



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS**

“Beneficios de las visitas flexibles en las Unidades de Cuidados  
Intensivos”

**INVESTIGADORA:**

Lic. Bustamante Díaz Natalie Luz

**Lima - Perú**

**2019**

**Dedicatoria:**

A mis padres, por todo el amor que me brindan, por su comprensión, paciencia y por los valores que han inculcado en mí

A mis hermanos y sobrinos por su amor y apoyo incondicional

**Agradecimientos:**

A Dios por darme vida, salud y la fuerza necesaria para seguir día a día y por ser mi guía e iluminar cada uno de mis pasos

**Fuente de financiamiento:**

El presente trabajo será autofinanciado

## **TABLA DE CONTENIDOS**

Resumen	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: OBJETIVOS	9
CAPÍTULO III: CUERPO	10
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	20
Referencias bibliográficas	23
Anexos	

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Las Unidades de Cuidados Intensivos representan, para el paciente y su familia, ambientes donde se experimentan sentimientos de dolor, sufrimiento, miedo y una sensación de muerte inminente en el que el personaje más vulnerable está representado por el paciente. Aquí el personal de salud suele centrar su atención en los aspectos físicos del paciente limitando el acceso de la familia mediante políticas restrictivas de visita, interfiriendo en la interacción entre el paciente-familia. Hoy en día está cobrando mayor importancia el hecho de “flexibilizar el horario de visitas”, cuyo propósito es reducir las típicas restricciones físicas, temporales y de relaciones, revolucionando lo que por años se ha practicado. **Objetivo:** Describir la producción bibliográfica sobre los beneficios de las visitas flexibles en las unidades de cuidados intensivos. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión bibliográfica de literatura científica. **Resultados:** La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 62 artículos, tras la revisión se seleccionaron en el estudio un total de 21 artículos de revistas científicas del 2006 al 2018, de base de datos como: Pubmed, SciELO, Redalyc y LILACS. **Conclusión:** Los diferentes estudios encontrados demuestran que flexibilizar el horario de visitas tiene un impacto positivo en la familia y en el paciente crítico, en aspectos emocionales que se traducen en mejoras a nivel fisiológico, disminuyendo la incidencia de complicaciones que resultan ser una amenaza para la recuperación y el bienestar del paciente.

**Palabras clave:** Cuidados intensivos, visita, flexible, impacto, familiares.

## I. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suelen representar, tanto para el paciente como para su familia y allegados, ambientes donde se experimentan sentimientos de dolor, sufrimiento, miedo y una sensación de muerte inminente en el que el personaje más vulnerable está representado por el paciente. Las condiciones físicas y las propias políticas establecidas en estas unidades debido a la gravedad de los pacientes y por ende la complejidad en los cuidados que se brindan, hacen que estos se encuentren prácticamente aislados para protegerlos<sup>1</sup>.

Los aspectos fisiológicos que presenta el paciente en estado crítico y el nivel de complejidad de los mismos, reflejado en su inestabilidad y la necesidad de monitoreo continuo y especializado por recursos humanos calificados mediante el uso de recursos tecnológicos sofisticados precisan lógicamente que todos los cuidados estén direccionados hacia este ser cuya vida se encuentra en latente peligro, limitando el acceso de la familia respaldados por normas estandarizadas, las mismas que generan y representan una barrera física y psicológica en la relación del binomio paciente-familia<sup>2</sup>.

La necesidad de aislar a los pacientes se remonta a las década de los sesenta, década en la que se da la creación de las primeras UCI en Estados Unidos, donde el estado crítico de los pacientes allí atendidos, la complejidad de su situación y manejo, conllevó a considerar que la visita podía generar efectos negativos y perjudiciales para el paciente poniendo en riesgo su recuperación y su bienestar<sup>3</sup>, por lo tanto se optó por mantener un carácter cerrado en estas unidades, condicionando que emerja un régimen

restrictivo, traducido en normas y protocolos institucionales que cierran sus puertas a los familiares y allegados, las mismas que aún en la actualidad las distinguen de otras unidades<sup>4</sup>.

Esta práctica se mantiene vigente aun en el siglo XXI alegando el alto riesgo de infecciones cruzadas, el estrés que este puede generar para todos los involucrados, además de que la presencia más extendida de la familia represente un obstáculo para la realización de las actividades del personal de salud<sup>5</sup>.

Sin embargo, estas normas y protocolos no son los únicos factores que influyen en las políticas de visitas restrictivas en las UCI, sino también las creencias, percepciones y actitudes del personal de salud, los mismos que muchas veces manifiestan un carácter evasivo a la idea de abrir las puertas de estas unidades, alegando obstáculos relacionados a aspectos físicos de la infraestructura, al hecho de vulnerar la intimidad de los demás pacientes, al aumento del riesgo de infección para el propio paciente, al riesgo de incrementar la ansiedad y susceptibilidad de los miembros de la familia y tal vez el hecho que cause más rechazo el entorpecer las delicadas actividades que los profesionales realizan con el paciente crítico<sup>3</sup>. De modo que un gran número de profesionales no considera que el cambio de políticas pueda contribuir con la mejoría del paciente crítico, incluso algunas enfermeras han manifestado su escepticismo, indicando que este cambio puede interferir en la planificación del cuidado y en sus resultados<sup>6</sup>.

