Artículo original

Susana Díaz de Durana Santa Coloma
Manuela Vila Gómez
Laura Aparicio Cilla
María José Rodríguez Borrajo

Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas

Enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. España.

Correspondencia:
Susana Díaz de Durana Santa Coloma
Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital de Txagorritxu
José Atxótegui, s/n.
01009 Vitoria-Gasteiz. España
E.mail: sdiazdurana@htxa.osakidetza.net

Organization of the visits in an intensive coronary care unit: opinion of all the implied people

RESUMEN

Ante la convivencia actual en nuestra unidad de diferentes criterios que guían las normas y horarios de visita de los familiares, el objetivo de este estudio es conocer las opiniones de todos los integrantes de la relación clínica (trabajadores sanitarios, pacientes y familiares), acerca de las normas de visita de nuestra unidad coronaria, para comparar y consensuar todas las partes y actualizar el protocolo de funcionamiento interno. Se trata de un estudio observacional y transversal donde fueron encuestados 39 trabajadores, 55 pacientes y 52 familiares. El estudio se realizó durante parte del año 2002, y para la recogida de datos se ha utilizado una encuesta de elaboración propia, que recoge los parámetros siguientes: número y tiempo de visitas; beneficios y problemas ante la flexibilización de las visitas; opinión acerca de la sala de espera, y conveniencia o no de que el usuario disponga de teléfono móvil. Para el análisis estadístico se ha calculado la distribución de frecuencias de las respuestas y el test de la $\chi 2$. En general, es el personal quien tiene una actitud más positiva hacia las visitas, y las enfermeras en particular son quienes más se inclinan hacia la flexibilidad, individualizando según el estado del paciente. Familiares y pacientes presentan más coincidencias de opinión y adoptan una postura más conservadora respecto a la flexibilidad.

PALABRAS CLAVE

Unidad de cuidados intensivos coronarios (UCIC). Visitas. Opinión. Visita flexible en UCIC.

SUMMARY

Considering the present coexistence in our unit of different criteria that guide the rules and visits timetable of the relatives, the objective of this study is to know the opinion of all the implied people in the clinic relation (sanitary staff, patients and relatives), about the rules of the visit in our Coronary Unit to compare, discuss and bring the protocol unit up to date. This is an observational and transversal study in which 40 sanitary staff, 56 patients and 53 relatives have been surveyed. The study was developed in 2002, and a survey made by us was used to collect the next parameters: number and length of the visits, profits and

64 *troubles when the visit timetable is more flexible; opinion about the waiting room; and the convenience or not of using the mobile phone for the patient. For doing the statistical analysis it has been calculated the distribution of the frequencies of the results, and the Chi2 test. In general, the sanitary staff is who has a more positive attitude for visiting, being nurses particularly the most flexible, considering the patients'condition. Relatives and patients have the same opinion more or less but they aren't so flexible.*

KEY WORDS

Intensive coronary care unit (ICCU). Visits. Opinion. Flexible ICCU visits.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen el hospital dentro del hospital, el paradigma de la medicina occidental, y por definición, son lugares estresantes para todas las personas implicadas en la relación clínica: profesionales, familiares y pacientes. Para estos últimos, el ambiente de la UCI se presenta como un lugar misterioso y hostil, repleto de estímulos nocivos y donde el sentimiento de vulnerabilidad del paciente se ve exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea, la atmósfera de peligro, y la restricción de visitas[1]. La enfermedad es un proceso estresante que exige adaptación al enfermo y a su familia y por eso puede ser considerado como un momento de crisis[2]. Además, no podemos olvidar que es la familia la principal fuente de apoyo personal y social de una persona, tanto en momentos de independencia como de dependencia, como lo es una situación de enfermedad[3], y más si ésta es grave. Es más, se ha comprobado que los enfermos con apoyo familiar evolucionan mejor que los que no lo tienen[2]. Es por ello, que en el proceso de recuperación de la salud o proceso terapéutico, es fundamental establecer una buena alianza entre todas las partes implicadas, así como que los profesionales de la salud trabajen coordinadamente[2]. A veces, de hecho, depende de una buena relación con los familiares el que colaboren en el proceso terapéutico o lo boicoteen, ya que pueden ser o los mejores aliados o los mayores enemigos[2]. Además, están interesados en cooperar, porque tener un enfermo en la familia es una sobrecarga familiar y hay un deseo de volver a la rutina diaria para descargarse de ese extra de trabajo[2]. En esta situación, la familia deja de sentirse útil, incluso siente la sensación de abandono de su ser querido, al impedírsele estar a su lado permanentemente; surgen sentimientos de culpabilidad, nerviosismo, miedo, incluso a veces ira y hostilidad, y viven las mismas fases de la enfermedad que el paciente[4,5]. Tradicionalmente, las unidades de cuidados intensivos coronarios (UCIC) cuentan con horarios de visita muy restrictivos y, por ejemplo en la mayoría de los hospitales de España y/o de habla hispana, estas unidades cuentan con 2 visitas al día (63%), de media hora cada una (46%), pudiendo entrar 2 familiares en total (47%)[6]. Los motivos de dichos horarios se basaban en la idea de «preservar al paciente», ya que la mayoría de los cuidados eran dirigidos a él de manera individualizada[7], o en la de que los familiares son un riesgo añadido al problema de las infecciones, les impiden el descanso y producen alteraciones fisiológicas como taquicardia, arritmias, hipertensión, ansiedad, etc.[8]. Además, en muchas ocasiones las enfermeras justifican las restricciones alegando que la visita interfiere en los cuidados, y ante las familias se sienten nerviosas, enfadadas, estresadas e impotentes[9-13]. Pero en estos últimos años se han publicado investigaciones que han demostrado que dichas modificaciones en los parámetros hemodinámicos no siempre se producen y que cuando esto ocurre, vuelven a la normalidad pasados 10 min[10], además se ha demostrado que las interacciones de los profesionales con el paciente, a veces, le desestabilizan más que la interacción con la familia[11]. En otros, se afirma que la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del paciente, y esa proximidad es a su vez una ayuda para la propia familia[12,13]. También hay estudios que demuestran que la principal necesidad manifestada por los familiares es la de un horario adaptable de mayor duración, debido a la problemática de disponer de tiempo para visitar al paciente, salir del trabajo, solucionar el problema de los niños durante las visitas, etc.[13-17]. Pero también hay

otros autores que afirman que no todas las visitas son beneficiosas ya que aumentan el estrés del paciente, al contagiarle estados de tristeza y de mal humor y que se ha caracterizado en un fenómeno llamado «transmisión de ansiedad», por lo que algunos pacientes prefieren limitar el número de visitas que reciben[18]. Por otra parte, hay que señalar que la bibliografía refleja que al final son las enfermeras quienes modifican las pautas establecidas, bien flexibilizándolas o bien restringiéndolas, en función de las creencias que tienen sobre el efecto de las visitas[11,12]. Y no podemos olvidar que a la hora de determinar las normas en sentido restrictivo, influyen resistencias inconscientes de los profesionales, y que se manifiestan en muchas ocasiones en que las familias nos «molestan», son esas que siempre están preguntando y exigiendo, no tenemos tiempo para ellas, y además cuando estamos con ellas nos contagian toda su impotencia y miedo. Y es que en el hospital, con el enfermo solo, con el apoyo de otros profesionales, en un ambiente que controlamos del todo, únicamente las familias son capaces de enfrentarse a nosotros[2].

