



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – SECRETARÍA DE GRADUADOS DE  
CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE  
CRÍTICO**

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PUERTAS  
ABIERTAS**

*Autora: Lic. CARMONA PATRICIA ELIDA*

*Tutoras docentes: Dra. COMETTO María Cristina*

*Dra. GOMEZ Patricia Fabiana*

*Lic. Especialista Ulloa Ana Cristina*

*Córdoba julio 2018*

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora del presente trabajo desea agradecer a todas aquellas personas que con su apoyo y dedicación lograron que haya podido desarrollar el mismo:

A Dios por darme la sabiduría, fortaleza y paciencia para lograr mi meta.

A mi familia, en especial a mis hijos por su comprensión, aliento y apoyo incondicional.

A los Docentes de la Especialidad de Enfermería en Pacientes de Cuidados Críticos, Tutoras Profesora Dra. Cometto, María Cristina y Profesora Gómez, Patricia Fabiana quienes me han guiado con su dedicación y profesionalismo en éstos dos años.

A mis colegas compañeros de la Especialidad que hemos compartido estos dos años apoyándonos unos a otros.

A mis Supervisoras Lic. Ponce Adriana, Lic. Sequeira Laura del Hospital de Niños, que me brindaron su apoyo durante estos años de estudio y por hacer posible concretar esta meta.

**DATOS DE LA AUTORA:**

LIC. CARMONA, Patricia Elida egresada de la Universidad Católica de Córdoba, año 2012.

Actualmente se desempeña en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Niños de la ciudad de Córdoba y en el Servicio de Pediatría de Clínica Universitaria Reina Fabiola.

## **RESUMEN**

Introducción: El ingreso de un niño en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ocasiona un desequilibrio para todo el núcleo familiar. En éste contexto estresante para el paciente y la familia la visita cobra especial importancia, el permitir horarios de visitas flexibles abiertas para la familia y que éstos puedan participar activamente durante lo que dure la internación del niño.

Este trabajo integrador tiene la finalidad de aportar herramientas al profesional de Enfermería del Equipo de Salud de Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad dedicado a la atención de pacientes pediátrico, el cual le permitirá reflexionar sobre la práctica y avanzar hacia la nueva tendencia: el modelo de terapia de puertas abiertas contribuyendo a la humanización del cuidado.

Metodología: Ésta temática se abordó realizando una búsqueda bibliográfica, de documentación que existe sobre Unidades de cuidados Intensivos de Puerta Abiertas flexibilización de los horarios de visitas en las unidades de Cuidados Intensivos.

Conclusión: Con la flexibilización de las visitas, el abrir las puertas de la terapia, humanizando el trato, contribuye en los pacientes a disminuir la ansiedad, la confusión y la inseguridad; en la familia disminuye la angustia y la incertidumbre de no saber lo que está pasando con su hijo, aumenta la satisfacción de los familiares, responde a las necesidades de la familia, promueve una mejor comunicación y confianza hacia los profesionales y para el profesional permite más oportunidades para la enseñanza paciente-familia y mejora la calidad de atención.

Palabras claves: Unidad de Cuidados Intensivos, Puertas Abiertas, Visitas Flexible, Paciente Crítico, Familia en UCI, Necesidades, Humanización.

## **ABSTRACT:**

Introduction: The coming of a child to the unit of intensive care (UIC) creates disequilibrium in the family nucleus. Within this stressful context, for the very patient and the family, visits become of great significance, including flexible timetables of open visits for the family, and that they are allow to actively participate during the hospitalization of the child.

This integrative work aims to contribute tools to the nursing professional of a health team in unit of intensive care of the Hospital of Children of the Holy Trinity which dedicates to the care of pediatric patients. These tools will allow the nursing professional to reflect upon the practice and to move towards the novel tendency: therapy model of open doors contributing to the humanization of care.

Methodology: The theme has been dealt making a search for bibliography, actual documentation about Units of Intensive Care of Open Doors, flexibility of visit timetable in the Units of Intensive Care.

Conclusion: The flexibility of visit timetable together with the opening of the therapy doors and the humanization of treatment contribute to diminish anxiety, confusion and insecurity of the patients, also to reduce anguish and uncertainty, of not knowing what is happening to your own child, in the family. It increases the satisfaction of the family, responds to their needs, and promotes better communication and confidence towards the professionals, as well as, increased opportunities for the professional for the patient/family teachings and to improve the treatment quality.

Key words: Unit of Intensive Care, Open Doors, Visits, Flexible, Critic Patient, Family in UIC, Needs.

## **INDICE:**

Agradecimiento.....	2
Datos de autora.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Introducción.....	7-8
Desarrollo.....	9-23
Conclusión.....	24-25
Bibliografía.....	26-29

## **INTRODUCCION**

En este presente trabajo monográfico se pretende describir acerca de las unidades de cuidados intensivos destinadas a personas que podemos catalogar como paciente crítico, un lugar donde se regala vida pero también es hostil, lugar donde los pacientes se enfrentan a la enfermedad.

La hospitalización del niño en la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS provoca una separación rápida y abrupta lejos de sus padres, de su familia, de pronto se encuentra en un espacio físico desconocido portando tubos, sondas, catéteres, rodeados de aparatos generadores de sonidos desconocidos, molestos, que le producen miedos, sufrimiento.

