

ORIGINAL

Información enfermera en las unidades de cuidados intensivos españolas: ¿rol formal o informal? Estudio multicéntrico



J. Valls-Matarín (PhD. MSR.RN)* y M. del Cotillo-Fuente (MSR.RN)

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 7 de julio de 2021; aceptado el 20 de octubre de 2021

Disponible en Internet el 18 de febrero de 2022

PALABRAS CLAVE

Guía;
Información;
Familia;
Relaciones
profesional-familia;
Enfermera;
Cuidados intensivos

Resumen

Objetivos: Evaluar la guía de acogida proporcionada a los familiares en las unidades de cuidados intensivos (UCI) españolas respecto a la información enfermera.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal multicéntrico de septiembre-diciembre de 2019. Se incluyeron 280 UCI de adultos, según el listado de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos. El folleto se solicitó mediante contacto personal, llamada telefónica, Twitter o web del hospital.

Variables analizadas: Hospital (público/concertado o privado), universitario (sí/no), visita (abierta/cerrada), información médica y enfermera. Estadística descriptiva y prueba Chi cuadrado (relación información enfermera y resto de variables).

Resultados: Se recogieron datos de 228 UCI (81,4%), de las cuales 25 (11%) no disponían de folleto. Un 77,8% eran públicas/concertadas y el 49,8% universitarias. El 94,1% tenían horario cerrado, aunque el 42,4% lo complementaban con uno flexible o de acompañamiento. El 100% incluía información médica diaria con horario establecido. El 21,7% (n = 44) contenía información enfermera, un 27,3% con horario establecido y un 38,6% durante las visitas. En el 79,5% la información enfermera hacía referencia a cuidados, en el 29,5% a necesidades, en el 13,6% al bienestar, en el 15,9% al estado del paciente, en el 11,4% al entorno, en el 9,1% a observaciones y en el 29,5% a aclaraciones. El 17,2% de todas las UCI ofrecía colaborar en los cuidados. De los folletos con información enfermera el 90,9% eran hospitales públicos/concertados y el 9,1% privados (p = 0,02). El 65,9% eran universitarios frente al 34,1% que no lo eran (p = 0,02).

Conclusiones: Mientras que la información médica queda reflejada de forma unánime, una baja proporción de folletos citan la información enfermera, con un contenido poco homogéneo y concreto. Estos resultados contrastan con la realidad de la UCI, donde la enfermera es el profesional

* Autor para correspondencia.

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

con mayor contacto con la familia. La referencia oficial de la información enfermera se da con más frecuencia en hospitales públicos/concertados y universitarios. Es necesario regularizar dicha información, ya que como parte responsable del proceso asistencial la enfermera debe comunicar sus cuidados de manera formal, contribuyendo así a hacer visible su labor.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Brochure;
Information;
Family;
Professional-family
relations;
Nurse;
Critical care

Nurse information in Spanish intensive care units: Formal or informal role? Multicentre study

Abstract

Objectives: To evaluate the brochure provided to relatives on admission to Spanish Intensive Care Units (ICU) regarding nursing information.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, multicentre study from September-December 2019. A total of 280 adult ICUs were included, according to the list of the Spanish Society of Intensive Care. The brochure was requested through personal contact, phone call, twitter, or hospital website.

Analyzed variables: Hospital (public/private), university (yes/no), visiting (open/closed), medical and nurse information. Descriptive statistics and χ^2 test (relations nurse information and other variables).

Results: Data were collected from 228 ICU(81.4%), of which 25(11%) did not have a brochure. A total of 77.8% were public and 49.8% university hospitals. Of the hospitals, 94.1% had closed visiting hours, although 42.4% supplemented it with flexible. All the hospitals included daily medical information with an established timetable, 21.7%(n = 44) contained nurse information, 27.3% with established hours and 38.6% during visits. Of the nursing information, 79.5% referred to care, 29.5% to needs, 13.6% to well-being, 15.9% to the patient's condition, 11.4% to the environment, 9.1% to observations, and 29.5% to clarifications. A total of 17.2% of all ICU offered to collaborate in care. Of the brochures with nurse information, 90.9% were public hospitals and 9.1% were private ($P = .02$). Of the hospitals, 65.9% were university compared to 34.1% who were not ($P = .02$).

Conclusions: While medical information is consistently reflected in all brochures, only a few contain nursing information with generic and non-homogeneous and specific content. These results contrast with the reality of the ICU, where the nurse is the professional with the greatest contact with the family. The official provision of nursing information occurs more frequently in public and university hospitals. It is necessary to standardise this information, since as a responsible part of the care process, nurses must communicate their care in a formal manner, and thus help make their work visible.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce/qué aporta?

