



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿QUÉ BENEFICIOS TIENE UN HORARIO FLEXIBLE DE VISITAS PARA LOS FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Margalida Cañellas Bea

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2019-20

¿QUÉ BENEFICIOS TIENE UN HORARIO FLEXIBLE DE VISITAS PARA LOS FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Margalida Cañellas Bea

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2019-2020

Palabras clave del trabajo:

Unidades de cuidados intensivos, familia, visitas abiertas, humanización de la atención.

Nombre Tutora del Trabajo: Dra. Noemí Sansó Martínez

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación.

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen:

Introducción: El ingreso en una unidad de cuidados intensivos es estresante tanto para el paciente como para su entorno. Es importante cubrir siempre las necesidades de los miembros de la familia, una de las cuales es el deseo de proximidad a su ser querido. El *objetivo* de la siguiente revisión es evaluar los beneficios de un horario flexible de visitas para los familiares de un paciente adulto en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, IBECs, CINAHL, CUIDEN y Cochrane, y un análisis temático del contenido de los artículos seleccionados.

Resultados: Se obtuvieron un total de 21 publicaciones tras la lectura crítica de los resultados de la búsqueda. La información obtenida del análisis de dichos artículos se ha agrupado en 4 unidades temáticas: Necesidades de los familiares en cuanto a los horarios de visita, beneficios de un horario flexible de visitas para los familiares y para los pacientes, principales causas por las que no se lleva a cabo, y percepción de los profesionales sanitarios en cuanto a este tema.

Conclusiones: Un horario abierto de visitas aumenta la satisfacción y comodidad familiar, disminuye su ansiedad y depresión, aporta información relevante a los profesionales, mejora el estado fisiológico de los pacientes y puede reducir la incidencia de delirio en estos. La restricción actual en las políticas de visita se debe a distintas barreras existentes, entre las que destacan la infraestructura de la unidad, las creencias de los profesionales y la falta de herramientas y habilidades del personal. La evidencia respalda las pautas de visita flexibles en las unidades de cuidados intensivos.

Palabras clave: *Unidades de cuidados intensivos, familia, visitas abiertas, humanización de la atención.*

Abstract:

Background: Admission to an intensive care unit is stressful for the patient and for his family. It is important to always meet the needs of family members, one of which is the desire for closeness to patient. The *aim* of the following review is to assess the benefits of flexible visiting hours for adult patient's relatives in intensive care units.

Method: A bibliographic search was carried out in PubMed, IBECs, CINAHL, CUIDEN and Cochrane databases, and thematic content analysis was used to evaluate selected articles.

Results: A total of 21 publications were obtained after a critical reading of the search results. The information obtained from the analysis of these articles has been grouped into 4 thematic units: Family needs regarding visiting hours, benefits of flexible visiting hours for family members and patients, main reasons why they are not carried out, and perception of healthcare professionals regarding this topic.

Conclusions: An open visitation policy increases family satisfaction and comfort, reduces their anxiety and depression, provides relevant information to professionals, improves the physiological state of patients, and can reduce the incidence of delirium in these. The current restriction in visitation policies is due to different existing barriers, including the infrastructure of the unit, the beliefs of the professionals and the lack of tools and staff skills. Evidence supports flexible visits in intensive care units.

Key words: *Intensive care units, family, open visitation, humanization of assistance.*

Índice

1.	Introducción	8
2.	Objetivos del trabajo	10
3.	Estrategia de búsqueda bibliográfica	10
4.	Resultados de la búsqueda bibliográfica	11
5.	Discusión	14
6.	Conclusiones	22
7.	Bibliografía	24
8.	Anexos	28

1. Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un lugar donde se presta atención y cuidado a pacientes en situación crítica, con cualquier patología que figure un riesgo vital, actual o potencial, susceptible de recuperación. Estas unidades cuentan con un equipo técnico y de personal especializado característicos, además, poseen sistemas de monitorización continua las 24 horas del día (1).

Varias investigaciones muestran que el dolor, la ansiedad y la separación familiar son las principales causas de sufrimiento en los pacientes críticos (2), pero el ingreso de una persona en una unidad de cuidados intensivos no es solo un proceso estresante para el paciente; también lo es para los miembros de su familia. La mayoría de parientes sufrirán trastornos del sueño, fatiga y ansiedad en estos momentos (3–5). Tanto el paciente como su familia se enfrentan a una situación compleja, debido a los cambios en la rutina, la posibilidad de muerte, la ausencia de contacto físico, la luz excesiva y el ruido continuo ocasionado por alarmas, respiradores y conversaciones del personal sanitario (6–8).

Por estas razones, es importante cubrir también las necesidades de los familiares, una de las cuales es la necesidad de proximidad a su ser querido (9–11), es decir, la posibilidad de realizar visitas con un horario abierto a la unidad. Una política de visitas abierta es definida como aquella que no impone restricciones en las horas de visita, en la duración de estas y/o en el número de visitantes (12).

Existen distintas modalidades de políticas de visita, identificadas con términos como unidad de cuidados intensivos cerrada, abierta, flexible, estructurada, contractual, etc. (10). Pero para alcanzar el propósito del presente trabajo, las visitas abiertas y las visitas flexibles serán consideradas como sinónimos.

En cuanto al concepto de UCI cerrada, consideraremos que acaece cuando la accesibilidad a la unidad es limitada en cuanto al número y duración de las visitas, restringiendo o suprimiendo la presencia de familiares o personas que el paciente considera que son significativas para él o ella (10).

Ya en el año 1979, Molter llevó a cabo por primera vez una investigación sobre las necesidades de los miembros de la familia de los pacientes ingresados en UCI; identificando el deseo de proximidad a su ser querido como un menester importante (10).

En el año 2004, el Ministerio de Salud de Brasil creó la Política Nacional de Humanización, la cual trabaja y contempla la visita abierta como un derecho (8,13). En 2014 surge en España el proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos), cuyo objetivo es recuperar la visión integral del paciente crítico, haciendo hincapié en aspectos como el contacto paciente-familia (14).

El American College of Critical Care Medicine recomienda horarios de visita abiertos y flexibles, así como la participación de los familiares en el cuidado de su ser querido. De manera similar, la British Association of Critical-Care Nurses destaca los beneficios de las visitas a los pacientes, pidiendo una formación apropiada para las enfermeras, la cual les permita satisfacer las necesidades de los familiares (11).

A pesar de todo esto, parece ser que las necesidades del paciente y de la familia en cuanto al horario de visitas no se cumplen. Según muestra un estudio del año 2015 en el que se incluyen 131 unidades de cuidados intensivos españolas, la política de visitas en nuestro país sigue siendo restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada. En España, un 9,8% de las unidades de cuidados intensivos cuenta con políticas de visita abiertas, y tan solo el 4% tiene un sistema sin restricciones las veinticuatro horas del día (2).

Lo mismo sucede en otros países como por ejemplo Grecia (11), Arabia Saudita (15), Brasil (4), Reino Unido, Estados Unidos y otras áreas geográficas de Europa (16), como pueden ser Holanda, Francia (12,17) o Italia (2). El mayor porcentaje de unidades de cuidados intensivos abiertas lo reporta Suecia, con un 70% (2,16).

Estas restricciones no están respaldadas por las pautas de organizaciones profesionales de cuidados críticos (16). Podemos ver como no se cubren, en la mayoría de países del mundo, la totalidad de las necesidades del paciente y de la familia, ya que se les priva del contacto que necesitan.

Al parecer, uno de los problemas principales es la oposición de los profesionales. Un estudio belga realizado en 30 UCIs mostró que el 75% de las enfermeras no apoyaba la liberalización de las visitas (18). Es importante que los profesionales tengan una visión holística del paciente, considerando al familiar como parte esencial del proceso (13).

