



ORIGINAL

Visita de los menores de edad en una unidad de cuidados intensivos. ¿Qué opina el personal sanitario?



J. Valls-Matarín (PhD, MSN, RN)^{a,*}, R.M. Peradejordi-Torres (RN)^a,
E. Calvet-González (MSN, RN)^a, A. Jorge-Castillo (MSN, RN)^a, S. Calvo-Alonso (RN)^a
e I. Sandalinas-Mulero (RN)^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España

^b Área de Crítico, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España

Recibido el 20 de junio de 2018; aceptado el 10 de enero de 2019

Disponible en Internet el 26 de junio de 2019

PALABRAS CLAVE

Menores;
Visitas a pacientes;
Personal de salud;
Cuidados intensivos;
Enfermería.

Resumen

Objetivo: Determinar las opiniones del equipo asistencial (EA) ante la visita de menores en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

Método: Estudio descriptivo transversal en una unidad de cuidados intensivos de adultos con un EA de 62 personas, entre septiembre-diciembre 2017. Se utilizó el cuestionario de Knutsson con 10 preguntas cerradas con espacio para comentarios y 2 abiertas.

Selección de los encuestados mediante muestreo de conveniencia. Estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes. Prueba de Chi² o Fisher. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron 61 cuestionarios: 70,5% correspondían a personal de enfermería (PE).

El 50% de profesionales médicos (PM) restringiría la entrada de menores de 0-6 años frente al 76,2% de PE ($p = 0,04$). Entre 7-12 años, el 16,7% de PM la limitaría frente al 46,5% del PE ($p = 0,02$).

El 75% del EA opinó que la entrada podía significar riesgo de infección para el menor. El 60% creyó que el entorno podía intimidarlo y el 66,7% que podía impresionarlo el estado del paciente. Permitirían la entrada de menores de 0-6 años, si el paciente se estuviera muriendo (70,6% PM y 41% PE) $p = 0,04$, despierto (77,8% PM y 57,5% PE) o parentesco cercano (padre/madre) (66,7% PM y 60% PE).

Conclusiones: El EA es partidario de la visita con una edad > 6 años. En circunstancias especiales: parentesco cercano, paciente despierto o muerte son más permisivos independientemente de la edad. Los motivos de restricción son: entorno, estado y riesgo de infección.

El PE es más restrictivo ante la visita.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: finavalls@gmail.com (J. Valls-Matarín).

KEYWORDS

Minors;
Visitors to patients;
Health personnel;
Critical care;
Nursing

Visit of minors in an intensive care unit. What is the opinion of health staff?**Abstract**

Aim: To determine the opinion of healthcare staff (HS) on the presence of minors in an adult intensive care unit.

Method: Transversal descriptive research study in an adult intensive care unit with 62 people, between September/December 2017. The Knutsson questionnaire was used with 10 closed questions with space for comments, and 2 open questions.

Selection of the respondents was by means of convenience sampling. Descriptive statistics with absolute frequencies and percentages. Chi-squared-test or Fisher. Significance $p < .05$.

Results: 61 questionnaires were collected: 70.5% nursing staff (NS).

Fifty percent of medical staff (MS) would restrict the entry of 0 to 6-year old minors versus 76.2% NS ($p = .04$). Of the MS, 16.7% would restrict the visits of minors between the ages of 7 and 12 versus 46.5% NS ($p = .02$).

Seventy-five percent of HS thought that minors' access could entail a risk of infection for the children. Of the survey respondents, 60% believed that the environment could intimidate the minor, and 66.7% thought that the patient's condition could affect the child. They would permit 0-6-year-old minors to access the ICU if the patient was dying (70.6% MS/41% NS, $p = .04$), awake and alert (77.8% MS/57.5% NE) and close relatives (parents) (66.7% MS/60% NS).

Conclusions: HS support minors visiting an adult intensive care unit if they are >6 years old. HS show a more positive attitude towards visits in special circumstances such as close relatives, awake patient, and death regardless of their age. The reasons for restriction of visits are: environment, patient's condition and risk of infection.

