



REVISIÓN

Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales



N. Ayllón Garrido*, P. Montero Rus, M.I. Acebes Fernández y J. Sánchez Zugazua

Hospital Universitario de Álava, Vitoria, España

Recibido el 8 de enero de 2013; aceptado el 10 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 2 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Enfermera de
práctica avanzada;
Implementación;
Enfermería de
práctica avanzada;
Hospital magnético

Resumen

Introducción: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) sigue predominando un horario de visitas restrictivo. Abrir las UCI o continuar con la política actual de visitas sigue siendo un tema controvertido para los profesionales.

Objetivos: Conocer la perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad profesional.

Recoger propuestas para modificar la actual política de visitas.

Material y método: Se pasó una encuesta tipo likert de 30 ítems a médicos, enfermeras y auxiliares que trabajan en la UCI del Hospital Universitario de Álava -Txagorritxu. Los datos recopilados en Excel se analizaron con SPSS 19.0. Para la estadística descriptiva se calcularon frecuencias y porcentajes, y para el análisis bivalente de las opiniones con relación a la edad, categoría profesional y años de experiencia la prueba chi cuadrado.

Resultados: Los profesionales (n=64) opinaron que la visita abierta puede tener un efecto beneficioso en el paciente (67%) y en la familia (61%). Sin embargo, el 62% consideró que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal. Ni la experiencia ni la categoría profesional parecen tener influencia estadística en la percepción de beneficio de la visita abierta, sin embargo, los más jóvenes ven más beneficiosa la visita abierta para el paciente ($p=0,024$). El 50% de los encuestados mantendría los horarios de visita actuales y, si la situación del paciente lo requiere, los ampliaría.

Conclusiones: Los profesionales siguen considerando la política de visitas restrictivas como la opción más idónea. No obstante, aceptan ampliar los horarios en ciertos casos, si se considera beneficioso para el paciente.

© 2013 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.ayllongarrido@osakidetza.net (N. Ayllón Garrido).

KEYWORDS

Clinical nurse
specialist;
Implementation;
Advanced practice
nursing;
Magnet hospital

Open door intensive care unit: View of the professionals**Abstract**

Introduction: Restrictive visiting hours continue to predominate at most intensive care units (ICU). Maintaining the current visiting policy or switching to an open visiting hours policy continues to be a controversial study for the staff.

Objectives: To know the staff perspective on the effects of open visiting hours on patients, family and professional activity.

To gather proposals in order to modify the current visiting policy.

Materials and method: A 30-item 'Likert-type scale' data was administered to ICU doctors, nurses and health care assistants of Alava University Hospital. Data was collected within an Excel database and analyzed using SPSS 19.0. Frequencies and percentages were calculated for descriptive statistics purposes and the Chi Square test was used for the bivariate analysis related to age, professional category and years of experience.

Results: The staff (n = 64) considered that open visiting hours could have a beneficial effect on patients (67%) and relatives (61%). However, 62% considered that open visiting hours would be of little benefit for the staff themselves. Neither the experience of the respondent nor their professional category seem to have any statistical effect on the perception of the benefit of open visiting hours. However, the younger staff members consider open visiting hours would be more beneficial for the patient (p = .024). A total of 50% of surveyed staff would maintain the current visiting hours and would extend them if required by the patient's condition.

Conclusions: Staff members continue to consider the current, restricted visiting policy to be the most appropriate option for the unit. However, they accept the possibility of extending visiting hours for particular cases if beneficial for the patient.

© 2013 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

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

En la década de 1990, en España, se inicia una corriente en favor de la flexibilización de las normas de visita. Desde entonces han proliferado los estudios y guías de práctica clínica^{1,2} que apuntan al efecto beneficioso de la visita abierta tanto en el paciente³⁻⁶ como en la familia⁷⁻¹⁰, así como al ventajoso para los profesionales sanitarios¹¹⁻¹⁵. A pesar de esta corriente teórica, el régimen de visitas actual, en la mayoría de las UCI españolas, no responde a la necesidad de cercanía que tienen pacientes y familiares¹⁶⁻¹⁸.

