la familia, también se evidencia que el régimen abierto de visitas aumenta la satisfacción, reduce la ansiedad, promueve una mejor comunicación, contribuye a un mejor entendimiento del paciente, permite involucrar más a la familia en los cuidados y no está asociado a aumento en la duración de las visitas. Igualmente, se critica la restricción de las visitas a los niños, fundamentándose en trabajos que ponen de manifiesto que es recomendable que visiten a sus familiares excepto si tienen enfermedades contagiosas.

Los resultados de un estudio observacional prospectivo exploratorio en una UCI sueca¹⁵ reflejaron que un 25% de los pacientes no tuvieron visitas, que la mayoría de las visitas eran sólo del cónyuge (23%) o del cónyuge y los hijos (20%). En este estudio, el 83% de las visitas duraron 2h/día mientras que sólo el 17% fueron >2h/día. El 47% de las visitas de los pacientes que fueron visitados duraron 30 minutos.

En el posicionamiento de la British Association of Critical Care Nurses¹⁶ podemos leer que no hay evidencia para relacionar las visitas con el aumento de infecciones, y que además de aportar energía positiva al paciente, puede proporcionar información a las enfermeras que facilite la individualización de los cuidados.

El artículo contrapone que así como los visitantes “psicológicamente equilibrados” pueden ayudar a tener un efecto positivo fisiológico en el proceso de recuperación, algunas visitas perturban el descanso de los pacientes incrementándoles el dolor. Así, el grupo de expertas que llevó a cabo esta declaración determinó que es importante respetar los derechos de los pacientes y permitirle elegir cuando sí y cuando no quieren visitas.

Respecto a la visita de niños, se menciona que puede ser divertido y ayudar al paciente a sentirse seguro, pueden mantener la identidad social del paciente

Las autoras sugieren la presencia de mascotas, siempre que cumplan una serie de condiciones.

Un estudio en una UCI de quemados de Kentucky¹⁷ evidenciaba que la tasa de infección por organismos multiresistentes tras la incorporación de los familiares a las curas y cambios de apósitos, no sólo no aumentó sino que disminuyó.

El 87,8% de los pacientes quemados indican que el apoyo familiar fue muy importante para su recuperación e incluso, se apunta que el apoyo social pudiese contribuir a mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes quemados. En cualquier caso, se da por sentado que el apoyo familiar también puede disminuir el riesgo de problemas psicosociales a largo plazo, tales como estrés postraumático, depresión, barrera financiera y ansiedad.

Un ensayo de Catherine Plowright¹ aboga por la liberalización/flexibilización de las políticas de visita, incluyendo el acceso de los niños que visitan a sus seres queridos.

La autora carga contra el mito del aumento de infecciones producidas por las visitas (adultos y niños) y lo desmonta al no encontrar evidencia que soporte esas creencias.

Finalmente hace una llamada a la empatía de las enfermeras hacia los pacientes y las personas que les visitan, concluyendo que las enfermeras no pueden escudarse en el control de infecciones para restringir el acceso a las UCI, que cada caso debe ser valorado de forma individual y que si es posible, el paciente crítico debe articular cómo quiere ser visitado.

En una carta al editor de Intensive Care Medicine¹⁸, se explicaba la experiencia del cambio de régimen de visitas restringido (5h en dos turnos) a un régimen abierto (24h) de una UCI de 12 camas. Mediante la comparación de los resultados de una encuesta de satisfacción, se concluyó que, en general, el nivel de satisfacción de los familiares aumentó con la eliminación de restricciones, y en especial, en los conceptos “los

profesionales se preocupan por mi familiar”, “los profesionales se preocupan en cómo estoy” y “me siento bienvenido en la UCI”.

Una carta al editor¹⁹ se apunta que el concepto de familia del paciente crítico es relativamente sencillo de definir en un contexto marital, conforme el esposo/a es la primera persona legalmente aceptada como la persona más cercana al paciente.

La autora también arroja algunas cuestiones como qué grado de decisión debe tener la pareja del paciente de UCI si es del mismo sexo, o si debemos permitir la participación activa en los cuidados a personas que ejerzan la medicina tribal si lo solicita un paciente de origen africano o asiático y su familia o si se debe permitir que un perro lazarillo permanezca junto a la cama de su dueño.