NS show a less positive attitude in relation to visits.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce/qué aporta?

La visita de menores de edad, a pesar de que pertenecen al grupo familiar, no suele estar contemplada en la cultura organizativa de las UCI de adultos.

Existen diferentes opiniones en el equipo asistencial ante la visita de los menores, siendo el personal de enfermería, el colectivo menos favorable a permitirla. Gran parte de los puntos de vista aportados no se basan en la evidencia científica.

¿Implicaciones del estudio?

Para implementar las políticas de visita de menores de edad, en las UCI de adultos, el conocimiento de las barreras del equipo asistencial es indispensable antes de su implementación. Dada la controversia es necesario seguir investigando y realizar estudios más amplios sobre el tema.

Introducción

La hospitalización de un familiar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es una situación de crisis que puede provocar alteraciones en el núcleo familiar^{1,2}.

Dentro de la familia, considerada como una unidad social, formada por un grupo de individuos ligados por relaciones de matrimonio, parentesco o afinidad³, también se encuentran los menores de edad, los cuales ante un ingreso hospitalario, perciben un cambio de comportamiento de los padres y tienen una información limitada de la nueva situación. Esto puede generar sentimientos de confusión, soledad, celos y tristeza⁴.

La bibliografía revisada⁵⁻⁸ propone la visita de menores como método para ayudar a los niños a afrontar dicha situación ya que permite animar a los menores a preguntar y expresar sus emociones, disminuye los sentimientos de culpa, separación o abandono y, aumenta el entendimiento y el sentimiento de pertenencia al grupo familiar mejorando la capacidad de afrontamiento y el dominio de las situaciones difíciles.

En la década de los 80, se implementaron las visitas de los hermanos⁹ en las UCI pediátricas de los Estados Unidos, con formación visual y apoyo emocional por parte de la enfermera antes de la entrada. Este hecho propició el desarrollo de programas según la edad, el nivel de desarrollo y la personalidad del menor, para dar soporte antes, durante y al finalizar la visita¹⁰. A nivel nacional, existen diversas iniciativas como las promovidas por el movimiento de humanización de los cuidados intensivos (Proyecto HUCI) o como la realizada en la UCI neonatal del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona (Proyecto Germans) que consiste en preparar a los hermanos a través del juego reproduciendo el entorno que se van a encontrar en la unidad¹¹. Sin embargo, dichas estrategias han sido poco implementadas en las UCI de adultos¹².

A pesar del nacimiento de nuevas iniciativas, como las anteriormente citadas, actualmente en las UCI suelen existir horarios restrictivos, que pueden dificultar el contacto con la familia, de hecho y según el estudio de Escudero et al.¹³, esto ocurre en el 90,2% de las UCI españolas, donde el horario más frecuente (67,7%) es de dos veces al día y, aunque en la práctica diaria se acostumbran a usar políticas de visitas no escritas o extraoficiales, más flexibles y permisibles, estas dependen del equipo asistencial (EA) y, más específicamente, del personal de enfermería (PE)⁷.

Las principales causas por las que el EA no permite la entrada a menores de edad son los traumas emocionales, el riesgo de infección¹⁴ y el hecho de no saber hacer frente a las emociones expresadas por los niños¹⁵. Aunque las investigaciones no apoyan dichas razones^{6,8,16} en la mayor parte de las unidades ni siquiera se contempla que los menores puedan entrar a visitar a un ser querido, siendo, por tanto, los grandes olvidados.

Actualmente con un enfoque más amplio y una atención centrada en la familia se tiende a abrir las puertas de las UCI. No obstante, es importante resaltar que no existe una definición universal del significado de «UCI abierta», ya que por ejemplo no suele mencionarse la visita de los menores y continúa habiendo ciertas restricciones al respecto¹⁷. Es por ello que se hace necesario conocer cuáles son los obstáculos o barreras del EA que pueden derivar en retenciones, inseguridades o al hecho de dar consejos o recomendaciones que confundan a los familiares ya que los estudios que abordan dicha controversia son escasos y de carácter internacional.