Esta situación también alcanza su dimensión psicosocial, por lo que las enfermeras intensivistas deberán incluir no sólo al paciente crítico sino a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, ya que el ingreso de un niño en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ocasiona un desequilibrio para todo el núcleo familiar, motivo por el cual, el personal de salud, en particular el profesional de enfermería debe dirigir su atención no sólo al cuidado, valoración y manejo de las necesidades del paciente sino también de la familia; responder a los avances tecnológicos pero sin perder el horizonte del cuidado humano al paciente y a las necesidades de la familia mientras se encuentran en la sala de espera con sus temores, inseguridades, con déficit de información generándoles angustia permanente.

En éste contexto estresante tanto para el paciente como para la familia la visita cobra especial importancia, permitir horarios de visitas flexibles para la familia y que éstos puedan participar activamente durante lo que dure la internación del paciente, implementando las terapias abiertas contribuye a la humanización del cuidado intensivo teniendo un efecto positivo para adaptarse a la experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos mejorando su satisfacción, decreciendo su ansiedad, estrés y pudiéndose mejorar la comunicación entre paciente, la familia y el personal.

La política de visitas de las Unidades de Cuidados Intensivos es una cuestión controvertida y frecuente objeto de estudio que ha suscitado numerosos debates, siendo un tema de interés académico en el ámbito profesional.

Esta temática se abordó realizando una búsqueda bibliográfica de documentación que existe sobre Unidades de Cuidados Intensivos, su origen y definición, la Familia y su participación, teorías que sustentan el cuidado Humanizado centrado en el paciente y su familia, Régimen de Visitas, Unidades de Cuidados Intensivos de Puertas Abiertas, Flexibilización de los horarios de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos y otros aspectos como resistencias, efectos, beneficios, ventajas en la flexibilización de las visitas y el papel del profesional de

Enfermería en la aplicación del lineamiento de Unidad de Cuidados Intensivos de Puerta Abiertas.

Su finalidad es aportar herramientas al profesional de Enfermería del Equipo de Salud de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad dedicado a la atención de paciente pediátricos el cuál le permitirá reflexionar sobre la práctica y avanzar hacia la nueva tendencia, el modelo de Unidades de Cuidados Intensivos de Puertas Abiertas, Visitas y flexibilización de los horarios de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos, despertando interés sobre ésta temática ya que la Humanización en los ámbitos de salud es esencial y prioritario.

## DESARROLLO

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) han sido, desde su aparición, áreas especializadas para aquellos pacientes que se encuentran en estado crítico, los cuales necesitan cuidados especiales y vigilancia continua. A lo largo de su historia estas unidades han ido avanzando tecnológicamente, así como las profesiones sanitarias han ido especializándose.

Su origen está ligado a la historia universal, concretamente a la guerra de CRIMEA (1854-1856) durante esta guerra la enfermera Florence Nightingale con la finalidad de atender mejor a los enfermos críticos quirúrgicos por la bélica agrupó a éstos enfermos en determinadas salas del hospital y estaban atendidas por un grupo de enfermeras especialmente preparadas.

En 1860 Florence Nightingale allanó el camino para la medicina crítica remarcando las ventajas de establecer áreas separadas de los pacientes que se recuperaban tras la cirugía. Aunque, se postula que la primer unidad de cuidados intensivos data en 1928 cuando el neurocirujano Dr. W. E. DANDY organizó una UTI (Unidad de Terapia Intensiva) para los cuidados post-operatorios Neuroquirúrgicos.

En Alemania las primeras UCI postquirúrgicas datan de 1930. Durante la segunda guerra mundial se establecieron unidades de shock, de resucitación y cuidados postquirúrgicos de los soldados heridos.

Durante los años 50 se desarrolló la ventilación mecánica, tras la experiencia positiva en DINAMARCA durante la epidemia de la poliomielitis y en los años 70 se crea la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (SCCM), éstas unidades especializadas se han ido ampliando y se han centrado en el manejo de la persona en estado crítico con la más alta calidad del recurso humano, material y tecnológico (1).

La unidad de cuidados intensivos, se la define como ***“una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de modo que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuados para atender pacientes que siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte ventilatorio o que precisan soporte***

***respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos y sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieren soporte por fallo multiorganico” (2)***

Se ha afirmado que la unidad de cuidados críticos:

Es un área especial dentro de una institución de salud que proporciona soporte vital a pacientes que están críticamente enfermos, quienes por lo general requieren supervisión y monitoreo intenso de alta complejidad.

Una vez definido el concepto de UCI es importante conocer el significado de paciente.

**.paciente:** los individuos internados en las unidades de cuidados críticos están en una situación de vulnerabilidad dada por la pérdida de su autonomía, la disminución de sus funciones vitales, el miedo a lo desconocido, la separación temporal de sus familias (3).

Desde su creación, las UCI se han concebidos como espacios cerrados por el riesgo que supone la condición crítica de los pacientes y la complejidad de su estado de salud; sin embargo con el transcurrir del tiempo las experiencias de los profesionales de la salud y la incorporación de las diferentes teorías de enfermería en el cuidado de los pacientes han hecho cada vez más evidentes necesidades familiares y de los enfermos y ello ha impulsado el estudio de la participación familiar en la satisfacción de dichas necesidades y en la recuperación del paciente. Por tal motivo, es necesario que la participación de la familia se convierta en una realidad y prioridad en las unidades de cuidados críticos (4). No podemos olvidar que junto al paciente está la familia.

