

José Manuel Velasco Bueno
Juan Francisco Prieto de Paula
Jorge Castillo Morales
Nuria Merino Nogales
Emilio Perea-Milla López

Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Correspondencia:
José Manuel Velasco Bueno
Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Costa del Sol
Ctra. Nacional 340, km 187
29600 Marbella. Málaga. España

Organization of visits in Spanish ICU

RESUMEN

Históricamente, las visitas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) han sido muy restrictivas atendiendo a diversos criterios. En algunas de ellas se han liberalizado de forma progresiva propiciando mayor satisfacción en los familiares y mejor cobertura de sus necesidades. En nuestro entorno, no hemos encontrado estudios que reflejen la organización actual de dichas visitas, salvo casos concretos en los que se comenta la organización particular del centro en cuestión.

Objetivo: Conocer cómo se organizan las visitas en las UCI en España.

Material y método: Estudio transversal, realizado en el ámbito de 98 UCI de distintos hospitales españoles. Se estudiaron las siguientes variables: número de visitas diarias; duración de éstas; número de familiares en cada visita; número de familiares que visitan a los pacientes de forma simultánea; número de informaciones diarias; profesional que informa; utilización de información escrita y telefónica; medidas preventivas previas a la entrada en la unidad; implicación de los familiares en los cuidados; localización de la sala de espera y utilización o no de protocolo de atención a

familiares. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario ofrecido a través de una página web en Internet a los profesionales de las distintas UCI participantes. Se realizó un análisis de distribución de frecuencias de las variables discretas estudiadas.

Resultados: Las 98 unidades valoradas representan a 37 provincias españolas repartidas por todas las comunidades autónomas. El patrón organizativo de las visitas más frecuentemente observado refleja un carácter restrictivo de las visitas en España.

Conclusiones: La organización de las visitas de familiares en las UCI españolas es muy variable. El patrón habitual es restrictivo y no se corresponde con las recomendaciones surgidas del análisis de la evidencia disponible: «*más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información*».

PALABRAS CLAVE

Cuidados intensivos. Visita. Familiares.

74 SUMMARY

It is a fact that visits in the intensive care units (ICU) have always been very restrictive due to diverse criteria. Nowadays, some of them have been progressively liberalized, giving to the relatives more satisfaction and a better cover to their necessities. In our country there are no surveys about the organization of these visits at the present time, apart from some exceptional cases which commentate the situation in a particular center.

Objective: know how are visits organized in the intensive cares units in Spain.

Material and method: Design: cross-sectional study; scope: 98 ICU of different Spanish hospitals; studied variables: the number of visits, their duration, the number of relatives in each visit, the number of relatives visiting the patients at the same time, the amount of information each day, the professional that informs, the use of written information and information by telephone, preventive measures taken before the entry in the unit, how relatives take part in the cares, location of the waiting room and use or not of a protocol of attention to relatives. Instrumentation:

The information has been obtained by a questionnaire placed in a web site of the Internet and directed to professionals of different Intensive cares units.

Results: The ninety and eight evaluated units represent 37 Spanish provinces from all the autonomous communities. The most frequently noticed pattern for the organization of visits shows a restrictive character of the visits in Spain.

Conclusions: There are clear differences in the organization of visits between the studied ICU and no connection between the most common practice and what the survey, after evaluating the necessities of the relatives, recommends. These recommendations are: more visits, more flexibility of schedules, more integration of the relatives in the patients cares, broach the information from diverse disciplines, washing hands as the only necessary measure to be taken by the relatives.

KEY WORDS

Intensive care. Visit. Family.

INTRODUCCIÓN

El tiempo de contacto entre los profesionales y los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), suele corresponderse únicamente con el período de visita y de información. Parece lógico, por tanto, pensar que la organización de este tiempo debiera hacerse en función de la cobertura de sus necesidades para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo. Habitualmente se organizan las visitas en función de la comodidad del equipo cuidador, propiciando que se mantengan conductas rutinarias, a veces, demostradamente inconvenientes. Zaforteza et al¹ afirman que el control de la entrada y del tiempo de permanencia de los familiares en la UCI permite a las enfermeras manejar una herramienta de premio/castigo y que la flexibilización de las normas en determinadas circunstancias se produce bajo criterios arbitrarios.

