

# Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados

## Autores

Burgos Naranjo, Rosa M<sup>a</sup>. \*, Cano Peregrina, M<sup>a</sup> Angeles.\*\* , García Córdoba, Cristóbal.\*\* , Lage López, Ana.\* , López Pelegrí, Marta.\*

\* Enfermera de la UCC de la CSUB.

\*\* Enfermera/o de Cuidados Intensivos de la CSUB.

- «Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge».
- Estudio realizado durante los meses de febrero a mayo de 1996.

## Correspondencia

Cristóbal García Córdoba  
Servicio de Medicina Intensiva. UCI 2-1.  
Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.  
Ctra. Feixa Llarga, s/n.  
08907 L'Hospitalet de Llobregat.  
Barcelona.

## Resumen

Ante la posibilidad de una diferencia de criterios respecto a las normas y horarios de visita de familiares que reciben los pacientes ingresados en la UCC de la CSUB, el objetivo de este estudio es conocer la opinión del paciente, de su familia y de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras de dicha unidad) respecto a este tema.

Se trata de un estudio descriptivo y de corte transversal. Fueron encuestados 109 pacientes, 99 visitantes, 38 enfermeras y 17 médicos (en total, n=263 ).

La recogida de datos se realizó través de un cuestionario elaborado en su totalidad por los propios investigadores. Los resultados se midieron con un instrumento adaptado a nuestro medio; el cuestionario constaba de dos partes: la primera, de 20 ítems agrupados en 3 categorías (normas, entorno/ambiente y aspectos positivos y negativos de las visitas). Y la segunda, de 5 ítems, en la que se reflejan las preferencias de los encuestados respecto a horarios y normas.

El estudio se realizó entre los meses de febrero y mayo de 1996.

La gran mayoría de los encuestados (el 88%) opinaron que son beneficiosas, y que los aspectos negativos que representan son escasos. También el 56% de los mismos estarían conformes con un horario más flexible. En cuanto a las medidas de aislamiento requeridas a los visitantes para poder entrar en las habitaciones de los enfermos, a más del 80% de los visitantes ni pacientes no les supone una molestia. Y el 85% del total de la muestra están de acuerdo en que el personal sanitario restrinja las visitas cuando lo estime oportuno.

**Palabras Clave:** Unidad de Cuidados Coronarios (UCC), Familiares, Normas de visita.

## *Visits in the Centre of Coronary Care: Opinion of all persons implied*

*The aim of this study is to know the opinions of the patient, relatives and health professionals*

*(doctors and nurses in the centre) in relation to the rules and visit timetables of relatives to patients admitted in the Coronary Unit (CCU) of the CSUB.*

*This is a descriptive cross-sectional study. The survey included 109 patients, 99 visitors, 38 nurses and 17 doctors (total: 269).*

*Data were collected through a questionnaire made by the researchers. Results were measured by an instrument adapted to our environment; the questionnaire was made up of two different parts: the first part consisted of 20 items which were grouped in 3 categories (rules, environment/atmosphere and positive and negative aspects of the visits). In the second part, consisting of 5 items, the preferences of the interviewed people in relation to timetables and rules were reflected.*

*The research was carried out between February and May 1996.*

*Most of the interviewed people (88%) said that they are beneficial and that the negative aspects represented are scarce. 56% would agree with a more flexible timetable. As to the measure of isolation required to visitors in order to access the patient rooms, more than 80% of patients and visitors said that this is a most convenient measure and 85% of the total agree with the fact that the health staff should restrict visits whenever it is considered to be necessary.*

**Key Words:** Centre of Coronary Care (CCC), Relatives, Rules of visit.

(Rev. Enferm. Cardiol. 2000; 20:28-39)

## Introducción

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran enfrentados a múltiples elementos estresantes: los propios de su enfermedad y situación de hospitalización, y los específicos por la estancia en la unidad de Cuidados Críticos. Uno de estos últimos es el aislamiento o separación del enfermo de su medio habitual (familia). (1).

Los miembros de una unidad familiar se hallan en constante interacción: el ser humano se adapta a la presión del medio en función de este sistema (2). La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en periodos de dependencia (enfermedad) como en los de independencia o interdependencia. Las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida. (1).

Por ello, el ingreso de un paciente en una UCC precipita una crisis familiar. (2), (3).

En ese momento, la familia deja de sentirse útil, incluso siente la sensación de abandono de su ser querido, al impedirseles estar a su lado permanentemente; surgen sentimientos de culpabilidad, nerviosismo, miedo, incluso a veces ira y hostilidad. Los familiares viven las mismas fases de la enfermedad que el paciente. (4), (5).

