



REVISIÓN

La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico

B. Errasti-Ibarrondo^{a,*} y S. Tricas-Sauras^b

^a Departamento de Enfermería de la Persona Adulta, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 20 de julio de 2011; aceptado el 20 de agosto de 2012

Disponible en Internet el 4 de octubre de 2012

PALABRAS CLAVE

Familia;
Visita;
Visita abierta;
Visita flexible;
Unidad de Cuidados Intensivos;
Unidad de Cuidados Críticos

KEYWORDS

Family;
Relative;
Visitation;
Open visitation;
Flexible visitation;
Intensive Care Unit;
Critical Care Unit

Resumen

Objetivos: Identificar, analizar y sintetizar los principales efectos que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto.

Método: Se realizó una revisión de la literatura científica en las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library y CUIDEN y un análisis temático del contenido de los artículos seleccionados.

Resultados: Se identificaron un total de 15 publicaciones que respondían al objetivo de la búsqueda. Tras la realización del análisis temático se identificaron 4 temas que incluyen los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico: *mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente.*

Conclusión: Las políticas de visita flexible, además de ser beneficiosas para los familiares del paciente crítico y el propio paciente, constituyen en sí mismas una necesidad. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición del un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients

Abstract

Aim: To identify, analyze and summarize the main effects that may be related to flexible visitation policies for the relatives of critically ill adults.

Method: A review of the literature was conducted in the following databases: PubMed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library and CUIDEN. Thematic content analysis was used to evaluate selected articles.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: meibarrondo@unav.es (B. Errasti-Ibarrondo).

Results: Fifteen articles were included in this review. Four main themes emerged from the thematic content analysis. Themes included the main effects of flexible visitation policies for the family of the critical patients such as: improvement of satisfaction, reduction of anxiety and stress, satisfaction regarding their own family needs, and the role of the family in the patient's care.

Conclusion: According to the existing evidence, flexible visitation policies appear to be both beneficial and decisive. It seems to be necessary to favor the participation of the family in the care of the intensive patient as well as the acquisition of a more prominent role the visitation context and in their relationship with the patient.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEEUC. All rights reserved.

Introducción

La política de visitas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una cuestión todavía controvertida y frecuente objeto de estudio que ha suscitado numerosos debates entre los expertos¹. El ingreso en una UCI es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para su familia²⁻⁶ y/o personas más cercanas. En este contexto, la visita cobra especial importancia, ya que a través de ella se da la interacción entre el paciente crítico y aquellas personas significativas para él dentro de un entorno hospitalario⁷.

El carácter cerrado de las visitas en las UCI tiene su origen en la práctica llevada a cabo en las primeras unidades creadas hacia 1960, en las que las visitas eran restringidas por el desconocimiento del impacto que estas podían tener sobre los pacientes o familiares⁸. En 1979, Molter realizó por primera vez un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos identificando entre otras, el deseo de mantenerse cerca de su ser querido⁹. Este deseo de cercanía o de proximidad implica¹⁰ poder visitar a cualquier hora, ver al paciente frecuentemente, recibir información sobre el paciente una vez al día, poder cambiar las horas de visita en casos especiales, ser llamado por teléfono a casa si se dan cambios en el estado del paciente, ser informado sobre los planes de traslado, tener cerca una sala de espera, iniciar la visita en el horario establecido, y hablar con la misma enfermera todos los días.

Actualmente, existe evidencia suficiente de que la restricción de visitas puede ser perjudicial tanto para el paciente como para su familia^{11,12} ya que se genera una ruptura del paciente con su entorno inmediato¹³. Determinadas investigaciones han demostrado que la visita abierta, además de no ser nociva para el paciente crítico¹⁴, equilibra las necesidades de los pacientes y de las familias además de mejorar la comunicación¹⁵. A pesar de que existen estudios publicados sobre las percepciones, experiencias o creencias relativas a las visitas en enfermeras¹⁶⁻²⁴, en los pacientes críticos²¹ o en sus familiares^{21,25,26}, pocos se centran en los efectos que tienen sobre ellos las distintas políticas de visita²⁷, así como los horarios sin restricciones.

Al margen de las creencias y actitudes de pacientes y enfermeras de UCI, el objetivo de esta revisión es identificar, describir y sintetizar los efectos que pueden derivarse de la instauración de políticas de visita más flexibles en las UCI de adultos sobre los familiares del paciente crítico.

Método

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía sobre los potenciales efectos de la visita abierta en los familiares del paciente crítico adulto. En la literatura se han descrito distintos regímenes de visita identificándose ciertos términos: cerrada, abierta, flexible, contractual, estructurada, etc. Esta revisión no va a detallar ni discutir sobre estas modalidades de visita, y al igual que Sims & Miracle²⁸, los términos «flexible» y «abierto» serán empleados indistintamente. De acuerdo con Giannini²⁹, se considerará que una UCI es cerrada cuando el acceso sea restringido en cuanto al número de visitas y duración de las mismas, limitando o excluyendo la presencia de la familia, amigos cercanos o personas que el paciente considera que son significativas para él, generalmente a no más de una hora diaria.