La UCI del hospital de Txagorritxu de la ciudad de Vitoria, está situada en la quinta planta y consta de 14 camas, 8 polivalentes y 6 coronarias. Cuando se abrió esta unidad en 1976, la comunicación entre el paciente y sus familiares era a través de un interfono y una cristalera. Hacia 1990 se abrieron puertas de acceso directo a las habitaciones, y se permitió el paso de los familiares dentro de éstas, en turnos de 2 en 2. El horario de visitas, como en la mayoría de las UCI, es muy restrictivo, 30 min en el turno de mañana: de 13:30 a 14:00 h, y 30 min en el de la tarde: de 20:00 a 20:30 h. Al ingreso del paciente en la unidad, el personal de enfermería se encarga de proporcionar la información sobre los horarios y normas de visita, y de entregarles un folleto informativo en el que se da una explicación general de las características de la unidad, del funcionamiento interno y del horario. Pero en realidad se trata de un horario teórico, porque en la actualidad conviven, a veces con cierto desorden y no sin tensiones entre profesionales, 2 situaciones en apariencia contradictorias. Por un lado, el mantenimiento de dicho horario con cierta rigidez y, por otro, situaciones de gran permisividad; aparentemente, ambas obedecen al estado del paciente y/o al criterio del personal que le atiende. Sabemos que esto es algo que está ocurriendo en otras unidades, y es que actualmente se está dando una progresiva liberalización de las visitas, no solo en Estados Unidos y Reino Unido, sino también en España[6,12]. También hemos revisado la «Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios», elaborada por el Departamento de Sanidad y Consumo del Servicio Vasco de Salud[19], y no se recoge como derecho del enfermo/usuario, el continuar manteniendo la relación con sus familiares/amigos y la comunicación con el exterior, como queda recogida en la «Carta» elaborada en Cataluña[20]. Hemos encontrado estudios que tienen en cuenta a las enfermeras[9,10-13,17], a los médicos[13], a los pacientes[5,7,8,13,15,18] y a los familiares[4,7,8,13,14,16,18], pero ninguno que aborde al resto del personal, como auxiliares y celadores, ni que tenga en cuenta aspectos como la antigüedad en UCI, que a nuestro juicio son importantes al abordar este tema. Respecto al uso del teléfono móvil, tampoco existen estudios, pero debido al uso generalizado en la actualidad de dicho medio, hemos decidido incluirlo en este estudio. De esta forma, con el objetivo de ordenar una situación que provoca desconcierto entre todas las partes implicadas y de aunar criterios que ayuden a redefinir todos estos aspectos, surge esta investigación. Se trata de conocer la opinión de todas las personas que conforman la relación clínica, y así establecer unas directrices generales que guíen el régimen de relación entre pacientes y familiares, más acorde con la situación actual en que se desenvuelven las relaciones interpersonales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio observacional y transversal, se ha realizado en la UCIC de 6 camas del Hospital de Txagorritxu de Vitoria, durante los meses de marzo a junio de 2002.

Recogida de datos

Las ideas para construir los cuestionarios/encuestas que hemos utilizado, se recogieron en reuniones iniciales entre las 4 autoras del trabajo, y tras la opor-

tuna revisión bibliográfica, también se tuvieron en cuenta ideas recogidas en artículos publicados en revistas de enfermería[12,13]. Se trató en su totalidad de un instrumento elaborado por las investigadoras mediante asesoría con el servicio de investigación, lo cual dio pie a una serie de modificaciones hasta llegar al cuestionario definitivo. Se recogieron 10 ideas que se concretaron en 32 ítems en total, 23 comunes a los 3 cuestionarios y otros diferentes y complementarios para cada grupo, que podríamos llamar de respaldo y que recogen información para establecer comparaciones en el seno de cada grupo: 6 para el personal, 3 para el paciente y 4 para la familia. Los ítems comunes, están agrupados en 4 categorías: normas de visita y preferencias, aspectos positivos y negativos de éstas, sala de espera para las familias y uso del teléfono móvil del paciente. También se recogieron datos sociodemográficos personales y profesionales: edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en UCI, relación familiar, días de ingreso, etc., también con el fin de ver si hay diferencias significativas en función de estos aspectos, en el seno de cada grupo. En el presente estudio, se analiza la opinión de cada grupo, se comparan los 3 grupos, y se compara el grupo de los profesionales en términos de categoría profesional y antigüedad en UCI. Se trata de un cuestionario de 18 preguntas cerradas, con 2, 3, 4 y 5 opciones a elegir una, más 13 ítems: 10 que planteaban enunciados con respecto a la flexibilidad en las visitas, formulados 5 en positivo y 5 en negativo, y otros 3 respecto al uso del teléfono móvil por parte del paciente. En estos 13 ítems, se podía elegir entre 3 posibles respuestas en una escala tipo Likert: de acuerdo (DA), 1; en parte de acuerdo (EPDA), 2, y en desacuerdo (ED), 3.

Muestra y criterios de inclusión

Pacientes

Adultos de ambos sexos ingresados en la unidad coronaria con diagnóstico coronario, con una estancia superior o igual a 48 h, que hayan permanecido orientados y conscientes y que sean capaces de comunicarse.

Visitantes

Familiares de referencia o personas significativas determinadas por el propio paciente (uno por paciente).

Personal

Celadores, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y médicos/as que hayan trabajado en la unidad coronaria durante períodos superiores a 6 meses. Tras el cálculo del tamaño muestral de una población de 439 individuos sujetos a estudio (197 pacientes, 197 familias, y 45 trabajadores/as), la muestra seleccionada (n = 146) para este estudio ha comprendido un número de 55 pacientes, 52 familiares, y 39 trabajadores (5 celadores, 15 enfermeras, 9 auxiliares y 10 médicos/as) (fig. 1). Al personal se le entregó la encuesta durante la jornada laboral, y al paciente durante el pase de visita de la mañana, cuando se le comunicaba que se iba de alta de nuestra unidad, y siempre que hubieran transcurrido 48 h. Nos la podían devolver cumplimentada a nosotras en el turno de tarde si habían tenido tiempo, o en la planta de cardiología unos días más tarde, a la que habíamos avisado previamente. A las familias se les entregaba una por paciente en el horario de visita y les proporcionábamos el mismo cauce de devolución. En todos los casos se garantizaba el anonimato y la libre participación.