La visita abierta, en contraposición a la UCI con horarios restrictivos, permitiría al paciente ingresado en una UCI la posibilidad de estar acompañado sin que exista una limitación de horarios.

En la mayoría de los casos encontrados en la literatura, los profesionales se muestran reticentes a la visita abierta¹⁹⁻²¹ alegando barreras relacionadas con la estructura física del box, la vulneración de la intimidad de otros pacientes, causa de mayor ansiedad en la familia que puede ver procedimientos invasivos y entorpecimiento en la realización de cuidados enfermeros²².

La evidencia demuestra que el ingreso en una UCI genera estrés y ansiedad en el paciente y, asimismo, provoca diversas respuestas emocionales y psicológicas en la familia, como shock, ansiedad, miedo o depresión²³⁻²⁵. Por tanto,

todas las acciones encaminadas a disminuir el nivel de estrés favorecerían la seguridad del paciente y la de sus familiares. En un estudio previo llevado a cabo en nuestra UCI²⁶ encontramos que en los puestos 6.º y 7.º de 43 ítems los pacientes señalan el horario de visitas restringido y que no les acompañe ningún familiar cercano como situaciones generadoras de estrés durante su estancia.

Fumagalli et al.²⁷ demuestran incluso una mejoría en la actividad cardíaca de los pacientes cuando estos se encuentran acompañados por un ser querido.

Unidad de cuidados intensivos

Así, se plantea como una necesidad para el paciente la presencia de un ser querido que lo acompañe durante su estancia en UCI.

En la actualidad, en nuestra UCI en particular, similar a la mayoría de las unidades de críticos, el horario de la visita familiar está limitado a 2 visitas de 30 min al día, flexibilizando esta norma en casos excepcionales.

Consideramos, por tanto, la necesidad de modificar nuestra política de visitas.

Teniendo, gracias a este estudio precedente, la opinión de los pacientes, resulta interesante conocer la actitud de los profesionales de la unidad respecto al mismo tema. Valorar sus propuestas nos permitirá adecuar los nuevos horarios en beneficio tanto del paciente y familia como del funcionamiento de la UCI, lo que justificaría la realización de este estudio.

Consideramos que los resultados obtenidos, además de describir la actitud de los profesionales en una UCI concreta,

servirían también para reforzar el conocimiento existente y contribuir a motivar el cambio en otras unidades de enfermos críticos.

El objetivo principal fue conocer la perspectiva de los profesionales de una UCI en particular respecto a los potenciales efectos de la visita abierta: en el paciente, en la familia y en la actividad rutinaria de los profesionales.

Objetivo secundario: conocer las aportaciones de los profesionales para una modificación de los horarios de visitas actuales.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo en la UCI del Hospital Universitario de Álava sede Txagorritxu. Es una unidad polivalente que consta de 18 boxes, con posibilidad de 20 pacientes. Actualmente, la plantilla es de 38 enfermeras, 23 auxiliares y 10 médicos adjuntos.

Para recoger la opinión del personal de la UCI sobre los potenciales beneficios de una visita abierta, se utilizó una encuesta tipo likert con 4 posibilidades de respuesta para cada enunciado (totalmente de acuerdo, de acuerdo, poco de acuerdo, en desacuerdo), basada en el modelo elaborado por Marco Landa et al.²², en función de los resultados empíricos de los estudios de Kichhoff et al y Simpson et al. La herramienta consta de 28 ítems estructurados en 3 secciones. La primera pregunta sobre los potenciales beneficios de la visita abierta en el paciente, la segunda sobre los beneficios en la familia, y la última sobre los posibles beneficios para los profesionales y la unidad. El último ítem de cada sección recogía la impresión general del encuestado sobre el grado de beneficio (muy beneficioso, beneficioso, poco beneficioso, no reporta beneficio) de la visita abierta en los interesados (paciente, familia y profesionales). Para concluir el cuestionario, se añadió una última cuestión en la que el profesional realizaba su propuesta personal para establecer horarios de visita. Además se recogieron variables sociodemográficas y laborales de la muestra (edad, sexo, categoría profesional y años de experiencia). El tiempo medio estimado para la cumplimentación de la encuesta anónima fue de 15 min. Para minimizar los sesgos en la recogida de datos, se pidió a los participantes la realización individual del cuestionario, así como no hacer comentarios al respecto, durante el período de recogida de datos.