Estas medidas generan mayor inquietud y desasosiego sobre la familia, quienes simbolizan el entorno del paciente, ya que están compuestas por aquellas personas que

comparten lazos consanguíneos además de un vínculo afectivo; cuando se produce un cambio sobre alguno de sus miembros este afecta a toda la unidad familiar provocando una crisis situacional desencadenada por el hecho de que la supervivencia del ser querido está en inminente peligro, a esto se añade el hecho de que la persona se encuentre prácticamente aislada, creándose sentimientos de incertidumbre, estrés, ansiedad, preocupación y angustia en el familiar<sup>7</sup>.

La familia también presenta necesidades que deben ser atendidas, pero que lamentablemente no suelen llegar a satisfacerse durante este proceso, estas se clasifican en Necesidades Cognitivas, definida como el conocimiento que requiere sobre el estado del paciente y su cuidado; Necesidades Emocionales, la cual hace referencia al apoyo emocional que precisa el familiar al experimentar emociones negativas propias de esta crisis; Necesidades Sociales, se refiere a las relaciones familiares como un rol social y necesidad innata del ser humano, la misma que está interrumpida en este contexto crítico; por último las Necesidades Prácticas, se refiere a los aspectos complementarios dentro del cuidado, como lo son los aspectos físicos de la infraestructura, ubicación y distribución de estas unidades, a su vez identificadas por los propios familiares como las de menos importancia en relación a las demás<sup>8</sup>.

Un estudio llevado a cabo el año 2014 en Colombia por Clara Galvis y Rocío Salamanca, señala que estas necesidades están divididas en cinco dimensiones e indica en sus resultados que de estas dimensiones las percibidas según su grado de importancia por los familiares son las de Seguridad (86%), Información (82%), Proximidad (78%), seguidas por las de Apoyo (57%) y Confort (54%)<sup>9</sup>.

Por otra parte, el paciente se convierte en un ser vulnerable, su dependencia de máquinas, el deterioro de su movilidad, la reducción de su capacidad para comunicarse, la pérdida de contacto con el entorno (sobre todo con su familia) y de su intimidad, producen que pierda autonomía; estos aspectos lamentablemente suelen quedar en segundo plano debido a la gravedad de su situación clínica<sup>10</sup>. Además, experimentan sentimientos de aislamiento, soledad, estrés, miedo, ansiedad, e incertidumbre que desencadena la estancia en una unidad crítica, convirtiéndose tanto la enfermedad como la hospitalización en una experiencia traumática<sup>11</sup>.

Entonces la necesidad de acompañamiento es percibida, identificada y compartida por el binomio paciente-familia; la familia que representa un componente esencial en el proceso salud enfermedad de todo individuo, un recurso muy valioso e indispensable dentro de las UCI, la cual es reconocida por el propio paciente, pero muchas veces no aceptada por el profesional de salud.

En este aspecto cobra vital importancia la hora de “la visita” puesto que es aquí donde se produce la interacción entre la familia y el paciente crítico dentro del espacio hospitalario, resultando como principal inconveniente para que esta interacción pueda efectuarse de manera significativa el actual e histórico restrictivo régimen de visitas que impera en la mayoría de las UCI, siendo estas catalogadas como UCI de puertas cerradas donde además la participación de la familia es estrictamente limitada<sup>12</sup>.

Por lo tanto, cada vez se hace más necesaria la participación familiar activa, con el fin de lograr un cuidado integral del binomio paciente-familia y proporcionar un ambiente



terapéutico óptimo mediante la satisfacción de las necesidades que presentan ambas partes tanto en aspectos tanto físicos como emocionales.

El enfoque holístico dentro de los cuidados que brinda el personal de enfermería (como parte del equipo de salud especializado en la atención del paciente crítico) y la necesidad de la rehumanización de los servicios de salud, nos lleva a considerar como parte fundamental dentro de este delicado proceso a la familia, a quienes debemos brindar consuelo y apoyo emocional, siendo un soporte para aliviar su sufrimiento y ayudándolos a afrontar este proceso de la manera más apropiada, haciendo que las UCI dejen de representar, tanto para ellos como para el propio paciente, ambientes poco o nada agradables y por el contrario sean ambientes más confortables, cálidos y más humanos<sup>13</sup>.