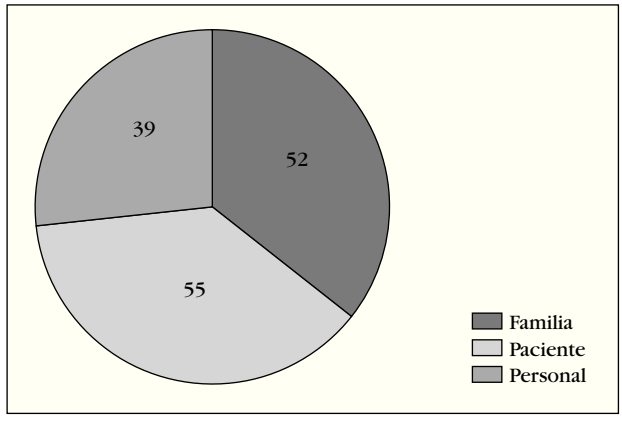

Figura 1. *Distribución de la muestra.*

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS; se calculó la distribución de frecuencias (número absoluto y porcentaje) de las respuestas a las distintas preguntas de la encuesta, en global y por estamentos, antigüedad en UCI, en el caso del personal, y para ver si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas se utilizó el test de $\chi 2$, y los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior el 5% ($p < 0,05$). Por último, y en cuanto a la búsqueda bibliográfica, se realizó mediante el catálogo y base de datos *on-line* que posee la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, y se utilizaron palabras clave como «UCIC», «familiares» y «normas de visita».

RESULTADOS

En primer lugar, fueron comparados los porcentajes de las respuestas dadas por cada grupo estudiado. El mayor número de unidades de observación fueron pacientes (55), con un 88,5% de varones, y 2 tramos de edad predominantes: 36-45 años, y 65-80 años, el de menor edad fue de 25 años y el de mayor 84 años; el 75% de los pacientes era la primera vez que ingresaba en UCI, y el 75% también ha estado ingresado menos de 3 días, mientras que el 25% ha estado ingresado entre 4 y 7 días. Le siguen el grupo de visitantes (52), en un 65,5% femenino, con un tramo de edad predominante: 25-45 años, la edad mínima fue de 20 años, y la máxima de 81 años; la relación familiar fue en un 53% el cónyuge, en un 39% las hijas/os, en un 4% alguno de los padres y en el 4% restante era otro parentesco. El grupo del personal es femenino en un 67%, y el grupo de edad predominante 36-45 años, la edad máxima fue de 64 años y la mínima de 21 años; respecto a la categoría profesional el 38,5% son enfermeras, el 25,5% son médicos, el 23% son auxiliares de enfermería y el 13% celadores, y en cuanto al tiempo que llevan trabajando en la UCI, se observan 3 rangos de antigüedad, el 58,5% llevan menos de 8 años, el 15,5% llevan entre 9 y 16 años y el 26% llevan más de 17 años.

En cuanto al *conocimiento de las normas actuales de funcionamiento,* el 78,2% de la muestra total afirma conocerlas, los pacientes son los que mayor desconocimiento tienen, de forma que un 4% de pacientes no conoce las normas de visita y un 29% sólo las conoce parcialmente. Además, resaltar que el 7,7% del personal afirma conocer las normas de visita sólo parcialmente (de 3 personas, 2 son médicos). Cuando se les preguntó si *el horario de visitas actual era suficiente,* el 61,5% del total cree que se podría facilitar otro horario de visita, dependiendo del estado del paciente, y aquí se aprecian diferencias significativas, ya que es el personal quien inclina la balanza (un 73,7% del personal frente a un 56,6% de pacientes y un 57,7% de familiares). Sin embargo, a un 26,6% le parece suficiente, de los que un 39,6% son pacientes, 25% familiares y 10,5% personal (4 personas, 3 médicos). Al proponer *5 opciones para flexibilizar el horario de visita*, el 41,5% del total opta por adecuar el horario individualizando cada caso, y es el 57,6% del personal quien más se inclina por esa opción; el grupo de pacientes (35,7%) y el de familiares (46,7%), eligieron mayoritariamente alargar la duración de cada visita, que también es la segunda opción del personal (33,3%). Otra de las cuestiones consultadas, era *la posibilidad de la visita abierta* (fig. 2), es decir, sin restricciones incluida la noche, y las opiniones están

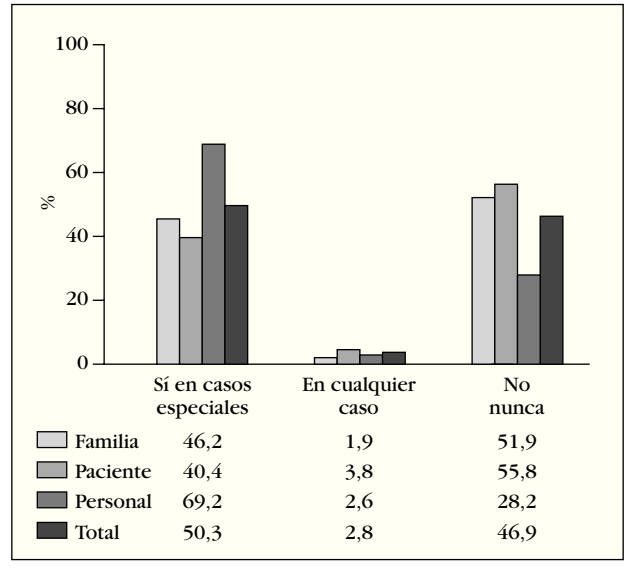

Figura 2. *Actitud ante la visita abierta.*

muy divididas ya que un 50,3% del total contesta que sería partidario de la visita abierta en casos especiales (niñas/os, personas que van a morir próximamente, demencias, etc.). Y una vez más es el grupo del personal el más partidario, con un 69,2%; sin embargo, un 46,9% del total de la muestra, en ningún caso estaría de acuerdo, y aunque sólo ha sido elegida por el 28,2% del personal, se corresponde con el 50% de los médicos y con el 40% de los celadores. Los que más rechazan la visita abierta son los pacientes (55,8%), seguidos de los familiares (51,9%). El porcentaje de personas partidarias de visita abierta sin restricciones es bajísimo, 2,8%. A la propuesta de *si el personal debiera restringir la presencia de visitantes*, mayoritariamente (72%) ha contestado que «sí, según la situación clínica del paciente», sin diferencias significativas entre los 3 grupos. Reseñar que en el grupo del personal, las 3 únicas personas que han elegido la opción de no restringir la presencia de visitantes «si el paciente no quiere», son enfermeras (tabla 1).

