

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017 – 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Unidad de cuidados críticos de adultos:
Paciente, familia y personal. Identificando
beneficios, factores facilitadores y
obstaculizadores para una política de visitas
de puertas abiertas. ¿Abrimos las puertas de
la UCI?**

Revisión bibliográfica.

M^a Vanessa López Rodríguez

Tutora: Estela María Souto Fernández

Junio 2018

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE:

GLOSARIO INICIAL.....	2
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVO DE LA REVISIÓN	14
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	14
3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	15
3.4 SELECCIÓN DE VARIABLES	16
4. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSIÓN.....	29
7. CONCLUSIONES	31
AGRADECIMIENTOS.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	38

GLOSARIO INICIAL

Paciente¹: Del lat. *patiens, -entis*, part. act. de *pati* 'padecer, sufrir'.

1. adj. Fil. Dicho de un sujeto: Que recibe o padece la acción del agente.

U. t. c. s. m.

2. m. y f. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

3. m. y f. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

Crítico¹: Del lat. *criticus*, y este del gr. κριτικός *kritikós*; la forma f., del lat. *critica*, y este del gr. κριτική *kritiké*.

1. adj. Perteneiente o relativo a la crisis.

2. adj. Muy difícil o de mucha gravedad. Estado crítico del herido.

Cuidar¹: Del ant. *coidar*, y este del lat. *cogitāre* 'pensar'.

1. tr. Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo.

2. tr. Asistir, guardar, conservar. Cuidar a un enfermo.

Humanizar¹:

1. tr. Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo.

2. prnl. Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ²:

Organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que, garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

RESUMEN

Introducción: La política de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos se ha mostrado como modelo de visitas a implantar, sin embargo, a día de hoy, todavía son minoría los países que tienen instaurado este modelo de visitas en las UCI de adultos de forma mayoritaria.

Objetivos: Conociendo la situación de las UCI de adultos en cuanto al régimen de visitas dominante en la actualidad se hace necesario buscar en la literatura los beneficios que conlleva el modelo de visitas de puertas abiertas y conocer cuáles pueden ser factores facilitadores y obstaculizadores para su implantación.

Metodología: Se realizó la búsqueda en bases de datos científicas, incluyéndose finalmente 13 artículos en la revisión.

Discusión: Los estudios incluidos abarcan diferentes objetos a estudio (pacientes, familiares de los mismos, y personal de la UCI y diferentes variables (necesidades de los pacientes y sus familiares, satisfacción, distracciones de los profesionales, opiniones de pacientes, familiares y profesionales, factores facilitadores y obstaculizadores para la instauración de una política de visitas abiertas). Los estudios encontrados muestran los beneficios asociados a una política de visitas de puertas abiertas, si bien en la mayoría de los casos su implantación se muestra todavía muy controvertida y dificultosa.

Conclusión: Es necesario seguir investigando los obstáculos que dificultan la implementación de políticas de visita de puertas abiertas y promover la realización de protocolos y otras herramientas que permitan ir dando pasos para impulsar el cambio hacia este nuevo modelo.

Palabras clave: “ICU”; “critical care”; “intensive care”; “intensive care unit”; “visits”; “visitation”; “visitation program”; “visiting”; “visiting policy”; “open door”.

RESUMO

Introdución: A política de visitas de portas abertas nas UCI adultas foi amosada como un modelo de visitas a implementar, pero, ata hoxe, aínda son unha minoría os países que estableceron este modelo de visitas en UCI de adultos de xeito maioritario.

Obxectivos: Coñecer a situación das UCI de adultos en función do réxime actual de visitas, é necesario consultar a bibliografía sobre os beneficios do modelo de visita de portas abertas e saber o que pode facilitar e impedir a súa implementación. .

Metodoloxía: A investigación realizouse en bases de datos científicas, incluíndo finalmente 13 artigos na revisión.

Discusión: Os estudos incluídos abarcan diferentes obxectos a estudo (pacientes, familiares do mesmo e persoal da UCI e diferentes variables (necesidades dos pacientes e os seus familiares, satisfacción, distraccións de profesionais, opinións de pacientes, familiares e profesionais, facilitando e impedindo factores para o establecemento dunha política de visitas abertas). Os estudos atopados mostran os beneficios asociados a unha política de portas abertas, aínda que na maioría dos casos a súa implementación aínda é moi controvertida e difícil.

Conclusión: É necesario seguir investigando os obstáculos que dificultan a implementación das políticas de visita a porta aberta e promover a realización de protocolos e outras ferramentas que permitan adoptar medidas para promover o cambio cara a este novo modelo.

Palabras clave: “ICU”; “critical care”; “intensive care”; “intensive care unit”; “visits”; “visitation”; “visitation program”; “visiting”; “visiting policy”; “open door”.

ABSTRACT

Introduction: The policy of open door visits in adult ICUs has been shown as a model of visits to be implemented, however, to this day, there are still a minority of countries that have established this model of visits to adult ICUs majority form.

Objectives: Knowing the situation of adult ICUs in terms of the current visiting regime, it is necessary to look in the literature for the benefits of the open-door visit model and to know what can be facilitating and impeding factors for its implementation. .

Methodology: The search was made in scientific databases, finally including 13 articles in the review.

Discussion: The included studies cover different objects under study (patients, family members of the same, and ICU staff and different variables (needs of patients and their relatives, satisfaction, distractions of professionals, opinions of patients, relatives and professionals, facilitating and impeding factors for the establishment of an open visits policy.) The studies found show the benefits associated with an open door policy, although in most cases its implementation is still very controversial and difficult.

Conclusion: It is necessary to continue investigating the obstacles that hinder the implementation of open door visit policies and promote the realization of protocols and other tools that allow taking steps to promote change towards this new model.

Keywords: "ICU"; "Critical care"; "Intensive care"; "Intensive care unit"; "Visits"; "Visitation"; "Visitation program"; "Visiting"; "Visiting policy"; "Open door".

1. INTRODUCCIÓN

Si combinamos las definiciones: paciente, crítico, cuidar, humanizar, unidad de cuidados intensivos (UCI), nos acercamos al significado de lo que implica ser un “paciente crítico”, aquel que se encuentra en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/ sistemas vitales poniéndole así en potencial o real compromiso vital, sin olvidar los componentes psico-socio-culturales-espirituales y emocionales que condicionan y participan en su situación de gravedad. En el paciente crítico, como en el resto de pacientes, hay que tener una visión holística, no sólo una visión física. Es importante también tener en cuenta que el término “paciente” no hace referencia sólo al individuo ingresado en la unidad, sino también a su familia.³ Nuestra profesión se centra en “cuidar” a estas personas y haciendo una redundancia de lo obvio, en “humanizar” dichos cuidados.