Todo esto conlleva a que hoy en día esté cobrando mayor importancia el hecho de: flexibilizar el horario de visitas, lo que se traduce en abrir las puertas de la UCI, esto implica direccionar los propósitos a reducir las típicas restricciones y limitaciones en aspectos físicos, temporales y de relaciones, impuestas para las que en el fondo no haya justificación<sup>14</sup>; también se basa en el desarrollo de estrategias destinadas a modificar el régimen de visitas restrictivas que actualmente se ejerce, dejando de lado aquellas barreras fundamentadas en costumbres arraigadas por parte de los profesionales y la carencia de reflexión crítica acerca de los inconvenientes que ellos consideran podría generarse<sup>15</sup>.

La revisión bibliográfica evidencia la controversia existente en la actualidad sobre el hecho de cambiar el régimen de visitas en estas unidades, diversas son las posturas

frente a una práctica que se ha llevado a cabo desde la creación de las primeras UCI, la cual se remonta a 1960, la situación frente a este hecho es diversa:

Un estudio llevado a cabo por Luisa Achuri Beltrán el año 2014, reveló que en el plano internacional se está dando un importante cambio; en Estados Unidos el 43% de las UCI ejercen una política de puertas abiertas. En Europa la situación varía; en Suecia, el país del continente europeo con más aperturas, el 70% de las UCI no manejan restricciones en cuanto a horarios de visitas; en España el 3,8% de las UCI mantienen un horario abierto las 24 h y el 9,8% tienen horario abierto solamente en turno diurno; en Francia el 3% de las UCI maneja un horario de visitas flexibles, en Italia solamente el 1% maneja horarios flexibles, mientras que en Holanda ninguna UCI abre sus puertas, no obstante su política no impone ninguna restricción durante la hora de visita<sup>16</sup>.

A nivel nacional nuestras UCI mantienen un horario de visitas restrictivo, limitadas a una visita corta por día.

Una de las motivaciones que impulsó la realización de la presente investigación es que nuestra realidad, vivenciada durante las prácticas hospitalarias, no está exenta de las dificultades que interfieren en el hecho de flexibilizar el horario de visitas en las UCI, aunque algunos profesionales se muestren dispuestos a hacer de este sueño una realidad pese a ser conscientes de los obstáculos que se pueden ir presentando en el camino, muchos otros profesionales se muestran reacios al cambio, no es raro que en muchas de las UCI simplemente se suspendan las visitas porque de pronto un paciente se complicó y/o tuvieron que realizar determinados procedimientos que pueden herir

susceptibilidades, sin dejar lugar a una reprogramación de dichas visitas, lo cual deja a la familia sumergida en la incertidumbre, angustia y preocupación y ni que hablar del paciente que no sentirá el calor familiar hasta el siguiente día de visita; otro claro ejemplo es que algunos miembros de la familia por sus horarios de trabajo no pueden acceder al horario de visitas establecido, mientras que muchos profesionales no tienen consideraciones para estos casos especiales.

Este cambio revoluciona lo que por años se ha practicado una “UCI de puertas cerradas”, las posturas frente al cambio de este régimen son diversas y generan controversia entre los profesionales de la salud sobre si en realidad podrían llegar a ser beneficiosas o no, y hacia quienes se dirigen estos beneficios si solo a la familia o también hacia el paciente. Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Serán beneficiosas las visitas flexibles en las unidades de cuidados intensivos?

Es por ello que mediante este estudio se pretende analizar y brindar aportes sobre la evidencia científica en cuanto a los beneficios de las visitas flexibles en las UCI, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de atención que ofrecemos, colocando tanto al paciente como a su familia en el centro de nuestros esfuerzos, preocupándonos no solo por los aspectos clínicos sino también por enfocarnos en los aspectos psicológicos, emocionales y afectivos de los seres humanos a los que brindamos cuidados, abocándonos a lograr la recuperación y bienestar del paciente crítico para lo cual la presencia y participación de la familia juega un papel esencial.

El presente estudio se efectuará con la finalidad de realizar intervenciones de enfermería pertinentes, válidas y seguras para los pacientes en estado crítico y sus familiares de este modo se contribuirá a la mejora de la calidad de los cuidados brindados por el profesional de enfermería apuntando a una atención humanizada en nuestra realidad como ya se va dando en otros países desarrollados.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la producción bibliográfica sobre los beneficios de las visitas flexibles en las unidades de cuidados intensivos

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Enunciar la producción científica sobre los beneficios de las visitas flexibles en las unidades de cuidados intensivos para la familia
2. Identificar la producción científica sobre los beneficios de las visitas flexibles en las unidades de cuidados intensivos para el paciente

### **III. CUERPO**

El ingreso a una UCI representa un suceso no deseado que ocasiona estrés y ansiedad en el propio paciente, asimismo genera una crisis emocional en la familia, manifestada por ansiedad, shock, miedo, depresión e incertidumbre. Al direccionar y centrar todos los cuidados hacia el paciente crítico, suele dejarse de lado a la familia, quienes representan una pieza fundamental dentro del proceso de salud de cada individuo, es por ello que el acompañamiento y la participación activa de la familia son elementos que contribuyen a brindar un cuidado integral y fomentar un ambiente terapéutico óptimo<sup>3</sup>.