Respecto a *quién debe tomar la decisión* (personal, familia, usuario/a, acuerdo entre las 3 partes), en cuanto al *tipo de visita* (familia directa y/o visitas de cortesía, etc.), y a la *duración de ésta* (fig. 3), el 57% contesta que debería haber un acuerdo entre las 3 partes (en caso de no estar el usuario en condiciones, el acuerdo se hará entre las 2 partes restantes), el 25% afirma que debe ser el personal el que decida, el 11,3% dice que debe ser el paciente y el 6,3% opina que debe decidir la familia, y si analizamos las opciones más votadas, nos encontramos con que el acuerdo lo prefieren el 71,1% del personal (en el personal de menor antigüedad se corresponde con un 81%, y en el de mayor antigüedad con un 50%), seguidos de familiares, 52,9%, y de pacientes, 50,9%. El 31,4% de familiares opinan que debe ser el personal el que decida sobre quién y cuánto tiempo visita; el 22,6% de pacientes y el 21,1% de profesionales opinan lo mismo. A este respecto, también se ha analizado *si se debiese evitar la presencia de niños y niñas en las visitas a la UCI,* y la gran mayoría (el 94%) ha contestado que sí que debería haber restricciones, bien por criterio de los profesionales o siguiendo otros criterios como la edad del niño o el estado del paciente. Otra vez es el grupo del personal el más permisivo, de forma que un 13% ha contestado que no debería existir restricción a la entrada de niños en la UCI. Ha habido 3 cuestiones que decidimos preguntar exclusivamente al personal, y una era respecto al *número ideal de visitantes que pueden permanecer dentro de la habitación,* y el 68,4% considera que son 2 personas, el 26,3% permitiría 3 (10 profesionales de los cuales 6 son enfermeras, y en orden

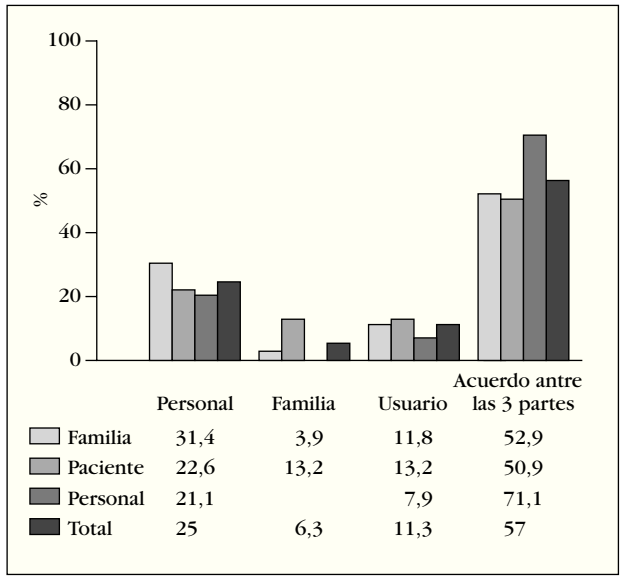

Figura 3. *¿Quién debe decidir sobre quién visita y la duración de ésta?*

Tabla 1 ¿Cree que el personal debería restringir la presencia de visitantes?

	Médicos n (%)	*Celadores n (%)*	*Auxiliares n (%)*	*Enfermeras n (%)*	*Total*
Sí, según normas de la unidad	2 (20)	1 (20)	1 (11,1)	0 (0)	4 (10,3)
Sí, según situación clínica	8 (80)	4 (80)	8 (88,9)	12 (80)	32 (82,1)
No, si el paciente no quiere	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (20)	3 (77)

de antigüedad, 13,6, 50 y 36,4%), un 2,6% más de 3 (una enfermera con más de 24 años en UCI), y un 2,6% una persona (un médico). La otra cuestión plantea *si habría que limitar el número total de visitantes,* y el 73% considera que sí. Del 27% restante, que no pondría límites, aproximadamente el 40% es personal de enfermería (42,9% de auxiliares y 40% de enfermeras) (tabla 2).

Cuando la pregunta es si *el horario de visitas debiera ser más flexible y a demanda de cada caso*, el 60,3% se muestra DA (49% de familiares, 64,2% de pacientes y 69,2% de personal). Con relación a *si debiese haber un horario más amplio para la familia directa y/o personas de confianza y otro más restringido para las visitas de cortesía*, el 46% contesta que está DA (51,3% del personal, 51% de pacientes, y 36,7% de familiares); el 26,6% EPDA, y un 27,3% ED (36,7% de familiares, 23,5% de pacientes y 20'5% del personal, de los que 3 son médicos y 3 auxiliares, y el 41,7% pertenece al rango de mayor antigüedad). En cuanto a los aspectos positivos de la flexibilidad con las visitas, el 37'5% está DA en que *flexibilizar las visitas es beneficioso para el paciente,* un 33,8% está EPDA, y un 28,7% ED. El grupo que más claro lo tiene es el del personal, un 54 frente a un 36% de pacientes y un 26,5% de familiares, y en el DA nos encontramos un total de 28,7%, de los que el 10,8% es personal, frente a 36% de pacientes y 34,7% de familias. Dentro del personal, el 10,8% que está en desacuerdo se corresponde con 2 médicos y 2 auxiliares, y también va parejo a la antigüedad de menor a mayor: 4,5, 25 y 20%. Sin embargo, respecto a si *hay mayor intercambio de información*, las opiniones están muy divididas, pero predomina el desacuerdo: el 36% está ED, el 32,4% EPDA, y el 30,9% DA. Dentro del grupo del personal, quien inclina el desacuerdo es el 50% de los médicos y el 44,4% de las auxiliares, y el 50% del grupo de mayor antigüedad. A su vez, el 39,7% considera que *mejora la relación familia-usuario-personal:* 50% del personal (en orden de antigüedad de menor a mayor: 57,1, 50 y 33,3%), 44,9% de pacientes y 26,5% de familias*,* pero el 33,1% está ED: 13,2% del personal, 36,7% de pacientes, y 44,9% de familias. Estos 5 últimos ítems quedan recogidos en la figura 4.