**Familia:** es un concepto flexible desde la antigüedad y que sigue cambiando en la actualidad debido a los numerosos movimientos sociales y culturales que se producen en nuestra sociedad. En el artículo *“hacia un nuevo concepto*

*interdisciplinario de la familia en la globalización*” se reflejan algunas de las aproximaciones que se han dado a lo largo de la historia.

La OMS define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en la escala mundial”.

La ORGANIZACIÓN DE LA SALUD (OMS) define la familia “como un conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.). Con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (5).

Según la OPS desde una perspectiva psicosocial, la familia es vista como:

- 1) Uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y desarrollo de los miembros de la familia.
- 2) Un contexto de por si complejo e integrador, pues participa en la dinámica interaccionar de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales de desarrollo del adolescente.
- 3) Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.
- 4) Uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada que es, por lo tanto, uno de los focos de la prevención primordial y primaria se acepta además, que en el mundo cambiante actual no es posible asociar el adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino que es indispensable reconocer la existencia de múltiples formas de familia. Esta dinámica debe ser objeto de estudio para identificar los criterios de adecuación y de salud (6).

La familia es pues, un sistema social y natural y que está constituida por una red de relaciones que dan respuestas a las necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana.

La familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto la familia es uno de los factores que más influyen en su presente y futuro y aun más si tiene alguna alteración que lo lleva a estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos., siendo prioritaria su participación.

Podemos decir entonces que la participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente cuando la condición de salud lo permita a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente (7).

Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidados intensivos; entonces ubicando a la persona críticamente enferma como parte de su entorno o estructura familiar, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente crítico modifica el significado que el paciente o la familia dan a la enfermedad.

Otro autor menciona: “la hospitalización del paciente en el área de cuidados críticos ocasiona un desequilibrio para todo el grupo familiar, razón por la cual el personal de salud en particular el profesional de enfermería debe dirigir su cuidado a la valoración y al manejo no solo de las necesidades de los pacientes sino también de las familias” (8).

Se ha afirmado que, la atención más integral del paciente de cuidados intensivos, requiere de la atención de sus necesidades afectivas y sociales, por lo tanto la presencia más activa de la familia en sus cuidados.

Otro autor nombra que bajo el enfoque holístico del cuidado, la enfermería actual extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se refleja en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación

familiar dónde se pretende una recuperación más rápido de las personas en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, de manera que ello se refleje en la calidad del cuidado de enfermería” (9).

Otro autor hace referencia que “La humanización en las unidades de cuidados intensivos es el reto actual en el mundo sanitario, sobre todo en aquellas unidades donde el dominio de la tecnología y la técnica propia del enfermero se aprecian en forma vital”(10).

Podemos afirmar que, humanizar los cuidados en las unidades de cuidados intensivos supone una filosofía del cuidado que beneficia al paciente; contribuye al crecimiento de la enfermera como ciencia y dignifica a la persona como ser humano.

Humanizar la realidad asistencial significa hacerla digna de la persona humana es decir, para hacerla sentir valorada como persona en todos sus derechos, se humaniza cuando se atiende a las personas desde su concepción holística proporcionando respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas.

La autora Osuna Guerrero M. menciona que “La humanización ha de estar presente en todas las actividades, intervenciones y técnicas como marca de identidad enfermera integrar la humanización en los cuidados supone identificar las necesidades del paciente y su familia en todas sus dimensiones y tratarlas en su totalidad como seres humanos” (11).

Como dice Bermejo “hablar de humanización reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan y esto lo convierte en una necesidad de vital importancia y transcendencia. Es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”(12).

Hay que tener en cuenta que en los años 70 la profesora de enfermería Margaret Jean Harman Watson comienza a elaborar su teoría del cuidado humano.

En sus teorías sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto

humano, espiritual y, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería”.

Para Watson la humanización de enfermería es un acercamiento a los aspectos emocionales afectivos y espirituales, a través de las actividades de enfermería, el dialogo, la resolución de problemas y el desarrollo de la empatía.

Considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en la teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo Nightingale (enfermera) Henderson, Hall, Leininger (antropólogas y enfermeras) Hegel (filósofa), Kierkegaard (filósofa y teóloga), Gadow (naturista) y Yalom (psiquiatra) elabora su “teoría del cuidado humano” (13).

La humanización de los cuidados vuelve a ser un tema del que hablar y plantear actividades. En mayor o menor grado, se puede visualizar intervenciones de las unidades de cuidados críticos que reflejan una preocupación por este aspecto: visitas con horarios más flexibles, decoración de la unidad para un mejor aspecto visual, sesiones de reunión con la familia, entre otras. Pero debemos confirmar que las enfermeras, se encuentran en una actitud de cambio, que conocen las iniciativas y que se encuentran en una posición de aceptación y de darle importancia a la humanización de los cuidados.

En una unidad de cuidados intensivos se nos plantea un gran desafío, un reto grandioso, el cual es lograr la humanización del cuidado intensivo, siendo líderes en las instituciones sanitarias promoviendo el respeto a los derechos del paciente, lograr que el equipo desarrolle una labor humanizada.

