

^a *Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid, España*

^b *Medicina Intensiva, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

^c *Servicio de Urgencias y Emergencias 112 de Castilla-La Mancha, SESCAM, Toledo, España*

^d *Medicina Intensiva, Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, Sacyl, Burgos, España*

^e *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paula.burgue@gmail.com (P. Burgueño Laguía).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.10.001>

0210-5691/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos



Listening to professionals, patients and relatives: Study about the visiting system in an Intensive Care Unit

Sr. Editor:

Las recomendaciones para una adecuada organización de las visitas se han reflejado y publicado en diferentes guías de sociedades científicas¹. La flexibilización de los horarios de visitas se postula como indicador de calidad asistencial del enfermo crítico por la SEMICYUC² (2017). Además se considera una cuestión prioritaria en la implementación de los planes de humanización³.

El objetivo del estudio es conocer la opinión de profesionales, pacientes y familiares cercanos sobre el régimen de visitas vigente en la UCI del hospital de Galdakao-Usánsolo durante la realización del estudio y verificar la posibilidad de consenso en la implantación de una política de puertas abiertas. Estudio descriptivo correlacional realizado en una unidad de críticos con 15 boxes polivalentes. Durante el año 2017 el número de ingresos ascendió a 1.081, de entre los cuales 605 permanecieron más de 48 h.

La recogida de datos se hizo mediante una encuesta anónima diseñada a tal efecto para cada colectivo, con datos socio-demográficos y laborales, cuestiones de opinión y preguntas abiertas.

Las variables recogidas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. El análisis bivalente se realizó mediante los test de la chi al cuadrado y el test de Fisher considerando un nivel de significación de $p < 0,05$.

En el estudio participan 58 profesionales (todo el personal activo de la unidad), 120 familiares cercanos (siendo el 78,3% cónyuges o familiares de primer grado) y 123 pacientes cuyas características fundamentales se describen en la [figura 1](#). El 65,5% de los profesionales, el 53,7% de los pacientes y el 28,3% de los familiares no está satisfecho con el sistema actual de visitas. Lo consideran escaso o muy escaso el 77,6% de los sanitarios, el 56,9% de los pacientes y el 43% de los familiares, es decir, los profesionales y los pacientes se muestran menos satisfechos y son fundamentalmente los profesionales los que demandan un cambio.

El hecho de que la mayoría de los familiares estén satisfechos se explicaría porque las expectativas de la familia están mermadas cuando su ser querido ingresa en una UCI, primero por la gravedad y segundo por la creencia de que en una UCI las visitas han de ser restringidas. Estas bajas expectativas hacen que su satisfacción sea alta como se pone de manifiesto en otros estudios^{4,5}.

Se proponían 5 posibles horarios (restringir el actual, que es de 13:00 a 14:00 h y de 20:00 a 21:00 h, mantenerlo, aumentar a 2 h por la mañana y 2 h por la tarde, ampliar de 13:00 a 21:00 h u horario libre). Las propuestas más señaladas por los 3 colectivos son las que implican ampliación con respecto al actual, sin existir diferencias significativas entre los 3 grupos ([fig. 2](#)). De esas ampliaciones la más votada es la más restrictiva (2 h por la mañana y 2 por la tarde). Cuando se pregunta expresamente por la opinión sobre un horario ampliado de 13:00 a 21:00 la mayoría de profesionales (55.2%), pacientes (60.2%) y familiares (51.2%) muestra desacuerdo.

No hemos encontrado relación entre las variables sociodemográficas recogidas y el deseo o el rechazo de ampliación, no se generan diferencias significativas a excepción de la edad, siendo los menores de 50 años más proclives a la ampliación (77%) que los mayores de 50 años (40% en contra de la ampliación, $p < 0,01$). Probablemente, es en ese grupo de edad donde se ha vivido la restricción del horario y otras privaciones como un mal necesario.

El 93,1% de familiares cree que la familia favorece la recuperación del paciente; los profesionales (58,6%) y los pacientes (71,3%) lo opinan en menor proporción ($p < 0,0001$). Sin embargo, casi un 40% de familiares piensa que su presencia puede no ser buena para los pacientes o para ellos mismos. Este hecho se ha constatado en otros estudios⁶, al atribuir a la visita el ser un factor estresante para el paciente o para los propios familiares por abandono de sus otras obligaciones, necesidad de desplazarse, etc.