Más sino es crucial tener en cuenta cómo afectan estas visitas a los miembros de la familia. Por esta razón, el presente estudio, tiene como objetivo principal, evaluar los beneficios que tiene para la familia un horario flexible de visitas en las UCIs de adultos.

2. Objetivos del trabajo

- *Objetivo general:* Evaluar los beneficios de un horario flexible de visitas para los familiares de un paciente crítico adulto en las unidades de cuidados intensivos.
- *Objetivos específicos:*
 - Determinar las principales causas por las que no se llevan a cabo políticas de visita abiertas en las unidades de cuidados intensivos de adultos.
 - Evaluar las necesidades de los familiares en cuanto a los horarios de visita a sus seres queridos en las unidades de cuidados intensivos.
 - Describir la percepción de los profesionales sanitarios, principalmente enfermeras, en cuanto a la flexibilización de los horarios en las unidades de cuidados intensivos de adultos.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para alcanzar los objetivos descritos se ha realizado una búsqueda bibliográfica, durante el primer trimestre del año 2020, en las bases de datos PubMed, IBECs, CINAHL, CUIDEN y Cochrane.

En PubMed la búsqueda ha quedado limitada a artículos publicados en los últimos 10 años, estudios realizados en humanos y en edades adultas (*adult* y *aged*). La fórmula de búsqueda en esta base de datos ha sido la siguiente: “*Intensive Care Units AND Family NOT (Intensive Care Units, Pediatric OR Intensive Care Units, Neonatal)*”. Se ha hecho hincapié en excluir todos los estudios que hablan sobre población pediátrica y neonatal, ya que el objetivo de este trabajo está relacionado con las UCIs de adultos.

En CINAHL la fórmula de búsqueda ha sido: “*Intensive Care Units AND Family AND Open*”, limitando a artículos publicados en los últimos 10 años y a población adulta (*all adult*). En la base de datos IBECs la fórmula de búsqueda ha sido: “*UCI AND familia*” (excluyendo los artículos con fecha de publicación anterior al año 2010 y los trabajos que se refieren a población pediátrica y/o neonatal).

En CUIDEN la fórmula de búsqueda ha sido: “*UCI AND family AND open*” excluyendo los artículos publicados con fecha anterior al año 2010 y los estudios dirigidos a población pediátrica y/o neonatal. Finalmente, en la base de datos Cochrane se ha realizado una búsqueda con la siguiente fórmula: “*Intensive Care Units AND Family*”.

Criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a los criterios de inclusión de los artículos se ha tenido en cuenta que los trabajos respondan a los objetivos del estudio mencionados anteriormente; excluyendo aquellos artículos publicados fuera del rango temporal 2010-2020, estudios referidos a unidades de cuidados intensivos pediátricas y/o neonatales, trabajos desarrollados en ámbitos diferentes a las unidades de cuidados intensivos, artículos no originales y artículos duplicados en las diferentes bases de datos. Se han incluido artículos en cualquier idioma.

También se han excluido, por ejemplo, los trabajos que hablan sobre las necesidades de las familias, de su ansiedad o de su falta de sueño, sin tener en cuenta el horario de visitas de la UCI, los estudios donde el concepto de “UCI abierta” es distinto al especificado en este trabajo, los artículos donde se explica cómo comunicarse con los familiares o qué folletos deben darse en la acogida, los estudios que hablan sobre la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar y/o procedimientos invasivos, etc.

4. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Los resultados de la búsqueda bibliográfica dan como fruto 21 estudios, los cuales se incluirán en la presente revisión.

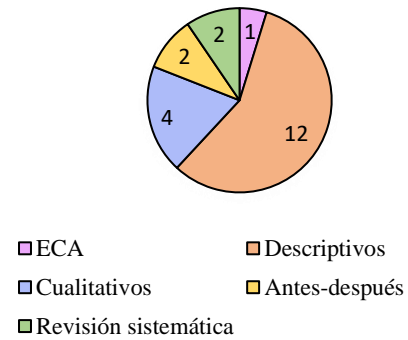
En la *Tabla 1 (Anexo 1)* podemos ver un pequeño resumen de los artículos seleccionados donde se indica la fecha de publicación del trabajo, el autor/a principal, el lugar de realización, los sujetos de estudio, la variable principal, el tamaño de la muestra, y el nivel de evidencia y grado de recomendación (escala SIGN). En la *Tabla 2 (Anexo 2)* podemos encontrar un cuadro que recopila los objetivos y conclusiones principales de cada estudio.

El lugar de realización ha sido muy diverso en los diferentes trabajos (Francia, Brasil, España, Estados Unidos, Grecia, Arabia Saudita, Irán y Australia), factor que da una perspectiva más amplia e internacional a la revisión. En cuanto al idioma, contamos con 12 artículos en inglés, 5 en español, 2 en portugués y 2 en francés.

Todos los trabajos seleccionados estudian o se desarrollan en unidades de cuidados intensivos de adultos. Teniendo en cuenta los aspectos contemplados en los 21 trabajos seleccionados; diez de ellos se centran en la familia y/o el paciente, cinco de ellos en los profesionales y, por último, seis publicaciones lo hacen en ambos campos.

De los 21 estudios incluidos, uno es un ensayo clínico aleatorizado, dos son revisiones sistemáticas, dos son estudios antes-después, cuatro son estudios cualitativos y, por último, doce son estudios descriptivos. (Figura 1).

Figura 1. Tipos de estudio.



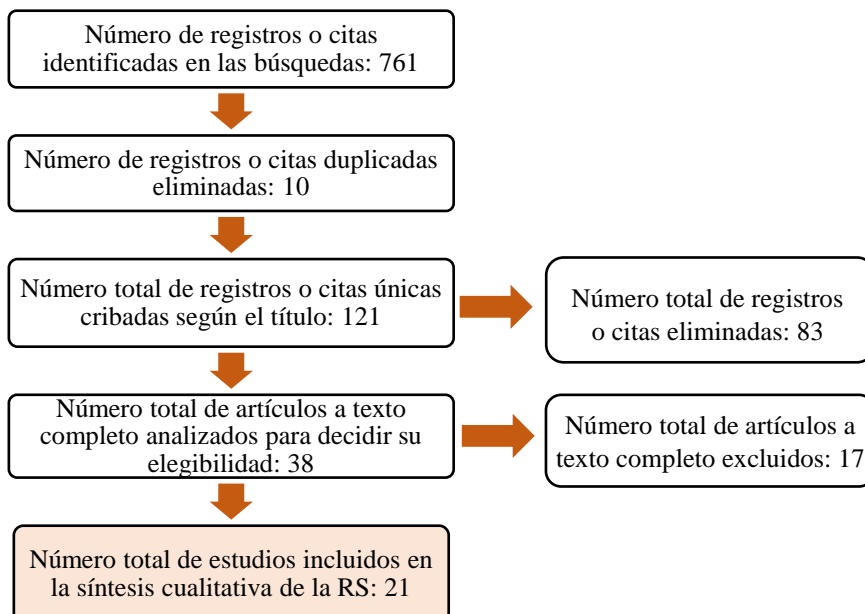
Cribado de los artículos seleccionados

Antes de la obtención de los artículos seleccionados se realizó un proceso de cribado de los estudios de las diferentes bases de datos. En cada una de las fases del cribado se eliminó el material no relevante según los criterios de selección definidos anteriormente.

