

CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS VISITAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Autores

Arricivita Verdasco A.*, Cabrera Figueroa J.** , Arias Hernández M. *** Robayna Delgado M.C. **** , Díaz Rodríguez L.

** , Profesora asociada de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna (ULL).*

*** Profesor asociado de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna (ULL).*

**** Profesora titular de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna (ULL).*

***** Profesora titular de la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna (ULL).*

***** Enfermera del Servicio Canario de la Salud.*

Institución

Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Correspondencia

Ana Mª Arricivita Verdasco. Teléfono 922319297

E-mail: aarriver@ull.es

Departamento de Enfermería de la ULL.

Campus de Ofra s/n. La Laguna. Tenerife.

Resumen

El ingreso en una unidad de cuidados críticos altera los roles familiares y genera necesidades de seguridad e información. Frecuentemente, los pacientes y sus familiares perciben poca sensibilidad por parte de los profesionales que no pueden informarles o dedicarles una atención que consideran necesaria.

Pensamos que la regulación institucional de las visitas es un factor que condiciona significativamente la práctica y la cultura de las personas que viven esa realidad, ya sean las familias o los profesionales. Este trabajo pretende estudiar y difundir los aspectos más característicos de la regulación institucional de las visitas en las unidades de cuidados críticos.

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante el año 2001 en 22 Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad Autónoma Canaria.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario que nos permitió recoger aspectos sociodemográficos, laborales y los relacionados con el tema objeto de estudio: organización de las visitas, información a la familia y participación de la familia en cada unidad. El análisis de los datos se realizó a través del programa Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados (DYANE).

A través de nuestro estudio hemos podido constatar que el modelo de atención a la familia no reconoce el papel de la familia como agente de cuidados; no se considera a la familia como sujeto de cuidado. La función informativa se limita al aspecto médico, ocupando la información sobre los cuidados de enfermería un espacio muy limitado e incluso inexistente en muchos centros.

Palabras clave

Cuidados Críticos, Cuidados enfermeros, Familia, Información, Visitas.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Summary

Being admitted in a unit of critical care changes the family roles and generates different necessities such as safety and information. Frequently, the patients and their relatives perceive little sensitivity on the part of the professionals who are not able to inform them or can not dedicate an attention that they consider necessary. The institutional regulations of the visits is an important factor that conditions this reality.

Our study tries to know the characteristics of the institutional regulation of the visiting-time in the units of critical care along 22 units of Intensive Care in the Canary Islands.

The collection of data was carried out by means of a questionnaire that allowed us to gather social, demographic data... and another questions related to information and participation of the family; organization of the visiting-time in each unit.

The analysis of the data was made through the program Design and Analysis of surveys in social investigation and markets (DYANE).

Our study has been able to state that system of attention to the family in our environment does not recognize its role as a care subject; the family is not considered as an object of nursing care and, finally, the function to inform is limited to medical aspects. The information about nursing care is very limited and even non existing in many centers.

Key Words

Intensive Care Units. Family. Information. Visiting-time. Nursing Care.

(Rev. Enferm. Cardiol. 2002; 25:36-40)

Introducción

El reconocimiento de las aportaciones de la enfermería como disciplina y su avance en el ámbito de la investigación están haciendo que se cuestionen determinados hechos que observamos en nuestra práctica cotidiana ya que son contradictorios con la filosofía de los cuidados que queremos desarrollar. El dominio que el enfoque biomédico tiene en nuestro sistema de salud, especialmente en el ámbito hospitalario, favorece dichas contradicciones entre lo que la enfermería dice ser y hacer, y las posibilidades que en la realidad las instituciones le permiten.

Un ejemplo de esto lo encontramos en la consideración y regulación del papel de la familia en el ámbito de los cuidados de enfermería. En la mayor parte de nuestros centros sanitarios seguimos observando una práctica orientada al paciente y su enfermedad, situación comprensible únicamente desde un enfoque biomédico de la salud y la enfermedad. Algunas publicaciones refuerzan

esta hipótesis e introducen líneas de actuación que pueden servir para cambiar esta realidad¹.

La asunción de un enfoque enfermero exigiría una atención integral que incluiría el entorno. La persona vive en un contexto familiar y la atención a la familia forma parte de la función de enfermería².

El ingreso en una unidad de cuidados críticos produce separación y ruptura, altera los roles familiares y genera necesidades que se traducen en demandas de seguridad e información. Numerosos trabajos ponen de relieve la importancia de la inclusión de la atención a la familia para reducir la ansiedad y para ayudar a mantener la estructura familiar de manera que ésta pueda actuar como soporte del enfermo³. Para que esto se logre, es necesario que la atención de enfermería valore las necesidades concretas de cada familia y se haga una planificación de cuidados específica para cada caso⁴. Pero la experiencia diaria en la atención directa demuestra que, en ocasiones, los pacientes y sus familiares perciben poca sensibilidad por parte de los profesionales que no pueden informarles o dedicarles una atención que consideran necesaria.