La familia es un concepto sujeto a diversas interpretaciones. Wright & Bell³⁰ definen la familia como un grupo de individuos que están ligados por fuertes lazos emocionales, un sentido de pertenencia y una pasión por estar involucrados en la vida del otro. Con esta acepción se amplía el horizonte del concepto de familia yendo más allá de ser entendida como las relaciones establecidas por lazos de sangre exclusivamente. Se considera relevante, por lo tanto, reconocer que la idea de familia va más allá que la tradicional visión de familia y que juega un papel importante durante la enfermedad del paciente³¹. Por ello, en la presente revisión se considerará la definición más amplia de «familia», pudiendo incluir a cualquier persona con la que el paciente tenga una relación significativa¹².

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library, imponiendo como único límite que el idioma de publicación fuese inglés o español. Se utilizaron los términos «family», «relative», «visitation», «open visitation», «flexible visitation», «ICU», «intensive care unit», «critical care unit», «intensive treatment unit» y «critical room». Las palabras fueron truncadas para incluir todas las posibles terminaciones y combinadas a través de los operadores booleanos «OR» y «AND» (tabla 1). Además, se hicieron 2 búsquedas en la base de datos CUIDEN, para identificar trabajos

Tabla 1 Combinación de los términos de la búsqueda

| Población | Intervención | Lugar |
|---------------------------|---|---|
| Famil* OR Relative* | AND Visitation OR Open Visitation OR Flexible visitation | AND ICU OR Intensive Care Unit OR Critical Care Unit OR Critical Room OR Intensive Treatment Unit |

de producción científica de la enfermería española e iberoamericana. Los términos que se emplearon fueron los siguientes: búsqueda 1 «familia» y «UCI»; búsqueda 2 «visita abierta» o «visita cerrada» y «unidad de cuidados intensivos» o «cuidados intensivos» y «familia». Finalmente, con el objetivo de identificar artículos que pudieran ser relevantes para esta revisión, se realizó una serie de búsquedas manuales en varias revistas especializadas tanto a nivel nacional (*Enfermería Intensiva* [1996-2011], *Medicina Intensiva* [2006-2011]) como internacional: Estados Unidos (*Critical Care Nurse* [2001-2011], *American Journal of Critical Care Nursing* [1992-2011], *Advanced Critical Care* [1994-2011]) y Reino Unido (*Intensive and Critical Care Nursing* [2001-2011]), y se completó la búsqueda mediante la localización de artículos a través de búsquedas inversas.

Criterios de selección de los artículos

Tras la eliminación de duplicados, se procedió a la lectura del título y del resumen, seleccionándose las publicaciones en base a los criterios de inclusión y de exclusión definidos para responder al objetivo de esta búsqueda y que quedan reflejados en la [tabla 2](#).

Metodología para el análisis de las publicaciones seleccionadas

Los artículos identificados fueron analizados mediante un análisis temático del contenido^{32,33}. Para ello se siguió la siguiente secuencia:

1. Lectura en profundidad de los artículos seleccionados e identificación de las cuestiones que respondían al objetivo de esta búsqueda.
2. Análisis de la información y de conceptos relevantes de cada una de las publicaciones.
3. Identificación de temas importantes o recurrentes de las publicaciones.
4. Clasificación de los artículos en base a las líneas temáticas emergidas.
5. Resumen de los resultados de los estudios en dichas líneas temáticas.

Tabla 2 Criterios de inclusión y de exclusión

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|
| Publicaciones cuyo objetivo principal o secundario sea identificar y/o describir los beneficios o efectos de la visita abierta para los familiares de pacientes que están ingresados en una UCI | Publicaciones de las percepciones que tienen las enfermeras y/o pacientes sobre el efecto que tiene la visita abierta para los familiares de pacientes críticos |
| Publicaciones de las percepciones que tienen los familiares sobre el efecto que tiene en ellos la visita abierta en la UCI | Publicaciones que no sean sobre UCI de adultos |
| Publicaciones sobre UCI de adultos | Publicaciones sobre los efectos de las visitas en los niños |
| Publicaciones sobre los efectos de las visitas en los familiares adultos | Literatura gris (folletos, editoriales, noticias...) y publicaciones en congresos |
| Tesis doctorales y disertaciones | |

Resultados

Se identificaron un total de 15 publicaciones: 8 revisiones, una guía clínica, 4 estudios y 2 «protocolos para la práctica». La [tabla 3](#) recoge las publicaciones seleccionadas.

El análisis temático identificó conceptos recurrentes que fueron clasificados en 4 categorías o temas esenciales que incluyen los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico: *mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente*. En la [tabla 4](#) se presentan la relación de las publicaciones y los efectos de la política de visitas flexible sobre los familiares del paciente crítico.

Mejora de la satisfacción

Las políticas de visita flexible incrementan la satisfacción familiar^{8,12,28,29,34-39}. En algunos estudios los familiares refieren sentir la necesidad de estar más tiempo con su familiar enfermo, constatándose la necesidad de una mayor flexibilidad y acceso a su ser querido^{35,36,38,40}.

