

Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto

RESUMEN

Objetivo: buscar evidencia que responda a la pregunta ¿cuál es el impacto en el paciente, familia y personal de salud de visitas no restrictivas versus restrictivas? **Método:** revisión sistemática. Estrategia de búsqueda: 1993-2016 en Cochrane Library, Joanna Briggs, EBSCO, PubMed, CINAHL, Trip DataBase, con términos Mesh y palabras clave. Criterios de selección de artículos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos randomizados, no randomizados, cohortes, casos controles, estudios descriptivos correlacionales, UCI adultos, español e inglés. Recolección y análisis: selección inicial de 293 artículos, aplicando criterios de selección quedaron 13 artículos para análisis crítico. Calidad metodológica analizada con guías CASPe. **Resultados:** la visita no restrictiva no incrementa riesgo de infección, la ansiedad del paciente es menor, la satisfacción de enfermeras es mayor, la presencia familiar ayuda a la recuperación del paciente, la familia está más informada, satisfecha y con mejor conocimiento de situación. La frecuencia de complicaciones cardiovasculares es mayor en pacientes con visitas restrictivas. **Conclusiones:** las visitas no restrictivas en UCI no generan daño al paciente, por el contrario, contribuyen a la recuperación de su salud física y emocional.

PALABRAS CLAVE

Visitas a pacientes; cuidados críticos; unidades hospitalarias; enfermería de cuidados críticos (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*. 2016; 16(3): 340-358. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.6

1 orcid.org/0000-0002-9926-2152. Clínica Universidad de los Andes, Chile. panativia@clinicauandes.cl
2 orcid.org/0000-0001-6605-2100. Clínica las Condes, Chile. Danielafarias.reyes@gmail.com
3 orcid.org/0000-0002-8430-3089. Clínica Universidad de los Andes, Chile. Magalianog@uandes.cl
4 orcid.org/0000-0002-3853-2008. Clínica Universidad de los Andes, Chile. nquiroga@clinicauandes.cl

Recibido: 17 de diciembre de 2014
Enviado a pares: 17 de marzo de 2015
Aceptado por pares: 17 de abril de 2016
Aprobado: 13 de mayo de 2016

Restricted/Unrestricted Visits to Adult Patients in the Intensive Care Unit

ABSTRACT

Objective: To search for evidence to answer the question: How do unrestricted visits affect patients, their families and healthcare professionals, as opposed to restricted visits? **Method:** Systemic review. Search strategy: 1993-2016 in Cochrane Library, Joanna Briggs, EBSCO, PubMed, CINAHL, Trip DataBase, with Mesh terms and key words. Criteria for selecting articles: systematic reviews, randomized and nonrandomized clinical trials, cohort studies, control studies, descriptive correlational studies, ICU adults, Spanish and English. Collection and analysis: initial selection of 293 articles and a final selection of 13 articles for critical analysis after applying the selection criteria. The researchers used the CASPe guidelines to assess methodological quality. **Results:** Unrestricted visits do not increase risk of infection, patient's anxiety is lower, nurses are more satisfied, family presence helps in patient recovery, families are better informed, more satisfied and have a better understanding of the situation. The frequency of cardiovascular complications is higher in patients with restricted visits. **Conclusions:** Unrestricted visits to the ICU do not harm the patient but instead contribute to their physical and emotional health.

KEY WORDS

Visiting patients; critical care; hospital units; critical care nursing (Source: DeCS, BIREME).

Visita proibida/visita não proibida numa unidade de paciente crítico adulto

RESUMO

Objetivo: buscar evidência que responda à pergunta: qual é o impacto no paciente, na família e no pessoal de saúde de visitas não proibidas versus proibidas? **Método:** revisão sistemática. Estratégia de busca: 1993-2016 em Cochrane Library, Joanna Briggs, EBSCO, PubMed, CINAL, Trip DataBase, com termos Mesh e palavras-chave. Critérios de seleção de artigos: revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, não randomizados, coortes, casos controle, estudos descritivos correlacionais, UTI adultos, espanhol e inglês. Coleta e análise: seleção inicial de 293 artigos; após seleção, ficaram 13 artigos para análise crítica. Qualidade metodológica analisada com guias CASPe. **Resultados:** a visita não proibida não aumenta o risco de infecção, a ansiedade do paciente é menor, a satisfação de enfermeiras é maior, a presença familiar ajuda a recuperação do paciente, a família está mais informada, satisfeita e com melhor conhecimento da situação. A frequência de complicações cardiovasculares é maior em pacientes com visitas proibidas. **Conclusão:** as visitas não proibidas em UTI não prejudicam o paciente; ao contrário, contribuem para a recuperação de sua saúde física e emocional.

PALAVRAS-CHAVE

Visita a pacientes; cuidados críticos; unidades hospitalares; enfermagem de cuidados críticos (Fuente: DeCS, BIREME).

Introducción

El ingreso a una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para la familia (1-3). La familia es el elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo; por ello, cuando una persona ingresa a un hospital, la participación de esta debe ser activa para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo (4).

Las políticas de visitas se originan en el año 1965 cuando se da lugar a la creación de las UCI en Estados Unidos, siendo una característica importante de ellas la limitación de ingreso a los familiares, puesto que se afirmaba que las visitas generaban efectos negativos en la salud del paciente crítico por la complejidad de su condición física, su manejo y tratamiento (5).

En 1979, Molter realizó un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, identificando, entre otras cosas, el deseo de mantenerse cerca de su ser querido (6). En la actualidad existe poca conciencia de esta necesidad; las UCI, en comparación con otros servicios, suelen ser lugares inhóspitos, ajenos y llenos de incertidumbre para los pacientes y familiares (7); se trata, en general, de espacios cerrados y regulados por los profesionales. Los tiempos limitados de visitas fueron introducidos como una medida de control, para beneficio de las instituciones y no de los individuos (8). Por muchas décadas se estableció que solo pacientes hospitalizados en salas privadas o semiprivadas tenían derecho a recibir visitas sin restricción de horario (9). En los últimos cuarenta años, las UCI han experimentado un gran progreso en relación con el conocimiento de las patologías del paciente crítico y las herramientas de apoyo al diagnóstico y tratamiento; sin embargo, la restricción de visitas es una práctica que se ha mantenido constante en gran parte del mundo a través de los años (8). Giannini considera que la lógica detrás de este arraigado comportamiento de aislar al paciente de su familia y amigos radica posiblemente en que el objetivo de preservar la vida del paciente y su salud justifica esta especie de "secuestro" (8). Los motivos que manifiesta el equipo de salud, en especial las enfermeras, para restringir las visitas, son el incremento de los riesgos de infección para el paciente (8, 10, 11), la interferencia que la familia podría ocasionar en el tratamiento al aumentar el tiempo de trabajo del equipo de salud, el incremento de los niveles de estrés para el paciente, su familia y las enfermeras, y la violación de la privacidad del paciente (8, 12, 13). Hoy en día hay opiniones encontradas entre lo que el personal de salud y los pacientes creen