De aquí surge la necesidad de cambiar la política de visitas en las unidades de cuidados intensivos con las potenciales posibilidades que implicaría flexibilizar el horario de visitas en las UCI en beneficio del paciente y su familia.

Es por ello que se lleva a cabo el presente trabajo de investigación, cuya metodología corresponde a un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo; se realizó una revisión bibliográfica acerca de los potenciales efectos que tienen las visitas flexibles tanto para el paciente crítico como para sus familiares. Mediante la revisión de la literatura científica se identificaron los siguientes términos para describir los tipos de regímenes de visitas dentro de las unidades de cuidados intensivos en los distintos estudios: Abierta, flexible, no restrictiva o extendida y restrictiva, restringida o cerrada.

Se llevó a cabo la búsqueda de la bibliografía mediante las siguientes bases de datos: Pubmed, SciELO, Redalyc y LILACS; se hallaron en total 62 estudios entre artículos,

tesis y ensayos en idiomas español, portugués e inglés en las siguientes revistas científicas: enfermería intensiva, medicina intensiva, Aquichan, SciELO, entre otras; de las cuales se seleccionaron una tesis y 21 artículos científicos relevantes para esta investigación, realizados entre los años 2006 y 2018 utilizando las siguientes palabras claves: cuidados intensivos, visita, flexible, impacto, familiares; haciendo combinaciones de dichos términos tanto en español como en inglés a través del uso de los operadores booleanos OR y AND.

Tras realizar la revisión bibliográfica, podemos decir que, aunque son escasos y tal vez poco difundidos e incluso poco promocionados, existen estudios científicos que demuestran que ampliar el horario de visitas no es perjudicial como se consideraba y como aún hoy en día se cree, sino por el contrario resulta ser beneficioso tanto para el bienestar emocional de la familia como para la mejoría y recuperación de los pacientes críticos incluso en aspectos fisiológicos.

En cuanto a los beneficios identificados para la familia del paciente crítico, hallados en los diferentes estudios, en lo que corresponde a aspectos emocionales al extender el horario de visitas en las UCI tenemos que:

Errasti B. y Tricas S. en su estudio llevado a cabo el año 2012 indican que la cercanía del familiar con el paciente reduce el estrés y la ansiedad que conlleva el hecho de tener a un miembro de la familia en estado crítico, al flexibilizar el horario se satisface las necesidades de la familia tanto cognitivas, ya que se mejora la comunicación entre el personal de salud y la familia; emocionales, a través de la seguridad y el incremento de la esperanza y la sensación de tranquilidad; sociales, ya que es un aspecto valioso para

la familia establecer mayor contacto con el paciente; como prácticas, pues los horarios flexibles le permiten a la familia acomodarse a sus situaciones personales como laborales sin que esto interfiera con el hecho de poder ver al paciente y la posibilidad de participar en actividades básicas; mejorando y favoreciendo de este modo el nivel de satisfacción familiar<sup>17</sup>.

Achury Diana y Achury Marcela en su estudio realizado el año 2013 en el cual tiene como objetivo demostrar la relevancia de la participación de la familia del paciente crítico proponiendo para ello la aplicación de la teoría hombre-vida-salud, identificaron que adoptar una política de visitas que favorezca la presencia más extendida de la familia y su mayor protagonismo cambia el significado que tienen acerca de la enfermedad y entre otros beneficios ejercen un impacto positivo sobre la recuperación y los alienta a mantener la esperanza en todo este proceso, disminuyendo sus sentimientos de incertidumbre<sup>4</sup>.

Los estudios hallados también nos demuestran beneficios para el paciente en estado crítico a nivel del perfil emocional al ser sometido a un régimen de visitas flexibles:

Un estudio realizado el año 2006 en Italia por Fumagalli y colaboradores, mediante un ensayo aleatorio cuyo propósito fue comparar las complicaciones asociadas con la política de visitas no restrictivas y la política de visitas restrictivas alternadas al azar durante dos años, dirigido a examinar los resultados en cuanto a seguridad y salud de las visitas no restrictivas y las visitas restrictivas en las unidades críticas; mostraron que la puntuación de ansiedad fue parecida al principio del estudio en ambos grupos y disminuyó significativamente en el grupo de pacientes expuestos a visitas no



restrictivas, desde el ingreso a la UCI hasta el momento del alta, mientras que en el otro grupo de pacientes expuestos a visitas restrictivas se observó una ligera reducción no significativa; demostrando que los pacientes sometidos al régimen de visitas no restrictivas presentaron menos ansiedad atribuido a un incremento significativamente menor en la producción del TSH plasmático y cortisol en plasma durante toda su estadía en la UCI<sup>18</sup>.