Las UCI españolas ofrecen una guía de acogida a la familia donde se reconoce al médico como el proveedor oficial de la información.

Una pequeña proporción de estas guías mencionan la información enfermera, situación que contrasta con la realidad, al tratarse del profesional con la visión más completa del paciente y con mayor contacto con la familia.

Implicaciones del estudio

Es necesario normalizar y formalizar la información enfermera, ya que como parte responsable del proceso asistencial la enfermera debe comunicar sus cuidados, contribuyendo así a hacer visible su labor.

Introducción

La información al paciente y a su familia es una obligación común, tanto de las actividades médicas como de enfermería, sobre todo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde a menudo no existe la posibilidad de proporcionarla directamente al paciente debido a su estado crítico. El ingreso en la UCI causa ansiedad, depresión y un alto porcentaje de los familiares muestran síntomas de estrés postraumático¹⁻⁴, circunstancia que puede dificultar la comunicación o comprensión de la información proporcionada por los profesionales debido a su estado emocional. Son muchas las iniciativas que han demostrado que el hecho de entregar a la familia un folleto o guía de acogida en el momento del ingreso contribuye a disminuir su estrés^{5,6}.

La necesidad de información que presenta la familia, y que está presente de manera transversal durante todo el ingreso del paciente en la UCI, está directamente asociada con la satisfacción familiar por la atención recibida^{7,8}. En el trabajo realizado por Velasco et al.⁹ sobre las principales demandas informativas de los familiares, estos esperan que los profesionales médicos les informen sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pero también identifican a la enfermera como proveedora de información sobre cuidados, entorno y normas de la unidad. No obstante, y según el trabajo de Valls¹⁰ realizado en diversos hospitales catalanes sobre la satisfacción familiar con la información enfermera, es precisamente en estos conceptos mencionados, el ofrecimiento de ayuda espiritual y en el de informar sobre qué cuidados pueden realizar los familiares durante la visita, donde los familiares manifestaron falta de información y la enfermera manifestó informar en menor medida. De hecho, en las UCI españolas suele ser el médico quien informa de manera oficial, y en muchas ocasiones la enfermera está ausente en el proceso informativo, o incluso rechaza la comunicación con los familiares¹¹.

En 2017 la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Crítica y Unidades Coronarias (SEEIUC) publicó unas recomendaciones sobre la acogida de los familiares en la UCI, donde se recomendaba el uso de folletos o guías escritas con diversos puntos a incluir, entre los que se hallaba la información tanto médica como enfermera¹².

Se planteó como hipótesis de estudio que menos de la mitad de las UCI españolas incluían en su guía la información enfermera, por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar la guía de acogida proporcionada a los familiares en las UCI españolas respecto a la información enfermera.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico que se llevó a cabo entre septiembre de 2019 y febrero de 2020. Se incluyeron 280 UCI de adultos, según el listado de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Crítica y Unidades Coronarias y la SEEIUC que existen en España. El folleto o guía de acogida de cada unidad se solicitó mediante contacto personal, llamada telefónica, Twitter o por consulta directa en la web del hospital.

Se recogieron las siguientes variables: tipo de hospital (público/concertado o privado), universitario (sí/no), información médica y enfermera, visita de los familiares (abierto

24 horas/cerrado o con restricciones horarias) y colaboración de la familia en cuidados básicos.

Cálculo de la muestra

Se dispone de una población diana que está formada por las 280 UCI españolas. Se estima que el 50% de las UCI referencian en su folleto la información enfermera. Asumiendo un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95% se requiere una muestra de 169 UCI.

Estadística descriptiva con valores absolutos y relativos. Para determinar la relación entre información enfermera, hospital universitario y titularidad del centro se realizó la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Se consideró el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 19 para Windows®.

Resultados

Se obtuvieron datos de 228 UCI españolas, lo que representa el 81,4% del total de la muestra. El 35,1% de las guías se obtuvieron por contacto personal, el 37,3% por llamada telefónica, el 21,9% por consulta directa a la web del hospital y el 5,7% restante mediante Twitter.

El 89% de las UCI estudiadas ($n = 203$) disponían de guía de acogida, mientras que las 25 restantes (11%) ofrecían la información del servicio de manera verbal o mediante pósteres ubicados en la propia unidad.

La distribución según comunidades se puede observar en la [figura 1](#), donde existe representación de todas ellas.

La información enfermera constaba en el 21,7% de las guías de acogida ([tabla 1](#)) y el contenido de dicha información se muestra en la [tabla 2](#), siendo los cuidados a lo que se hizo mayor referencia. En el 34,1% de las guías no se mencionaba el horario de información, en el 27,3% se especificaba una franja horaria y en el 38,6% lo hacía durante el horario de visitas.