Reducción del estrés y de la ansiedad

El acceso abierto al paciente crítico sugiere un efecto beneficioso para las familias ya que se reduce la presencia de ansiedad^{8,11,12,28,29,34,37,41} y estrés^{28,29,39} respecto a cifras anteriores.

Tabla 3 Estudios seleccionados

| Estudio | Diseño | Objetivo | Resultados principales |
|---|----------------------------|--|--|
| Halm & Titler (1990) ⁴⁰ | Estudio descriptivo | Determinar la importancia y satisfacción de las necesidades de visita de los familiares del paciente crítico y examinar las actitudes hacia visitas menos restringidas | La mayoría de los familiares desean un número ilimitado de visitas por día y creen que la enfermera debería ser flexible no restringiendo las visitas a horarios concretos. Los familiares pueden dar apoyo emocional al paciente, calmarlo, tranquilizarlo, mantener el contacto físico y participar en su cuidado. Se deberían considerar ciertas circunstancias familiares que permitieran la visita flexible |
| Titler & Walsh (1992) ¹¹ | Revisión de la literatura | Revisar las investigaciones sobre las visitas en las UCI y describir estrategias que permitan satisfacer las necesidades de visita de pacientes y familiares | Las intervenciones que promueven la visita hacen que disminuya la ansiedad de los familiares y que se mejore la satisfacción de las necesidades identificadas |
| Krapohl (1995) ³⁷ | Revisión de estudios | Analizar las investigaciones sobre la política de visitas en las UCI con el fin de sentar las bases para revisarlas | La familia del paciente crítico necesita estar próximo a él y el poder visitarlo es una prioridad para ellos. La flexibilidad ayuda a responder a la mayoría de las necesidades de los familiares, reduce su ansiedad y aumenta la satisfacción |
| Cullen, Titler & Drahozal (1999) ⁸ | Protocolo para la práctica | Proveer información sobre los últimos hallazgos en investigación sobre el cuidado del paciente | La visita es una intervención de enfermería que satisface las necesidades de apoyo, proximidad, información y confort. La visita puede mejorar la comprensión familiar sobre la situación del paciente, disminuye su ansiedad, favorece la identificación y satisfacción de la mayoría de necesidades mejorando su experiencia con el cuidado |
| Ramsey et al. (1999) ³⁶ | Estudio experimental | Investigar si una política de visita más liberal de visitas en las UCI satisface las necesidades y expectativas de visitantes y enfermeras | La mayoría de visitantes siente que tiene tiempo suficiente para visitar a su familiar (no se detectan cambios significativos tras cambiar de política) pero en ambos casos los familiares sienten la necesidad de estar más tiempo con su familiar, pero incrementa la satisfacción tras la nueva política de visitas |
| Roland et al. (2001) ³⁸ | Estudio experimental | Medir los resultados de un cambio del régimen de visitas basado en el proceso de mejora de la calidad en unidades de críticos | Tras flexibilizar el régimen de visitas mejora la satisfacción de los familiares y la percepción de la calidad del cuidado del paciente y de la familia, aumenta la implicación familiar, mejora la comunicación entre la familia y el personal, y disminuyen las quejas. La flexibilidad responde a las necesidades de los familiares. Los familiares ven en la flexibilidad un medio para mejorar la calidad del cuidado |
| Cullen et al. (2003) ¹² | Protocolo para la práctica | Responder a cuestiones planteadas habitualmente sobre las visitas familiares y de mascotas en las UCI | La visita reduce la ansiedad de pacientes y familiares, mejora el entendimiento familiar sobre la condición del paciente, se crean oportunidades de satisfacer las necesidades familiares y mejora la experiencia con los cuidados críticos |
| Slota et al. (2003) ³⁹ | Revisión de la literatura | Presentar los principales beneficios e impedimentos de las distintas políticas de visita para los paciente crítico y sus familiares | La flexibilidad incrementa la satisfacción de los familiares, les permite continuar con su vida y disminuye su estrés. Aumenta la comunicación y apoyo entre visitantes y familiares, pero algunos familiares pueden quedar exhaustos por estar demasiado pendientes |

Tabla 3 (continuación)