En cuanto a los beneficios identificados a nivel fisiológico para el paciente crítico, los siguientes estudios demuestran diversos potenciales efectos:

Fumagalli y colaboradores también observaron que el grado de falla cardíaca, en el grupo de pacientes sometidos a visitas restrictivas, valorada a través de la escala de Killip no cambia entre el valor obtenido al ingreso en la unidad crítica y el valor obtenido al egreso ( $p > 0,05$ ); en cambio, el 58,8 % de pacientes expuestos a visitas no restrictivas presenta una mejoría notable en su falla cardíaca, demostrado a través de la disminución en la puntuación del grado de Killip, medido entre el ingreso y el alta de la unidad ( $p < 0,05$ ); obteniendo como resultado de su estudio que la incidencia de complicaciones cardiovasculares fue dos veces menor en pacientes sometidos al régimen de visitas de puertas abiertas (3.4%) en comparación con el otro grupo (6.7%), además la mortalidad fue mayor en los pacientes sometidos al régimen de visitas restrictivas (5.2%) frente al grupo expuesto a visitas no restrictivas (1.8%)<sup>18</sup>.

Por lo tanto, abrir las puertas de las UCI ayuda a disminuir las complicaciones cardiovasculares en los pacientes críticos, esto se encuentra relacionado posiblemente a la disminución del estrés, de la angustia y del miedo al sentirse cerca de un miembro

de la familia durante este difícil proceso y también al hecho, demostrado en este mismo estudio y mencionado líneas arriba, de que los pacientes sometidos a un régimen de visitas no restrictivo mantienen un perfil hormonal mucho más favorable en comparación con los expuestos a un régimen de visitas restrictivo.

Otro estudio realizado en Brasil el 2017 por Regis y colaboradores, cuyo objetivo fue comparar los efectos de un modelo de visitas restrictivo con otro modelo no restrictivo sobre la aparición del delirio en pacientes críticos, donde se trabajó con dos grupos control, en el que a un grupo se aplicó el modelo de visitas restringido mientras que al otro el modelo de visitas ampliado, tuvo como resultado que el 9.6% de los pacientes expuestos a un modelo de visita extendido desarrolló delirio mientras que el 20.5% de los pacientes sometidos al modelo de visitas estricto lo padeció, además la duración del delirio fue menor para los pacientes con modelo de visitas ampliado en comparación con el grupo expuesto al otro modelo (1.5 día versus 3 días)<sup>19</sup>.

El delirio dentro de las UCI representa una complicación que perjudica la evolución del paciente crítico, debido al proceso traumático de la estadía que conlleva de manera potencial al paciente a sufrir disfunciones tanto fisiológicas como emocionales, y que a su vez está asociada a una mayor estancia hospitalaria y mortalidad, por lo tanto representa un desafío para los profesionales de la salud; está demostrado que el aislamiento y la restricción de las visitas, son factores que incrementan la incidencia de delirio dentro de estas unidades.

Cambiar las políticas de visitas dentro de las UCI, abriendo sus puertas contribuye a disminuir notablemente la incidencia de delirio en los pacientes críticos, debido a que

el mayor acompañamiento e implicación de la familia en este delicado proceso resulta ser un medio para manejar mejor el dolor, el estrés, participando en cierto modo en la reorientación y estimulación cognitiva del paciente crítico, teniendo por lo tanto la familia un rol fundamental en la recuperación y bienestar del paciente.

Otro punto resaltante hallado por Regis y colaboradores fue que la estancia hospitalaria también fue menor en los pacientes con visitas ampliadas frente a los que tuvieron restricciones en las visitas (3 días versus 4 días)<sup>19</sup>.

Por ende, al disminuir las complicaciones como las mencionadas anteriormente tanto en lo que corresponde al delirio y las complicaciones cardiovasculares, gracias a la práctica de regímenes menos restrictivos en las UCI, también se logra reducir la estancia hospitalaria del paciente crítico y la mortalidad de los pacientes, esto se traduce en la disminución de los costos tan altos que puede traer consigo la estadía en una unidad crítica, debido al uso de tecnología de punta, la terapéutica, instrumentalización y demás servicios especializados que requieren estos pacientes.

En lo correspondiente al nivel de contaminación de las salas de cuidados intensivos y el riesgo de complicaciones sépticas se halló lo siguiente:

Tanto Fumagalli y colaboradores<sup>18</sup> como Regis y colaboradores<sup>19</sup>, demostraron que a pesar de que las unidades críticas del grupo de pacientes sometidos a visitas extendidas presentaron mayor contaminación bacteriana y fúngica en las superficies y aire, mientras que las salas de los pacientes sometidos a visitas restrictivas estaban significativamente menos contaminadas, la tasa de infecciones adquiridas, traducida en la incidencia de infecciones del tracto urinario, neumonía, sepsis generalizada y

complicaciones sépticas fue semejante en ambos grupos experimentales; cabe recalcar que como norma, los visitantes tenían que lavarse las manos usando agua y jabón antiséptico, se les proporcionaba mandiles descartables y cuando fuese necesario equipos de protección personal, además se les brindó orientación verbal y escrita acerca de buenas prácticas durante la visita en las UCI.