El proceso de recogida de información se realizó durante el mes de diciembre de 2011 y tanto el personal fijo como el eventual de las categorías de médicos, enfermeras y auxiliares, tuvo la opción de participar. El libre consentimiento se consideró implícito en el hecho de depositar el cuestionario cumplimentado en el buzón destinado para ello.

Los datos fueron recopilados en una base Excel para su posterior análisis mediante SPSS 19.0. Las variables cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar, y para las cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Posteriormente, se realizó un análisis bivariable mediante la prueba de Chi cuadrado para analizar si la edad, categoría profesional o los años de experiencia en la UCI tenían influencia sobre el grado de beneficio esperado de la UCI abierta. Los test estadísticos fueron considerados significativos para $p < 0,05$.

Resultados

Se entregaron 87 encuestas (el personal de plantilla son 71, pero, dada la elevada rotación de eventuales en la unidad, fueron entregadas más encuestas, considerando que dichos trabajadores rotaban por UCI de forma habitual). Se cumplieron 64 cuestionarios. La tasa de respuesta fue del 73,5%. La muestra final está constituida en un 59% por enfermeras, en un 27,9% por auxiliares y en un 13,1% por médicos. El 86% eran mujeres y el 14% hombres. El 70% de la muestra tenía una edad comprendida entre 31 y 50 años. Con relación a la experiencia profesional: el 35,9% de los encuestados tenía más de 10 años trabajados en UCI; el 25% de 1 a 2 años; el 18,8% de 6 a 10 años; el 12,5% entre 3 y 5 años; y el 7,8% tenía menos de un año de experiencia en UCI.

En la [tabla 1](#) se reflejan las opiniones de los profesionales para cada uno de los 25 ítems. Se han agrupado los resultados en respuestas positivas, «totalmente de acuerdo o de acuerdo», y negativas «poco de acuerdo o en desacuerdo».

En general, el 71,9% de los profesionales opina que la visita abierta puede tener en el paciente un efecto beneficioso o muy beneficioso. El efecto sobre la familia también es considerado como potencialmente beneficioso o muy beneficioso en un 62,5% de los casos. En contraposición, la gran mayoría de los profesionales (87,5%) opinaron que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal de la UCI. Estadísticamente, la edad más joven considera más beneficiosa la visita abierta para el paciente; por el contrario, no existen diferencias estadísticamente significativas respecto al grado de beneficio percibido para pacientes, familia y profesional según los años de experiencia en UCI o categoría profesional.

Destacan opiniones, en principio, contradictorias como que el 67,2% de los encuestados está de acuerdo en que la presencia familiar tranquiliza al paciente pero, sin embargo, en otro ítem, el 45,3% opina que la familia dificultaría el descanso del paciente. Igualmente contradictorio parece que el 82,9% de los encuestados piense que la visita abierta aumentaría la satisfacción de la familia cuando, por otro lado, el 45,4% piensa que la familia no ganaría confianza y seguridad en los profesionales.

Con respecto a la satisfacción con los horarios de visita actuales y propuestas de cambio, el 50% de los encuestados mantendría los horarios vigentes y, si la situación del paciente lo requiere, los ampliaría. El 30% mantendría restringido el horario de la mañana y ampliaría el horario de tarde ([tabla 2](#)).

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio son comparables a los encontrados en la literatura, recogiendo una actitud, en general, reticente por parte de los profesionales a la apertura de la unidad¹⁹⁻²¹. A pesar de encontrar en la bibliografía una relación entre menor experiencia y una actitud más flexible, el tiempo de experiencia profesional, en nuestro caso, no fue determinante en la opinión de los encuestados, tal vez porque un número relevante de profesionales tenían poca experiencia en UCI y, sin embargo, no eran los más jóvenes. Además, tal vez la escasa representación de