Las unidades de cuidados críticos dan sus primeros pasos en el siglo XIX, con Florence Nightingale, que adelantó el concepto de agrupación de los pacientes más gravemente enfermos⁴. La historia de la evolución de los cuidados intensivos se asienta en la evidencia de que los pacientes con enfermedad o daño agudo, que pone en peligro su vida, pueden ser tratados en mejores condiciones si se agrupan en áreas específicas. En EE.UU. la primera descripción encontrada data de los años veinte del siglo XX, era una unidad de recuperación postquirúrgica en el hospital Johns Hopkins, de Baltimore (Maryland). En 1940, en este hospital, el neurocirujano Dr. W. E. Dandy, abrió una unidad de cuatro camas, específica para cuidados postoperatorios neuroquirúrgicos. En Europa, las primeras UCI postquirúrgicas tienen su origen en Alemania y datan de 1930, con motivo de la II Guerra Mundial. Se establecieron unidades de shock, para la resucitación y los cuidados postquirúrgicos de soldados heridos en batalla. Terminada la guerra, a causa del déficit de personal de enfermería, se empezó a agrupar a los pacientes postoperados en

unidades de recuperación postquirúrgica, que poco a poco se extendieron a todos los hospitales por sus resultados. En los años 50, gracias al desarrollo de la ventilación mecánica, durante la epidemia de poliomielitis de 1952 que tuvo lugar en Dinamarca, se comenzaron a organizar unidades para cuidados respiratorios. Las unidades de cuidados intensivos tuvieron un importante desarrollo y fueron implantadas en múltiples hospitales durante las décadas de los 50 y 60, así en el año 1958, aproximadamente un 25% de los hospitales de más de 300 camas tenían UCI y a finales de los 60 la mayoría ya disponían de ella. En la década de 1970, la UCI era una unidad estándar en la mayoría de los hospitales generales del mundo. Las UCI han vivido grandes avances técnicos desde su origen y hoy en día, la biotecnología disponible en las UCI es extensa y se encuentra en continua evolución⁴.

Hasta la clasificación de niveles de cuidados del año 2000⁵, el Departamento de Salud del Reino Unido diferenciaba entre “UCI” y “High Dependency Care” (Unidad de Cuidados Intermedios)², pero en el año 2000, dicho departamento define una clasificación de los niveles de cuidados críticos que sustituye la anterior organización, diferenciando dichos niveles de la siguiente manera⁶:

Nivel 0: Pacientes cuyas necesidades se pueden satisfacer en una planta de un hospital de agudos.

Nivel 1: Pacientes con riesgo de deterioro de su trastorno cuyas necesidades se pueden satisfacer en una planta normal con el asesoramiento o apoyo adicional del equipo de cuidados críticos.

Nivel 2: Pacientes que exigen niveles más avanzados de intervención u observación que los que se pueden realizar en una planta normal, incluida la insuficiencia de un solo sistema orgánico. Los cuidados de este nivel pueden ser realizados en una unidad de alta dependencia o bien en una UCI.

Nivel 3: Pacientes que necesitan un soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico, además de soporte para, al menos, dos sistemas orgánicos más. La asistencia a un paciente de este nivel sólo se puede realizar en una UCI bien equipada.

El paciente que ingresa en una unidad de cuidados críticos es un paciente críticamente enfermo que **requiere**²:

Espacio con capacidad para recibir tratamiento encamado por cuatro profesionales sanitarios, así como para los equipos de monitorización y sistemas de soporte vital, **dotación suficiente de tomas eléctricas y gases medicinales**, espacio para otros equipos portátiles, privacidad visual mientras se encuentra en algún proceso de tratamiento y/o asistencia de emergencia. La unidad de cuidados críticos requiere la **dotación de aseos**, uno de los cuales debe ser adaptado a personas con problemas de movilidad, **disponibilidad de iluminación natural y visión exterior**, que sirva de ayuda para la recuperación del ciclo circadiano y la orientación temporal del paciente en la unidad. La dotación de televisión y radio debe considerarse en función de los criterios de organización y funcionamiento de cada UCI.

En cuanto a las **visitas del paciente crítico**, las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre las Unidades de Cuidados Intensivos del año 2010 recogen lo siguiente²:

El hospital debe **definir el horario y régimen de visitas** al paciente ingresado en la unidad. El ingreso de la visita al interior de la sala se realiza en algunas unidades a través de una esclusa que sirve para la preparación (calzas, gorro, mascarilla, ropa, lavado de manos...) que se establezca por la UCI. En muchas unidades no se utiliza este equipamiento y el familiar entra con la ropa de calle previo lavado de manos, exigiéndose la preparación sólo cuando el paciente requiera algún tipo de aislamiento. Las visitas deben **disponer de espacios de estancia adecuados** para la estancia del visitante durante el día y durante la

noche, con acceso a servicio y a refrigerio. Deben garantizarse condiciones ambientales y de **privacidad** adecuadas para facilitar al familiar la información sobre el estado de salud del paciente. Estas son las indicaciones que tenemos en el documento del Ministerio de Sanidad para el paciente y su familia, pero debemos ir más allá de la política de mínimos.

Como dicen Heras La Calle G, et al⁷ "Nuestro sistema de salud podrá considerarse humanizado cuando se coloque al servicio de todos los que lo componen: pacientes, familiares y profesionales de la salud en todos los niveles. Humanizar significa tomar conciencia de nosotros mismos en un proceso complejo y multidimensional que va desde política y políticas para la cultura, la organización de salud, la capacitación de profesionales de la salud, el desarrollo de planes de cuidado, etc. En el mundo de la salud, humanizar significa poner al ser humano en el centro de todos los esfuerzos realizados para promover y proteger la salud, curar enfermedades o proporcionar la mejor atención en el proceso de la muerte como parte de la vida. También significa contribuir a crear un ambiente que asegure una vida sana y armoniosa en todos los niveles: físico, mental y espiritual."

No debemos olvidar que cuando una persona cae enferma, la atención sanitaria debe ampliarse también a su familia. Cuando un individuo ingresa en una UCI, su problema agudo de salud constituye a su vez, un factor estresante que compromete la estabilidad o equilibrio emocional, por ello debemos observar a la familia también como sujeto de nuestro cuidado³. Muchos pacientes y sus familias se sienten incómodos en el ambiente de la UCI por su complejo equipamiento, elevada intensidad de ruido, elevada intensidad lumínica, aislamiento de la familia...hasta el punto de que entre el 70-80% de los pacientes de la UCI experimentan algún grado de ansiedad⁴. Multitud de estudios han confirmado que para el paciente crítico la separación de su familia es una de las principales causas de sufrimiento⁸. Las familias también desarrollan ansiedad en

relación con el estado de su familiar. Se ha demostrado que las familias de los pacientes críticos necesitan la comodidad de acceso al paciente y que limitar las visitas de la familia no protege al paciente de consecuencias fisiológicas adversas⁴.

En su origen, las UCI adoptaron una política de visitas restrictivas, con limitación de horario, duración de las mismas y número de visitantes, basándose en la creencia de que las visitas flexibles, sin restricción, podían interferir con la seguridad de los cuidados e incluso provocar situaciones de estrés a los pacientes y a sus familias, así como incrementar el riesgo de infección. Hoy se ha demostrado que esta creencia no tiene fundamento y, que estas restricciones, no tienen justificación, considerándose incluso que la separación familia-paciente puede suponer una carga emocional importante para ambos⁹.

Giannini¹⁰, definió como UCI de puertas abiertas “aquella unidad entre cuyos objetivos se encuentra la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en las dimensiones temporal, física y de relaciones para las que no haya justificación”, sin embargo, en la actualidad, las visitas se organizan, en muchas ocasiones, pensando más en la comodidad de los profesionales que en las necesidades del binomio paciente-familia; aun cuando las políticas de visitas flexibles se han mostrado eficaces y beneficiosas para ambos¹¹. Incluso se ha estudiado el efecto positivo que tiene la proximidad del familiar para el paciente en la esfera puramente física, así Fumagalli¹² demuestra que la actividad cardíaca de los pacientes mejora cuando estos están acompañados por un ser querido y en el estudio ORCHESTRA¹³ realizado en Brasil (un estudio de cohorte retrospectivo multicentros sobre la organización de la UCI y sus resultados) donde se analizó la asociación entre las políticas familiares relacionadas con la atención y uso de recursos y el rendimiento de UCI ajustado a la gravedad de la enfermedad, vemos que concluyeron que las UCI con menor mortalidad tenían políticas de visitas más liberales y diferentes estrategias para mejorar la comunicación con las familias.

