

RESUMEN.

La estancia en UCI lejos de ser una experiencia exclusiva del propio paciente incluye a la familia, generándoles estrés, tanto por el estado crítico del paciente como por la incomprensión de las restricciones, entre las que destaca la política de visitas. En los últimos años, múltiples estudios han demostrado que no existen motivos para dicha restricción, mostrando los diversos beneficios de la visita.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de las enfermeras de las UCI de los Hospitales Universitarios de Tenerife acerca de la visita flexible y la presencia de las familias.

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Se obtuvo como resultado que a pesar de que la mayoría de las enfermeras/os considera que el tiempo que existe actualmente para la visita es insuficiente (45%) o bien que el horario debería individualizarse (33%), la percepción sobre la presencia de la familia no es totalmente positiva. Pues tan solo un 22% opina que se debe prolongar el horario y solo un 23% propone individualizarlo. Sin embargo, aunque la mayoría de los profesionales coinciden en que la visita es beneficiosa en múltiples aspectos, no existe un consenso en todos los parámetros valorados. Esto se podría justificar con el hecho de que las enfermeras tienden a ser permisivas con el horario de visitas, mostrándose a favor de la flexibilización pero sin tener que verse obligadas a dicha ampliación por norma, sino que dependa del criterio y la voluntad de cada profesional.

Palabras clave: UCI, cuidados, familia, política de visitas, visita flexible, enfermería.

ABSTRACT.

The stay in the ICU is not an exclusive experience of the patient, it includes the family and it generate in them stress. This stress is produced by the critical state of the patient and also because they do not understand the restrictions of these units, for example the visiting policy. In recent years, multiple studies show that there are not reasons for this claim, they are showing the benefits of visits.

The main objective of this investigation work is to know the perception of ICU nurses of Tenerife University Hospitals about the flexible visit and the presence of the family.

It is an observational, descriptive transversal and prospective study.

According to results, in spite of most of nurses believe that the time that exists currently for the visit is deficient (45%) or that it should be individualized (33%), the perception about the effect of the presence of the family is not totally positive. Only 22% think that the hours should be extended and, only 23% propose to individualize it. However, although most professionals agree that the visit has multiple benefits, there is not consensus on all the parameters assessed. This could be justified by the fact that nurses tend to be permissive with time for visit, so they are in favor of flexibilization but without having to be forced by rule, but its depends on the criterion and the will of each professional.

Key words: ICU, cares, family, flexible visit, visiting policy, nursing.

Índice.

1. INTRODUCCIÓN.	1
1.1. Definición de Medicina Intensiva y UCI.....	1
1.2. Origen de la UCI.....	1
1.3. Paciente crítico.	3
1.4. Características generales de la UCI.	4
1.5. Equipo sanitario de UCI.	6
1.6. Familia y política de visitas en UCI.	8
1.7. Complejos Hospitalarios Universitarios de Tenerife.	10
1.7.1. <i>Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC)</i>	11
1.7.2. <i>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)</i>	13
2. JUSTIFICACIÓN.	15
3. OBJETIVOS.	16
3.1. Objetivo general.	16
3.2. Objetivos específicos:	16
4. METODOLOGÍA.....	17
4.1. Diseño y tipo de estudio.	17
4.2. Población y muestra.....	17
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.	17
4.4. Variables e instrumento de recogida de datos.....	18
4.4.1. <i>Variables</i>	18
4.4.2. <i>Instrumentos de recogida de datos</i>	19
4.5. Procedimiento para la recogida de datos.....	19
5. RESULTADOS.	20
5.1. Experiencia profesional.	20
5.2. Régimen de visitas de su UCI.	20
5.3. Profesional con competencia de decisión sobre el horario de visitas.	21
5.4. Efecto de la visita en el paciente.....	22
5.5. Efecto de la visita en la familia.	23
5.6. Efecto de la visita en los profesionales.	23
5.7. Sugerencias propuestas respecto al régimen de visitas actual.	24
5.7.1. <i>Respecto al horario</i>	24
5.7.2. <i>Respecto a la intervención con los familiares</i>	25
5.8. Experiencias propias de los profesionales.....	25
6. DISCUSIÓN.....	26
6.1. Limitaciones del estudio.	28
7. CONCLUSIONES.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.	30
9. ANEXOS.....	34
1.1. Anexo 1.	34
1.2. Anexo 2.	37
1.3. Anexo 3.	39
1.4. Anexo 4.	41

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Definición de Medicina Intensiva y UCI.

La Medicina Intensiva se define como aquella parte de la medicina que se encarga de los pacientes que presentan una patología con un nivel de severidad tal, que implique un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperación¹.

El lugar de actuación de la Medicina intensiva es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que, según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010)², se define como:

“Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.”².

Así mismo, la Estadística de Establecimientos Sanitarios Con Régimen de Internado (EESCRI) define las unidades de cuidados intensivos como aquellos servicios dirigidos a prestar atención y asistencia sanitaria a enfermos que precisan cuidados y monitorización intensiva. Por lo que estas unidades, además de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), pueden ser denominadas también como Unidad de Medicina Intensiva (UMI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), indistintamente².

1.2. Origen de la UCI.

Las UCI, desde sus orígenes han sido zonas especializadas destinadas al cuidado de aquellos pacientes que presentan un estado de salud crítico. Estas unidades han ido evolucionando a lo largo de su historia, hasta llegar a la UCI como se conoce en la actualidad, dotada con profesionales especializados y equipamiento de alta tecnología.

El origen de las UCI se relaciona con ciertos conflictos bélicos y pandemias, concretamente con la guerra de Crimea (1854-1856). Durante este conflicto la enfermera Florence Nightingale, con el objetivo de prestar una mejor atención a los pacientes críticos, heridos de guerra, agrupó a estos enfermos en áreas cuya

característica principal era la concentración de un mayor número de recursos materiales que el resto del hospital y además, eran atendidos por enfermeras especialmente preparadas. De modo que, la agrupación de pacientes críticos en un área específica y la atención de los mismos por profesionales más especializados, justifica que pueda considerarse este momento de la historia como el inicio de los cuidados intensivos. Nightingale funda, en 1860, la Escuela y Hogar para enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres. Desde entonces, la Medicina Intensiva comienza a hacerse hueco entre el resto de especialidades ya existentes, resaltando los beneficios que supone concentrar a los enfermos críticos en determinadas zonas con mayor disponibilidad de recursos tanto materiales como humanos. Aunque se postula que la primera UCI fue creada por el neurocirujano W.E. Dandy, en 1928, destinada a atender a los pacientes en el postoperatorio de neurocirugía, lo que décadas más tardes daría lugar a las unidades de recuperación.

A lo largo de la II Guerra Mundial comienzan a organizarse unidades de resucitación así como de shock y de cuidados de los soldados intervenidos quirúrgicamente por heridas de guerra. Y más tarde, en la década de los 50, surge la ventilación mecánica a raíz de la experiencia positiva en Dinamarca donde se traqueostomizó y ventiló a los pacientes que padecían parálisis bulbar producida por la epidemia de poliomielitis.

Por lo que es a partir de estos hechos cuando comienzan a organizarse en los hospitales sistemas para prestar asistencia a pacientes críticos y más especialmente, a aquellos que precisasen soporte respiratorio³.

En España la primera UCI se funda en 1965 por el profesor Jiménez Díaz en la Clínica de la Concepción de Madrid y posteriormente, se creó en el Hospital Sant Pau de Barcelona la primera unidad de Coronarias. Entre los años 70 y 90 fueron surgiendo las primeras UCI españolas, disponiéndose actualmente de entre 275 a 300 UCI en funcionamiento en las cuales se atiende al año aproximadamente a 240.000 pacientes, con una mortalidad alrededor del 11%^{4,5}.

Los enfermeros/as son parte imprescindible de los recursos humanos de las unidades de cuidados intensivos. Por lo general, las plantillas están constituidas por una enfermera para cada dos o tres pacientes, y trabajan en dos o tres turnos al día, dirigidas por un supervisor/a de enfermería. En 1974, las enfermeras de UCI organizaron en el seno del X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias la primera reunión de enfermeras de Cuidados Intensivos, en vista de la evidente necesidad de una formación especializada en cuidados intensivos así como de la creación de una Asociación Científica. Y el

resultado ha sido lo que actualmente se conoce como Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)⁵.

1.3. Paciente crítico.

Los pacientes susceptibles de recibir atención en una unidad de cuidados intensivos serán aquellos que se encuentren en estado de salud crítico, es decir que presentan una grave alteración de sus funciones vitales, que determina un inminente peligro de muerte. Estas personas deben ser concebidas como seres biopsicosociales, ofreciéndoles así cuidados de enfermería integrales, y que por lo tanto incluyan su individualidad así como su historia de vida. Además, debe ser primordial la inclusión de las familias en dichos cuidados, lo que contribuirá a una recuperación más rápida o al menos a una estancia menos dolorosa⁶.

Existen cuatro características básicas que definen a un paciente crítico:

1. Padecimiento de una enfermedad grave.
2. Enfermedad potencialmente reversible.
3. Necesidad de asistencia y de cuidados de enfermería continuos y especiales.
4. Requerimiento de un área tecnificada⁶.

En cuanto a los criterios de admisión de pacientes en la UCI, se admitirá a aquellos enfermos que requieren un nivel de cuidados intensivos elevados y que además, sean potencialmente recuperables. La categorización de dichos niveles de cuidados se realiza en base a la clasificación del Departamento de Salud del Reino Unido, el cual se atiende a las necesidades de asistencia de cada enfermo.

Estos niveles de cuidados pueden definirse de la siguiente manera:

✚ Nivel 0: Aquellos pacientes que presentan necesidades que pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización de un hospital de agudo.

✚ Nivel I: Aquellos pacientes con riesgo de deterioro de su trastorno, que presentan necesidades que pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional, asesorados o apoyados adicionalmente por el equipo de cuidados críticos.

✚ Nivel II: Aquellos pacientes que requieren un nivel de intervención u observación más frecuente que los que se pueden realizar en una unidad de hospitalización convencional. Incluye el soporte de un único sistema orgánico.

✚ Nivel III: Aquellos pacientes que precisan únicamente soporte respiratorio avanzado o básico, junto con soporte para, al menos, dos sistemas orgánicos. Incluye todos los pacientes complejos que requieren soporte por fallo multiorgánico^{2,3}.

De modo que, las UCI están destinadas a la atención de aquellos pacientes que se encuentran en los niveles II y III de cuidados, según dicha clasificación.