Tabla 1 Opinión de los profesionales

La presencia de la familia...	Totalmente de acuerdo De acuerdo (%)	Poco de acuerdo En desacuerdo (%)
<i>Efecto de la visita abierta en el paciente</i>		
1. Proporciona apoyo emocional al paciente	92,2	7,8
2. Minimiza la percepción del dolor en el paciente	37,5	62,5
3. Minimiza el aburrimiento del paciente	95,2	4,8
4. Tranquiliza al paciente	78,1	21,9
5. Da ánimo al paciente frente a su enfermedad	71,9	28,1
6. Dificulta el descanso del paciente	57,8	42,2
7. En algunos casos desestabiliza al paciente	79,7	20,3
8. Los efectos de la presencia de la familia dependen de la situación de cada paciente	89,1	10,9
<i>Efecto de la visita abierta en la familia</i>		
9. Aumenta la satisfacción de la familia	82,8	17,2
10. Disminuye la ansiedad de la familia	71,9	28,1
11. Provoca cansancio y agotamiento	66,7	33,3
12. Proporciona a la familia información más real de la situación del paciente	46	54
13. La familia participa en el cuidado del paciente	48,4	51,6
14. La familia gana confianza y seguridad en los profesionales	54,7	45,3
15. Puede suponer mayor impacto emocional al presenciar situaciones de riesgo vital	92,2	7,8
<i>Efecto de la visita abierta en los profesionales y en la unidad</i>		
16. Interrumpe o pospone cuidados e intervenciones	79,7	20,3
17. Aporta una información muy valiosa	51,6	48,4
18. Supone una carga de trabajo añadida	81,3	18,7
19. Ayuda al personal a proporcionar cuidados básicos al paciente	36	64
20. Demanda información médica adicional	90,5	9,5
21. Supone menor dedicación de tiempo al paciente por ocuparse también del familiar	52,4	47,6
22. Vulnera la intimidad del resto de los pacientes	78,1	21,9
23. Genera algún grado de molestia/estrés en los profesionales	74,6	25,4
24. Vulnera la intimidad como trabajador	57,8	42,2
25. La estructura física de nuestra UCI se adapta a la visita abierta	31,3	68,7

médicos en la muestra impidió establecer diferencias entre la percepción del beneficio y la categoría profesional.

La opinión de los profesionales resulta contradictoria ya que piensan que la visita abierta puede favorecer a pacientes y familiares pero, sin embargo, no la desean. Consideran

que puede perjudicar el funcionamiento de la UCI en general. Refleja un sentimiento de autoprotección en un espacio controlado donde ellos establecen las normas.

A pesar de que, coincidiendo con estudios previos, en este caso también se acepta que la presencia familiar pueda

Tabla 2 Propuesta de modificación de los horarios de visita

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
• Me parecen adecuados. No los cambiaría	5	7,8	7,9	7,9
• Los mantendría igual y si la situación del paciente lo requiere los cambiaría	32	50,0	50,8	58,7
• Mantendría el horario de mañana y ampliaría el de la tarde	19	29,7	30,2	88,9
• Ampliaría tanto la mañana como la tarde	1	1,6	1,6	90,5
• Optaría por visita abierta, independiente de su estado	1	1,6	1,6	92,1
• Otros	5	7,8	7,9	100,0
Total	63	98,4	100,0	
• Perdidos sistema	1	1,6		
Total	64	100,0		

tener una influencia positiva para el paciente⁸, los resultados del estudio indican que la visita abierta puede causar, a juicio de los profesionales, carga de trabajo añadida y repercutir en la provisión de cuidados al paciente ingresado²². En este sentido, además, se considera que la visita abierta puede vulnerar tanto la intimidad del resto de los pacientes como la del personal sanitario en su puesto de trabajo.

Estos motivos hacen que los profesionales de UCI sigan considerando la política de visitas restrictiva la opción más idónea, sobre todo en lo que afecta a la actividad profesional.

Al parecer, obviando la evidencia científica que pone de manifiesto el efecto beneficioso de la presencia de familiares, el personal sanitario continúa mitificando el carácter perturbador de las familias, siguiendo la línea de los estudios previos¹⁹⁻²².