En la actualidad: Un hecho constatable en los hospitales, en las unidades críticas, es que el enfermo recibe insuficiente atención como persona. No obstante se observa una corriente cada vez más extendida entre los profesionales de salud de que es necesaria que ésta situación empiece a cambiar. Se vuelve a plantear la relación interpersonal como pilar básico, cuya esencia es el servicio y ayuda al enfermo, sobre todo cuando, las diversas acciones terapéuticas como tal ya no pueden hacer nada más, ya no producen el efecto o beneficio esperado y el

horizonte de vida es corto. En éstos momentos son los profesionales de enfermería quienes deben identificar las necesidades individualizadas del enfermo para proporcionarle una cobertura integral, aliviarle los síntomas prioritarios, mejorar el confort, ayudarle adaptarse a su enfermedad y a ser conscientes de las consecuencias que de ellas se deriven (14).

Uno de los movimientos más importantes e influyentes con respecto a humanizar los cuidados intensivos, es el plan de humanización presentado por la comunidad de Madrid, llamado proyecto HU-CI, propuesto para los años 2016 al 2019 en el que múltiples profesionales trabaja actualmente para dar a conocer las actividades propuestas y convencer a las instituciones para un progreso futuro (15).

Este proyecto busca a través de la investigación participativa y en red evaluar diferentes áreas y llevar a cabo la implementación de las correspondientes acciones de mejora. Y se abordan estas áreas, siempre desde una triple perspectiva, considerando a los pacientes, sus familiares o allegados y los profesionales que los atienden (16).

Los pacientes críticos son especialmente vulnerables tanto desde el punto de vista físico por su enfermedad grave, como por los factores estresantes a los que se ven sometidos durante su ingreso. Ante estas situaciones, los pacientes esperan su curación, pero igualmente pretenden el bienestar. En ocasiones, incluso esa curación será imposible y procurar el bienestar deberá entenderse como el principal objetivo.

Los familiares y allegados también sufren las consecuencias y en muchas ocasiones sus necesidades físicas y emocionales no son cubiertas de forma óptima conforman el lado psicosocial de la atención al que tanto se alude en nuestra formación y que solemos abandonar para centrarnos en la enfermedad, por su parte los profesionales del enfermo crítico se exponen a muchos factores que pueden derivar en conflictos interpersonales y alteraciones psíquicas y emocionales que interfieren en su trabajo, impactan a nivel personal y profesional y que pueden influir en los resultados de los pacientes.

Proponer y propiciar medidas que favorezcan el cuidado de todos los implicados, pacientes, familiares y profesionales es el principal objetivo del proyecto.

Las líneas de investigación que este plan recoge van desde programas de:

- ❖ “UCI de puertas abiertas”
  - ❖ “Comunicación”
  - ❖ “Bienestar del paciente”
  - ❖ “Presencia y participación de los familiares”
  - ❖ “Cuidados del personal”
  - ❖ “Prevención y manejo del seguimiento del síndrome post-uci”
  - ❖ “Infraestructuras humanizadas” mejoras en las infraestructuras, controles de luz
- ❖ “Cuidados al final de la vida” (17).

Este proyecto fue adoptado por otro país como Colombia:

Hacia el año 2016 Cúcuta Colombia Clínica y la Fundación Humanizar Cuidados intensivos (HU-CI) de Arturo Arias y Dora Rozo se adhiere a las ocho líneas estratégicas del PROYECTO HU-CI de España que lanzo en el año 2015 el Dr. Gabriel Heras (18).

En la publicación “aspirando a la h-excelencia” menciona que la esencia de ésta h-excelencia son las ocho líneas estratégicas que son los pilares del proyecto HU-CI (19).

Podemos decir entonces que la atención más integral, humanizada del paciente de las unidades de cuidados intensivos requiere de la atención de sus necesidades afectivas y sociales por lo tanto la presencia más activa de sus padres y familia que pueda paliar de alguna manera el dolor y el sufrimiento que acompaña a nuestros pacientes y familias.

El ingreso a UCI es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como la familia. En éste contexto, la visita cobra especial importancia ya que a través de ella se da la interacción entre el paciente crítico y aquellas personas significativas para él dentro del entorno hospitalario .El carácter cerrado de las visitas en las UCI tienen su origen en la práctica llevada a cabo en las primeras unidades cerradas hacia 1960, en las que las visitas eran restringidas por el desconocimiento del impacto que éstas podían tener sobre el paciente y familiares (20).

La Dra. Achury menciona que (21).

“Las visitas se originaron en 1965 cuando se dio lugar a la creación a las unidades de cuidado intensivo en Estados Unidos, siendo una característica importante de ellas, la limitación de ingreso a los familiares en periodos cortos de tiempo, puesto que se afirmaba que las visitas generaban efectos negativos en la salud y estado del paciente crítico por la complejidad de sus condiciones físicas, manejo y tratamientos” (22).

La restricción del horario de las visitas hospitalarias comenzó hacia fines de la década de 1980 para los pacientes sin seguros medico, con el fin de establecer orden y organizar las guardias generales. Durante muchas décadas después los pacientes con cobertura médica tenían derecho a recibir visitas libremente, en casi cualquier momento, en sus habitaciones. Luego en un esfuerzo por proteger al paciente y a la familia del paciente por el cansancio de recibir demasiadas visitas los hospitales instituyeron horarios de visitas más amplios para pacientes con cobertura y sin ella, tanto en pacientes internados en unidad de terapia intensiva como en sala general (23).