Históricamente, las UCC cuentan con hora-

rios restrictivos (en la enorme mayoría de los hospitales de EEUU, las unidades de Cuidados Intensivos tienen un horario habitual de visita de 5 minutos cada hora). (6), (7).

Los motivos de dichos horarios se enfocaban de cara a «preservar al paciente», ya que la mayoría de cuidados eran dirigidos a él, de manera individualizada, se dejaba de lado a la familia; la familia era «un mundo a parte», y los horarios estaban «al servicio de la institución». (2), (8).

Sin embargo, en estudios realizados se demuestra que la principal necesidad manifestada por los familiares es la de un horario adaptable de mayor duración. (6), (9), (10). Esto es debido a la problemática de disponer de tiempo para visitar al paciente, salir del trabajo, solucionar el problema de los niños durante las visitas al hospital, etc. (11).

Las primeras 36 horas son percibidas por la familia como las más angustiantes; cuanto más grave vean al enfermo manifiestan un mayor deseo de visitarlo, además de una gran necesidad de seguridad e información, y necesitan saber que se le está dando al paciente «el mejor cuidado posible». (5), (6), (12).

Según Simpson, T. (8), (13), no se observaron alteraciones hemodinámicas significativas en los pacientes ingresados en una UCC durante la hora de las visitas.

Y, como dice Luparell, S. (14), la excusa de «preservar al paciente» no es válida, ya que

el mayor interruptor del descanso, la mayoría de las veces, es el propio personal sanitario.

Por otra parte, según otros autores, no todas las visitas son beneficiosas; muchas de ellas contribuyen a aumentar el estrés del paciente debido al contagio de estados de tristeza o mal humor.

A la familia la compleja atmósfera hospitalaria les crea impotencia y el personal sanitario, como sustituto en los cuidados, les puede generar sentimientos de frustración: se sienten dolidos y enfadados. (11). Todo ello puede dar lugar a un soporte familiar inadecuado: los familiares son incapaces de dar el confort/apoyo que el paciente necesita y éste se preocupa por ellos. (15). Se trata del fenómeno de «transmisión de ansiedad», recíproco entre familia-paciente, y calificado como significativo en un estudio realizado por Frederikson. (16). Por esa razón, algunos pacientes prefieren limitar el número de visitas que reciben. (17).

En el momento en que se realizó este estudio, en la UCC de la CSUB existían dos turnos de visita: de 14 a 14:30 h. en el turno de mañana y de 19 a 19:30 h. en el turno de tarde.

Desde la apertura de dicha unidad en 1974, la comunicación entre el paciente y sus familiares era a través de un interfono y una amplia cristalera.

A mediados de 1994 se abrieron puertas de acceso directo a la habitación del enfermo, permitiendo el paso de un único familiar dentro de la misma, y sin modificar el resto de las normas: el visitante que entraba dentro del cubículo debía ponerse una bata de papel desechable (guantes y mascarilla en casos especiales). El resto de personas, que estaban en el pasillo de visitas, se iban intercambiando de dos en dos.

Al ingreso del paciente en la UCC, el personal de enfermería se encarga de proporcionar la información sobre horarios y normas de visita. Se entrega a los familiares un folleto informativo, en el cual se da una explicación general de las características de la unidad, el funcionamiento interno y los horarios de visita.

Interesados por el tema, contactamos con otras UCC de Cataluña para recoger información, observando una diferencia en cuanto a horarios y organización de las visitas: mayor duración y más flexibilidad. (Ver tabla I).

Según los «Derechos del enfermo/usuario del Hospital» elaborados por el «Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya», se cita con el número 6 que: «el enfermo/usuario tiene derecho a continuar manteniendo la relación con sus familiares/amigos y la comunicación con el exterior». (18).

Por todo ello creímos interesante la realización de un estudio en el que el problema planteado fue el siguiente:

¿Qué criterios existían entre los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), los pacientes y sus familiares respecto a las visitas que reciben los enfermos ingresados en la UCC de la CSUB durante el período comprendido entre febrero y mayo de 1996?

El objetivo principal del estudio fue conocer que opinaba cada grupo acerca de las visitas (normas, beneficios y/o perjuicios de las mismas), así como otros aspectos relacionados con las preferencias y sugerencias de todos ellos.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Conocer las preferencias de los pacientes y sus familiares con respecto a la duración, frecuencia, horario y número de las visitas que reciben.
- Conocer la opinión de los médicos cardiólogos y de las enfermeras sobre los horarios, duración, beneficios/perjuicios y normas de las visitas que reciben los pacientes.

