



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

**BENEFICIOS DE PUERTAS ABIERTAS Y PARTICIPACIÓN  
DE FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**BENEFITS OF OPEN DOORS AND PARTICIPATION OF  
FAMILY MEMBERS IN INTENSIVE CARE UNITS**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORA

KATHIA STEPANNY AZABAMBA GOMEZ

ASESOR

LUIS HERMENEGILDO HUAMAN CARHUAS

LIMA - PERÚ  
2024



**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

**ASESOR**

Mg. Luis Hermenegildo Huaman Carhuas

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9463-6194>

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo monográfico va dedicado a mis padres por el apoyo incondicional que me brindan, por su comprensión y enseñanzas que me brindan que son necesarias en la vida diaria, a todos mis docentes de la especialidad cuidados intensivos, por las enseñanzas de conocimientos actualizados y ser parte de información profesional como especialista.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios por brindarme y disfrutar de mi familia, por iluminarme día a día en cada proyecto que emprendo, gracias a mi familia que son el motivo más grande, por estar en cada momento y brindarme fuerzas para seguir en este camino y poder culminar esta etapa.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

La presente investigación es autofinanciada íntegramente por mi persona.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Como única autora de la presente investigación, declaro la originalidad del manuscrito titulado, **BENEFICIOS DE PUERTAS ABIERTAS Y PARTICIPACIÓN DE FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**, así mismo declaro no mantener ningún conflicto de intereses.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### BENEFICIOS DE PUERTAS ABIERTAS Y PARTICIPACIÓN DE FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Autónoma de Madrid</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Privada del Norte</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.medintensiva.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.scielo.org.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>revistas.uis.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
I. INTRODUCCIÓN _____	<b>1</b>
II. OBJETIVOS _____	<b>7</b>
III. CUERPO _____	<b>8</b>
IV. RESULTADOS _____	<b>11</b>
V. CONCLUSIONES _____	<b>18</b>
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	<b>19</b>
ANEXOS _____	

## RESUMEN

La Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas es un gran avance del cuidado humanizado en el paciente crítico porque representa abrir un lugar donde se reduce o elimina completamente las restricciones; donde se brinda una atención optima a nuestros pacientes y a sus seres queridos al invitar a las familias a participar en los cuidados mejorando los resultados en el paciente y en la familia. **Objetivo:** Caracterizar los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos, según la revisión bibliográfica. **Metodología:** Trabajo de revisión documental, que recopila artículos en las siguientes bases de datos: PUBMED, SCIELO, COCHRANE, EL SEVIER, SCIENCE DIRECT, REDALYC Y LILACS. **Resultados:** De los estudios analizados, el mayor número fueron publicados en Scielo, el idioma de preferencia fue el español, España fue el país donde se realizó más estudios seguido de Brasil, los periodos con mayores publicaciones fueron 2018 y 2016, con respecto a las puertas abiertas y participación familiar son ventajosos tanto para el bienestar emocional de la familia como para la mejoría y recuperación de los pacientes críticos. **Conclusión:** Los trabajos evidencian que los beneficios tienen que ver con el grado de seguridad, logrando mejor estadía del paciente en UCI, reduciendo los días de hospitalización y la mortalidad.

**Palabras claves:** cuidados intensivos, visita flexible, visita no restrictiva o extensiva, participación familiar, impacto, familiares.



## ABSTRACT

The open-door Intensive Care Unit is a major advance in humanized care for critically ill patients because it represents opening a place where restrictions are reduced or completely eliminated; where optimal care is provided to our patients and their loved ones by inviting families to participate in care, improving patient and family outcomes.

**Objective:** To characterize the benefits of open doors and family participation in Intensive Care Units, based on a bibliographic review. **Methodology:** A documentary review compiles articles from the following databases: PUBMED, SCIELO, COCHRANE, EL SEVIER, SCIENCE DIRECT, REDALYC, and LILACS. **Results:** Of the studies analyzed, the largest number were published in Scielo, the preferred language was Spanish, Spain was the country where most studies were carried out followed by Brazil, the periods with the most publications were 2018 and 2016, with respect to open doors and family participation, they are advantageous both for the emotional well-being of the family and for the improvement and recovery of critical patients. **Conclusion:** The works show that the benefits have to do with the degree of safety, achieving better patient stay in the ICU, reducing the days of hospitalization and mortality.

**Keywords:** intensive care, flexible visit, non-restrictive or extensive visit, family participation, impact, relatives.

## I. INTRODUCCIÓN

Las personas y los familiares al ingresar a los hospitales experimentan sentimientos de angustia y preocupación por el estado de salud; estas sensaciones aumentan cuando la persona se debate entre la vida y la muerte como sucede en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La UCI es un espacio que genera esperanza de vida, pero a la vez es un lugar que genera temor e intranquilidad, con luz excesiva y ruido constante por ventiladores, bombas de infusión, alarmas de monitorización y otras veces por diálogos inapropiados de profesionales; estos factores provocan molestias en los pacientes, además que experimentan dolor, miedo, insomnio, desorientación y además extrañan a su familia que tienen restricciones para el ingreso (1).

Generalmente, en la puerta de la UCI está colocado algún letrero que impide el paso a las personas que no laboran en ese servicio además que existe restricciones de visitas, puesto que todos los cuidados están dirigidos al paciente que se encuentra en constante peligro, y también que se mantiene creencias erróneas por parte del profesional: que la flexibilidad horaria afecta el descanso de pacientes y familiares, retardo de los cuidados de enfermería, incremento del estrés e infecciones, entre otros (2). La UCI de puertas abiertas se describe, como aquella que cumple con los objetivos de reducir o eliminar toda limitación impuesta en tres dimensiones: temporal, física (contacto) y de relación (comunicación poca clara, incompleta o inexistente) en la que no exista justificación. Hay evidencias que constatan más beneficios que riesgos; al tener flexibilidad de horarios y participación de familiares; el paciente se encuentra más comfortable,

disminuye las complicaciones cardiovasculares, se obtiene información relevante, y favorece a la comunicación asertiva (3).

Investigaciones recientes promocionan los cuidados humanizados en unidades de cuidados intensivos, donde abarcan la intervención de los familiares en los cuidados y las horas de visita, llamada también UCI de puertas abiertas. Este método se caracteriza por visitas de los familiares con horarios amplios y flexibles con la finalidad de que contribuyan en la participación del cuidado de la persona enferma. La estrategia de UCI de puertas abiertas fomenta el bienestar del paciente, reduce la ansiedad familiar e incrementa la calidad de cuidados (4).

A nivel mundial, los hospitales y clínicas difieren en sus protocolos de visitas, las cuales son establecidos por cada institución, este hecho ocasiona confusión respecto a las restricciones de horarios de visita. Estudios realizados en Europa, específicamente en países como Francia, Italia, Bélgica y Holanda muestran que hay políticas restrictivas de visitas en un 70 a 100% de las UCI que fueron estudiadas; a diferencia de un estudio realizado en Suiza donde el 70% de UCI no tienen restricciones en las visitas diurnas o nocturnas. En Latinoamérica, específicamente en Brasil, hay estudios sobre la problemática de las políticas de visitas para el personal médico y enfermero, hace referencia que el beneficio de las puertas abiertas es principalmente para el paciente (5). En el Perú, las Unidades de Cuidados Intensivos poseen un horario que restringe las visitas, que son una visita breve durante el día, además niños no pueden ingresar a pesar que el paciente fuese su padre o madre.

En el estudio realizado por Debora, llega a la conclusión que la UCI de puertas abiertas contribuye a la relación enfermera, paciente y familia que permite el mejoramiento de

los cuidados críticos. La permanencia del familiar con su paciente genera un ambiente cálido y seguro no solo para el paciente, sino que contribuye en las intervenciones correspondientes al sentir y actuar del familiar y el profesional de enfermería(6). Carmona, en su estudio también concluye que al abrir las puertas de la UCI y humanizando el trato, se logra que los pacientes disminuyan la ansiedad, la confusión y la inseguridad; en el entorno familiar se reduce la incertidumbre y angustia de no tener información de su familiar, incrementa la satisfacción de la familia, promueve una mejor comunicación y confianza hacia el personal de salud, se satisfacen las necesidades de la familia; y para los profesionales genera más oportunidad en la educación paciente-familia y se incrementa la calidad de atención (7).

Nassar, realizó una revisión sistemática y un metaanálisis acerca de las diferencias entre las políticas de visitas flexibles y restrictivas en las UCI, concluye que las visitas en las unidades de cuidados intensivos con horarios flexibles generan disminución de los síntomas de delirio y ansiedad en los pacientes, mientras que los familiares logran mayor satisfacción (8). Tabita Sur, en su investigación “Acceso abierto en el entorno de cuidados intensivos”, da a conocer los beneficios que genera la apertura de puertas en la unidad de cuidados intensivos, para los pacientes: crea mayor satisfacción, reduce el estrés promoviendo la recuperación del paciente, tiene efectos positivos psicológicos y sobre los signos vitales; para la familia: disminuye la ansiedad y el estrés, se mantienen mejor informados y pueden visitar mayor tiempo; y para el personal de salud: aumento de la satisfacción laboral, las familias son apoyo útil que facilita la comunicación y aumento de oportunidades educativas, se mejora al brindar cuidados porque tienen mayor información a través de las familias (9).