Esta situación no hay que atribuirle a una premeditación para hacerlo mal, sino a las consecuencias de concebir la atención sanitaria de forma fragmentada donde la atención a la familia, en lugar de contemplarse como parte del proceso, se considera como algo aislado.

Este hecho se agudiza en el contexto de la atención sanitaria en las unidades de cuidados críticos, donde la presión asistencial secundaria a situaciones de compromiso vital de la mayor parte de los pacientes y el enorme peso que tiene



el enfoque biomédico, favorecen aún más esa fragmentación y separación de la familia. Por otra parte, la forma de organizar institucionalmente los espacios y tiempos de que dispone la familia para integrarse en la vida del paciente y su nuevo contexto durante la hospitalización, condiciona significativamente la realidad de este ámbito de la atención sanitaria.

Desde nuestro punto de vista, el cómo las instituciones sanitarias regulan estos espacios es un factor, si no determinante, sí especialmente condicionante de la práctica y cultura de las personas que viven esa realidad, ya sean las familias o los profesionales. Este trabajo pretende estudiar y difundir los aspectos más característicos de esta regulación institucional y sus consecuencias en la realidad práctica de las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Canaria. Es decir, queremos poner de manifiesto nuestra realidad como primer paso a partir del cual podamos tomar conciencia de las contradicciones existentes para superarlas tanto a través de la introducción de cambios en nuestra organización de los cuidados como siendo conscientes de la importancia de poder participar en la toma de decisiones dentro de las instituciones donde trabajamos.

Los objetivos específicos de nuestro trabajo fueron los siguientes:

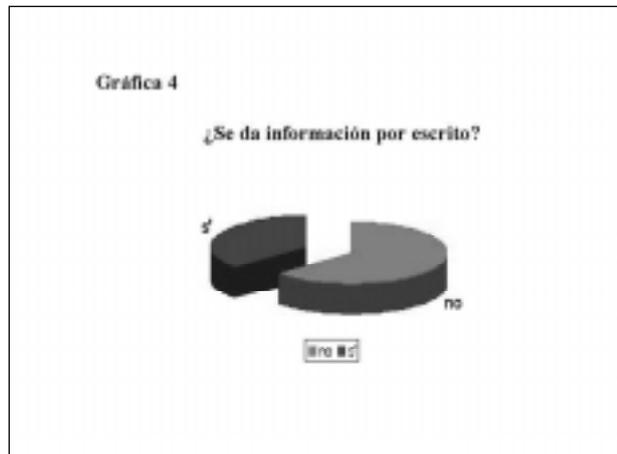
- Favorecer la reflexión de los profesionales de enfermería respecto a la atención que se está dando a familia en nuestra Comunidad.
- Explorar aspectos concretos respecto a la organización de las visitas y atención de la familia de las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante el año 2001.

La población estudiada está formada por 22 Unidades de Cuidados Intensivos de nuestra Comunidad Autónoma⁵ (14 situadas en Tenerife, 5 en Gran Canaria, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura). Entre estas unidades, 19 se caracterizan por atender adultos con diferentes patologías, 1 de adultos con problemas cardíacos y 2 son unidades pediátricas. Así mismo, 12 son de titularidad pública y 10 privada-concertada. Es preciso señalar que existen importantes diferencias en cuanto a la capacidad o número de pacientes que atiende cada unidad pero se mantiene un ratio enfermera-paciente y auxiliar-paciente similar en todas ellas.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario adaptado de la propuesta de otros autores⁶ cumplimentado a través de: entrevista personal (6), entrevista telefónica (13) y correo electrónico (3) a personas que trabajan o tienen



relación directa en la actualidad con esas unidades: Jefe de Unidad/Supervisora (16), enfermeras (5) y otros (1).

En el cuestionario se recogen aspectos socio-demográficos y laborales de las distintas unidades e Instituciones Sanitarias estudiadas y aspectos relacionados con los temas que son objeto de estudio: organización de las visitas, información a la familia y participación de la familia en cada unidad. La mayoría de los ítems son de respuesta cerrada de tipo categórica y sólo uno es de respuesta abierta.

El análisis de los datos se realizó a través del programa Diseño y Análisis de Encuestas en Investigación Social y de Mercados (DYANE).

Resultados

Objetivo 1: Favorecer la reflexión de los profesionales de enfermería respecto a la atención que se está dando a la familia en nuestra comunidad.