De las UCI donde constaba la información enfermera el 90,9% pertenecían a hospitales públicos/concertados y el 9,1% restante a privados ($p = 0,02$), y el 65,9% eran universitarios frente al 34,1% que no lo eran ($p = 0,02$).

La información médica apareció en el 100% de las guías, el 99% especificaba una información diaria y en el 97,5% se indicaba el horario. En el 47,3% se informaba al ingreso en la unidad, en el 69,5% se proporcionaba información si se producía un cambio importante en el estado del paciente y en el 21,7% se ofrecía información fuera del horario establecido a petición de los familiares.

En el 3% ($n = 6$) de las guías constaba la información al familiar de manera conjunta médico-enfermera.

Respecto a los horarios de visita en el 96,1% de las UCI existía algún tipo de restricción horaria, aunque en el 42,4% de ellas se ampliaba con un horario más flexible o de acompañamiento. El 17,2% proponía la colaboración en los cuidados del paciente.

Discusión

Existe un bajo porcentaje de UCI españolas que incluyan en sus guías de acogida para familiares la información

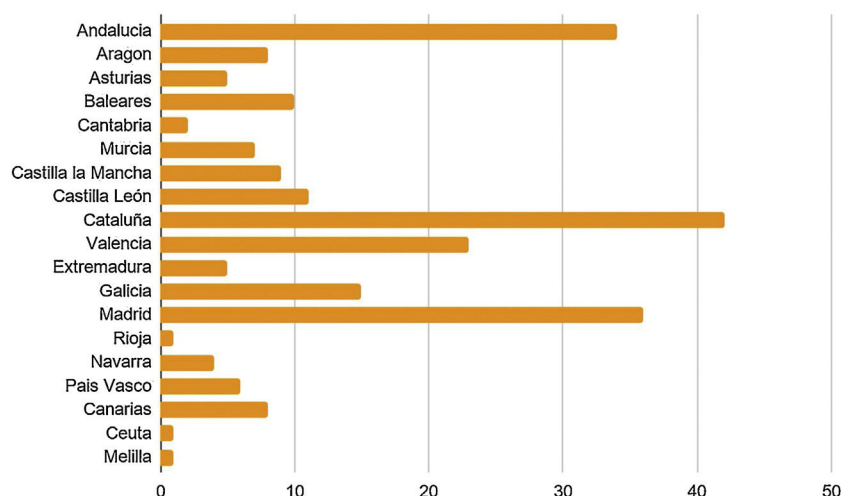


Figura 1 Representación por comunidades.

Tabla 1 Variables analizadas de la guía de acogida (n = 203)

Variabes	UCI, n (%)
<i>Tipo hospital</i>	
Público/concertado	153 (75,4)
Universitario	105 (51,8)
<i>Información sanitaria</i>	
Información médica	203 (100)
Información enfermera	44 (21,7)
<i>Horario de visitas</i>	
Horario abierto	8 (3,9)
Horario restringido	195 (96,1)
<i>Horario de acompañamiento</i>	86(42,4)

Tabla 2 Contenido de la información enfermera en las guías de acogida de las UCI españolas (n = 44)

Información enfermera en relación con:	N (%)
Cuidados	35 (79,5)
Bienestar del paciente	6 (13,6)
Necesidades del paciente	13 (29,5)
Estado del paciente	7 (15,9)
Entorno de la unidad	5 (11,4)
Aclaraciones a la familia	13 (29,5)
Observaciones de enfermería	4 (9,1)

enfermera, situación que contrasta con la información médica, la cual se encuentra referenciada de manera unánime en todas las guías estudiadas. Esta circunstancia parece apoyar el hecho de que la información enfermera continúa ejerciéndose desde un rol informal y poco reconocido desde las instituciones. Si bien las enfermeras están cada vez mejor capacitadas y asumen más responsabilidades, su rol de informador formal es limitado, quizás porque continuamos anclados en un modelo biomédico que coloca a los médicos como máxima autoridad^{13,14} y los hace responsables de las tareas informativas¹⁵. Las razones de esta falta de participación pueden ser múltiples, como

protegerse del estrés emocional que supone comunicarse con la familia¹⁶ o que en muchas ocasiones la enfermera desconoce la información que da el médico. De hecho, la inclusión de la información conjunta médico-enfermera en las guías es meramente anecdótica y similar a otros estudios realizados también en las UCI españolas mediante encuestas a los jefes de servicio^{15,17}, para conocer cómo se realizaba la información sanitaria.