| Estudio | Diseño | Objetivo | Resultados principales |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Verhaeghe et al. (2005) ⁴² | Revisión sistemática | Revisión de la literatura sobre las necesidades y experiencias de los familiares del paciente crítico | Los horarios restringidos e infraestructuras inadecuadas interfieren con los intentos de satisfacer la necesidad de proximidad. Las políticas de visita rígidas son sentidas de modo negativo como una carga y una falta de control (sentimientos de indefensión e impotencia). Solución: adaptar individualmente las horas de visita |
| Sims & Miracle (2006) ²⁸ | Revisión de la literatura | Presentar las barreras percibidas y los beneficios de la visita abierta | El aumento de las visitas y el poder hacerlas cuando le viene bien a la familia aumenta su satisfacción y disminuye su estrés, ansiedad y número de quejas. Los familiares sienten que están más informados pudiéndose implicar más con el cuidado (se crean oportunidades de aprendizaje). La visita debe individualizarse al paciente y familia |
| Davidson et al. (2007) ³⁵ | Guía clínica | Desarrollar una guía clínica que defina la mejor práctica basada en la evidencia para apoyar al paciente crítico y su familiar | Las políticas de visita flexibles responden a algunas de las necesidades más significativas de los familiares respecto a sus seres queridos e incrementan su satisfacción |
| Giannini (2007) ²⁹ | Revisión de la literatura | Abordar la cuestión de las UCI abiertas y las políticas de visita | El acceso abierto al paciente tiene un efecto beneficioso para las familias: reduce su ansiedad y estrés, mejora la comunicación y confianza hacia los profesionales. Las UCI abiertas ofrecen una respuesta más eficaz a las 5 necesidades principales de los familiares del paciente crítico. Hay poca justificación para restringir las visitas |
| Kirchhoff & Faas (2007) ⁴¹ | Revisión con metodología sistemática | Presentar lo que se puede hacer para apoyar a los familiares del paciente crítico en la transición de los tratamientos curativos, a los cuidados al final de la vida en las UCI | El estar con su ser querido al final de la vida es una necesidad de la familia. La visita es apreciada por los familiares y proporciona el contacto con el paciente siendo un tiempo para observar y participar del cuidado, así como de obtener información con lo que decrece su ansiedad |
| Garrouste-Orgeas et al. (2008) ²⁷ | Estudio descriptivo | Examinar las percepciones de los empleados de una UCI abierta y determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares del paciente crítico | Una política de visitas sin restricciones permite a la familia conocer mejor al equipo de UCI e interactuar más con las enfermeras y médicos. Los familiares experimentan menos ansiedad que con otros regímenes e incrementa su satisfacción |
| Whitton & Pittiglio (2011) ³⁴ | Revisión de estudios empíricos | Conocer y entender mejor el efecto que tiene la visita abierta en pacientes, familiares y enfermeras de UCI | Las visitas abiertas tienen un efecto positivo para adaptarse a la experiencia de la UCI mejorando su satisfacción, decreciendo su ansiedad y pudiéndose mejorar la comunicación entre el paciente, la familia y el personal |

Tabla 4 Clasificación de los efectos según el estudio

| Estudio | Mejora la satisfacción | Se reduce la ansiedad y estrés | | Satisfacción de las necesidades familiares ^a | | | | Rol en el cuidado del paciente |
|--|------------------------|--------------------------------|--------|---|------------------|------------------|------------------|--------------------------------|
| | | Ansiedad | Estrés | En general | N.C ^b | N.E ^b | N.S ^b | |
| Titler & Walsh ¹¹ | | a | | a | | | | |
| Halm & Titler ⁴⁰ | | | | | | | a | a |
| Krapohl ³⁷ | a | a | | a | | | a | |
| Cullen, Titler & Drahozal ⁸ | a | a | | a | a | | | a |
| Ramsey et al. ³⁶ | a | | | | | | a | |
| Roland et al. ³⁸ | a | | | a | | a | | a |
| Cullen et al. ¹² | a | a | | a | | | | a |
| Slota et al. ³⁹ | a | | a | a | | | a | a |
| Verhaeghe et al. ⁴² | | | | a | | | a | a |
| Sims & Miracle ²⁸ | a | a | a | a | a | | | a |
| Davidson et al. ³⁵ | a | | | a | | | | |
| Giannini ²⁹ | a | a | a | a | a | a | a | |
| Kirchhoff & Faas ⁴¹ | | a | | a | a | | a | a |
| Garrouste-Orgeas ²⁷ | a | a | | | | | a | |
| Whitton & Pittiglio ³⁴ | a | a | | | a | | | |

^a Con base en las 4 categorías establecidas por Verhaeghe, Defloor, van Zuuren, Duijnste & Grypdonk⁴² para clasificar las 45 necesidades de los familiares de pacientes críticos, Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), detectadas por Molter en 1979.

^b NC: necesidades cognitivas; NE: necesidades emocionales; NP: necesidades prácticas; NS: necesidades sociales.

Satisfacción de las necesidades de la familia

La mayoría de la evidencia apunta que las políticas de visita abierta favorecen la satisfacción de las necesidades familiares^{8,11,12,28,29,34,37-39,41,42}. Verhaeghe et al.⁴² clasificaron las 45 necesidades de los familiares del paciente crítico contenidas en el *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)*, identificadas previamente por Molter² en 4 categorías: necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas. A continuación y en base a ellas se presentarán las necesidades concretas que son satisfechas con una política de visita flexible.

Necesidades cognitivas

La información es una necesidad prioritaria para los familiares del paciente crítico⁴² y consecuentemente las políticas de visita flexible favorecen la satisfacción de dicha necesidad^{8,28,29,41}. Al instaurar un régimen de visita abierta se mejora significativamente la comunicación entre la familia y el personal^{29,34,38,39}.

Necesidades emocionales

La necesidad de esperanza y seguridad, así como la seguridad de que el paciente está siendo cuidado por profesionales competentes, son algunas de las necesidades incluidas en esta categoría⁴².