Históricamente las UCI cuentan con horarios restrictivos basados en un enfoque de «preservar al paciente», ya que la mayoría de los cuidados van dirigidos a él de manera individualizada y exclusiva. Diversos estudios²⁻⁶ han mostrado cómo la permanencia de familiares junto a los pacientes no produce alteraciones en las condiciones fisiológicas de éstos. Las enfermeras han justificado estas restricciones basándose en el agotamiento emocional y estrés que la relación continua con la familia les produce, junto a la posible interferencia en los cuidados provocada por su presencia en las unidades⁷⁻¹⁰.

Se observa, sin embargo, una progresiva tendencia a la liberalización de la política de visitas ante la creencia del efecto beneficioso que la presencia de la familia tiene en los pacientes¹¹⁻¹³ y en la propia familia^{7,13,14}.

En la guía de práctica clínica de atención a los familiares de pacientes ingresados en UCI elaborada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACCN)¹⁵, se recomienda un cambio progresivo hacia una política de visitas más flexible,

cuyo objetivo sea la tendencia a la individualización considerando las preferencias del paciente y su familia.

En España no existen claras referencias de cómo se encuentran organizadas las visitas en la actualidad. No se conoce ningún estudio que haya indagado en el modo de organización de éstas considerando un ámbito más amplio que el de una región en concreto. Marco y Bermejillo¹¹ afirman, tras analizar las descripciones de 16 UCI obtenidas de publicaciones en ENFERMERÍA INTENSIVA entre 1992 y 1998, que las visitas continúan siendo bastante restrictivas. En esta afirmación coinciden otros autores que estudian las características de la organización de las visitas en las UCI de la comunidad autónoma de Canarias¹⁶.

En Francia, Quinio et al¹⁷ analizan los patrones organizativos de las visitas y concluyen que en un 97% de las unidades estudiadas se aprecia un carácter restrictivo.

En países como Estados Unidos y Reino Unido sí existen datos que permiten contrastar la evolución que se ha ido produciendo en la organización del tiempo de visita^{18,23}, constatándose esa progresiva liberalización o apertura de las unidades a los familiares.

Con este estudio hemos pretendido conocer cómo se organizan las visitas en las UCI españolas, atendiendo a una serie de variables relacionadas con el tiempo de visita, número de familiares, información, etc., lo cual nos permitirá contrastarlo con las recomendaciones surgidas de análisis previos de otros autores^{12,15}, así como con experiencias particulares desarrolladas ya en nuestro país^{11,24} en el sentido de promover una mayor flexibilidad en las visitas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, realizado con el análisis de los datos de 98 UCI españolas recogidos en el período comprendido entre enero de 2002 y septiembre de 2003.

Resulta difícil establecer unos criterios claros para definir el tipo de organización de las visitas. De acuerdo con otros autores¹⁷, podríamos definir una política restrictiva de visitas como un número fijo de visitantes en un período específico común para los familia-

res de todos los pacientes. Para realizar esta valoración hemos preferido evaluar una serie de variables que analizadas en conjunto nos dan una visión del carácter abierto o flexible de éstas, así como de las restricciones más significativas que se dan en las distintas unidades.

Las variables estudiadas han sido:

- Número de visitas al día.
- Duración de cada una de ellas.
- Número de familiares que entran en cada visita en la unidad a ver al paciente.
- Número de familiares que lo hacen de forma simultánea.
- Número de veces que se informa al día y cuál es el profesional de la unidad responsable de dar la información.
- Utilización o no de información escrita y telefónica como apoyo a la información directa.
- Medidas que adoptan los familiares previamente a la entrada en la unidad.
- Implicación de los familiares en ciertos cuidados.
- Localización de la sala de espera.
- Existencia o no de protocolos para la atención a familiares.

Para obtener la información de las distintas unidades participantes en el estudio, diseñamos un cuestionario con 12 ítems que recogían las variables anteriores presentando varias opciones de respuesta (anexo 1).

Este cuestionario se ofreció en una página web en Internet (www.terra.es/personal3/josevb) a los miembros de varias listas de distribución en castellano, enfermeras y médicos, que desarrollan su labor asistencial en cuidados intensivos.

La respuesta al mismo era voluntaria, por lo que la muestra del estudio no había sido definida *a priori*. Pretendimos obtener representación del mayor número posible de provincias españolas, así como los datos correspondientes a los principales hospitales de referencia.

Además de las variables estudiadas, se pedían unos datos mínimos que identificaran a cada UCI, el hospital a que pertenecía y la localidad donde se situaba (anexo 2).

Tras la cumplimentación del cuestionario, se generaba un mensaje de correo electrónico que nos permitía la recepción de los datos.