Tabla 2 **¿Cree que se debería poner límite al número total de visitantes?**

	Sí n (%)	*No n (%)*	*No contesta n (%)*
Médicos	9 (90)	1 (10)	
Celadores	5 (100)	0 (0)	
Auxiliares	4 (44,4)	3 (33,3)	2 (22,3)
Enfermeras	9 (60)	6 (40)	
Total	27 (69,3)	10 (25,6)	2 (5,1)

Sobre los aspectos negativos de la flexibilidad en las visitas (fig. 5), el 59,6% está DA en que *al flexibilizar el horario aumentan los ruidos en la habitación y en la unidad* (un 63,3% de los pacientes, un 64,6% de los familiares y un 48,7% del personal), y un 10,3% está ED (14,3% de los pacientes, 10,4% de los familiares y 5,1% del personal: 1 celador y 1 enfermera del grupo de menor antigüedad). En lo que sí parece que hay un acuerdo del 40,4% es en que *dicha flexibilización supondría un sobreesfuerzo para el paciente,* aunque es el personal quien menos DA está, con el 20,5 frente al 47,9% de familiares y 49% de pacientes; un 19,9% está ED con esta afirmación (18,8% de familiares, 12,2% de pacientes y 30,8% de personal). No parece que esté tan claro que *aumente la carga de trabajo para el personal*, ya que el 35,5% está EPDA, el 34,8% DA y el 29,7% ED (30,8% del personal que se corresponde con 5 auxiliares y 4 enfermeras, el 50% de ellas del grupo de mayor antigüedad). A su vez, el 39,3% está ED conque *se interrumpan tratamientos o cuidados básicos de enfermería,* sobre todo por parte del 41,7% de los familiares y del 43,8% de los pacientes, ya que el 53,8% del personal está EPDA y el 30,8% que está ED es a expensas de la menor antigüedad (40,9, 50 y 8,3%). También preguntamos, si *la flexibilización de las visitas repercute de alguna manera en la intimidad de otros pacientes,* y el 46,3% se muestra EPDA (46,8% de familias, 32,7% de pacientes y 63,2% de personal), siguiéndole el DA, 32'8% (dentro del personal, es el grupo de mayor rango de antigüedad el mayoritario, 54,5%), y el ED, por un 20,9% (19,1% de familias, 34,7% de pacientes y 5,3% de personal).

Respecto a la *sala de espera* (fig. 6), el 65,7% de los pacientes y el 52,9% de las familias la considera adecuada, mientras que ni un solo/a profesional ha

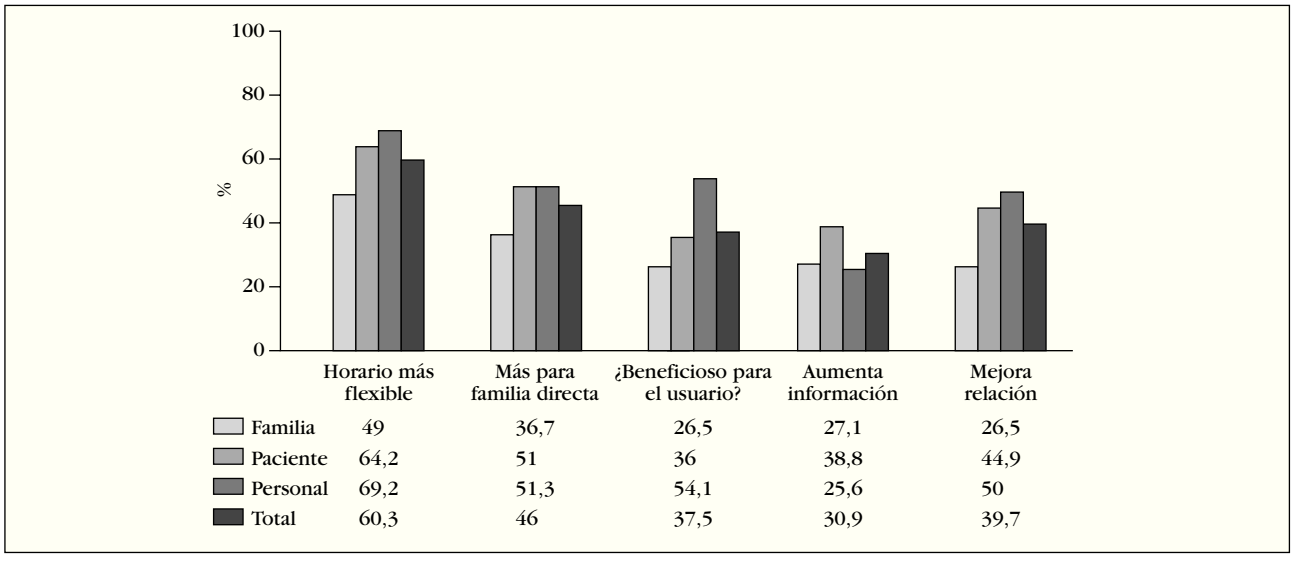

Figura 4. *Opiniones sobre la flexibilidad de las visitas.*

elegido esa opción, y al 63,9% del personal no le parece adecuada porque la considera poco íntima, incómoda e indiscreta; para el resto de las familias, no es adecuada por indiscreta para un 19,6%, por poco íntima para un 13,7%, poco íntima, incómoda e indiscreta para un 7,8%, e incómoda para un 5,9%. Al preguntar sobre *si sería mejor que hubiera una sala específica para los familiares de la UCI*, el 70% de las familias opina que sí, y el 94,7% del personal también. Y para finalizar, también hemos planteando 3 ítems