Las políticas de visitas rígidas e inflexibles son percibidas por los familiares negativamente, dando lugar a una falta de control y sentimientos de indefensión e impotencia⁴². Sin embargo, con la flexibilización del horario de visitas se puede mejorar la percepción de la calidad del cuidado del paciente crítico al igual que la de su familia³⁸. Este punto es ratificado por Giannini²⁹ indicando que el que los familiares puedan ver el trabajo llevado a cabo en la UCI a través de

sus propios ojos, les proporciona tranquilidad, reforzando la convicción de que su ser querido está siendo bien cuidado a lo largo del día durante su estancia en la UCI.

Necesidades sociales

En su estudio, Verhaeghe et al.⁴² consideraron como necesidades sociales todas aquellas concernientes a las relaciones personales. Asimismo, observaron que la proximidad, el poder ver al paciente con regularidad, es un aspecto importante para los familiares del paciente crítico. La visita proporciona el contacto con el paciente, y estas familias necesitan estar próximas a él, poder visitarlo^{37,41} y mantener el contacto físico⁴⁰. Esta necesidad parece especialmente relevante en los familiares de aquellos pacientes que están al final de su vida⁴¹, situación que es frecuente en las UCI.

Los resultados de los estudios seleccionados demuestran que la mayoría de los familiares desearían estar más frecuentemente y poder permanecer durante más tiempo al lado de su familiar^{36,38,40}. Además, se sugiere que los horarios restringidos e infraestructuras inadecuadas interfieren con la satisfacción de dichas necesidades⁴². Con la visita flexible parece que visitantes y pacientes pueden comunicarse con mayor eficacia pudiéndose apoyar mutuamente, además de que puede aumentar la comunicación con el personal tal y como recogen otras investigaciones^{29,38,39}. De este modo, la visita abierta permite a la familia tener más tiempo para interactuar y conocer mejor a los profesionales de la UCI²⁷.

Necesidades prácticas

La flexibilidad de horario en las visitas es una de las necesidades prácticas que presentan los familiares del paciente crítico^{8,42}, ofreciéndoles la posibilidad de continuar con su vida y hacer las visitas cuando les viene bien^{28,39}. Este hecho

puede favorecer que se vayan a descansar si perciben que pueden visitar al paciente en cualquier momento²⁸. La elasticidad horaria permite a los familiares continuar con su empleo, satisfacer las necesidades de otros miembros familiares o permanecer implicados en otras actividades de su vida habitual¹². Sin embargo, el hecho de que los familiares se mantengan más tiempo junto al paciente, puede propiciar que algunos miembros familiares queden exhaustos sin atender sus propias necesidades por mantener una actitud constantemente vigilante³⁹. Por ello, se sugiere que el régimen de visita debería ser individualizado y adaptado al paciente y a la familia^{28,29,42}. En los resultados obtenidos por Halm & Titler⁴⁰ la mayoría de familiares creen que la enfermera debe ser flexible con las visitas, no restringiéndolas a un horario concreto. Davidson et al.³⁵ señalan que la visita abierta de las UCI de adultos proporcionan flexibilidad al paciente y a su familia debiendo ser adaptada a cada caso. Además, recomiendan que el horario sea acordado entre el paciente, la familia y la enfermera, pero teniendo en cuenta el mejor interés del paciente.

Ejercer un rol en el cuidado del paciente

Una política de visita flexible puede ayudar a que el familiar participe en el cuidado del paciente crítico⁴¹ creando más oportunidades para poder educar a los familiares en diversos aspectos³⁸. En el estudio realizado por Halm & Titler⁴⁰, los familiares manifestaron su deseo de poder participar en el cuidado del paciente a través de actividades como la nutrición o el aseo con la ayuda de las enfermeras. Igualmente, dejaron constancia de que la familia puede constituir una fuente de tranquilidad para el paciente⁴⁰. De hecho, parece haber un consenso general en que la implicación familiar en el cuidado es importante y que tiene un efecto positivo tanto sobre los familiares como sobre los pacientes⁴³.

Discusión

Los resultados de esta revisión revelan que la visita abierta tiene efectos beneficiosos sobre los familiares de los pacientes ingresados en las UCI, ya que además de incrementar su nivel de satisfacción, favorece la satisfacción de necesidades tan importantes para los familiares como son la información o la proximidad. Esta última necesidad ha sido enfatizada en los diversos estudios llevados a cabo en distintos países^{2,11,25,44-49} y ha sido detectada también en familiares que viven experiencias tan frecuentes y complejas en las UCI como la del final de la vida⁴¹.

Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre cuál es la situación actual en cuanto a la política de visita en las UCI del contexto español. Parece que a pesar de que se están produciendo cambios hacia una mayor liberalización^{16,18,50} y se hayan hecho recomendaciones sobre la instauración de horarios más flexibles^{13,35,51}, en España las políticas de visita continúan aún siendo restrictivas^{16,17,52}. Asimismo, estudios realizados en Estados Unidos o países europeos como Alemania, Bélgica, Italia, Francia o Grecia^{3,19,25,28,53-56} parecen indicar la misma tendencia. Esta situación genera la siguiente pregunta: ¿por qué no hay una mayor apertura de nuestras UCI a los familiares si parece evidente que la visita