Por consiguiente, flexibilizar el horario de visitas no incrementa la incidencia de infecciones adquiridas dentro de las UCI y esto está respaldado por los estudios científicos; quedando sin evidencia la argumentación que indicaba lo contrario, alegando que a mayor contaminación resultante del tránsito de los visitantes se exponía al paciente en estado crítico a un mayor riesgo de padecer infecciones, la misma que por años había servido como sustento para cerrar las puertas de estas unidades.

Los beneficios también se ven reflejados hacia el personal de salud, flexibilizar el horario de visitas genera que tanto familiares como pacientes lleguen a percibir una mejor calidad en el cuidado brindado y un mejor reconocimiento del profesional de salud, especialmente de la enfermera quien brinda acompañamiento y cuidado de manera permanente, disminuyendo incluso el número de quejas por percibir los esfuerzos del personal de salud para brindar un buen cuidado al paciente, mostrando de este modo que la participación familiar tiene gran importancia para todos los implicados <sup>16</sup>.

Entonces podemos afirmar que ampliar el horario de visitas es beneficioso no solo para la familia sino también para el propio paciente y en cierta medida también para el personal de salud.

Por lo tanto la bibliografía revisada nos demuestra las ventajas y los beneficios de liberalizar el horario de visitas en las UCI, estando esta afirmación demostrada y respaldada a través de estudios científicos, sin embargo, aún existe el predominio de UCI de puertas cerradas, muchos profesionales de la salud y con ellos las organizaciones se muestran reacios a esta postura, esta resistencia representa un obstáculo hacia un progreso donde el más beneficiado es el paciente, este gran paso supone también un gran esfuerzo de cambiar los hábitos laborales que han regido por mucho tiempo nuestro actuar, implica salir de la zona de confort a la cual estamos acostumbrados<sup>20</sup>.

Cada vez más hospitales de España se unen a esta iniciativa y recientemente Colombia lo ha hecho, el 2017 el diario Colombiano “*dicen*” anuncia la formación de profesionales de enfermería y medicina en cuanto a términos de humanización, el denominado Proyecto HUCI que tiene una visión integral sobre los cuidados que se brinda dentro de las unidades críticas para mejorar la calidad de atención a pacientes y familiares<sup>21</sup>, uniéndose a países desarrollados en esta nueva tendencia; formando parte de la minoría que además de abrir las puertas de las Unidades de Cuidados Intensivos tienen como objetivo humanizarlas, lo que implica acompañar todos aquellos avances científicos y tecnológicos de los más cálidos valores humanos, ambos deben de trascender y no dejar de lado la esencia humana que en términos lógicos debe caracterizarnos.

Fuente C. y colaboradores como parte de su estudio realizado en España el año 2018, presentó los resultados de una encuesta llevada a cabo en el Hospital Infanta Margarita

en España, cabe recalcar que este es un hospital comprometido con abrir las puertas de las UCI y humanizarlas, demostró que el 64 % de los profesionales estaba de acuerdo con abrir sus puertas, e incluso aportaron numerosas recomendaciones que se sometieron a un debate con el fin de llevar a cabo esta práctica de la manera más productiva e idónea, tales como identificar al cuidador principal, analizar cada caso y en congruencia con ello establecer el grado de flexibilización, tomar en cuenta las circunstancias personales de cada familia, facilitar el acompañamiento de manera más extensa pero de forma paulatina, permitir la participación de la familia en tareas sencillas según la tolerancia de la familia y las características clínicas de cada paciente<sup>14</sup>. Este camino implica reflexionar y ser tolerante, no poner en primer lugar los inconvenientes que podrían generarse, sino poner en la balanza los beneficios, planificar estrategias que se irán perfeccionando a medida que esta actividad se pone en práctica, ser más sensibles, no poner excusas que tienen una impresión más ligada a lo cultural y a la costumbre, es decir comprender que para poder abrir las puertas de las UCI primero debemos abrir nuestras mentes y comprometernos con este cambio<sup>22</sup>.

Lo anterior nos demuestra que se puede cambiar la percepción negativa que por años han mantenido los profesionales de la salud frente a este cambio, solo es cuestión de conocer la base científica que respalda esta nueva tendencia, mostrar apertura ante el cambio, ampliar nuestros horizontes, cambiar de actitud, sensibilizar, concientizar, sobre todo estar dispuestos a vivir esta nueva experiencia, enriquecernos y empoderarnos en ella.