Objetivo

Determinar las opiniones del equipo asistencial ante la visita de menores en una UCI de adultos.

Método

Estudio descriptivo transversal realizado en una UCI polivalente de 12 camas de un hospital de tercer nivel, entre septiembre y diciembre del 2017. La población a estudio estaba formada por 62 personas, de las cuales 18 eran médicos y 44 pertenecían a personal de enfermería, concretamente 31 enfermeras y 13 auxiliares. No había plaza de celadores en dicha unidad.

Se seleccionó al personal mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. Se incluyó a todas las personas con una plaza adscrita a UCI, independientemente del tipo de contrato o años de experiencia laboral. Se excluyó al personal que no quiso participar.

Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario desarrollado por Knutsson et al.¹⁵, con un coeficiente de fiabilidad test-retest del 0,92. Dicho cuestionario tiene en cuenta las principales razones encontradas en la bibliografía para restringir o permitir la visita de los menores de edad en la UCI.

La adaptación transcultural del citado cuestionario se estructuró en tres etapas. La primera consistió en la traducción del inglés al castellano por dos personas conocedoras de ambos idiomas. Las dos traducciones fueron revisadas por el equipo investigador para la detección de errores e interpretación de algunos ítems, dando lugar a una primera

versión en castellano. En la segunda etapa, se llevó a cabo la retraducción de la primera versión del castellano al inglés por dos traductores bilingües diferentes a los traductores de la primera fase. Las 2 versiones fueron comparadas por el equipo investigador en busca de posibles discrepancias, dando lugar a una última versión consensuada con los 4 traductores implicados en el proceso. En una tercera y última etapa, el cuestionario traducido al castellano se pasó al PE de la unidad de semicríticos (n=20), para identificar palabras o preguntas de difícil comprensión, así como el tiempo empleado en su cumplimentación que obtuvo una mediana de 17 (P25 = 15 P75 = 20) min. Una vez terminada dicha fase se analizaron los resultados obteniendo la versión definitiva del cuestionario traducido al castellano ([anexo 1](#)). Dichos resultados no forman parte de los resultados finales.

El cuestionario final constó de 10 preguntas cerradas (sí/no/no lo sé) con un espacio para comentarios explicativos de la respuesta proporcionada y 2 preguntas de respuesta abierta.

También se incluyeron datos sociodemográficos como edad y sexo (hombre/mujer), años de experiencia profesional, categoría profesional (enfermera/auxiliar/médico) y existencia de hijos (sí/no).

Dicho cuestionario era de autocumplimentación y anónimo y se entregó junto con un sobre en el lugar de trabajo pactándose día y hora de recogida.

Se utilizó estadística descriptiva con medianas (percentil 25-percentil 75), medias (desviación estándar) y proporciones. En el análisis bivariable se utilizó la prueba de Chi² o la prueba exacta de Fisher para determinar la relación entre profesión y las diferentes variables cualitativas y, la t de Student para las cuantitativas. Para el análisis de los datos de las respuestas de las preguntas abiertas se agruparon en 4 categorías: las referentes al paciente, familia, entorno y otros.

Se estableció el nivel de significación estadística con una $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17 para Windows.

El estudio recibió la aprobación del Comité Ético y de Investigación Clínica de la entidad, así como la autorización del centro para su realización. Dado que la participación fue voluntaria no se creyó necesaria la solicitud de consentimiento informado ya que la respuesta a las preguntas se consideró como la aceptación para participar en este estudio.

Resultados

Se recogieron un total de 61 cuestionarios (98,4% de la población), el 29,5% correspondieron a profesionales médicos (PM) y el 70,5% al PE (69,8% enfermeras y 30,2% auxiliares). Los datos sociodemográficos se muestran en la [tabla 1](#).