tiene efectos beneficiosos? La respuesta a esta pregunta no es única y pueden influir gran variedad de factores. Entre las posibles causas podemos encontrar que los regímenes de visita habitualmente se rigen por las necesidades institucionales de los centros o unidades en lugar de ajustarse a cómo estos pueden afectar al paciente⁴⁰ o a los familiares y/o personas más próximas. Otro factor a considerar es el de la idoneidad de la estructura física de las UCI actuales para poder acoger las visitas. En la mayoría de los casos, se trata de unidades abiertas que no están preparadas para albergar a los visitantes durante un periodo de tiempo prolongado, para mantener controlado el ruido ambiental o la intimidad de pacientes y familiares. Otro aspecto relevante es que los profesionales aún parecen mantener una serie de creencias contrarias a la apertura de dichas unidades^{4,17,57} ya sea porque consideran que no es bueno para el paciente o por la idea de que, de algún modo, entorpece su trabajo^{16-18,28}. Por otro lado, pese a la preocupación apoyada por los estudios realizados sobre las necesidades de los familiares del paciente crítico^{2,11,43,46-49,58,59} y su satisfacción con la atención recibida^{11,24,46,48,59-62}, puede que tal y como ya sugirió Molter en 1979, la mayoría del esfuerzo del personal sanitario continúe estando dirigido a proporcionar cuidados a los pacientes dejando poco tiempo, espacio o dedicación en ayudar a la familia a hacer frente a la crisis por la que puede estar atravesando². Esto último, puede conllevar que la familia sea olvidada como sujeto específico de cuidado en el desempeño diario de las enfermeras, a pesar de que como sugiere Zaforteza «a lo largo de los años esté aumentando la voluntad de los profesionales de enfermería de incluirla en los procesos de la unidad»⁶³.

Un resultado significativo identificado en esta revisión es que la flexibilidad horaria puede facilitar que los familiares adquieran cierto protagonismo en el cuidado del paciente pudiendo contribuir, tal y como señala Hammond⁶⁴, al descenso de su miedo y ansiedad^{11,50,52}.

El hecho de que la implicación familiar en el cuidado tenga efectos beneficiosos sobre pacientes y familiares^{48,65} plantea otra cuestión: ¿favorecen los profesionales de enfermería en su práctica habitual que los familiares adopten el rol de cuidadores de su familiar crítico? En este sentido, la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos⁵¹ estableció un conjunto de recomendaciones sobre la participación familiar en el cuidado del paciente crítico que facilitarían la transición hacia modelos más flexibles como aquellos que se basan en los «cuidados centrados en la familia». Una reciente revisión⁶⁶ sobre el cuidado en la UCI centrado en la familia, en el que una de las intervenciones es la visita abierta, pone de manifiesto que es un enfoque del cuidado respaldado por la investigación. De modo que parece necesario un mayor reconocimiento de que la familia ostenta ese papel importante, frecuentemente aludido en la literatura como dador de apoyo, ayuda y cuidados a su familiar enfermo⁶⁵. La atención a los familiares puede precisar de un mayor esfuerzo por parte de los profesionales^{61,64}. Asimismo, requiere de un cambio de filosofía tanto de los profesionales⁵¹ como de las políticas de las UCI que incluyan la integración familiar^{34,67} y tengan como resultado un cuidado y enfoque holístico del paciente y de la familia. Debería enfatizarse que el logro de todo ello depende de cómo respondamos los enfermeros al cuidado de la familia y de la voluntad que pongamos para hacer que este cambio encaje

en el contexto de la UCI⁶⁷. Las enfermeras nos encontramos en una posición ideal para identificar las necesidades de los pacientes y familiares. Tal y como sugieren Whitcomb et al. en el 2010 «la enfermera, como cuidadora holística debería satisfacer las necesidades tanto de los familiares como de los pacientes»²⁴ si verdaderamente tiene esa visión integral.

Por otro lado, debemos considerar que no todos los pacientes quieren o necesitan ser visitados constantemente⁵⁴ y que cada familia y familiar puede tener distintas necesidades, incidiendo en la idea de recetas de atención individualizadas. Así, al igual que Pérez Cárdenas et al.⁶¹, consideramos que incluso con políticas de visita más liberales, han de establecerse pautas de atención individuales, siempre en el mejor interés de la recuperación del paciente³⁹ y con base en sus preferencias¹³. Parecería correcto que las enfermeras gestionaran la integración de la visita flexible en el tratamiento y cuidado diario del paciente, pudiendo equilibrar las necesidades tanto de este, como de otros pacientes, de los familiares, así como de los propios profesionales^{44,68} y de la institución.

Esta revisión ha puesto de relieve que la visita abierta puede ser de gran ayuda para disminuir el nivel de ansiedad y estrés de los familiares lo que es respaldado por otros autores^{13,16,18}. No obstante, en algunos casos los familiares o cuidadores pueden sentirse obligados a tener que permanecer junto al paciente en todo momento⁷, lo cual puede también originar problemas. Curiosamente, ciertas investigaciones como la liderada por Garrouste-Orgeas²⁷, obtienen una asociación importante entre un horario sin restricciones y una baja presencia familiar.