Cada vez más países se suman a la iniciativa de ampliar el horario de visitas en las UCI, puesto que los estudios demuestran que la visita familiar no sería perjudicial para el paciente como antes se consideraba; dichas investigaciones también respaldan los beneficios del acompañamiento familiar dentro de estas unidades, resultando ser una práctica segura que incrementa la satisfacción del paciente y su familia, mientras se establezcan estrategias que potencien su manejo; contribuyendo indirectamente a generar mayor aceptación y conciencia por parte de la familia de lo que le sucede al ser querido, además de una mayor y mejor comprensión, reconocimiento y valoración del trabajo del profesional de salud dentro de estas unidades críticas.

#### **IV. CONCLUSIONES**

Los resultados de la bibliografía hallada en esta revisión, nos demuestran que el acompañamiento familiar tiene un impacto positivo no solo en la propia familia, sino también y sobre todo en el paciente en estado crítico, estos beneficios no solo se limitan a aspectos emocionales, sino que se traducen en mejoras a nivel de su estado fisiológico, disminuyendo el riesgo y por lo tanto la incidencia de complicaciones que resultan ser una amenaza para la recuperación y el bienestar del paciente crítico.

Los estudios nos muestran que esta práctica tiene garantías de seguridad, además se logra una menor estancia del paciente en la UCI y en menor medida también de la mortalidad, disminuyendo de cierto modo los costos que la estadía en una UCI acarrea, mejorando con ello no solo los procesos sino también los resultados.

Abrir las puertas de las UCI no resulta ser una tarea sencilla, esto se evidencia en las barreras que hasta el día de hoy se anteponen a un hecho que debe ser atendido, demostrado por un apego hacia la costumbre de cerrar las puertas de las UCI, continuando con la práctica de hábitos laborales arraigados que provocan resistencia al cambio, dificultando de esta forma el progreso en términos de calidad de atención en salud y de humanización de los servicios de salud.

Por lo tanto uno de los retos más importantes será cambiar la actitud de rechazo que muestran muchos de los profesionales de salud, basado en complicaciones que puede presentar el paciente crítico al ser expuesto a un régimen de visitas ampliado



y que los estudios revisados han mostrado que están infundamentados, obstaculizando con esta posición la flexibilización del horario de visitas, por ello se requiere lograr un cambio de postura, de la voluntad, fomentando la sensibilización y el compromiso de los profesionales de la salud pero también del colectivo de profesionales que representan y encabezan los sistemas de salud para promover cambios en las políticas de visitas ya establecidas en estas unidades, debe ser considerada como una necesidad imprescindible, evidenciando de este modo respeto por los derechos humanos de aquel ser vulnerable en el que se convierte el paciente crítico y también de su familia.

Otro reto será mejorar las condiciones físicas de muchas de las UCI, en cuanto a infraestructura de la misma y organización, contando de preferencia con boxes individuales o debidamente separados para poder brindar privacidad a la familia y al paciente y fomentar que el acompañamiento familiar se de en condiciones aceptables, además de brindar confortabilidad a los familiares y que a su vez permitan al personal de salud brindar una mejor atención sin dificultar sus cuidados y protegiendo la intimidad tanto de los pacientes como de su familia.

Por ello como parte de este sistema tenemos el deber de reflexionar sobre este tema, detenernos a escuchar el silencioso grito desesperado tanto de pacientes como de sus familiares, que exigen el derecho de permanecer más tiempo juntos con un régimen de visita menos restrictivo acompañado por un trato más humanizado, mostrar tolerancia, generosidad y abrir las mentes hacia una nueva realidad que nos

brinda más beneficios que inconvenientes, sin verlo como el deseo de unos cuantos sino como una necesidad que logrará beneficiar a todos los implicados.