En una carta²⁰ se describe el caso de una UCI en la que se permitió a un perro lazarillo estar junto a su dueño, quien finalmente murió. Se refuerza la posición a favor de esta política recordando que la literatura evidencia que el acariciar animales reduce la presión arterial producida por el estrés mental, produce una sensación de bienestar y reduce la ansiedad.

Un artículo ofrece una guía de recomendaciones en el diseño de una UCI²¹ y presta especial atención a las necesidades de las familias. En cuanto a la organización, sugiere tener en cuenta la forma de integrar a la familia en el cuidado de los pacientes, tener en cuenta el mobiliario adecuado para poder pasar la noche junto a ellos e incluso los protocolos ante la visita de mascotas.

Una encuesta sobre los horarios de visita en las UCI del Reino Unido² refleja que la gran mayoría (93,2%) de unidades restringen a 2 el número de visitantes, que un 1,5% no lo hacen y el resto determinan el número de visitantes en función de las circunstancias.

Casi todas las unidades (96,1%) permiten aumentar el número de visitantes en caso de agonía y muerte del paciente, Un 3,9%, de las unidades que respondieron la encuesta, no permitían la visita de niños y más de la mitad de la mitad (57,8%) tienen implantado

un horario de silencio. De estas, un 89,7% de las unidades restringen las visitas durante este periodo.

El estudio también hace referencia a un trabajo en el que el 11% de las UCI tienen políticas de visita para niños y se cree que es debido a la intención de proteger a los niños de infecciones o de estrés, lo cual no está fundamentado por ninguna evidencia, ya que hay estudios que afirman que los niños a los que se les permite visitar a sus familiares ingresados tienen menos comportamientos negativos y cambios emocionales que los niños a los que se les prohibió.

Este trabajo también contempla, de alguna manera, la política de llamadas telefónicas de los familiares como una variante de la política de visitas. Menciona que una política de llamadas libre llega a suponer un inconveniente para el personal de enfermería y menciona que una llamada de la enfermera a los pacientes, a una hora específica o acordada, para aportar información reduce el número de llamadas de las familias sin comprometer su satisfacción o cómo se satisface su necesidad de información.

En una carta²² se aboga abiertamente en contra de la liberalización de los horarios de visita argumentando que satisfaciendo las nueve necesidades enunciadas por Molter, la mayoría de las cuales son relativas a aspectos de comunicación, potencialmente se reducirían los niveles de ansiedad en los familiares y mejorarían los niveles de satisfacción.

Sobre los pacientes, prevé que, aunque los niveles de ansiedad podrían reducirse, también podría aumentar la angustia por no poder descansar, especialmente en familias muy demandantes.

Algunos argumentos más que se utilizan en contra de la liberalización de horarios son la pérdida de la intimidad y de la confidencialidad, discusiones entre familiares y los posibles problemas que podrían ocasionar miembros de las familias en las que podrían llegar a ocurrir comportamientos agresivos o relacionados con el consumo abusivo de alcohol u otras drogas.

De un estudio descriptivo en 61 UCI del Reino Unido²³ se extrae que el acceso de hermanos a las UCI de pediatría es una práctica habitual. Se apunta que mucha evidencia sugiere que, por no apoyar activamente, se podría estar haciendo un flaco favor a los niños cuyos seres queridos están ingresados en una UCI.

Una investigación cualitativa que analizó las entrevistas a 9 familias (12 adultos y 12 niños) con algún miembro ingresado en la UCI, utilizando un método de análisis basado en la teoría fundamentada constructivista²⁴, apuntó que la mayoría de estudios centrados en las familias de los pacientes de UCI utilizan el cuestionario de necesidades de los familiares de cuidados críticos de Molter, el cual se centra en las necesidades de los miembros adultos de las familias excluyendo a los jóvenes y niños, lo cual ha propiciado que la voz de los niños sanos de las familias con pacientes críticos permanezca sin oírse.

Se menciona que en la escasa literatura que hay al respecto, los niños con pacientes críticos en su familia pueden desarrollar confusión emocional y la interrupción de sus patrones de la vida diaria. Como estrategia de afrontación, son estos mismos niños quienes proponen la visita a sus familiares.

En este estudio se utiliza la definición de familia de Keane: “grupo de personas que comparten una historia y un futuro y están comprometidos entre ellos. Los individuos se definen a sí mismos como parte de esa familia en particular”.