Los familiares y los pacientes no creen que la ampliación genere conflictos con el personal sanitario, los profesionales en cambio se mantienen neutrales en esta cuestión. Nuestra investigación ha comparado la opinión de médicos y personal de enfermería observando diferencias mencionadas en otras publicaciones^{7,8}. Más de la mitad de la enfermería afirma que la ampliación podría generar conflictos mientras que solo para el 16,7% de los médicos constituye un problema, cuestión ya constatada en otros estudio^{9,10}.

La visita de los menores genera opiniones diferentes. Aunque en los 3 colectivos la mayoría está en desacuerdo,

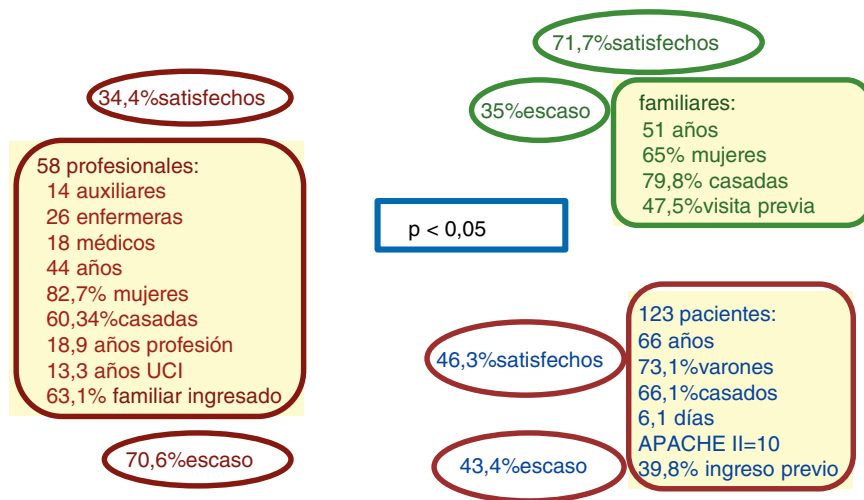


Figura 1 Variables independientes recogidas en los 3 colectivos. Porcentajes, en cada colectivo, de individuos satisfechos con el actual sistema de visitas y de individuos que consideran el horario escaso. Diferencias de porcentajes entre los 3 grupos estadísticamente significativas.

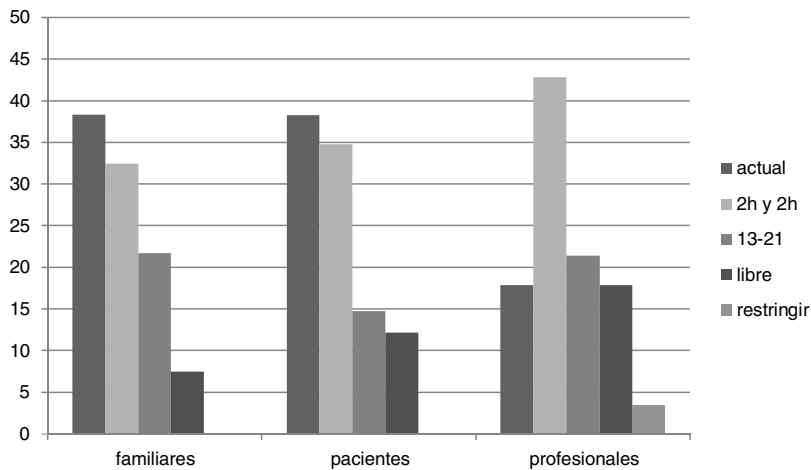


Figura 2 Porcentajes, en los 3 colectivos, que eligieron las distintas propuestas de horarios.

son los pacientes, de forma significativa, los más favorables (27,8%), probablemente porque perciban la visita de sus menores como un potente estímulo para recuperarse.

La presencia de familiares en actos médicos poco agresivos cuenta con la aprobación de la mayoría de profesionales, a pesar de que según sus declaraciones podrían llegar a sentirse fiscalizados, y con el desacuerdo de la mayoría de familiares y pacientes que creen que pueden molestar. Los 3 grupos están ampliamente en desacuerdo con la presencia de la familia en actos médicos agresivos.