En la búsqueda bibliográfica primaria, con las fórmulas descritas previamente en cada base de datos, se obtuvo un resultado total de 761 artículos (Figura 2). En la primera fase del cribado se leyeron los títulos de estos trabajos, seleccionando 121 artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

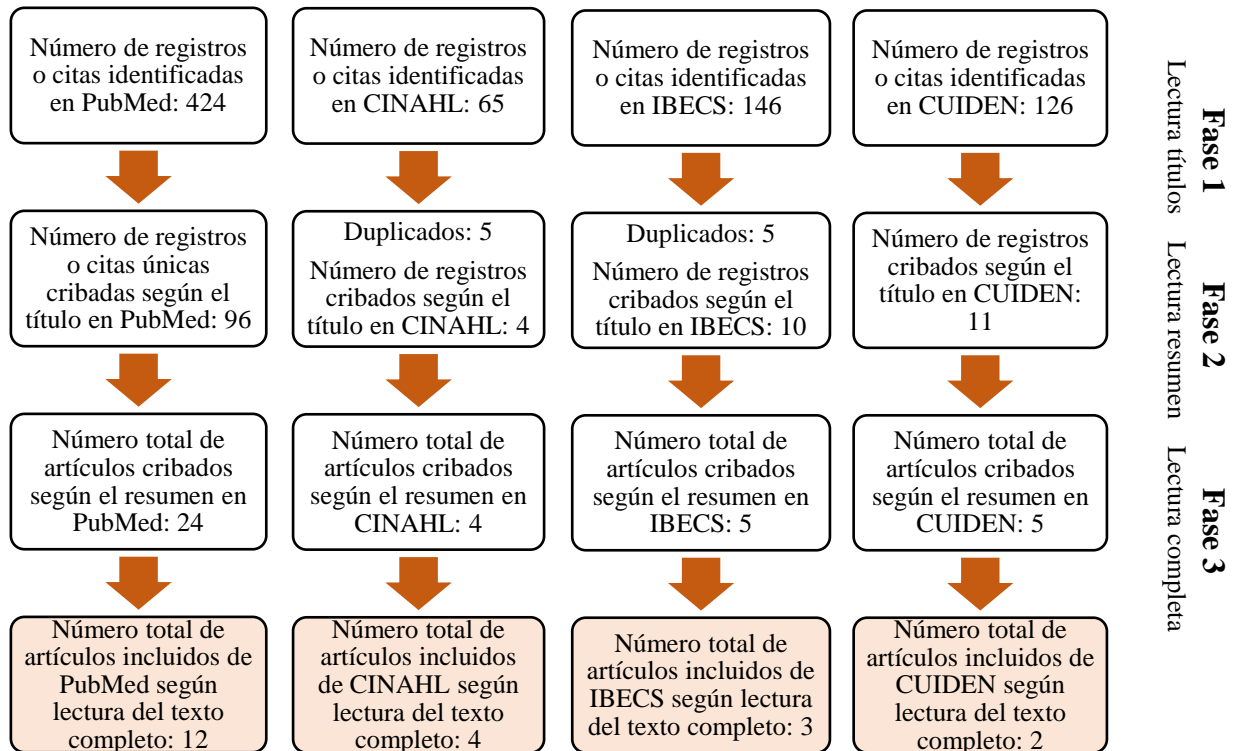
En la segunda fase del proceso de selección, se leyeron los resúmenes de los 121 estudios, seleccionando en total 38 artículos en función de los objetivos del presente trabajo. De estos 38, finalmente se realizó una lectura completa, recopilando 21 artículos, los cuales han sido incluidos en esta revisión. En total se han excluido 740 trabajos.

Figura 2. Cribado de los artículos.



En el siguiente diagrama (*Figura 3*) podemos ver específicamente el proceso de cribado en cada base de datos. Se hizo una búsqueda en Cochrane sin dar ningún resultado, por esta razón, no se ha incluido esta base de datos en el diagrama inferior.

Figura 3. Cribado de los artículos específico en cada base de datos.



Tras la lectura crítica de los 21 estudios que han sido obtenidos en la búsqueda bibliográfica, y el análisis de la información contenida en dichos trabajos, se ha realizado una división temática en cuatro grupos, siguiendo una correlación con los objetivos de este estudio.

Dicha división consta de los siguientes apartados:

- Necesidades de los familiares en cuanto a los horarios de visita.
- Beneficios de un horario flexible de visitas para los familiares y para los pacientes.
- Principales causas por las que no se lleva a cabo una política abierta de visitas.
- Percepción de los profesionales sanitarios.

De estos cuatro puntos va a constar la discusión del presente trabajo.

5. Discusión

Necesidades de los familiares en cuanto a los horarios de visita

Según indican múltiples estudios, los familiares desean una extensión de la política de visitas en las unidades de cuidados intensivos donde se encuentran ingresados sus seres queridos (5,10,11,16,17,19,20). De la misma manera, las familias presentan una notable insatisfacción cuando las horas de visita al paciente son restrictivas (6,11,21,22).

En un estudio realizado por Roger et al. (17), en el que se pretende evaluar la opinión de los familiares sobre la posibilidad de ampliación del horario de visitas de una UCI, el 58% de los miembros de la familia encuestados, afirma querer dicha ampliación del horario. Aun así, pocos familiares quieren participar en los cuidados de su ser querido, por respeto a su intimidad y por respeto al trabajo de los profesionales. Es decir, que la mayoría desea una extensión del horario de visitas sin interferir con el cuidado de su familiar.

Lo mismo ocurre en un trabajo realizado por Riley et al. (19) en el año 2014, en el que los familiares refieren preferir el acceso abierto a las unidades, pero señalan su comprensión en cuanto a que los profesionales necesitan tiempo para realizar procedimientos o cuidados. En otro estudio, las familias también reconocen la primacía de atención al paciente, refiriendo que sus necesidades como familia son secundarias (16).

Pero un estudio realizado en Brasil muestra lo contrario. Dicho trabajo, recalca como los familiares quieren participar y ayudar, pero la deficiencia en la comunicación con el equipo de la UCI es un obstáculo para ellos. Los miembros de la familia también informan que los profesionales no se interesan por sus sentimientos (13).

Esta falta de interés, se refleja también en otros estudios como el realizado por Soumagne et al. (21), en el que las familias mencionan recibir insuficiente apoyo emocional por parte de los profesionales, y como el trabajo hecho por Gibaut et al. (6) en Brasil, que expone que los familiares no se sienten cómodos por la ausencia de interés del equipo, y tampoco por la inflexibilidad en los horarios de visita a su ser querido.

En un estudio griego realizado por Plakas et al. (11) en el año 2013, se demuestra que la asistencia vigilante es una de las principales medidas adoptadas por los familiares para permanecer cerca de su ser querido. Sin embargo, debido a las políticas de visita restrictivas de Grecia, esto significa permanecer fuera de la unidad de cuidados intensivos durante la gran mayoría de tiempo, principalmente, permanecer en la sala de espera.

Dicho estudio llega a la conclusión de que se necesitan cambios en las políticas de visita de las unidades de cuidados intensivos de Grecia, para poder cubrir así las necesidades de los familiares.

Según Chapman et al. (20), la supresión de las más mínimas limitaciones en las horas de visita, mejora tanto la satisfacción de los miembros de la familia, como la percepción de las enfermeras sobre la complacencia familiar.

A pesar de todo esto, en un estudio realizado por Baharoon et al. (15) en Arabia Saudita, en el que se comparan dos UCIs, una con horario abierto las 24 horas y una con horario cerrado, se muestra que los familiares de ambas unidades están satisfechos con la flexibilidad del horario de su UCI. Esto puede ser debido, según menciona el propio estudio, a las variaciones culturales (ya que las familias encuestadas pertenecen a dos zonas diferenciadas del país), a la selección de un pequeño tamaño muestral, y a que no ha habido un patrón definido en la entrega de información a las familias.

Por tanto, tras la lectura analítica de los artículos, podemos ver como, en general, las visitas restrictivas no permiten al equipo de salud satisfacer las necesidades de los familiares (16), los cuales desean estar cerca de su ser querido.

Beneficios de un horario flexible de visitas para los familiares y para los pacientes

Analizando las diversas publicaciones, podemos ver como las visitas tienen un efecto beneficioso para los miembros de la familia del paciente, ya que se ha probado que estas disminuyen su ansiedad (10,23) y depresión (4,5,11,15).