que es la mejor práctica en cuanto a las visitas (2, 14-18). A nivel mundial, los hospitales y las clínicas tienen diferentes protocolos de visitas, los cuales son establecidos por la institución. Las diferencias en estos protocolos ocasionan que los pacientes y familiares se encuentren confundidos respecto de las restricciones en los horarios de visitas (19). Giannini *et al.*, argumentan a favor de las visitas flexibles abiertas en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Manifiestan que una política abierta fortalecería los lazos entre el paciente, la familia y los amigos, y permitiría que los miembros de la familia participen en el tratamiento (20). Otros autores manifiestan que las visitas sin restricciones pueden mejorar la seguridad de la atención y mejorar la satisfacción del paciente y familia, especialmente en las UCI (4, 21-23). Estudios europeos realizados en Francia (24), Italia (25) y más recientemente en Bélgica (26) y Holanda (27), señalan políticas restrictivas de visitas en un 70 a 100% de las UCI estudiadas, en contraste con una investigación realizada en Suiza que revela que el 70% de UCI no tienen restricciones respecto a las visitas durante el día o la noche (28). Otros autores refieren que la evidencia reciente muestra que los pacientes con demencia y aquellos en riesgo de caídas pueden beneficiarse con el sistema de visitas abiertas (29-31). Una revisión realizada en hospitales canadienses mostró que las políticas de visitas abiertas no son comprendidas a cabalidad por el personal o bien son implementadas en forma deficiente (32). A nivel de Latinoamérica, específicamente en Brasil, se ha estudiado la problemática de las políticas de visitas para los médicos y las enfermeras; estos refieren que el beneficio de las visitas abiertas es principalmente para el paciente en lugar de la familia o el personal de salud (33). Sin embargo, otro estudio realizado en el mismo país muestra la relación positiva entre las horas de visita y la satisfacción de los familiares ($p < 0,004$) (34).

En Chile, las políticas relacionadas con el régimen de visitas a los pacientes han sido históricamente determinadas por regulaciones particulares de cada institución de salud; sin embargo, en los últimos años, desde el Ministerio de Salud han surgido lineamientos relacionados con esta problemática. En el 2007 surge el Programa "Hospital Amigo", dirigido a hospitales del sistema público de salud; su finalidad es incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y la comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable (35). Dentro de las actividades específicas considera la implementación de una visita diaria de familiares de a lo menos seis horas en todos los hospitales públicos del país, sin excepción, en cualquier unidad clínica del establecimiento. El éxito de esta iniciativa es variable ya que,

en su implementación, el programa ha encontrado dificultades relacionadas con la falta de liderazgo por las direcciones de los distintos hospitales y la resistencia de los funcionarios. En instituciones privadas la determinación de políticas de visitas emana de sus propias políticas internas; no obstante, en el año 2012 entró en vigencia la Ley 20.584 (36), la cual establece derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a la atención de salud, resguardando principios básicos que deberán aplicarse en las instituciones tanto públicas como privadas. Esta ley establece que las personas tendrán derecho a “compañía y asistencia espiritual, se le permita ser visitado por familiares o amigos durante su hospitalización o ir acompañado a la consulta médica o recibir orientación religiosa o espiritual si lo desea” (36); no obstante, no se refiere en forma clara a la frecuencia, la duración o los límites de estas visitas.

Dada la problemática expuesta, surge la necesidad de realizar una revisión sistemática sobre el tema para contribuir en la toma de decisiones al respecto. Por tanto, el objetivo de este artículo es evaluar y sintetizar la mejor evidencia disponible que responda la pregunta: ¿cuál es el impacto de las visitas no restrictivas frente a restrictivas en el paciente, la familia y el personal de salud en una UCI de adultos?

Materiales y métodos

Revisión sistemática de la literatura en bases de datos Cochrane Library, Joanna Briggs, EBSCO, PubMed, CINAHL, Trip Data Base, BEIC y Epistemonikos. Estrategia de búsqueda bibliográfica: se realiza una búsqueda detallada entre 1993 y 2016 utilizando términos Mesh “Visitor to patients”, “Intensive care units”, “Health personnel”, “Family”, “Visiting Policies”, con las palabras clave: “visiting hours”, “flexible visiting”. Se realizan combinaciones de estas palabras clave y términos Mesh utilizando el operador booleano “and”. Se utilizan filtros de búsqueda según las posibilidades de cada base de datos. La primera selección de artículos se lleva a cabo por análisis del título, encontrándose 293 artículos. El detalle de la búsqueda y sus hallazgos se muestra en la tabla 1. Criterios de selección de artículos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos randomizados, no randomizados, cohortes, casos controles, estudios descriptivos correlacionales, en UCI adultos, en español, inglés y portugués, con acceso a *full text*. Criterios de exclusión: estudios cualitativos, revisiones de la literatura, estudios realizados en pacientes pediátricos y neonatales o en unidades clínicas no intensivas. El impacto en el pa-

ciente se evalúa a través de investigaciones que consideran las preferencias del paciente, variables fisiológicas como el estado de conciencia, complicaciones infecciosas, signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, extrasístole, latidos ectópicos), variables emocionales como ansiedad o estrés en el paciente e indicadores como mortalidad, estadía hospitalaria y satisfacción usuaria. El impacto familiar se evalúa a través de investigaciones que consideran el rol de la familia y seres queridos como cuidadores del paciente, variables emocionales como ansiedad y estrés e indicadores como la satisfacción de la familia. El impacto en el personal de enfermería se evalúa a través de investigaciones que consideran las opiniones, actitudes y creencias respecto a las políticas de visitas abiertas y satisfacción del personal. En esta revisión los términos de visita “flexible” y “abierto” son empleados indistintamente. La familia se define como el grupo de individuos ligados por fuertes lazos emocionales y no solo consanguíneos. El listado inicial de artículos fue depurado, eliminándose artículos repetidos y los que no se ajustaban directamente al tema, llegando así a 84 artículos. De ellos, se eliminan 22 por no tener acceso a *full text*. A cada texto se le aplican los criterios de inclusión y exclusión descritos, eliminándose 49 publicaciones. De estas, 7 se descartan por corresponder a investigaciones cualitativas, 12 por no tener directa relación con el tema, 14 por ser estudios descriptivos no correlacionales, 11 por ser revisiones de la literatura, 3 por corresponder a opinión de experto y 2 por ser artículo de editorial. El proceso de búsqueda y selección inicial de artículos que se someten a análisis crítico se muestra en la figura 1. Para el análisis final se seleccionan 13 publicaciones, de las cuales 2 corresponden a revisiones sistemáticas, 2 a ensayos clínicos randomizados, 2 a estudios cuasi experimentales y 7 a estudios descriptivos correlacionales (tabla 2). Cuatro investigadores evalúan, en forma independiente, la calidad metodológica de cada publicación seleccionada, con el apoyo de las guías CASPe correspondientes a cada diseño.