## Material y Métodos

Este estudio se llevó a cabo en la CSUB, Hospital de tercer nivel, que atiende a una población de 1.110.998 habitantes, y posee 926 camas, que corresponden a la sectorización de urgencias de la ciudad de l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Región sanitaria Costa de Poniente (Cornellà, Gavà, El Prat, Sant Boi, Sant Feliu y l'Hospitalet).

La unidad de hospitalización escogida, la Unidad Coronaria, dispone de 16 camas donde ingresan pacientes agudos de cardiología.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes: adultos entre 25 y 78 años de ambos sexos, ingresados en la UCC con una estancia superior o igual a 48h.,

conscientes y orientados, capaces de comunicarse y en estado de alerta.

- Visitantes: miembros de una familia nuclear o de parejas unidas consensualmente (esposo/a, hijo/a, etc.), personas significativas.
- Médicos: cardiólogos que hayan trabajado a tiempo completo durante períodos superiores a 6 meses.
- Enfermeras: de la UCC, que trabajen a jornada completa y a tiempo parcial durante un período superior a 6 meses y de todos los turnos.

*Los criterios de exclusión fueron:*

- Pacientes: niños y adultos de edad hasta 24 años y superior a 79 años, de estancia inferior a 48h., inconscientes, desorientados e incapaces de comunicarse verbalmente, pacientes que no hablen y/o comprendan catalán o castellano, pacientes que estén sometidos a un régimen de visitas diferente y que no dispongan de redes de apoyo natural.
- Visitantes: que no hablen/comprendan catalán o castellano, que no sean familiares o personas significativas.
- Médicos: cardiólogos que solo realicen guardias esporádicas en la UCC.
- Enfermeras: suplentes eventuales con período de trabajo inferior a 6 meses en la UCC.

Tras el cálculo del tamaño muestral de una población de 369 individuos sujetos a estudio (160 pacientes, 144 visitantes, 40 enfermeras y 25 médicos), la muestra seleccionada ( $n'=263$ ) para este estudio ha comprendido un número de  $n=109$  pacientes,  $n=99$  visitantes,  $n=38$  enfermeras y  $n=17$  médicos (tabla II).

Los datos se recogieron mediante un instrumento elaborado para tal ocasión. El cuestionario utilizado se dividió en dos partes (ver anexo I):

- a) una primera parte donde se contemplan normas, entorno/ambiente, aspectos positivos y negativos de las visitas para conocer la opinión de los sujetos a estudio (pacientes, familia, enfermeras y médicos). Consta de 20 ítems (variables dependientes, cualitativas) agrupados en tres categorías: reglas/normas de visita, aspectos

positivos y negativos de las mismas. Los 20 ítems se puntuaron, para valorarlos, del 1 (no), al 3 (sí), pasando por el 2 (indica duda, indecisión (?) o a veces).

- b) un segundo apartado de preferencias en cuanto a horarios y normas de visita, que consta de 5 ítems en los que se señaló la opción más satisfactoria.

Se contemplaron también las siguientes variables cuantitativas: edad, años de profesión (en el caso del personal sanitario) y sexo como variable cualitativa.

En su totalidad se trató de un instrumento elaborado por los investigadores; por tanto, se realizó una «validación de contenido» de la encuesta mediante asesoría y consensuación con expertos, lo cual dio pie a una serie de modificaciones hasta llegar a un cuestionario definitivo.

Este cuestionario se le pasó al paciente a las 48h. de su ingreso en la unidad, al igual que a los visitantes. En un principio se comenzó entregando los cuestionarios con la intención de recogerlos unas horas más tarde, pero finalmente se optó por pasar la encuesta de manera personalizada, debido a que en muchos casos no fueron retornados.

A los cardiólogos y a las enfermeras se le entregó durante la jornada laboral.

Creímos conveniente utilizar un solo cuestionario, para los distintos grupos de estudio, con el fin de estandarizar o unificar criterios respecto a un único tema (el hecho de la visita, desde una perspectiva global: normas, duración, horario, control, aspectos positivos y negativos e implicaciones personales).

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado entre los meses de Febrero y Mayo de 1996, en la UCC de la CSUB.

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS, tomándose el valor 0.187 como coeficiente  $\alpha$  de Cronbach estandarizado, global, de los 25 ítems.

Por último, y en cuanto a la búsqueda bibliográfica, fue realizada mediante el catálogo y base de datos *on-line* que posee la Universidad de Barcelona en el Campus de la CSUB, utilizando palabras clave como «UCC»,

(Unidad de Cuidados Coronarios), «Familiares», y «Normas de Visita». También se recurrió, una vez localizados los trabajos publicados, a catálogos de bibliotecas de hospitales como el Hospital del Mar de Barcelona, la Escuela Universitaria de Enfermería de San Juan de Dios y la Escuela Universitaria de Enfermería de Valle Hebrón. La mayoría de los artículos seleccionados fueron hechos en EEUU e Inglaterra, publicados principalmente en la revista «Heart & Lung», y realizados entre 1984 y 1993.