76 Los que respondían el cuestionario se convertían de esta forma en informadores clave de las unidades a las que pertenecían. El libre consentimiento para la participación en el estudio se consideró implícito en la cumplimentación y envío del cuestionario.

Se realizó una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows y se efectuó análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias para las variables discretas estudiadas.

RESULTADOS

Se han recibido un total de 113 respuestas correspondientes a unidades españolas, de las cuales se han descartado 15 por repetición de unidades o por no

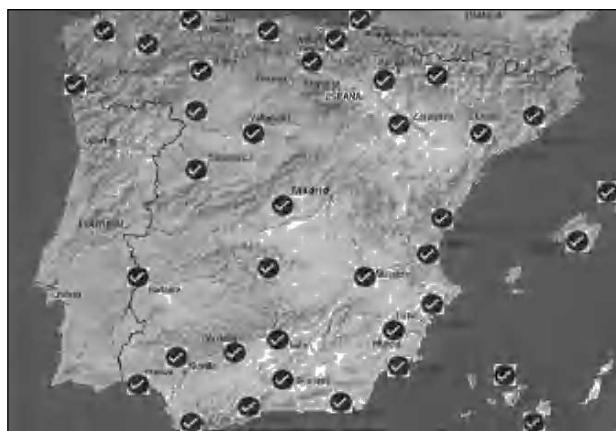


Figura 1. Distribución de las unidades estudiadas en la geografía española.

corresponder a UCI de adultos, y se han considerado válidos los datos correspondientes a 98 UCI (fig. 1). Estas 98 unidades se encuentran repartidas en 37 provincias, y quedan representadas todas las comunidades autónomas españolas.

Organización de las visitas

En 93 de las unidades estudiadas se aprecian limitaciones respecto al número de visitas que se permiten en el día. Igualmente, podemos apreciar restricciones respecto a la duración de los períodos de visita y número de familiares a los que se permite la entrada (tabla 1).

Previamente a su entrada en la unidad, los familiares deben colocarse una bata en 65 de las unidades estudiadas. Sólo en 6 UCI estaba implantado el lavado de manos de los visitantes de manera rutinaria como medida preventiva ante contagios e infecciones (tabla 2).

La sala de espera suele encontrarse cercana a la unidad en la mayoría de ellas (66). No existe ninguna ubicación destinada a tal fin en 8 casos y en 4 de ellas se comparte con la unidad de urgencias (fig. 2).

Información a los familiares

La información se proporciona una única vez al día en 77 unidades, y el médico es el profesional encargado de aportarla. Sólo en 3 unidades la información es proporcionada conjuntamente entre el médico y la enfermera.

Tabla 1 Características de la organización de las visitas en las UCI españolas

Variables	Resultados (porcentajes)				
	2	1	3	Más de 3	Libertad
Número de visitas al día	63 (64,3)	5 (5,1)	17 (17,3)	8 (8,2)	5 (5,1)
Duración de la visita	Media hora	Menos de media hora	Una hora	Más de una hora	
	58 (59,2)	11 (11,3)	17 (17,3)	12 (12,2)	
Familiares/visita	Libre	1	2	3	
	35 (38,8)	4 (4,1)	51 (52)	5 (5,1)	
Familiares juntos de forma simultánea	1	2	Más de 2	Nc	
	27 (27,6)	64 (65,3)	5 (5,1)	2 (2)	

Tabla 2 Medidas que adoptan los familiares para la visita

	N	%
Usan una bata	65	66,4
No toman ninguna medida	25	25,5
Lavado de manos	6	6,1
Ven al paciente tras cristales	2	2
	98	100

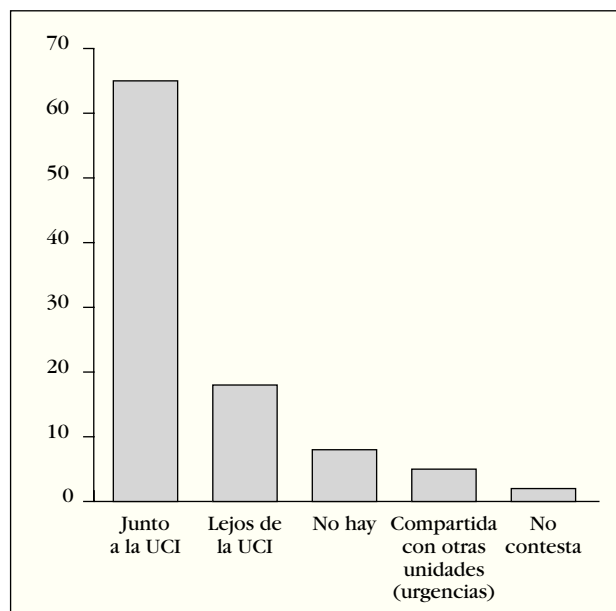


Figura 2. Ubicación de la sala de espera.