La UCI de puertas abiertas es un gran avance del cuidado humanizado en el paciente crítico porque representa abrir un lugar donde se reduce o elimina completamente las restricciones no necesarias a nivel temporal, físico y relacional, cumpliendo las reglas que cada institución maneja. Diferentes estudios realizados muestran el valor de la familia en el cuidado holístico del paciente crítico, además no se determinó complicaciones que ocasiona la presencia familiar con los pacientes (10). Los familiares de los pacientes críticos desean participar en el cuidado, especialmente en esta etapa de gran susceptibilidad, sin embargo, la presencia y participación de los familiares en la UCI es bien reducida. Brindar a los familiares la oportunidad de colaborar en la mejoría de la persona enferma, genera efectos positivos sobre el paciente, en ellos mismos y en el profesional; puesto que reduce el estrés emocional, proporciona una comunicación y cercanía de las partes involucradas (11). El profesional de enfermería tiene un rol irremplazable en el proceso de las ucis de puertas abiertas porque ayudan a constituir todo el cambio de la filosofía en el equipo asistencial, no es fácil romper con las creencias y rutinas (12).

En el proceso de salud de toda persona, la familia es un elemento fundamental; por lo tanto es conveniente no solo cuidar a la persona enferma sino abarcar a su familia (13). Verhaeghe et al dan a conocer que la enfermera que trabaja en unidad de cuidados intensivos es responsable de brindar un cuidado holístico, donde abarca tanto al paciente como a su entorno familiar (14). Gadow afirma que el cuidado que se brinda al paciente y a su familia debe ser con un paradigma menos científico y más empático, donde los símbolos sean más relevantes que los síntomas y que el cuerpo se tratado como un sujeto. Por lo tanto, en este mismo contexto se encuentra Watson, quien aporto

con su teoría a la humanización de los cuidados (15). Relacionado con el cuidado del entorno familiar de UCI, la teoría de Watson fomenta un clima que contribuye para el autodesarrollo del cuidador y del paciente. La enfermera manifiesta y brinda conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad a la persona que recibe cuidados, apoyándolo en su crecimiento. En paralelo, la familia puede desarrollar y fomentar su ser, su conocimiento y sus necesidades contribuyendo así al proceso transpersonal del cuidar (16).

La humanización en el ámbito asistencial complejo representa favorecer las dinámicas de su organización, que sostienen relaciones/interacciones humanas y profesionales. Además, en la UCI aún perdura el cuidado técnico positivista, es decir, la atención se encuentra orientada en la alta tecnología, con el fin primordial de cumplir con las necesidades biológicas de los pacientes para su recuperación (17). Los cuidados humanizados en la UCI se dan de acuerdo a las actividades cotidianas que se realizan como comunicación efectiva con los pacientes y familiares, el trabajo en equipo y establecer la empatía, la unicidad y la integralidad (18). Las puertas abiertas brinda una atención optima a nuestros pacientes y a sus seres queridos; al invitar a las familias a participar en los cuidados de sus seres queridos, se mejora los resultados en el paciente y en la familia (19).

La principal importancia del estudio radica en ofrecer evidencia científica relevante de los beneficios de las puertas abiertas y participación de familiares en las unidades de cuidados intensivos para contribuir en la humanización de los cuidados logrando así un cuidado holístico en los pacientes del área de cuidados intensivos.

Respecto al valor teórico, práctico, social y metodológico; La enfermería brinda cuidados que asegure preservar la vida del paciente, cuidado de alta calidad que se exige al profesional de enfermería, no solo se exige una formación universitaria sino una formación con valores para brindar cuidados humanizados; además servirá de antecedente para futuros trabajos de investigación que permitan el crecimiento de nuestra profesión.

El presente trabajo de investigación es bibliográfico que busca analizar y dar aportes sobre evidencia científica acerca de los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares con el fin de contribuir a una mejora en la atención. Nuestra labor como enfermeros debe abarcar el consuelo y apoyo emocional a nuestro paciente y a la familia, para contribuir a disminuir el sufrimiento fomentando valores de confianza que permitan hacer frente a la enfermedad, la estadía hospitalaria, y contribuir con la mejora de nuestra Unidad de Cuidados intensivos para que sea más confortable y humana. En consecuencia, de todo lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante: ¿Qué evidencias existen sobre los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Caracterizar los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos, según la revisión bibliográfica.

### **Objetivos específicos:**

1. Analizar la evidencia bibliográfica sobre los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en las unidades críticas, según base de datos, idioma, año y país de publicación.
2. Identificar los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en las unidades críticas.



### **III. CUERPO**

#### **3.1. Metodología**

El presente trabajo de investigación es una revisión documental, de múltiples fuentes bibliográficas que brindan argumentos sobre los beneficios de puertas abiertas y participación de familiares en los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos. Es un estudio de diseño descriptivo, documental y de tipo retrospectivo. Por ello se realizó una revisión bibliográfica integral donde se evaluaron investigaciones para dar respuesta a una problemática dentro del campo de la especialidad de Cuidados Intensivos.

La muestra está constituida por artículos científicos los cuales cumplen los criterios de inclusión y exclusión diseñados para la monografía.

#### **3.2. Estrategia de Búsqueda**

Se eligieron artículos con temas similares a los títulos del presente trabajo, publicaciones en español, inglés y portugués en revistas indexadas del 2007 al 2022; se seleccionaron los artículos de acuerdo al título, en base al resumen, y teniendo en cuenta el texto completo, para finalizar se incorporó 22 artículos.

En primer lugar se clasificó sobre las posibles palabras claves (DeCS); cuidados intensivos, visita flexible, visita no restrictiva o extensiva, participación familiar, impacto, familiares; se realizó combinaciones de estos términos tanto en español como en inglés mediante el uso de los operadores booleanos OR y AND.

La búsqueda de bibliográfica se realizó a través de las siguientes bases de datos: Pubmed, SciELO, Cochrane, El Sevier, Science direct, Redalyc y LILACS.

### **3.3. Criterios de inclusión y exclusión:**

Para realizar la selección de los artículos científicos se utilizó los siguientes criterios: con enfoque cuantitativo, cualitativo, estudios cuasiexperimentales y experimentales, revisiones integrativas, sistemáticas y artículos originales y de revisión, artículos en idioma inglés, portugués o español, con disponibilidad del texto completo. Criterios de exclusión: estudios duplicados, guías de cuidados, estudios de caso, tesis, artículos restringidos de acceso libre.

### **3.4. Selección de artículos**

Una vez determinado la estrategia de búsqueda y teniendo en consideración los criterios de selección mencionados anteriormente, la elección de artículos fue a través de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos, se escogieron los artículos de acuerdo al título, en base al resumen, y considerando el texto completo, finalmente se incorporaron 22 artículos.

### 3.5. Diagrama de flujo

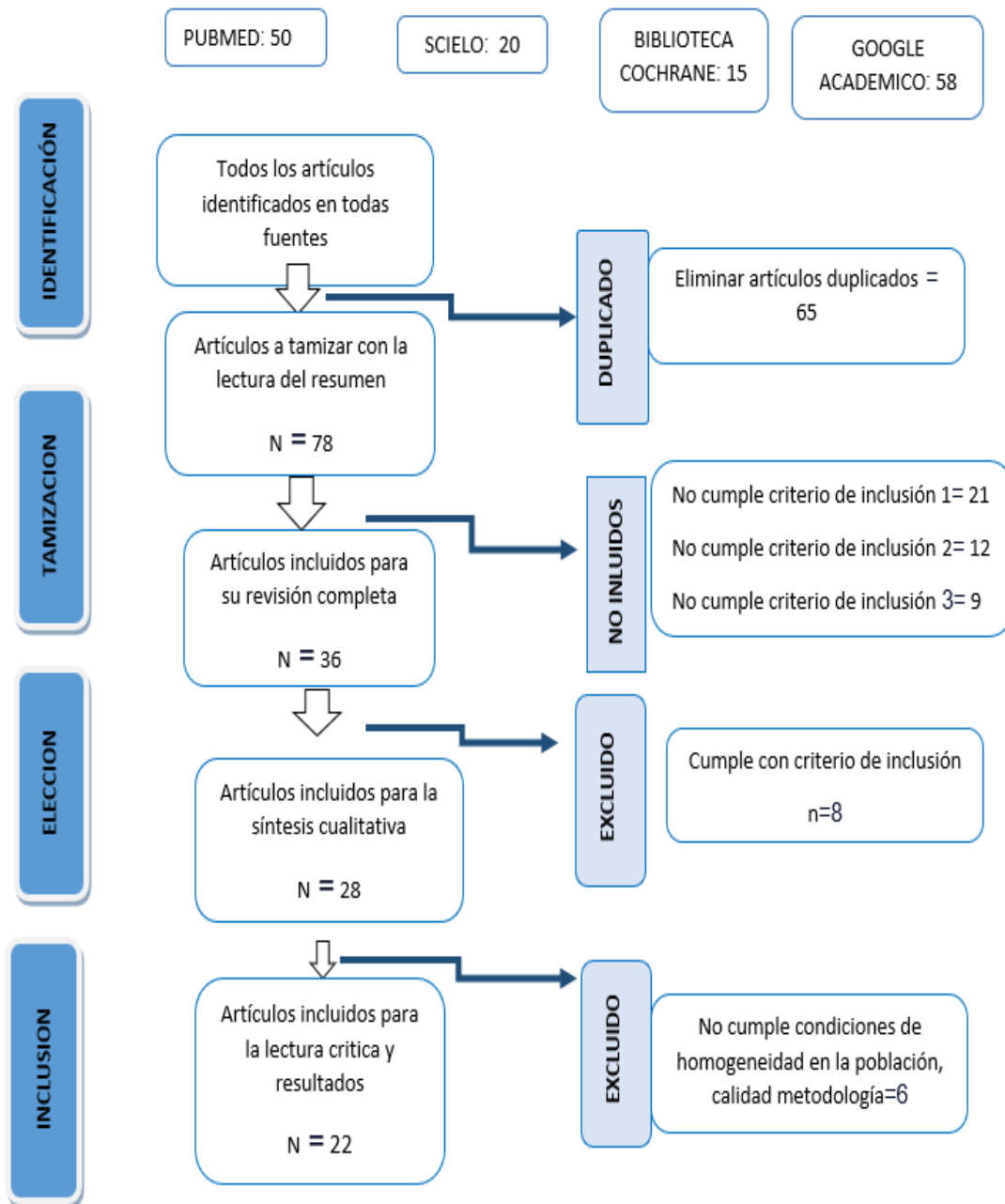


Figura 1. Flujograma de elección. de artículos, criterios PRISMA. Adaptación. de Cardona-Arias, J. A., Higuera-Gutiérrez, L. F. y Ríos Osorio, L. A. (2016). Ejecución de revisiones sistemáticas. y metaanálisis

## **IV. RESULTADOS**

### **Caracterización de la información Científica**

Los estudios analizados, que en total fueron 22 (100%), con respecto con la procedencia u origen(países), se puede concluir que 41% son de España, 23% Brasil, 9% tanto de Colombia como Argentina y 5% de Estados Unidos, Bélgica, Canadá e Italia (Grafico1).