## Resultados

A la población de estudio se le aplicó un error del 0.031 %, dando una muestra total de  $n=263$ . Como puede observarse en la tabla III, el mayor número de unidades de observación fueron pacientes (109), 26 mujeres y 83 hombres; con una edad de  $58.63 \pm 10.9$  años ( $x \pm S$ ) y con un rango de 26-81 años (tabla I), el 52 % del total de la muestra (99 personas) pertenecen al grupo de visitantes, siendo 74 mujeres y 25 hombres, con una edad de  $51.72 \pm 15.3$  años y un rango de 20-80 años. Los médicos y enfermeras se clasificaron del siguiente modo: 38 enfermeras mujeres en su totalidad, con una de edad de  $36.64 \pm 7.1$  años y su rango oscilaba de 21-46 años, 17 médicos (el 33 % del total de la muestra), 5 mujeres y 12 hombres, con  $32.47 \pm 5.12$  años de edad y un rango de 26-42 años. La  $x$  en años de experiencia profesional de las enfermeras fue de 13.27 años, mientras que la de los médicos fue de 11.76 años, su rango se mantenía con unos valores de 4 -16 años.

Se realizó un análisis de la varianza para estudiar las diferencias entre los grupos, puntuando a estos de forma independiente, tal y como se muestra a continuación: enfermeros, 50.44; médicos, 26.26; pacientes, 118.94; visitantes, 234.15; así quedaron sumados por áreas, con un total de 221.20, sobre el total de la muestra.

De esta manera quedaron recodificados.

En primer lugar, fueron comparados los porcentajes de las respuestas dadas por cada grupo estudiado.

En cuanto a las normas existentes (tabla IV) y su conocimiento de las mismas: más del 92% de las enfermeras, pacientes y visitantes cono-

cián las normas; el porcentaje de médicos que las conocían eran del 67% y las desconocían en su totalidad un 13% de este último colectivo. Cuando se les preguntó si creían que eran correctas, el 72% de los médicos contestaron afirmativamente, en cambio el 71% de las enfermeras dudaban de su corrección (contestaron "?" = 2); dichas apreciaciones no fueron compartidas ni por los pacientes (el 48% contestaron "Sí" y el 48% contestaron que "No") ni por los visitantes (Sí 35%, ? 22% y No 43%).

Sin embargo en cuanto a la duración y el horario, los facultativos lo tenían más claro, estando a favor el 72%; las enfermeras, no se pusieron de acuerdo (respondieron: el 29%= NO, el 36%= (?) A VECES y el 35%= SI) y por el contrario los pacientes y visitantes no estaban conformes con la duración de las visitas (51%). A pesar de ello, más del 60% de los encuestados consideraron que el horario era bueno.

Ante la posibilidad de ofrecer un horario de visitas más flexible el 56% de la muestra estaba conforme, estando en contra el 23%. Siendo el colectivo médico el que presentaba mayor oposición (el 39%), estando a favor tan solo un 22,2% de éstos.

Al preguntar sobre las normas de visita (tan sólo un visitante debía entrar dentro de la habitación y estar en contacto directo con el paciente; mientras tanto, únicamente dos visitantes accedían al pasillo circundante a la UCC y así podían ver a su familiar a través de una cristalera), el 56% de los encuestados opinaron que un familiar dentro de la habitación durante la visita era suficiente. El 41 % de pacientes y el 37% de familiares lo consideraron insuficiente. El 60% del total de la muestra creyó que dos familiares fuera de la habitación (en el pasillo de visitas) era suficiente; sobre esto, el 61% de enfermeras dudó (?), mientras que el 45% de médicos lo consideró insuficiente.

En relación al uso de batas de papel y guantes por parte de los visitantes, para poder entrar en la habitación, sólo el 45% del personal sanitario opinaron que no es una molestia, siendo percibido de la misma forma por pacientes y visitantes pero en un porcentaje mucho mayor (83%).

Al preguntar sobre si el personal sanitario

debería restringir las visitas cuando lo creyera necesario, el 85% del total de la muestra contestó que «sí».