Cerca de un 70% de las unidades usan algún medio escrito como apoyo a la información (carteles, folletos, etc.). La información telefónica se limita, por lo general, a excepciones, salvo en 14 casos en los que se presta de forma habitual.

En la tabla 3 podemos apreciar las principales características de la información que se ofrece a los familiares de los pacientes críticos en España.

Implicación familiar en los cuidados

Generalmente, no se adoptan medidas que favorezcan la implicación de los familiares en cuidados básicos del paciente para los que no son necesarios conocimientos específicos (53,1%). En otros casos (41,8%), se hace coincidir las visitas con las comidas para que puedan ayudar al paciente. Sólo en 5 unidades se afirma que se trata de implicar a los familiares siempre que sea posible.

Atención protocolarizada a los familiares

Ante la pregunta de si se aplicaba algún protocolo de atención a los familiares, sólo en 11 unidades la respuesta fue afirmativa, en 4 no se obtuvo respuesta y en 83 afirmaban no usar ningún tipo de protocolo o norma escrita que regulara las visitas y la atención a los familiares de forma regular.

Tabla 3 Características de la información a los familiares en las UCI españolas

Variables	Resultados (porcentajes)			
	1 vez	2 veces	Cuando lo solicitan	
Número de informaciones diarias	77 (78,6)	16 (16,3)	5 (5,1)	
Profesional que informa a los familiares	Sólo el médico 70 (71,4)	Médico y enfermera juntos 3 (3,1)	Médico y enfermera separados 25 (25,5)	
Uso de información escrita (folletos, carteles, etc.)	Sí 68 (69,4)	No 29 (29,6)	Nc 1 (1)	
Información telefónica	Sí 14 (14,3)	No 16 (16,3)	Excepcionalmente 67 (68,4)	Nc 1 (1)

78 DISCUSIÓN

Los datos presentados ofrecen una interesante aproximación a la práctica habitual que en las UCI españolas se produce con respecto a la atención de los familiares.

El deseo de visitar al paciente con frecuencia se encuentra entre una de las 10 principales necesidades identificadas por los familiares²⁵, propiciando efectos positivos también en los pacientes como disminución de la privación sensorial a la que se encuentran sometidos y de la ansiedad, aumentando la sensación de bienestar²⁶.

Política de visitas

En nuestro estudio observamos limitación en el número de visitas, y únicamente existe un 5% de casos en que se permite libertad de entrada; dato que contrasta con el estudio de Carlson y Thomason de 1998²¹, en el que constatan que un 40% de las UCI de Estados Unidos estudiadas tenían visita abierta con algunas restricciones impuestas por parte de las enfermeras. También en 1993 Biley et al²², en el Reino Unido, señalan que en un 62% de las unidades se permitía visitar al paciente a cualquier hora del día, con ciertas limitaciones en el número de visitantes, parentesco, etc.; Plowright²³ en 1996 obtiene datos parecidos en el análisis de 50 unidades del sur de Inglaterra.

La restricción en la política de visitas queda también reflejada en el hecho de que exista una limitación además de en el número de visitas en su duración, que suele ser de media hora en la mayoría de los casos y superior a 1 h en sólo un 12%. En determinadas unidades el tiempo de visita es incluso inferior a media hora.

El número de familiares que entran juntos a visitar al paciente suele ser de 2 (65%), lo cual parece lógico debido a la estructura habitual de este tipo de unidades en las cuales el espacio es reducido y está ocupado por numerosos aparatos. Como hecho positivo, destaca que en un 39% de las unidades se permite la posibilidad de que se intercambien con otros familiares durante el período de visita.

Este modelo organizativo restrictivo contrasta con el deseo de las enfermeras, detectado por otros auto-

res²⁷, de flexibilizar las normas de las unidades. En nuestro país, Marco y Bermejillo¹¹ intentaron analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta (instaurada en su unidad) produce en los pacientes, familiares y enfermeras; y concluyeron que existe coherencia entre las creencias y actitudes hacia el efecto beneficioso que la visita abierta tiene en el paciente, familia y en las propias enfermeras. Creencias que podrían propiciar un cambio en el modelo de relación establecido en la actualidad y que podría comenzar por pactos o contratos de visita particulares, sugeridos por algunos autores como mejor forma de regulación de las visitas²⁶.