Con respecto al año, se tiene investigaciones del año 2018 y 2016(14%), del año 2017, 2013 y 2007 (9%) (Tabla 1). En relación idioma de los artículos científicos analizados el 64% figura en español, el 27% inglés y el 9% portugués (Tabla 2). De acuerdo con las bases de datos se concluye que el 36 % corresponde a Scielo, el 32% a PubMed, el 23 % a El Sevier y el 9% a Cochrane (Tabla 2).

Acorde a la información revisada y los datos encontrados, se puede alegar que, aunque son limitados y poco difundidos, existen estudios científicos que demuestran que las visitas no restrictivas en la unidad de cuidados intensivos no son contraproducentes como anteriormente y en la actualidad se considera, por el contrario las puertas abiertas y la participación familiar son ventajosos para ambos, tanto para el bienestar emocional de los miembros de la familia como para la mejoría y recuperación de los pacientes de estado crítico incluso en aspectos fisiológicos.

## **Análisis e interpretación**

Con respecto a los beneficios emocionales que implica la apertura de puertas y la participación de familiares en la unidad de cuidados críticos, contamos con fundamento:

En el año 2012, Errasti B. y Tricas S. en su estudio realizado, muestran que la visita flexible de la familia, en la Unidad de cuidados intensivos, tiene los siguientes beneficios: incrementan la satisfacción familiar puesto que los parientes sienten la necesidad de pasar mayor tiempo con su familiar enfermo, reducción de la ansiedad y del estrés para las familias, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente. La flexibilidad en las visitas de la UCI trae beneficios para el paciente y la familia, generando satisfacer las necesidades que la familia tiene, de acuerdo a la clasificación de estas necesidades: la necesidad cognitiva de las familias se da cuando ellos necesitan información acerca de su familiar, y el régimen de puertas abiertas genera una mayor comunicación entre la familia y el personal de salud; las necesidades emocionales surgen cuando los familiares requieren conocer sobre la seguridad de su familiar, al flexibilizar el horario permiten que los parientes puedan observar los cuidados que brindan los profesionales de salud generando a si tranquilidad y satisfaciendo esta necesidad; las necesidades sociales surgen en las relaciones personales, es por ello que los familiares necesitan tener cercanía con su pariente durante este proceso, tener más tiempo y frecuencia de poder visitarlos, las puertas abiertas en la UCI generan mayor comunicación entre familia, paciente y personal de salud, dado que tienen más tiempo de interacción; las necesidades practicas surgen cuando los familiares requieren una visita flexible , la cual les permite continuar

con su trabajo, u otras actividades que tienen. Las puertas abiertas en la UCI proporcionan esa flexibilidad que requieren los parientes además que son adaptadas a cada caso. La familia es una clave importante durante la estancia del paciente en la UCI, es por ello que la flexibilidad en el horario de visita ayuda en la satisfacción de las necesidades, generando beneficios para los pacientes, familiares y personal de salud (20).

En el año 2013, Achury Diana y Achury Marcela, realizaron un estudio donde afirman que en el cuidado del paciente crítico, la participación familiar es beneficioso porque da seguridad, genera mejor comunicación e información y ayuda con el duelo; además reduce la ansiedad e incrementa la satisfacción del cuidado; evidenciando así la importancia del rol enfermero, porque el desafío actual es el cuidado del paciente y la familia, por lo tanto esto se logra con la apertura de las puertas en la UCI (21).

Los beneficios fisiológicos se sustentan a continuación con las siguientes investigaciones:

Fumagalli y colaboradores, en su estudio realizado en Italia el año 2006, muestra que, a pesar que hay mayor contaminación bacteriana del ambiente, la UCI de puertas abiertas no perjudica concerniente al aumento de complicaciones sépticas, por lo contrario hay beneficios ya que reduce complicaciones cardiovasculares en los pacientes, este se debe a la disminución del nivel de ansiedad; por lo tanto concluye que al flexibilizar el horario de visitas hay mayor beneficio que riesgo (22).

Es por ello que abrir las puertas de las UCI beneficia en reducir las complicaciones cardiovasculares en pacientes en estado crítico, encontrándose ligado probablemente a la reducción del estrés, de la angustia y del miedo al sentirse cerca a su familia a través

del difícil proceso y también al hecho de que los pacientes con régimen de visitas no restrictivas mantienen un perfil hormonal más óptimo en comparación con aquellos pacientes que son sometidos a un régimen de visitas restringidas.

El siguiente estudio prospectivo, realizado por Regis y colaboradores en Brasil del año 2017, se observó que al flexibilizar el horario de visitas trajo como resultado una menor incidencia de delirio en los pacientes, a consecuencia de que el contacto es más extenso y frecuente entre familiares y pacientes. Las puertas abiertas además generan un cuidado centrado en el paciente y la familia, generando la participación familiar en todo el proceso. Además, hay una mejora en la comunicación entre los parientes y el personal de salud, disminuyendo el estrés y la ansiedad del paciente. También, en pacientes que no tuvieron restricciones en sus visitas, se observó una menor incidencia de complicaciones cardiovasculares. Las visitas no restrictivas en la UCI, es un componente fundamental en el avance en la atención orientada en el paciente, y la familia. Porque genera muchos beneficios potenciales (23).

Una de las complicaciones que perjudica la recuperación del paciente de la UCI es el delirio, la cual se distingue por la alteración de la conciencia y funciones cognitivas, se da tras la consecuencia de la estancia traumática que vive el paciente al sufrir alteraciones fisiológicas y emocionales. Para impedir las consecuencias que trae consigo el delirio, es necesario prevenir, y las puertas abiertas hacia la UCI es una manera de hacerlo, puesto que hay investigaciones que fundamentan que la incidencia del delirio se reduce con este método, gracias a la mayor participación de la familia. Un dato importante que deja la investigación de Regis y copartícipes fue la comparación de la estancia hospitalaria la cual fue menor en aquellos pacientes que

tuvieron visitas flexibles a comparación de los que tuvieron restricciones, mostrando otro de los beneficios que genera las puertas abiertas en la UCI (23).

Se llega a la conclusión que, al abrir las puertas en la UCI se disminuye las complicaciones cardiovasculares y delirio en los pacientes, alcanzando reducir los días de estancia hospitalaria y la tasa de mortalidad de los pacientes, disminuyendo los costos altísimos que genera una estadía en la UCI.

Respecto al nivel de contaminación en las áreas de los unidades críticas y complicaciones sépticas, se analiza:

En ambas investigaciones de Fumagalli y Regis, evidenciaron que las visitas flexibles en las unidades críticas no generan complicaciones sépticas, ya que no incrementan la incidencia de las infecciones, demostrando que los fundamentos que restringe las visitas no existen.

La UCI de puertas abiertas, también genera beneficios para el personal sanitario, al participar los familiares en el cuidado del paciente, perciben la gran labor que realizan los profesionales al brindar una buena atención a sus familiares, durante las 24 horas, principalmente reconocen a la enfermera quien es la que les enseña cómo cuidar de sus parientes durante todo este proceso, además que se evidencia la disminución de quejas por parte de los familiares (24).

De lo ya expuesto se concluye que al no restringir el horario de visitas. Genera beneficios múltiples tanto para el paciente, la familia y para el personal de salud.

Las investigaciones revisadas comprueban las ventajas y los beneficios de las puertas abiertas en las UCI, esta afirmación fue demostrada y respaldada por estudios científicos, a pesar de ello, persiste el predominio de UCI de puertas cerradas, muchos



profesionales de la salud y organizaciones muestran resistencia a esta postura, esta situación genera obstáculos hacia la mejora donde el más beneficiado es el paciente. Este gran avance significa el gran esfuerzo de modificar el comportamiento laboral que han dirigido durante largo tiempo el ejercer de enfermería, también compromete salir de la zona de confort a lo que muchos profesionales están acostumbrados (25).

En el año 2018, en España, Fuente C. y colaboradores presentó los resultados de la investigación, donde la humanización en sanidad surge a raíz de aproximarse a una dimensión más holística de la enfermedad. El personal sanitario se encuentra al centro del sufrimiento tanto de la familia y del paciente, absorbiendo los sentimientos de interacción. En cuidados intensivos se debe individualizar cada entorno y grupo de profesionales para analizar sus debilidades y virtudes, para saber los alcances potenciales de los recursos humanos. Esta investigación da relevancia a los recursos humanos puesto que la humanización se centra en el cuidado de los pacientes, por ende, se debe invertir en el cuidado de los profesionales, recursos materiales e infraestructura, ya que se corre el riesgo del cansancio en el ejercicio de los profesionales. Las profesiones que fueron estudiados en esta investigación estuvieron de acuerdo con la apertura de las puertas en la UCI, porque conocen los beneficios que trae este método, pero si establecieron que fuese paulatinamente. Este camino implica reflexionar , es decir que, para poder abrir las puertas de las UCI en primer lugar se debe abrir la mente, y tener compromiso con este cambio (26).