Resultados

De los 13 artículos analizados (tabla 3) 5 (37-41) estudian con diferentes metodologías los beneficios del sistema de visitas en el paciente. El estudio de Schulte (37) plantea que los pacientes con horario no restrictivo tienen, una vez terminada la visita, una frecuencia cardíaca menor. No hay diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de disritmias entre los grupos. El estudio de Fumigalli (38) muestra una mayor contaminación por hongos y bacterias en las habitaciones de los pacientes que tie-

nen políticas no restrictivas ($p < 0,05$); sin embargo, la incidencia de neumonías, infecciones del tracto urinario, sepsis generalizada y otras infecciones es similar en ambos grupos. El grupo de pacientes con visita restrictiva tiene un riesgo de edema pulmonar o *shock* 6,1 veces más que el grupo con visitas abiertas (OR: 6,1; IC 95 %: 1,3-29,8); el riesgo de cualquier tipo de complicación cardiovascular es el doble en el grupo con visitas restrictivas (OR: 2,0; IC 95 % 1,1-3,5). Así mismo, en este grupo se observa que el grado de falla cardíaca medida a través del Killip no varía entre el valor al ingreso a la unidad y el valor al momento del egreso ($p > 0,05$); sin embargo, el 58,8 % de los pacientes con visitas no restrictivas tiene una mejoría en su falla cardíaca, medida a través del descenso en la puntuación del Killip entre el ingreso y el egreso de la unidad ($p < 0,05$). La mortalidad hospitalaria es menor en el grupo con visitas restrictivas que en el grupo sin restricción (5,2 y 1,8 % respectivamente), esta diferencia no es estadísticamente significativa. La ansiedad es similar en ambos grupos al ingreso del paciente a la unidad, pero posteriormente hay una reducción estadísticamente significativa en el grupo con visitas no restrictivas. En relación con la variable depresión, no se observa diferencia en ninguno de los dos grupos entre el ingreso a la unidad y el egreso. En el estudio de Abassi (39) hay diferencia estadísticamente significativa cuando se comparan las frecuencias absolutas y relativas de la puntuación de la escala de Glasgow, lo que refieren como un mayor nivel de conciencia al sexto día de realizada la intervención en favor de los pacientes del grupo expuesto al programa de estimulación. Además, muestra las diferencias de puntuación media en la escala de Glasgow para cada uno de los días de intervención, donde se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes obtenidos a partir del segundo día hasta el sexto, cuando termina la intervención. Eriksson (40) muestra que la variable visita no es explicativa de la sobrevivida de los pacientes ni tampoco del tiempo de estadía. No se encuentra relación entre las visitas y la mortalidad al mes, a los 3 y a los 6 meses. Rodríguez (41) encuentra que el 58,7 % de los pacientes acepta la permanencia de un acompañante. La probabilidad de desear la presencia de acompañante se asocia al mayor número de veces de internación en una UCI ($p = 0,03$) y al sexo femenino ($p = 0,051$). Se concluye que el régimen de visita debe ser consultado individualmente, explicitando el momento en que los pacientes desean las visitas. En cuanto al efecto que tienen las políticas de visitas abiertas en el equipo de salud y familia, se encuentran 7 publicaciones (4, 42-48). El primer artículo tiene como objetivo analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en ellas, en

los pacientes y la familia. Las enfermeras piensan que las visitas abiertas son más beneficiosas para los pacientes (puntuación media de 3,001 [ds 0,23]) para un valor máximo de 4 y mínimo de 1; igualmente, en todas las subescalas de creencias de beneficio de visitas abiertas en el paciente, la familia y la enfermera, se obtienen correlaciones positivas y estadísticamente significativas. La investigación concluye que las enfermeras tienen un criterio unánime con respecto a la creencia de que la familia proporciona apoyo emocional al paciente, incrementa su deseo de vivir y no altera su hemodinamia. En cuanto a la familia, la visita abierta aumenta la satisfacción en esta, disminuye su ansiedad, le proporciona una mayor información y un conocimiento real de la situación del paciente. Se concluye, además, que la visita abierta no incrementa el cansancio en la familia y tampoco se sienten obligados a permanecer cerca del paciente. En las enfermeras, las visitas abiertas aumentan la satisfacción profesional ya que, pese a reconocer que es una carga física y psíquica mayor, merece la pena, crea un entorno beneficioso para la recuperación del paciente y proporciona valiosa información sobre hábitos y reacciones del paciente que permiten planificar mejor los cuidados. Un hallazgo importante de este estudio es que las creencias de las enfermeras en relación con los efectos positivos de las visitas abiertas se corresponden con las actitudes que ellas adoptan. La política de visitas abiertas es beneficiosa desde el punto de vista de las enfermeras. El segundo artículo, de Knutsson (42), es un estudio multicéntrico correlacional que busca conocer las opiniones de las enfermeras con respecto al ingreso de niños como visitantes en las UCI; los resultados muestran que el 70 % de las encuestadas afirma tener horas de visita sin restricciones, mientras que el 30 % (17) afirma que limitan las horas de visita en la institución. Las principales razones dadas para la restricción de las visitas son: el riesgo de infección para el paciente y el niño ($n = 27$; 48 %), la condición del paciente ($n = 12$; 21 %) y el medio ambiente, que podría resultar aterrador para el niño ($n = 10$; 18 %). Gianini *et al.* (44), en un estudio publicado en el 2013, evalúan cambios en cuanto a ansiedad y Burnout en el personal de una UCI antes y después de aumentar el horario de visitas, y la opinión de médicos y enfermeras en relación con el cambio de política de visitas. Se reclutan 8 UCI de Italia, que prontamente aumentarían el horario de visitas (hasta 8 horas); el estudio muestra un alto nivel de Burnout, presente en el 34,5 % de los participantes al inicio, y en el 42,6 % al año de estudio. Todas las fases de la investigación muestran un predominio de Burnout en enfermeras en comparación con los médicos (al inicio: 35,7 vs. 32,4 %; al año: 45,7 vs. 37,1 %). Antes de la ejecución, el 81,7 % de

los médicos y el 67,7% de las enfermeras expresan una opinión positiva (favorable o muy favorable) en relación con el cambio en la política de visitas. Después de 1 año, 87% de los médicos y 62,7% de las enfermeras expresan una opinión positiva ($p = 0,091$ y $p = 0,001$, respectivamente). La diferencia entre médicos y enfermeras para el estado de ansiedad a lo largo del periodo de estudio resultó ser estadísticamente significativa ($p = 0,015$), y el nivel de Burnout aumenta tanto para las enfermeras como para los médicos ($p = 0,001$). Las enfermeras, en promedio, parten con un mayor nivel de agotamiento que los médicos y mantienen esa diferencia durante todo el periodo ($p = 0,02$). Los sujetos con alto nivel de Burnout son más propensos a expresar comentarios negativos con el cambio, comparados con los sujetos con bajo nivel ($p = 0,011$). El estudio de Athanasiou (46) muestra que el 95% de las enfermeras son resistentes al sistema de visitas abierto, principalmente porque les aumenta la carga laboral física y psicológica. El 75% piensa que les obstaculiza los cuidados. Los años de experiencia profesional, la dotación y los turnos nocturnos son predictores de las actitudes y creencias de las enfermeras sobre las visitas. Mitchel (47) observa que, en general, la satisfacción de la familia con la atención no cambió posterior al nuevo sistema de visitas; sin embargo, el 85% refiere estar muy satisfecho con el aumento de la flexibilidad de visitar. El 66% de las visitas continuó dentro de las horas de visita previo a la flexibilización (11 a.m. - 8 p.m.), el 24% restante acudió en el horario ampliado. Las familias reconocen la prioridad de la atención al paciente frente a sus necesidades personales. Jacob (48) recoge datos de 41 miembros de la familia antes de la introducción de visita flexible y 140 miembros de la familia después de que fue introducida. En ambos periodos las familias refieren satisfacción en casi la totalidad de los ítems del instrumento FS-ICU. El puntaje más bajo fue en la "toma de decisiones", con la pregunta: ¿usted tiene control sobre el cuidado de su familiar? Los ítems más altos obtenidos en ambos periodos de tiempo estaban en el "Cuidado". Hubo diferencias significativas en las subcalificaciones o puntuaciones totales FS-UCI antes y después del cambio. La satisfacción con el ambiente en la sala de espera fue menor en visitas flexibles ($p < 0,05$) y también en la satisfacción con la cantidad de la atención ($p < 0,01$). Dos de los estudios revisados críticamente corresponden a revisiones sistemáticas, Smith (45) y Ciufo (19). La primera se centra en publicaciones que tienen relación con creencias y actitudes de los pacientes, familiares y enfermeras respecto a las horas de visita, su percepción acerca del impacto de los actuales modelos de visita de las UCI, y explica la congruencia de las políticas de visita con los principios del modelo de atención centrado en el paciente y la familia (PFCC). La revisión incluye 13