En una revisión sistemática del año 2012, realizada por Errasti-Ibarrondo et al. (10), se determinan las principales consecuencias de los horarios de visita flexibles para los familiares de los pacientes ingresados en UCI, estas son: Reducción de la ansiedad y del estrés, cobertura de las necesidades familiares, mejora de la satisfacción, e implicación en el cuidado de su ser querido.

En un estudio realizado por Fumis et al. (5), en el que han participado 471 familias de pacientes ingresados en una UCI abierta las 24 horas del día, se demuestra que hay una relación positiva entre las horas de visita y la satisfacción familiar; siendo estas un factor protector. Según dicho artículo, la ansiedad y depresión son menores si los familiares permanecen más tiempo en la unidad.

Los familiares también refieren un aumento de la comodidad cuando los horarios de visita son abiertos o flexibles (15,20), además, poder ver al paciente, les permite evaluar, con sus propios ojos, la situación real en la que se encuentra su ser querido (11,15).

De la misma manera, las visitas con horario abierto a la unidad son beneficiosas también para los pacientes (23).

En un estudio del año 2014, realizado en Irán, se prueba que el acceso limitado a los familiares de pacientes ingresados en una UCI coronaria puede provocar un grave estrés psicológico a los enfermos. En dicho trabajo, los pacientes presentan una frecuencia cardíaca y una frecuencia respiratoria más bajas, y una saturación arterial de oxígeno más alta (dentro del rango normal), 10 minutos antes de la visita y hasta 30 minutos después. Los pacientes también manifiestan un aumento del bienestar y una disminución de la ansiedad cuando su familia está presente en la unidad (24).

Destaca un reciente ensayo clínico aleatorizado, realizado por Goulart Rosa et al. (4) en el año 2019. En dicho estudio se comparan 36 unidades de cuidados intensivos; 19 con visitas flexibles y 17 con restringidas (dicha política de visitas se cambia en la segunda fase del ensayo). En este trabajo se puede ver como las visitas flexibles aumentan la presencia de los familiares en la unidad y resultan en un aumento de las estrategias destinadas a prevenir el delirio (reorientación, movilización y control del dolor), aunque no resultan suficientes, ya que la incidencia de delirio no es significativamente diferente en los dos tipos de visita (18,9% frente a 20,1%). Esto puede deberse a la falta de efecto de las visitas sobre el delirio, o, por lo contrario, estos resultados pueden verse sesgados por la breve duración de la implementación de las visitas flexibles en el ensayo. Asimismo, en los criterios de selección de la muestra se han excluido muchos pacientes con riesgo alto de delirio, los cuales se podrían haber beneficiado de dichas estrategias.

Según otras investigaciones, la presencia de la familia sí que disminuye el delirio en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Uno de ellos, menciona, por un lado, que las visitas disminuyen el estrés y el delirio de los pacientes, y por otro, que ayudan potencialmente a acortar el tiempo de ingreso en la unidad (25). Otro estudio, realizado por Baharoon et al. (15), muestra que cuando las familias están presentes en la UCI, los pacientes experimentan menos alucinaciones y presentan menos ansiedad.

Como hemos visto, la presencia de la familia puede ser beneficiosa para el paciente, pero a su vez, los profesionales sanitarios también pueden verse beneficiados.

Los miembros de la familia pueden aportar información relacionada con el paciente que ayuda al equipo de salud (8,23), mejorando la comunicación y la seguridad; además, la familia puede facilitar la comprensión de algunas expresiones de su ser querido (25).

Un horario abierto de visitas permite grandes oportunidades de comunicación, ya que las visitas propician el desarrollo de líneas de comunicación abiertas; una necesidad de la familia que en muchas ocasiones no se satisface (16).

En un estudio antes-después realizado en una UCI de Australia, los pacientes, las familias y los profesionales, evalúan de forma positiva el nuevo horario flexible de la unidad (el cual cambia de 9 a 21 horas de visita). Dicho artículo indica que se deben aprovechar todas las ocasiones posibles para incluir a los familiares en el cuidado del paciente. Concluye mencionando que se pueden llevar a cabo políticas de visita más liberalizadas en las UCIs actuales, de forma que todos los implicados lo vean positivamente (16).

Por consiguiente, tras el análisis de los trabajos, podemos decir que las políticas de visita flexibles o abiertas tienen un efecto favorable y beneficioso, tanto para el paciente como para su familia (23).

Principales causas por las que no se lleva a cabo una política abierta de visitas

A pesar de que la literatura demuestra que la política abierta de visitas es una necesidad, y teniendo en cuenta los diversos beneficios que presenta dicho cambio; la mayoría de unidades de cuidados intensivos del mundo siguen teniendo políticas de visita restrictivas.

Varios estudios coinciden en que una de las principales barreras para abrir las visitas 24 horas al día es la infraestructura y el espacio físico de las unidades de cuidados intensivos. Las enfermeras refieren que no hay espacios específicos reservados para atender a los miembros de la familia (8–10,23,26).

Este tema se puede relacionar con la privacidad y la intimidad del paciente (9,20,23,26); las cuales se pueden ver violadas si la infraestructura no es la adecuada (por ejemplo, por la falta de separación física entre pacientes).

En la literatura han sido citadas diversas preocupaciones relacionadas con las visitas abiertas, como son los cambios en la fisiología del paciente, el aumento de la carga de trabajo (20,27), el aumento de las complicaciones infecciosas, el agotamiento profesional y el riesgo de desorganización de la atención (4).

Pero muchas de estas preocupaciones no son barreras reales para abrir las unidades de cuidados intensivos a las familias, como muestra la literatura evidenciada a continuación.

En cuanto al aumento de la carga profesional, podemos ver como en un estudio realizado en 2019, en el que se comparan unidades con distintas políticas de visita (abiertas y restringidas), el agotamiento en el personal de la UCI no difiere significativamente de un modelo al otro. En este mismo estudio se demuestra que la tasa de infección tampoco aumenta en las visitas abiertas (4). Por lo tanto, según este artículo, podemos ver como la presencia familiar no incrementa estos dos parámetros.

Con relación a los cambios fisiológicos en el paciente, podemos ver en el estudio realizado por Lolaty et al. (24), como estos cambios son positivos, ya que las visitas mejoran la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.

Una publicación del año 2014, muestra como la participación de las familias no ralentiza significativamente el trabajo del equipo de salud (19), y en otra, del año 2016, se observa cómo las políticas de visita abiertas no afectan a las curas brindadas por el personal de enfermería (20).

En un estudio realizado por Kozub et al. (26) las enfermeras informan de varios obstáculos: La necesidad de cuidar tanto a la familia como al paciente, las interrupciones, y, de nuevo, la posible interferencia con los cuidados brindados.

En otro estudio las enfermeras mencionan, además del espacio, la comunicación y el posible conflicto con los familiares como desafíos para abrir las unidades (23).

Un estudio realizado en Grecia responde a esta cuestión afirmando que, en dicho país, las limitaciones en cuanto a la apertura de las unidades se deben, principalmente, a la falta de enfermeras para atender i cuidar a los familiares visitantes (11).

En una revisión sistemática realizada por Errasti-Ibarrondo et al. (10), se enumeran los motivos principales por los que no se abren las UCIs:

- Horarios de visita administrados por las necesidades institucionales de los centros y unidades.
- Estructura física de la unidad.
- Familia como la gran olvidada.
- Creencias contrarias de los profesionales.

Percepción de los profesionales sanitarios

Diversos estudios muestran como la mayoría de profesionales sanitarios siguen siendo reticentes a la apertura familiar de las unidades de cuidados intensivos (9,19,23,27,28).