El proyecto de cuidados al final de la vida de un grupo de enfermeras de un hospital de Ontario²⁵ analiza qué papel juegan las familias en las situaciones de crisis vital y la fidelidad al modelo de cuidados centrados en el paciente y pretende dar respuesta a la pregunta por qué no se admite la presencia de la familia en la RCP en la UCI, lo cual está altamente soportado por la práctica basada en la evidencia.

Se llevó a cabo un estudio²⁶ en el que se entrevistaron a 28 niños y niñas de entre 4 y 17 años tres meses después de que visitaran a un familiar ingresado en una UCI. La interpretación y el análisis fueron llevados a cabo desde un enfoque hermenéutico.

Uno de los hallazgos fue que todos los entrevistados dijeron sentirse bien por haber

tenido la oportunidad de haber visto cómo estaba su familiar y que estaba vivo. Querían contarles sobre su vida cotidiana y tocarles e incluso besarles en la mejilla o en la frente, abrazarles o cogerles de la mano.

Los niños dijeron que les gustó estar ahí y no sentirse excluidos de la oportunidad de mostrar a su familiar que realmente estaban preocupados.

Un estudio descriptivo²⁷, basado en un cuestionario y una entrevista que respondieron 62 pacientes de una UCI (habitaciones individuales y horario de visita contractual) y una Unidad Médica de Cuidados Críticos (habitaciones semiprivadas con horario de visita entre las 13 y las 20h) reveló que los pacientes de ambas unidades valoraron las visitas como experiencias no estresantes debido a que los visitantes ofrecen moderados niveles de reaseguramiento, confort y efectos calmantes. Ningún grupo percibió las visitas como barreras para el descanso o intensificadoras del dolor.

El 37% de los pacientes pensaron que ofrecer un horario de visitas ilimitadas es la mejor guía para las visitas, el 35% deseó tener visitas sólo una vez al día, y el 50% prefirieron las visitas por la tarde.

Así mismo, los pacientes de ambas unidades expresaron la preocupación de tener visitas muy temprano por la mañana o muy tarde por la noche cuando intentan descansar. También expresaron el deseo de limitar las visitas cuando tienen programado un procedimiento o cuando tienen la oportunidad de hablar con sus médicos.

Un ensayo clínico aleatorio²⁸, con una muestra de 226 casos, comparó de forma sistemática la contaminación microbiana ambiental, complicaciones cardiovasculares y sépticas, perfil emocional y la respuesta hormonal relacionada con el estrés, de una UCI que alternó el régimen de visitas abierto y el restringido de forma aleatoria en periodos de dos meses durante dos años.

En comparación, los pacientes en régimen restringido de visitas tuvieron mayor riesgo de grandes complicaciones cardiovasculares, especialmente de edema agudo de pulmón o shock, y aunque no significativamente, de arritmias y de rotura cardíaca. El beneficio potencial del régimen de visitas abierto destacó con la gran mejora de la clasificación de

Killip en pacientes ingresados con infarto agudo de miocardio en los periodos de régimen de visitas abierto.

El estudio también desvela que aumenta la contaminación microbiana en el pasillo y en las superficies de las habitaciones durante los períodos de régimen abierto y se mantiene en los pacientes en ambos periodos. Sin embargo, la incidencia de complicaciones sépticas en ambos periodos fue similar, por lo que el aumento en la contaminación microbiana ambiental producida por las visitas no tiene relación directa con un aumento de las infecciones, las cuales son mejor prevenidas con el lavado de manos del personal asistencial.

Sobre las tres preguntas encontradas en el banco de preguntas de la Biblioteca Virtual Murcia Salud:

La pregunta *El uso de bata en familiares de UCI durante las visitas ¿disminuye el número de infecciones o aporta alguna otra ventaja?*²⁹ tiene como respuesta, según una guía de práctica clínica de los Centers for Disease Control and Prevention del año 2007, que no se han encontrado estudios que evalúen, de forma específica, la repercusión del empleo de mascarilla, guantes y/o bata en los familiares que visitan pacientes en una UCI y que, en principio, el empleo rutinario de las batas de aislamiento, en los trabajadores sanitarios, antes de la entrada en la UCI no previene, ni tiene influencia en la colonización potencial, o en la infección, de los pacientes ingresados en estas áreas.Ç

A la pregunta *¿Recomiendan las evidencias el uso de calzas (de plástico, papel o tejido sin tejer) para cubrir el calzado de los familiares en sus visitas a servicios de cuidados intensivos o reanimación?*³⁰ el banco de preguntas, haciendo referencia a una revisión sistemática de 2005, un ensayo controlado y una guía de práctica clínica, afirma que no hay evidencia directa de esta eficacia.