artículos: 6 estudios cualitativos y 7 estudios cuantitativos, de los cuales 6 son estudios descriptivos correlacionales y uno de pre y posintervención. El análisis de los artículos cuantitativos muestra que las políticas flexibles de visita en ciertas situaciones son mejores para conocer las necesidades del paciente, de la familia y de la enfermera (fallecimiento del paciente, situaciones en que la familia necesita utilizar otro horario de visita, o casos en que esta puede entregar información relevante para el cuidado a la enfermera). Se observa que la falta de cumplimiento de las políticas de visita causa confusión y conflicto entre los familiares y las enfermeras. En 4 estudios las políticas de visitas abiertas permiten la transferencia de importante información entre los pacientes, sus familiares y el equipo de enfermería. Finalmente, se señala que un pequeño porcentaje de enfermeras cree que el cuidado de enfermería mejora con la inclusión de la familia. Algunas investigaciones informan preferencia de las enfermeras por las visitas restrictivas. La segunda revisión sistemática trata sobre el impacto fisiológico, psicológico o emocional de las políticas de visitas en pacientes pediátricos y adultos, y en sus familiares. Analiza 15 estudios de diferentes países y con distintas metodologías, donde la UCI fue el escenario en la mayoría de ellos. Los estudios son de calidad metodológica variada. Plantean finalmente que la evidencia sugiere que las políticas de visitas abiertas pueden ser beneficiosas para los pacientes y sus familias en términos de aumento de satisfacción y de disminución de la ansiedad, sobre todo en las UCI.

Resumen de la calidad de la evidencia

La publicación de Schulte (37) considera una muestra de 25 pacientes, 13 del grupo sin restricción horaria y 12 con restricción. No se especifica el tamaño muestral necesario como tampoco la población que se va a estudiar. Los grupos son similares en relación con edad; sin embargo, al comparar la gravedad de la patología coronaria medida a través de la presencia de infarto agudo al miocardio, se observa una diferencia estadísticamente significativa. Para efectos de esta revisión se considera que el tamaño de la muestra, la disparidad en los grupos en relación con la gravedad de la enfermedad coronaria, así como la falta de control de variables intervinientes (como fármacos antiarrítmicos y betabloqueadores), afectan la validez de esta evidencia.

El estudio de Fumigalli (38) tiene una validez interna sólida debido a la metodología con la cual se llevó a cabo; no obstante, posiblemente el tamaño de la muestra influyó en que los resultados

relacionados con la mortalidad no fueran estadísticamente significativos. El estudio de Abbasi, Mohammadi, Sheaykh (39) utiliza una buena metodología, pero estos resultados se invalidan ya que para realizar el análisis de datos se utiliza erróneamente la variable respuesta como variable cuantitativa continua, siendo esta cualitativa ordinal. En el estudio de Ericksson (40) no se realiza una aleatorización para extraer la muestra, lo que posiblemente contribuye a que en los grupos se encuentren diferencias estadísticamente significativas en torno a las variables sexo, edad y NEMS (escala para valorar la carga de trabajo). El sesgo de selección de la muestra no permite la extrapolación de los resultados.

En el estudio de Rodríguez y Fernández de Souza (41), el diseño es acorde a lo que pretenden los investigadores que es relacionar variables. Estas se encuentran claramente definidas. La forma de obtención de la muestra no queda clara, como tampoco el tamaño de la población de la cual se obtuvo, lo que dificulta en parte poder evaluar si esta muestra es representativa de la población en estudio. La recolección de datos se realiza a través de una entrevista estructurada a los pacientes para lo cual se creó un instrumento simple y poco elaborado, el cual no tiene prueba piloto. Por las características de este diseño los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a otras realidades, y se limitan a una validez local.

Landa *et al.* (4) realizan un estudio descriptivo correlacional, en el cual se especifica claramente el objetivo pero no queda clara la definición de las variables actitud y creencias, lo que constituye una falencia teniendo en cuenta la amplitud de definiciones que estos términos pueden llegar a tener. La muestra queda conformada por 46 enfermeras de UCI, todas ellas mujeres ya que el personal es solo femenino y corresponde al 100% de las enfermeras de la unidad; en este caso, la muestra es la población. Para la recolección de datos se utiliza un instrumento, con una escala de Likert, constituido por 26 ítems divididos en 3 subescalas, la primera de ellas se refiere al efecto que la visita abierta produce en el paciente; la segunda, al efecto que produce en la familia y, por último, al efecto en la enfermera y la unidad, además de 2 preguntas con respuesta dicotómica, una sobre experiencias previas de visitar un familiar cercano en una UCI y otra que explora la satisfacción con el actual sistema de visitas, y una pregunta abierta sobre el sistema actual de visitas en la que se solicita añadir otros aspectos positivos o negativos que no hubiesen sido considerados y, finalmente, un ítem de sugerencias. Para analizar la actitud de las enfermeras hacia el efecto que la visita abierta

tiene en pacientes, familias y enfermeras se utiliza una escala semántica diferencial de 7 grados, a la cual se le calcula la media de toda la escala, así como de las subescalas. Una puntuación elevada (máximo de 7) indica una actitud positiva hacia el efecto favorable de la visita abierta. El instrumento de recolección de datos para las creencias se elabora con base en resultados obtenidos en otro estudio y la escala para medir actitudes es la misma que utilizan estos autores, es un instrumento consistente y elaborado que permite de buena manera recolectar la información que se requiere para el análisis posterior. Los resultados obtenidos fueron muy bien analizados y no se observa deficiencia en ellos. Dada la rigurosidad del estudio y su metodología, los resultados son válidos pero no se puede asegurar que estas conclusiones puedan ser extrapoladas a otras realidades y culturas.

El trabajo de Knutsson y Bergbom (42) invita a participar a todas las UCI de la localidad (72 unidades), solo 57 entregan los formularios completos. La elección de los profesionales que debían contestar la encuesta en cada unidad no se realiza en forma aleatoria, sino por designación del jefe de unidad. Para la recolección de datos los investigadores construyen un instrumento, el cual validan con una prueba piloto antes de la investigación. Si bien este es un estudio multicéntrico, la forma intencional de selección de la muestra, la pérdida de centros que la conforman y la falta de información estadística respecto a la similitud de los grupos estudiados en relación con sus características sociodemográficas u otras variables que pudieran alterar los resultados, afectan su representatividad perdiendo validez interna y externa.