La mayoría de los hospitales han flexibilizado las normas de visitas en las unidades de cuidados intermedios pero siguen siendo estrictas para las UCI a pesar que cada vez es más consciente de lo importante que es la presencia del familiar y a pesar que el equipo de salud reconoce cada vez más los derechos del paciente.

Hay que tener en cuenta que el autor Berwick, D. M. menciona: El Institute for Healthcare Improvement (IHI) invitó a un numero de hospitales a tratar de mejorar la atención en UTI dejando sus puertas abiertas en el sentido de establecer un régimen totalmente irrestricto. Aún con la propuesta de liberar las visitas su implementación genera una resistencia entre las enfermeras y médicos quienes están preocupados por tres temas, uno de ellos es la interferencia con la atención del paciente, la presencia irrestricta de uno de los familiares hará más difícil el trabajo de médico y enfermeras; sin embargo la evidencia indica que la familia sirve como una estructura de sostén, aumenta las oportunidades de educación para la familia y paciente facilitando la comunicación, además la familia puede ser capaz de brindar una retroalimentación creando una relación de trabajo mejor para todos. El otro tema se refiere que el paciente debería quedarse solo para descansar acepta en forma

errónea que la presencia de la familia le causa estrés; la literatura empírica indica que la presencia de la familia tiende a calmar al paciente brindando una organización sensorial y un ambiente de estimulación y familiaridad al entorno extraño. El tercer problema es que la visita constante puede acarrear cansancio en la familia, quienes pueden no darse cuenta que necesitan descansar; mientras que esto sucede algunas veces, también es cierto que las horas de visitas libres ayudan a aliviar la ansiedad de la familia, permaneciendo con el paciente se sienten más seguros. Un estudio comprobó que la visita abierta tuvo un efecto beneficioso en el 88% de los familiares y disminuyó un 65% la ansiedad.

En general, la evidencia disponible indica que los problemas en cuanto a las visitas irrestrictas son en general exagerados y manejables. La apertura de la UTI a los familiares comprende un cambio cultural importante que puede darse por propia determinación (24).

En realidad ésta restricción se basa sobre todo en la costumbre, en la falta de reflexión crítica sobre sus inconvenientes y en una planificación más centrada en las necesidades profesionales, que en la de los pacientes y familiares (25).

En el año 1979, Molter realizó por primera vez un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos identificando entre otras, el mantenerse cerca de su ser querido. Este deseo de cercanía implica poder visitar al paciente a cualquier hora, ver al paciente frecuentemente, recibir información sobre el paciente una vez al día, poder cambiar las horas de visitas en casos especiales, ser informado sobre los planes de traslado, tener cerca una sala de espera, iniciar la hora de visita en el horario establecido.

Molter identificó las necesidades familiares en cuatro categorías: necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas.

**Las necesidades cognitivas** se refiere la información y la comunicación, es una necesidad prioritaria recibir información clara y las políticas de visita flexible favorecen la satisfacción de dicha necesidad.

**Las necesidades emocionales** son la de esperanza y seguridad de que el paciente está siendo cuidado por profesionales competentes. La política de visita inflexible es percibida por el familiar negativamente dando lugar a sentimientos de

indefensión e impotencia.

**Las necesidades sociales** son todas aquellas concernientes a las relaciones personales, tienen la necesidad de proximidad, el poder ver al paciente con regularidad, es un aspecto importante para los familiares del paciente crítico, poder visitarlo y mantener el contacto físico.

La flexibilidad del horario de visita es una de las **necesidades prácticas** que presentan los familiares ofreciéndole la oportunidad de continuar con su vida y hacer las visitas cuando les viene bien, este hecho puede favorecer que se vayan a descansar, continuar con sus empleos, satisfacer la necesidad de otros familiares (26)

A partir de las necesidades de los familiares y del paciente de compartir el mayor tiempo posible durante la hospitalización, de las características de las visitas que están determinadas por el tiempo de duración, número de familiares, infraestructura, tipo de información se han descrito regímenes de visitas identificándose los términos restrictivos o cerrados y no restrictivos o flexibles o abiertos que son empleados indistintamente.

**Las restrictivas** cuando el acceso es restringido, establecen limitaciones de horario, cantidad y parentesco de los familiares, además de la imposición de un momento determinado para dar información del estado de salud del paciente durante su hospitalización.

**Las no restrictivas, flexibles o abiertas** se caracterizan por permitir a los familiares el ingreso a la UTI en cualquier momento durante las 24 hs del día, con la frecuencia durante el tiempo que ellos deseen y permitiendo el ingreso de los niños a la unidad.

El tipo de visita que se instaure debe fundamentarse en aquella que de forma individualizada permita obtener el mayor beneficio en la recuperación del paciente y satisfacción de los familiares (27).

Hay que tener en cuenta que la autora Achury Saldaña D.M. (8) “Existen factores que influyen en la flexibilización de las visitas de las actuales políticas restrictivas de visitas en las unidades de cuidados intensivos; muchos de éstos factores se encuentran relacionados con el tipo de unidad y las creencias y percepciones de los

familiares y de los profesionales de la salud. Con mayor frecuencia se observa una política liberalizada de visitas en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales al parecer por las evidentes necesidades de éste grupo etario; además de ello las percepciones y creencias de los profesionales son otros factores influyentes en la liberalización de las visitas, en dónde la falta de tiempo para la interacción con el familiar y las posibles falencias en la capacidad de relación y de conocimientos se traducen en temor por parte de los profesionales de la salud para la apertura de la visita en las unidades de cuidados crítico” (28).