Discusión

Horario abierto

Hay una gran variedad de políticas o regímenes de visita identificados en la bibliografía y, habitualmente, la etiqueta de “régimen abierto” se utiliza indistintamente⁹⁻¹⁰

a modo de genérico. No obstante, pese a esta estandarización de facto, son muy distintos los niveles de restricción y/o de flexibilidad existentes entre las políticas de visita de las UCI., dando lugar a denominaciones como por ejemplo horario flexible, contractual, estructurado, abierto, etc⁹. Esta diversidad de regímenes abiertos dificulta la comparación de resultados de los diferentes trabajos y estimar qué grado de restricción-flexibilidad es el óptimo para los usuarios de las UCI. Aun así, la comparativa entre los regímenes restrictivos y las diferentes modalidades de régimen abierto, ofrecen resultados concluyentes sobre el impacto en los usuarios de las UCI de adultos.

El número de visitas al día, su duración, el número de familiares que entran y cuántos de forma simultánea, número de veces que se informa al día y quién lo hace, la información escrita o telefónica de apoyo, las medidas que adoptan los familiares en ciertos cuidados, la localización de la sala de espera, la existencia de protocolos para la atención a familiares⁴ la edad mínima de los familiares²⁻³⁻²³ y la posibilidad de la presencia de mascotas¹⁶⁻²¹ son algunos de los principales elementos que conforman las políticas de visitas. A la hora de catalogar como abierta una unidad, el criterio principal es el rango horario de visita, dejando en segundo lugar al resto de variables.

Es habitual que cualquier tipo de régimen de visitas se flexibilice en los casos de final de vida²⁻⁵⁻¹⁰ e incluso en función de la actitud de las enfermeras¹³ quienes ejercen una posición de gran poder y responsabilidad⁵ al ser las responsables del acceso a la unidad.

En un intento por explicar los límites del régimen de visitas abierto me remito a 3 concepciones. En primer lugar a la definición de Gianini sobre las condiciones para catalogar una UCI como cerrada, que citan Errasti-Ibarrondo et al⁹: "una UCI es cerrada cuando el acceso sea restringido en cuanto al número de visitas y duración de las mismas, limitando o excluyendo la presencia de la familia, amigos cercanos o personas que el paciente considera que son significativas para él, generalmente a no más de una hora diaria." En segundo lugar el horario abierto de visitas no implica dejar las puertas abiertas a cualquiera y cualquier hora, y que el paciente debe determinar quién es su familia y cuándo pueden visitarle¹⁰. En tercer y último lugar, la versión con menos restricciones (horarias) que es la apertura de la unidad a visitas 24h al día¹⁸.

También existen unidades en las que el horario es 24h pero las limitaciones están en la

edad mínima de los visitantes o número máximo de visitantes³.

Como posición de consenso sobre la gestión de las visitas, diferentes autoras abogan por acordar entre paciente-familia-enfermería los horarios de visita, respetando los derechos del paciente y teniendo en cuenta su mejor interés¹⁻⁹⁻¹⁶.

Finalmente, dentro de la inclusión de los familiares en los cuidados, se menciona que ésta suele ser sólo para cubrir las necesidades de alimentación haciéndose coincidir la hora de las visitas con la de las comidas⁴. Algunos trabajos van más allá e incluso soportan con evidencia la importancia de que los familiares estén presentes en las maniobras de RCP⁸⁻²⁵.

Impacto del régimen abierto en los pacientes.

En la bibliografía revisada hay cierta unanimidad sobre los beneficios que reporta la visita abierta a los adultos ingresados en UCI. La reducción de la presión intracraneal en pacientes con daño neurológico⁸, reducción de complicaciones cardiovasculares¹¹⁻¹⁴ y una gran mejora en la clasificación de Killip en pacientes con IAM hospitalizados en régimen abierto²⁸, se provee a los pacientes de asistencia y confort, les distrae de la hospitalización¹², reduce los días de ingreso, los niveles de ansiedad, confusión y agitación, incrementan la sensación de seguridad y la satisfacción¹⁴, disminución de riesgos psicosociales¹⁷. Mención aparte para los beneficios para el paciente de acariciar a su mascota: reducción de la ansiedad y de la presión arterial producida por el estrés mental y generación de una sensación de bienestar²⁰.