Por lo tanto, podemos definir el cuidado de pacientes críticos como el conjunto de actividades que llevan a cabo las enfermeras de las UCI, siendo estos cuidados uno de los mejores modelos de la labor de enfermería, pues combinan los avances tecnológicos con la mirada profesional, tanto humana como social, que requieren las personas que se encuentran en estado crítico y que por ello precisan una intensidad de cuidado elevada. Los profesionales de enfermería con su labor contribuyen al bienestar, seguridad, tratamiento y supervivencia del paciente, siendo el principio moral de esta profesión la protección, mejora y preservación de la dignidad de las personas. De este modo, podemos afirmar que el cuidar es el centro de la labor enfermera, y resulta imprescindible conservar la humanización de la misma, entendiéndose por humanización del cuidado: la integración entre los conocimientos científicos y los valores humanos, ofreciéndose así una atención de calidad centrada en el individuo⁷.

Existen diferentes tipos de UCI, dependiendo de la especialidad y el tipo de paciente atendido. Este estudio se centra en las unidades de cuidados intensivos de carácter polivalente para adultos. Estas unidades están dirigidas a atender a todos los enfermos potencialmente reversibles de carácter tanto médico como quirúrgico, indistintamente del órgano que se encuentre afectado así como de la especialidad de referencia, salvo a los de cardiología que, exceptuando las cirugías cardíacas, serán tratados en unidades exclusivas de esta especialidad². Por consiguiente, entre las causas y/o patologías más frecuentes y comunes que presentan los pacientes que son ingresados en las UCI, se puede destacar: compromiso respiratorio (Síndrome de distrés respiratorio agudo), compromiso neurológico, patología gastrointestinal, alteración renal y metabólica, postoperatorios (cirugía cardíaca, entre otras.), politraumatismos, shock hemorrágico y séptico, etc.⁴.

1.4. Características generales de la UCI.

La estructura de las UCI ha ido evolucionando a lo largo de los años desde la formación de las primeras unidades de críticos hasta la actualidad. Dichas modificaciones han tenido lugar como consecuencia de distintos factores: Por un lado,

el desarrollo clínico así como el entendimiento de la fisiopatología del fallo orgánico, lo que a su vez dio lugar a la tecnología y equipamiento clínico altamente especializado del que se dispone en estos servicios actualmente; Y por el otro, la necesidad de unas condiciones ambientales que contribuyan a una mejor recuperación del estado de salud de los pacientes.

Las UCI deben presentar una serie de características establecidas por las recomendaciones que promueve el grupo de expertos *Task Force* de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva en conjunto con otras instituciones. En cuanto a la ubicación, dada la complejidad de dichas unidades éstas deben situarse, dentro del hospital, en una zona bien diferenciada y con un acceso debidamente controlado. Además, es necesario un enlace directo y útil con los servicios del hospital con los que tienen una mayor relación, tales como: bloque quirúrgico, urgencias, radiodiagnóstico, entre otros. Y no pueden ser unidad de paso hacia cualquier otro servicio.

El modelo estructural inicial de las primeras UCI fue el de la sala de recuperación postanestésica, diseño abierto, que consistía en una sala común con una ligera separación entre las camas, con el objetivo de garantizar la mayor accesibilidad desde el control de enfermería. Sin embargo, a partir de la década de los 70 (desarrollo del concepto moderno de enfermedad crítica) se evidencia que dicho modelo estaba relacionado con tasas elevadas de infección nosocomial, por lo que éste fue sustituido por el de UCI cerrada, es decir por habitaciones individuales separadas por medios físicos. Este diseño permite una atención más adecuada de los pacientes en cuanto a la privacidad de los mismos, debiendo mantenerse siempre un óptimo control visual del paciente desde el control de enfermería, así como una adecuada accesibilidad a la habitación^{2,3}.

Además, en estas unidades es importante cuidar el ambiente para reducir al máximo posible la tensión y el estrés, tanto de los pacientes y sus familias, como de los profesionales. Por ello, es fundamental que dichos servicios cuenten con iluminación natural y vistas al exterior, esencial para mantener la orientación temporal y espacial del paciente, y las paredes de las habitaciones deben presentar texturas, colores y acabados que favorezcan la relajación de los enfermos. Del mismo modo, el control acústico es otro elemento a tener en cuenta, y en este sentido el modelo de UCI cerrada facilita dicho control al permitir la observación de los pacientes desde el control de enfermería.

En lo que se refiere a las instalaciones de la UCI, ésta debe disponer de agua, oxígeno, instalación eléctrica, vacío, iluminación y sistemas de control ambiental, que se adecúen a los requerimientos de tratamiento intensivo de los

diferentes enfermos ingresados en ella. Cada habitación debe disponer de un cabecero que cuelgue del techo y que posea sistemas para el control tanto de la iluminación como de la temperatura, toma eléctrica, de oxígeno, aire comprimido y vacío, lo que hace posible tener el suelo libre de cables permitiendo el acceso a la cama del paciente y facilitando el tratamiento del mismo, así como el movimiento de los equipos³.

1.5. Equipo sanitario de UCI.

El equipo sanitario de las UCI españolas, de acuerdo con los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010)², está formado por equipo médico, de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de transporte y personal administrativo. Además, disponen de otros profesionales que colaboran con la misma, como son: farmacéuticos, nutricionista, psicólogos, fisioterapeutas y profesionales de otros servicios o unidades con enfermos ingresados en la UCI. De modo que, se trata de un equipo multidisciplinar, en el que los diferentes profesionales prestan atención y/o asistencia sanitaria de forma conjunta y coordinada a los pacientes ingresados en esta unidad^{2,3}.

Equipo médico. Formado por:

✚ Jefe de servicio, Médico Intensivista, que será el responsable de la calidad, seguridad y buen estado de la unidad.

✚ Equipo de médicos poseedores también de dicha especialidad, así como de las pertinentes competencias profesionales para desarrollarla. La dotación mínima de médicos intensivistas en estas unidades estará en función de diversos criterios, tales como: la gravedad y complejidad de los pacientes, la necesidad de la presencia física de al menos un médico las 24 horas de los 365 días del año, patrones de organización, las competencias y conocimientos del resto del personal presente en la unidad, etc.^{2,3}. De modo que, la estimación en función del nivel asistencial de cada UCI es la siguiente:

✓ En la UCI de nivel asistencial III se requiere un médico intensivista por cada cuatro-cinco pacientes de 08:00 a 18:00 horas, y de 18:00 a 08:00 horas un médico intensivista por cada doce pacientes.

✓ En la UCI de nivel asistencial II es necesario un médico intensivista por cada seis-diez pacientes de 08:00 a 18:00 horas, y un médico intensivista de 18:00 a 08:00 horas.

✓ En la UCI de nivel asistencial I la necesidad es de un mínimo de un médico intensivista por cada ocho-doce pacientes².

Equipo de Enfermería. Formado por:

✚ Supervisor/es con extensa experiencia en el cuidado de pacientes críticos y que será responsable del entrenamiento, la formación continuada y la actividad investigadora del equipo de enfermería del servicio.

✚ Equipo de enfermeras que poseen formación específica en cuidados críticos, esto le proporciona un conocimiento científico profundo de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del mismo a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI están familiarizadas con una extensa variedad de técnicas y procedimientos, y se encuentran capacitadas para la correcta valoración y planificación de los cuidados que requieren los pacientes críticos y sus respectivas familias. Las necesidades de enfermeras de las unidades de críticos de adultos, lo que se conoce como la ratio enfermera/paciente (número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes), dependerá también de diversos condicionantes como pueden ser: el volumen de trabajo y competencias de las que se dispone para satisfacer las necesidades de los pacientes, las funciones de las enfermeras en la unidad, competencias y contribución del personal auxiliar de enfermería, presencia de el responsable de enfermería de la UCI, patrones de organización de la UCI, entre otros. Además, dicha ratio es determinante en la carga laboral de enfermería, de manera que el aumento de dicha carga de trabajo, es decir cuando la razón enfermera/paciente es elevada generalmente por la escasez de personal, puede influir en la calidad de la atención prestada a los pacientes. Esto se ha demostrado en numerosos estudios que han relacionado la ratio enfermera/paciente con diversos indicadores de calidad hospitalaria, entre los que se encuentran la morbimortalidad, las infecciones nosocomiales, así como diversas complicaciones. De tal manera que, un menor número de enfermeras está estrechamente relacionado con una menor seguridad de los pacientes y por tanto, con una mayor mortalidad^{2,3,8,9}.

A modo de criterio orientativo la guía del INSALUD tomada de los criterios de la Task Force de la European Society of Intensive Care Medicine realiza la siguiente recomendación:

- ✓ UCI de nivel asistencial III, precisa una enfermera por cada paciente.
- ✓ UCI de nivel asistencial II, precisa una enfermera por cada 1,6 pacientes.
- ✓ UCI de nivel asistencial I, precisa una enfermera por cada tres pacientes.

Si bien es cierto que, el método idóneo para establecer el número de enfermeras necesario en cada UCI consiste en ajustar la plantilla a las necesidades de los pacientes, medida tanto por su gravedad como dependencia. Para ello

generalmente se utilizan dos métodos de medida de las intervenciones terapéuticas: la metodología **TISS** y el método **NEMS (Anexo 1)**.

Auxiliares de enfermería. Para una UCI de nivel asistencial III se requiere un auxiliar de enfermería por cada cuatro pacientes en turno de día y por cada seis pacientes en turno de noche².

1.6. Familia y política de visitas en UCI.

La estancia en UCI lejos de ser una experiencia exclusiva del propio paciente incluye de forma directa a la familia, generando en estos: estrés, sufrimiento y ansiedad, producidos no solo por el estado crítico del paciente sino también por la incomprensión de las restricciones y novedades que implica la nueva situación, y que les obliga a regularse tanto afectiva como emocionalmente, así como a emplear recursos de afrontamiento que les posibiliten asimilar y adaptarse a las circunstancias. Es decir, que las familias de los pacientes ingresados en UCI deben enfrentarse no solo a la muerte de su ser querido, sino también a otros eventos que pueden aumentar su nivel de estrés, como puede ser el dolor y sufrimiento del paciente, modificaciones en su imagen corporal, malas noticias, las peculiares características de las UCI, los horarios de visita restrictivos, así como la dificultad para comunicarse con su familiar o incluso para comprender la información emitida por los profesionales, etc.