No se pudieron establecer diferencias estadísticamente significativas entre la edad ($p=0,5$), los años de experiencia profesional ($p=0,6$) o el sexo ($p=0,6$) de los PM o PE y el hecho de ser más permisivos con la visita de menores.

El 28,6% del EA que tenía hijos permitiría el acceso a UCI frente al 23,1% del personal que no tenía hijos ($p=0,6$).

En general, tanto los PM como el PE, permitiría de forma clara y contundente la entrada de menores en la UCI si estos

Tabla 1 Datos sociodemográficos

		Enfermera n = 30	Auxiliar n = 13	Médico n = 18
Sexo	mujeres %	90,9	72,7	55,6
Hijos	sí %	72,7	23,1	72,2
Edad(años)	media (DE)	37,9 (10)	35,2 (13)	39,4 (6,7)
Años experiencia(años)	media (DE)	15,5 (9,4)	12,5 (7,6)	12,5 (7,6)

Tabla 2 Principales razones para restringir la visita de los menores de edad a UCI

	Enfermería	Médicos	Total
<i>Edad del menor</i>			
0 a 6 años [*] sí n (%)	32 (76,2)	9 (50,0)	41 (68,3)
7 a 12 años [*] sí n (%)	20 (46,5)	3 (16,7)	23 (37,7)
13 a 17 años sí n (%)	4 (9,3)	1 (5,6)	5 (8,2)
<i>Entorno de UCI asusta a menores[*]</i>			
Sí n (%)	29 (69,1)	7 (38,9)	36 (60)
<i>Estado del paciente asusta a los menores[*]</i>			
Sí n (%)	32 (74,4)	8 (47,1)	40 (66,7)
<i>Riesgo de trauma psicológico</i>			
Permite visita sí n (%)	18 (43,9)	5 (27,8)	23 (39)
No permite visita sí n (%)	18 (45)	10 (55,6)	28 (48,3)
<i>Riesgo de infección</i>			
Del menor sí n (%)	30 (75)	10 (55,6)	40 (69)
Del paciente sí n (%)	22 (55)	9 (50)	31 (53,5)
<i>Restringir por el ruido de los niños en</i>			
Beneficio del paciente sí n (%)	6 (14,6)	2 (11,8)	8 (13,8)
Beneficio del personal sí n (%)	3 (7,5)	3 (17,7)	6 (10,5)

* p<0,05.

tuvieran una edad comprendida entre los 13 y 17 años. El PE sería más restrictivo frente a la visita, respecto a los PM, si el menor tuviera < 12 años ($p=0,04$) (tabla 2).

Al explorar la visión del EA según grado de parentesco y estado del paciente (tabla 3), los PM, con un 47,1% frente al 17,5% del PE, se mostró más permisivo a la entrada de menores de edad cuando el vínculo entre el paciente y el menor de 0 a 6 años era por una relación próxima ($p<0,01$). De la misma manera, los PM, con un 70,6% frente al 41% del PE, hubiera permitido la visita en este mismo rango de edad si el paciente estuviera inconsciente ($p<0,01$), en riesgo de muerte inminente ($p=0,04$) o en estado crítico ($p<0,01$).

La mayor parte del PE manifestó que el entorno, con un 69,1% frente al 38,9% de los PM ($p=0,03$) y, el estado del paciente, con un 74,4% y 47,1% ($p=0,04$), respectivamente, podía intimidar a los menores independientemente de su rango de edad (tabla 2).

Más de la mitad del EA, opinó que podía existir un riesgo de infección tanto para el menor (75% PE y 55,6% PM) como para el paciente (55% PE y 50% PM), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones estudiadas (tabla 2).

El 45% del PE y, 55,6% de los PM, consideró que no permitir la visita podría suponer un riesgo de trauma psicológico para el menor.

En referencia a las dos preguntas abiertas existentes en el cuestionario, sobre los motivos para restringir y permitir las visitas de los menores, un 91,8% de los encuestados contestaron a la primera y, un 86,9%, a la segunda. Siendo el impacto y el riesgo de infección los principales motivos para la restricción y, el hecho que haya un acuerdo familiar o riesgo de muerte del paciente los motivos para el permiso (tabla 4).