Asimismo, las UCI con alta eficiencia en el uso de los recursos, tenían también política de visitas abiertas. Este estudio demuestra que el rendimiento y eficiencia en el uso de los recursos se asocian con el cuidado de la familia y una política de visitas abiertas, no resultando comprometidos los resultados de supervivencia.

Las UCI neonatales y pediátricas ya han dado un paso al frente en muchos casos, entre ellos cito al Hospital Teresa Herrera, por formar parte de nuestra área sanitaria. Estas UCI son un modelo de humanización de la asistencia permitiendo la entrada flexible a padres y familiares directos, siendo auténticas unidades de puertas abiertas. Ahora es el momento de implantar un modelo similar en las UCI de adultos, ¿por qué no hacerlo cuando multitud de asociaciones científicas y estudios así lo recomiendan?

Revisando la literatura, se comprueba que hay una tendencia en diferentes países, de culturas muy diferentes, a iniciar la apertura de las UCIs. Ello se plasma en diferentes estudios que se plantean cómo instaurar este tipo de política de visitas y comprobar su grado de implementación, así como proponer medidas para conseguir su puesta en marcha conociendo factores facilitadores y obstaculizadores que pueden interferir en el proceso.

Actualmente, la **situación de los países** al respecto de un tipo de **política de visitas de puertas abiertas** es muy dispar:

El **mayor porcentaje de UCI abiertas está en Suecia (70%)**, en Francia las visitas son de carácter restrictivo en las UCI (97%), en Italia el porcentaje de UCI de puertas abiertas es todavía menor (1%)¹⁴, en Suiza el porcentaje de UCI con visitas de carácter restrictivo es similar al de Francia (97%)⁹, en EE.UU. el porcentaje de UCI con política de visitas restrictiva está en el 90%¹⁰. En **España**, el último estudio al respecto es del año 2015 e indica que **sólo el 4% de las UCI** de adultos tienen una

política de puertas abiertas, siendo la política de visitas dominante la restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada¹⁵.

Sin embargo, somos testigos de cómo a nivel mundial algo está cambiando. Son muchos los profesionales y entidades que defienden y promueven un cambio de cultura, por ejemplo, la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACN) ha elaborado un manual para la implantación de un sistema de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos, en el cual se abordan los diferentes aspectos a tener en cuenta para una correcta implementación y se dan recomendaciones acerca de la presencia de la familia del paciente en la UCI¹⁶. Ya en España, contamos con diferentes agrupaciones de profesionales que buscan la humanización del cuidado, entre ellas HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos), un proyecto de investigación con presencia internacional avalado por diferentes sociedades científicas, como la SEMICYUC o la SEEIUC en España. Su objetivo es mejorar la atención de las UCI españolas en cuanto a pacientes, familias y profesionales. Entre sus líneas de investigación está la UCI de Puertas Abiertas con flexibilización de los horarios de visita y adecuación a las necesidades individuales de paciente y familia. Este es un proyecto de largo recorrido que ha empezado a trabajar por una UCI más humana y que está consiguiendo resultados, como la elaboración del Plan de Humanización de los Cuidados intensivos de la Comunidad de Madrid.

El proyecto (HU-CI) busca cambiar el paradigma real de "atención centrada en el paciente", a "atención centrada en las personas", (que incluye no solo a pacientes sino también a familias y profesionales), para hacer de las UCI lugares más amables, en definitiva, más humanos. Proyecto HU-CI acaba de celebrar los días 24 y 25 de mayo de 2018 sus IV Jornadas de Humanización "Juntos damos la vuelta a la sanidad" en Galicia, en el Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo), y en ellas he podido comprobar, de primera mano, cómo en diferentes lugares de nuestro país y en América Latina, el proyecto se desarrolla e implanta. Las puertas de

la UCI se están abriendo en muchos lugares y otros preparan su apertura, la humanización está en auge.

2. OBJETIVO DE LA REVISIÓN

El objetivo de esta revisión bibliográfica es recopilar y analizar los estudios más recientes acerca de los beneficios que una UCI de adultos con política de visitas flexibles o de puertas abiertas puede aportar al paciente crítico, a las familias y a los profesionales, así como identificar en la literatura los factores que dificultan y facilitan su implantación en la actualidad.

La pregunta a estudio es: ¿Se benefician los pacientes de las UCIs y sus familias de la instauración de una política de visitas de puertas abiertas?

3. METODOLOGÍA

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión serán los especificados en la (Tabla 1).

Tabla 1: Criterios de inclusión de estudios

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Población a estudio	Pacientes ingresados en UCI de adultos, mayores de 18 años, sus familias y profesionales de unidades de cuidados críticos.
Ámbito a estudio	UCIs de adultos.
Variables a estudio	Beneficios, factores facilitadores y factores obstaculizadores relacionados con la implantación de una política de visitas abierta y/o flexible.
Tipo de estudios	Investigación cuantitativa y cualitativa.
Idioma	Documentos escritos en español e inglés.
Cobertura cronológica	La búsqueda se limitó a los últimos 5 años (2013-2018)
Acceso	De acceso libre a través de biblioteca de la UDC.

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión serán los especificados en la (Tabla 2).

Tabla 2: Criterios de exclusión de estudios

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
Población a estudio	Pacientes menores de 18 años.

3.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica fue realizada en las siguientes bases de datos:

- ✓ Cochrane.
- ✓ PubMed.
- ✓ Wos.
- ✓ Dialnet.
- ✓ Cinahl.
- ✓ Medline.

Las estrategias de búsqueda bibliográfica aparecen detalladas en el Anexo 1.

Del total de resultados obtenidos, se realizó una selección manual adaptada a los criterios establecidos.

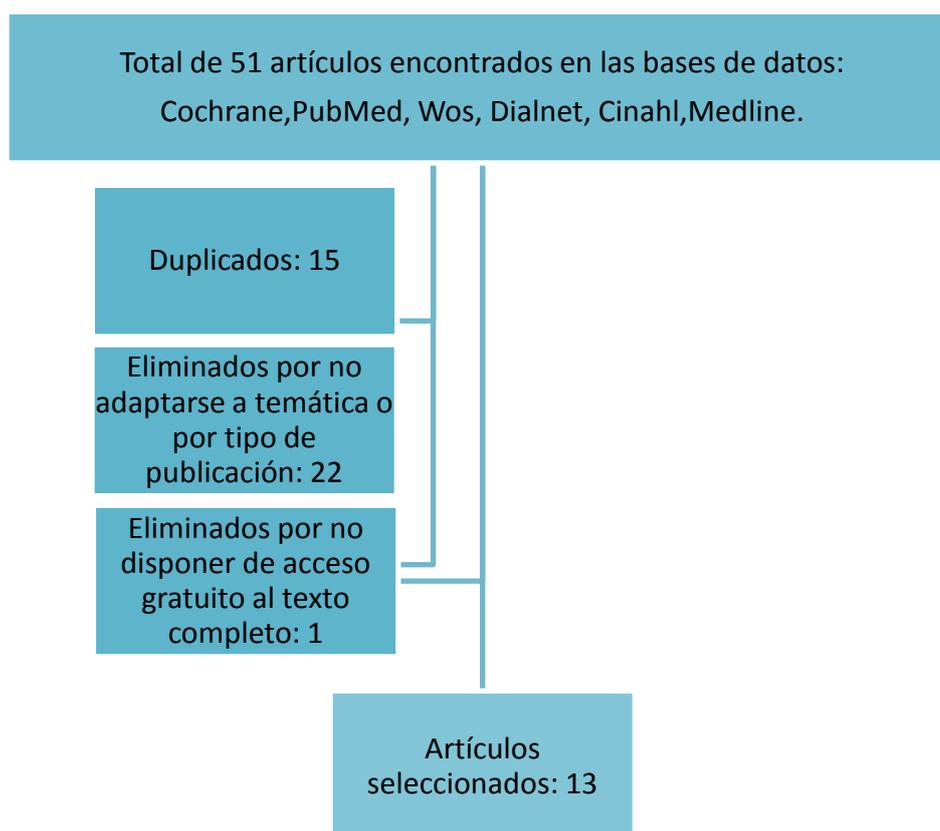
La selección se realizó en primer lugar teniendo en cuenta los títulos de los artículos, posteriormente leyendo el resumen de estos y finalmente los artículos completos. Finalmente fueron seleccionados 38 artículos, excluyéndose 22 de ellos bien por no adaptarse al objetivo de esta revisión o bien por su metodología, 15 por estar duplicados y 1 por no disponer de acceso gratuito al documento.