En referencia a este último aspecto, Bouman¹⁰ (1984) afirmó que la situación de los pacientes ingresados en UCI experimenta modificaciones repentinas, siendo la muerte una constante en el tratamiento; es por esto que las familias deben recibir información adecuada y frecuente sobre el estado de su familiar, puesto que dicha información así como la forma en la que esta es proporcionada influye en gran medida en la satisfacción de la familia con el cuidado.

En cuanto al régimen de visitas, históricamente las UCI han contado con una política de visitas bastante restrictiva con el objetivo principal de preservar al paciente, puesto que los cuidados van dirigidos al mismo de forma individualizada y exclusiva. Sin embargo, en los últimos años múltiples estudios han demostrado que no existen motivos para dicha restricción y afirman que las visitas contribuyen al bienestar del paciente, disminuyendo la ansiedad familiar y aumentando la calidad percibida. Un régimen de visitas liberalizado, amplio y flexible son las características que definen una UCI de puertas abiertas. Por el contrario, una UCI cerrada es aquella en la que existe una importante restricción tanto en cuanto a la duración, como al número de las visitas, siendo la presencia de los familiares, u otros seres cercanos al paciente, muy escasa y la participación en sus cuidados, prácticamente nula.

Actualmente, en España el régimen de visitas sigue siendo muy restringido, pese a la existencia de diversos trabajos que aconsejan una política de puertas abiertas y una mayor participación de la familia en los cuidados del paciente, continúa predominando la cultura de UCI cerrada. Las enfermeras han tratado de justificar dicha restricción en base al agotamiento emocional y el estrés que refieren les produce la continua interacción con la familia, así como la posible interferencia que puede suponer la presencia de éstos en los cuidados de los pacientes. Sin embargo, ciertos hospitales han comenzado a liberalizar de manera progresiva el acceso a las UCI y esto se debe, en gran parte, a la creencia y demostraciones recientes relacionadas con el efecto beneficioso que tiene la presencia de la familia en la recuperación del paciente así como el aumento de la satisfacción familiar y además, da lugar a una mayor cobertura de las necesidades tanto del paciente como de sus familiares.

Por todo esto, en la guía de práctica clínica de atención a los familiares de pacientes ingresados en UCI elaborada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACCN), se aconseja una evolución progresiva hacia un patrón de visitas más flexible, cuyo objetivo sea la tendencia a la individualización teniendo en cuenta las preferencias tanto del paciente como de su familia.

En países como Estados Unidos y Reino Unido, por ejemplo, sí que ha tenido lugar una liberalización progresiva de este tipo de unidades, presentando una política de puertas abiertas o un régimen de visitas flexible en la práctica totalidad de sus unidades de críticos de adultos^{11,12}.

Probablemente, la UCI es uno de los servicios sanitarios donde los familiares se encuentran expuestos a un mayor nivel de estrés y sufrimiento, siendo el contacto tanto con su familiar como con los profesionales una de sus principales necesidades. El cuidado de los pacientes ingresados en UCI es incompleto si no se combina con el manejo de los problemas no médicos de las familias, relacionados con sus sentimientos de miedo y ansiedad, entre otros. Es por esto que, las enfermeras de UCI deben cuidar de forma unánime tanto al paciente como a su familia, tratándolos como un único núcleo de cuidado, lo que le permite entender los problemas socio emocionales que surgen en el entorno familiar como un todo, permitiéndole esto al mismo tiempo proporcionarles un apoyo más decidido y comprometido¹³.

Por norma general, los familiares suelen solicitar mayor tiempo y flexibilidad en los horarios de visita, pues una política de puertas abiertas con visitas más liberalizadas, amplias y flexibles da la oportunidad a las familias de hacer compatible sus responsabilidades personales y laborales con la atención de su ser querido ingresado en dicho servicio.

En una situación de este tipo en la que el paciente se encuentra en estado crítico o al borde de la muerte, la necesidad de cercanía es evidentemente necesaria, pudiendo ser de ayuda en el proceso de duelo.

Del mismo modo, debería permitirse una presencia familiar permanente en aquellos casos de pacientes en situaciones de vulnerabilidad aún más especiales, como es el caso de personas con Síndrome de Down, enfermedades mentales, enfermos muy jóvenes, entre otros.

Además, si las condiciones clínicas del paciente lo hacen posible, las familias podrían colaborar y participar de forma activa en algunos de los cuidados, pues muchos familiares muestran interés y deseo porque así sea, y ofrecerles esta oportunidad, además de contribuir a la recuperación del paciente, puede realzar la cercanía y comunicación con los profesionales sanitarios. Por consiguiente, la familia podría ayudar en cuidados como, por ejemplo: aseo personal, administración de comidas o estimulación de ejercicios de fisioterapia, por supuesto bajo la supervisión de la enfermera responsable en todo momento.

Por ello, sociedades de enfermería han elaborado recomendaciones acerca de cómo integrar dicha participación de los familiares en el cuidado de los enfermos, todas ellas basadas en la filosofía de centrar la atención también en la familia^{11,12}.

Las familias, por lo general, solicitan información de forma continua de todo lo que le ocurre al paciente, esté relacionado o no con la enfermedad en sí. Por lo que es fundamental que exista una comunicación eficaz entre los profesionales, las familias y el propio paciente. Además, debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones los familiares son los responsables de la toma de decisiones, en aquellos casos en las que éstas no puedan ser tomadas por la persona enferma puesto que sus condiciones no se lo permiten. De modo que, tanto pacientes como familiares requieren que en la situación de crisis que atraviesan se les proporcione cierta seguridad, sin embargo, actualmente sigue siendo destacable el déficit que existe en relación al cubrimiento de las necesidades que presenta la familia³.

1.7. Complejos Hospitalarios Universitarios de Tenerife.

Este estudio se lleva a cabo en las UCI de los dos Complejos Hospitalarios Universitarios de la isla de Tenerife: el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC). Sin embargo, estas dos no son las únicas UCI disponibles en la isla, pues tanto el Hospital Quironsalud Tenerife así como Hospiten Bellevue disponen de servicio de Medicina Intensiva.

1.7.1. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC).

El Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, ubicado en Santa Cruz de Tenerife, se encuentra vinculado a la red de hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud. Presta asistencia sanitaria especializada (recogida en su cartera de servicios), desde hace ya 50 años, a los beneficiarios del Servicio Canario de la Salud adscritos a las Zonas Básicas de Salud de: Adeje, Anaga, Añaza, Arico, Arona Costa I, Arona Costa II, Arona-Vilafior, Barranco Grande, Barrio de la Salud, Cabo Llanos-Mercado, Candelaria, Granadilla, Guía de Isora, Güímar, Los Gladiolos-Somosierra, Ofra-Delicias, Ofra-Miramar, Parque Marítimo, Salamanca-Duggi, Santiago del Teide, Tíncer y Toscal Centro. Así como, a los habitantes de El Hierro, La Gomera y La Palma en aquellas especialidades que no se encuentren disponibles en su área sanitaria.

La población asignada es de 461.307 (2016).

Además, es el hospital de referencia para la Comunidad Autónoma de Canarias para trasplante hepático, así como lo son el Servicio de Alergología y la Unidad de Cuidados Paliativos, para la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Tras más de cincuenta años este complejo hospitalario ha ido evolucionando, adaptándose con el transcurso del tiempo a la demanda de la sociedad y logrando situarse a la cabeza de los mejores centros hospitalarios de su categoría a través de la incorporación de nuevos servicios asistenciales, tecnología puntera, novedosas técnicas quirúrgicas y fundamentalmente, gracias al trabajo del equipo humano, conformado por casi 5.000 profesionales.

La labor primordial de este centro hospitalario es la asistencia sanitaria de pacientes, agudos, obstétricos y pediátricos. Los servicios, tanto asistenciales como médicos, ofrecidos por este complejo hospitalario se llevan a cabo alrededor de varias infraestructuras arquitectónicas y centros dependientes, de modo que del HUNSC dependen, a su vez, otros centros sanitarios, como lo son: el Hospital del Sur, ubicado en Arona, los Centros de Atención Especializada (CAE) del Rumeu en Santa Cruz de Tenerife y el Hospital de Ofra. Siendo el propio Hospital, el centro matriz.

Del mismo modo, en este complejo hospitalario se llevan a cabo actividades tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad y a su vez abre puertas al conocimiento a través de la Unidad de Investigación HUNSC-AP, y como centro con carácter universitario, oferta estudios de pre y postgrado en las carreras de Medicina y especialidades MIR, Enfermería, Fisioterapia y demás áreas¹⁴.

La UCI de este hospital, a la cual se le conoce como UVI aunque en su cartera de Servicios se la menciona como UMI (Unidad de Medicina Intensiva)¹⁵ y por la que pasan al año un millar de pacientes, cuenta con una veintena de médicos intensivistas, ocho médicos internos residentes, setenta enfermeras/os y 43 auxiliares de enfermería que trabajan con turnos de 7 horas: mañanas, tardes y noches, contando también con tres supervisores de enfermería. En este caso la ratio es de una enfermera por cada dos pacientes y de un auxiliar de enfermería por cada cuatro.

El horario de visitas en esta unidad es de lunes a domingo, festivos incluidos, de 13:00 a 13:30h con información médica, y de 18:00 a 19:00h sin información médica.

El perfil de los pacientes que ingresan en este servicio es heterogéneo, de modo que la distribución y atención de los mismos se organiza en tres módulos: Módulo 1 o de Neurocríticos (pacientes politraumatizados o con afectación cerebral independientemente de su origen), Módulo 2 o Polivalente (pacientes con patología infecciosa de cualquier origen, insuficiencia respiratoria, trasplante hepático, postoperatorios, etc.) y Módulo 3 o Coronarias (pacientes con patología coronaria y/o cardiaca de cualquier origen, postoperatorios complicados de Cirugía Cardíaca, etc.). Además, estos pacientes son evaluados diariamente mediante la escala NEMS modificada, con el objetivo de evaluar la intensidad de los cuidados precisados por cada uno de ellos para proporcionarles, de esta forma, los recursos más idóneos. La unidad cuenta con un total de 26 camas en cubículos individuales, siendo todos exactamente iguales entre ellos en distribución y equipamiento, disponiendo de material especializado de alta tecnología¹⁶.