Por último resaltar que no se procedió a la explotación estadística de las respuestas realizadas en el espacio para comentarios explicativos de las preguntas cerradas por ser redundantes en el mismo concepto preguntado y por su bajo nivel de cumplimentación.

Discusión

Las visitas abiertas en una UCI se consideran una intervención positiva para disminuir el estrés de la enfermedad crítica a nivel familiar^{17,18}. Pero a los niños, a pesar de pertenecer al grupo familiar, se les continúa restringiendo la visita en las UCI de adultos, vulnerando así las necesidades familiares¹⁹.

Tabla 3 Permitir la visita de menores de edad en UCI según parentesco o estado del paciente

Si n (%)	0 a 6 años			7 a 12 años			13 a 17 años		
	Enf	Med	Total	Enf	Med	Total	Enf	Med	Total
Padre/madre	24(60)	12(66,7)	36(62,1)	35(85,4)	16(94,1)	51(87,9)	42(100)	17(100)	59(100)
Hermano/a	21(52,5)	12(66,7)	33(56,9)	33(80,5)	16(88,9)	49(83,1)	41(100)	17(100)	58(100)
Abuelo/a	19(47,5)	10(58,8)	29(51,0)	32(78,1)	15(83,3)	47(79,7)	42(100)	17(100)	59(100)
Amigo/compañero	7(17,5)	5(31,3)	12(21,4)	15(37,5)	10(62,5)	25(44,6)	36(85,7)	15(88,2)	51(86,4)
Primo/otro familiar	9(23,1)	6(37,5)	15(27,3)	18(46,2)	10(62,5)	28(50,9)	36(85,7)	15(88,2)	51(86,4)
Relación próxima (ej. canguro)	7(17,5)*	8(47,1)*	15(28,2)	17(44,7)	10(62,5)	27(50)	32(80)	14(82,4)	46(80,7)
Estable	20(50)	13(72,2)	33(56,9)	35(87,5)	15(88,2)	50(87,7)	40(97,6)	17(100)	57(98,3)
Muriendo	16(41)*	12(70,6)*	28(50)	28(70)	15(88,2)	43(75,4)	40(97,6)	17(100)	57(98,3)
Inconsciente	6(16,2)*	10(58,8)*	16(29,6)	20(52,6)	13(76,5)	33(60)	37(92,5)	17(100)	54(94,7)
Despierto y alerta	23(57,5)	14(77,8)	37(63,8)	33(84,6)	16(94,1)	49(87,5)	42(100)	17(100)	59(100)
Cansado	11(28,2)	8(50)	19(34,6)	25(64,1)	13(76,5)	38(67,9)	35(85,4)	16(94,1)	51(87,9)
Estado crítico	7(18)*	9(52,9)*	16(28,6)	18(47,4)	12(70,6)	30(54,6)	38(92,7)	17(100)	55(94,8)
Conectado a máquinas/tubos	10(26,3)	9(52,9)	19(34,6)	17(46)	12(70,6)	29(53,7)	35(94,6)	17(100)	52(96,3)

Enf: enfermería; Med: médico.

* p<0,05.

Tabla 4 Respuestas a la pregunta abierta sobre las razones de restringir o permitir las visitas de los menores de edad en la UCI

	Motivos de restricción visita de menores		
	Enfermería n = 41	Médico n = 15	Total n = 56
Impacto n (%)	26 (63,4)	4 (26,7)	30(53,6)
Infección n (%)	11 (26,8)	4 (26,7)	15(26,7)
Edad n (%)	1 (2,4)	2 (13,3)	3(5,4)
No acuerdo familiar n (%)	2 (4,9)	-	2(3,6)
No hay motivos n (%)	1 (2,4)	5 (33,3)	6(10,7)
	Motivos para permitir la visita de menores		
	Enfermería n = 38	Médico n = 15	Total n = 53
Acuerdo familiar n (%)	26 (68,4)	10 (73,3)	36(69,8)
Paciente consciente n (%)	3 (7,9)	-	3(5,7)
Muerte n (%)	9 (23,9)	4 (26,7)	13(24,5)