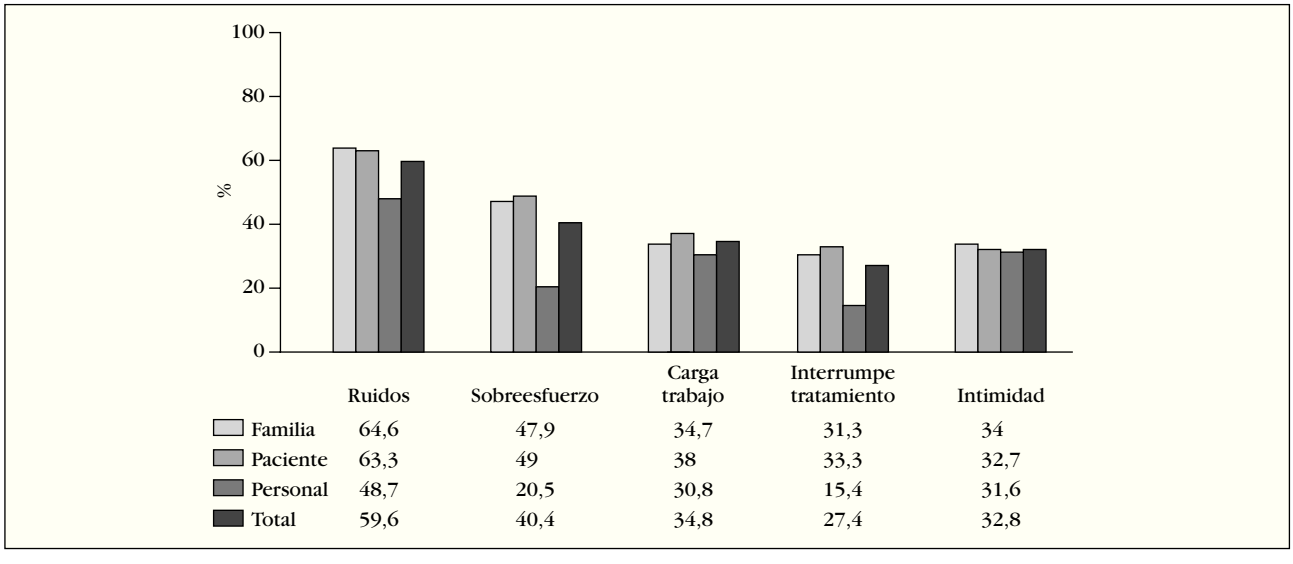

Figura 5. *Inconvenientes de la flexibilidad de las visitas.*

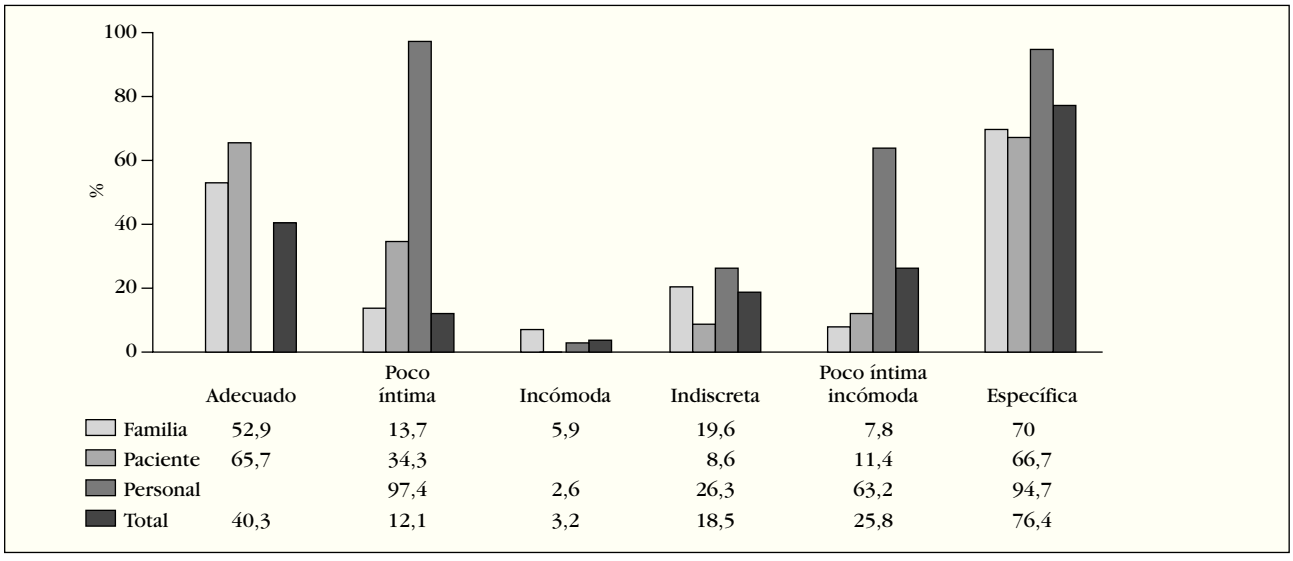

Figura 6. *Opinión sobre la sala de espera.*

relacionados con *la posibilidad de que el usuario/a disponga de teléfono móvil* (fig. 7) y en general (64,9% de personal, 78% de familias y 80,4% de pacientes) no lo consideran necesario porque la unidad dispone de un teléfono inalámbrico del que pueden disponer para recibir llamadas; pero el 29,7% del personal, el 16,3% de las familias y el 16% de los pacientes se muestran partidarios de usarlo, individualizando en función de la necesidad para poder realizar llamadas, y para el 8,1% del personal, el 8,2% de familias y el 14,6% de pacientes, se debe poder disponer de un teléfono móvil, porque estar comunicado en todo momento es un derecho del paciente.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio sugieren que la mayoría de las personas encuestadas conocían las normas. El hecho de que las conozcan en menor medida los pacientes puede obedecer a que dicha información se da normalmente a las familias en el momento del ingreso del paciente en la propia habitación, y aunque éste está presente cuando lo hacemos, puede ser que la situación de estrés que está atravesando haga que no preste atención en ese momento, así como el hecho de que nos dirigimos a los familiares sin apenas mirar al paciente. Como es importante que el paciente conozca las normas de vi-

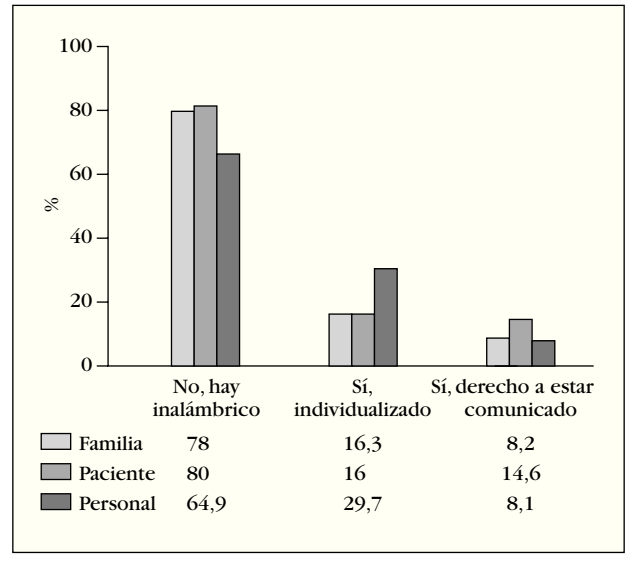

Figura 7. *¿El usuario debe disponer de teléfono móvil?*

sita, quizás habría que plantearse repetir esta información a los pacientes en otro momento, posterior al ingreso. En cuanto a los 2 médicos que afirmaban conocerlas parcialmente, probablemente sean cardiólogos que únicamente hagan guardias, y hubiera sido mejor afinar más en los criterios de inclusión, o también puede deberse a que son los que menos tiempo pasan dentro de la unidad, como exponen Burgos et al[13].