Algunos estudios sugieren que hay cierta disparidad en cuanto al régimen de visita oficial y real, concluyendo que en la práctica las enfermeras regularían las visitas con base en las necesidades del paciente o de la familia, pero no existiría un registro «oficial»^{17,22} ni de las propias enfermeras ni de la unidad, no siguiendo de un modo estricto el régimen oficialmente establecido²². Resultan relevantes, por un lado, las investigaciones llevadas a cabo por Zaforteza et al.^{17,20}, que, a través de una investigación participativa, tienen como objetivo promover un cambio para mejorar los cuidados procurados a los familiares del paciente crítico de su UCI. Y por otro, el estudio de Whicomb et al.²⁴, en el que de modo similar implementan un cambio en la práctica de la política de visita de su UCI basada en la evidencia.

Es necesario considerar que una mayor flexibilidad en el horario expone en mayor grado a los profesionales a tener que enfrentarse a las preguntas de los familiares o a tener que informar con mayor frecuencia sobre los cambios ocurridos en el estado de salud del paciente⁴⁰. Por lo tanto, los profesionales de enfermería podrían, en algunas ocasiones, sentir incomodidad y desconcierto en relación al proceso de información a las familias²⁰, pudiendo ser la visita flexible una fuente de estrés añadida para las enfermeras⁴⁰. Este hecho subraya la necesidad de que los profesionales estén bien formados para poder comunicarse con ellos de un modo frecuente, claro⁵⁴ y sin recelos. La investigación de Zaforteza et al.²⁰ enfatiza esta necesidad, ya que a su vez plantea un plan de formación para los profesionales con el objetivo de mejorar entre otros aspectos sus competencias comunicativas. Cabe señalar que Cullen et al.¹² indican que un porcentaje significativo de enfermeras de UCI

afirma no tener las habilidades necesarias para detectar las necesidades psicosociales y emocionales de las familias, y que las enfermeras parecen estar poco formadas en cuanto a la valoración de las necesidades de la familia.

Para concluir, aludimos a la definición de *flexibilidad* de Zazpe⁶⁹, con la que consideramos que el papel de la enfermera recobra una especial importancia en el cuidado del paciente y de la familia particularmente en este contexto: «*flexibilidad implica ser capaz de adaptarse a situaciones nuevas. Está ligada íntimamente a la empatía, de forma que cuando la enfermera es capaz de ponerse en el lugar del familiar, también es capaz de ser flexible*».

Limitaciones

La temática abordada en esta revisión ha sido ampliamente estudiada desde distintas perspectivas, pero puede permanecer como una entidad abstracta si no se implementan acciones que promuevan cambios en las políticas de visita hospitalaria. De los 15 estudios que respondían al objetivo de esta revisión, 3 trabajos planteaban un diseño experimental, de modo que son limitados los estudios que tienen por objetivo explorar y analizar el impacto que tiene sobre los familiares del paciente crítico la implementación de una política de visita abierta. Otro aspecto a tener en cuenta es que en esos 3 estudios los sujetos del estudio antes y después de la intervención no son los mismos³⁶ o falta información al respecto^{38,40}, con lo que no puede establecerse una relación causal directa entre el cambio en el horario y los resultados que obtienen. Finalmente, señalar que esta revisión se ha centrado principalmente en las políticas de visita abierta o flexible sin tener en cuenta otras modalidades que también habrían de tenerse en cuenta a la hora de valorar y analizar los beneficios e inconvenientes sobre todas las personas implicadas durante la estancia del paciente en la UCI.

Conclusiones

La política de visitas en las UCI es un área de estudio necesaria aunque no exenta de controversia, pero que parece sufrir de una cierta inmovilidad a pesar de la evidencia existente. Esta revisión de la literatura puede concluir que la flexibilidad del régimen de visitas, además de ser beneficiosa para el paciente y su familia, es una petición recurrente porque constituye en sí misma una necesidad de los propios familiares, que puede ayudar a su vez a satisfacer las necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico, como la información o proximidad.

Los resultados de esta revisión aportan argumentos a favor de que la familia debe ir tomando mayor protagonismo durante la estancia del paciente en la UCI. Consideramos que un modo adecuado de integrar a la familia en el entorno de la UCI sería a través de un cuidado centrado en la familia y que tuviera como unidad de cuidado real al paciente y su familia. Por ello, creemos que es necesario investigar más y con mayor profundidad sobre cómo promover cambios en las políticas de los centros hospitalarios y en los profesionales a través de diseños como la investigación en acción-participativa que ayuden a determinar qué modelo, filosofía o política reporta más beneficios al trípode constituido por pacientes, familiares y profesionales de cada

unidad. De este modo, en función de los resultados, podrían implementarse políticas de visita más flexibles que permitan la perfecta gestión de las necesidades de pacientes y familiares de modo individualizado tal y como sugiere la evidencia. Para concluir, llamamos a hacer una reflexión individual y colectiva acerca de nuestras propias actitudes ante la instauración de políticas de visita más flexibles a las habituales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Cátedra María Egea por el apoyo recibido.