En el año 2007 esta UCI recibe la "Mención de Honor" según la clasificación Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP), de la segunda edición de los premios *Best in Class* (BIC) en la categoría Mejor Especialidad en atención al paciente, otorgado por el Sistema Nacional de la Salud. La concesión de este premio está basada en la puntuación que se obtiene a través del ICAP que se decreta a partir del estudio multifactorial de los resultados obtenidos en los cuestionarios cumplimentados por los diferentes hospitales, unidades y centros que se hayan presentado a la convocatoria, la cual es totalmente voluntaria. También se le ha concedido a esta unidad la certificación de la norma ISO 9001:2008 otorgada por AENOR, la cual acredita la calidad y buena práctica en las prestaciones tanto médica como asistencial a favor de la humanización y seguridad del paciente^{14,17}.

1.7.2. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias es un centro hospitalario público que depende de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Dispone de 761 camas y más de 3.000 trabajadores dando respuesta a las necesidades sanitarias de nivel especializado a la población de la zona norte de la isla y, como hospital de referencia, a la población de La Palma conforme a su cartera de servicios. El HUC tiene como objetivo llevar a cabo la asistencia sanitaria del propio hospital así como del Área Externa de Salud Mental y los Centros de Atención Especializada (CAE) de la zona norte, la prestación de la asistencia inherente de los servicios de referencia que se asignen a nivel provincial o regional, la formación de pre y post graduados en medicina, enfermería, fisioterapia y otras ciencias de la salud, así como la investigación en estos campos. Se trata además, del hospital de referencia para la provincia de Santa Cruz de Tenerife para Trasplante Renal, así como el de Unidad de Reproducción Humana para todas las islas, excepto Gran Canaria. Siendo también el centro de referencia tanto para trasplante renopancreático, como de donante vivo, hospitalización de trastornos alimenticios, unidad médico quirúrgica de epilepsia refractaria y de radiocirugía a nivel regional.

Además de disponer del edificio de hospitalización, cuenta desde hace unos años con un nuevo edificio en el que se llevan a cabo actividades ambulatorias, con 150 locales de consultas y otros 72 donde se realizan procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, disponiendo también de un Área de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospitales de Día de: Oncología, Hematología, Pediátrico y Polivalente, así como Servicio de Radioterapia.

El Hospital ha sido reconocido con el Sello Europeo de Excelencia +200, que premia la eficacia de su modelo de gestión, encontrándose también en proceso para la obtención de la certificación de servicios y unidades según la Normativa ISO¹⁸.

A la UCI del CHUC se le conoce como Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) para diferenciarla, en sus comienzos, de la Unidad de Cardiología Intensiva conocida como “Unidad de Coronarias”. Aunque en la Cartera de Servicios se menciona como UCI¹⁹. De modo que, el personal intensivista de este hospital atiende en la UVI, desde 1971, a pacientes críticos adultos (a partir de catorce años de edad), con expectativas razonables de recuperación, o bien a aquellas personas que dadas sus peculiares condiciones requieran vigilancia o monitorización avanzada. El servicio cuenta con veinticuatro camas distribuidas en dos secciones: la Sección de Cirugía Cardíaca y Neurocríticos (doce camas) y la Sección de Polivalente (doce camas).

El Servicio de UVI se encuentra conformado por aproximadamente 116 profesionales que llevan a cabo su trabajo en los diferentes ámbitos en los que han sido formados (área médica, enfermería y administrativa). Del mismo modo, cuenta con la colaboración del resto del personal del Hospital Universitario de Canarias en función de los requerimientos de los pacientes ingresados.

En cada turno se dispone de doce enfermeras/os, (ejerciendo uno de ellos como coordinador) y seis auxiliares de enfermería. Por lo que, en total cuenta con cinco equipos de doce enfermeras y seis auxiliares cada uno, lo que supone una plantilla de sesenta enfermeras/os, cinco de ellos asumiendo el cargo de coordinador de su equipo. Y la ratio es de una enfermera por cada dos pacientes y un auxiliar de enfermería por cada cuatro. La tasa bruta de mortalidad de esta unidad se sitúa en torno al 16% (16,5%: 2015 y 2016), cuando los ingresos se sitúan alrededor de los 900 al año (2015: 949 y 2016: 904 ingresos). Los turnos de trabajo tanto de las enfermeras como los auxiliares de enfermería son de doce horas: de 8:00 a 20:00 el turno diurno y de 20:00 a 8:00h el nocturno²⁰.

El horario de visitas en esta unidad es de lunes a domingo, festivos incluidos, de 13:00 a 13:30h y de 18:30 a 19:00h, permitiéndose la entrada únicamente de dos personas simultáneamente por cada paciente, teniendo la oportunidad de irse intercambiando unos por otros todas las veces que deseen dentro del periodo de tiempo que dura la visita²¹.

Desde sus inicios esta unidad también ha sido galardonada en numerosas ocasiones, con premios tanto nacionales como internacionales, resultado del esfuerzo de cada una de las personas que en ella trabaja²⁰.

Aunque el foco principal de la labor de la unidad de cuidados intensivos es el paciente ingresado, una parte fundamental son sus familiares, a quienes se les proporciona la información completa de lo que le sucede al paciente de la forma más clara posible, apoyándoles en los momentos más complicados¹⁶.

2. JUSTIFICACIÓN.

Cuando una persona es ingresada en una UCI se enfrenta a una situación, por lo general, estresante y que no solo afecta al propio paciente, sino que involucra también a sus familiares y/o seres queridos, generando en éstos unos niveles de estrés y ansiedad tanto o más elevados que los del paciente. En muchas ocasiones estos sentimientos se ven incrementados por diversos factores, entre los cuales se encuentra el escaso tiempo del que disponen para acompañar a su familiar, siendo muchas las horas que permanecen sin recibir información acerca del estado y evolución del mismo.

Tradicionalmente, la política de visitas de estas unidades ha tenido un carácter restrictivo con el objetivo de preservar la intimidad del paciente. Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a observar una tendencia hacia la flexibilización de dichos horarios, pues diversos estudios han demostrado los beneficios que presentan las UCI de puertas abiertas, aumentando la satisfacción y disminuyendo los niveles de ansiedad tanto del paciente como de sus familiares, quienes además, pueden ser un recurso importante para los profesionales aportando información valiosa, facilitando la prestación de apoyo e incluso participando activamente en los cuidados de su ser querido o ayudando a calmarlo en situaciones traumáticas.

Sin embargo, las UCI en las que se lleva a cabo este estudio continúan presentando políticas de visitas restrictivas: en la UCI del CHUNSC disponen de 30 minutos por la mañana y una hora por la tarde mientras que en la UCI del CHUC, tan solo 30 minutos por la mañana y otros 30 minutos por la tarde.

Por ello, mediante este estudio se plantea conocer la opinión de las enfermeras/os que trabajan en dichas unidades acerca de los horarios de visita y la implicación de la presencia de los familiares.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo general.

Conocer la percepción de las enfermeras/os que trabajan en las UCI del CHUC y del CHUNSC acerca de la visita flexible y la presencia de las familias.

3.2. Objetivos específicos:

1. Describir la opinión de las enfermeras de las UCI respecto al horario de visitas actual en sus respectivas unidades.
2. Identificar qué profesional tiene la competencia de decidir el horario de visitas.
3. Conocer la percepción que tienen las enfermeras acerca del efecto que produce la presencia de la familia en el paciente.
4. Identificar la repercusión que tiene la visita en la familia.
5. Conocer la percepción que tienen las enfermeras acerca del efecto que produce la presencia de la familia en los cuidados y en los profesionales.
6. Proponer sugerencias referentes al horario de visita.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño y tipo de estudio.

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo llevado a cabo en las UCI de los dos Complejos Hospitalarios Universitarios de Tenerife: el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria durante los meses de abril y mayo de 2018.

4.2. Población y muestra.

La población la forman todas las enfermeras y enfermeros que trabajen en la UCI del CHUNSC o del CHUC en el mes de abril y mayo de 2018. La plantilla de la UCI del CHUNSC está formada por 70 enfermeras/os y la de la UVI del CHUC consta de 60 enfermeras/os. Por lo tanto, la población a estudio es de 130 enfermeras y enfermeros.

Para la selección de la muestra se utiliza la siguiente fórmula para una población finita, estableciéndose un nivel de confianza del 95,5% y un error muestral del 5%²².

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

La muestra de este estudio está compuesta por 97 enfermeras/os que forman parte de la plantilla de enfermeras/os de las unidades de cuidados intensivos de adultos del CHUC o del CHUNSC durante los meses de abril y mayo de 2018.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión.

✓ Criterios de inclusión:

- Trabajar como enfermera/o en la UCI del CHUC o en la UCI del CHUNSC durante los meses de abril y mayo de 2018.

- Aceptar voluntariamente participar en este estudio.

✓ Criterios de exclusión:

- No cumplir los criterios de inclusión.

4.4. Variables e instrumento de recogida de datos.

4.4.1. Variables.

- Variables sociodemográficas.

Experiencia laboral: *Menos de 5 años; 5-10 años; 10-15 años; 15-20 años; más de 20 años.*

- Repercusión de las visitas en el paciente.

1. Le proporciona apoyo emocional.
2. Incrementa su percepción del dolor.
3. Incrementa su gasto de energía.
4. Minimiza su aburrimiento.
5. Incrementa su deseo de vivir.
6. No le fatiga.
7. Le inestabiliza.
8. Dificulta su descanso.

- Repercusión de las visitas en la familia.

9. Aumenta su satisfacción.
10. Disminuye su ansiedad.
11. Le agota.
12. Les proporciona mayor información.
13. Les hace sentirse obligados a estar con el paciente.
14. Le proporciona seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.

- Repercusión de las visitas en los profesionales.

15. Interrumpe o pospone los cuidados de enfermería.
16. Obtienen de los familiares una información muy valiosa.
17. Les produce una mayor carga física y psíquica.
18. Les ayuda a proporcionar apoyo emocional al paciente.
19. Ayuda en la prestación de cuidados básicos del paciente.
20. Les impide manifestarse como son.
21. Deben emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que se dedica menos tiempo a la atención del paciente.
22. Incrementa su satisfacción.

Estas 22 variables serán medidas con una escala tipo Likert del 1 al 4: (1) *totalmente en desacuerdo*, (2) *en desacuerdo*, (3) *de acuerdo* y (4) *totalmente de acuerdo*.