Los resultados del cuestionario se presentaron en una comunicación-póster durante las I Jornadas de la Sociedad de Cuidados Críticos y Emergencias celebradas en el Puerto de la Cruz (Tenerife) en marzo de 2001 donde se originó un debate enriquecedor entre los profesionales de enfermería.

Este objetivo se complementa con la difusión de nuestro artículo en esta revista de ámbito nacional.

Objetivo 2: Explorar aspectos concretos respecto a la organización de las visitas y atención de la familia de las unidades de cuidados críticos de nuestra Comunidad Autónoma.

La presentación de los resultados en este apartado la haremos respetando las categorías o temas que exploramos a través del cuestionario y que son: la organización de las visitas, la información a la familia y la participación de la familia.

Organización de las visitas

La mayoría de las Unidades de Cuidados Críticos de nuestra Comunidad Autónoma establecen dos períodos de visita al día (gráfica 1). Ningún

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

centro oferta más de tres períodos oficialmente aunque en algunos existe cierta flexibilidad atendiendo a la gravedad del paciente o por larga estancia.

En 12 de los 22 centros encuestados no se limita el número de visitas (total) que puede recibir cada paciente al día pero sí la duración y número de personas que entra en cada período de visita. La duración de dichos períodos oscila entre 30 minutos (45,45%) y 60 minutos (31,82%). Tal y como muestra la gráfica 2, encontramos que en Tenerife y La Palma predominan los períodos de 30 minutos. En el resto de las islas, la temporalización dominante es de 60 minutos o más. En la Unidades donde hay acceso de la familia al interior de la unidad, lo más frecuente es que accedan de uno en uno o de dos en dos.

Información a la familia

En la mayoría de los centros se informa a la familia una vez (50%) o dos veces (36%) al día. Aunque encontramos que en tres centros de Tenerife, no hay momentos establecidos y sólo se informa si lo solicita la familia expresamente.

Institucionalmente, la información es proporcionada exclusivamente por el médico (86,36%). Sólo en tres centros (2 en Tenerife y 1 en Gran Canaria) encontramos que el profesional de enfermería afirma participar conjuntamente con el médico o por separado en este proceso (gráfica 3). Es importante señalar que en muchos centros la/el enfermera/o informa extraoficialmente de algunos aspectos básicos a la familia (estado general, apetito, sueño...).

Destaca que un 63,64% de los centros no proporciona información por escrito a la familia (folletos, carteles...), frente a un 36,36% que sí lo hacen (gráfica 4). Si nos detenemos en analizar este dato por islas, encontramos que en Gran Canaria, Lanzarote y La Palma es donde más se utiliza esta vía de información.

Existe un porcentaje relevante de centros que,

oficialmente, no dan información por teléfono (36,36%) o sólo lo hacen en ocasiones justificadas (40,9%) frente a los que sí lo hacen (22,73%). Destaca que la situación varía en función de cada isla.

Participación de la familia

En la mayoría de las unidades de cuidados críticos, la familia tiene que tomar alguna medida (bata, mascarilla...) antes de entrar a visitar al paciente. En el 23% de los casos, no se exige medida alguna. El lavado de manos se considera necesario, casi exclusivamente, en las unidades pediátricas.

La familia no está implicada en los cuidados del paciente (comida, higiene...), sólo un centro manifiesta que los familiares siempre participan en los cuidados del paciente y cuatro de ellos procuran hacer coincidir algunas actividades del cuidado con el horario de visita (gráfica 5).

En general, no existen protocolos de atención a la familia; 21 de las 22 unidades encuestadas no lo tienen. Sólo una unidad afirma tenerlo y otra ha puesto de manifiesto que actualmente se encuentra elaborando una propuesta de este tipo (gráfica 6).

Discusión

El concepto de persona-familia constituye, junto con la salud y el entorno, uno de los pilares fundamentales de la disciplina enfermera. La familia se debe considerar como la unidad funcional básica donde se genera, absorbe y diluye el estrés de la vida⁷. El estado de salud de un miembro de la familia y su posicionamiento frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia⁸.

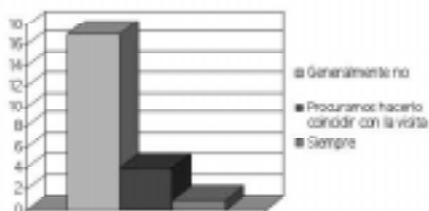
En los últimos años, nuestro sistema sanitario, a pesar del peso del enfoque biomédico, ha evolucionado hacia un aumento de la participación de la familia en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, en este estudio vemos que el sistema de organización de las visitas para las Unidades de Cuidados Críticos, en el caso de Canarias, mantiene un modelo que no incorpora ni facilita esta filosofía en la práctica enfermera.