3.4 SELECCIÓN DE VARIABLES

Las variables a estudio fueron:

- ✓ Beneficios asociados a una política de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos.
- ✓ Factores facilitadores para implementar una política de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos.
- ✓ Factores obstaculizadores para implementar una política de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos.

4. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



5. RESULTADOS

Tabla 3: Estudios en los que sí implantaron medidas para una política de visitas de puertas abiertas:

Autor/año	País	Tipo de estudio	Objeto de estudio	VARIABLES a estudio	Medidas tomadas para humanizar la UCI	Resultados
See KC, et al. ¹⁷ , 2017.	Singapur	Observacional	Médicos de la UCI	Distracciones	Aumento del horario de visitas de 5 a 12 horas/día.	No hubo aumento significativo en la frecuencia de distracciones después de implementar el horario de visitas extendido en la UCI.
Jacob M, et al. ¹⁸ , 2016.	EEUU	Descriptivo (encuesta)	Familiares de pacientes ingresados en la UCI	Necesidades de los pacientes	UCI con política de visitas de puertas abiertas, disponía de habitación	Los familiares calificaron sus necesidades como satisfechas a un alto nivel . Señalaron que obtener información sobre el estado del paciente y tener acceso

					<p>anexa a la del paciente para la familia, con acceso 24 horas del día, podían acceder niños en situaciones especiales.</p>	<p>a visitarlo son las dos necesidades más importantes a satisfacer para ellos.</p> <p>Las necesidades menos importantes eran las relacionadas con sus propias comodidades físicas.</p>
<p>Chapman D, et al.¹⁹, 2016</p>	<p>EEUU</p>	<p>Estudio observacional. Encuesta.</p>	<p>Familiares y enfermeras de UCI</p>	<p>Satisfacción</p>	<p>Las pautas de hora de visita se cambiaron pasando de visitas restringidas a visitas sin restricciones las 24 horas.</p>	<p>La eliminación de la política de visitas restrictivas mejoró la satisfacción familiar y mejoró las percepciones de las enfermeras sobre la satisfacción familiar con la política de visitas. La satisfacción de las enfermeras no cambió. El cambio en las pautas de visita no afectó en las actividades de cuidado.</p>

<p>da Silva Ramos F J, et al.²⁰, 2013.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudio observacional descriptivo. Empleado cuestionario tipo.</p>	<p>Trabajadores de la UCI a estudio (médicos, enfermeras, fisioterapeutas)</p>	<p>Percepciones sobre política de puertas abiertas ya instaurada</p>	<p>UCI que en los últimos 5 años adoptó una política de visitas de puertas abiertas.</p>	<p>El 59.4% de los trabajadores piensan que una política de puertas abiertas afecta a la organización del cuidado del paciente. El 72.7% creen que su trabajo sufre más interrupciones debido a una organización de visitas de puertas abiertas.</p> <p>El mayor impacto que ofrece esta modalidad de visitas es el beneficio para los pacientes, más que para sus familiares y para el personal de la unidad.</p> <p>Los trabajadores tienen necesidad de formación en comunicación para interactuar con los familiares presentes en UCI las 24 horas del día.</p>
---	---------------	---	--	--	--	---

Tabla 4: Estudios en los que **no** implantaron medidas para una política de visitas de puertas abiertas:

Autor/a ño	País	Tipo de estudio	Objeto de estudio	Variables a estudio	Resultados
da Silva Ramos FJ, et al. ²¹ , 2014	Brasil	Estudio descriptivo Encuesta multicentros	Médicos y enfermeras de UCI	Estructura de UCI Política de visitas Acompañante del paciente Medidas de control de infección Comodidades para los	Estructura: 75.3% especialidad clínico-quirúrgica, 49.1% de seis a diez camas. Sólo el 2.6% de las UCI tenían política de visitas de puertas abiertas (24 horas). Política de visitas: 38.6% de los profesionales respondieron que creían que la política era adecuada, 58.1% creía que la política debería ser más liberal y 3.2% creían que debería ser más restrictiva. Presencia de acompañante: 98.8% de los participantes consideró que la presencia de un acompañante es muy importante o importante para el paciente. Medidas de control de infecciones: 96.9% de las UCI recomendó lavarse las manos. Solo 2.4% recomendó el uso de batas, gorro quirúrgico, calzas y mascarillas a visitantes. Comodidades para los visitantes: el 50.8% de las UCI no ofreció ningún alojamiento. Solo el 46.9% tenía salas de

				visitantes Información escrita a los familiares	reuniones familiares. El 63% de la UCI tenía salas de espera. Material informativo: el 55.6% de las UCI ofrecieron algún tipo de información escrita sobre la unidad, principalmente folletos a los familiares.
Speroni C, et al.²², 2015.	Suiza	Estudio descriptivo Encuesta nacional.	Supervisores de enfermería	Estructura de UCI. Política de visitas Medidas control de infección Comodidades para los visitantes Información escrita a familiares.	Estructura: 84% de las UCI eran médico-quirúrgicas, con menos de 8 camas un 63%. Política de visitas: 3% de las UCI tenía una política de visitas de puertas abiertas y la mayoría (68%) restringía el número de visitantes. La mediana del tiempo de visita diaria fue de 8 horas . Medidas de control de infecciones: Ninguna de las UCI suizas requirió procedimientos de vestimenta para los visitantes excepto cuando el aislamiento del paciente es obligatorio. Por el contrario, el lavado de manos era obligatorio en todas las unidades. Comodidades para los visitantes: Todas las UCIs declararon tener una sala de espera para los visitantes. Diecinueve unidades (26%) no disponían de una sala especial dedicada para reuniones familiares. Material informativo: Al ingreso del paciente en la unidad, el 85% de las UCI proporcionaron información escrita a los familiares.