En el año 2011 se publica una revisión sistemática (19), cuyo objetivo es analizar los modelos de visita en las unidades de pacientes críticos adultos en el contexto del modelo de atención centrado en el paciente y la familia (PFCC). La revisión incluye mayoritariamente estudios descriptivos correlacionales y cualitativos. La búsqueda realizada para esta revisión sistemática es muy ordenada y exhaustiva, entrega una primera aproximación al tema analizado, al considerar en su mayoría estudios descriptivos y cualitativos; la validez de sus conclusiones es débil de acuerdo con la clasificación de la evidencia de Sackett (43).

El estudio de Giannini (44) explica claramente la selección de la muestra, no aleatoria, pero con un buen porcentaje de respuesta. Se utiliza un instrumento probado y validado para medir las variables por estudiar: el Maslach Burnout Inventory-Jackson y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo antes de un cambio de política (T0), a

los 6 meses (T1) y 12 meses (T2), previo consentimiento informado. La medición del Burnout se mantuvo ciega. Los análisis se ajustan para los principales factores de confusión (edad, sexo, centro, nivel educativo y estado civil, experiencia en la UCI, nivel básico de agotamiento o ansiedad, y la tasa de mortalidad).

La revisión sistemática de Smith *et al.* (45) comprende 15 estudios con variados diseños de investigación cuantitativos, e incluye 3882 participantes que cumplen con los criterios de inclusión. Los estudios son de calidad metodológica variada, un ensayo piloto aleatorio, dos estudios cuasiexperimentales, ocho estudios descriptivos / encuestas transversales y cuatro cuestionarios pre y posintervención. La UCI fue el escenario de la mayoría de los estudios y los participantes se conforman por pacientes y enfermeras de UCI y Maternidad. Metodológicamente cumple con los requisitos estipulados para ser una buena revisión sistemática, el mayor problema es el tipo de estudios encontrados y su calidad metodológica.

El estudio de Athanasiou (46) tiene claramente explícitos el propósito y los objetivos, explora las creencias y actitudes de las enfermeras hacia las visitas y las creencias sobre el efecto en los pacientes, familias y personal de la UCI. Las variables definidas fueron muestreo por conveniencia de 6 hospitales de Atenas (3 públicos y 3 militares), lo que afecta su validez externa. De 226 enfermeras, el 63,3% responde un cuestionario anónimo y validado previamente. El análisis estadístico es claro y completo. El estudio en general es riguroso en cuanto a su metodología.

El trabajo de Mitchell (47) está basado en la filosofía de la atención centrada en la familia. Como objetivos busca conocer la satisfacción de la familia, el paciente y el personal de salud con una política de visitas abiertas. Utiliza metodología mixta antes y después a la implementación de visitas abiertas. Solo para evaluar a la familia se utilizó metodología cuantitativa, con versión modificada de encuesta FS-ICU. El grupo de familia encuestado posimplementación de visitas abiertas es considerablemente mayor que el de visitas restringidas (140 vs. 41), sin describir los motivos de esa diferencia. Se señala que ambos grupos fueron similares en relación con características demográficas, sin ofrecer datos estadísticos. El estudio de Jacob (48) tiene

objetivos claros, busca conocer las necesidades de los familiares y el grado de satisfacción de estos en una UCI neurológica. Tiene variables definidas. Muestra intencional, relata grupos con características similares, no lo muestra estadísticamente. Utilizaron 2 instrumentos validados en otras investigaciones (CCNI y FS-ICU), este último fue utilizado parcialmente por considerar las preguntas redundantes en comparación con el otro cuestionario y se manipula la escala de los autores para realizar cálculos de medias y SD. Se agregaron preguntas desarrolladas por los investigadores. La muestra final (n = 45) se obtuvo de forma no aleatoria y no hay claridad de la representatividad de esta. Estas características le restan validez al estudio.

Conclusiones

La política de visitas de las UCI es una cuestión controvertida y frecuente objeto de estudios que han suscitado numerosos debates. La diversa procedencia de los estudios refleja que esta problemática es de interés global y que aún no se encuentra resuelta, estando sujeta a políticas locales. A la luz de la evidencia encontrada se puede concluir que las visitas flexibles en las UCI no generan daño a los pacientes, por el contrario, contribuyen a la recuperación de su estado de salud físico y emocional. Los familiares en general refieren mayor satisfacción con el sistema de visitas abierto. Sin embargo, en las enfermeras hay discrepancia en relación con la satisfacción que brindan las visitas abiertas. Debido a que la naturaleza de la problemática de las visitas en estas unidades se relaciona, no solo con el estado de salud físico del paciente, sino también con aspectos culturales propios de cada país, y debido a que en Latinoamérica existe escasa publicación sobre esta temática, se torna aún más relevante generar investigaciones en nuestro medio. Uno de los principales hallazgos de esta revisión es que, aunque existe bibliografía sobre el tema, hay pocos estudios de calidad que determinen el impacto de una política de visitas abiertas en las unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos, por lo que sería recomendable la realización de ensayos clínicos aleatorizados o cohorte con un tamaño de muestra adecuado. Es necesario generar nuevas investigaciones que nos aporten mayor evidencia respecto al efecto en la satisfacción y el estado emocional de los seres queridos que visitan pacientes adultos en las unidades de cuidados intensivos.