Los profesionales, según un estudio de Zaforteza et al. (9), dan 2 grandes argumentos para no liberalizar las políticas de visita en dichas unidades. En primer lugar, creen que el contacto con el entorno de la UCI es perjudicial para el familiar, y en segundo, piensan que el contacto con el familiar ocasiona problemas, malestar y/o estrés al profesional.

Hay enfermeras que creen que su papel es cuidar de sus pacientes y de sí mismas, sin que las familias sean un obstáculo. Creen que la presencia de los familiares es una carga más en su trabajo y una gran barrera para realizar los cuidados; aunque admiten que las visitas son beneficiosa para los pacientes (23).

Las visitas en la UCI son imprescindibles para garantizar el contacto entre el paciente y su familia; que como hemos visto, es una necesidad. El papel de la enfermera es vital, ya que es ella la que coordina las visitas, y por tanto, estas deberían ser flexibles para poder cubrir las necesidades de los familiares (6).

Hay muchos profesionales que coinciden en la opinión de que se deben llevar a cabo, en ciertas ocasiones, prácticas de liberalización de los horarios, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y de su familia, por ejemplo, en procesos cercanos a la muerte (9,17,28). Esto es, en palabras de Garrido et al. (28, p76), “*la flexibilización e individualización de horarios dependiendo de la situación clínica del paciente*”.

Las enfermeras de cuidados críticos prefieren poder regular las visitas basándose en la condición del paciente, en cómo los familiares van a modificar esa condición, y en función de las necesidades presentes (23).

Por tanto, en muchas ocasiones existe una notable diferencia entre la política de visitas oficial y la real, ya que a menudo, las enfermeras ajustan las visitas teniendo en cuenta las necesidades del paciente y de su familia (10).

Una revisión sistemática, realizada por Ciufu et al. (23), concluye que el régimen de visitas debería ser una pauta que la enfermera controlase para beneficio del paciente, no una regla establecida, ni una obligación.

Dicho artículo enfatiza que lo importante no es la duración de la visita, sino la flexibilidad de esta y su adecuación para el paciente. Se comprueba que cuando se flexibilizan las horas de visita en ciertas situaciones, estas son más beneficiosas para cubrir las necesidades de los pacientes, de la familia y de los profesionales (23).

Un gran problema es que muchas enfermeras afirman no tener las habilidades y capacidades pertinentes para detectar las necesidades de las familias (10), para interactuar con los familiares (27) y para adaptar las visitas (26).

Por tanto, es necesario, según indican varios estudios y según demandan los mismos profesionales, invertir en la formación del personal sanitario (8,19,25–27), así como en la gestión institucional y de la atención, de modo que la política abierta de visitas y por tanto, los cuidados humanizados, se puedan instaurar de forma adecuada en las unidades de cuidados intensivos (8).

Las enfermeras necesitan ayuda para superar la carga psicológica, necesitan educación sobre la dinámica familiar y necesitan proporcionar información adecuada (27).

Por ejemplo, en un estudio realizado por Riley et al. (19), para ayudar a las enfermeras de UCI que trabajan bajo la presión de familias abusivas, se ha recomendado una herramienta de comunicación que incorpora intervenciones conductuales.

En la misma línea, el Consejo de Práctica de la Unidad de una UCI de California, EEUU, ha desarrollado pautas dirigidas a las enfermeras para manejar las visitas de los miembros de la familia de sus pacientes; incluyendo indicaciones de scripting que la profesional puede usar al comunicarse. La adopción de dichas pautas por el personal ha sido exitosa, ya que el nivel de estrés de las enfermeras ha disminuido, a la vez que ha mejorado el manejo de las ansiedades de los pacientes o familias, aumentando la satisfacción profesional (26).

Las unidades que están bien dotadas de personal, con enfermeras experimentadas, y con menos turnos por semana, pueden propiciar una actitud positiva de las profesionales hacia las visitas abiertas (27). Los años de experiencia de las enfermeras y el hecho de que estas habían sido hospitalizadas previamente, ha sido un factor significativo en la opinión de dicho colectivo en un estudio realizado por Chapman et al. (20) en el año 2016.

La necesidad de privacidad de las enfermeras, según Mitchell et al. (16), puede reflejar su falta de experiencia en los cuidados críticos. Es importante saber que estas pueden beneficiarse del apoyo de compañeros que lleven más años en la unidad.

Aunque, un estudio realizado por Garrido et al. (28) muestra lo contrario; la experiencia de las enfermeras no parece influenciar su percepción en cuanto a la política de visitas. Es más, dicho trabajo refiere que el personal más joven percibe la visita abierta como la más beneficiosa para el paciente.

Según un trabajo de Sánchez-Vallejo et al. (25) realizado en el año 2016, el 63,9% de los profesionales considera que una apertura de los horarios de la unidad mejoraría la confianza de la familia en el equipo de la UCI, y el 78,3% menciona, que, para ellos, la familia puede apoyar a su ser querido sin inestabilizarlo. Aun así, este estudio destaca el dualismo que existe en la opinión de los profesionales: Por una parte, se ve la presencia familiar como un apoyo que mejora el bienestar y estado de ánimo del paciente, pero por otro, se la estima como un aumento de la carga física y psíquica, y como un elemento que interfiere en los cuidados.

En un estudio realizado por Zaforteza et al. (9), en el que se pretende conocer el grado de aceptación de los profesionales sobre una nueva propuesta de ampliación de los horarios de visita en una UCI; el 54,2% de los profesionales manifiesta no estar de acuerdo con la proposición. Los profesionales expresan que es una oferta excesivamente amplia y que se debe limitar la presencia de los familiares según la condición del paciente; aunque también afirman que las visitas pueden ser beneficiosas para este. Estos resultados secundan la cultura cerrada que tiene lugar en las unidades de cuidados intensivos, ya que todas las aportaciones del equipo, en dicho trabajo, han sido de índole restrictiva.

En un estudio realizado por Athanasiou et al. (27) en Grecia, la mayoría de enfermeras (94,4%) refiere no querer un horario abierto de visitas; aunque muchas piensan que la presencia de la familia es un apoyo para los pacientes (84,6%). A la pregunta ¿Qué tipo de política cree que es ideal para el paciente, la familia y el personal?, las enfermeras contestan que las visitas flexibles para el paciente y su familia, y las restringidas para las enfermeras. Según dicho artículo, las enfermeras griegas parecen preocuparse mucho por los efectos negativos de las visitas sobre los cuidados y sobre ellas mismas.

Un estudio realizado por Garrido et al. (28) en el año 2014 muestra resultados parecidos; los profesionales opinan que la visita abierta puede tener un efecto beneficioso en el

paciente (71,9%) y en la familia (62,5%). Sin embargo, el 87,5% considera que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal. Por tanto, se recoge también en dicho trabajo, una actitud reticente por parte de los profesionales a la apertura de la unidad.

En diversos artículos, podemos ver cómo la opinión de los profesionales resulta contradictoria, debido a que piensan que la visita abierta puede favorecer a pacientes y familiares, pero a su vez no la desean (9,23,25,27,28). Como dice Garrido et al. (28, p75) *“se refleja un sentimiento de autoprotección en un espacio controlado, donde ellos establecen las normas”*.

Pero no todos los profesionales sanitarios están en contra de la liberalización de los horarios. En un estudio realizado en España en una UCI abierta, se muestra que el 93,35% de las enfermeras están satisfechas con las visitas abiertas; creyendo estas que permiten que los familiares apoyen al paciente y ayuden a disminuir su aburrimiento (23).

En otro estudio, realizado en Australia, el 75% de los profesionales sanitarios de la UCI están satisfechos con las visitas flexibles; sugiriendo que incluso se podrían superar las barreras, incorporando la participación de los familiares en los cuidados (16).