<p>Athana siou A, et al.²³, 2014.</p>	<p>Grecia</p>	<p>Estudio descriptivo Encuesta multicentros</p>	<p>Enfermeras de UCI</p>	<p>Creencias y actitudes hacia las visitas en UCIs con modelo de visitas restrictivo.</p>	<p>Rechazo a la política de puertas abiertas: El 94% Consideran que es un apoyo para el paciente y familia: 91.6%</p> <p>Consideran que las familias de los pacientes estarían más satisfechas con estas: 84.6%</p> <p>Consideran que los pacientes se sentirían emocionalmente apoyados por las visitas de sus familias: 89.5%</p> <p>Consideran que se reduciría el aburrimiento del paciente: 84.6%</p> <p>Consideran que aumentaría la voluntad de vivir del paciente: 80.4%.</p> <p>Consideran que la visita abierta crearía mayor carga psicológica para los profesionales un 87.5%</p> <p>Consideran que se obstaculizaría la realización de los cuidados de enfermería el 75.5% de las encuestadas.</p> <p>La inestabilidad del paciente y la carga de trabajo de enfermería fueron los principales obstáculos alegados para poder permitir un acceso familiar sin restricciones. Las enfermeras estaban a favor de visitas flexibles para el beneficio de los pacientes (61.4%) y las familias (65.7%) y a favor de visitas restringidas para el beneficio propio de las enfermeras (80%).</p>
---	---------------	---	--------------------------	---	---

<p>Riley B H, et al.²⁴, 2014.</p>	<p>EEUU</p>	<p>Estudio cualitativo. Reuniones de grupo focales</p>	<p>Familiares, médicos y enfermeras de 5 UCI con visitas restringidas.</p>	<p>Percepciones para guiar el desarrollo de una política de visitas de puertas abiertas</p>	<p>Los familiares preferían las visitas flexibles. Los médicos creían que estas no eran una opción. Las enfermeras ofrecieron distintas opiniones, unas favorables, otras pensaban que si las familias estuvieran allí más tiempo, la carga de trabajo aumentaría, mientras que otras opinaron que flexibilizar las visitas no necesariamente tendría que equivaler a apertura constante de la unidad a las familias. Las enfermeras opinaron que se valoraba mejor al paciente con sus familiares presentes.</p>
<p>Khaleghparast S, et al.²⁵, 2016</p>	<p>Irán</p>	<p>Estudio cualitativo. Entrevista semiestructurada</p>	<p>Pacientes, familiares, enfermeras, médicos</p>	<p>Opinión sobre diferentes políticas de visita, en la UCI a estudio las visitas eran restringidas (1 hora diaria)</p>	<p>Visitas restringidas:</p> <p>Ventajas: respetar el deseo de los pacientes que no desean visitas, mejor control de infecciones, permitir desarrollo normal del trabajo. Desventajas: No respetar las necesidades emocionales de paciente y familia, la falta de información sobre el estado clínico de los pacientes al ser muy limitado el tiempo de comunicación durante la visita.</p> <p>Visitas flexibles:</p> <p>Ventajas: Menor ansiedad, más seguridad y mejor estado emocional del paciente y familiares, respeto a sus deseos y necesidades, permitir mayor interacción paciente/ familiares y personal. Desventajas: Violación de privacidad de pacientes de la UCI, interferencia en actividades cotidianas.</p>

<p>Morales-Aguilar R, et al.²⁶, 2017.</p>	<p>Colombia</p>	<p>Estudio descriptivo transversal Cuestionario</p>	<p>Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería</p>	<p>Situación de las visitas de la UCI a estudio</p>	<p>En este estudio se comprobó que el número de visitas diarias permitidas a los familiares era de 2, una de mañana y otra de tarde. Las visitas tenían una duración de 30 minutos. Se permitía el acceso a 3 familiares por paciente.</p>
<p>Shojaei motlagh V, et al.²⁷, 2016</p>	<p>Irán</p>	<p>Estudio descriptivo Cuestionario</p>	<p>Enfermeras, médicos de UCI y cargos directivos de hospital</p>	<p>Obstáculos para establecer política de puertas abiertas en la UCI</p>	<p>Actitud negativa del personal del hospital. Escasa conciencia de las ventajas de la política de puertas abiertas Otros problemas identificados por los participantes: Elevado nº de camas, dificultad para administrar la unidad, probabilidad de invadir la privacidad de los pacientes de la unidad.</p>
<p>Khaleghparast S, et al.²⁸, 2016.</p>	<p>Irán</p>	<p>Estudio cualitativo. Entrevista semiestructurada.</p>	<p>Pacientes, familiares, enfermeras, médicos de la UCI</p>	<p>Factores facilitadores y obstaculizadores para implantación de política</p>	<p>Factores obstaculizadores: escasez de personal, actitud negativa hacia el cambio, estructura física de la UCI. El aumento del riesgo de infección era una razón aludida, si bien no hay evidencia de aumento de infección en UCI de puertas abiertas. Factores facilitadores: protocolizar reglas por escrito,</p>

				de puertas abiertas	pases de visita, aumento progresivo del número de horas de visita, habitaciones individuales o boxes privados para los pacientes, e instalaciones adecuadas para las familias, contar con una figura que explique a las familias la situación del paciente y los cuidados que se le realizan.
Ayllón Garrido N, et al. 2014.	España	Estudio descriptivo Encuesta tipo Likert	Médicos, enfermeras y auxiliares de una UCI con 2 visitas de 30 minutos al día	Efectos de una política de puertas abiertas sobre paciente, familia y profesionales	Opinión de los profesionales: El 62% consideró que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para los profesionales. Este tipo de visita puede tener un efecto beneficioso en el paciente y en su familia. La política de visitas restrictivas como la opción más idónea. Aceptarían ampliar los horarios en ciertos casos , si fuese considerado beneficioso para el paciente.

Los resultados encontrados en los 13 estudios revisados se pueden agrupar de la siguiente manera:

País

Los estudios incluidos en la revisión proceden de diferentes países: Brasil, Colombia, EE.UU., España, Grecia, Irán, Singapur, Suiza.

Tipo de estudios

Los estudios incluidos en la revisión son de varios tipos: observacionales, descriptivos y cualitativos.

Objeto a estudio

El objeto a estudio de los diferentes trabajos incluidos en la revisión que encontramos son: Auxiliares de enfermería, enfermeras, familiares, fisioterapeutas, médicos, pacientes, supervisores de enfermería y cargos directivos de hospital.

Variables a estudio

Las variables a estudio en los artículos revisados fueron:

Distracciones, necesidades de los pacientes, satisfacción de las familias y de los profesionales, percepciones sobre una política de puertas abiertas, estructura de la unidad, política de visitas, acompañante del paciente, medidas de control de infección, comodidades para los visitantes, información escrita a familiares, creencias y actitudes hacia las visitas, percepciones para guiar el desarrollo de una política de visitas de puertas abiertas, opinión sobre las diferentes políticas de visita, situación de las visitas en las UCI a estudio, obstáculos y factores facilitadores para

establecer una política de puertas abiertas en la UCI, efectos de una política de puertas abiertas sobre paciente, familia y profesionales.

Medidas tomadas para humanizar las UCI

En los estudios incluidos en la revisión encontramos acciones implantadas para la humanización de la UCI como: Aumento del número de horas de visita, paso a política de puertas abiertas las 24 horas del día, disponibilidad de habitación anexa a la del paciente para la familia, posibilidad de acceso a 4 familiares durante el día y 2 por la noche, posibilidad de acompañar al paciente las 24 horas, y en situación de muerte inminente posibilidad de acompañar al paciente por parte de todos sus familiares, podían entrar niños si se daban circunstancias favorables.