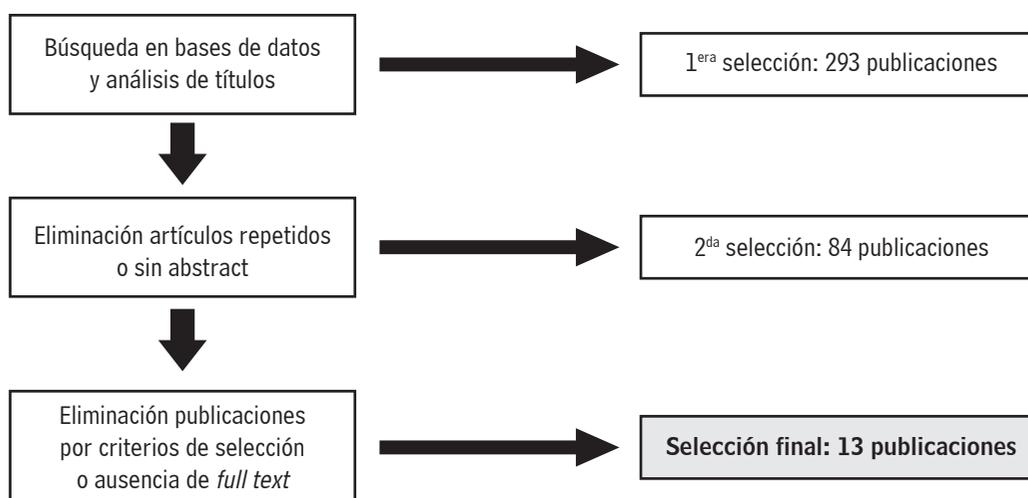
Referencias

1. Errasti-Ibarrondo B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179-188.
2. Gibson V, Plowright C, Collins T, Dawson D, Evans S, Gibb P, et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in Critical Care*. 2012;17(4):213-218.
3. Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A review of visiting policies in Intensive Care Units. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(6):267-76.
4. Landa M, Eguía B, Fernandez de Pinedo G, Adot S, Coscojuela M, Erro A. 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(3):107-17.
5. *The Free Library*. S.v. Family visiting in intensive care/La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo [citado 2012 jun 24]; Disponible en: <http://www.thefreelibrary.com/Family+visiting+in+intensive+care%2fLa+familia+y+las+visitas+en+las-a0259680860>.
6. Petterson M. Process helped gain acceptance for open visitation hours. *Crit care Nurse*. 2005;25(1):70-72.
7. Baena V, León S. El temor y la experiencia del paciente críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (tesis de Especialidad). Escuela de Enfermería, Universidad de Antioquia. 2007.
8. Giannini A. Open intensive care units: the case in favor. *Minerva Anestesiol*. 2007 [citado 2012 nov 16]; 73:299-306. Disponible en: <http://www.minervamedica.it/en/journals/minervaanestesiologica/article.php?cod=R02Y2007N05A0299>.
9. Berwick DM, Kotagal M. Restricted Visiting Hours in ICUs: Time to Change. *JAMA*. 2004;292(6):736-737.
10. Tayebi Z, Borimnejad L, Dehghan-Nayer, N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Crit Care Nursing*. 2014;19(3):117-25.
11. Currie K, Curran E, Hamilton P, Price L. Stage 2 of a mixed methods study to investigate the acceptability of temporarily suspending visiting to hospitals and care homes during norovirus outbreaks: technical report. 2014 [citado 2016 abril 24]; Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Kay_Currie/publications.
12. Noordermeer K, Rijpstra T, Newhall D, Pelle A, van der Meer N. Visiting Policies in the Adult Intensive Care Units in the Netherlands: Survey among ICU Directors. *ISRN Critical Care*. 2013 [citado 2016 abril 25]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/137045/>.
13. Sütçü Çiçek H, Cambaztepe N, Kılıç B. Assessment of the views of intensive care nurses about the effect of patient visiting hours on patients and nursing care. *Intensive Care Medicine Experimental*. 2015 [citado 2016 abril 25]; 3(Suppl 1):A922. Disponible en: <http://www.icm-experimental.com/content/3/S1/A922>.
14. Riley B, Blanco J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):316-24.
15. Currie K, Precio L, Curran E, Bunyan D, Knussen C. Acceptability of temporary suspension of visiting during norovirus outbreaks: investigating patient, visitor and public opinion. *J Hosp Infect*. 2016 [citado 2016 abril 26] Disponible en: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(16\)00002-5/pdf](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(16)00002-5/pdf)
16. Usted J, Downar J, Fowler R, Lamontagne F, Ma I, Jayaraman D, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):549-56.
17. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-93.
18. Currie K, Curran E, Strachan E, Bunyan D, Precio L. Temporary suspension of visiting during norovirus outbreaks in NHS Boards and the independent care home sector in Scotland: a cross-sectional survey of practice. *J Hosp Infect*. 2016;92(3):253-8.
19. Ciuffo D, Hader R, Holly CA. Comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient—and family—centred care. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(4):362-87.

20. Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour JM. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med.* 2014;40(5):730-3.
21. AACN. Practice Alerts: Family Presence: Visitation in the Adult ICU. *Crit Care Nurse.* 2012;32(4):76-78.
22. Usher B, Hill K. Family visitation in the adult intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2016;36:15-18.
23. Salavati M, Najafvandzadeh M, Oshvandi K, Homayounfar S, Soltanian A. The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU Patients. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty.* 2012;20(3):43-53.
24. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catineau J, De Tientéaniac A. A Multicenter Survey of Visiting policies in French Intensive Care Units. *Intensive Care Med.* 2002;28(10):1389-94.
25. Boscolo A, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: A survey in North East Italy. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(6):366-74.
26. Vandijck D, Labeau S, Geerinckx C, De Puydt E, Bolders A, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. *Heart Lung.* 2010;39(2):137-46.
27. Spreen A, Schuurmans M. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICU. *Intensiva Crit Care Nursing.* 2011;27(1):27-30.
28. Knutsson S, Otterberg C, Bergbom I. Visits of Children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004;20(5):264-74.
29. Foster S. Open all hours? *BJN.* 2015;24(1):67.
30. Foster S. Open visiting hours benefit everyone. *BJN.* 2015;24(22):1175.
31. Trueland J. A flexible approach in Scottish hospitals is making visitors feel welcome on the wards. *Nurs Manag (Harrow).* 2014;21(2):8-9.
32. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Much More Than Just A Visit: A review of Visiting Policies in a Select Canadian Acute Care Hospitals. 2015 [citado 2016 abril 10]. Disponible en: <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/patient-engagement/better-together-baseline-report.pdf>.
33. Da Silva Ramos F, Fumis R, Azevedo L, Schettino G . Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care.* 2013;3(1):34-42.
34. Fumis R, Ranzani O, Faria P, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care.* 2015;30(2):440-46.
35. MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones Hospital Amigo. 2007 [citado 2013 ene 17]. Disponible en: www.minsal.cl
36. MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20584 [citado 2013 ene 21]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-7564.html>.
37. Schulte D, Burrell L, Gueldner S, Bramlett M, Fuszard B, Stone S, et al. Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit. *Am J Crit Care.* 1993;2(2):134-6.
38. 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.* 2006;113(7):946-52.
39. Abbasi M, Mohammadi E, Sheaykh A. Effect of a regular family visiting program as an affective, auditory, and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injuri. *Jpn J Nurs Sci.* 2009;6(1):21-6.
40. Eriksson T, Bergbom I. Visits to intensive care unit patients frequency, duration and impact on outcome. *Nurs Crit Care.* 2007;12(1):20-6.
41. Rodrigues M, Fernandes de Souza M. Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visao do paciente. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):138-43.
42. Knutsson S, Bergbom I. Nurses and physicans viewpoints regarding children visisting/not visiting adult ICUs. *Nurs Crit Care.* 2007;12(2):64-73.

43. Sackett DL, Wennberg JE. Choosing the best research design for each question. *BMJ*. 1997;315(7123):1636.
44. Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med*. 2013;39(12):2180-7.
45. Smith L, Medves J, Harrison M, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JB Library of Systematic Reviews*. 2009 [citado 2012 nov 16];7(2):38-79. Disponible en: <http://www.joannabriggslibrary.org/index.php>.
46. Athanasiou A, Papathanassoglou E, Patiraki E, McCarthy M, Giannakopoulou M. Family visitation in greek intensive care units: nurses' perspective. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):326-33.
47. Mitchell M L, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care*. 2016 [citado 2016 abril 10]; article in press. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.0>.
48. Jacob M, Horton C, Rance Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C, et al. Needs of patients family members in an intensive care unit with continuous visitation. *Am J Crit Care*. 2016;25(2):118-25