No obstante la enfermera, como parte del proceso asistencial, también es responsable de los resultados y, por lo tanto, debe informar de todo lo concerniente a su competencia, como indica su código deontológico¹⁸. Sin embargo, y a pesar de ser un profesional reconocido por los familiares como proveedor de información⁹, existen estudios donde el 50% de los familiares manifestaron no haber recibido información de la enfermera y en el caso de realizarse fue a criterio del profesional^{10,11}.

En las guías que mencionan la información enfermera esta venía acompañada de los aspectos sobre los que podía informar, algunos de ellos tan abstractos como «observaciones» o «aclaraciones». Quizás estos términos obedezcan al desconocimiento de sus competencias informativas y a la escasa tradición que tiene este profesional de informar sobre los cuidados que realiza¹⁰.

La información médica se encontraba protocolizada en un horario fijo y una cuarta parte de las UCI ofrecían la posibilidad de recibir, también, información médica a demanda del familiar, lo que nos lleva a pensar en un cierto grado de apertura al respecto, ya que «a demanda» implica un reconocimiento a la necesidad informativa de los familiares y motivación del personal médico por cubrirla¹⁹. En cambio, solo una pequeña proporción de UCI tenían reservado un horario para la información enfermera, posiblemente por su presencia continua a pie de cama, incluso durante el horario de visita.

En este sentido, y a pesar que solo un 4% de las UCI anunciaban puertas abiertas sin ningún tipo de restricción horaria para los familiares, similar a otros países^{20,21}, casi la mitad de las guías ofrecía un horario de ampliación o acompañamiento, muchas veces definido como UCI de puertas abiertas en la literatura, haciendo pensar que estamos

inmersos en un periodo de cambio en España. Esta circunstancia, y el hecho que la enfermera tenga una presencia continua junto a los pacientes, genera más oportunidades de interacción entre ella y la familia, haciendo indispensable pensar en un paradigma que muestre y guíe sobre qué información es responsabilidad de la enfermera y cómo hacerlo de manera organizada y comprensible. Igualmente, las universidades de enfermería deberían ser promotoras de esta información, así como proporcionar herramientas que faciliten esta actividad a las nuevas generaciones, porque la humanización de las UCI²²⁻²⁴ pasa inevitablemente por la enfermera.

Desde hace unos años se fomenta la integración de la familia en las UCI, haciéndolas, por ejemplo, participe de los cuidados básicos¹⁵. Este aspecto, que solo se reflejó en una pequeña parte de las guías estudiadas, es una de las principales demandas informativas de los familiares^{9,25} y que suele desarrollar la enfermera, por lo que la comunicación con la familia se hace de nuevo imprescindible. Rodríguez et al.²⁶ demostraron en un estudio realizado en una UCI andaluza, que el hecho de implicar a los familiares en cuidados básicos como la alimentación, movilización e higiene disminuyó sus niveles de ansiedad y ofreció mayor información y tiempo de acompañamiento.

Que la información enfermera tenga mayor representación en las guías que se entregan en los hospitales públicos/concertados que en los privados puede obedecer al hecho de que, generalmente, la enfermera no consta en la cartera de servicios de los hospitales privados o, dicho de otra manera, los pacientes suelen ir al hospital por contacto directo con un médico específico, lo que lo habilita como principal interlocutor. Los hospitales universitarios también podrían reflejar más la información enfermera por su vinculación a la facultad de enfermería.

En un artículo²⁷ publicado sobre los problemas mundiales de la enfermera en 2015 concluyeron que era necesario fortalecer su visibilidad. Actualmente existen iniciativas, como la campaña mundial *Nursing Now*, donde se está trabajando para aumentar el estatus de las enfermeras y fortalecer su liderazgo en las políticas de salud. Para ello la comunidad debe conocer su papel y, por lo tanto, es necesario que las enfermeras informen sobre el trabajo que realizan. Dado que la entrega de una guía informativa al ingreso del paciente en UCI parece ser una práctica generalizada y consolidada en España, en casi el 90% de las UCI, y similar a otros países europeos^{20,28}, reflejar la información enfermera en la guía podría contribuir a formalizarla, promoverla y fomentar que la familia demande esta información, a su vez.

El reconocimiento o visibilidad social que se reclama para la enfermera requiere de una mayor implicación de este profesional en la información, porque no se puede reconocer aquello que no se conoce.