Es importante mencionar que los pacientes hospitalizados en unidad de terapia intensiva y sus familias obtienen beneficios al liberar, flexibilizar las visitas, que debemos tomar en cuenta:

**En la dimensión física:** hay cambios de las constantes vitales de los pacientes críticos como aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial y disminución de la presión intracraneana, permitiendo una reducción en las complicaciones cardiovasculares y así mismo una disminución de la dependencia física del paciente promoviendo su participación e integración del cuidado con su familia.

**En la dimensión emocional:** se ha evidenciado una disminución de la ansiedad y temor en el paciente y familias, estos sentimientos son derivados de la oportunidad de información, contacto y comunicación que se establece en el tiempo de las visitas, donde se logra en el paciente una disminución del estrés, percepción de mayor tranquilidad, calma y menor depresión cuando es visitado por su familia.

**En la dimensión social:** se favorece una adecuada relación familia–paciente–enfermera, lo que promueve una mayor comunicación e interacción con las familias y permite la planificación de un cuidado más individualizado (29).

Sumado a los efectos que generan las visitas en los pacientes y familia, se ha evidenciado que también produce efecto positivo en el profesional de enfermería y profesional médico incrementando la satisfacción laboral de éstos debido a la retroalimentación positiva por parte de los familiares.

Con éste panorama sobre el estudio de las visitas, tipo de visitas, factores y efectos-beneficios de las visitas abiertas se ha podido mostrar las ventajas de una

política de visita abierta y percepciones positivas tanto en el paciente, como en el familiar, como en la enfermera.

Dentro de las ventajas se evidencian: (30)

- **Paciente:** hay aumento de la satisfacción de las necesidades; promueve la recuperación al reducir el estrés y fomentar la calma; efecto psicológico positivo; un efecto positivo en las medidas cardiovasculares.
- **Familia:** incrementa la satisfacción de las necesidades familiares dentro de las cuales la de proximidad, seguridad e información son prioritarias así mismo se considera que hay una disminución del estrés, disminución de la ansiedad, posibilidad de visitar cuando lo deseen.
- **Trabajadores de la salud:** la familia como estructura de apoyo incrementa las oportunidades de educación del paciente y familia y facilita la comunicación; aumento de la satisfacción de la enfermera por la retroalimentación de los miembros de la familia; mejora la atención de enfermería de entrega, obtención de información valiosa; mejor relación de trabajo entre el personal y la familia.

Dentro de las percepciones positivas: (31)

- **Paciente:** disminuye las complicaciones cardiovasculares, la mortalidad y la ansiedad y se sienten más tranquilos.
- **Familia:** permite conocer y comunicarse mejor con el personal de salud y ello incrementa la satisfacción; al facilitar la comunicación con el personal de salud ello permite obtener mayor información sobre el estado de salud del paciente. Los familiares consideran que las visitas se deben adaptar para satisfacer las necesidades del paciente y la familia.
- **Enfermera:** las enfermeras están de acuerdo en que las visitas tiene un efecto benéfico en los pacientes y disminuyen la ansiedad en la familia, que la familia representa un apoyo emocional para el paciente.

Las visitas permiten que la familia proporcione información sobre el paciente y a la vez que la enfermera conozca las necesidades del paciente y la familia además durante la visita la familia:

- ✓ Puede participar en la movilización precoz.
- ✓ Acompañar al paciente cuando se lo moviliza.

- ✓ Acompañar y colaborar en la alimentación vía oral del paciente.
- ✓ Apoyar con elementos de estimulación sensorial como música y lectura.
- ✓ Realizar cuidados de la piel.
- ✓ Participar en la medida de lo posible en la higiene del paciente.
- ✓ Ser educados por enfermería para el alta del paciente (pacientes con traqueotomías, sondas de alimentación, y /o ostomías) (32).

De ésta manera la presencia y la participación sin restricciones de padres/familia (persona de apoyo) pueden mejorar la seguridad de la atención y mejorar la satisfacción del paciente y la familia.

El profesional de enfermería de cuidados intensivos desempeña un rol importante en el proceso de flexibilización de las visitas, ya que puede participar de manera proactiva en el establecimiento directrices y lineamientos con bases en la evidencia científica, pero surgen numerosos interrogantes a la hora de reorientar las políticas con base en las relaciones con los familiares del paciente crítico. En primer lugar, no constituye una simple intervención más, sino que conlleva un todo un cambio de filosofía. Para ello es necesario que se apropie del conocimiento referente a las visitas y, con ello del desarrollo y fortalecimiento de herramientas que faciliten la comunicación con la familia y el apoyo en los momentos de crisis (33).

La atención a los familiares de los pacientes críticos tendrá mayor probabilidad de éxito si existe una cierta inclinación hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente.

Se menciona que a nivel de argentina tenemos evidencia de algunas instituciones que flexibilizaron sus visitas:

El SANATORIO FINOCHEETTO de BUENOS AIRES en el servicio de terapia intensiva y unidad coronaria, buscan resguardar la privacidad de los pacientes y favorecer su contención afectiva como elementos importantes para su recuperación con autorización del médico, cada paciente podrá contar con la presencia continua de un acompañante.