La sala de espera de familiares suele encontrarse próxima a la UCI. Destaca el hecho de que en determinados hospitales no exista una sala destinada a tal fin, así como que en otros este lugar se comparta con otras unidades como las urgencias, dificultando un descanso adecuado de los familiares entre los tiempos de visita.

Gestión de la información

La necesidad de información aparece como una de las principales peticiones manifestadas por los familiares en los estudios que han indagado en éstas²⁸⁻³². En nuestro país podemos apreciar rigidez en las pautas informativas, de forma que lo habitual es informar una vez al día (79%) y sólo en un 5% de las unidades se informa a demanda de los familiares. Dicha información, por lo general, se proporciona exclusivamente por el médico y son escasas las unidades (3,1%) en que se proporciona de forma conjunta con el personal de enfermería. Otros autores han reflexionado ampliamente sobre este asunto con anterioridad^{28,33,34}. Este hecho conlleva que el resto de los profesionales desconozca qué información se ha proporcionado a los familiares, propicia que haya lagunas informativas al desconocer el médico otros aspectos del paciente (higiene, alimentación, bienestar, etc.) y genera contradicciones al aportarse puntos de vista distintos acerca de ciertos aspectos³⁴. No resulta extraño que los profesionales de enfermería obtengan de los familiares información que desconocían o que se informen de determinados planes que han cambiado. Desde una

perspectiva de atención integral y multidisciplinar este tipo de situaciones se deberían minimizar.

Son frecuentes las referencias de algunos autores^{35,36} al papel relevante de enfermería en cuanto a la atención de familiares, por su continua permanencia junto a los pacientes y consiguiente conocimiento de éstos. Este papel del profesional de enfermería está infrautilizado en la actualidad, a pesar de que, por una parte, se reconoce que es insuficiente y, por otra, los propios profesionales de enfermería desean participar más en el proceso de atención a los familiares²⁷.

El uso de folletos y carteles como información adicional aparece como una práctica bastante extendida (70%) en España, lo que constituye un apoyo a los familiares, como ya constataron Henneman y McKenzie¹² que evaluaron la efectividad de un horario flexible de visitas y un folleto informativo como método para cubrir las necesidades informativas de los familiares de pacientes ingresados en UCI, lo que dio como resultado una mayor satisfacción de éstos tras la implantación de ambas medidas. Un reciente ensayo multicéntrico y aleatorizado³⁷ coincide con estos datos, afirmando que un folleto informativo mejora significativamente la comprensión y la satisfacción con la información.

El uso del teléfono como medio informativo habitual es poco frecuente y en general se limita a casos excepcionales; lo que puede estar justificado debido a que podrían aparecer problemas con la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Medidas de protección

Una gran mayoría de las UCI impone el uso de una bata a los visitantes (66%). No encontramos ningún otro dato similar sobre su uso en unidades de adultos, salvo en el caso de Francia¹⁷. La razón por la que los visitantes se debían vestir de esta manera no se preguntó específicamente en nuestro estudio. Una de las razones posibles podría ser para proteger a pacientes y familiares contra infecciones. La eficacia de tal procedimiento se ha estudiado en unidades pediátricas y sigue siendo polémica, y en distintos estudios se afirma que tal medida es innecesaria^{38,39}. En una revisión sistemática llevada a cabo por la colaboración Cochrane⁴⁰, se afirma textualmente que «las evidencias estudiadas en esta revisión sistemática y metaanálisis no demuestran que la vesti-

menta de los visitantes sea eficaz en cuanto a control de mortalidad, tasas de infección o de colonización bacteriana en unidades neonatales». Algún autor llega a afirmar que «la vestimenta puede también actuar como símbolo de una política de visita restrictiva»¹⁷.

Por tanto, a pesar de no haberse demostrado la eficacia de las batas como medida preventiva de contagios, siguen usándose preferentemente frente al lavado de manos (6%), que en la actualidad se considera el mejor método preventivo de infecciones intrahospitalarias⁴¹. Sorprende el dato de que en algunas unidades siga viéndose a los pacientes a través de cristales cuando no se trata de unidades de aislamiento específicas.

Implicación de los familiares en los cuidados

La implicación de los familiares en ciertos cuidados se limita a que en determinadas unidades se hace coincidir el período de visitas con las comidas (42%). En un estudio reciente, desarrollado en Andalucía²⁴, se planteó como objetivo estudiar la relación entre la participación familiar en los cuidados básicos y el estado de ansiedad del familiar/cuidador, y se apreció una disminución significativa del grado de ansiedad. Secundariamente, la autora percibe una mejoría progresiva de las creencias del personal de enfermería con respecto a la visita abierta, a consecuencia de la realización de dicho proyecto.