Las visitas de las familias dependen, en gran medida, de cómo la enfermera gestiona la situación y de cómo es la comunicación con los visitantes. Le corresponde a ella defender las necesidades integrales del paciente, y por tanto, la enfermera debe apoyar las visitas siempre que sean beneficiosas para la persona ingresada (26).

Tras el análisis de los artículos, podemos ver como la opinión de los profesionales es muy diversa. Existen ciertos factores que pueden aumentar la percepción positiva del personal sobre los horarios de visita flexibles; siendo la falta de formación del equipo de salud una gran barrera para abrir las unidades de cuidados intensivos.

6. Conclusiones

Los horarios de visita flexibles son beneficiosos para las familias que tienen a un ser querido ingresado en la UCI. La proximidad al paciente aumenta su satisfacción y su comodidad, disminuye su ansiedad y depresión, y permite a la familia la propia evaluación de la situación.

Las visitas también son positivas para los pacientes, debido a que mejoran su estado fisiológico, su bienestar, e incluso, pueden reducir la incidencia de delirio. Además, la presencia de familiares en la unidad puede aportar información valiosa a los profesionales.

Estos datos son contradictorios con la inflexibilidad de las horas de visita de la mayoría de unidades de cuidados intensivos del mundo.

Estas restricciones son debidas a distintas barreras existentes, entre las cuales destacan la estructura física de la unidad, la falta de herramientas y habilidades del equipo de salud, y las creencias de los propios profesionales; los cuales piensan que, por ejemplo, las visitas pueden aumentar su carga de trabajo.

Como dice Gil-Julìa et al. (22), conocer esta realidad es muy importante para poder adoptar medidas que refuercen lo bien valorado y mejoren los aspectos negativos. La modificación de la infraestructura de las unidades y la formación de los profesionales sanitarios, serían cambios efectivos para poder abrir las unidades de cuidados intensivos a los familiares.

Es deber de las enfermeras cubrir y abogar por las necesidades de la familia; y las políticas de visita flexibles, además de ser beneficiosas, son una necesidad.

De esta manera, y tras la lectura crítica y analítica de los 21 estudios seleccionados, se concluye en que la evidencia respalda y recomienda los horarios de visita flexibles.

Para finalizar, cabe destacar que la mayoría de estudios existentes sobre el presente tema son descriptivos, con un bajo nivel de evidencia científica. Por tanto, en líneas futuras de investigación, se requieren estudios con mayores muestras y con un nivel superior de evidencia.

7. Bibliografía

1. Cruz RGP. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Med Hondur* [Internet]. 1992;60:49–52. Available from: www.bvs.hn/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf
2. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2015 Sep;30(5):243–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X15001013>
3. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care* [Internet]. 2013 May;17(3):1–7. Available from: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc12736>
4. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA* [Internet]. 2019 Jul 16;322(3):216–28. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2738289>
5. Fumis RRL, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care* [Internet]. 2014 Apr;30(2):440.e1-440.e6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944114004882>
6. Gibaut M de AM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2013 Oct;47(5):1114–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501114&lng=en&tlng=en
7. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [Internet]. 2014 Aug;38(6):371–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569114000370>

8. Silva FD da, Chernicharo I de M, Silva RC da, Ferreira M de A. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 Dec;16(4):719–27. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400011&lng=pt&tlng=pt
9. 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? *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2010 Apr;21(2):52–7. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113023990900008X>
10. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2012 Oct;23(4):179–88. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239912000715>
11. Plakas S, Taket A, Cant B, Fouka G, Vardaki Z. The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2013 Sep;19(5):243–54. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12054>
12. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2011 Feb;27(1):27–30. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096433971000087X>
13. Vedotto D, Marion da Silva R. Humanização com o familiar em uma UTI. *Online Brazilian J Nurs*. 2010;9(3):1–15.
14. Calle GH La, Lallemand CZ. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 Oct;25(4):123–4. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113023991400087X>
15. Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, Al Jahdali H, Tamim H, Alsafi E, et al. Family Satisfaction in Critical Care Units. *J Patient Saf* [Internet]. 2014 Sep;13(3):169–74. Available from:
<http://insights.ovid.com/crossref?an=01209203-201709000-00009>

16. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2016 Mar;30(2):91–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1036731416000278>
17. Roger C, Mari A, Bousquet P-J, Louart G, Casano F, Cuvillon A, et al. Élargissement des plages horaires de visites dans une unité de réanimation: l’avis des proches. *Ann Fr Anesth Reanim* [Internet]. 2010 Jun;29(6):431–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765810001279>
18. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med*. 2007 Jun;33(6):1060–5.
19. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients’ Family Members, Physicians, and Nurses. *Am J Crit Care* [Internet]. 2014 Jul 1;23(4):316–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014980%5Cnwww.ajconline.org>
20. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2016 Jan;25(1):46–50.
21. Soumagne N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B, et al. Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* [Internet]. 2011 Dec;30(12):894–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S075076581100236X>
22. Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. Assessment of the ICU stay from the point of view of patients and their relatives. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018 May 31;92:e1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29845975>
23. Ciufu 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. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2011 Dec;9(4):362–87. Available from:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01258363-201112000-00004>

24. Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2014 Aug;20(3):147–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744388114000140>
25. Sánchez-vallejo A, Fernández D, Fernández-fernández APM. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40(9):527–40.
26. Kozub E, Scheler S, Necoechea G, O’Byrne N. Improving Nurse Satisfaction With Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Q* [Internet]. 2017;40(2):144–54. Available from: <http://journals.lww.com/00002727-201704000-00008>
27. Athanasiou A, Papathanassoglou EDE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses’ perspective. *Am J Crit Care*. 2014 Jul;23(4):326–33.
28. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2014 Apr;25(2):72–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239913000941>

8. Anexos

Anexo 1: Tabla 1. Resumen de los artículos seleccionados.

Año publ.	Autor/a principal	País	Sujetos de estudio	Variable estudiada	Muestra	NE^a y GR^b (SIGN)
2010	C. Roger	Francia	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Opinión familiares	87 familiares	3 / D
2010	D. O. Vedotto	Brasil	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Percepción familiares	15 familiares	3 / D
2010	C. Zaforteza	España	Profesionales de UCI	Opinión profesionales	93 profesionales	3 / D
2011	D. Ciuffo	EEUU	Artículos	Actitudes y creencias enfermeras, necesidades familias, ...	13 publicaciones	2++ / C
2011	N. Soumagne	Francia	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Satisfacción familiares	120 familiares	3 / D
2012	B. Errasti-Ibarrondo	España	Artículos	Satisfacción familiares	15 publicaciones	3 / D
2012	F. D. da Silva	Brasil	Enfermeras de UCI	Opinión enfermeras	22 enfermeras	3 / D
2013	M. Gibaut	Brasil	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Confort familiares	250 familiares	3 / D
2013	S. Plakas	Grecia	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Satisfacción familiares	159 familiares	3 / D
2014	A. Athanasiou	Grecia	Enfermeras de UCI	Opinión enfermeras	143 enfermeras	3 / D
2014	S. Baharoon	Arabia Saudita	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Satisfacción familiares	221 familiares	3 / D

2014	R. R. Fumis	Brasil	Familiares de pacientes ingresados en UCI	Satisfacción, ansiedad y depresión familiares	471 familias	3 / D
2014	N. A. Garrido	España	Profesionales de UCI	Opinión profesionales	64 profesionales	3 / D
2014	H. A. Lolaty	Irán	Pacientes ingresados en UCI	Bienestar y ansiedad pacientes	60 pacientes	3 / D
2014	B. H. Riley	EEUU	Familiares de pacientes ingresados en UCI y profesionales	Percepciones familiares y profesionales	8 familiares, 3 médicos, 7 enfermeras	3 / D
2016	D. K. Chapman	EEUU	Familiares de pacientes ingresados en UCI y enfermeras	Satisfacción familiares y enfermeras	103 familiares, 128 enfermeras	3 / D
2016	L. M. Mitchell	Australia	Pacientes ingresados en UCI, sus familiares y profesionales	Satisfacción familiares, pacientes y profesionales	12 pacientes, 181 familiares, 108 profesionales	3 / D
2016	A. Sánchez-Vallejo	España	Familiares de pacientes ingresados en UCI y profesionales	Necesidades familiares, opinión profesionales	35 familiares, 61 profesionales	3 / D
2017	E. Kozub	EEUU	Enfermeras de UCI	Satisfacción enfermeras	86 enfermeras	3 / D
2018	B. Gil-Julà	España	Pacientes ingresados en UCI y sus familiares	Opinión y satisfacción pacientes y familiares	71 pacientes, 89 familiares	3 / D
2019	R. G. Rosa	Brasil	Pacientes ingresados en UCI, sus familiares y médicos	Delirio pacientes, ansiedad-depresión familiares, burnout profesionales, ...	1685 pacientes, 1060 familiares, 737 médicos	1+ / B

(^a NE: Nivel de evidencia, ^b GR: Grado de recomendación)

Anexo 2: Tabla 2. Objetivos y conclusiones principales de los artículos seleccionados.