La terapia intensiva del SANATORIO OTAMENDI DE Bs As, brindan una atención medica que contemple los aspectos vinculados al conocimiento científico y a la tecnología aplicada, haciendo especial énfasis en aquellos relacionados con el

compromiso y el contacto personalizado con el paciente y la familia, para esto se ha creado un sistema de terapia abierta en la cual los pacientes puedan ser acompañados por sus familiares durante la mayor parte de su internación en el área crítica.

SANATORIO TRINIDAD (PALERMO) cuenta con un servicio de cuidados intensivos centrados en la familia, se privilegia la compañía del paciente con la misma para ello las habitaciones cuentan con el confort necesario para el familiar.

SANATORIO BORATTI de MISIONES donde la terapia intensiva es abierta, permite la interacción entre el médico, el paciente y el personal dándole un espacio privado para el paciente y el acompañamiento de un familiar permite una mejora más rápidamente por los estímulos que recibe al estar acompañado todo el tiempo por un conocido.

*SANATORIO ALLENDE CERRO DE LA CIUDAD DE CORDOBA solo el sistema de terapia abierta en la UTI pediátrica y en la neonatología (34).*

Hay evidencia como la implementación de maternidad segura y centrada en la familia del MINISTERIO DE LA NACION junto con el UNICEF, HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA y la FUNDACION NEONATOLOGIA que proponen la cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención (35)

HOSPITAL ITALIANO de BUENOS AIRES, Hospital acreditado por JOINT COMMISSIONS INTERNACIONAL.

Debido a que se trata de una terapia de puertas abiertas no hay un horario de visitas establecidas, pudiendo permanecer un máximo de dos personas. Existen casos especiales en los cuales el equipo tratante evalúa la situación y establece con los familiares un régimen de visitas específicos. En la terapia de pediatría la presencia de acompañantes padres-tutores-abuelos no poseen restricción horaria.

HOSPITAL PADILLA DE TUCUMAN es un ejemplo de Argentina actual: H-UCI de puertas abiertas.

## **CONCLUSION**

El presente trabajo permite concluir que la flexibilización del horario de visitas y adecuación a las necesidades individuales del paciente, una Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas, es una temática de interés para las ciencias de la Salud.

La evidencia de la bibliografía disponible hace más indiscutible la imperiosa necesidad de transformar la realidad, ya que la política de visita flexible, además de ser beneficiosa para los familiares del paciente crítico y del propio paciente, constituyen en sí mismo una necesidad, la de los padres de “estar con su hijo”, “de cercanía “ “de interacción “y la de los niños“ afrontar mejor la situación traumática”, ambos demandan la necesidad de sentirse informados, la necesidad de comunicación, de una atención personalizada cálida y confortable; humanizar el trato con el paciente y con la familia .

Por ello, con el conocimiento obtenido se considera prioritario, favorecer la paulatina participación de los familiares, ya sea padres y/o tutores en el cuidado del paciente y la adquisición de un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente, lo cual, se ve favorecida por las visitas abiertas, “abrir las puerta de la terapia”; abordando de manera conjunta al familiar del paciente y al paciente crítico, teniendo en cuenta su estado bio-psicosocial, emocional y espiritual, y su relación con el entorno en un enfoque holístico.

De ésta manera, la flexibilización de las visitas, el abrir las puertas de la terapia humanizando el trato, contribuye en los pacientes a disminuir la ansiedad, la confusión y la inseguridad; en la familia disminuye la angustia y la incertidumbre de no saber lo que está sucediendo con su hijo, aumenta la satisfacción, promueve una mejor comunicación y para el profesional permite más oportunidades para la enseñanza al paciente/familia y se involucra más en la atención.

A pesar de todos los estudios donde se observa como el acompañamiento del familiar y el horario de visita flexible suponen un beneficio para el paciente y el familiar, esto sigue sin concretarse masivamente. Es necesario derribar los mitos que las visitas estresan, que los familiares interfieren en la prestación de los

cuidados interrumpiendo el trabajo, que las visitas son agotadoras para el paciente y la familia, que vulneraría la intimidad del resto de pacientes y que contribuye a las infecciones, entre otras.

*Creo que el primer paso es entender que a pesar de ser humanos no siempre estamos humanizando, ya que humanizar es: Un modo de ser; Un modo de vivir; Un modo de relacionarnos; Un modo de cultivarnos, Viajar por nuestro interior, experimentar la vida de otro modo.... Humanizar es tener la sensibilidad suficiente para involucrarse, flexibilizarse y conectarse con la necesidad de nuestros pacientes y su familia.... Crear mejores momentos para nuestros pequeños pacientes, realizando una asistencia y cuidados individualizados no sólo al paciente sino a su familia.*

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Marco Pérez P, Sáenz Vay F (dir). "Influencia de las visitas flexibles en las Unidades de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia" [Trabajo Final de Grado]. [Tortosa]: Universidad Rovira I. Virgili; Campus Terres de L'Ebre. 2016 [citado mayo 2018]. Recuperado a partir de PDF <http://https://www.google.com.ar/search?q=influencia+de+las+visitas+flexifles+en+las+unidades+de+los+cuidados+intensivos+sobre+las+necesidades+de+paciente+clinico+y+la+familia&oq=influencia+de+las+visitas+flexifles+en+las+unidades+de+los+cuidados+intensivos+sobre+las+necesidades+de+paciente+clinico+y+la+familia&aqs=chrome..69i57.55500j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Recomendaciones [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
3. Schawartmanz, L "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". [Internet]. dic. 2003 Cienc Enferm v.9n.2 Concepción. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)
4. Achury Saldaña D.M., Achury Beltrán L.F, Ramírez Cárdenas A., "Participación Familiar en el cuidados del paciente critico una propuesta de fundamentación teórica". Investigación en Enfermería imagen y desarrollo, vol.15, número 2 julio-diciembre 2013 pp137-151. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Colombia. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803008>
5. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Familia%20y%20adolescencia.%20Indicadores%20de%20salud.pdf>