4.4.2. Instrumentos de recogida de datos.

Para la recogida de datos se utiliza el cuestionario diseñado por Kirchhoff et al. (1993) y Simpson et al. (1996)²³, validado y ampliamente utilizado en nuestro contexto (**Anexo 2**). Dicho cuestionario consta de 22 ítems, que incluyen aspectos relacionados con la percepción de las enfermeras con respecto al efecto de la visita sobre el paciente, la familia y los profesionales. Cada uno de estos ítem se valora mediante una escala tipo Likert del 1 al 4 (1, totalmente en desacuerdo; 4, totalmente de acuerdo). Y además, se recoge información relativa a la experiencia profesional, conocimiento, creencias y experiencia acerca de la política de visita vigente en las UCI.

4.5. Procedimiento para la recogida de datos.

Se solicita permiso a la Dirección de Enfermería de cada uno de los Complejos Hospitalarios (**Anexos 3 y 4**) para poder encuestar a las enfermeras/os de las UCI de cada uno de los centros.

Los cuestionarios en formato papel se entregaron personalmente a cada una de las enfermeras/os de ambas unidades de cuidados intensivos, explicándoles el motivo y objetivo de este estudio. Los momentos determinados para la entrega de los mismos han sido los periodos de visita puesto que por lo general es el momento en el que están menos ocupados, así como los cambios de turno ya que es posible localizar un mayor número de enfermeras/os presentes en la unidad.

Tras entregarles el cuestionario se les deja un margen de tiempo razonable para que lo cumplimenten en ese mismo momento, siempre y cuando sea posible. Así nos aseguraremos de que nos responde el mayor número de profesionales posibles y que la pérdida de encuestas sea mínima.

La recogida de datos en ambas unidades se desarrolló durante veinte días.

5. RESULTADOS.

La muestra calculada para este estudio fue de 97 enfermeras. Solo se obtuvieron 64 encuestas (tasa de respuesta del 65,98%): 28 del CHUC y 36 del CHUNSC. Esto hace que el error de estimación se sitúe entre el 8% y el 9%, en lugar del 5% previsto inicialmente.

5.1. Experiencia profesional.

La Tabla 1 refleja la distribución de frecuencias de las enfermeras y enfermeros que han participado en el estudio en función de su experiencia profesional y en el Gráfico 1 se muestra la proporción.

Experiencia profesional.	Frecuencias.
Menos de 5 años	3
5-10 años	5
10-15 años	27
15-20 años	14
Más de 20 años	15

Tabla 1. Distribución de la experiencia profesional de las enfermeras (frecuencias).



Gráfico 1. Distribución de la experiencia profesional de las enfermeras (proporción).

Se observa que el 87% de los encuestados tiene diez o más años de experiencia profesional.

5.2. Régimen de visitas de su UCI.

Un 45% de los profesionales considera que el régimen de visitas vigente actualmente en sus correspondientes UCI es insuficiente, mientras que un 33% opina

que es adecuado, y un 2% cree que está mal organizado. Del 20% restante, el 16% considera que el horario de visitas debería individualizarse y adaptarse en función de las condiciones de cada paciente, de sus familiares y de la carga de trabajo existente en la unidad, y un 4% no ha respondido a esta pregunta (Tabla 2).

Régimen de visitas actual	Porcentaje
Insuficiente	45%
Adecuado	33%
Debería individualizarse en función de cada paciente	16%
Mal organizado	2%
No responden	4%

Tabla 2. Distribución de la valoración del régimen de visitas actual de su UCI.

5.3. Profesional con competencia de decisión sobre el horario de visitas.

Los propios enfermeros (46%), son los profesionales que tienen la competencia de decidir en qué situaciones se podría ampliar el horario de visitas. En segundo lugar (30%), creen que debería ser una decisión consensuada entre el equipo médico y de enfermería, mientras que un menor porcentaje (13%) considera que debería tenerse en cuenta la opinión no solo de las enfermeras y los médicos, sino también de los auxiliares de enfermería. Un 5% cree que los profesionales competentes en este caso, son las enfermeras/os junto con los auxiliares de enfermería. Unos pocos opinan que quien tiene la competencia para tomar dicha decisión es la gerencia (3%) y otro 3% cree que el equipo médico de forma independiente (Tabla 3).

Profesional competente	Porcentaje
Equipo de enfermería	46%
Enfermeras y médicos	30%
Enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos	13%
Enfermeras/os y auxiliares de enfermería	5%
Equipo médico	3%
Gerencia	3%

Tabla 3. Distribución de los profesionales considerados con competencia para tomar decisiones en relación al horario, según las enfermeras/os.

5.4. Efecto de la visita en el paciente.

En la Tabla 4 se exponen las percepciones que las enfermeras tienen acerca del efecto que produce la presencia de la familia en el paciente.

Efecto de la visita en el paciente.	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
Proporciona apoyo emocional al paciente	0	6%	42%	52%
Incrementa la percepción del dolor en el paciente	13%	38%	33%	16%
Incrementa el gasto de energía del paciente	5%	44%	44%	7%
Minimiza el aburrimiento del paciente	1%	11%	38%	50%
Incrementa en el paciente el deseo de vivir	2%	11%	53%	34%
La gran mayoría de los pacientes no se fatiga	8%	39%	41%	12%
En general, inestabiliza al paciente	13%	66%	20%	1%
Dificulta el descanso del paciente	9%	45%	39%	7%

Tabla 4. Percepción del efecto de la visita en el paciente.

En cuanto a la percepción que las enfermera/as tienen en relación al efecto de la visita sobre el paciente, la mayoría considera que ésta le proporciona apoyo emocional (94%), además de minimizar su aburrimiento (88%), contribuyendo también a un incremento de su deseo de vivir (97%) y que, por norma general, no inestabiliza al paciente (79%).

Sin embargo, en otros de los aspectos valorados existe una igualdad de porcentajes a favor y en contra, de modo que prácticamente la mitad de las enfermeras opina que la visita incrementa la percepción del dolor (49%) y el gasto de energía del paciente (51%), que dificulta su descanso (46%) y que no se fatigan con la visita (53%) mientras que aproximadamente, la otra mitad cree lo contrario.

5.5. Efecto de la visita en la familia.

En la Tabla 5 se muestran las percepciones que las enfermeras tienen acerca del efecto que produce la visita en la familia del paciente.

Efecto de la visita en la familia.	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
Aumenta la satisfacción de la familia	1%	6%	41%	52%
Disminuye la ansiedad de la familia	0	13%	39%	48%
Agota a la familia	13%	43%	43%	1%
Proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente	5%	11%	45%	39%
La familia se siente obligada a estar con el paciente	14%	41%	34%	11%
Proporciona seguridad en los profesionales	3%	28%	52%	17%

Tabla 5. Percepción acerca del efecto de la visita en la familia.

En cuanto al efecto que tiene la visita en la familia, la mayoría de las enfermeras considera, que ésta aumenta su satisfacción (93%) a la vez que disminuye su ansiedad (87%), proporcionándole mayor información lo que facilita que la familia tenga un conocimiento más real de la situación del paciente (84%), y que además, la visita proporciona seguridad en los profesionales (69%). Sin embargo, y aunque son más los profesionales que consideran que la visita no agota a la familia (56%) y que ésta no se siente obligada a estar con el paciente (55%), en estos dos aspectos existe una diferencia entre el porcentaje de enfermeras/os en contra y a favor mucho menor que en los ítems anteriores, aunque sin llegar a producirse una coincidencia total entre el número de profesionales que están de acuerdo y los que no.

5.6. Efecto de la visita en los profesionales.

En la Tabla 6 se presentan las percepciones que las enfermeras tienen en relación al efecto que produce la presencia de la familia en los profesionales.

Efecto de la visita en los profesionales.	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
Interrumpe o pospone los cuidados de enfermería	10%	42%	25%	23%
Proporciona una información muy valiosa	1%	14%	63%	22%
Produce una mayor carga física y psíquica	3%	17%	33%	47%
Ayuda a los profesionales a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	3%	20%	64%	13%
Ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente	14%	52%	27%	7%
Supone menor dedicación al paciente por ocuparse también del familiar	16%	50%	27%	7%
Impide a los profesionales manifestarse como son	22%	48%	23%	7%
Incrementa la satisfacción de los profesionales	11%	44%	38%	7%

Tabla 6. Percepción del efecto de la visita en los profesionales.

Tal y como refleja la Tabla 6, existe casi una igualdad de los porcentajes a favor y en contra en dos de los aspectos valorados, de modo que el 48% de los profesionales considera que la visita interrumpe y pospone los cuidados de enfermería mientras que el 52% opina lo contrario. Lo mismo sucede con el hecho de si la visita incrementa (45%) o no (55%) la satisfacción de los profesionales.

Sin embargo, sí que existe una clara diferencia entre los porcentajes del resto de ítems de forma que, la mayoría de las enfermeras/os (85%) opina que la familia aporta información muy valiosa y supone una ayuda en la prestación del apoyo emocional que requiere el paciente (77%), aunque produce una mayor carga física y psíquica en los profesionales (80%) y no ayuda en la prestación de los cuidados básicos (66%). Además, la mayor parte de los profesionales también coincide en que la visita no les supone una menor dedicación al paciente por ocuparse de ellos (66%) ni tampoco les impide manifestarse tal y como son (70%).

5.7. Sugerencias propuestas respecto al régimen de visitas actual.

5.7.1. Respecto al horario.

En cuanto a las sugerencias propuestas por los profesionales en relación al régimen de visitas, la mayoría de las enfermeras/os que han respondido a esta

pregunta (45%), puesto que el 45% no lo ha hecho, propone simplemente aumentar el horario (22%) o individualizarlo (23%), aumentándolo siempre y cuando la situación y necesidades del paciente y la familia, así como la carga de trabajo de la unidad lo permitan. Mientras que una minoría (6%) considera que debería mantenerse como en la actualidad.

5.7.2. Respecto a la intervención con los familiares.

Algunas enfermeras (3%) sugieren que previo a la visita es importante que los familiares reciban información médica adecuada a cerca del estado y pronóstico de su familiar, e incluso que debería existir en estas unidades profesionales de apoyo como psicólogos, que ayuden al paciente y sus familias a afrontar la situación en la que se encuentran.

5.8. Experiencias propias de los profesionales.

Pese a que la mayoría de los profesionales (75%) no ha respondido a este apartado, entre las principales aportaciones de los que sí lo han hecho se encuentran las siguientes:

El 9% de las enfermeras/os han sugerido que se realice una valoración individual de la situación de cada paciente y su entorno familiar, con el objetivo de establecer un régimen de visitas que se ajuste a las necesidades de los mismos. Destacando la importancia de que la familia reciba información adecuada, educación y el apoyo necesario para afrontar la situación en la que se encuentran.