N° de ficha: 1	
Cita bibliográfica:	Roger C, Mari A, Bousquet P-J, Louart G, Casano F, Cuvillon A, et al. Élargissement des plages horaires de visites dans une unité de réanimation : l’avis des proches. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2010 Jun;29(6):431–5. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765810001279
Objetivo principal:	Evaluar la opinión de los familiares de los pacientes sobre la posibilidad de una ampliación de horarios de visitas.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	La mayoría de familiares desean una extensión del horario de visitas sin interferir con el cuidado, por respeto al trabajo de los profesionales y por la privacidad del paciente.
N° de ficha: 2	
Cita bibliográfica:	Vedotto D, Marion da Silva R. Humanização com o familiar em uma UTI. Online Brazilian J Nurs. 2010;9(3):1–15.
Objetivo principal:	Identificar, analizar y relacionar los procesos de humanización percibidos por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.
Tipo de estudio:	Descriptivo con enfoque cualitativo.
Conclusiones:	Hay que comprender que la humanización en la atención es un proceso integral, que debe implementarse de acuerdo con la singularidad de las personas. Es necesario revisar los valores y llevar a cabo debates para permitir la implementación de procesos de humanización dirigidos a las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Nº de ficha: 3	
Cita bibliográfica:	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? Enfermería Intensiva [Internet]. 2010 Apr;21(2):52–7. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113023990900008X
Objetivo principal:	Conocer el grado de acuerdo de los profesionales con la nueva propuesta de horarios; conocer sus aportaciones y las barreras que perciben para su implantación.
Tipo de estudio:	Cualitativo.
Conclusiones:	Los profesionales de la UCI son reticentes a la apertura de la unidad, pero admiten ampliar los horarios de visita actuales. La estructura física de la unidad es una barrera importante. Es necesario impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de la UCI.
Nº de ficha: 4	
Cita bibliográfica:	Ciufo 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. Int J Evid Based Healthc [Internet]. 2011 Dec;9(4):362–87.
Objetivo principal:	Evaluar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre los modelos de visita utilizados en UCIs de adultos y explicar su congruencia con los conceptos centrales de la PFCC.
Tipo de estudio:	Revisión sistemática.
Conclusiones:	Las políticas de visitas flexibles brindan la capacidad de incorporar los conceptos de PFCC en la práctica. Sin embargo, las enfermeras creen que, si bien las visitas son beneficiosas para los pacientes, son un impedimento para practicar y aumentan su carga de trabajo. Las recomendaciones incluyen que las horas de visita se deben usar como pautas, no como reglas, que permitan una flexibilidad dependiendo del paciente y la situación familiar (no existe política perfecta).

Nº de ficha: 5	
Cita bibliográfica:	Soumagne N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B, et al. Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. Ann Fr Anesth Reanim [Internet]. 2011 Dec;30(12):894–8. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S075076581100236X
Objetivo principal:	Evaluar la satisfacción y calidad de la atención de las familias de pacientes de UCI para proponer adaptaciones y modificaciones desde una perspectiva de mejora de las prácticas profesionales.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Se debe mejorar la calidad de la recepción de las familias, tanto en el tiempo dedicado a la atención en la sala de espera como en las horas de visita, que son demasiado limitadas. El apoyo psicológico y material son considerados insuficientes. Aún queda por hacer para mejorar la calidad de las relaciones con las familias en las UCIs.
Nº de ficha: 6	
Cita bibliográfica:	Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva [Internet]. 2012 Oct;23(4):179–88. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239912000715
Objetivo principal:	Identificar, describir y sintetizar los principales efectos que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto.
Tipo de estudio:	Revisión sistemática.
Conclusiones:	Las políticas de visita flexible, además de ser beneficiosas para los familiares y el propio paciente, constituyen en sí mismas una necesidad. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición de un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente.

N° de ficha: 7	
Cita bibliográfica:	Silva FD da, Chernicharo I de M, Silva RC da, Ferreira M de A. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Dec;16(4):719–27.
Objetivo principal:	Identificar los elementos de la práctica de enfermería en la UCI que dificultan la implementación de la humanización de la atención, analizándola a la luz de la PNH.
Tipo de estudio:	Cualitativo.
Conclusiones:	El usuario, la familia y el equipo integran la práctica cotidiana de atención, pero los dispositivos de humanización contenidos en la PNH como visita abierta, ambiente, integración con el equipo multiprofesional, grupos de trabajo, ... no son efectivamente implementados. Repensar la infraestructura de atención es esencial, en términos de recursos humanos. Hay dificultades que indican necesidad de inversiones en la formación y en la gestión institucional y de la atención, de manera que la política de humanización sea efectivamente implantada en la UCI.
N° de ficha: 8	
Cita bibliográfica:	Gibaut M de AM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2013 Oct;47(5):1114–21.
Objetivo principal:	Identificar el nivel de confort de familiares de personas en estado crítico como resultado de las prácticas de acogida del equipo hospitalario.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Se constató la necesidad de mayor interés del equipo con relación a la condición y necesidad del familiar. Promover el confort en la acogida exige una acción interdisciplinaria basada en la filosofía humanística, donde la enfermera tiene un rol importante que desempeñar.

Nº de ficha: 9	
Cita bibliográfica:	Plakas S, Taket A, Cant B, Fouka G, Vardaki Z. The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. <i>Nurs Crit Care</i> [Internet]. 2013 Sep;19(5):243–54. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12054
Objetivo principal:	Explorar el significado de la asistencia vigilante para familiares de pacientes críticos en Grecia.
Tipo de estudio:	Cualitativo.
Conclusiones:	La asistencia vigilante describe la forma en que los familiares de Grecia se quedan fuera de las UCIs. Los familiares sintieron satisfacción por estar cerca como la mejor alternativa, ya que no podían estar dentro de la UCI. Al ver a los pacientes, los familiares también podían hacer sus propios diagnósticos y, por lo tanto, podían comparar la información que recibían con lo que realmente veían. Se necesitan cambios en las políticas de visitas en Grecia para satisfacer adecuadamente las necesidades de los familiares.
Nº de ficha: 10	
Cita bibliográfica:	Athanasiou A, Papathanassoglou EDE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. <i>Am J Crit Care</i> . 2014 Jul;23(4):326–33.
Objetivo principal:	Explorar las creencias de las enfermeras de las UCIs griegas sobre los efectos de las visitas en los pacientes, sus familias y el personal de la unidad.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Las creencias y las actitudes de las enfermeras acerca de las visitas son factores importantes en la implementación de políticas de visita más flexibles en las UCIs griegas. Las unidades bien dotadas con enfermeras experimentadas y menos turnos por semana, pueden afectar a la actitud positiva de las enfermeras hacia las visitas abiertas.