Figura 1
Resumen de búsqueda y selección de artículos



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Palabra clave	Operador booleano	Palabra clave	Filtro	Número de artículos encontrados
Visiting hours	and	Visiting nurses*	Excluye pacientes pediátricos	138
Family*	and	Intensive care units*	Pacientes adultos	23
Family*	and	Flexible visiting*	Pacientes adultos	17
Visitors to patients*	and	Intensive care unit*	No	18
Visitors to patients*	and	Family*	No	14
Visitors to patients*	and	Intensive care units*	Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos randomizados, estudios de cohorte y casos control	39
Visiting nurses*	and	Intensive care unit*	No	28
Visitors to patients*	and	Visiting hours*	No	6
Visitors to patients*	and	Health personnel*	No	10
Total				293
* Término Mesh				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Características de artículos seleccionados para análisis crítico

Autor / revista	Título	Diseño / muestra
Ciuffo D, Hader R, Holly C. International Journal of Evidence Based Healthcare. 2011; (9):362-387.	A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care.	Revisión sistemática. Se analizan críticamente 13 artículos a través de JBI-QARI.
Abbasi M, Mohammadi E, Rezay A. Japan Journal of Nursing Science. 2009; 6:21-26.	Effect of a regular family visiting as an affective, auditory and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injury.	Ensayo clínico aleatorio. Grupo control (n = 25), grupo intervención (n = 25).
Schulte D, Burrell L et al. American Journal of Critical Care. 1993;2:134-136.	Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit.	Cuasi experimental. Grupo A (n = 13), grupo B (n = 12).
Fumigalli et al. Circulation. 2006;113:946-952.	Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial.	Ensayo clínico. Grupo visitas restringidas (n = 115), grupo visitas no restringidas (n = 111).
Knutsson S, Otterberg C, Bergbom I. Intensive and Critical Care Nursing. 2004;20:264-274.	Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations.	Estudio multicéntrico descriptivo correlacional (n = 56).
Rodrigues Marcia, Fernandes de Souza. Acta Paulista de Enfermagem. 2006;19(2):138-143.	Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visao do paciente.	Estudio correlacional (n = 138).
Eriksson T, Bergbom I. Nursing in Critical Care. 2007;12(1):20-26.	Visits to intensive care unit patients-frequency, duration and impact on outcome.	Estudio correlacional (n = 198).
Landa M, Eguia B, Fernandez de Pinedo G, Adot S, Coscojuela M, Erro A. Enfermería Intensiva. 2000;11(3):107-117.	Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.	Estudio correlacional (n = 46).
Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C. Intensive Care Med. 2013; 39:2180-2187.	Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study.	Estudio cuasi experimental, antes, después (n = 198).
Smith L, Medves J, Harrison M, Tranmer J, Waytuck B. JBI Library of Systematic Reviews. 2009;7(2):38-79.	The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors.	Revisión sistemática. Se analizan críticamente 15 artículos a través de JBI-QARI.
Athanasίου A, Papathanassoglou E, Patiraki E, McCarthy M, Giannakopoulou M. Am J Crit Care. 2014; 23(4):326-333	Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective	Estudio correlacional (n = 143)

Autor / revista	Título	Diseño / muestra
Mitchell M L, Aitken LM. Aust Crit Care 2016.	Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in a Australian Intensive Care Unit: A before-After mixed method study.	Estudio observacional de metodología mixta, pre y posintervención (pacientes n = 12, familiares n = 181; personal n = 24)
Jacob M, Horton C, Rance Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C, et al. American Journal of Critical Care. 2016;25(2):118-125.	Needs of Patients Family Members In An Intensive Care Unit Whith Continous Visitation	Estudio observacional, n= 45 familiares de pacientes hospitalizado en una UCI neurológica de pacientes adultos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Resumen de resultados de los artículos y del análisis crítico según guías CaSPE

Autor	Resumen de resultados	Aspectos relevantes del análisis crítico según diseños
Ciufu D, Hader R, Holly C.	Las visitas flexibles son mejores para conocer las necesidades del paciente, la familia y la enfermera, permiten transferencia de información. Un porcentaje de enfermeras cree que el cuidado mejora con la inclusión de la familia. Algunos estudios informan preferencia de las enfermeras por visitas restrictivas.	Estudios principalmente descriptivos. Estrategia de búsqueda muy detallada y exhaustiva en importantes bases de datos entre 1988 y 2009. Análisis crítico realizado con instrumentos de revisión del JBI. Al considerar en su mayoría estudios descriptivos y cualitativos se ve afectada la fuerza de la evidencia.
Abbasi M, Mohammadi E, Rezay A.	Se encuentra diferencia estadísticamente significativa al comparar frecuencias absolutas y relativas de puntuación de escala de Glasgow al sexto día de realizada la intervención en favor de los pacientes del grupo expuesto al programa de estimulación. Se calcula el promedio del estado de conciencia según la escala de Glasgow en ambos grupos durante 6 días de intervención encontrándose diferencia estadísticamente significativa.	Asignación aleatoria, seguimiento de 6 días, se explica claramente intervención y mediciones con doble ciego. Grupos iguales. Metodología rigurosa, hay resultados que no son válidos ya que la variable respuesta se trabaja como variable cuantitativa, siendo cualitativa.
Schulte D, Burrell L et al.	No hubo diferencias significativas en las tasas de contracciones ventriculares prematuras y contracciones auriculares prematuras entre los dos grupos. Los pacientes con visitas sin restricciones tienen una frecuencia cardíaca significativamente menor después de las visitas que los pacientes con visitas restringidas.	Aleatorización no explícita. Muestra escasa. No se explicita seguimiento, pacientes analizados en grupo asignado, no se explicita enmascaramiento. No queda claro si fueron tratados igual en ambos grupos aparte de intervención. Grupos no similares.
Fumigalli et al.	No hay diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de infecciones entre los grupos. El 58,8% de los pacientes con visitas no restrictivas presenta una mejoría en su falla cardíaca entre ingreso-egreso y menor ansiedad ($p < 0,05$). Grupo con visitas restrictivas tiene mortalidad hospitalaria menor, diferencia no significativa, frecuencia de edema pulmonar o shock 6,1 veces más que el grupo con visitas abiertas y la presencia de cualquier tipo de complicación cardiovascular es aproximadamente el doble. La hormona TSH, cortisol plasmático y excreción de un metabolito de las cetecolaminas, muestra para ambos grupos un descenso estadísticamente significativo entre los valores al ingreso y egreso.	La asignación a los grupos fue aleatoria e impredecible, el seguimiento fue suficiente para el tema estudiado. Autores explicitan enmascaramiento y que ambos grupos son iguales salvo en la intervención. Todos son analizados en sus grupos iniciales. Esta publicación tiene una validez interna sólida, debido a la metodología con la cual se llevó a cabo.