Los estudios ya presentados evidencian que es posible cambiar el paradigma negativo que han mantenido los profesionales de salud, siendo solo materia de estar al tanto de la base científica que fundamenta este método. El mismo que busca la apertura ante el

cambio amplificando nuestros horizontes, transformando nuestra actitud, para estar dispuestos a vivir una nueva experiencia, enriqueciendo y empoderándonos en ella.

En la actualidad, los países fomentaron ampliar el rango de horas para visitas en UCI, toda vez que se evidencian más investigaciones donde la visita familiar no es nocivo para el paciente; estos estudios sustentan los beneficios de la intervención familiar en la UCI, por ser una práctica segura que coadyuva a la complacencia del paciente y su familia, favoreciendo furtivamente a crear mayor aceptación y conciencia por parte de la familia de lo que le sucede a su ser querido, además de una mayor y mejor comprensión, reconocimiento y valoración del importante trabajo del profesional de salud dentro de la UCI.

## **V. CONCLUSIONES**

Existe bibliografía encontrada, que evidencian que abrir las puertas de la UCI es una herramienta relevante para el cuidado humanizado; esto beneficia la relación del personal de salud con la familia, reduce la ansiedad en los miembros de la familia y del paciente, disminuye complicaciones en la estadía hospitalaria y reduce el tiempo de esta.

Los trabajos evidencian que los beneficios tienen que ver con el grado de seguridad, logrando mejor estadía del paciente en UCI, reduciendo los días de hospitalización y la mortalidad, disminuyendo los gastos del paciente.

Abrir las puertas de las UCI es todo un desafío, debido que hay muchas barreras que romper para que pueda ser instaurados, rompiendo los paradigmas de las restricciones en las unidades críticas generando resistencia al cambio, dificultando de esta forma el progreso en la calidad de atención en salud y de humanización de los servicios de salud. Otro reto en la UCI es optimizar los contextos físicos, respecto a la infraestructura y organización, que contribuyan a una atención personalizada, la cual genere privacidad para el paciente y la familia.

Por lo tanto, se debe reflexionar sobre el tiempo de visitas en las Ucis y las restricciones del mismo, que aporten con un cuidado más humanizado el mismo que beneficia a los pacientes y familiares.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González MÁ, Servicio E, Intensiva DM, Txagorritxu H. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos Stressful environmental events in the Intensive Care Unit. 2007;18(4). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13113135>
2. Rojas V. Humanización De Los Cuidados Intensivos. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(2):120–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
3. Zubieta RM. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crítica [Internet]. 2021;35(3):144–7. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmch><https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239915000310>
4. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva [Internet]. 2014;38(6):371–5. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569114000370>
5. Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita prohibida/visita não proibida numa unidade de paciente crítico adulto. Aquichan [Internet]. 2016;16(3):340–58. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a06.pdf>
6. Roo Q, Fuentes Fernández E, Huichin-pool MA, Cante-hernández D, Román MAP. Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo. Rev Salud Quintana Roo. 2018;11(38):17–21.

7. CARMONA PATRICIA ELIDA. Unidad De Cuidados Intensivos De Puertas Abiertas. 2018;1–29. Available from: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf>
8. Nassar AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* [Internet]. 2018;46(7):1175–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29642108/>
9. South T, Adair B. Open access in the critical care environment [Internet]. Vol. 26, *Critical Care Nursing Clinics of North America*. Elsevier Inc; 2014. p. 525–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25438894/>
10. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40(9):527–40.
11. Calle GH La, Martin MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017;29(1):9–13. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/>
12. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis* [Internet]. 2004;4(1):18–25. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/216007974%0AParticipación>
13. El-masri MM, Fox-wasylyshyn SM. Nurses ' roles with families : Perceptions of

- ICU nurses. 2007; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16971125/>
14. Verhaeghe S, Defloor T, Zuuren F Van, Duijnste M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit : a review of the literature. 2005;501–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15807758/>
  15. Gadow S, Ph D. Touch and Technology : Two Paradigms of Patient Care. 1984;23(1):63–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24306940/>
  16. Va M, Eseverri ÑMC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. 2010;21(4):161–4. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239910000593>
  17. Sanches R de CN, Gerhardt PC, Rêgo A da S, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2016;20(1):48–54. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BgCj6JG6LdKy9F/?format=pdf&lang=pt>
  18. Paula F, Siqueira C, I EMB, Estadual U, Júlio P, Filho DM, et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva : humanização e fragmentação do processo de trabalho. 2016;69(6):1099–107. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X6SSkkfXsxNVPQd5qcBk6Yz/?format=pdf&lang=pt>
  19. Netzer G, Iwashyna TJ. Fair Is fair: Just visiting hours and reducing inequities.

- Ann Am Thorac Soc. 2017;14(12):1744–6.
20. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012;23(4):179–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000715?via%3Dihub>
  21. Saldaña A, Marcela D, Beltrán A, Fernanda L. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos : una propuesta de fundamentación teórica 1. 2013; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf>
  22. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation* [Internet]. 2006;113(7):946–52. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>
  23. Rosa RG, Tonietto TF, Da Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and safety of an extended icu visitation model for delirium prevention: A before and after study. *Crit Care Med* [Internet]. 2017;45(10):1660–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28671901/>
  24. Achury LF. Panorama General De Las Visitas En Las Unidades De Cuidado Intensivo. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2014;16(1). Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145231426005>
  25. Iberoam E, Guti S. Cartas al director, abrir las mentes primero y , después , las

puertas de las UCI Open minds first , then the ICU doors Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI It is time to change the visiting policy in. 2016;40(3):197–9. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569116000140>

26. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Med Intensiva* [Internet]. 2018;42(2):99–109. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>



## ANEXOS

### FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO

1er FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador EL SEVIER

<b>TITULO</b>	Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos
<b>AUTORES</b>	N. Ayllón Garrido, M. Álvarez González y M. González García
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2007
<b>OBJETIVO</b>	Analizar los factores ambientales estresantes percibidos como tales por los propios pacientes. Como segundo objetivo se pretendió encontrar diferencias, en cuanto a sus percepciones, entre el grupo que se diagnosticó de delirio en la UCI y los que no lo padecieron
<b>METODOLOGIA</b>	estudio descriptivo
<b>RESULTADOS</b>	Tomando el total de la muestra, sin establecer diferencias entre los pacientes que padecieron delirio en UCI y los que no (tabla 4), los 10 factores considerados como más estresantes fueron: tener sed (62,6%), dificultad/imposibilidad para dormir (42,9%), presencia de tubos en la nariz o la boca (35,2%), no saber qué hora es (34,1%), tener pesadillas (31,9%), no poder hablar (30,8%), tener limitada la movilidad por la presencia de tubos (28,6%), mascarilla de oxígeno (26,4%), la ausencia de un familiar cercano (26,4%) y que el horario de visitas sea limitado (26,4%). La presencia de sueros

	<p>(1,1%), ver y oír tratamientos y cuidados de otros pacientes (3,3%), no entender algunas explicaciones de la enfermera (3,3%), sentir que la enfermera vigila más a las máquinas que al paciente (4,4%), la presencia de olores extraños (4,4%) y oír el teléfono (4,4%) fueron los ítems menos recordados como estresantes por los pacientes.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>De los resultados obtenidos se puede concluir que tener sed, la dificultad o la imposibilidad para dormir y la presencia de tubos en la nariz o la boca son los tres factores identificados como principales generadores de estrés por los pacientes.</p> <p>Los ítems relacionados con la administración de tratamientos, o directamente con el cuidado recibido del personal sanitario, obtuvieron las puntuaciones más bajas.</p> <p>Por otro lado, en cuanto a la comparación entre el grupo de pacientes que sufrieron delirio en UCI y los que no, cabe destacar que los primeros recuerdan como situaciones angustiosas la desorientación temporoespacial y haber vivido situaciones amenazantes no reales. Por el contrario, el grupo de pacientes que no fueron etiquetados de padecer delirio hacen referencia a necesidades físicas.</p>
<p><b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b></p>	<p>Este estudio ayudara a conocer los factores ambientales estresantes percibidos como tales por los propios pacientes en la UCI.</p>

<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13113135">https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13113135</a>
---------------	---

2da FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador COCHRANE

<b>TITULO</b>	Humanización de los cuidados intensivos
<b>AUTORES</b>	Veronica Rojas
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2019
<b>RESUMEN</b>	<p>Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han hecho un trabajo excepcional desde que se crearon, esperanza y oportunidad a quienes morían principalmente a causa de la epidemia de poliomielitis en los años 50. Desde entonces, personas con diversas patologías de gravedad comenzaron a ser atendidas en estas complejas unidades. El desarrollo de la especialidad y de la tecnología han permitido la disminución de la mortalidad, y hoy quienes ingresan a estas unidades, tienen alta probabilidad de sobrevivir. Sin embargo, el avance tecnológico alcanzado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no ha ido de la mano con el avance en el desarrollo de habilidades no técnicas en el equipo de salud, esto último exigido y adolecido por los pacientes y familiares, quienes anhelan una atención integral,</p>
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Cuidados intensivos, humanización de la salud
<b>CONCLUSIONES</b>	Finalmente, todo esto debe salir de las Unidades de Cuidados Intensivos, extendiéndose al resto del hospital y convirtiéndose en un planteamiento estratégico de la institución. Además, debe ser

	<p>trasladado a las aulas donde hoy los equipos clínicos están siendo formados. Los currículos académicos deben ser revisados a la luz de la necesidad país, encuestas de satisfacción usuaria de beneficiarios de salud (pública y privada) para ser modificados e incluir de manera transversal contenidos que hoy son deficientes, como por ejemplo: comunicación, fin de vida, cuidados paliativos, autocuidado, entre otros. Sólo de esta forma construiremos un sistema de salud desde una perspectiva de derecho, justo y humano.</p>
<p><b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b></p>	<p>Este estudio ayudara a comprender la importancia de la humanización de los cuidados intensivos.</p>