N° de ficha: 11	
Cita bibliográfica:	Baharoon S, Al Yafi W, Al Qurashi A, Al Jahdali H, Tamim H, Alsafi E, et al. Family Satisfaction in Critical Care Units. J Patient Saf [Internet]. 2014 Sep;13(3):169–74. Available from: http://insights.ovid.com/crossref?an=01209203-201709000-00009
Objetivo principal:	Analizar el impacto de la política de visitas (abierto vs. restringido) en la satisfacción familiar.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	La satisfacción familiar no fue influenciada apenas por la frecuencia de visitas entre las familias sauditas. Ambos modelos de políticas de visita pueden lograr una satisfacción familiar significativa (las variaciones culturales pueden jugar un factor en la satisfacción general). La mayoría de las UCI en Arabia Saudita no tienen políticas de visita abiertas.
N° de ficha: 12	
Cita bibliográfica:	Fumis RRL, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. J Crit Care [Internet]. 2014 Apr;30(2):440.e1-440.e6. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944114004882
Objetivo principal:	Evaluar la satisfacción y los síntomas de ansiedad y depresión de los familiares en una UCI con visitas abiertas.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Los familiares en una UCI de visitas abiertas mostraron bajas tasas de ansiedad y depresión e informaron de una alta satisfacción. Las horas de visita se asociaron con alto puntaje de satisfacción y fueron un factor protector para los miembros de la familia.

Nº de ficha: 13	
Cita bibliográfica:	Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014 Apr;25(2):72–7. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239913000941
Objetivo principal:	Conocer la perspectiva de los profesionales de una UCI respecto a los efectos de la visita abierta: en el paciente, en la familia y en la actividad profesional. Y recoger propuestas para modificar la vigente política de visitas.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Los profesionales siguen considerando la política de visitas restrictiva como la opción más idónea. No obstante, aceptan ampliar los horarios en ciertos casos, si se considera beneficioso para el paciente. Esto es, la flexibilización e individualización de horarios dependiendo de la situación clínica del paciente.
Nº de ficha: 14	
Cita bibliográfica:	Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2014 Aug;20(3):147–51. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744388114000140
Objetivo principal:	Investigar el efecto de las visitas de amigos y familiares en la ansiedad, índices fisiológicos y el bienestar de pacientes con IAM.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	Las visitas de familiares y amigos pueden mejorar el bienestar de pacientes con IAM y disminuir su ansiedad. Además, las visitas pueden ayudar a mantener los índices fisiológicos dentro de los límites de la normalidad.

N° de ficha: 15	
Cita bibliográfica:	Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. Am J Crit Care [Internet]. 2014 Jul 1;23(4):316–24.
Objetivo principal:	Comprender las percepciones sobre las UCIs centradas en el paciente de: los familiares, de los pacientes y de los profesionales de la salud de 5 UCIs que tuvieron visitas restrictivas.
Tipo de estudio:	Cualitativo.
Conclusiones:	La atención centrada en el paciente es una expectativa entre los pacientes, sus familias y los defensores de la calidad de la salud. Este estudio ha aumentado la comprensión de las percepciones de los miembros de la familia, de los médicos y de las enfermeras. Estos hallazgos son esenciales para planificar las intervenciones para poder construir servicios de UCI centrados en el paciente.
N° de ficha: 16	
Cita bibliográfica:	Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. Am J Crit Care. 2016 Jan;25(1):46–50.
Objetivo principal:	Determinar si una transición de horas de visita mínimamente restrictivas a no restringidas mejora la satisfacción de los familiares de los pacientes y si tal transición afecta también a la satisfacción de las enfermeras.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	La eliminación de incluso restricciones mínimas en las horas de visita mejoró la satisfacción familiar y mejoró la percepción de las enfermeras sobre la satisfacción de las familias. La satisfacción de las enfermeras no cambió; el cambio en las pautas de visita no afectó a las curas brindadas por las enfermeras. Estos hallazgos respaldan pautas de visita abiertas y centradas en el paciente en entornos de cuidados críticos.

Nº de ficha: 17	
Cita bibliográfica:	Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. Aust Crit Care [Internet]. 2016 Mar;30(2):91–7.
Objetivo principal:	Evaluar el impacto de las visitas flexibles desde la perspectiva de los pacientes, las familias y el personal de la UCI.
Tipo de estudio:	Estudio antes-después.
Conclusiones:	Los pacientes, las familias y el personal de la UCI evaluaron positivamente los horarios flexibles de visita en esta UCI; aunque solo una minoría de familias aprovechó el aumento de las horas. Las necesidades de los pacientes siguen siendo primordiales, pero se deben aprovechar todas las oportunidades para incluir a las familias, ya que tienen el potencial de mejorar la comunicación. Se pueden incorporar horarios de visita más flexibles en la práctica habitual de la UCI.
Nº de ficha: 18	
Cita bibliográfica:	Sánchez-vallejo A, Fernández D, Fernández-fernández APM. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2016;40(9):527–40.
Objetivo principal:	Describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de los profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar en la unidad.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	La información fue adecuada, resultando insuficiente en cuanto a los cuidados de enfermería. Los profesionales reclamaron formación en habilidades de comunicación. Destaca una dualidad en la percepción profesional del efecto que podría tener la presencia familiar junto al paciente: Por un lado, se la estima como apoyo, bienestar y mejora del ánimo del paciente, pero por otro, aparece como un elemento inductor de carga física y psíquica, además de un sentimiento de control sobre los profesionales, que interferiría en los cuidados al paciente.

N° de ficha: 19	
Cita bibliográfica:	Kozub E, Scheler S, Necoechea G, O'Byrne N. Improving Nurse Satisfaction With Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Q [Internet]. 2017;40(2):144–54. Available from: http://journals.lww.com/00002727-201704000-00008
Objetivo principal:	Comunicar el proceso de desarrollo e implementación de un proyecto de mejora del rendimiento de PFCC con el objetivo de mejorar la satisfacción de las enfermeras relacionada con las visitas abiertas.
Tipo de estudio:	Estudio antes-después.
Conclusiones:	El desarrollo de pautas para las visitas familiares se puede implementar fácilmente en otros entornos de cuidados críticos. Las indicaciones de los scripts junto con las pautas de visitas pueden servir como una estrategia útil para desarrollar las habilidades de las enfermeras para comunicarse con las familias.
N° de ficha: 20	
Cita bibliográfica:	Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. [Assessment of the ICU stay from the point of view of patients and their relatives]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2018 May 31;92:e1–13. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29845975
Objetivo principal:	Analizar la valoración de pacientes y familiares sobre la estancia en UCI, y la influencia en dicha valoración de variables sociodemográficas y psicológicas.
Tipo de estudio:	Descriptivo.
Conclusiones:	La valoración de la estancia en UCI en líneas generales fue positiva, aunque con aspectos susceptibles de mejora (como el horario de visitas). Conocer esta realidad es el paso previo a la puesta en marcha de medidas que refuercen lo bien valorado y mejoren los aspectos peor valorados, para poder optimizar la calidad asistencial ofrecida.

N° de ficha: 21	
Cita bibliográfica:	Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit. JAMA [Internet]. 2019 Jul 16;322(3):216-28. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2738289
Objetivo principal:	Determinar si una política flexible de visitas familiares en la UCI reduce la incidencia de delirio.
Tipo de estudio:	Ensayo clínico aleatorizado cruzado.
Conclusiones:	La duración diaria de las visitas fue significativamente mayor con visitas flexibles. Las infecciones adquiridas en la UCI y el agotamiento del personal no difirieron significativamente. La ansiedad y depresión en la familia fueron menores en las visitas flexibles. En los pacientes ingresados en la UCI, una política flexible de visitas familiares vs. un horario de visitas restringido estándar, no redujo significativamente la incidencia de delirio.