Resultados obtenidos en los estudios

La política de puertas abiertas tiene **efectos beneficiosos sobre el paciente y su familia**²⁹, las enfermeras están a favor de las visitas flexibles pensando en el beneficio del paciente, pero creen que es más beneficio para ellas un modelo de visitas restringidas^{23, 29}. Flexibilizar las visitas, para las enfermeras, no tendría que equivaler, necesariamente, a una apertura constante de la unidad a las familias²⁴. La eliminación de una política de visitas restrictivas mejora la satisfacción familiar^{19, 23, 24} los pacientes se sienten emocionalmente más apoyados^{23, 25} se reduce su aburrimiento y aumentan sus ganas de vivir²³, para el paciente contar con la presencia de un acompañante es muy importante²¹. Los familiares que tienen acceso a una política de visitas de puertas abiertas califican sus necesidades como satisfechas a alto nivel. Obtener información sobre el estado del paciente y tener acceso a visitarlo son las necesidades más importantes identificadas en los familiares. Las necesidades menos importantes para los familiares son las relativas a sus propias comodidades físicas¹⁸.

En uno de los estudios incluidos en la revisión el cambio a una política de visitas de puertas abiertas no afectó a las actividades de cuidado¹⁹, sin embargo en otro de los estudios los trabajadores de la UCI creían que este tipo de política afectaba a la organización del cuidado del paciente y que sufrían más interrupciones en la realización de su trabajo^{20, 23,25}, en cuanto a los médicos uno de los estudios, en el que se analizaba si con una política de puertas abiertas se producían más distracciones en el desarrollo de su actividad, se concluyó que no, que no se produce aumento significativo en la frecuencia de distracciones por parte de los médicos, una vez se implementa en UCI un horario de visitas extendido¹⁷.

Como **factores obstaculizadores** para la implementación encontramos que los profesionales aluden: inestabilidad del paciente, aumento de la carga de trabajo de enfermería²³, rechazo de los profesionales y actitud negativa hacia una política de puertas abiertas^{23, 27, 28}, así como escasa conciencia acerca de las ventajas asociadas a este tipo de visitas²⁷. Otros factores obstaculizadores son: número de camas elevado, la probabilidad de invadir la privacidad de otros pacientes de la unidad²⁷, escasez de personal y la estructura física de la UCI²⁸.

Como **factores facilitadores** para la implementación encontramos en uno de los estudios que se propone la realización e implementación de protocolos acerca de las visitas, pases de visita especiales, aumento progresivo del número de horas de visita, así como disponer de habitaciones o boxes privados para los pacientes, e instalaciones adecuadas para las familias, así como contar con una figura que explique a las familias la situación del paciente y los cuidados que se le realizan²⁸.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue recopilar información sobre los beneficios que una UCI de adultos con política de visitas flexibles o de puertas abiertas puede aportar al paciente crítico, a las familias y a los profesionales, así como identificar en la literatura los factores que dificultan y facilitan su implantación en la actualidad.

Al realizar la revisión se ha encontrado que los estudios incluidos analizan diferentes objetos a estudio (auxiliares de enfermería, enfermeras, familiares, fisioterapeutas, médicos, pacientes, supervisores de enfermería y cargos directivos de hospital) y diferentes variables (distracciones, necesidades de los pacientes, satisfacción, percepciones sobre una política de puertas abiertas, estructura de la unidad, política de visitas, acompañante del paciente, medidas de control de infección, comodidades para los visitantes, información escrita a familiares, creencias y actitudes hacia las visitas, percepciones para guiar el desarrollo de una política de visitas de puertas abiertas, opinión sobre diferentes políticas de visita, situación de las visitas en las UCI a estudio, obstáculos y factores facilitadores para establecer una política de puertas abiertas en la UCI, efectos de una política de puertas abiertas sobre paciente, familia y profesionales) con diferentes modelos de estudio, lo cual supone una dificultad a la hora de obtener resultados.

Los estudios seleccionados, nos muestran que en la actualidad la implantación de este tipo de política de puertas en las UCI es todavía minoritaria.

Encontramos contradicciones entre estudios que implantaron medidas de flexibilización de visitas¹⁷⁻²⁰, por un lado uno de los estudios analizados¹⁹ indica que las actividades de cuidado no se mostraban afectadas por dicho cambio en las visitas, siendo el objeto a estudio las enfermeras, y otro de los estudios²⁰, cuyo objeto a estudio eran enfermeras,

fisioterapeutas y médicos, mostraba en sus resultados, que la mayoría de los profesionales opinaban que su actividad si se veía interrumpida con esta modalidad de visitas, a pesar de lo cual, reconocían el impacto beneficioso para los pacientes, lo cual plantea la necesidad de investigar más sobre si la actividad de los profesionales se ve interrumpida, o no, por el cambio de política de visitas.

En los estudios que no habían implantado medidas de humanización en cuanto a las visitas²¹⁻²⁹ podemos ver, en general, un patrón común que se repite: pacientes y familiares sí preferirían un nuevo modelo de visitas mientras los profesionales lo rechazan alegando que no sería beneficioso para ellos ni para el desarrollo de la actividad habitual de la unidad, aunque reconocen que sí sería beneficioso tanto para el paciente como para sus familiares.

Vemos, por lo tanto, que son los propios profesionales, con su actitud negativa al cambio de modelo, que todavía no han experimentado en sus unidades, los que frenan el proceso de humanización, que incluye entre sus medidas una política de visitas abiertas. El miedo a salir de la zona de confort, junto con creencias infundadas, sin base científica, frenan la evolución. Es necesaria formación e información para los profesionales implicados. Mejorar y/o rediseñar las condiciones arquitectónicas inadecuadas, y tener en cuenta este aspecto en la construcción de futuras unidades es otro punto importante a cuidar.

Hay que derribar todavía barreras para poder abrir las puertas de la UCI, pero algo por fin está cambiando, vemos en los estudios incluidos en este trabajo, procedentes de diversos países, que, a nivel mundial, se cuestionan y estudian el cambio, intentando encontrar respuestas que ayuden a implantar esta nueva modalidad de UCI.

La flexibilización de las visitas es parte del proceso de humanización, y está respaldada por múltiples estudios y asociaciones científicas. Son muchas las UCI que están adaptándose progresivamente a esta nueva

cultura, y muchos los profesionales implicados en el cambio, es importante que se sigan realizando estudios que difundan las ventajas de este nuevo modelo y muevan las conciencias de los profesionales. Sería interesante hacer más estudios que incluyan a todos los actores que intervendrían o se verían afectados por un cambio en la política de visitas de la UCI, buscar los factores que obstaculizan y los que facilitan el cambio, dentro de nuestro propio entorno, y preparar a todos los actores con formación e información adecuadas. Proporcionar herramientas para el cambio (protocolos, guías) y dotar a las instituciones de los medios necesarios para asumir dicha transformación (personal necesario y condiciones arquitectónicas que lo permitan). La última herramienta que necesitarían todos los implicados sería, sin duda, la más importante: voluntad.

7. CONCLUSIONES

Considerando los resultados encontrados en los diferentes artículos se podría concluir que el modelo de visitas más idóneo en las UCI de adultos es el modelo de visitas de puertas abiertas, ya que conlleva múltiples beneficios tanto para el paciente como para sus familiares, no habiéndose demostrado efectos dañinos en las UCI que cuentan con este modelo de política de visitas, si bien es cierto, que estas son minoría, a día de hoy, en casi todos los países del mundo.