Equipo asistencial con/sin hijos

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el hecho de permitir la visita de menores y tener hijos por parte del EA tanto en los PM como en el PE. Dicho resultado fue sorprendente ya que en un estudio realizado a enfermeras de una UCI médico-quirúrgica encontraron que los profesionales con hijos tenían una actitud más positiva hacia las visitas abiertas ya que les hacía estar más involucradas emocionalmente con la familias²⁰. Si bien, dicho estudio no exploraba la opinión del personal ante las visitas de los menores. Quizás esta circunstancia no sea relevante y tenga más importancia el hecho de que culturalmente los adultos intentan proteger al menor de situaciones estresantes²¹.

Edad del menor

Según los resultados obtenidos y de la misma manera que en el estudio de Knutsson et al.¹⁵, la edad es una importante

razón dada por el EA para no permitir la entrada en la UCI, especialmente a los menores de 7 años. Sin embargo, si el niño desea visitar a su familiar y después de recibir una preparación previa, la cual y según la edad puede ser realizada en los minutos previos a la visita, esta puede ser beneficiosa, ya que la separación del ser querido, cuando el niño tiene menos de 7 años y como refleja la revisión realizada por Clarke et al.²², es vivida como un castigo o pérdida de amor y puede provocar ansiedad y rechazo por parte del menor al regreso del familiar al domicilio.

Curiosamente las restricciones para los mayores de 12 años por parte del EA son prácticamente inexistentes, pero según las etapas del desarrollo cognitivo del niño de Piaget²³ son los que en mayor medida necesitan dicha preparación para poder afrontar la situación ya que son capaces de percibir la gravedad del momento, al contrario de los menores de 12 años con un pensamiento más abstracto²⁴.

El PE, al contrario que en el estudio de Knutsson et al.¹⁵, es mucho menos permisivo que los PM a la visita de los

menores. Este resultado podría deberse a un mecanismo de defensa, por parte del PE, para protegerse de las demandas o reacciones de los niños¹⁷. De hecho, Capellini et al.²⁵ demostraron que las horas en las que se concentraban más visitantes era entre las 14 y 20 h, intervalo de tiempo donde se reduce la plantilla médica y solo está presente el personal médico de guardia, y es en dicho horario cuando los menores se encuentran fuera del horario escolar. Por lo tanto, el PE es el personal de salud con más presencia, contacto y el que comparte espacio físico con las familias.

Estado/entorno de la UCI

La UCI es una unidad altamente tecnificada, situación que puede impresionar tanto a menores como a adultos. De hecho, en este sentido se manifestó mayoritariamente el EA.

De la misma manera, y como en el estudio de Knutson et al.¹⁵, un alto porcentaje de los encuestados creyó que el estado en el que se encuentra el paciente puede ser un motivo para no permitir la visita, quizás en un intento de proteger al menor. No obstante, dichas reticencias disminuyen en el caso concreto que el paciente se encuentre en la fase final de la vida, sobre todo si el menor tiene una edad comprendida entre los 13 y 17 años. Visitar al paciente puede ser tan importante para los menores como para los adultos para poder entender lo que está ocurriendo^{4,24}, ayudarles a sentirse integrados dentro del núcleo familiar²² y poder despedirse si fuera necesario^{8,26}.

Las experiencias relatadas por los niños en el estudio de Kean et al.²⁴, que visitaban por primera vez a un familiar en una UCI, muestran la importancia de prepararlos antes de la visita y no dejar que recurran a la imaginación ya que si el menor está preparado para la visita no tiene por qué experimentar miedo²⁷.