Y mientras por un lado, un 6% ha comentado que en ciertas ocasiones las familias suponen un empeoramiento en el estado del paciente, debido a su preocupación y estado de ansiedad, lo que además les lleva a cuestionar la labor de los profesionales, buscando fallos, etc. Por el otro, un 5% ha reflejado que el escaso tiempo de visita del que se dispone actualmente, por lo general, tiene un efecto negativo tanto en el paciente como en la familia ya que aumenta la ansiedad de ambos. Es por esto que, algunos profesionales (3%) afirman que permiten en muchas ocasiones que los familiares permanezcan en la unidad más tiempo del establecido, flexibilizando la visita siempre y cuando la situación lo permita y ambas partes, paciente y familia, así lo deseen.

6. DISCUSIÓN.

Respecto al objetivo: Describir la opinión de las enfermeras de las UCI en relación al horario de visitas actual en sus respectivas unidades.

La mayoría de los profesionales de enfermería de las UCI del CHUC y del CHUNSC opina que el horario de visitas que existe actualmente en sus unidades es insuficiente (30 minutos por la mañana y por la tarde en la UCI del CHUC, y en la UCI del CHUNSC, 30 minutos por la mañana y una hora por la tarde), o al menos que debería individualizarse en función de las características y necesidades tanto del paciente y su familia, como de la carga de trabajo existente. Coincidiendo esta consideración de la necesidad de flexibilización con otros estudios, como el llevado a cabo con los profesionales de la UCI del Hospital Universitario de Álava-Txagorritxu en el año 2011²⁴. Sin embargo, un 33% de las enfermeras de nuestro estudio cree que el régimen vigente es el adecuado según las características de estas unidades.

En cuanto al objetivo: Identificar qué profesional tiene la competencia de decidir el horario de visitas.

El 46% de las enfermeras/os señaló que es la enfermera quien debe valorar la ampliación del horario; un 33% enfermeras y médicos; un 13% enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos, y un 3% médicos. A diferencia de los datos obtenidos en otro estudio similar realizado en la Universidad de Navarra entre los años 2013 y 2014²³: en donde la opinión mayoritaria (29,5%) consideraba que debían ser ambos profesionales, un 20,45% solo la enfermera y un 15,9% solo los médicos. Dicha desigualdad de opinión puede deberse al hecho de que en el mencionado estudio participaron además de las enfermeras, médicos y auxiliares.

Respecto al objetivo: Conocer la percepción que tienen las enfermeras acerca del efecto que produce la presencia de la familia en el paciente.

Existen múltiples investigaciones²⁵, llevadas a cabo sobre todo en los últimos años, que han demostrado los beneficios de la presencia de las familias en las unidades de cuidados intensivos, y de acuerdo con esto, la mayoría de las enfermeras de este estudio considera que los familiares proporcionan apoyo emocional al paciente incrementando el deseo de vivir del mismo, además de minimizar su aburrimiento, y que, por lo general, la presencia de éstos no lo inestabiliza. Sin embargo, más de la mitad de las enfermeras/os considera que la visita dificulta el descanso del paciente y al menos la mitad de ellas opina que ésta incrementa la percepción del dolor y el gasto de energía del mismo.

En cuanto al objetivo: Identificar la repercusión que tiene la visita en la familia.

Del mismo modo, en cuanto al efecto que la visita tiene en la propia familia, se puede deducir que la mayor parte de las enfermeras/os considera que éste es beneficioso puesto que aumenta su satisfacción a la vez que disminuye su ansiedad y le proporciona mayor información, generándole seguridad en los profesionales. Sin embargo, y aunque en menor medida, algunos profesionales opinan que la visita agota a la familia y que ésta se siente obligada a estar con el paciente. No obstante, podemos establecer que la mayoría de las enfermeras/os sí considera que, en líneas generales, el efecto ejercido sobre la familia es beneficioso, coincidiendo con lo expuesto en múltiples estudios como los citados en la revisión llevada a cabo por B. Errasti-Ibarrondo y S. Tricas-Sauras²⁶.

En respuesta al objetivo: Conocer la percepción que tienen las enfermeras acerca del efecto que produce la presencia de la familia en los cuidados y en los profesionales.

En lo referido a la percepción que las enfermeras de las UCI del CHUC y del CHUNSC tienen en relación al efecto de la visita sobre los cuidados y los propios profesionales, la mayoría de las enfermeras/os considera que la familia aporta información valiosa, ayudando en la prestación del apoyo emocional que requiere el paciente, además de no suponer una menor dedicación al paciente por ocuparse de ellos ni tampoco les impide manifestarse tal y como son. Aunque sí refieren que las familias no suponen una ayuda en la prestación de los cuidados básicos que el paciente requiere y que suponen una mayor carga tanto física como psíquica. De modo que, pese a los diversos beneficios que la visita puede ejercer tanto en el paciente como en los cuidados del mismo y sobre todo en los propios familiares, continúa existiendo entre los profesionales cierta reticencia a la presencia de la familia coincidiendo con estudios previos en los que se sigue mitificando el carácter perturbador de los familiares^{23, 24, 27}.

Proponer sugerencias referentes al horario de visita.

Del 45% de los profesionales que han aportado sugerencias en cuanto al horario de visitas del que se dispone actualmente en sus respectivas unidades, el 22% propone simplemente aumentar el horario y un 23%, individualizarlo, aumentándolo siempre y cuando la situación y necesidades del paciente y la familia, así como la

carga de trabajo de la unidad lo permitan. Mientras que el 6% considera que debería mantenerse como en la actualidad.

Además, un 3% de los profesionales han afirmado que permiten en muchas ocasiones que los familiares permanezcan en la unidad más tiempo del establecido, flexibilizando la visita siempre que la situación lo permita y ambas partes, paciente y familia, así lo deseen. Esto coincide con lo expuesto por las enfermeras de otros estudios, como el realizado en la Universidad de Navarra²³.

6.1. Limitaciones del estudio.

La muestra no es representativa puesto que resultó imposible lograr la participación de al menos 97 enfermeros que había sido la muestra calculada inicialmente para un nivel de confianza del 95%. Esto supone que los resultados obtenidos en este estudio no se puedan generalizar a la población objeto de estudio sin asumir que el error máximo de estimación se sitúa entre el 8% y el 9%. La escasa participación se ha debido fundamentalmente a la gran carga de trabajo y escasez de tiempo que presentan las enfermeras/os de ambas UCI, y al no disponer de más margen de tiempo para prorrogar la recogida de datos.

7. CONCLUSIONES.

Tras el análisis de los resultados obtenidos se puede concluir que, pese a que la mayoría de los profesionales considera que el tiempo que existe actualmente para la visita es insuficiente o bien que el horario debería individualizarse, en función de las características y necesidades de cada paciente, la percepción acerca del efecto que ejerce la presencia de la familia no es totalmente positiva.

Puesto que, si bien es cierto que la mayoría de las enfermeras/os coinciden en que la visita es beneficiosa en múltiples aspectos, tanto para el paciente como para los cuidados del mismo y, sobre todo, para la propia familia, no existe un consenso en todos los parámetros valorados, pudiéndose observar en varios de ellos una igualdad entre los porcentajes a favor y en contra de los mismos. Además, tan solo un 22% propone una ampliación del horario de visitas y solo un 23% cree que debería individualizarse. Sin embargo, esta diferencia de opinión podría verse justificada con el hecho de que las enfermeras tienden a ser permisivas en cuanto al horario de visitas, permitiendo a los familiares permanecer en la unidad un mayor tiempo del establecido, flexibilizando la visita siempre y cuando la situación lo permita. Así que, la mayoría de los profesionales consideran que el tiempo del que disponen actualmente es escaso y que esta restricción puede afectar negativamente tanto al paciente como a su familia, por lo que en muchas ocasiones el horario de visita es prologado por los propios enfermeros. De lo que se puede deducir que las enfermeras son partidarias de la flexibilización siempre y cuando esto dependa del criterio y voluntad propia de cada profesional, y no tengan que verse obligadas a dicha ampliación por norma en todos los casos.

De modo que, dado los resultados obtenidos, así como el hecho de que la muestra del estudio no es representativa, resultaría interesante continuar indagando acerca de este tema en futuras investigaciones con el fin de obtener datos más concluyentes. Además, conocer también la opinión de otros profesionales, como pueden ser los auxiliares de enfermería y los médicos, podría ser de interés para este tipo de estudios puesto que ellos aportan una visión diferente de la atención al paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Perdomo Cruz RG. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Med Hondur [Internet]. 1992 [consultado 5 marzo 2018]: 60 (1): s. M. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Cuidados Intensivos (Estándares y Recomendaciones) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 10 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
3. Marco P. Influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia. [Internet]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili; 2016 [consultado 15 marzo 2018]. Disponible en: <http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepo/rest/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A920&datastreamId=Mem%C3%B2ria&mime=application%2Fpdf>.
4. Breve Historia de la Medicina intensiva. Paciente Crítico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Internet] Zaragoza [consultado 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>
5. Navarro JM, Perales R. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. [Internet]. 2nd ed. Alicante; 2012. [consultado 15 marzo 2018]. Disponible en: https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf
6. González RV. Cuidado de enfermería al paciente crítico. Av.enferm. [Internet] 1996 [consultado 15 marzo 2018]; XIV (2): p.27-29. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/16428/17358>
7. Mendoza L. Riesgos clínicos epidemiológicos asociados con la evitabilidad y gravedad de eventos adversos vinculados al cuidado de pacientes críticos [tesis en Internet]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015 [consultado 30 abril 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1508/MENDOZA%20CABALLE%20RO%20LILIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Organización Colegial de Enfermería [Internet]. Madrid; 2009 [actualizado 2014; consultado 15 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/ratios.html>
9. Humanización de los Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: HUCI; 2016 [actualizado 2018; consultado 15 marzo 2018]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/la-mortalidad-de-los-pacientes-se/>