Sin embargo, se acepta que determinados pacientes pueden beneficiarse de un mayor tiempo con sus allegados y, en este sentido, la mayoría de los encuestados están de acuerdo en ampliar los horarios de visita habituales en los casos en que se considere beneficioso para el paciente. Esto es, la flexibilización e individualización de horarios dependiendo de la situación clínica del paciente.

En conclusión, este estudio pone en evidencia cómo la actitud reticente de los profesionales ante la presencia familiar se está haciendo más flexible, siendo esto un punto de partida hacia la visita abierta en las UCI.

Como aportación principal, resalta la propuesta general de ampliación del tiempo permitido para visita familiar, en un medio donde el profesional sanitario continúa estableciendo las pautas e individualiza la situación de cada paciente.

Esta información resulta útil para el resto de las UCI que se encuentren valorando un cambio en su política actual de visitas.

Se sugieren investigaciones futuras que contribuyan a generar mayor evidencia en cuanto a los beneficios que los familiares pueden aportar al personal sanitario, y no solo al paciente ingresado, con el fin de buscar un cambio en la actitud de los mismos.

Así mismo, como ya apuntan investigaciones anteriores^{5,14}, el fomento de la participación de la familia en el cuidado del paciente contribuiría a una mayor satisfacción familiar y del propio paciente pero también de los profesionales sanitarios. Consideramos, en este sentido, la necesidad de elaborar nuevos protocolos que incluyan la implicación de la familia en los cuidados básicos en el entorno de UCI.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al., American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Society of Critical Care Medicine. 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. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
- Torres L, Morales JM. Tempus vitalis. *Rev Int Cuidado Paciente Crit*. 2004;4:18-25.
- Giannini A. Open intensive care units: The case in favour. *Minerva Anesthesiol*. 2007;73:299-305.
- Chang C-W, Chen Y-M, Su C-C. Care needs of older patients in the intensive care units. *J Clin Nurs*. 2012;21:825-32, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03611.x>.
- Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care*. 2005;10:6-14.
- Hess L, Shah K, Ondego V, Crittenden F, Joglekar A, Shah A. Patient centered care in the ICU's. [consultado Ene 13]. Disponible en: http://www.hsi.gatech.edu/icu/images/3/3e/Lit_survey_report_-_group_5.pdf
- Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med*. 2003;31 5 Suppl:S362-6.
- Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: Their needs. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12:614-8.
- Llamas-Sanchez F, Flores-Cordon J, Acosta-Mosquera ME, Gonzalez-Vazquez J, Albar-Marin MJ, Macias-Rodriguez C. Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2009;20:50-7.
- Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *J Neurosci Nurs*. 2009;41:85-91.
- Cook D. Open visiting: Does this benefit adult patients in intensive care units? *New Zeland*. 2006.
- Zaforteza C, Gastaldo D, Sanchez-Cuenca PE, de Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: indicios para el cambio. *Nure Investigación*. 2004.
- Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25:175-80.
- Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: Finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum*. 2005;40:18-28.
- Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34:361-6.
- Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med*. 2007;35:497-501.
- Martínez Ques AA. Las visitas en la UCI: ¿es hora de cambiar? *Rev Elect Med Intensiva*. 2005;5:867.
- 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*. 2005;16:73-83.
- Yanez Quintana B, Santana Cabrera L, Hernández Montesdeoca A, Molina Tercero A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva*. 2011;35:62-3.
- Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: A regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anesthesiol*. 2010;76:93-9.
- Zaforteza Lallemand C, Garcia Mozo A, Quintana Carbonero R, Sanchez Calvin C, Abadia Ortiz E, Albert Miro Gaya J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010;21:52-7.
- Marco Landa L, Bermejillo Eguia I, Garayalde Fernandez de Pinedo N, Sarrate Adot I, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2000;11:107-17.
- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al., French FAMIREA Group. Symptoms of anxiety and

- depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* 2001;29:1893-7.
24. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med.* 2010;38:1078-85.
25. Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. *Nursing (Ed Esp).* 2008;26:60-3.
26. Ayllón Garrido N, Alvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007;18:159-67.
27. Fumagalli S, Boncinelli L, lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. *Circulation.* 2006;113:946-52.