Boyer et al.¹⁴ demostraron que la confección de una guía para menores puede ser una herramienta útil tanto para los familiares como para el EA. Así como la existencia de colaboraciones entre el personal de UCI y especialistas infantiles para planificar dicha visita, diferenciando las intervenciones terapéuticas a seguir según el grupo de edad del menor y su desarrollo cognitivo^{8,14}. Dichas intervenciones pueden ser tan sencillas como usar un vocabulario comprensible, evitando la terminología médica; crear un ambiente tranquilo, facilitando la entrada fuera del horario establecido; acompañar la entrada con muñecos o material para dibujar; favorecer su participación en el cuidado, como por ejemplo leer un cuento o arropar al paciente^{6,12}.

Parentesco

Según el parentesco del menor con el paciente ingresado en UCI, se halló que los PM y el PE serían más permisivos con la visita cuando existe un lazo familiar muy cercano, como el de padre/madre o hermano, sobre todo si el menor tiene entre 0/6 años. No obstante, las restricciones se hacen más

evidentes cuando la relación del menor hacia el paciente es por una relación próxima, abuelo/a, amigo u otro familiar y, sobre todo, en rangos de edad inferiores a los 12 años, donde solo, y en muchas ocasiones menos de la mitad de los encuestados permitirían la entrada para visitar al abuelo u otro familiar. Actualmente, y como se halla reflejado en varios estudios^{28,29}, los abuelos pueden tener una relación muy cercana con los nietos por razones laborales o tras procesos de divorcio de los padres, por tanto, se hace necesario que el EA sea consecuente con las nuevas estructuras familiares.

Riesgo de infección

Más de la mitad de los encuestados, y al igual que en otros estudios^{15,30}, manifestaron que otro motivo para no permitir la visita de los menores de edad en una UCI es el riesgo de infección, tanto para el menor como para el paciente.

Dicho argumento no se halla reflejado en la bibliografía, donde la visita de menores a UCI de adultos no se asoció a un incremento de las tasas de infección como indican las revisiones realizadas por Flalk et al.³¹ y Hanley et al.¹². Diversas guías como la de Prevención de la Infección en Pacientes Neutropénicos de la Sociedad Americana de Hematología no contiene especificaciones relativas a la edad^{32,33}.

Por tanto, esta justificación por parte del EA puede obedecer más a dar una buena razón para persuadir a la familia y evitar las discusiones ante la petición de visita de un menor, que a un argumento basado en la evidencia.

En la exploración de las respuestas en las preguntas abiertas y, al igual que el estudio de Clarke et al.²², un alto porcentaje del EA permitiría la entrada de menores de edad siempre y cuando haya un acuerdo familiar, es decir, la primera decisión debe ser tomada por un adulto que se haga responsable y acompañe al niño en todo momento durante la visita.

Los resultados de dicho estudio, tienen sus limitaciones, ya que deben ser considerados con cierta cautela al tratarse de la opinión del EA de una única UCI, por lo que no pueden ser extrapolados a la población en general. No obstante puede darnos una aproximación a las posibles barreras que muestra el personal ante este hecho escasamente explorado en la bibliografía especialmente de carácter nacional, y proporcionar una herramienta útil para determinarlo.

Conclusiones

Tanto los PM como el PE se muestran partidarios de la visita de los menores de edad en una UCI de adultos siempre y cuando estos tengan una edad superior a 6 años. No obstante, existen claras contradicciones, ya que en circunstancias especiales como parentesco cercano, pacientes despiertos o en procesos de final de vida, dicho EA se muestra partidario de permitir la visita independientemente del rango de edad.

Mayoritariamente, el EA iniciaría la visita con un preacuerdo familiar, aunque creen que el entorno y el estado del paciente intimida al menor. Otro motivo para limitar la visita es la creencia de riesgo de infección tanto para el menor como para el paciente.

El PE es menos permisivo que los PM frente a la visita del menor.

Los diferentes puntos de vista entre los integrantes del EA muestran la complejidad del tema y, hace necesario la actualización de los conocimientos de todos los actores involucrados en el proceso, así como informar y formar al personal para proporcionar herramientas y poder hacer frente a la visita de los niños en las UCI de adultos. Por tanto es imprescindible desarrollar protocolos de actuación y conocer su impacto en futuras investigaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2019.01.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.01.003).