Respecto al horario de visitas actual, parecen ser los médicos quienes tienen una postura más firme y se muestran de acuerdo con el horario actual, al igual que Burgos et al[13] y los propios pacientes, quizás debido al fenómeno «transmisión de ansiedad» descrito por Frederikson[18]. Pero a la mayoría el horario actual le parece insuficiente como detectaron Burgos et al[13], Stillwell[14], Stover-Leske[15] y O'Neill-Norris y Grove[16], y se inclina por facilitar otro horario, dependiendo del estado del usuario. Curiosamente, es el personal quien más se inclina en comparación con pacientes y familiares, y elige la opción de *flexibilizar individualizando cada caso;* pero sin embargo, la opción más elegida por pacientes y familiares es la de mantener 2 visitas y alargar su duración, como decidieron Burgos et al[13]. De hecho, la posibilidad de la visita abierta sin restricciones en casos especiales, también viene mayoritariamente de mano del personal, aunque es curiosa la oposición de la mitad del personal médico y celador, porque precisamente son los que menos horas pasan dentro de las unidades, como también afirman Burgos et al[(13)], y por ello igual son menos sensibles a las demandas de pacientes y familiares. También llama la atención la oposición de los pacientes y familiares, y quizás obedezca, al menos por parte de los usuarios, al deseo de que descansen sus familiares o al fenómeno de «transmisión de ansiedad»[(18)], del que hemos hablado anteriormente. A su vez, la mayoría también cree que el personal puede restringir las visitas en función del estado del paciente, como Burgos et al[13], y aunque en condiciones normales parece que es mejor llegar a un acuerdo entre las 3 partes, en el grupo del personal el grado de acuerdo disminuye con la mayor antigüedad. También se está de acuerdo en evitar las visitas de niños, quizás para evitarles impresiones fuertes o porque se considera que el hospital es una importante fuente de infecciones y probablemente obedezca al momento actual de sobreprotección de la infancia. Y una vez más, es una parte del personal la que se inclina por no poner restricciones. Respecto al número ideal de visitantes que pueden permanecer dentro de la habitación, la mayoría elige 2, como reflejan Burgos et al[13] y Velasco[6], y aunque se corresponde con las normas oficiales, es contradictorio en la práctica, porque se permiten 3 y más personas en función del estado del paciente y del comportamiento de las familias. Resulta curioso que cuando se plantea si hubiese que limitar el número total de visitantes, la mayoría lo establecería en 4, y esto se contradice con la práctica real en la que en general no se ponen límites, como han reflejado Burgos et al[13]. Además, hay que tener en cuenta que existen familias muy grandes, o realidades culturales diferentes, como los gitanos, y no olvidarnos que atendemos a personas cuya vida está en peligro y que pueden necesitar despedirse, por lo que poner límites al número total de visitantes puede ser contraproducente.

Quien inclina la flexibilidad es el personal de enfermería, pero curiosamente esta vez no son las menos antiguas. Parece que la mayoría cree que es bueno flexibilizar el horario de visitas individualizando, pero cuando se pregunta si debería haber un horario más amplio para la familia directa y/o personas de confianza y otro más restringido para las visitas de cortesía, no hay diferencias significativas según el análisis estadístico, aunque el grupo mayoritario está de acuerdo. Parece que son las familias las más reacias, encontrándonos el mismo porcentaje en el acuerdo que en el desacuerdo, quizás porque creen que recaería en ellos exclusivamente la responsabilidad de restringir las visitas a otros allegados y no quieren quedar mal. Aquí también nos encontramos con 3 médicos y 3 auxiliares en desacuerdo, pertenecientes al mayor rango de antigüedad.

En cuanto a los aspectos positivos de la flexibilidad en las visitas, son más las personas que están de acuerdo que en desacuerdo con que *flexibilizar las visitas es beneficioso para el cliente,* y una vez más es el personal quien inclina la balanza de la flexibilidad, al contrario que en Burgos et al[13], en que pacientes y sus visitantes parece que obtienen más beneficios que el personal sanitario. Quizás obedezca al

perfil de nuestros pacientes, la mayoría en su primer ingreso, con una estancia corta menor de 3 días, que ante la falta de experiencia y el miedo delegan responsabilidades en profesionales, o a la creencia entre usuarios y familiares de que las emociones interfieren en los asuntos del corazón. En el desacuerdo nos encontramos con 2 médicos y 2 auxiliares y relación con la mayor antigüedad. No parece que esté muy claro que *haya mayor intercambio de información,* las opiniones están muy divididas, aunque la mayoría por poco no está de acuerdo, al contrario que Shirley y Egger[17] y Burgos et al[13], sobre todo por parte de familias, médicos y auxiliares y personas mayores de 24años en UCI. Esto es curioso porque ni médicos ni auxiliares apenas dan información durante las visitas, y nos plantea la duda de que no se maneja bien la información durante las visitas, de que actuamos a demanda y de que igual necesitamos formación y un protocolo de actuación que nos oriente a enfermeras y auxiliares. Sí que parece que *mejora la relación familia-usuario-personal,* por lo menos para el personal y en relación con la menor antigüedad y para los pacientes, pero la familia no lo tiene tan claro, lo que nos hace pensar que no se siente bien atendida.

En cuanto a los aspectos negativos, sí que se cree que *aumentan los ruidos en la habitación y en la unidad,* aunque parece que quien más duda es el personal, quizás porque es consciente de que en el desempeño de su trabajo genera mucho ruido. No parece que esté tan claro que *aumente la carga de trabajo del personal,* y quien más en desacuerdo está son enfermeras y auxiliares del grupo de mayor antigüedad. También la mayoría cree que *dicha flexibilización supondría un sobreesfuerzo para el paciente,* y aunque es el personal quien menos claro lo tiene, quizás en esta cuestión habría que hacer más caso al paciente en relación con el fenómeno de «transmisión de ansiedad», del que hemos hablado en repetidas ocasiones[18].

Tampoco parece que *se interrumpan tratamientos o cuidados básicos de enfermería*, y es el grupo de menor antigüedad quien así lo afirma. Y si *la flexibilización de las visitas repercute de alguna manera en la intimidad de otros pacientes,* la mayoría está EPDA, por lo que de alguna forma parece que sí afecta, aunque son los pacientes los que menos de acuerdo están, y les sigue la familia. Nos parece interesante recalcar que son los pacientes quienes más en desacuerdo están con la falta de intimidad, e igual tiene que ver con la disposición espacial de nuestra unidad, ya que dispone de pasillo de acceso independiente y persianas para prácticamente todas las ventanas. Así, en general, parece que aumentan los ruidos, suponen un sobreesfuerzo para los pacientes, y en cierta forma afectan a la intimidad, pero no interrumpen cuidados, en contraposición con Burgos et al[13], en que la inmensa mayoría de pacientes y familiares no detectaron aspectos negativos a las horas de visita.