6. Vargas Melgarejo L. M. "Sobre el concepto de percepción". *Alteridades* 1994, 4 (8) 1994447-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

7. Achury Saldaña D.M., Achury Beltrán, L.F, Ramírez Cárdenas A M; Julio-Diciembre 2013. 10, op, ct.

8. Achury Saldaña D.M., Achury Beltrán, L.F, Ramírez Cárdenas A.M. "La Familia y las Visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos" *Word* vol. 8 (1), 2, 2011. [Internet] <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>

9. Achury Saldaña D.M., Achury Beltrán L.F; Julio-diciembre 2013. 10, op, ct.

10. Oliva Mederos J. R, Delgado H. (dir) "La Humanización de los cuidados de Enfermería Intensiva: La posición de las enfermeras de la UCI frente al aspecto Humano del cuidado intensivo." [Grado de Enfermería] [Tenerife] Universidad de La Laguna 2017. Recuperado a partir de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5357/La%20humanizacion%20de%20los%20cuidados%20de%20enfermeria%20intensiva%20la%20posicion%20de%20las%20enfermeras%20de%20UCI%20frente%20al%20aspecto%20humano%20del%20cuidado%20intensivo.pdf?sequence=1>

11. Osuna Guerrero M., Pastor-Montero S M, "Estrategias de humanización en las Unidades de cuidados neonatales: revisión bibliográfica" [Internet] Biblioteca Las Casas 2018; vol.14. Disponible en <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11609>

12. Velasco Bueno J.M., Heras La Calle G. "Humanizando los cuidados intensivos de un proyecto Inspirador a nuevas realidades". [Internet] *Ética de los Cuidados* 2017 jul-dic; 10/ 20 .Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>

13. Oliva Mederos J.R.; 2017.13, op, ct.

14. Oliva Mederos J. R.; 2017.13, op, ct

15. Velasco Bueno J.M, Heras La Calle G., Ortega Guerreo A, Gómez Tello V, “Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos” [Internet] Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 PDF. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

16. Velasco Bueno JM., Heras La Calle G, Ortega Guerrero A., Gómez Tello V.; 2017.15, op, ct.

17. Velasco Bueno JM., Heras La Calle G, Ortega Guerrero A.; Gómez Tello V; 2017. 15, óp., ct.

18. Disponible en: Youtube “Campaña Nacional de Puertas Abierta. Abril 2018-2019#uciabiertacolombia2018-2019” .Fundación Humanizando las Unidades de cuidados intensivos [Internet]: [https://www.youtube.com/watch?v=kXN2KyM-\\_eg](https://www.youtube.com/watch?v=kXN2KyM-_eg)

19. González de Dios J. “Aspirando a la H-Excelencia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos” [Internet]. Recuperado a partir de <https://www.slideshare.net/jgdedios/aspirando-a-la-hexcelencia>

20. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Saunas S “La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico” [Internet] 2012; 23:179-88- <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>

21. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán L F, Ramírez Cárdenas A M; 2011.12, op, ct.

22. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán L F, Ramírez Cárdenas A M; 2011. 12, op, ct.

23. Berwick D M, Kutagal M. “El horario de visitas en Unidad de Cuidados Intensivos –Puntos de vista” [Internet] agosto 2004 [citado 14 de Abril de 2018]. Recuperado a partir: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=41785>

24. Berwick D M, Kutagal; 11 de Agosto 2004. 17, op, ct.

25. Velasco Bueno J, Heras La Calle G; 2017. 13, op, ct.
26. Errasti-Ibarrondo B, Tricas–Sauras S; 2012. 16, op, ct.
27. Achury Saldaña D M, Achury Beltrán L F, Ramirez Cárdenas A M; 2011. 12, op, ct.
28. Achury Saldaña D M, Achury Beltrán L F, Ramírez Cárdenas A M; 2011. 12, op, ct.
29. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF, Ramírez Cárdenas AM; 2011.12, op, ct.
30. Achury Beltrán LF “Panorama General de las Visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos “[Internet]. Invest.Enferm. Imagen-desarr. 2014; 16 (1), 67-71. DOI: 1011144Javeriana.IE 16-1.pguv <http://www.redalyc.org/html/1452/145231426005/>
31. Achury Beltrán L; 2014. 20-21, op, ct.
32. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S; 2012.16, op, ct.
33. Achury Beltrán LF; 2014. 20-2, op, ct.
34. González P. “Implementación de puertas abiertas al régimen de visitas de terapia intensiva” [Trabajo Final Integrador]. [Córdoba] 2016. Proyecto Implementación Sanatorio Allende Cerro Córdoba: disponible en <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/gonzalez-paulA.pdf>
35. Osuna Guerrero M, Pastor–Montero SM; 2018.13, op, ct