3ra FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Humanización de los cuidados intensivos
<b>AUTORES</b>	Ricardo Martínez Zubieta
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2021
<b>RESUMEN</b>	<p>La humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos es una necesidad actual ante la evidencia de mejores resultados en la evolución de los enfermos, mayor satisfacción en la familia y apoyo al personal de la salud que labora dentro de las mismas. Mucha de dicha evidencia se presenta en aquellas unidades de puertas abiertas, donde el enfermo se siente más acompañado de quien él decide, la familia participa más en su</p>

	cuidado y sobre todo se fomenta a través de una mayor comunicación la autonomía de este binomio.
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Humanización; Unidad de Cuidados Intensivos; cuidados intensivos; cuidados centrados en el enfermo y familia
<b>CONCLUSIONES</b>	La humanización de las UCIs y de todo servicio de salud en la actualidad debe ser obligada. La evidencia actual demuestra los grandes beneficios en los enfermos, familiares y equipo de salud. El dar la espalda a esta iniciativa ya de muchos países favorece la deshumanización; esta es ya endémica como ha sido descrita en la literatura, teniendo muchas causas, algunas muy complejas, pero que tienen probables soluciones (recomiendo mucho la lectura de este artículo)
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender la importancia de la humanización de los cuidados intensivos, los beneficios que genera
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmchhttps://www.elsevier.es/es-revista-enferm">https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmchhttps://www.elsevier.es/es-revista-enferm</a>

4tra FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio
<b>AUTORES</b>	Dolores Escudero*, Lucia Viña y Clementina Calleja
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2013

<b>RESUMEN</b>	<p>La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar hermoso donde se regala vida, pero también es un lugar hostil donde los pacientes se enfrentan a una enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas. Es necesario adaptar tanto el diseño como la organización de la UCI para mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, cuidando especialmente sus demandas personales y emocionales. Abrir las puertas de la UCI liberalizando el horario de visitas y mejorar los cuidados dirigidos a la familia es una de las asignaturas pendientes que no debemos retrasar más. Debemos dotar a las UCI de modernos respiradores y equipos de monitorización, pero también debemos invertir en organización, diseño, bienestar ambiental y humanización. Necesitamos rediseñar la práctica clínica para que la atención en la UCI sea más confortable y humana. No se debe aplazar más el cambio ya que es una demanda social y profesional ineludible.</p>
<b>PALABRAS CLAVES</b>	<p>Unidad de cuidados intensivos; Bienestar; Organización; Opiniones</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La UCI es un lugar <i>hermoso</i> donde se regala vida, pero también es un lugar hostil y desagradable donde los pacientes se enfrentan a una enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas. Tenemos que cambiar el diseño de la UCI y la organización, mejorar la privacidad, el bienestar y la confortabilidad de pacientes y familias, cuidando</p>

	<p>especialmente sus demandas personales y emocionales. Abrir las puertas de la UCI, liberalizando el horario de visitas y mejorar los cuidados dirigidos a la familia es una de las asignaturas pendientes que no debemos retrasar más. Debemos dotar a las UCI de modernos y sofisticados respiradores y equipos de monitorización (sin caer en el peligro de la tecnolatría y <i>el taller reparador de humanoides</i> de infinitos costes), pero también debemos invertir en organización, diseño, bienestar ambiental y humanización. Necesitamos rediseñar la práctica clínica para que la atención en la UCI sea más confortable y humana. No se debe aplazar más el cambio, ya que es una demanda social y profesional ineludible.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender la importancia de la UCI de puertas abiertas a través de los beneficios
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569114000370">https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569114000370</a>

5ta FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente critico adulto
<b>AUTORES</b>	Anativia Montenegro, Paulina Farias-Reyes, Daniela Galiano-Gálvez, María Alejandra Quiroga-Toledo, Natalia

<b>PAIS /AÑO</b>	Colombia/2016
<b>OBJETIVO</b>	Buscar evidencia para responder a la pregunta: ¿Cómo afectan las visitas no restringidas a los pacientes, sus familiares y profesionales de la salud, a diferencia de las visitas restringidas?
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión sistémica. Estrategia de búsqueda: 1993-2016 en Cochrane Library, Joanna Briggs, EBSCO, PubMed, CINHALL, Trip DataBase, con términos Mesh y palabras clave. Criterios de selección de artículos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios de cohortes, estudios de control, estudios descriptivos correlacionales, UCI adultos, español e inglés. Recolección y análisis: selección inicial de 293 artículos y una selección final de 13 artículos para análisis crítico después de aplicar los criterios de selección. Los investigadores utilizaron las guías CASPe para evaluar la calidad metodológica
<b>RESULTADOS</b>	Las visitas sin restricciones no aumentan el riesgo de infección, la ansiedad del paciente es menor, las enfermeras están más satisfechas, la presencia de la familia ayuda en la recuperación del paciente, las familias están mejor informadas, más satisfechas y tienen una mejor comprensión de la situación. La frecuencia de complicaciones cardiovasculares es mayor en pacientes con visitas restringidas.
<b>CONCLUSIONES</b>	Las visitas irrestrictas a la UCI no perjudican al paciente sino que contribuyen a su salud física y emocional.



<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer que las UCI sin restricciones contribuyen a la salud fisica y datos que ayuden a analizar la situación actual
<b>FUENTE</b>	<a href="http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a06.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a06.pdf</a>

6ta FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo
<b>AUTORES</b>	Fuentes-Fernández E, Huichin-Pool MA, Cante-Hernández D, Pérez-San Román MA
<b>PAIS /AÑO</b>	2018
<b>OBJETIVO</b>	Analizar las vivencias del personal de enfermería de un hospital público en Quintana Roo, tras la experimentaron de UCIA de puertas abiertas y conocer las ventajas y desventajas de dicha práctica.
<b>METODOLOGIA</b>	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, con selección de participantes a través de muestreo de casos tipo, con criterios de selección predeterminados de acuerdo a caracterización y triangulación según objetivos del estudio. La información se obtuvo mediante entrevista a profundidad con base en un guion estructurado, apoyado con técnicas audio sonoras y de notas de campo.
<b>RESULTADOS</b>	Se identificó integración entre el paciente, la familia y el personal de enfermería al permitirse una estancia más prolongada dentro del área, visualizándose como una oportunidad de trabajo

	interrelacionado con aplicación de aspectos humanísticos con énfasis en el trato. Sin embargo, se encontraron también limitantes como inseguridad profesional y barreras para la atención de enfermería.
<b>CONCLUSIONES</b>	La UCIA de puertas abiertas, como una práctica transformadora para la atención de enfermería, favoreció el mantenimiento de la relación enfermera, paciente y familia; y se identifica como una oportunidad de llevar a cabo una práctica innovadora para la mejora de los cuidados críticos.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer sobre las uci de puertas abiertas en el lugar de estudio generando una referencia

7ma FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas
<b>AUTORES</b>	Carmona Patricia Elida
<b>PAIS /AÑO</b>	Argentina/2018
<b>OBJETIVO</b>	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

<b>METODOLOGIA</b>	Esta temática se abordó realizando una búsqueda bibliográfica, de documentación que existe sobre Unidades de cuidados Intensivos de Puerta Abiertas flexibilizaciones de los horarios de visitas en las unidades de Cuidados Intensivos
<b>CONCLUSIONES</b>	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
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer sobre las uci de puertas abiertas y ser antecedente de estudio
<b>FUENTE</b>	<a href="http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf">http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf</a>

8va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador PUBMED

<b>TITULO</b>	Políticas de visitas flexibles frente a restrictivas en las UCI: una revisión sistemática y un metaanálisis
<b>AUTORES</b>	Antonio Paulo Nassar Júnior 1, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen 2 3, Carolina Cabral

	Robinson 4, Maicon Falavigna 5, Casiano Teixeira 6, Regis Goulart Rosa
<b>PAIS /AÑO</b>	Brasil/ 2018
<b>OBJETIVO</b>	<p> sintetizar los datos sobre los resultados relacionados con los pacientes, los familiares y los profesionales de la UCI comparando las políticas de visitas flexibles versus restrictivas en las UCI. </p>
<b>METODOLOGIA</b>	<p> Revisión de la literatura </p> <p> Estudios observacionales y aleatorizados que comparen políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI y que evalúen al menos un resultado relacionado con el paciente, un miembro de la familia o el personal de la UCI. </p>
<b>RESULTADOS</b>	<p> De los 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metaanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una frecuencia reducida de delirio (odds ratio, 0,39; IC del 95 %, 0,22-0,69; I = 0 %) y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, -2,20; IC del 95 %, -3,80 a -0,61; I = 71%). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (odds ratio, 0,71; IC del 95 %, 0,38-1,36; I = 86 %), infecciones adquiridas en la UCI (odds ratio, 0,98; IC del 95 %, 0,68-1,42; I = 11 %), o estancia más prolongada en la UCI (diferencia de medias, -0,26 días; IC del 95 %, -0,57 a 0,05; I = 54 %). Entre los miembros de la familia, las políticas </p>

	de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de visitas flexibles se asociaron con niveles más altos de agotamiento
<b>CONCLUSIONES</b>	Los horarios flexibles de visita a la UCI tienen el potencial de reducir los síntomas de delirio y ansiedad entre los pacientes y mejorar la satisfacción de los familiares. Sin embargo, pueden estar asociados con un mayor riesgo de agotamiento entre los profesionales de la UCI. Estas conclusiones se basan en pocos estudios, con muestras pequeñas y moderado riesgo de sesgo.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer las ventajas de ucis con horarios flexibles en el lugar de estudio generando una referencia
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29642108/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29642108/</a>