Los problemas fundamentales señalados en las preguntas abiertas para los 3 colectivos son 2: perturbar al paciente y molestar a los profesionales. Las sugerencias hacen referencia a realizar pequeñas ampliaciones del horario y a la vez ser flexible. Creemos que la flexibilidad sugerida es inviable sin ofrecer un horario lo suficientemente amplio en el que se atiendan las necesidades de cada individuo e irremedia-

blemente la flexibilidad pasa por la ampliación significativa del horario.

En general, los familiares están satisfechos con el actual sistema de visitas, no así los profesionales y pacientes. Todos ellos demandan mayor flexibilidad y una ampliación del horario que dista mucho de la política de puertas abiertas. Probablemente, la histórica privación de esta libertad dificulte la visión de su necesidad.

Este trabajo (Plan de Humanización de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Galdakao-Usansolo. Abril 2018) ha permitido plantearnos una planificación más acorde con las necesidades de pacientes y familiares y conocer las potenciales barreras a la hora de implantar un horario ampliado que básicamente están de acuerdo con otras publicaciones⁸. La realización de este estudio, a su vez, ha constituido un detonante para elaborar, no solo un cambio en el régimen de visitas, sino un amplio plan de humanización.

Conflicto de intereses

Los autores del presente documento manifiestan que ninguno de ellos incurre en conflicto de intereses alguno y que no ha existido ninguna fuente de financiación para su realización.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todo el personal de la UCI que ha participado en este estudio compartiendo su tiempo y sus opiniones con nosotros, y al Servicio de Investigación del hospital por su colaboración y buena disposición para llevar a cabo el análisis estadístico del estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2018.11.004](https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.004)

Bibliografía

1. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35:605-22.
2. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad del enfermo crítico, actualización 2017. Madrid: SEMICYUC; 2017.
3. Heras La Calle G, Alonso Ovies A, Gomez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017;43:547-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
4. Holanda Peña MS, Marina Talledo N, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, et al. Satisfacción en la

- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva.* 2017;41:78-85.
5. Sanchez-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;40:527-40.
 6. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex Care Medical Unit. *Am J Crit Care.* 2004;13:194-8.
 7. Zaforteza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Miró JA. Abrir las unidades de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva.* 2010;21:52-7.
 8. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs. patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physician, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014;23:316-24.
 9. Marco L, Bermejillo E. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva.* 2000;11:107-17.
 10. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med.* 2007;35:497-501.

V. Arnaiz Arnaiz^{a,*}, M.T. Esteban Galbete^a,
P.M. Olaechea Astigarraga^a
y M.J. Legarreta Olabarrieta^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Galdakao-Usánsolo, Galdakao, Vizcaya, España

^b Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao-Usánsolo, Galdakao, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

VIRGINIA.ARNAIZARNAIZ@OSAKIDETZA.NET

(V. Arnaiz Arnaiz).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.004>

0210-5691 / © 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Evaluación de un protocolo de cepillado dental con aspiración en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos utilizando análisis de imagen y microbiología: estudio piloto



Evaluation of a dental brushing protocol with aspiration in patients hospitalized in an intensive care unit using image and microbiological analyzes: Pilot study

Sr. Editor:

Muchos trabajos han demostrado la importancia de la higiene bucal en la prevención de las neumonías nosocomiales en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados

intensivos (UCI). La implementación de protocolos de cuidado con la salud bucal para disminuir los riesgos de enfermedades sistémicas e infecciones hospitalarias es también de gran importancia para la salud pública y privada¹.

Las infecciones son adquiridas comúnmente por la aspiración del contenido mucoso presente en la boca y en la faringe, teniendo relación con el porcentaje de biopelícula dental de los pacientes de la UCI, que aumenta con el tiempo de internación². El *biofilm* puede servir como un reservorio de agentes patógenos respiratorios, que están ampliamente protegidos de mecanismos de defensa del huésped, haciéndose más resistentes a los antibióticos y dificultando su remoción^{3,4}.

En el caso de infecciones nosocomiales por microorganismos gramnegativos, la neumonía asociada a la ventilación mecánica (PAVM) es la infección pulmonar más común en la UCI, que ocurre entre 48 a 72 h después de la intubación endotraqueal e institución de ventilación mecánica invasiva, aumentando el 40% el riesgo de muerte^{5,6}.