Existe controversia en cuanto a si las visitas interfieren en el descanso y producen un aumento del dolor. Mientras que algunos artículos¹¹⁻²⁷ lo niegan, dos lo afirman o lo sugieren¹²⁻²². Y otro trabajo se sitúa en una posición intermedia y relaciona los beneficios o los perjuicios de las visitas en función de la personalidad o el estado de las mismas, valorando positivamente las visitas de personas psicosocialmente equilibradas y sugiriendo que las personalidades disruptivas provocan un efecto negativo en el paciente¹⁶.

Un elemento que no siempre se aclara en los estudios hallados en la bibliografía es el nivel de privacidad de los pacientes, si éstos están hospitalizados en habitaciones o

“boxes” privados/individuales o si son semi-privados/compartidos. Esta puede ser la fuente de controversia al comparar resultados ya que, presumiblemente, el régimen de visitas abierto 24h afecta menos al descanso del paciente si éste está en una habitación privada que en una semi-privada.

La creencia de que las visitas aumentan el riesgo de infecciones es negada por la bibliografía¹⁻¹⁴⁻¹⁶ que pese a que confirma el aumento de la contaminación microbiana ambiental en los regímenes de visitas abiertos, niega que suponga un aumento de las infecciones²⁸ e incluso se llega a afirmar que disminuye¹⁷.

Sobre las medidas de seguridad que algunas UCI imponen a sus visitantes, no hay evidencia de la utilidad de batas o de calzas²⁹⁻³⁰.

Las visitas de los niños ayudan a los adultos a poder mantener su identidad social¹⁶.

Impacto del régimen abierto en los familiares.

Muchos son los beneficios documentados: incremento de la satisfacción familiar debido a poder estar más tiempo con el paciente, el acceso abierto al paciente reduce la ansiedad y el estrés, satisfacción de la necesidad de información por una mejora significativa de la comunicación familia-personal sanitario, refuerzo de la convicción de que su ser querido está siendo bien cuidado, satisfacción de las necesidades de proximidad, accesibilidad y mantenimiento del contacto físico en casos de pacientes al final de su vida, adaptación del horario de visitas a la vida cotidiana; inclusión en los cuidados como la nutrición o el aseo⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹⁴.

El horario abierto permite a la familia, además, otorgar un apoyo emocional que no siempre puede ser aportado por las enfermeras¹¹ incluso iniciar intervenciones tras detectar las necesidades de sus seres queridos que faciliten la individualización de los cuidados¹³⁻¹⁶.

El régimen abierto de visitas no está asociado al aumento en la duración de las visitas¹⁴. Un estudio refuerza esta idea: el 25% de los pacientes de UCI no tuvieron visitas, el 83% de las visitas duraron 2h/día y sólo el 17% fueron >2h/día. El 47% de las visitas

duraron 30 minutos¹⁵.

El principal argumento en contra de la flexibilización de horarios propone que, para aumentar la satisfacción de los familiares de las UCI, es preferible trabajar en la mejora de la satisfacción de las nueve necesidades enunciadas por Molter, la mayoría de las cuales hacen referencia a aspectos comunicativos²². Así, la ampliación de los horarios de visita y de otras restricciones pasaría a un segundo plano.

Los grandes excluidos de las UCI de adultos - e incluso de los estudios que valoran las necesidades de los familiares de los pacientes de las UCI²⁴- son los niños. Un número significativo de unidades restringe por edad el acceso a las visitas. Los motivos suelen ser el proteger a los menores del impacto que podría ocasionar y el aumento del riesgo de infección. La bibliografía sugiere que no se ha encontrado evidencia sobre el aumento de las infecciones¹, ni sobre el impacto derivado de la visita, al contrario, hay estudios que afirman que los niños a los que se les permite visitar a sus familiares ingresados tienen menos comportamientos negativos y cambios emocionales que los niños a los que se les prohibió². Además, a los niños les gusta no sentirse excluidos y poder demostrar a sus seres queridos que están preocupados²⁶ y por eso, como estrategia de afrontación, proponen la visita²⁴. No permitir a los niños visitar a sus familiares puede suponer hacerles un flaco favor. Esta prohibición a la hora de visitar adultos resulta muy contradictoria con las políticas de visita en las UCI pediátricas, en las que las visitas a los hermanos es una práctica habitual²³.