En cuanto a aspectos positivos de las visitas (ver tabla V), el 88% del total de la muestra opinó que eran beneficiosas. Pero el 6% de los facultativos creyó que eran perjudiciales, y el 17% de este mismo grupo opinaron que durante la visita no se fomenta una buena relación entre paciente, familia y personal sanitario. En cuanto a esto, el 50% de las enfermeras dudó (?), y sólo el 42% de éstas opinó que "Sí" aumenta la relación terapéutica. El 90% de pacientes y el 87% de familiares coincidieron con la respuesta afirmativa de las enfermeras; también opinaron que se sienten más tranquilos el 85 y 97% respectivamente, y afirmaron que el tiempo les pasa más rápidamente durante la visita y que ésta les sirve para obtener mayor información. Las enfermeras y médicos (menos del 45%) dudaron de aspectos positivos de las visitas tales como que proporcionen mayor intercambio de información y mayor tranquilidad.

Sobre los aspectos negativos de las visitas, tanto visitantes como pacientes no encontraron ninguno en el 88% de los casos. Sin embargo, el 89% de los médicos afirmaron que aumentan los ruidos en la unidad; el 42% de las enfermeras opinaron que esto sucede en algunas ocasiones. Al 50% de facultativos las visitas a veces les resultaban una molestia, y el 6% de los mismos confesaron que siempre les resultaban una molestia y les aumentaba el nivel de ansiedad.

Para ninguno de los grupos encuestados (78%) las visitas les suponen un sobre-esfuerzo o carga de trabajo.

El 97% de pacientes y el 93% de visitantes opinaron que las visitas no interrumpen los cuidados y tratamientos. El 57.9% de las enfermeras consideró lo mismo, frente a un 39.4% de las mismas que pensó que a veces se interrumpen. El colectivo médico discrepó, siendo un 67% los que opinaron que se les interrumpen los tratamientos al paciente, y un 27.7% los que opinaron que no.

También preguntamos sobre la existencia o no de intimidad a la hora de las visitas. Mientras el 86% de pacientes y el 84% de familiares contestaron que sí, el personal sanitario no se puso de acuerdo. El 39% de los médicos

opinó que no hay intimidad, y el 33.3% de los mismos pensó que sólo a veces; el 40% de las enfermeras consideraron que sólo en ocasiones, frente a un 26% que creyeron que no.

Respecto al apartado de preferencias el 80% de la muestra se inclinó por una duración de la visita en horas totales al día de entre 1 y 2h. El 38% de las enfermeras prefería una duración de más de 2h.

El 68% del total hubiera preferido repartir la visita en 2 veces al día, excepto las enfermeras, que se inclinarían porque fueran 3 veces.

En cuanto a la franja horaria más adecuada, el 80% de la muestra coincidió en señalar 2 tipos de horario: de 12 a 15h y de 18 a 20h.

Acerca del número ideal de visitantes dentro de la habitación del enfermo el 53% de la muestra opinó que deberían ser dos, frente a un 44% que consideró que uno era suficiente. Si los separamos por grupos, el 53% de pacientes opinó que dos, el 43% que uno y sólo el 3% creyó que deberían ser tres o más. Las enfermeras y los médicos pensaron en su mayoría que uno es el número ideal (56 y 50% respectivamente); de las primeras, el 44% opinó que deberían ser dos las visitas dentro de la habitación. Finalmente los visitantes prefirieron ser dos en un 56%, y uno en un 41%.

Por último, en cuanto a modo de visita y número de visitantes total, el 60% de los encuestados preferirían que entrasen todos, pero de uno en uno; el 19% lo dejarían como estaba (un familiar dentro y dos fuera sin intercambiarse) y el 19% restante optarían por que entraran dos, sin que ninguno se quedase fuera.

## Discusión y Conclusiones

Los resultados del presente estudio sugieren que la mayoría de los encuestados conocían las normas, siendo los médicos cardiólogos el grupo que tiene una postura más firme en cuanto al tipo de horario y duración de las visitas; es decir, estarían de acuerdo con el sistema de visitas de: dos turnos, uno de mañana y uno de tarde, de 30 minutos de duración; podría pasar un familiar dentro de la habitación del paciente, debiendo utilizar una bata de papel desechable y guantes de un sólo uso (únicamente en algu-

nos casos), mientras que dos visitantes estarían en el pasillo circundante a las habitaciones (zona sucia), pudiendo intercambiarse de dos en dos con el resto de familiares que aguardaran fuera de la unidad.

Curiosamente, sin embargo, son precisamente los médicos cardiólogos los que menos conocían las normas generales en su totalidad, y al 33,3 % hubo que explicárselas a la hora de pasarles el cuestionario. Hemos querido hacer constar que los médicos son los que menos tiempo pasan dentro del recinto de habitaciones durante la visita, y por tanto no es de extrañar este desconocimiento; ellos las perciben únicamente en el caso de que tengan que esperar a que se marche la familia para continuar con alguna técnica o tratamiento a algún paciente en concreto.