Nunca debemos dar la espalda a las necesidades emocionales del paciente y su familia y, sin embargo, muchas veces los dejamos desnudos y solos emocionalmente en el transcurso de un episodio de enfermedad traumático para todos ellos. Nos centramos en aspectos físicos y tangibles, importantes, por supuesto, en un contexto así, pero ello no debería ser óbice para ayudar a estos seres humanos a sobrellevar el ingreso y la estancia en una UCI; ya que es una situación que provoca gran angustia en ellos, podemos hacerlo y los estudios así lo

respaldan, así el estudio ORCHESTRA¹³ concluyó que las UCI con menor mortalidad, tenían políticas de visitas más liberales y también se concluyó, que el rendimiento y eficiencia en el uso de los recursos se asociaban con el cuidado de la familia y una política de visitas abiertas, no resultando comprometidos los resultados de supervivencia por ello.

Es necesario seguir investigando los obstáculos que dificultan la implementación de políticas de visita de puertas abiertas, así como los factores que facilitan dicha implantación para dar pasos hacia un régimen de visitas flexibles. Los estudios encontrados no señalan de forma exhaustiva como se ha de abrir la UCI, en cuanto al número de horas y de visitantes permitidos. Podemos guiarnos para ello por Giannini¹⁰, que define una UCI de puertas abiertas como “aquella unidad entre cuyos objetivos se encuentra la reducción o eliminación de cualquier limitación impuesta en las dimensiones temporal, física y de relaciones para las que no haya justificación”.

Buscar la excelencia debe ser nuestro objetivo final, lograr la mayor humanización del cuidado reportará en el bienestar y satisfacción del paciente crítico, su familia, así como de los profesionales sanitarios cuando consigamos ver más allá de las puertas cerradas de la unidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente el apoyo que he tenido en mi compañero de vida y en mi familia, gracias a ellos las cumbres se han convertidos en llanuras al final del camino.

Y por supuesto agradecerle a mi tutora, Estela María Souto Fernández, su dedicación, tiempo, paciencia y motivación, sin su ayuda este trabajo no sería el mismo y mi actitud hacia la investigación tampoco, algo despierta en mí con este trabajo y tú has colaborado en ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Real Academia Española; 2001. [acceso 14 de abril de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
3. Salvadores Fuentes P, Pedraz Marcos A. Enfermería en cuidados críticos. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2011.
4. Mantik Lewis S, McLean Heitkemper M, Ruff Dirksen S, Graber O'Brien P, Foret Giddens J, Bucher L. Enfermería Medicoquirúrgica, Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
5. Department of Health. Comprehensive Critical Care. DH (2000). Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121014090959/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4082872.pdf
6. Whiteley Simon M, Bodenham A, Bellamy Mark C. Cuidados intensivos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
7. Heras La Calle G, Oviés Á.A, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med. 2017; 43:547-549. DOI [10.1007/s00134-017-4705-4](https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4)

8. Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014; 38 (6):371-375. DOI [10.1016/j.medin.2014.01.005](https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005)

9. Speroni C, Gobbi D, Gemperli A, Merlani P, Pagnamenta A. Potential predictors of visiting hours policies in the intensive care setting. *Minerva Anesthesiol*. 2015 December; 81 (12):1338-45.
Disponibile en: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2015N12A1338#modal3>

10. Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anesthesiol*. 2010; 76:89-90.

11. Sandoval Gutiérrez JL. Abrir las mentes primero y, después, las puertas de las UCI. *Med Intensiva*. 2016; 40, (3):197.
DOI [10.1016/j.medin.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.12.002)

12. Fumagalli S. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006; 113(7):946-952.
DOI [10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537)

13. Soares M, Silva UV, Homena WS Jr, Fernandes GC, De Moraes AP, Brauer L et al. Family care, visiting policies, ICU performance, and efficiency in resource use: insights from the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med*. 2017; 43 (4):590-91. DOI [10.1007/s00134-016-4654-3](https://doi.org/10.1007/s00134-016-4654-3)

14. Heras La Calle G. Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. 1ª ed. Bogotá: Distribuna Editorial; 2017. ISBN: 9789588813660.

15. Escudero D, Viña L, Martín L, Quindós L, Forcelledo C, del Busto R et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista Calidad Asistencial*. 2015; 30 (5):243-50. DOI [10.1016/j.cali.2015.06.002](https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002)
16. American Association of Critical-care Nurses. Practice Alert: Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2016; 36:e15-e18. DOI [10.4037/ccn2016677](https://doi.org/10.4037/ccn2016677)
17. See KC, Song XY, Aung HT. Effect of extended visiting hours on physician distractions in the ICU: a before-and-after study. *Critical Care*. 2017; 21:243. DOI [10.1186/s13054-017-1830-y.3](https://doi.org/10.1186/s13054-017-1830-y.3)
18. Jacob M, Horton C, Rance-Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *Crit Care*. 2016 Mar; 25 (2):118-25. DOI [10.4037/ajcc2016258](https://doi.org/10.4037/ajcc2016258)
19. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, S. Wright E, O. Hopkins R, Butler JM et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2016 Enero; 25 (1):46-50. DOI [10.4037/ajcc2016789](https://doi.org/10.4037/ajcc2016789)
20. Da Silva Ramos FJ, Fumis RRL, Azevedo LCP, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*. 2013; 3:34. DOI [10.1186/2110-5820-3-34](https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-34)
21. Da Silva Ramos FJ, Fumis RRL, de Azevedo LCP, Schettino G. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2014; 26(4):339-346.

22. Speroni C, Gobbi D, Gemperli A, Merlani P, Pagnamenta A. Potential predictors of visiting hours policies in the intensive care setting. *Minerva Anestesiologica*. 2015 December; 81 (12):1338-45.
Disponibile en: <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2015N12A1338#modal3>
23. Athanasiou A, Papathanassoglou E, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective. *Am J Crit Care*. 2014 July; 23:326-333.
DOI [10.4037/ajcc2014986](https://doi.org/10.4037/ajcc2014986)
24. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *Am J Crit Care*. 2014 July; 23:316-324. DOI [10.4037/ajcc2014980](https://doi.org/10.4037/ajcc2014980)
25. Khaleghparast S, Joolae S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrni N. Visiting hour's policies in Intensive Care Units: Exploring participants' views. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016; 5, 5(S):322-328. Disponibile en: <http://www.ijmrhs.com/medical-research/visiting-hours-policies-in-intensive-care-units-exploring-participants-views.pdf>
26. Morales-Aguilar R, Lastre-Amell G, Pardo-Vasquez, A, De La Hoz-Mercado M. Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de cuidados intensivos. *Duzary*. 2017; 14 (1):16-24.
DOI [10.21676/2389783X.1739](https://doi.org/10.21676/2389783X.1739)
27. Shojaeimotlagh V, Valizadeh S, Hasankhani H et al. Studying the Obstacles to Establishing a System of Free Visiting in the ICU of Subordinating Educational Hospitals of Iranian Medical Sciences University.

International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016; 5, 9(S):429-435. Disponible en: <http://www.ijmrhs.com/medical-research/studying-the-obstacles-to-establishing-a-system-of-free-visiting-in-the-icu-of-subordinating-educational-hospitals-of-ir.pdf>

28. Khaleghparast S, Joolae S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrni N. Obstacles and facilitators of open visiting policy in Intensive Care Units: A qualitative study. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016; 5, 7S:452-456. Disponible en: <http://www.ijmrhs.com/medical-research/obstacles-and-facilitators-of-open-visiting-policy-in-intensive-care-unitsa-qualitative-study.pdf>

29. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enfermería Intensiva. 2014; 25 (2):72 -7. DOI.10.1016/j.enfi.2013.11.007

ANEXOS

Anexo 1:

COCHRANE LIBRARY PLUS
Búsqueda:((icu) OR (critical care) OR (intensive care) OR (intensive care unit)):TI AND ((visits) OR (visitation) OR (visitation program) OR (visiting) OR (visiting policy) OR (open door)):TI [2013-2018]
Límites: Fecha de publicación (2013- 2018)
Resultados: 1 (no se adapta a los criterios de inclusión).
PUBMED
Búsqueda: (((((((icu[Title] OR critical care[Title]) OR intensive care unit[Title]) OR intensive care[Title]) AND (((visits[Title] OR (flexible[All Fields] AND visits[Title])) OR visiting[Title]) OR visiting program[Title]) OR visiting policy[Title])) NOT neonatal[Title]) NOT pediatric[Title]) AND ("loattrfull text"[sb] AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT])))
Límites: Fecha de publicación (2013- 2018), English, Spanish, Free full text, Adult.
Resultados: 20.
WOS
Búsqueda: (TI (visits or visitation or visiting or open door or visiting program or visiting policy)) and (TI (intensive care unit or intensive care or critical care or icu))
Límites: Fecha de publicación (2013- 2018), English, Spanish, Free full text, grupo de edad: all adults.
Resultados: 14.