Conclusiones

Una pequeña proporción de UCI españolas ofrecen guías de acogida que mencionan la información enfermera, resultado acorde con la hipótesis planteada. El contenido de esta información es poco homogéneo y preciso. Estos resultados contrastan con la realidad, donde la enfermera es el profesional con mayor contacto con la familia y una visión más

completa del paciente. Es necesario regularizar y protocolizar dicha información, así como entrenar a las enfermeras en comunicación efectiva, ya que como parte responsable del proceso asistencial deben comunicar sus cuidados de manera formal, contribuyendo así a hacer visible su labor.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas aquellas personas que de manera anónima y desde su lugar de trabajo: enfermera, auxiliar, médico, comercial, enlace sindical, supervisora, amigo o conocido nos han ayudado y han contribuido a hacer posible este proyecto.

Bibliografía

1. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22:310, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>.
2. Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Güldoğan EY, Demir HF, et al. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *J Intensive Care Med*. 2016;31:611-7, <http://dx.doi.org/10.1177/0885066615595791>.
3. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40:618-24, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>.
4. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: A systematic literature review. *Crit Care Med*. 2020;48:e835-40, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000004450>.
5. Mistraretti G, Umbrello M, Mantovani ES, Moroni B, Formenti P, Spanu P, et al. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: An Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Med*. 2017;43:69-79, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-016-4592-0>.
6. Pidgeon TE, Blore CD, Webb Y, Horton J, Evans M. A patient information leaflet reduces parental anxiety before their child's first craniofacial multidisciplinary outpatient appointment. *J Craniofac Surg*. 2017;28:1772-6, <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0000000000003955>.
7. Midega TD, Oliveira HSB, Fumis RRL. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31:147-55, <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20190024>.
8. Fumis RR, Nishimoto IN, Deheinzeln D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: The impact on family's satisfaction. *J Crit Care*. 2008;23:281-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.04.00>.
9. Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C, Equipo de investigación del Proyecto HUCI (Humanizando los Cuidados Intensivos). Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2018;42:337-45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.007>.
10. Valls-Matarín J, Guitard Sein-Echaluce ML (dir), Trujillano Cabeallo J (dir). Satisfacción familiar de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos con la información enfermera

- y visión enfermera [tesis doctoral en internet]. Lleida: Universitat de Lleida; 2017 [consultado 1 Agos 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/454818>.
11. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40:527–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>.
 12. Grupo de trabajo de Bioética de la SEEIUC. Recomendaciones sobre acogida de familiares en unidades de cuidados intensivos [Internet] Madrid; 2017 [consultado 1 Agos 2020]. Disponible en: <http://seeiuc.org/wpcontent/uploads/2017/10/RECOMENDACIONES-FAMILIAS.pdf>.
 13. Paynton S. The informal power of nurses for promoting patient care. *Online J Issues Nurs*. 2009;14, <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No1PPT01>.
 14. Salvage J, White J. Nursing leadership and health policy: Everybody's business. *Int Nurs Rev*. 2019;66:147–50, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12523>.
 15. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Force-lledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Cal Asist*. 2015;30:243–50.
 16. Zaforteza C, García-Mozo A, Amorós SM, Pérez E, Maqueda M, Delgado J. Factors limiting and facilitating changes in caring for the intensive care unit patients' relatives. *Nurs Crit Care*. 2015;20:78–88, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12095>. Epub 2014 Jul 3; PMID: 24991996.
 17. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73–83.
 18. Código deontológico de la enfermería española [Internet] [consultado 1 Agos 2020]. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/2db6fd59-3154-4a3b-bbd9-402f560fa4ba>.
 19. Martínez Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2006;26:53–69 [consultado 15 Sep 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0211-57352006000100004&lng=es>.
 20. Speroni C, Gobbi D, Gemperli A, Merlani P, Pagnamenta A. Potential predictors of visiting hours policies in the intensive care setting. *Minerva Anesthesiol*. 2015;81:1338–45.
 21. Ramos FJ, Fumis RR, de Azevedo LC, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: A multi-center survey. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26:339–46, <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>.
 22. Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos [consultado 25 Agos 2020]. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>.
 23. Alonso-Ovies Á, Heras la Calle G. Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva*. 2020;44:122–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.03.002>.
 24. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2018;46:1175–80, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000003155>.
 25. Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish-Barnes N, Rusinova K, Megarbane B, et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2011;39:1365–71, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182120b68>.
 26. Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F, Roncero del Pino A, Morgado Almenara MI, Theodor Bannik J, Flores Caballero LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14:96–108.
 27. Wong FK, Liu H, Wang H, Anderson D, Seib C, Molasiotis A. Global nursing issues and development: Analysis of World Health Organization documents. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:574–83, <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12174>.
 28. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B, Timsit JF. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: A report of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care*. 2016;6:82, <http://dx.doi.org/10.1186/s13613-016-0185-x>.