Mientras, las enfermeras no tenían un criterio unificado, aunque la mayoría dudaban de la corrección del sistema de visitas (marcaron en el cuestionario la opción (?)). De todos modos, coincidieron con los pacientes y familiares en que un familiar dentro de la habitación es suficiente. Tanto los enfermos como sus visitantes opinaron que la duración de la visita es insuficiente, y les gustaría una mayor flexibilidad de horarios, como detectaron Stillwell, Stover-Leske y O'Neill-Norris (6), (9), (10); pero creyeron que las normas eran las adecuadas, asegurando que existía un elevado grado de intimidad; en este punto destacó como dato sorprendente la percepción que tienen los profesionales de la salud a este respecto, pues según estos, el paciente y su familia no dispone de la suficiente intimidad a la hora de las visitas. Es posible que los enfermos y sus visitantes, al no poseer más que de media hora de contacto entre ellos, no tuvieran modo de percibir muchas de las posibles causas tales como ruido en el pasillo de visitas, ruido ambiental -monitores, alarmas...- que les interrumpen, etc.

Todos los encuestados creyeron conveniente que el personal sanitario restrinja o permita más o menos visitas cuando lo estimase oportuno, y valoraron como beneficiosa la visita. Parece ser que los pacientes y sus familiares obtienen más «beneficios» que el personal sanitario, en cuanto a la información, se sienten más tranquilos y mejora la relación terapéutica, tal como afirma Shirley

(11).

La inmensa mayoría de pacientes y familiares no detectaron aspectos negativos a la hora de las visitas, en contraposición a la opinión de los médicos, ya que estos dijeron que aumentan los ruidos y que a veces las visitas les ocasionan molestias, les supone un sobreesfuerzo e interrumpen los cuidados y tratamientos, tal como hemos comentado anteriormente. Por otro lado, los cardiólogos dudaban de los aspectos positivos de las visitas, y opinaron que en algunas ocasiones se sentían ansiosos porque les molestaban e interrumpían los cuidados proporcionados al paciente. Pero la mayoría de las enfermeras tuvo una actitud más positiva ante las visitas, suponemos que debido a su formación académica, donde se tiene como objetivo de los cuidados no sólo al enfermo sino también a su familia, respetando el tandem enfermo-familia como estructura y modo de adaptación a su medio de las personas en crisis (en estos casos se trataría de una falta de salud), tal como constataron Roberts, Boykoff y Novel, Lluch y Miguel (3), (2), (1).

La coincidencia en la opinión de los pacientes y sus familiares vino a confirmar los resultados de Asiaín Margall y col., y Labiano y col. donde éstos afirmaban que los familiares tienen las mismas vivencias respecto a la enfermedad y la hospitalización.(5), (4).

A punto de finalizar esta discusión, hemos querido añadir como dato curioso que a pesar de no existir preguntas abiertas en el cuestionario, encontramos algunas notas y sugerencias espontáneas por parte de pacientes y familiares, las cuales coincidieron en varios aspectos:

- que entendían perfectamente la restricción de la duración y horario de las visitas según el estado del paciente, dando prioridad a la tranquilidad y reposo en la fase aguda.
- que preferían menos familiares en el pasillo, y que agradecían las visitas de familiares no directos, pero que realmente les era suficiente con los más allegados.
- que debería existir más control en el pasillo (pases de visita) en cuanto a que eran conscientes de que en ocasiones se grita o alborota, o entran demasiados familia-

res para un sólo paciente y eso puede ocasionar molestias a los demás.

— que hay otros ruidos que molestan más que las visitas en sí, como las alarmas y voces del personal (sobretudo por las noches).

— que hay familiares que vienen de fuera de Barcelona y tienen dificultad para desplazarse dos veces al día, y por tanto preferirían una visita al día, pero de mayor duración.

Para terminar queremos subrayar que, posteriormente a este estudio, se modificaron las normas y horarios para las visitas de familiares.

Desde el año 1997, un año después de finalizar este estudio, hasta la actualidad (año 2000) se ha aumentado la duración de la visita a dos horas diarias (de las 13 a las 14 horas por la mañana y de las 19 a las 20 horas por la tarde). Se permite la entrada de todos los visitantes, pudiendo permanecer dos dentro de la habitación del paciente, y se intercambian en el exterior de la unidad (de dos en dos) para poder verle. Se les pide, eso sí, que no permanezcan ni se intercambien en el pasillo.

En cuanto al uso de bata/guantes/mascarilla, se reserva sólo para casos especiales, como medida de protección para el paciente (inmunodeprimidos) o para su familia (pacientes con procesos infecciosos).