10. Tarquino LJ. La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (UCI) [trabajo final de grado en Internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2014 [consultado 30 abril 2018]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1>
11. Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enferm Intensiva [Internet]. 2005 [consultado 25 marzo 2018]; 16(2): p.73-83. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-organizacion-las-visitas-familiares-las-13075391>
12. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva [Internet]. 2014 [consultado 25 marzo 2018]; 38(6): p.371-5. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
13. Campo MC, Cotrina MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enferm Global [Internet]. 2011 [consultado 30 abril 2018]; 10(4): p.103-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf>
14. Gobierno de Canarias [Internet] GOBCAN; 2018 [actualizado 18 enero 2018; consultado 20 marzo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=08c62358-2f8a-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
15. Gobierno de Canarias [Internet] GOBCAN; 2018 [actualizado 18 enero 2018; consultado 23 mayo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7530fbff-32c7-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
16. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [Internet]. Madrid: SEMICYUC; 2013 [actualizado 2018; consultado 20 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/gabinete-de-prensa/recorte-de-prensa/un-millar-de-pacientes-criticos-al-ano-en-la-uci-del-huns>
17. Premios BiC [Internet]. Madrid; 2016 [actualizado 2018; consultado 20 marzo 2018]. Disponible en: http://www.premiosbic.com/pdf/BasesPremiosBiC_2016.pdf

18. Gobierno de Canarias [Internet]. GOBCAN; 2018 [actualizado 18 enero 2018; consultado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=e5ca8e6c-2e0b-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
19. Gobierno de Canarias [Internet] GOBCAN; 2018 [actualizado 18 enero 2018; consultado 23 mayo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d1229fb-3520-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
20. Medicina intensiva CHUC [Internet]. Tenerife; 2011 [actualizado 2018; consultado 22 marzo 2018]. Disponible en: http://www.medicinaintensivachuc.es/INICIO_PROFESIONAL.html
21. Consorcio Sanitario de Tenerife. Guía del paciente [Internet]. Tenerife [consultado 22 marzo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e945ae9e-3390-11e0-919a-bdaa63e0a438/GuiaDelUsuario.pdf>
22. Feedback Networks [Internet]. Navarra [actualizado 2013; consultado 4 abril 2018]. Disponible en: <https://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>
23. Martín S, Rubio E, Vázquez M. Percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de visitas en una unidad de cuidados especiales. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2015 [consultado 5 marzo 2018]; XXII (65): p.44-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6286010> **(Anexo 2)**
24. Ayllón N, Montero P, Acebes M.I, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2014 [consultado 12 abril 2018]; 25(2): p.72-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>
25. Mateos D. Los beneficios de integrar a la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. [trabajo final de grado en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2017 [consultado 30 abril 2018]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680681/mateos_picado_davidtfg.pdf?sequence=3&isAllowed=y

26. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012 [consultado 30 abril 2018]; 12(23): p.179-88. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>

27. Yáñez B, Santana L, Hernández A, Molina A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva* [Internet]. 2011 [consultado 30 abril 2018]; 35(1): p.62-3. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/actitudes-del-personal-enfermeria-cuidados/articulo/S0210569110001518/>

28. Martínez T, García A, Nuñez MP, Fernández O, Amaro G. Nightingale & Co Blog [Internet]. Madrid: Wordpress. c2018 - [consultado 30 abril 2018]. Disponible en: <http://nightingaleandco.es/medicion-de-cargas-de-trabajo-adequacion-de-la-plantilla-de-enfermeria-ante-la-complejidad-del-paciente-critico/> **(Anexo 1)**

29. Bernat A, Abizanda R, Yvars M, Quintana J, Gascó C, Soriano M et al. Cargas de trabajo asistencial en pacientes críticos. Estudio comparativo NEMS frente a NAS. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2006 [consultado 30 abril 2018]; 17 (2): p.67-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-cargas-trabajo-asistencial-pacientes-criticos--13089639> **(Anexo 1)**

9. ANEXOS.

1.1. Anexo 1.

TISS y NEMS.

1. SISTEMA THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM 28 (TISS).

Consiste en un instrumento efectivo y validado para la cuantificación de la carga de trabajo de enfermería en las UCI. Esta herramienta sirve para la medición de la severidad de las intervenciones terapéuticas de enfermería y determina la carga laboral. Consiste en una escala modificada del formato TISS-76 (Therapeutic Intervention Scoring System) diseñado por David J Cullen, Cibetta JM y Cols., que permite clasificar a los pacientes críticos, puntuando de menor a mayor grado en función de la complejidad de los cuidados precisados. En dicha escala se manejan los siguientes ítems:

- Actividades básicas. Subtotal = 16
- Actividades específicas. Subtotal = 13
- Apoyo cardiovascular. Subtotal = 29
- Soporte ventilatorio. Subtotal = 9
- Soporte renal. Subtotal = 8
- Soporte neurológico. Subtotal = 4

Puntaje Total = 79

Posteriormente, se establece una proporción entre el puntaje y el tiempo que será empleado en cada actividad. TISS-28: un punto equivale a 10,6 minutos de cada turno de 8 horas de una enfermera. Así que, se supone que a mayor puntaje la ratio enfermera-paciente debe ser menor, de modo que se empleará mayor tiempo con un paciente que precise un nivel de cuidados más complejos^{7,28}.

4 Puntos	3 Puntos
<ul style="list-style-type: none"> a. Paro cardíaco y/o desfibrilación en las previas 48 h.* b. Ventilación controlada con o sin PEEP. c. Ventilación controlada con dosis intermitentes o continuas de relajantes musculares.* d. Balón para taponamiento de várices esofágicas.* e. Perfusión arterial continua. f. Catéter en arteria pulmonar. g. Marcapaso atrial o ventricular.* h. Hemodiálisis en paciente inestable.* i. Diálisis peritoneal. j. Hipotermia inducida.* k. Perfusión de sangre a presión.* l. Traje antishock. m. Monitorización presión intracraneal. n. Transfusión de plaquetas. o. Balón de contrapulsación. p. Intervención urgente (en las primeras 24 h).* q. Lavados gástricos en sangrado agudo. r. Endoscopia o broncoscopia urgente. s. Perfusión de drogas vasoactivas (= 2 drogas). 	<ul style="list-style-type: none"> a. A.Parenteral central (en situación de fallo renal, cardíaco, hepático). b. Marcapasos en demanda. c. Drenajes torácicos. d. Ventilación mandataria intermitente (IMV) o ventilación asistida. e. Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). f. Perfusión de K⁺ vía central (>60 mEq/L). g. Intubación nasotraqueal u orotraqueal.* h. Aspiración intratraqueal en no intubados.* i. Balances metabólicos complejos (frecuentes medidas de entradas, salidas).* j. Analítica frecuente (gases, coagulación, rutinas)(>4 por turno de enfermería). k. Infusión de hemoderivados (>20cc/kg). l. Bolos de medicaciones (no programadas). m. Perfusión de droga vasoactiva (1 droga). n. Perfusión continua de antiaritmicos.
3 Puntos	2 Puntos
<ul style="list-style-type: none"> o. Cardioversión para tratamiento arritmia (no desfibrilación). p. Manta de hipotermia. q. Línea arterial. r. Digitalización aguda (primeras 48h). s. Medida gasto cardíaco, cualquier método. t. Diuresis forzada por sobrecarga de volumen o edema cerebral. u. Tratamiento activo alcalosis metabólica. v. Tratamiento activo acidosis metabólica. w. Tora-para-pericardio-centesis de urgencia. x. Anticoagulación activa (primeras 48 h). y. Sangría por sobrecarga de volumen. z. Cobertura con más de 2 antibióticos. aa. Tratamiento de convulsiones o encefalopatía metabólica (primeras 48 h). bb. Tracción ortopédica compleja.* 	<ul style="list-style-type: none"> a. PVC (presión venosa central).* b. = 2 catéteres periféricos. c. Hemodiálisis en paciente estable. d. Traqueostomía reciente (menos de 48 h). e. Respiración espontánea vía endotraqueal por tubo o traqueostomía. f. Alimentación enteral. g. Reposición de pérdidas excesivas.* h. Quimioterapia parenteral. i. Control neurológico horario (al menos > 2 h). j. Múltiples cambios de apósitos. k. Infusión de pitresina.
1 Punto	1 Punto
<ul style="list-style-type: none"> a. Monitorización continua ECG b. Constantes vitales horarias (al menos >2 h). c. 1 catéter periférico. d. Anticoagulación crónica. e. Balances Standard cada 24 h. f. Analítica de rutina (<5 por turno). g. Medicación programada intermitente. h. Cambios rutinarios de apósitos. i. Tracción ortopédica no complicada. 	<ul style="list-style-type: none"> j. Cuidado rutinario traqueostomía.* k. Úlcera de decúbito.* l. Sonda vesical. m. Oxígeno suplementario (nasal o mascarilla). n. Antibiótico IV (2 o menos). o. Fisioterapia torácica. p. Limpieza, vendajes o debridamiento de heridas fistulas o colostomía. q. Sonda NG para descompresión. r. Alimentación parenteral periférica (o intralipid).

Intervenciones de 4 puntos: (a): Puntuación para dos días después de PCR la más reciente. (b): No es IMV, el cual se puntúa como 3 puntos. Tampoco significa solo que el mando del ventilador esté en controlada. El paciente ha de estar por completo sometido al ventilador independientemente de que haga alguna respiración ineficaz, siempre y cuando su volumen minuto corra a cargo del ventilador. (c): Por ejemplo, D-tubocurarina, pancuronio. (d): Sonda de Sengstaken-Blakemore o tubo de Linton para sangrado gástrico. No incluye los 3 mL/h de solución heparinizada necesarios para mantener permeable el catéter. (g): Marcapasos en actividad incluso si es crónico. (h): Incluye los

Figura 1. Puntaje Escala TISS-28 ⁷.

2. Nine Equivalents of Nursing Manpower (NEMS).

La escala NEMS puede considerarse una evolución del TISS, pues es una herramienta diseñada para la medición de la carga de trabajo de las enfermeras a partir de una simplificación del TISS 28.

Su primera publicación data de 1997, midiendo mediante nueve ítems la actividad de enfermería en las 24 horas que preceden al registro. Este método muestra una correlación con el TISS 28 alta en la fase de desarrollo del instrumento ($r = 0,76$) y moderada en la validación clínica ($r = 0,59$). Permite la determinación, de forma sencilla, del esfuerzo asistencial de los profesionales de enfermería que precisan los enfermos en estado crítico así como los requerimientos de personal. En el mismo se asigna una puntuación (rango de 3 a 12) a nueve actividades asociadas con la labor de las enfermeras en la UCI, siendo la puntuación máxima en un período de 24 horas de 63 puntos. Pese a sus limitaciones, la escala NEMS permite conocer las cargas de enfermería y, por tanto, las necesidades de personal^{7,28}.