9na FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador pubmed

<b>TITULO</b>	Acceso abierto en el entorno de cuidados intensivos
<b>AUTORES</b>	Tabitha South, MSN, RNa,b, *, Brigitte Adair, BSN, RN, CCRN, NE-BC
<b>PAIS /AÑO</b>	Estados Unidos/2014
<b>RESUMEN</b>	El acceso abierto se ha convertido en un tema importante en cuidados intensivos en los últimos 3 años. En el pasado, la atención crítica tenía acceso restringido y establecía pautas de visita para proteger a los pacientes. Este artículo proporciona una revisión de la literatura relacionada con el acceso

	abierto en el entorno de cuidados intensivos, incluido el impacto en los pacientes, las familias y los proveedores de atención médica. El objetivo final es brindar atención centrada en los pacientes y las familias y crear un entorno de curación para garantizar el paso seguro de los pacientes durante su estadía en el hospital. Este resultado podría conducir a una mayor satisfacción del paciente/familia.
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Cuidado crítico; satisfacción familiar; diario de UCI; visita a la UCI; Percepciones y actitudes de las enfermeras; Acceso abierto; Visita abierta.
<b>CONCLUSIONES</b>	La atención centrada en el paciente y la familia brinda a los pacientes y sus familias la oportunidad de ser informados e involucrados en la toma de decisiones como miembros valiosos del cuidado de la salud equipo. La participación activa de los pacientes en su atención mejora la calidad de la atención y mejora la satisfacción de los pacientes y los cuidadores. Un modelo centrado en el paciente y la familia de atención también guía y apoya a quienes brindan atención en la atención de sus pacientes y las necesidades físicas y emocionales de las familias, y manteniendo o mejorando su calidad de vida en la mayor medida posible
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender las ventajas de las no restricciones para los pacientes, familia y personal de salud.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25438894/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25438894/</a>

10ma FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador SCIELO

<b>TITULO</b>	Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos.
<b>AUTORES</b>	Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2015
<b>OBJETIVO</b>	Describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de sus profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar en la unidad
<b>METODOLOGIA</b>	Estudio descriptivo prospectivo realizado entre marzo y junio de 2015.
<b>RESULTADOS</b>	Participó el 59% de los familiares (35/61). El 91,4% comprendió la información recibida, aunque un 49,6% no recibió información sobre cuidados de enfermería. El 82,9% (95,2% eran hijos de pacientes, $p < 0,05$ ) mostró conformidad con la política de visitas. La participación profesional fue del 76,3% (61/80). Un 59,3% flexibilizaría la política de visitas y para el 78,3% la familia apoya emocionalmente al paciente sin inestabilizarlo. Un 62,3% informaba habitualmente a la familia, estimando necesaria la formación en habilidades de comunicación un 88%.
<b>CONCLUSIONES</b>	La información fue adecuada, resultando insuficiente en cuanto a los cuidados de enfermería. Los profesionales reclamaron formación en habilidades de comunicación.

<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer acerca de las necesidades de la familia del paciente en uci.
---	---

11va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador scielo

<b>TITULO</b>	Buscando humanizar los cuidados intensivos
<b>AUTORES</b>	Gabriel Heras La Calle Mari Cruz Martin Nicolas Nin
<b>PAIS /AÑO</b>	Brasil/2017
<b>RESUMEN</b>	Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora. Las unidades de cuidados intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio.
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Humanización, cuidados intensivos
<b>CONCLUSIONES</b>	Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora. Las unidades de cuidados intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender sobre la humanización en cuidados intensivos



<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/">https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/</a>
---------------	---

12va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador scielo

<b>TITULO</b>	Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos
<b>AUTORES</b>	Torres Pérez L*, Morales Asencio JM
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2004
<b>OBJETIVO</b>	Elaborar unas recomendaciones al respecto, con el objeto de trazar un marco de normalización que ayude disminuir esta variabilidad y facilite la integración de los ciudadanos en la participación sobre la toma de decisiones en Salud
<b>METODOLOGIA</b>	Se empleó la metodología RAND modificada para elaboración de recomendaciones basadas en el consenso, la cual, combina la técnica Delphi, con la revisión bibliográfica y la dinámica grupal, permitiendo entre otras aportaciones, combinar la privacidad con la interacción en la elección de recomendaciones, aglutinar juicios con técnicas estadísticas e identificar fácilmente las áreas de incertidumbre o con escasa evidencia <sup>2</sup> .
<b>RESULTADOS</b>	Como resultado final, se emitieron las recomendaciones que se adjuntan al final del artículo, organizadas en 6 dimensiones: 1. Conceptualización 2. Características de los familiares 3. Ayuda en la toma de decisiones 4. Competencia profesional 5. Organización 6. Medidas específica
<b>CONCLUSIONES</b>	Las recomendaciones elaboradas por consenso constituyen un avance en un asunto tan controvertido como la participación familiar en el cuidado del paciente crítico, fundamentalmente, porque generan un cuerpo de normalización de la práctica que ayuda a disminuir la variabilidad existente en nuestro sistema

	sanitario. Así mismo, constituye un aval que puede facilitar la transición desde modelos “cerrados” hacia Modelos
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer acerca de las necesidades de la familia del paciente en uci.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.researchgate.net/publication/216007974%0AParticipación">https://www.researchgate.net/publication/216007974%0AParticipación</a>

13va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador pubmed

<b>TITULO</b>	Los roles de las enfermeras con las familias: Percepciones de las enfermeras de UTI.
<b>AUTORES</b>	El-masri, Maher M Fox-wasylyshyn, Susan M
<b>PAIS /AÑO</b>	Canada/2007
<b>OBJETIVO</b>	el propósito general de este estudio fue examinar las percepciones de las enfermeras sobre sus roles con los familiares de los pacientes de la UCI. Los propósitos específicos fueron examinar: (a) si existen diferencias entre las percepciones de los enfermeros sobre el desempeño propio y el desempeño de sus colegas con respecto a sus roles con los familiares de los pacientes de la UTI, y (b) si la comodidad de los enfermeros con respecto a la realización de tareas seleccionadas centradas en la familia afecta su desempeño real
<b>METODOLOGIA</b>	Se realizó un estudio descriptivo para examinar y comparar las percepciones de las enfermeras de la UCI

	<p>sobre su desempeño personal en relación con las intervenciones centradas en la familia con la de sus colegas. Se utilizó un plan de muestreo no probabilístico para reclutar a 47 enfermeras de UCI de una UCI de 19 camas de un hospital universitario en el sudoeste de Ontario. Los participantes que calificaron para el estudio eran enfermeras de UCI de tiempo completo que tenían al menos 6 meses de experiencia en la unidad en la que se llevó a cabo el estudio. Se eligió un mínimo de 6 meses de experiencia para permitir a las enfermeras el tiempo suficiente para minimizar la confusión de los resultados con cuestiones relacionadas con las enfermeras novatas que se están adaptando al entorno de la UCI. Se excluyó del estudio a las enfermeras que se encontraban de baja.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	<p>Los resultados demuestran que los participantes creían que experimentaban incomodidad con participar en tareas centradas en la familia con menos frecuencia que sus colegas. Por ejemplo, los participantes calificaron la frecuencia con la que se sentían cómodos realizando las siguientes conductas como superior a la de sus compañeros: permitir que los miembros de la familia vieran los procedimientos (m= 2,17 y 1,79; mdn= 2,0 y 2,0, respectivamente; p = .005), discutir el pronóstico de los pacientes con las familias (m= 2.30 y 1.80; mdn= 2.0 y 2.0, respectivamente; p &lt; .001), explicar el equipo a los familiares (m= 3.43 y 3.17; mdn= 4.0 y 3.0, respectivamente; p = .021), y discutir la muerte con</p>

	<p>familiares (m= 2.27 y 1.78; mdn= 3.0 y 2.0, respectivamente; p = .001). Por último, las enfermeras participantes percibieron que estaban demasiado ocupadas para tratar con familiares con menos frecuencia que sus colegas (m= 1,36 y 1,91; mdn= 1,0 y 2,0, respectivamente; p &lt; 0,001).</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>En conclusión, nuestro estudio muestra que las enfermeras tienden pensar en sí mismos como mejores trabajadores que sus colegas con respecto a la participación con las familias. También demuestra que la comodidad de las enfermeras con intervenciones seleccionadas centradas en la familia afecta la representación de su rol. Los hallazgos de este estudio deben interpretarse con cautela debido a su muestra relativamente pequeña y su naturaleza de autoinforme. El estudio se realizó en una muestra de 47 enfermeras, lo que puede afectar negativamente su poder estadístico. Sin embargo, nuestro uso de estadísticas no paramétricas minimiza el impacto de esta limitación porque estas técnicas estadísticas son resistentes a la violación de los requisitos de tamaño de muestra (Pett, 1997). Además, el uso de medidas de autoinforme depende del recuerdo subjetivo y, por lo tanto, puede conllevar un grado de sesgo de respuesta. Esta limitación se minimizó al garantizar el anonimato de las respuestas y permitir la privacidad de los participantes durante la realización de los cuestionarios.</p>

<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer conocer las percepciones de las enfermeras sobre sus roles con los familiares.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16971125/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16971125/</a>

14va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador pubmed

<b>TITULO</b>	Las necesidades y experiencias de los familiares de pacientes adultos en una unidad de cuidados intensivos: una revisión de la literatura
<b>AUTORES</b>	Verhaeghe, Sofie Defloor, Tom Zuuren, Florence Van Duijnste, Mia
<b>PAIS /AÑO</b>	Belgica/2005
<b>OBJETIVO</b>	La comprensión de las necesidades y experiencias de los miembros de la familia es un paso inicial pero necesario para brindar la atención adecuada tanto a los miembros de la familia como al paciente. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo estructurar el conocimiento científico disponible sobre las necesidades y experiencias de los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos con especial extensión a los pacientes en coma. Se discuten estudios cualitativos y cuantitativos.
<b>METODOLOGIA</b>	Revisión de literatura.
<b>RESULTADOS</b>	Las necesidades se dividen en cuatro categorías: necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas. La necesidad de información precisa y