## Bibliografía

- Novel G, Lluch M.T, Miguel M.D. Enfermería Psicosocial II. Barcelona: Salvat editores, S.A., 1991.
- Boykoff S.L. Visitation Needs Reported By Patients With Cardiac Disease And Their Families. *Heart & Lung* 1986; 15:573-578.
- Roberts S.L. Behavioral Concepts And Concepts The Critically Ill Patients. 2nd.ed. Appleton. Century-Crofts: Norwalk, 1986.
- Labiano J, Huarte C, Ruiz-San Pedro E, Asiaín M.C. Problemática de los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Revista Rol de Enfer.* 1987; 102: 19-22.
- Margall M.A, Zarpe C, Perochena P, Labiano J, Otano C, Asiaín M.C. Necesidades de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Enfer. intensiva* Abril-Junio 1993; vol.4, nº 2: 40-45.
- Stillwell S. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive Care Unit. *Heart & Lung* 1984; 13: 238-242.
- Lawin P. Cuidados intensivos. 3ª ed. Barcelona: Salvat editores, S.A., 1986; 42-50.
- Stewart-Heater B. Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. *Heart & Lung* 1985; 14: 181-186.
- Stover-Leske J. Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. *Heart & Lung* 1986; 15: 189-193.
- O'Neill-Norris L, Grove S. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & Lung* 1986; 15: 194-199.
- Shirley L, Egger n.r. En un lugar especial para la relación. En: Atención integral en enfermería. El paciente Crítico. Barcelona: Doyma, 1988; 25-35.
- Simpson T. Critical care patient's perceptions of visits. *Heart & Lung* 1991; 20: 681-688.
- Simpson T, Shaver J. Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit. *Heart & Lung* 1990; 19: 344-351.
- Luparell S. Letters to the editor. *Heart & Lung* 1991; 20:698.
- A.A.C.N.(American Association of Critical Care Nurses). Outcome standards for nursing care of critically ill. Ed. USA: Portcity Press, 1990.
- Frederikson K. anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. *Heart & Lung* 1989; 18: 617-622.
- Walsh D.J, Shustak C.L. Cuidado general de enfermería del paciente de UCI. En: Rippe J.M. Manual de cuidados intensivos. Barcelona: Salvat, 1991: 595-597.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Derechos del enfermo usuario del hospital. Cyan edicions i creacions gràfiques, S.A. 1987: 6.

**Tabla I**  
**Relación UCC de Cataluña y visitas**

	Horarios	N.º Personas	Normas	Información	Casos Esp.
<b>H. Clínic</b>	12-12:30 16-18 h.	Entran 2	-No Bata -Se Turnan		-Según enfer. -Flexibles
<b>H. Sant Pau.</b>	12:30-13:30h. 17-20:00h.	Entran 2	-Se Turnan		-Flexibles
<b>H. del Mar</b>	11:30-14:30h. 18:30-20:30h. 22:30-2h.	Entran 2	-No Bata -Se turnan	Hoja informativa	-Según enfermera
<b>H. Germans Trias i Pujol</b>	13:30-14:30h. 18-20h.	Entran 2	-No Bata -Se turnan	Hoja infomativa	-Consenso médico y enfermera
<b>H. Vall d'Hebrón CSUB</b>	15-16h. 21-21:30h. 14-14:30h. 19-19:30h.	Entra 1 Entran 3 (2 fuera)	-Bata (cirugía) -Bata -No se turnan	Hoja informativa	-Según enfermera -Según médico y enfermera
<b>H. Arnau Vilanova (Lleida)</b>	8:30-9h. 13-13:30h. 20-20:30h.	Interfono 2 Entra 1 Entra 1	-Bata		-Consenso médico y enfermera
<b>H. Josep Trueta</b>	13-14h. 17-18h.	Entran 3 (1 Fuera)	-No Bata		-Flexibles -Criterio médico

**Tabla II**  
**Distribución por sexo de los grupos estudiados**

Grupo:	Enfermeras	Médicos	Pacientes	Visitantes	Total
Mujeres	38	5	26	74	143
Hombres	--	12	83	25	120
Total	38	17	109	99	263

**Tabla III**  
**Muestra la comparación  $\bar{X}$  de la edad S (desviación estándar), Rango según las diferentes categorías a estudio**

	N	$\bar{X}$	S	Rango
Enfermeras	38	36,64	7,1	21-46
Médicos	17	32,47	5,12	26-42
Pacientes	109	58,63	10,9	26-81
Visitantes	99	51,72	15,3	20-80
Total	263		-	