Por último sería conveniente que en nuestro país se analice esta alternativa de progreso en salud, que, aunque desafiante resulta necesaria e imprescindible por los beneficios demostrados, empezando por realizar estudios destinados a conocer las percepciones de los profesionales en nuestro medio, llevar a cabo planes piloto en base a la experiencia de profesionales de otros países que llevan a cabo esta práctica y que compartan sus experiencias a través de foros, de este modo se podrá lograr la reflexión de aquellos profesionales que muestran resistencia ante este cambio, además se podrá reconocer las necesidades que traería consigo el abrir las puertas de las UCI en nuestro medio y poder de este modo realizar las gestiones necesarias en base a los beneficios demostrados para que nuestro sistema de salud dirija sus esfuerzos a brindar las condiciones necesarias para que este hecho sea puesto en práctica. Flexibilizar el horario de visitas en las UCI al ser un área que no se ha estudiado en nuestro país y por las expectativas puestas en ellas a nivel internacional resultaría enriquecedor realizar investigaciones científicas propiamente nacionales que demuestren sus beneficios en nuestra realidad, poniéndonos así a la altura y vanguardia de los avances en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Urizzi F, Correa AK. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 12 Dic 2018]; 15 (4): 598-604. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a12.pdf)
2. Marco Pérez P. Influencia de las visitas flexibles en la unidad de cuidados intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y su familia. [Tesis para grado]. España: Universidad Rivira I Virgili; facultad de enfermería; 2016.
3. Anativa P, Farias D, Galiano MA, Quiroga N. Visita restrictiva /visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichan [Internet]. 2016 [citado 18 Dic 2018]; 16(3): 340-358. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a06.pdf>
4. Achury DM, Achury LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: Una propuesta de fundamentación teórica. Investig. Enferm. Imagen Desarr [Internet]. 2013 [citado 10 Dic 2019]; 15 (2): 137-151. Disponible en:  
[file:///C:/Users/CESAR/Downloads/7073-Texto%20del%20art%C3%ADculo-26826-1-10-20131212%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CESAR/Downloads/7073-Texto%20del%20art%C3%ADculo-26826-1-10-20131212%20(1).pdf)
5. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid [Internet]. 2016 [citado 18 Dic 2018]; 7(2): 1297-1309. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
6. Ayllon N, Montero P, Acebes MI, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2014 [citado 18 Dic 2018]; 25(2): 72-77. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>
7. Pardavila MI, Vivar GC. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2018]; 23(2): 51-67. Disponible en:

<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/09/Necesidades-de-la-familia-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

8. Sánchez N, Fernández D, Pérez A, 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*. España: 2016; 40 (9): 527-540. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-analisis-las-necesidades-familia-del-articulo-S021056911630033X>
9. Galvis CR, Salamanca E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Investig Enferm [Internet]*. Imagen Desarr. 2014 [citado 12 Dic 2018]; 16(2):81-94. Disponible en: <file:///C:/Users/CESAR/Downloads/8065-Texto%20del%20art%C3%ADculo-42489-1-10-20141223.pdf>
10. Velasco JM, Heras G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de los Cuidados [Internet]*. 2017 [citado 13 Ene 2019]; 10(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
11. Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Albert JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares ¿Qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva [Internet]*. 2010 [citado 13 Ene 2019]; 21(2): 52–57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3222708>
12. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, López-Amor L, García-Arias B, del Busto C, de Cima S, Fernández-Rey E. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Rev Calid Asist [Internet]*. 2015 [citado 15 Dic 2018]; 30(5):243-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>
13. Escudero C, Viña L, Calleja C. Por una uci de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva [Internet]*. 2014 [citado 13 Ene 2019]; 38(6): 371-375. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>

14. Fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2018 [citado 15 Ene 2019]; 42(2): 99-109. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
15. Heras G, Cruz M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev. bras. ter. Intensiva* [Internet]. 2017 [citado 15 Ene 2019]; 29(1): 9-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170003>
16. Achuri L. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidados intensivos. *Investig. Enferm. Imagen Desarr* [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2019]; 16(1): 61-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145231426005>
17. Errasti B, Tricas S. La visita flexible en las Unidades de Cuidados Intensivos, beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012 [citado 18 Dic 2018]; 23(4): 179-188. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>
18. Fumagalli S. and col. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. *Circulation* [Internet]. 2006 [citado 10 Ene 2019]; 113(7):946-52. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490836>
19. Regis and col. Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study. *Critic care med* [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2019]; 45(10): 1660-1667. Available in: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28671901](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28671901)
20. Escudero D y col. Grupo HU-CI. Es tiempo de cambiar la política de visitas en la UCI. *Med Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 10 Ene 2019]; 40 (3): 139-200. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-es-tiempo-cambiar-politica-visitas-articulo-S0210569116000140>

21. Grupo de trabajo y certificación de proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [citado 26 Ene 2019]. Disponible en:  
<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
  
22. Escudero y col. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. Med Intensiva [Internet]. 2015 [citado 10 Ene 2019]; 39(8): 457-526. Disponible en:  
<http://www.medintensiva.org/es-abrir-las-puertas-uci-una-articulo-S0210569115001485>

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>FECHA</b>	<b>TÉRMINO DE LA BÚSQUEDA</b>	<b>AÑOS</b>	<b>NÚMERO DE FUENTES ENCONTRADAS</b>
PUBMED	Diciembre 2018	Paciente crítico, UCI, puertas abiertas, visita, enfermería, impacto, familiares	2006 - 2018	7
SciELO	Noviembre 2018	Paciente crítico, puertas abiertas, visita, impacto, familiares	2007 - 2016	2
Redalyc	Diciembre 2018	Paciente crítico, UCI, visita, impacto, familiares	2010 - 2015	6
LILACS	Diciembre 2018	Paciente crítico, UCI, puertas abiertas, enfermería, familiares	2012 - 2017	6