CINAHL
Búsqueda: (TI (visits or visitation or visiting or open door or visiting program or visiting policy)) and (TI (intensive care unit or intensive care or critical care or icu))
Límites: Fecha de publicación (2013- 2018), English, Spanish, Free full text, grupo de edad: all adults.
Resultados: 9.
DIALNET
Búsqueda: UCI puertas abiertas
Límites: Fecha de publicación (2010- 2019) y luego selección manual adecuando a los rangos de inclusión (2013- 2018)
Resultados: 4.
MEDLINE
Búsqueda: (TI (visits or visitation or visiting or open door or visiting program or visiting policy)) and (TI (intensive care unit or intensive care or critical care or icu))
Límites: Fecha de publicación (2013- 2018), English, Spanish, Free full text, grupo de edad: all adults
Resultados: 3.

Artículos seleccionados en cada base de datos y su inclusión/ exclusión:

COCHRANE LIBRARY PLUS	Cavalcanti A B, Checklist During Multidisciplinary Daily Visits and Clinician Prompting for Reduction of Mortality in Intensive Care Units: A Cluster Randomized Trial.
Inclusión	No. Trata sobre las visitas multidisciplinarias de profesionales médicos.
PUBMED	Rosa RG et al. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster randomised, crossover trial.
Inclusión	No. Estudio inacabado
PUBMED	See K C et al. Effect of extended visiting hours on physician distractions in the ICU: a before-and-after study.
Inclusión	Sí
PUBMED	Robinson C et al. Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits.
Inclusión	No. Trata de UCI de neonatos.
PUBMED	Jacob M, et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation.
Inclusión	Sí
PUBMED	Escudero D et al. It is time to change the visiting policy in intensive care units.
Inclusión	No. Carta a director de publicación.
PUBMED	AACN. Practice Alert:Family Visitation in the Adult Intensive Care Unit Crit Care Nurse.
Inclusión	No, no es un estudio, son recomendaciones.
PUBMED	British Journal of Anaesthesia: Intensive care unit staff will not go back to restricted visiting hours.
Inclusión	No. Carta a director de publicación

PUBMED	Khaleghparast S et al. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units.
Inclusión	No, metodología poco clara.
PUBMED	Chapman D et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit.
Inclusión	Sí
PUBMED	Jouot, T et al. Intensive care unit staff will not go back to restricted visiting hours.
Inclusión	No. Carta a editor de publicación.
PUBMED	Bambi, S. et al. Open visiting policies in Intensive Care Units may not affect consent to organ donation.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
PUBMED	Greene M M et ál. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit.
Inclusión	No. Trata de UCI de neonatos.
PUBMED	Ramos Fernando J et al. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey.
Inclusión	Sí
PUBMED	Santana-Cabrera L, da Cunha HFR. Intensive care unit visitation policies in Brazil: firsts steps in Latin America.
Inclusión	No. Editorial de revista.
PUBMED	Ranzani OT, Jones C. How should I structure my Post-ICU Clinic? From early goal rehabilitation to outpatient visits.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
PUBMED	Speroni C et al. Potential predictors of visiting hours policies in the intensive care setting.
Inclusión	Sí.
PUBMED	Athanasidou A et al. Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective.

Inclusión	Sí.
PUBMED	Riley BH et al. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses.
Inclusión	Sí.
PUBMED	Escudero D et al. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change.
Inclusión	No. Artículo de opinion.
PUBMED	da Silva Ramos FJ et al. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers.
Inclusión	Sí.
WOS	Chapman D et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	Riley BH et al. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	Athanasίου A et al. Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	da Silva Ramos FJ et al. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	Jacob M, et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	Greene MM et al. Maternal psychological distress and visitation to the neonatal intensive care unit.
Inclusión	No. Duplicado.

WOS	Robinson C et al. Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits.
Inclusión	No. Duplicado.
WOS	Khaleghparast S et al. Visiting hour's policies in Intensive Care Units: Exploring participants' views.
Inclusión	Sí.
WOS	Hochstrasser L et al. Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
WOS	Jenkins L, Goldraich M. Critical reflections on a visit to an inner-city primary health care clinic in Rio de Janeiro.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
WOS	Morales-Aguilar R et al. Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de cuidados intensivos.
Inclusión	Sí.
WOS	Shojaeimotlagh V et al. Studying the Obstacles to Establishing a System of Free Visiting in the ICU of Subordinating Educational Hospitals of Iranian Medical Sciences University.
Inclusión	Sí.
WOS	Khaleghparast S et al. Obstacles and facilitators of open visiting policy in Intensive Care Units: A qualitative study.
Inclusión	Sí.
WOS	Pelazza BB et al. Nursing visit and doubts expressed by families in the intensive care unit.

Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
CINAHL	Rosa RG et al. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster randomised, crossover trial.
Inclusión	No. Duplicado.
CINAHL	Whitehouse T et al. The Association Between Visiting Intensivists and ICU Outcomes.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
CINAHL	Knutsson S et al. Nurses' experiences of what constitutes the encounter with children visiting a sick parent at an adult ICU.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
CINAHL	Knutsson S, Bergbom I. Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
CINAHL	Jacob M, et al. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation.
Inclusión	No. Duplicado.
CINAHL	Chapman D et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit.
Inclusión	No. Duplicado.
CINAHL	Riley BH et al. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses.
Inclusión	No. Duplicado.
CINAHL	Ågård AS et al. Rehabilitation activities, outpatient visits and employment in patients and partners the first year after ICU: A descriptive study.

Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
CINAHL	Ayllón Garrido N et al. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.
Inclusión	Sí.
DIALNET	Ayllón Garrido N et al. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales.
Inclusión	No. Duplicado.
DIALNET	Escudero D et al. It is time to change the visiting policy in intensive care units.
Inclusión	No. Duplicado.
DIALNET	Cabeza de Vaca Pedrosa M J, Contenido de las declaraciones de las voluntades vitales anticipadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de los servicios implicados en el final de la vida.
Inclusión	No. No se adapta a temática de la revisión.
DIALNET	Ortega Segura C, et al. Necesidades de la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.
Inclusión	No. No acceso gratuito.
MEDLINE	AACN. Practice Alert:Family Visitation in the Adult Intensive Care UnitCrit Care Nurse.
Inclusión	No. Duplicado.
MEDLINE	Santana-Cabrera L; da Cunha HF. Intensive care unit visitation policies in Brazil: firsts steps in Latin America.
Inclusión	No. Editorial de publicación.
MEDLINE	Ramos FJ et al. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey.
Inclusión	No. Duplicado.