	<p>comprensible que deje espacio para la esperanza es universal. Los familiares quieren hablar con un médico todos los días sobre la condición y el pronóstico del paciente, y quieren que una enfermera les explique sobre los cuidados, la unidad, el equipo y lo que pueden hacer por el paciente durante las horas de visita. Los familiares dan gran importancia a que los llamen a casa si cambia el estado del paciente. Las necesidades emocionales como la esperanza, la tranquilidad y poder permanecer cerca del paciente son cruciales. Los miembros de la familia siempre dan prioridad al bienestar de su pariente. En su estado de confusión, a menudo no logran prestar atención a sí mismos. Los cuidadores subestiman todas las necesidades de los miembros de la familia y no hacen lo suficiente para satisfacer estas necesidades.</p>
<p><b>CONCLUSIONES</b></p>	<p>Las necesidades prioritarias deben ser centrales en el abordaje de los enfermeros a los familiares. La iniciativa para atender las necesidades debe ser de los cuidadores. Investigación cualitativa futura, enfocada y bien diseñada sobre un un período de tiempo más largo podría aclarar el proceso por el que pasan los miembros de la familia y explicar los resultados de los estudios cuantitativos</p>
<p><b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b></p>	<p>Este estudio ayudara a conocer las necesidades de los familiares del paciente ´para poder entender los cuidados que se brindaran</p>

<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15807758/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15807758/</a>
---------------	---

15va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador COCHRANE

<b>TITULO</b>	El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson
<b>AUTORES</b>	Va, M Eseverri, Ñ M C
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2010
<b>RESUMEN</b>	Este artículo presenta una breve reflexión acerca del cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos. Para abordar este tema se ha tomado como referencia a Jean Watson, una de las teóricas de enfermería más importantes de nuestros días. Se ha escogido a Watson porque, desde su teoría, se ha podido captar, a la perfección, la necesidad de contemplar a la familia en el cuidado holístico del paciente crítico. De este modo, se plantea llevar a cabo una investigación que explore el cuidado de los familiares del paciente crítico basada en la idea del cuidado que propone Watson en su teoría. Para comprender este planteamiento se analiza y evalúa la teoría del caring, según la guía elaborada por McEwen en el año 2007
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Familia; Cuidado; Enfermería; Teoría de enfermería; Unidad de cuidados intensivos
<b>CONCLUSIONES</b>	La teoría del caring de Watson puede ser útil para el cuidado de las familias de UCI, ya que, como

	<p>señalan Duquette y Cara<sup>36</sup>, esta teoría promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas. En esta relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, la enfermera expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad elevando al otro, es decir, ayudándolo a crecer. A su vez, la familia puede desarrollar y compartir su ser, su conocimiento y sus necesidades favoreciendo el proceso transpersonal del cuidar. La teoría del cuidado humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería. Este cuidado debería ir más allá del paciente, involucrando a la familia. Para avalar esta propuesta sería necesario que se estudiara este campo en enfermería desde esta perspectiva.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender lo importante de la teoría de Jean Watson y su aplicación
<b>FUENTE</b>	<a href="http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239910000593">www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239910000593</a>

16va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador Scielo

<b>TITULO</b>	Percepciones de los profesionales de la salud sobre la humanización en una unidad de cuidados intensivos de adultos
<b>AUTORES</b>	Rafaely de Cassia Nogueira Sanches Paula Cristina Gerhardt Anderson da Silva Rego Carrera



	Jussara Simone Lenzi Pupulim Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic
<b>PAIS /AÑO</b>	Brasil/2016
<b>OBJETIVO</b>	Comprender la percepción de los profesionales de la salud sobre el cuidado humanizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos.
<b>METODOLOGIA</b>	Estudio cualitativo, realizado con 13 profesionales de la salud con formación superior que actúan en la UTI de un hospital universitario de la región norte del estado de Paraná. La recolección ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas y sometidas a análisis de contenido, modalidad temática.
<b>RESULTADOS</b>	Los profesionales de la salud tuvieron dificultades para emitir una definición clara y objetiva del concepto de humanización. También relataron que la rutina sumada al bajo nivel neurológico de las personas y la apreciación del profesional interfieren en la práctica y prestación del cuidado humanizado.
<b>CONCLUSIONES</b>	El estudio permitió realizar una reflexión a partir del concepto amplio de humanización, articulado con las dificultades cotidianas que encuentran los profesionales en su aplicabilidad, evidenciando un desfase entre la teoría y la práctica.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer sobre los cuidados humanizados en la UCI
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BgCj6JG6LdKy9F/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BgCj6JG6LdKy9F/?format=pdf&amp;lang=pt</a>

17va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador scielo

<b>TITULO</b>	Equipo multiprofesional de cuidados intensivos: humanización y fragmentación del proceso de trabajo
<b>AUTORES</b>	Viviane Canhizares Evangelista Thiago da Silva Domingos Fernanda Paula Cerantola Siqueira Eliana Mara Braga
<b>PAIS /AÑO</b>	Brasil /2016
<b>OBJETIVO</b>	comprender el significado del cuidado humanizado en unidades de cuidados intensivos considerando la experiencia del equipo multidisciplinario.
<b>METODOLOGIA</b>	investigación cualitativa descriptiva y exploratoria. Para ello, fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 24 profesionales del equipo de salud y, después de la transcripción, los datos cualitativos fueron organizados según análisis de contenido.
<b>RESULTADOS</b>	a partir de dos categorías principales, fue posible comprender que el cuidado humanizado se caracteriza en las acciones de atención a la salud: comunicación efectiva, trabajo en equipo, empatía, singularidad e integralidad; y descaracterizados en los procesos de gestión, más específicamente, en la fragmentación del proceso de trabajo y de atención a la salud, en la precariedad de las condiciones de trabajo y en aspectos conceptuales discrepantes de la propuesta política de humanización.
<b>CONCLUSIONES</b>	las acciones de cuidado en cuidados intensivos se guían por la humanización del cuidado y corroboran la gestión hospitalaria como un desafío a ser superado para promover avances en la operacionalización de esta política brasileña.

<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a conocer sobre los cuidados humanizados en la UCI
<b>FUENTES</b>	<a href="https://www.scielo.br/j/reben/a/X6SSkkfXsxNVPQd5qcBk6Yz/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/reben/a/X6SSkkfXsxNVPQd5qcBk6Yz/?format=pdf&amp;lang=pt</a>

18va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador ELSEVIER

<b>TITULO</b>	La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente critico
<b>AUTORES</b>	B. Errasti-Ibarrondo, S. Tricas-Sauras
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2012
<b>OBJETIVO</b>	identificar, analizar y sintetizar los principales efectos que pueden relacionarse con las visitas flexibles para los familiares del paciente crítico adulto.
<b>METODOLOGIA</b>	Se realizo una revisión de la literatura científica em las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library y CUIDEN y un análisis sistemático del contenido de los artículos seleccionados
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Familia; Visita; Visita abierta; Visita flexible; Unidad de Cuidados Intensivos; Unidad de Cuidados Críticos
<b>CONCLUSIONES</b>	Esta revision de la literatura puede concluir que la flexibilidad del regimen de visitas, además de ser beneficiosa para el paciente y su familia, es una petición recurrente porque constituye en sí misma una necesidad de los propios familiares, que puede ayudar a su vez a satisfacer las necesidades más importantes de los familiares del paciente critico, como la información o proximidad. Los

	<p>resultados de esta revisión aportan argumentos a favor de que la familia debe ir tomando mayor protagonismo durante la estancia del paciente en la UCI. Consideramos que un modo adecuado de integrar a la familia en el entorno de la UCI sería a través de un cuidado centrado en la familia y que tuviera como unidad de cuidado real al paciente y su familia. Por ello, creemos que es necesario investigar más y con mayor profundidad sobre como promover cambios en las políticas de los centros hospitalarios y en los profesionales a través de diseños como la investigación como acción participativa que ayuden a determinar qué modelo, filosofía o política reporta más beneficios al trípode constituido por pacientes, familiares y profesionales de cada unidad. De este modo, em función de los resultados, podrían implementarse políticas de visita más flexibles que permitan la perfecta Gestión de las necesidades de pacientes y familiares de modo individualizado tal y como sugiere la evidencia. Para concluir, llamamos a hacer una reflexión individual y colectiva acerca de nuestras propias actitudes ante la instauración de políticas de visita más flexibles a las habituales</p>
<p><b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b></p>	<p>Este estudio ayudara a comprender los beneficios para los familiares del paciente critico de las visitas flexibles</p>
<p><b>FUENTE</b></p>	<p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000715?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000715?via%3Dihub</a></p>

19va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador Elsevier

<b>TITULO</b>	Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas
<b>AUTORES</b>	D. Escudero*, L. Martín, L. Viña, B. Quindós, M.J. Espina, L. Forcelledo, L. López-Amor, B. García-Arias, C. del Busto, S. de Cima y E. Fernández-Rey
<b>PAIS /AÑO</b>	España/2015
<b>OBJETIVO</b>	Conocer el diseño y confortabilidad de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Analizar el horario de visitas, la información y la participación familiar en los cuidados del paciente.
<b>METODOLOGIA</b>	Cuestionario enviado por correo electrónico a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), suscriptores de la Revista Electrónica de Medicina Intensiva y difundido por el blog Proyecto HU-CI.
<b>PALABRAS CLAVES</b>	Humanización; Unidad de cuidados intensivos; Horario de visitas; Confortabilidad; Organización
<b>CONCLUSIONES</b>	La política de visitas es restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada. Generalmente no se permiten medios de comunicación tecnológicos. Hay poca incorporación de la familia en los cuidados del paciente. El diseño de la UCI no garantiza la privacidad ni proporciona la confortabilidad deseable.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA</b>	Este estudio ayudara a comprender la situación de las UCIs en España