**Tabla IV**  
**Porcentaje de respuestas respecto a las normas de visita en la UCC**

Normas resp. Afirmativas	Total (263)		Enfermeras (38)		Médicos (17)		Pacientes(109)		Visitantes (98)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conocimiento	242	82	35	92	11	67	103	95	92	95
Corrección	113	43	6	16	12	72	52	48	42	43
Duración	111	42	11	29	12	72	51	37	36	47
Horario	160	61	16	41	13	78	59	60	71	65
Flexibilidad	148	56	20	53	3	22	61	56	63	64
1 fam. dentro	146	56	21	56	12	72	58	53	54	55
2 fam. fuera	157	60	8	21	2	17	86	80	60	61
No molesta bata	194	74	17	45	8	44	90	83	79	81
P. sanit. restrinja	223	85	30	79	14	83	94	86	81	83

**Tabla V**  
**Aspectos positivos de las visitas**

Afirmativas	Total(263)		Enfermeras (38)		Médicos (17)		Pacientes(109)		Visitantes (98)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Son beneficiosas	233	88	26	68	13	78	103	95	90	92
< Relac. Terap.	209	80	16	42	9	56	98	90	85	87
< Tranquilidad	199	76	10	26	2	11	92	84	95	97
< Información	197	85	13	34	7	39	95	87	82	84
Rápido transcurso del tiempo	210	80	11	29	4	22	103	95	92	94

### **Anexo I: Cuestionario**

Edad:\_\_\_\_ Sexo: **H**\_\_\_\_/**M**\_\_\_\_

A continuación, marque lo que corresponda:

**PACIENTE:**\_\_\_\_\_.

**VISITANTE:** cónyuge:\_\_\_\_, hijo/a:\_\_\_\_, padre/madre:\_\_\_\_, hermano/a:\_\_\_\_ amigo/a:\_\_\_\_, Otros:\_\_\_\_\_.

**PERSONAL SANITARIO:** enfermera:\_\_\_\_, médico:\_\_\_\_. Años de profesión:\_\_\_\_\_.

**RESPUESTAS:** 1 = NO 2 = DUDA (?) o A VECES 3 = SI

	1	2	3
1. Conozco las normas en cuanto a las visitas.			
2. Las reglas/normas para las visitas son correctas.			
3. La duración (tiempo) de la visita es adecuada.			
4. El horario actual (mañana/tarde) es bueno.			
5. Los horarios deberían ser más flexibles (no tan estrictos).			
6. Un familiar dentro de la habitación durante la visita es suficiente.			
7. El número de visitantes fuera es suficiente.			
8. Durante la visita aumentan los ruidos de la Unidad.			
9. Hay intimidad a la hora de la visita.			
10. La visita facilita una buena relación entre el paciente, la familia y el personal sanitario .			
11. La visita es beneficiosa para el enfermo.			
12. Durante la visita estoy más tranquilo.			
13. Durante la visita el tiempo pasa más rápido.			
14. La visita me permite un intercambio mayor de información.			
15. El uso de bata y guantes para los familiares es una molestia.			
16. El personal sanitario debe restringir las visitas cuando lo crea necesario.			
17. La visita me produce angustia y/o ansiedad.			
18. Las visitas me resultan una molestia.			
19. La visita me supone un sobreesfuerzo.			
20. Las visitas interrumpen los cuidados y tratamientos del paciente.			

**Preferencias:****¿Cuánto cree que debería durar la visita (en horas totales al día)?**

- 1h. al día ..... q
- 1h. y media al día ..... q
- 2h. al día ..... q
- 2h. y media al día ..... q
- 3h. al día ..... q
- Entre 3 y 5 horas ..... q

**2. Cuantas visitas debería haber en un día:**

- una al día ..... q
- dos al día ..... q
- tres al día ..... q
- más de tres al día ..... q

**3. Elija, máximo tres opciones, las horas del día más adecuadas para las visitas:**

- de las 7h. a las 8h. .... q
- de las 12h. a las 13h. .... q
- de las 14h. a las 15h. .... q
- de las 16h. a las 18h. .... q
- de las 18h. a las 20h. .... q
- de las 20h. a las 22h. .... q

**4. Cual cree que es el número ideal de visitantes dentro de la habitación del enfermo:**

- uno ..... q
- uno a dos ..... q
- tres a cuatro ..... q
- más de cuatro ..... q

**5. Sus preferencias son:**

- Las visitas a través del cristal y con el interfono ..... q
- Un familiar dentro y el resto fuera con el interfono ..... q
- Dos familiares dentro y ninguno fuera ..... q
- Que puedan entrar todas las visitas de uno en uno en la habitación ..... q