En este sentido, merecen destacarse iniciativas como la perseguida en la conferencia de consenso sobre participación familiar en el cuidado del paciente crítico, celebrada en el IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos (SA-ECC) en noviembre de 2003, y cuyos resultados han sido publicados recientemente⁴². El objetivo principal fue el de trazar un marco de normalización que ayude a disminuir la variabilidad presente en la atención a los familiares en las UCI, que sirviese para potenciar la participación de los ciudadanos en ciertos cuidados y en la toma de decisiones en salud.

Planificación de la atención a los familiares

Junto a las restricciones expuestas en los resultados, se observa una falta de programación de la atención a los familiares, que se refleja en la afirmación de

80 un 85% de las unidades de que no se usa ningún tipo de protocolo de atención a los familiares. Pensamos que el hecho de planificar esta atención constituiría en sí mismo una mejora para los profesionales, pacientes y familiares disminuyendo la aparición de conflictos, dando entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y su familia dejando de ser meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos se realizan. Esta planificación e individualización de la atención a los familiares redundaría en una mayor eficacia de gestión de recursos y aumentaría el grado de satisfacción de los usuarios^{26,43}.

Como principal limitación del estudio destacamos el hecho de que la muestra analizada sea autoconformada por los profesionales que han colaborado voluntariamente en la obtención de la información, lo que puede dar lugar a un sesgo de selección de ésta, que creemos minimizado por la representatividad de los hospitales participantes distribuidos en toda la geografía española. En cuanto al número de unidades estudiadas, éste es similar al utilizado por otros autores en Francia¹⁷ (95 unidades), Reino Unido²² (107 unidades) y superior a otros estudios, como el de Plowright²³ (50 unidades del sur de Inglaterra) o el de Youngner et al²⁰ (78 unidades).

Emplazamos a las distintas sociedades profesionales, cuyo ámbito de referencia sean los cuidados intensivos, a desarrollar nuevas investigaciones en este campo y a que generen recomendaciones sobre la atención que debe prestarse a los familiares de los pacientes críticos.

Según expresan algunos autores²⁷, se percibe una voluntad de cambio, aunque con distintos grados de compromiso, hacia una mayor implicación de las enfermeras en la atención a los familiares del paciente crítico.

En cualquier caso, la atención a las necesidades de los familiares no supone una intervención más, sino que conlleva un cambio importante de actitud y filosofía en el equipo asistencial⁴⁴.

CONCLUSIONES

- La organización de las visitas de familiares en las UCI españolas es muy variable, no se basan en unos criterios uniformemente establecidos.

- El patrón habitual es restrictivo, manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo cuidador y con el propio paciente.

- La práctica habitual observada no se corresponde con las recomendaciones surgidas del análisis de la evidencia disponible: «*más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información*».

Estos resultados pueden suponer un interesante punto de partida para observar cambios futuros en las prácticas y las mentalidades de los cuidadores con respecto a la atención prestada a los familiares de pacientes críticos.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer la colaboración de todos los profesionales pertenecientes a las listas de correo de Metas, UCI-e y Mintensiva que han participado en este estudio contestando al cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaforteza Lallemand C, De Pedro Gómez J, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López 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.
2. Brown AJ. Effect of family visit on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. *Heart Lung*. 1976;5:291-6.
3. Simpsom T, Shaver J. Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit patients. *Heart Lung*. 1990;19:344-51.
4. Simpsom T, Shaver J. A comparison of hypertensive and nonhypertensive coronary care patients' cardiovascular responses to visitor. *Heart Lung*. 1991;20:213-20.
5. Giuliano K, Giuliano A. Cardiovascular responses to family visitation and nurse-physician rounds. *Heart Lung*. 1992;21:290.
6. Lazure LI. Strategies to increase patient control of visiting. *Dimens Crit Care Nurse*. 1997;16:11-9.
7. Kirchoff KT, Pugh E, Reynolds N, Calame RM. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care*. 1993;2:238-245.
8. Krapohl GL. Visiting hours in the adult intensive care unit: using research to develop a system that works. *Dimens Crit Care Nurse*. 1995;14:245-58.

9. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung*. 1998;17:670-6.
10. Henneman EA, Cardin SP. Open visiting hours in the critical care setting -effect on nursing staff. *Heart Lung*. 1989;18:291-2.
11. Marco L, Bermejillo E. 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.
12. Henneman EA., Mckenzie JB. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 1992;13:85-93.
13. Simpsom T, et al. Implementation an evaluation of liberalized visiting policy. *Am J Crit Care*. 1996;5:420-6.
14. Murphy PA, Forrester D, Price D, Monaghan J. Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment [review]. *Heart Lung*. 1992;21:25-30.
15. Titler M. Family visitation and partnership in the critical care unit. En: *Protocols for practice: creating a healing environment*. Aliso Viejo, Calif: Aacn; 1997.
16. Arricivita Verdasco A, Cabrera Figueroa J, Arias Hernández M, Robayna Delgado M, Díaz Rodríguez L. Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería En Cardiología*. 2002;25:38-42.
17. Quinio P, Quinio P, Deghelt A, Guilloux M, De Tinteniac A, Catineau J. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med*. 2002;28:1389-94.
18. Kirchhoff K. Visiting policies for patients with myocardial infarction: a national survey. *Heart Lung*. 1982;11:571-6.
19. Stockdale LI, Hughes J. Critical care unit visiting policies: a survey. *Focus Crit Care*. 1988;15:45-8.
20. Youngner S, Coulton C, Welton R, Juknialis B, Jackson DI. ICU visiting policies. *Crit Care Med*. 1984;12:606-8.
21. Carlson B, Thomason T. Visitation: policy versus practice. *Dimens Crit Care Nurse*. 1998;17:40-7.
22. Biley F, Millar B, Wilson A. Issues in intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs*. 1993;9:75-81.
23. Plowright C. Revisiting visiting in intensive therapy units. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996;12:231-8.
24. Rodríguez M, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14:96-108.
25. Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8:332-9.
26. Moseley M, Jones A. Contracting for visitation with families. *Dimens Crit Care Nurse*. 1991;10:364-71.
27. Zaforteza C, Gastaldo D, Lastra P, De Pedro J, Sánchez-Cuenca P. Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio. *Nure Investigación*. 2004;3.
28. García Aguilar JF, Cámara Hurtado F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*. 1995;5:99-104.
29. Leske J. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung*. 1986;15.
30. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung*. 1984;13.
31. Freichels TA. Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Crit Care Nurs Q*. 1991;14:16-29.
32. Poole E. The visiting needs of critically ill patients and their families. *J Post Anesth Nurs*. 1992;7:377-86.
33. Bernat MD, Tejedor R, Sanchis J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva*. 2000;11:3-9.
34. Zazpe C. Información a los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 1996;7:147-51.
35. O'malley P. Critical care nurses perceptions of family needs. *Heart Lung*. 1991;20:189-201.
36. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relative visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. *Part I. Intensive Crit Care Nurs*. 1996;12:168-72.
37. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165:438-42.
38. Tan S, Lim S, Malathi I. Does routine gowning reduce nosocomial infection and mortality rates in a neonatal nursery? A Singapore experience. *Int J Nurs Pract*. 1995;1:52-8.
39. Oliver T Jr. Gowning does not affect colonization or infection rates. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994;148:1012-9.
40. Webster J, Pritchard M. Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):Cd003670.
41. CDC And The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for environmental infection control in health-care facilities. The Centers For Disease Control And Prevention (CDC). 2003.
42. Torres Pérez L, Morales Asencio J. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*. 2004;4.
43. Campbell ML. Management of the patient with do not resuscitate status: compassion and cost containment. *Heart Lung*. 1991;20:345-8.
44. Velasco Bueno J. Visitas de familiares en UCI. ¿Cambio de normas o de cultura? [editorial]. *Remi*. 2003;3:26.

ORGANIZACIÓN DE LAS VISITAS EN UCI

Contesta las siguientes preguntas atendiendo a la práctica que se desarrolla habitualmente en tu unidad y deja aquellos comentarios que consideres oportunos.

También puedes cumplimentar este cuestionario en: www.intensivos.turincon.com

Gracias

1. Número de visitas al día:

- Dos
- Una
- Tres
- Más de tres
- Libertad

2. Duración de la visita:

- Media hora
- Menos de media hora
- Una hora
- Más de una hora

3. ¿Cuántos familiares entran por visita?

- Solo uno
- Dos
- Todos los que quieran

4. ¿Cuántas veces se informa a los familiares?

- Una vez
- Dos veces
- Cuando lo soliciten

5. ¿Pasa más de un familiar a ver al paciente?