Concepto de “familiares”

La tendencia general es la de considerar que la familia va más allá de las relaciones de consanguinidad, llegando a cualquier persona con la que el paciente tenga una relación significativa⁵⁻⁹ pudiendo llegar a considerar a personas que practican la medicina tribal, siempre que paciente y familia estén de acuerdo¹⁹.

¿Y si esa relación significativa se ha tenido, en lugar de con una persona, con un animal? Casos en los que las mascotas juegan un papel importante en la vida de las personas han sido descritos²⁰ y abren un debate de hasta dónde llega el concepto familia. Uno de los principales argumentos para la inclusión de los animales de

compañía mascotas en las políticas de visitas es que no hay evidencia en contra de la visita de mascotas siempre que éstas estén limpias e inmunizadas⁸, y es que este desafío ya empieza a ser contemplado como una posibilidad a la hora de organizar una UCI²¹.

El concepto de familia, a día de hoy, es mucho más variable y diverso que hace poco más de 3 décadas. La irrupción de nuevos modelos familiares (monoparentales, con ambos miembros del mismo sexo, etc.) han transformado la idea clásica de familia, lo cual nos lleva a una obligatoria adaptación de nuestras políticas de visita en función de la nueva realidad.

Conclusiones

El conocido “régimen abierto” es una denominación para una gran variedad de políticas de visita, distintas entre sí, que limitan en mayor o menor medida las condiciones de visita a los pacientes de las UCI de adultos, pero siempre asegurando, al menos, un tiempo de visita superior a 1h al día. Existe el consenso de que la mejor política de visitas es la que el paciente elige, tanto de horarios de visita como de personas.

La evidencia recoge multitud de beneficios biopsicosociales de esta flexibilización de horarios de visita, que va desde la mejora de los cifras de las constantes vitales a la reducción de los niveles de estrés y ansiedad y a la no pérdida de su estatus social.

Por otra parte, la visita abierta supone para la familia una oportunidad para reducir el impacto emocional y el estrés que genera la hospitalización de un ser querido en una unidad de críticos. Pese a la tecnificación de las unidades, permite su inclusión en los cuidados y facilita la individualización, además de mejorar la calidad.

El concepto de familia se ha ampliado hasta difuminar la frontera de los lazos de sangre para establecerse en los seres con los que se tiene un vínculo significativo llegando, incluso, a los animales de compañía.

Bibliografía

1. Plowright C. Visiting practices in hospitals. *Nursing in Critical Care (NURS CRIT CARE)*, 2007 Mar-Apr; 12 (2): 61-3.
2. Hunter JD; Goddard C; Rothwell M; Ketharaju S; Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia (ANAESTHESIA)*, 2010 Nov; 65 (11): 1101-5.
3. Lee MD; Friedenber AS; Mukpo DH; Conray K; Palmisciano A; Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Critical Care Medicine (CRIT CARE MED)*, 2007 Feb; 35 (2): 497-501.
4. 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. *Enferm. Intensiva*, abr. 2005;16(2):73-83.
5. Ågård AS; Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS)*, 2011 Apr; 20 (7/8): 1106-14.
6. Zaforteza Lallemand C; García Mozo A; Quintana Carbonero R; Sánchez Calvín C; Abadía Ortiz E; Albert Miró Gayà J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010 Apr-Jun;21(2):52-7
7. Zaforteza Lallemand C; Prieto González S; Canet Ferrer TP; Díaz López Y; Molina Santiago M; Moreno Mulet C; Nieto González C; Sánchez Martín A; Val Pérez JV. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010 Jan-Mar;21(1):11-9
8. Davidson JE; Powers K; Hedayat KM; Tieszen M; Kon AA; Shepard E; Spuhler V; Todres ID; Levy M; Barr J; Ghandi R; Hirsch G; Armstrong D. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine (CRIT CARE MED)*, 2007 Feb; 35 (2): 605-22.
9. Errasti-Ibarrondo B; Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. 2012; 23 (4): 179-188
10. Ciufó D; Hader R; Holly, C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare (Wiley-Blackwell) (INT J EVID BASED HEALTHC)*, 2011 Dec; 9 (4): 362-87.
11. Sims JM; Miracle VA. A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. *Dimensions of Critical Care Nursing (DCCN)*, 2006 Jul; 25 (4): 175-80.
12. Carroll DL; González CE. Visiting preferences of cardiovascular patients. *Progress in Cardiovascular Nursing (PROG CARDIOVASC NURS)*, 2009 Dec; 24 (4): 149-54.
13. Riley B; White J; Graham S; Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family, physicians, and nurses. *American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)*, 2014 Jul; 23 (4): 316-24.
14. Family visit in the adult ICU. *AACN Bold Voices (AACN BOLD VOICES)*, 2012 Feb; 4 (2): 11-3
15. Eriksson T; Bergbom I. Visits to intensive care unit patients - frequency, duration and impact on outcome. *Nursing in Critical Care (NURS CRIT CARE)*, 2007 Jan-Feb; 12 (1): 20-6.