Autor	Resumen de resultados	Aspectos relevantes del análisis crítico según diseños
<p>Knutsson S, Otterberg C, Bergbom I.</p>	<p>30% de encuestadas relata visitas de niños restringidas. Razones: apariencia del paciente, ambiente atemorizante, riesgo de infección, molestias causadas por niños. Diferencia estadísticamente significativa dado que el ruido ocasionado por niños perturba trabajo, siendo mayor en grupo médico. Mayor restricción a menores de 3 años. Cansancio del paciente y apariencia, son lo que justifica, en opinión de enfermeras, restricción a niños, esta opinión es menor en médicos ($p < 0,05$).</p>	<p>Estudio multicéntrico, muestreo no probabilístico intencional, la fuente de información es una enfermera por cada establecimiento estudiado. Mayoritariamente hay descripción de resultados lo que contribuye a conocer una realidad específica.</p>
<p>Rodrigues Marcia, Fernandes de Souza</p>	<p>El 58,7% de pacientes de acuerdo con visitas. La correlación es significativa entre desear la presencia de acompañante y el número de veces de internamiento en la UCI ($p = 0,03$). Los datos son significativos entre el querer acompañante y ser del sexo femenino ($p = 0,051$), las demás variables no son estadísticamente significativas.</p>	<p>No hay aleatorización en la selección. La recolección de datos fue a través de una encuesta. No hay mayores explicaciones en cuanto a la metodología. Por las características de este diseño, los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a otras realidades y se limitan a una validez débil y local.</p>
<p>Eriksson T, Bergbom I.</p>	<p>Visitas más frecuentes por parte del cónyuge (23%); 25% no tiene visitas durante la estadía. Duración promedio de 9 horas. Pacientes sometidos a ventilación mecánica por más de 9 días ($p = 0,0001$) o que han permanecido intubados por más de 5 días ($p = 0,0035$) reciben visitas más duraderas. Cuando paciente permanece en UCI por más de 7 días aumenta frecuencia y duración de visitas ($p = 0,0001$).</p>	<p>Selección de muestra no aleatoria. Grupos no son iguales y resultados no se controlan por esas diferencias. Para recolección de algunas variables se utiliza cuestionario elaborado por investigadoras y dos instrumentos validados. Recolección de datos se llevó a cabo en 8 meses. No se explicita enmascaramiento.</p>
<p>Landa M, Eguia B, Fernandez de Pinedo G, Adot S, Coscojuela M, Erro A.</p>	<p>Correlación positiva entre creencias y actitud ($r = 0,523$, $p < 0,0001$), correlaciones significativas y positivas entre cada subescalas (paciente $r = 0,427$, $p = 0,003$; familia $r = 0,476$, $p = 0,001$; enfermera $r = 0,354$, $p = 0,016$). Asociación estadísticamente significativa entre actitud y tener hijos ($p = 0,03$). Las visitas abiertas aumentan satisfacción profesional en enfermeras y proporcionan valiosa información sobre hábitos y reacciones del paciente. Satisfacción con el sistema actual de visitas, 42 enfermeras (93,3%) contestaron afirmativamente y tres (6,7%) negativamente.</p>	<p>Se describe claramente cómo se medirán las variables e instrumentos. Recogida de datos por dos miembros del equipo investigador. Para minimizar los sesgos en la recogida de datos, esta se hizo en un periodo de 48 horas y se solicitó a las participantes no hacer ningún comentario al respecto hasta que enfermeras hubiesen contestado el cuestionario. Estudio riguroso y con fuerte validez interna.</p>

Autor	Resumen de resultados	Aspectos relevantes del análisis crítico según diseños
Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C.	<p>Se estudia antes del cambio de política de visita (T0), a los 6 meses (T1) y 12 meses (T2). Niveles altos de Burnout en 34,5 % de participantes en T0 y 42,6 % en T2 (ajustado $p = 0,001$). Las tres fases muestran alto Burnout entre las enfermeras (ajustada $p = 0,002$).</p> <p>La mayoría considera que el cambio es positivo en T0 (81,7 % médicos; enfermeras 67,7 %) y T2 (médicos 87,0 %; enfermeras 62,7 %). Los sujetos con alto Burnout son más propensos a comentar negativamente ($p = 0,011$). Nueva política se asocia con nivel de agotamiento de funcionarios. Médicos, enfermeras ven política abierta positivamente y mantienen opinión después de 1 año.</p>	<p>Estudio cuasi experimental donde un 77 % de funcionarios de una UCI responde todas las fases del estudio (3). Se explicitan claramente las variables por estudiar y la recolección de la información, utilizando instrumentos validados y muy bien detallados. Hay enmascaramiento. El seguimiento es suficientemente largo. Validez interna aceptable.</p>
Smith L, Medves J, Harrison M, Tranmer J, Waytuck B.	<p>Resultados inconsistentes entre los estudios. La liberación de horas de visitas no aumenta las complicaciones sépticas. Las visitas abiertas otorgan beneficios a los pacientes y familias en términos de aumento de satisfacción y disminución de la ansiedad. Concluye realizar estudios metodológicamente mejores.</p>	<p>Revisión sistemática. Estudios con diseños variados, de distintos países. Un diseño experimental y dos cuasiexperimentales. Estrategia de búsqueda explícita desde 1995 al 2007, en importantes bases de datos. Se detallan características de poblaciones y outcomes. Metodología para análisis realizado por dos revisores, desacuerdos se consultan.</p>
Athanasίου A, Papanthassoglou E, Patiraki E, McCarthy M, Giannakopoulou M.	<p>Las enfermeras estudiadas son resistentes a visitas abiertas (94,4 %). El 87,5 % refiere que las visitas abiertas les aumentarían la carga laboral y el 75,5 % piensa que les obstaculizaría los cuidados. Los años de experiencia de trabajo, dotación de personal y el número de turnos nocturnos por 15 días fueron predictores de las actitudes y creencias acerca de las visitas.</p>	<p>Estudio correlacional. Objetivos variables explícitos. Muestra por conveniencia de 6 hospitales. Recolección de información de forma ciega para investigadores, $n = 143$ enfermeras, cuestionario anónimo y validado. Estudio riguroso.</p>
Mitchell M L, Aitken LM.	<p>No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del nivel de satisfacción de la familia pre y posintervención ($p = 0,3$). Sin embargo, la satisfacción de los familiares respecto del ambiente en la sala de espera fue peor en el grupo con horario flexible ($p = 0,03$) y la satisfacción de la familia con la cantidad de tiempo que dedica el personal al cuidado del paciente fue significativamente mayor en este mismo grupo ($p < 0,01$).</p>	<p>Estudio observacional mixto. Objetivos claros, busca conocer satisfacción en familiares, pacientes y personal de una política abierta. Metodología cuantitativa, instrumento validado solo para el análisis en la familia. Familiares posintervención mayor que el preintervención (140 vs. 41). Señala que grupos fueron similares, sin datos con significancia estadística.</p>

Autor	Resumen de resultados	Aspectos relevantes del análisis crítico según diseños
<p>Jacob M, Horton C, Rance Ashley S, Field T, Patterson R, Johnson C, et col.</p>	<p>Las necesidades más importantes identificadas fueron las relacionadas con la información del paciente, las visitas, recibir esperanza, hablar con un médico todos los días, y estar seguro de que su paciente recibe la mejor atención. Las necesidades menos importantes se relacionan con el confort físico de los familiares. El grado de satisfacción mayor se observó con el cuidado entregado por las enfermeras y los médicos, la cortesía y el respeto entregado al paciente y la familia.</p>	<p>Estudio observacional, muestra intencional. Objetivos claros. Busca conocer necesidades de familiares y grado de satisfacción en UCI. Se utilizaron 2 instrumentos validados (CCNI y FS-ICU), este último fue utilizado parcialmente y se manipula la escala de los autores para realizar cálculos de medias y SD. Se agregaron también preguntas desarrolladas por los investigadores. La muestra final (n = 45) se obtuvo de forma no aleatoria y no hay claridad de la representatividad de esta.</p>

Fuente: elaboración propia.