- Solo uno
- Dos
- Más de dos
- Tres
- Entre cuatro y diez

6. ¿Quién informa a los familiares?

- El médico exclusivamente
- Médico y enfermería juntos
- Médico y enfermería por separado

7. ¿Se proporciona a los familiares algún tipo de información escrita? (folletos, carteles...)?

- Sí
- No

8. ¿Se proporciona información telefónica?

- Sí
- No
- En excepciones justificadas

9. ¿Qué medidas toman los familiares antes de visitar al paciente?

- Se colocan una bata
- Nada
- Lavado de manos
- Lo ven tras cristales

10. ¿Se implica a los familiares en los cuidados de los pacientes? (Higiene, comida...)

- Generalmente no
- Se intenta haciendo coincidir las visitas
- Siempre

11. La sala de espera de los familiares se encuentra

- Junto a la UCI
- Lejos de la UCI
- Se comparte con las urgencias
- No hay

12. ¿Se aplica algún tipo de protocolo de atención a los familiares?

- Sí
- No

¿Cuáles son los horarios de visita de tu unidad?.....

Comentarios

Nombre (opcional)
Hospital:
Ciudad:
E-mail:

Contacto:
José Manuel Velasco
UCI Hospital Costa del Sol
Josevb@teleline.es

Anexo 2 Unidades de cuidados intensivos incluidas en el estudio

<i>Ciudad</i>	<i>Hospital</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Hospital</i>
Albacete	Virgen del Monte General Universitario	Mallorca	Hospital General Son Dureta Son Llatzer
Alicante	Vega baja Orihuela	Manresa	Centre Hospitalari i Cardiológic de Manresa
Almería	El Ejido	Mérida	General de Mérida
Barcelona	Hospital Clínic Consorci sanitari Parc Taulí Traumatología Vall d'Hebron Hospital Sant Pau Centro Cardiovascular St. Jordi Clínico y Provincial (Box de cardíaca) Centro Médico Delfos Institut Dexeus Cruz Roja Dos de Mayo	Murcia	Naval del Mediterráneo-Cartagena Virgen Arrixaca Santa María del Rosell Cartagena Morales Messeguer Clínica San Miguel Universitario de Navarra Unidad de Polivalentes (Central de Asturias) UCI pediátrica (central de Asturias) Hospital San Agustín (Avilés) Instituto Nacional de Silicosis (Central de Asturias)
Badalona	Germans Trias i Pujol	Salamanca	Universitario de Salamanca
Cádiz	Universitario de Puerto Real Hospital de la Línea	Santander	HU Marqués de Valdecilla
Castellón	Hospital General Castelló	Santiago de Compostela	Hospital Clínico Universitario
Ciudad Real	Alarcos	Sevilla	Osuna-La Merced Virgen del Rocío Virgen Macarena Clínica Santa Isabel Vigil de Quiñones Rehabilitación y traumatología Infanta Luisa
Córdoba	Reina Sofía		
Granada	HU Virgen de las Nieves San Cecilio		
Guipúzcoa	Ntra. Sra. de Aránzazu Complejo hospitalario Donostia	Tenerife	Universitario de Canarias Nuestra Señora de la Candelaria
Huesca	San Jorge	Valencia	Hospital General Dr. Peset Hospital Clínico Hospital de Sagunt Clínico Universitario Clínico Universitario (REA cardíaca)
Huelva	Juan Ramón Jiménez Infanta Elena		
Ibiza	Can Misses-Insalud	Valladolid	Xeral Povisa Txagorritxu Santiago Apóstol Hospital de Cruces REA Hospital de Cruces Galdakao Virgen de la Concha Clínico Universitario Lozano Blesa Miguel Servet Royo Villanova
Jaén	Princesa de España Ciudad de Jaén	Vigo	
La Coruña	Juan Canalejo Juan Cardona Arquitecto Marcide	Vitoria	
Las Palmas de Gran Canaria	Dr. Negrín Hospital Universitario Insular	Vizcaya	
Lérida	HU Arnau de Villanova	Zamora	
León	Hospital de León El Bierzo (Ponferrada)	Zaragoza	
Madrid	Universitario de Getafe (Coronaria) Universitario de Getafe Gregorio Marañón Hospital Central de la Cruz Roja Clínica Moncloa Universitario de la Princesa Fundación Jiménez Díaz Fundación Hospital de Alcorcón Carlos III		
Málaga	Hospital Costa del Sol Hospital virgen de la Victoria HGB de la Serranía de Ronda		