A la hora de valorar la sala de espera, hemos tenido más en cuenta a familiares y personal, ya que los pacientes no conocen cómo es, ni las circunstancias que la rodean, y es que nuestra sala de espera se encuentra ubicada junto a la unidad, enfrente de los ascensores, y sin separación material del resto de las unidades que conforman la quinta planta, donde está situada la UCI. De forma que los visitantes ven a todos los ingresos y traslados, y las demás visitas del resto del hospital ven a los familiares de UCI, en situaciones a veces de mucha tensión y dolor. Y parece que quien da más importancia a la sala de espera es el personal, pese a no utilizarla, ya que para el 100% no es adecuada por unos u otros motivos, en discrepancia con las familias, que sí la utilizan, aunque lo menos importante sea la incomodidad y lo más importante la poca intimidad. Existe una pequeña contradicción, ya que el 54% de las familias afirma que la sala de espera es adecuada y luego, el 70% cree que sería mejor una sala de espera específica.

Para finalizar, respecto al uso del teléfono móvil, la mayoría no cree necesario su uso porque disponemos de un teléfono inalámbrico en la unidad, aunque hay unas cuantas personas que serían partidarias de que los pacientes dispusieran de su teléfono, siempre y cuando hicieran un uso racional de éste.

En general, podemos afirmar que es el personal quien tiene una actitud más positiva ante las visitas, y que son en particular las enfermeras, al igual que Burgos et al[13], las que inclinan la balanza hacia la flexibilidad, quizás debido a su formación académica, en la que se insiste que el objetivo de sus cuidados debe incluir a la familia también[3,7]. Auxiliares, celadores y

médicos, en este orden, mantienen una postura más firme y son más reticentes ante la flexibilidad, quizás por falta de formación en este sentido, y por pasar menos tiempo dentro de la unidad en el caso de celadores y médicos.

Respecto a la antigüedad en UCI, existen algunas contradicciones que pueden obedecer a las diferencias de tamaño muestral, además de que se trata de muestras pequeñas, y por ello con ciertas reservas y siendo cuidadosas, se observa una discreta tendencia a la flexibilidad por parte del grupo de menor antigüedad. Se observa coincidencia en la opinión en la mayoría de los ítems investigados, entre familiares y pacientes, que confirma que tienen las mismas vivencias respecto a la enfermedad y a la hospitalización, como se afirma en otros estudios[4,5,13]. Sospechamos que al tratarse de una unidad pequeña, de 6 camas, cuya media de estancia durante los meses que duró el estudio fue de 2 días (según estadísticas internas), la importancia del horario de visitas no es tanta como cuando los ingresos son más prolongados, y que eso puede introducir un sesgo en nuestra investigación, por lo que proponemos investigaciones parecidas en unidades polivalentes, o al menos con mayores estancias medias, aunque la dificultad en estos casos reside en el nivel de conciencia de ese tipo de pacientes, lo cual complicaría enormemente el estudio.

Para terminar, subrayar que tras este estudio se modificó y mejoró el documento informativo que entregamos actualmente a las familias, y que se va a modificar el protocolo interno de funcionamiento de la unidad, donde se introducirán las siguientes recomendaciones: flexibilizar las visitas adecuándolas a las necesidades particulares de pacientes y allegados; visita abierta sin restricciones en los casos especiales ya citados; permitir la entrada de todos los visitantes, pudiendo permanecer 3 dentro de la habitación, y protocolizar la información de enfermería y no actuar a demanda. También se ha propuesto al Departamento de Docencia y Formación Continuada de nuestro Hospital, la necesidad de cursos sobre manejo de la información y necesidades de pacientes y familiares, y a ser posible que sean impartidos no exclusivamente para enfermeras, como suele ser habitual, sino a grupos pertenecientes a todos los estamentos.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la UCI, porque sin su colaboración sería imposible este estudio, ya que las cargas de trabajo y la falta de reconocimiento, dificultan sobremanera la investigación en enfermería.

A todas las familias, allegados y pacientes que han colaborado.

Al Servicio de investigación del Hospital de Txagorritxu, en especial a Felipe Aizpuru y a Kepa Latorre.

Al personal de enfermería de la planta de Cardiología del Hospital de Txagorritxu.

BIBLIOGRAFÍA

1. Long B, Phipps W. Tratado de enfermería médicoquirúrgica. Según el Proceso de Atención de Enfermería. 1.ª ed. México DF: Nueva editorial Interamericana, S.A. McGraw-Hill, 1989.
2. Zupiria X. Relación entre el profesional de la salud y el enfermo. Asignatura de la UPV. Donostia, 2002.
3. Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería Psicosocial II. Barcelona: Salvat editores, S.A., 1991.
4. Labiano J, Huarte C., Ruiz-San Pedro E, Asiaín MC. Problemática de los familiares de pacientes ingresados en UCI. Rev Rol Enferm 1987;102:19-22.
5. Margall MA, Zarpe C, Perochena P, Labiano J, Otano C, Asiaín MC. Necesidades de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos. Enferm intensiva 1993;4:40-5.
6. Velasco JM. Organización de las visitas en UCI. 2002.

   Disponible en: http://www.terraes/personal3/josevb/organización.htm
7. Boykoff SL. Visitation needs repor-ted by patients with cardiac disease and their families. Heart&Lung 1986;15:573-8.
8. Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. Heart&Lung 1976;5:291-6.
9. Alemán S, Forteza AR. Ansiedad en el personal de Enfermería provocado por las visitas de los familiares. Enferm Científica 1999;210-211:25-9.
10. Henneman EA, Cardin S, Papillo J. Open visiting hours in the critical care setting-effect on nursing staff [abstract]. Heart&Lung 1989;18:291-2.
11. Heater BS. Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. Heart&Lung 1985;14:181-6.
12. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiaín MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. Enferm Intensiva 2000;11:107-17.

13. Burgos RM, Cano MA, García C, Lage A, López M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: opinión de todos los implicados. Enferm Cardiol 2000;20:28-39.

14. Stillwell S. Importance of visiting needs as perceived by family mem-bers of patients in the intensive Care Unit. Heart&Lung 1984;13:238-42.

15. Stover-Leske J. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. Heart&lung 1986;15:189-93.

16. O'Neill-Norris L, Grove S. Inves-tigation of selected psicosocial needs of family members of critically ill adult patients. Heart&lung 1986;15:194-9.

17. Shirley L, Egger NR. En un lugar especial para la relación. En: Atención integral en enfermería. El paciente crítico. Barcelona: Doyma, 1988; p. 25-35.

18. Frederikson K. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. Heart&Lung 1989;18:617-22.

19. Departamento de Sanidad y Consumo del Servicio Vasco de Salud. Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios. BOPV de 4 de agosto de 1989 (número 149). Decreto de 18 de julio de 1989, núm. 175/1989.

20. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Derechos del enfermo usuario del hospital. Cyan edicions i creacions gràfiques, S.A., 1987; p. 6.