<b>SU TRABAJO ACADEMICO</b>	
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15001013">https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15001013</a>

20va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador Pubmed

<b>TITULO</b>	Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica
<b>AUTORES</b>	Diana Marcela Achury Saldaña <sup>2</sup> Luisa Fernanda Achury Beltrán <sup>3</sup>
<b>PAIS /AÑO</b>	Colombia/2013
<b>OBJETIVO</b>	Mostrar la importancia del proceso de participación familiar y propone la posibilidad de operacionalizarlo en el cuidado del paciente crítico, a través de la aplicación de una teoría como la de Rosemarie Parse, cuya fundamentación teórica se correlaciona con el proceso de participación familiar y permite articular los elementos disciplinares en la práctica profesional.
<b>METODOLOGIA</b>	este artículo de revisión de literatura se deriva de los lineamientos internacionales de participación familiar y se integra con los referentes de una macroteoría denominada hombre-vida-salud.
<b>PALABRAS CLAVES</b>	teoría de enfermería, enfermería de la familia, cuidados intensivos, enfermedad crítica, relaciones familiares, unidades de cuidados intensivos, psicoterapia familiar, manejo de atención al paciente, aspectos psicológicos, enfermería de la familia.
<b>CONCLUSIONES</b>	La familia del paciente en estado crítico tiene necesidades de cercanía e interacción, de manera que

	<p>el profesional de enfermería, con base en el enfoque holístico de cuidado y la teoría hombre-vida salud, debe brindar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades del paciente y su familia, teniendo en cuenta la integralidad del ser y su inseparable relación con el entorno. El proceso de participación familiar y la práctica de enfermería desde la conceptualización de Parse permiten la vinculación gradual del familiar en el cuidado, en función de sus posibilidades para promover y facilitar la recuperación del paciente.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>Este estudio ayudara a comprender la importancia de la participación de los familiares en la UCI.</p>
<b>FUENTE</b>	<p><a href="https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf</a></p>

21va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador Pubmed

<b>TITULO</b>	<p>Reducción de las complicaciones cardiocirculatorias con una política de visitas sin restricciones en una unidad de cuidados intensivos: resultados de un ensayo piloto aleatorizado</p>
<b>AUTORES</b>	<p>Stefano Fumagalli 1, Lorenzo Boncinelli, Antonella Lo Nostro, Pablo Valoti, Giorgio Baldereschi, Mauro Di Bari, Andrea Ungar, Samuel Baldasseroni, Pierangelo Geppetti, Julio Masotti, Ricardo Pini, Nicolás Marchionni</p>
<b>PAIS /AÑO</b>	<p>Italia/2006</p>
<b>OBJETIVO</b>	<p>Probar, si en comparación con RVP, UVP se asocia con una mayor contaminación ambiental, lo que</p>

	<p>resulta en un mayor riesgo de complicaciones sépticas. Comparar la incidencia de complicaciones cardiovasculares mayores y los cambios en los perfiles hormonales y emocionales entre los dos regímenes.</p>
<b>METODOLOGIA</b>	<p>Se alternaron aleatoriamente secuencias de dos meses de las 2 políticas de visitas durante 2 años en una UCI de 6 camas, con 226 pacientes inscritos (RVP/UVP, n=115/111). Se evaluaron sistemáticamente la contaminación microbiana ambiental, las complicaciones sépticas y cardiovasculares, el perfil emocional y la respuesta a las hormonas del estrés.</p>
<b>PALABRAS CLAVES</b>	<p>Visitas sin restricciones, complicaciones cardiovasculares</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>A pesar de una mayor contaminación microbiana ambiental, la liberalización de los horarios de visita en las UCI no aumenta las complicaciones sépticas, mientras que podría reducir las complicaciones cardiovasculares, posiblemente por la reducción de la ansiedad y un perfil hormonal más favorable.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>Este estudio ayudara a comprender los beneficios de las visitas no restrictivas de la UCI.</p>
<b>FUENTE</b>	<p><a href="https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803008.pdf</a></p>

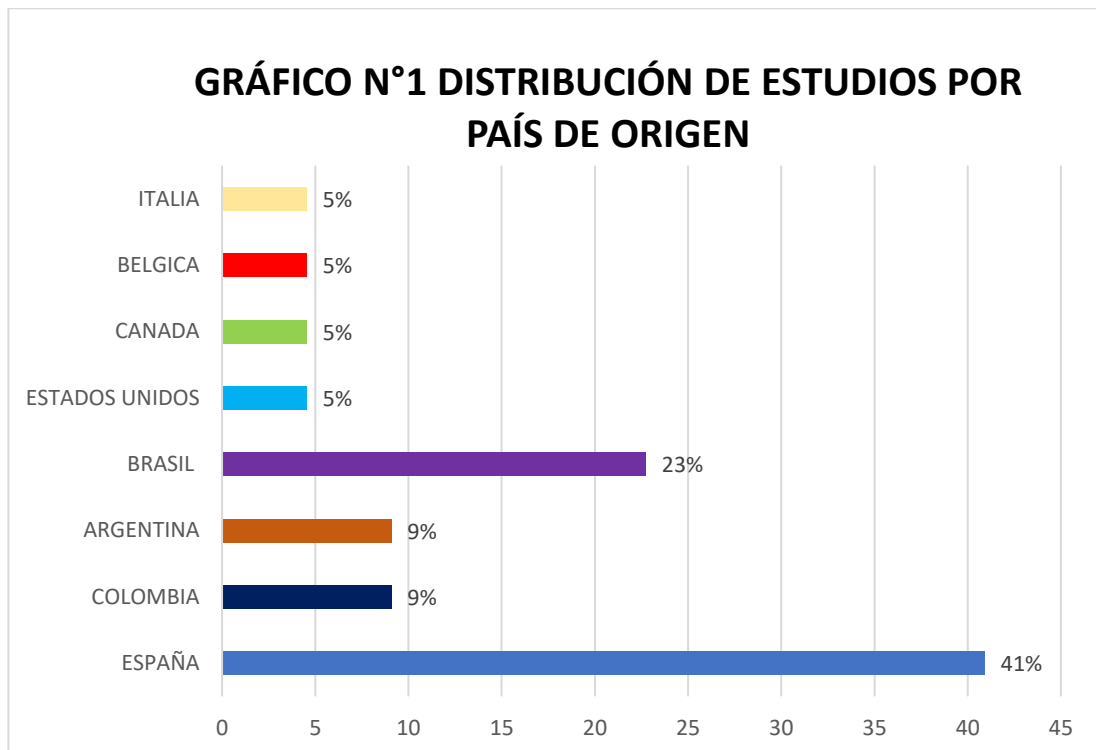


22va FICHA RAE: Investigación tomada de la base de datos del buscador Pubmed

<b>TITULO</b>	Eficacia y seguridad de un modelo de visitas extendidas a la UCI para la prevención del delirio: un estudio de antes y después
<b>AUTORES</b>	Regis Goulart Rosa 1, Tulio Federico Tonietto , Daiana Barbosa da Silva , Franciele Aparecida Gutierrez , Aline María Ascoli , Laura Cordeiro Madeira , Guillermo Rutzen , Maicón Falavigna , Carolina Cabral Robinson , Jorge Ibraín Salluh , Alejandro Biasi Cavalcanti , Luciano César Azevedo , Rafael Viegas Cremonese , Tarissa Ribeiro Haack , Claudia Severgnini Eugenio , Aline Dornelles , Marina Bessel , José Mario Meira Teles , Yoanna Skrobik , Cassiano Teixeira
<b>PAIS /AÑO</b>	Brasil/2017
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el efecto de un modelo de visitas extendidas en comparación con un modelo de visitas restringidas en la aparición de delirio entre los pacientes de la UCI.
<b>METODOLOGIA</b>	Se realizó un estudio prospectivo de antes y después en un hospital de 31 camas UCI médico-quirúrgica de tercer nivel en Porto Alegre, Brasil. El estudio se dividió en tres períodos consecutivos: primer período, 90 días con RVM, de mayo a julio de 2015; segundo periodo, 30 días sin inscripción de pacientes para evitar el sesgo de contaminación, en agosto de 2015; tercer período, 90 días con EVM, de septiembre a noviembre de 2015.

<b>PALABRAS CLAVES</b>	resultados de cuidados críticos; infección cruzada; delirio; duración de la estancia; mortalidad
<b>CONCLUSIONES</b>	En esta UCI médico-quirúrgica, un modelo de visitas extendidas se asoció con una menor ocurrencia de delirio y una duración más corta del delirio/coma y la estancia en la UCI.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Este estudio ayudara a comprender los beneficios de las visitas no restrictivas de la UCI.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28671901/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28671901/</a>

## TABLAS Y GRAFICOS



**TABLA N°1. DISTRIBUCION DE ESTUDIOS POR AÑO DE PUBLICACION**

<b>AÑO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
2021	1	5
2019	1	5
2018	3	14
2017	2	9
2016	3	14
2015	2	9
2014	1	5
2013	2	9
2012	1	5
2010	1	5
2007	2	9
2006	1	5
2005	1	5
2004	1	5

**TABLA N°2. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIOS POR IDIOMA DE PUBLICACIÓN**

<b>IDIOMA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
ESPAÑOL	14	64
INGLES	6	27
PORTUGUES	2	9

**GRÁFICO N°2. DISTRIBUCION DE ESTUDIOS SEGÚN LA BUSQUEDA EN BASE DE DATOS**