En la mayoría de las unidades estudiadas hemos detectado que el modelo de atención a la familia tiene en común una serie de puntos que consideramos, deberían ser objeto de reflexión:

- La función informativa se atribuye, fundamentalmente, al facultativo y se limita a aspectos relacionados con la evolución, tratamiento o pronóstico de la patología que motiva el ingreso. No se da información sobre los cuidados de enfermería necesarios en cada caso y las enfermeras no

Gráfica 5

¿Se implican los familiares en los cuidados?



informan o lo hacen desde una posición informal.

- No se le reconoce a la familia su papel como agente de cuidados o sus posibilidades son muy limitadas con la actual organización de las visitas (duración, períodos, etc). A pesar de que existen suficientes trabajos que demuestran que una de las principales necesidades manifestadas por los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos es la de un horario de mayor duración que les permita adaptar este episodio a su organización familiar (horarios de trabajo, etc.)⁹.

- Institucionalmente, no se considera a la familia como objeto/sujeto de cuidado ya que no existen protocolos de atención a la familia y el tiempo de visita es tan reducido que difícilmente se podría hacer una intervención en este sentido. Aspecto que es contradictorio con el hecho demostrado en diversos trabajos y experiencias que afirma la existencia de necesidades de seguridad e información en las familias respecto a la situación clínica del paciente y sus circunstancias.

Desde nuestro punto de vista, estos aspectos son consecuencias de diversos factores entre los que destacamos: concebir la atención sanitaria de forma fragmentada y el gran peso que tiene el avance tecnológico en la organización del trabajo en este tipo de unidades. Pero sobre todo parece necesario interpretarlas en relación con el peso y las consecuencias que tiene la distribución del poder en las instituciones sanitarias, entre los profesionales, los pacientes y la familia, para comprender las contradicciones existentes

El reto es conseguir desvelar la realidad de lo

que está ocurriendo para poder avanzar en los aspectos más humanos de la atención sanitaria, lo que supone recuperar y considerar, entre otras cosas, institucional y culturalmente la importancia de los cuidados y no sólo del curar.

La presentación de los resultados durante las I Jornadas Nacionales de la Sociedad de Enfermería en Cuidados Críticos y Emergencias ha sido un primer intento de provocar este tipo de reflexión colectiva y de favorecer el intercambio de opiniones entre profesionales que trabajan en las unidades estudiadas. Consideramos que ha sido una experiencia muy positiva dado el interés y el debate que suscitó el tema del trabajo y que se tradujo en la obtención del primer premio a la mejor comunicación póster otorgado por esta Sociedad y la propuesta de intentar formar un grupo de trabajo que continúe esta línea.

Desde nuestro punto de vista esta experiencia puede servir para abrir una línea de investigación en nuestro Departamento en la que se integren profesionales de las unidades asistenciales con objeto de profundizar en el tema y favorecer la toma de conciencia sobre la necesidad de introducir cambios en nuestra práctica asistencial. Una aproximación posterior al tema podría venir de la exploración de las opiniones de los pacientes, la familia y de los profesionales sanitarios mediante un trabajo similar al realizado por Burgos Navarro et al¹ que nos permitiría detectar o confirmar aspectos problemáticos más concretos que requieren, posiblemente, un abordaje de tipo cualitativo¹⁰.

Bibliografía

1. Burgos Naranjo RM, Cano Peregrina MA, García Córdova C, Lage López A, López Pelegrí M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la unidad de cuidados coronarios: opinión de todos los implicados. *Enfermería en Cardiología*. Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología 2000; 20: 28-35.
2. Díaz, JF, Castañón R, Carrión F, Rodríguez JJ, Ramón M. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería científica* 1997; 184-185: 26-30.
3. Wilkinson P. A qualitative study to establish de self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care units. *Intensive Critical Care Nursing* 1995; 11: 77-86.
4. Robb YA. Family nursing in intensive care part two: the needs of a family with a member in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing* 1998; 14: 203-207.
5. Servicio Canario de Salud. Plan Canario de Salud 1997-2001. Gran Canaria. Servicio Canario de Salud-Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 1997.
6. Velasco J. <http://www.tema.es/personal3/josevb/cuidadosintensivos.htm>. Acceso 9 enero 2001.
7. Pelechano, V. Familia, estrés y enfermedad. Análisis y modificación de conducta; *Psicología clínica y/o Psicología de la Salud* 1991; 55: 730-734.
8. Asen, K. E. Tomson, P. Intervención familiar. Barcelona. Paidós; 1997
9. Stewart-Heater B. Nursing responsibilities in changing visiting restriction in the intensive care unit. *Heart & Lung* 1985; 14: 181-186.
10. Bernat Bernat R, López Ruiz J y Fonseca Roselló J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 1999; 10 (1):19-32.