Bibliografía

- Kleinpell RM. Visiting hours in the intensive care unit: More evidence that open visitation is beneficial. *Crit Care Med*. 2008;36:334-5.
- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8:332-9.
- Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intens Crit Care Nurs*. 2011;27:27-30.
- Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003;14:109-19.
- McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in Intensive Care Units. *Am J Crit Care*. 2009;18:200-9.
- Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *Adv Crit Care*. 2010;21:80-91.
- Moseley MJ, Jones AM. Contracting for visitation with families. *Dimens Crit Care Nurs*. 1991;10:364-71.
- Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the critical care unit. *Crit Care Nurse*. 1999;19:84-7.
- Miracle VA. A closing word: Critical care visitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24:48-9.
- Leske JS. Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart And Lung*. 1991;20:236-44.
- Titler MG, Walsh SM. Visiting critically ill adults. Strategies for practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1992;4:623-32.
- Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the Critical Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2003;23:62-7.
- Cabré L, Lecuona I, Abizanda R, Clemente R, de Miguel E, Montáns M, et al. Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2009;33:393-402.
- Fumagalli S, Boncinelli L, lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an Intensive Care Unit: results from a pilot. *Circulation*. 2006;113:946-52.
- Petterson M. Process helped gain acceptance for open visitation hours. *Crit Care Nurse*. 2005;25:70-2.
- Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain 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.
- Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Miró JA. Abrir las unidades de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010;21:52-7.
- 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.
- Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med*. 2007;35:497-501.
- Zaforteza C, Prieto S, Canet TP, Díaz Y, Molina M, Moreno C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010;21:11-9.
- Díaz de Durana S, Vila M, Aparicio L, Rodríguez MJ. Organización de las visitas en la unidad de cuidados intensivos coronarios: opinión de todas las personas implicadas. *Enferm Intensiva*. 2004;15:63-75.
- Simon S, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care*. 1997;6:210-7.
- Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey J. Nurses' perception of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *J Nur Care Qual*. 2005;20:182-9.
- Whitcomb JA, Roy D, Schmied B. Evidence-based practice in a military Intensive Care Unit family visitation. *Nurs Res*. 2010;59(15):S32-9.
- Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intens Crit Care Nurs*. 2009;25:10-20.
- Agard AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty. *Intens Crit Care Nurs*. 2007;23:170-7.
- Garroute-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 36: 30-5.
- Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation. The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006;25:175-81.
- Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anesthesiol*. 2007;73:299-306.
- Wright LM, Leahey M. Chapter 3. The Calgary Family Assessment Model. En: Wright LM, Leahey M, editores. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention practice*. 5th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2009.
- Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse*. 2002;22:12-9.
- Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10:45-53.
- Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. En: *Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Co; 1967.
- Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34:361-6.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
- Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Gleen LL. Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 1999;18:42-8.
- Krapohl GL. Visiting hours in the adult Intensive Care Unit: using research to develop a system that Works. *Dimens Crit Care Nurs*. 1995;14:245-58.

38. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual.* 2001;15:18–26.
39. Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med.* 2003;31:S362–6.
40. Halm MA, Titler MG. Appropriateness of critical care visitation: Perceptions of patients, families, nurses and physicians. *J Nurs Qual Assur.* 1990;5:25–37.
41. Kirchhoff KT, Faas AI. Family support at end of life. *AACN Adv Crit Care.* 2007;18:426–35.
42. Verhaeghe S, Defloor T, van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005;14:501–9.
43. Burr G. The family and critical care nursing: a brief review of the literature. *Aust Crit Care.* 1997;10:124–7.
44. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intens Crit Care Nurs.* 2010;26:254–61.
45. Engström A, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intens Crit Care Nurs.* 2004;20:299–308.
46. Karlsson C, Tisell A, Engström, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care.* 2011;16:11–8.
47. Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the Intensive Care Unit. *J Neurosci Nurs.* 2009;41:85–91.
48. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva.* 2009;20:50–7.
49. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007;18:106–14.
50. Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Theodor J, Flores JT, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2003;14:96–108.
51. Torres Pérez L, Morales Asencio JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis.* 2004;4:18–25.
52. Velasco JM, Prieto de Paula JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva.* 2005;16:73–83.
53. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung.* 2010;39:137–46.
54. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2008;34:1256–62.
55. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: A survey in North-East Italy. *Intens Crit Care Nurs.* 2008;24:366–74.
56. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J, de Tinténiac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med.* 2002;28:1389–94.
57. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs. Time to change. *JAMA.* 2004;292:736–7.
58. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura *Enferm Intensiva.* 2012;23:51–67.
59. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met. Interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care.* 2005;14:202–10.
60. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informal support, anxiety, and satisfaction with care. *Intens Crit Care Nurs.* 2010;26:114–22.
61. Pérez MD, Rodríguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva.* 2004;28:237–49.
62. Torrents R, Oliva E, Saucedo MJ, Surroca L, Jover C. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva.* 2003;14:49–60.
63. Zaforteza C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva.* 2008;19:61–70.
64. Hammond F. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intens Crit Care Nurs.* 1995;11:256–64.
65. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care.* 2009;18:543–52.
66. Cannon S. Family-centered care in the critical care setting. *Dimens Crit Care Nurs.* 2011;30:241–5.
67. Pryzby BJ. Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005;21:16–23.
68. Agard AS, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *J Clin Nurs.* 2011;20:1106–14.
69. Zazpe MC. Información a los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 1996;7:147–51.