16. Gibson V; Plowright C; Collins T; Dawson D; Evans S; Gibb P; Lynch F; Mitchell K; Page P; Sturmey G. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in Critical Care (NURS CRIT CARE)*, 2012 Jul-Aug; 17 (4): 213-8.
17. Bishop S; Walker M; Spivak M. Family Presence in the Adult Burn Intensive Care Unit During Dressing Changes. *Critical Care Nurse (CRIT CARE NURSE)*, 2013 Feb; 33 (1): 14-24.
18. Schnell D; Abadie S; Toullic P; Chaize M; Souppart V; Poncet MC; Schlemmer B; Azoulay E. Open visitation policies in the ICU: experience from relatives and clinicians. *Intensive Care Med.* 2013 Oct;39(10):1873-4
19. Latour JM. Is family-centred care in critical care units that difficult? A view from Europe. *Nurs Crit Care.* 2005 Mar-Apr;10(2):51-3.
20. Mukherjee P; Makker R. Canine visit! In ICU? *Anaesthesia.* 2011 Mar;66(3):230-1
21. Thompson DR; Hamilton DK; Cadenhead CD; Swoboda SM; Schwindel SM; Anderson DC; Schmitz EV; St Andre AC; Axon DC; Harrell JW; Harvey MA; Howard A; Kaufman DC; Petersen C. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med.* 2012 May;40(5):1586-600
22. Marr R; Laws P. Visiting hours impact on medical care. *Anaesthesia (ANAESTHESIA)*, 2011 Mar; 66 (3): 229-30.
23. Vint PE. Children visiting adults in ITU-what support is available? A descriptive survey. *Nurs Crit Care.* 2005 Mar-Apr;10(2):64-71.
24. Kean S. Children and young people visiting an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, 2010 Apr; 66 (4): 868-77.
25. Hergott S; Voelzing L. Family presence during resuscitation in intensive care - a collaborative effort promotes holistic family-centered care. *Dynamics (DYNAMICS)*, 2011 Summer; 22 (2): 26-7.
26. Knutsson S; Samuelsson IP; Hellström A; Bergbom I. Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 2008 Jan; 61 (2): 154-62.
27. González CE; Carroll DL; Elliott JS; Fitzgerald PA; Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of Critical Care (AM J CRIT CARE)*, 2004 May; 13 (3): 194-8.
28. Fumagalli S; Boncinelli L; Lo Nostro A; Valoti P; Baldereschi G; Di Bari M; Ungar A; Baldasseroni S; Geppetti P; Masotti G; Pini R; Marchionni N. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation (CIRCULATION)*, 2006 Feb 21; 113 (7): 946-52.
29. Biblioteca Virtual Murcia Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. [11/4/2011] http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18630&idsec=453 2011
30. Biblioteca Virtual Murcia Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. [23/8/2006] https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=4046&idsec=453

Anexo I

Descriptor/ Palabras clave + Booleanos	Metabuscador / Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por <i>abstract</i>	Artículos seleccionados por <i>full text</i>	Artículos de la bibliografía
Visitas a pacientes AND cuidados intensivos	IBECS	6	4	2	4, 9
visitors to patients AND intensive care units/standards	PubMed	25	8	4	3, 8, 18, 21
Visiting Policy AND Intensive Care Units AND Family	Cochrane	12	1	1	10
Visitors to patients AND Intensive Care Units	CINHAL	410	28	20	1, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27