Anexo 2 Escala de valoración NEMS (nine equivalents of nursing manpower use score)					
	Puntos	Mañana	Tarde	Noche	Total
1. Monitorización (incluye monitorización básica -presión arterial frecuencia cardíaca, ECG- y balances)	9				
2. Medicación intravenosa (cualquier tipo de medicación administrada por vía intravenosa, ya sea en bolo o perfusión continua, se excluyen los fármacos vasoactivos)	6				
3. Soporte ventilatorio mecánico (cualquier modalidad de ventilación mecánica)	12				
4. Cuidados ventilatorios suplementarios (respiración espontánea con tubo endotraqueal, oxígeno suplementario con algún método [excepto si se ha aplicado ítem 3])	3				
5. Única medicación vasoactiva (un único fármaco vasoactivo)	7				
6. Múltiple medicación vasoactiva (más de una medicación vasoactiva, independientemente del tipo o dosis)	12				
7. Técnicas de diálisis (todas)	1				
8. Técnicas de diálisis (todas)	6				
8. Intervenciones específicas en UCI (como intubación endotraqueal, colocación de marcapasos, cardioversión, endoscopia, intervención quirúrgica en el curso de 24 h, lavado gástrico; no se incluyen las intervenciones de rutina como rayos X, ecocardiografía, ECG, vendajes o colocación de líneas arteriales o venosas)	5				
9. Intervenciones específicas fuera de la UCI (como una intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico o procedimientos que se refieren a la severidad del paciente y que requieren una mayor demanda de esfuerzos terapéuticos en la UCI)	6				

Figura 2. Puntaje Escala NEMS²⁹.

1.2. Anexo 2.

Encuesta a los profesionales sobre política de visitas.

1. Años de experiencia laboral:

- Menos de 5 años
- 5-10 años
- 10-15 años
- 15-20 años
- Más de 20 años

2. ¿Qué piensa en relación al horario de visita existente en la UCI?

3. ¿Qué profesionales cree que tienen la competencia de decidir en qué situación se podría ampliar dicho horario?

4. Responda a las siguientes preguntas siendo (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) totalmente de acuerdo:

1.La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	1	2	3	4
2.La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente.	1	2	3	4
3.La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente.	1	2	3	4
4.La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	1	2	3	4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	1	2	3	4
6.La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	1	2	3	4
7.En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente.	1	2	3	4
8.La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente.	1	2	3	4
9.La visita aumenta la satisfacción de la familia.	1	2	3	4

10.La visita disminuye la ansiedad de la familia.	1	2	3	4
11.La visita agota a la familia.	1	2	3	4
12.La visita proporciona mayor información a la familia y facilita que esta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	1	2	3	4
13.Con la visita, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	1	2	3	4
14.La visita proporciona a la familia seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.	1	2	3	4
15.La visita interrumpe o pospone los cuidados de enfermería, especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente. Ej: Curas, aspiración de secreciones, etc.	1	2	3	4
16.Con la visita, los profesionales obtienen de los familiares una información muy valiosa.	1	2	3	4
17.La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a los profesionales.	1	2	3	4
18.La presencia de la familia ayuda a los profesionales a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	1	2	3	4
19.La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.	1	2	3	4
20.En la visita los profesionales deben emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que se dedica menos tiempo a la atención del paciente.	1	2	3	4
21.La visita impide a los profesionales manifestarse como son.	1	2	3	4
22.La visita incrementa la satisfacción de los profesionales.	1	2	3	4

5. Sugerencias en relación al horario:

6. Experiencias propias que desee añadir:

1.3. Anexo 3.

Solicitud de autorización para recogida de datos (HUNSC).

Estimada Sra. Concepción Santiago González,

Yo, Cathaysa M^a Marrero García, alumna de 4^o año de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con DNI 45895818-P, actualmente me encuentro realizando el estudio **“Opinión de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de adultos del CHUC y del HUNSC a cerca de la visita flexible y la participación de las familias en el cuidado de los pacientes.”**, como Trabajo de Fin de Grado bajo la tutorización de D^a M^a del Cristo Robayna Delgado, profesora titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Con este trabajo se pretende conocer la opinión que tienen los profesionales de enfermería a cerca de un régimen de visita más flexible que el que existe actualmente en la UVI del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, así como sobre la implicación de los familiares o personas más cercanas a los pacientes en los cuidados de los mismos.

Para ello se ha diseñado un estudio de tipo cuantitativo, en el que se utilizará para valorar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de la política de visitas de la unidad, un cuestionario diseñado por Kirchhoff et al. (1993) y Simpson et al. (1996), validado y ampliamente utilizado en nuestro contexto (se adjunta copia del cuestionario).

Le solicito por la presente, su autorización como Directora de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria para poder pasarle dicho cuestionario a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos del HUNSC.

Para cualquier información más detallada en relación al presente trabajo puede ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico: alu0100907377@ull.edu.es o en el número de teléfono: 696-370-143.

Muchas gracias por su colaboración.

Un cordial saludo.

En Santa Cruz de Tenerife, a 10 de abril de 2018

Fdo. Tutora: M^a del Cristo Robayna Delgado.



Fdo. Alumna: Cathaysa M^a Marrero García.





Servicio Canario de la Salud
HOSPITAL UNIVERSITARIO
NTRA. SRA. DE CANDELARIA



S/C de Tenerife a 17 de abril de 2018.

HOSPITAL "NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA"	
DIRECCION DE ENFERMERIA	
REGISTRO DE SALIDA	
N.º 128	FECHA: 18/4/2018

D.ª Cathaysa M.ª Marrero García

En respuesta a la solicitud, recibida con fecha 17 de abril de 2018 y número de registro 150 en esta Dirección, de autorización para realizar un trabajo Fin de Grado cuyo título es "*Opinión de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de adultos del CHUC y del HUNSC a cerca de la visita flexible y la participación de las familias en el cuidado de los pacientes*", esta Dirección de Enfermería no tiene inconveniente en acceder a lo solicitado ya que cumple con los requisitos metodológicos y organizativos para poder desarrollar este proyecto.

LA DIRECTORA DE ENFERMERÍA

Concepción Santiago González

HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA
Ctra. Rosario N° 145
38010 - Santa Cruz de Tenerife

1.4. Anexo 4.

Solicitud de autorización para recogida de datos (CHUC).

Estimada Sra. María de los Ángeles Leal Felipe,

Yo, Cathaysa M^a Marrero García, alumna de 4^o año de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con DNI 45895818-P, actualmente me encuentro realizando el estudio **“Opinión de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de adultos del CHUC y del HUNSC a cerca de la visita flexible y la participación de las familias en el cuidado de los pacientes.”**, como Trabajo de Fin de Grado bajo la tutorización de D^a M^a del Cristo Robayna Delgado, profesora titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Con este trabajo se pretende conocer la opinión que tienen los profesionales de enfermería a cerca de un régimen de visita más flexible que el que existe actualmente en la UVI del Hospital Universitario de Canarias, así como sobre la implicación de los familiares o personas más cercanas a los pacientes en los cuidados de los mismos.

Para ello se ha diseñado un estudio de tipo cuantitativo, en el que se utilizará para valorar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de la política de visitas de la unidad, un cuestionario diseñado por Kirchhoff et al. (1993) y Simpson et al. (1996), validado y ampliamente utilizado en nuestro contexto (se adjunta copia del cuestionario).

Le solicito por la presente, su autorización como Subdirectora de Enfermería del Hospital Universitario de Canarias para poder pasarle dicho cuestionario a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos del HUC.

Para cualquier información más detallada en relación al presente trabajo puede ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico: alu0100907377@ull.edu.es o en el número de teléfono: 696-370-143.

Muchas gracias por su colaboración.

Un cordial saludo.

En Santa Cruz de Tenerife, a 9 de abril de 2018



A/A D^a. M^a de la O Álvaro Afonso.. Directora Enfermería CHUC
De: Dra. Angeles Leal Felipe. Subdirect.Enfermería Formación ,Investigación y Calidad

En contestación al escrito enviado por Cathaysa M^a Marrero García, alumna de 4º año de Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con DNI 45895818-P,, solicitando autorización para la realización de un TFG titulado **“Opinión de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de adultos del CHUC y del HUNSC a cerca de la visita flexible y la participación de las familias en el cuidado de los pacientes.”** bajo la tutorización de D^a M^a del Cristo Robayna Delgado, profesora titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Con este trabajo se pretende conocer la opinión que tienen los profesionales de enfermería a cerca de un régimen de visita más flexible que el que existe actualmente en la UVI del Hospital Universitario de Canarias, así como sobre la implicación de los familiares o personas más cercanas a los pacientes en los cuidados de los mismos. Para ello se ha diseñado un estudio de tipo cuantitativo, en el que se utilizará para valorar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de la política de visitas de la unidad, un cuestionario diseñado por Kirchhoff et al. (1993) y Simpson et al. (1996), validado y ampliamente utilizado en nuestro contexto (se adjunta copia del cuestionario). Le solicito por la presente, su autorización para poder pasarle dicho cuestionario a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Críticos del HUC durante los meses de abril y mayo.

Dado que la información que necesita recoger para dicho trabajo no afecta datos sensibles de los pacientes o de otra índole que requiriera la autorización del Comité de investigación Clínica o Ético de este Centro, le informo que la Dirección de Enfermería le autoriza a recabar dicha información con el personal de enfermería que de forma voluntaria quieran participar y acudir a ese servicio. Deberá ponerse en contacto con D^a Carmen Dolores Chinaa o D^a Carolina Martin Supervisoras de UVI.

Se le recuerda que solo podrá usar los datos exclusivamente para el trabajo que ha solicitado.

Y le invitamos a exponer las conclusiones de su trabajo en una Sesión de Enfermería abierta para todos los profesionales de Enfermería que quieran participar. una vez que Vd. exponga su trabajo

A sí mismo, le recordamos la obligación de someterse a la legislación Vigente en lo referido al derecho de protección de datos.

Atte

La Laguna a 10 de Abril 2018

Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

DIRECCION DE ENFERMERIA

Fdo: Dra D^a. M^a de la O Álvaro Afonso
Directora Enfermería CHUC

Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS
FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA

Fdo: Dra. Angeles Leal Felipe

Subdirect.Enfermería Formación ,Investigación y Calidad