Bibliografía

- McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med*. 2010;38:1078–85.
- Jezierska N. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2014;46:42–5.
- RAE: Real Academia Española [Internet]. Actualizado 2018. [consultado 25 Sep 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es>.
- Frazier A, Frazier H, Warren NA. A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33:82–6.
- Knutsson S, Bergbom I. Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;32:33–41.
- Percelay M, Betts M, Chitkara B, Jewell A, Preuschoff K, Rauch A, et al. Child Life Services. *Pediatrics*. 2014;133:1471–8.
- Knutsson S, Samuelsson IP, Hellström AL, Bergbom I. Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2008;61:154–62.
- Crider J, Pate MF. Helping children say goodbye to loved ones in adult and pediatric intensive care units: certified child life specialist critical care nurse partnership. *AACN Adv Crit Care*. 2011;22:109–12.
- Rozdilsky JR. Enhancing sibling presence in pediatric ICU. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17:451–61.
- Knutsson SE, Otterberg CL, Bergbom IL. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004;20:264–74.
- Humanizando los cuidados intensivos.[Internet].25 Sep 2015.Hermanos en la UCI: proyecto germans.[consultado 25 Sep 2018]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/hermanos-en-la-ucin-proyecto-germans>.
- Hanley JB, Piazza J. A visit to the intensive care unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2012;35:113–22.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015;30:243–50.
- Boyer J. A visit to the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2012;35:113–22.
- Knutsson S, Bergbom I. Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nurs Crit Care*. 2007;12:64–73.
- Horikoshi Y, Okazaki K, Miyokawa S, Kinoshita K, Higuchi H, Suwa J, et al. Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Int*. 2018;60:153–6.
- Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez M, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*. 2016;16:340–58.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. *Es tiempo de cambio. Med Intensiva*. 2014;38:371–5.
- American Association of Critical-Care Nurses. Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2017;37(4):88.
- Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care*. 2006;11:33–41.
- Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Amorós Cerdá SM, Pérez Juan E, Maqueda Palau M, Delgado Mesquida J. Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a las familias del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23:121–31.
- Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *J Adv Nurs*. 2001;34:61–8.
- Piaget J. *Psychology of the Child*. New York: Basic Books; 1969.
- Kean S. Children and young people visiting an adult intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2010;66:868–77.
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33:181–93.
- Ihlenfeld JT. Should we allow children to visit ill parents in intensive care units? *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25:269–71.
- Knutsson S, Enskär K, Golsäter M. Nurses' experiences of what constitutes the encounter with children visiting a sick parent at an adult ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;39:9–17.
- Dunifon R, Bajracharya A. The role of grandparents in the lives of youth. *J Fam Issues*. 2012;33:1168–94.
- Lussier G, Deater-Deckard K, Dunn J, Davies L. Support across two generations: children's closeness to grandparents following parental divorce and remarriage. *J Fam Psychol*. 2002;16:363–76.
- Vint PE. Children visiting adults in ICU-what support is available? A descriptive survey. *Nurs Crit Care*. 2005;10:64–71.
- Falk J, Wongsu S, Dang J, Comer L, LoBiondo-Wood G. Using an evidence-based practice process to change child visitation guidelines. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16:21–3.
- Sullivan KM, Dykewicz CA, Longworth DL, Boeckh M, Baden LR, Rubin RH, et al. Centers for Disease Control and Prevention; Infectious Diseases Society of America; American Society for Blood and Marrow Transplantation Practice Guidelines and beyond. Preventing opportunistic infections after hematopoietic stem cell transplantation: the Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America, and

- American Society for Blood and Marrow Transplantation Practice Guidelines and beyond. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2001:392–421. Review.
33. Dykewicz CA. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); Infectious Diseases Society of America; American Society of Blood and Marrow Transplantation. Summary of the Guidelines for Preventing Opportunistic Infections among Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. Clin Infect Dis. 2001;15:139–44.