

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA
De la Fundación "la Caixa"

TITULO

**GESTION DE LAS VISITAS EN UNA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS: OPINION DE
TODOS LOS IMPLICADOS**

AUTORES:

Ascensión García Matas
Gloria Nicolás Zambudio
M^a Caridad Ros Riba

Trabajo presentado al XIX curso de Administración y Gestión en Cuidados
de Enfermería para la obtención del Máster

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
José Tejada	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
Concepción Ferrer	Vocal

Presentado en fecha: 8 Junio 2009

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin que la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

1	Introducción	5
2	Marco Teorico	7
2.1	Medicina Intensiva Pediátrica	7
2.1.1	Historia.....	7
2.1.2	Definición de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Sant Joan de Dèu	8
2.1.3	Organización de las visitas	10
2.2	la gestión: conceptos básicos.....	13
2.2.1	Gestión en las unidades de cuidados intensivos	16
2.3	actores.....	18
2.3.1	Ambito profesional.-	19
2.3.2	El paciente	20
2.3.3	Ambito familiar.	21
2.4	interacciones niño-familia-entorno	21
2.4.1	Definición de familia.....	21
2.4.2	Definición de tutor	22
2.4.3	La familia de pacientes ingresados en una uci	22
2.5	Calidad asistencial y atención al usuario	31
2.5.1	La calidad: conceptos básicos	31
2.5.2	Dimensiones de la calidad	32
2.5.3	Satisfacción de los usuarios	33
2.6	ética en las unidades de cuidados intensivos.....	35
2.6.1	Definición ética y bioética	35
2.6.2	Principios éticos	37
2.7	derechos del niño.	40
2.7.1	Declaración de los derechos del niño	40
2.7.2	Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados	44
2.8	el humanismo	47
2.8.1	Paradigma humanista en enfermería.....	47
3	marco aplicado.....	50
3.1	Diseño del estudio	50
hipótesis	50
la propuesta de entrada libre de padres y tutores en la ucip será mejor acogida tanto por padres y profesionales si se establecen algunos criterios de restricción, cuando se efectúen técnicas agresivas o situaciones de emergencia.		50
3.2	Variables.....	51
3.2.1	Variable independiente (vi).-	51
3.2.2	Variable dependiente (vd) –	51
3.2.3	Variable interviniente (viv).-	51
3.3	Población muestra	52
3.4	Instrumentos de recogida de información.....	52
4	Resultados	54
4.1	caracterización de la muestra profesionales.....	54
4.1.1	variables personales	54

5	Caracterización de la muestra padres/tutores.....	71
5.1	Variables personales	71
6	Análisis comparativo	93
7	Conclusiones	103
8	Propuestas y líneas de investigación	106
8.1	Propuestas de mejora en la práctica asistencial.....	106
8.2	Líneas de investigación	106
9	Bibliografía	108

10 INDICE ANEXOS

- ANEXO I Carta a los jueces
- ANEXO II..... 1ª Encuestas padres/tutores y profesionales
- ANEXO III..... Resultados jueces
- ANEXO IV..... Validación encuestas
- ANEXO V..... Encuestas definitivas padres y profesionales
- ANEXO VI Carta encuestadores
- ANEXO VII Resultados SPSS

1 INTRODUCCIÓN

La medicina Intensiva esta reconocida como tal en el territorio español desde el año 1978, es una especialidad multidisciplinaria y multiprofesional. Los equipos clínicos de esta especialidad tratan a aquellos pacientes que presentan un alto riesgo de sufrir un fracaso uni o multiorgánico, debido a una patología potencialmente reversible que pone en peligro su ciclo vital.

La familia es un elemento crucial en cualquier proceso de salud-enfermedad de todos sus integrantes. Cualquier proceso de enfermedad que afecte a uno de sus miembros altera su equilibrio. El ingreso de un paciente con alto grado de aislamiento, como es el caso de las UCIs, supone una barrera física y emocional para todos sus integrantes. Esta situación se ve agravada cuando el paciente es un niño.

La necesidad de gestionar las visitas en las UCIs, con un régimen más abierto ya fue descrita por primera vez en 1979 y desde entonces a suscitado controversias en la mayoría de las UCIs.

En la actualidad existen pocos estudios que definan, verifiquen o analicen la gestión de las visitas en las UCIs Pediátricas, donde la necesidad de horarios más flexibles y amplios se hace más evidente por la condición de que el paciente es un niño.

Debido a un nuevo enfoque y una nueva ubicación de la UCI del Hospital de Sant Joan de Dèu d' Esplugues (Barcelona) se plantea la necesidad de establecer un

Régimen de visitas de puertas abiertas las 24horas para los padres o tutores de los pacientes ingresados en la misma.

Por este motivo los autores de este proyecto vislumbramos una excelente oportunidad para investigar sobre la opinión de los implicados y que consecuencias puede tener en la gestión de las visitas y en la organización de las actividades de la unidad.

Para abordar el estudio hemos buscado la conceptualización de los diferentes factores relacionados con el tema, que exponemos en las páginas siguientes.

2 MARCO TEORICO

2.1 *Medicina intensiva pediátrica*

2.1.1 Historia

Las actuales UCIs surgen a raíz de las grandes epidemias de poliomielitis en Estados Unidos y norte de Europa. En los años 50 se vio la necesidad de crear unas áreas de vigilancia permanente en algunos hospitales para mantener en observación y dar soporte respiratorio a este tipo de pacientes que requerían una atención constante y especializada.

Hace 30 años que se inició el desarrollo de unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIPs con su carácter especial destinado a la asistencia de los pacientes críticos pediátricos dentro de los departamentos o servicios de pediatría.

La primera UCI multidisciplinar médico quirúrgica que se inauguró fue en el Hospital del Valle Hebrón, a continuación se inauguraron en el Hospital de la Paz, en Madrid y la UCIP del Hospital de **Sant Joan de Dèu** y Hospital Clínico ambos en Barcelona. En este resurgir de las UCIP se abrieron consecutivamente en diferentes puntos de España como en el Hospital Santiago de Compostela, Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Hospital Clínico de Granada etc. Todas estas USIS fueron creadas dentro de hospitales en los que ya se disponían de unidades de pediatría o en otros exclusivamente pediátricos..

En la misma época también se crearon en Hospitales de nueva apertura como el Miguel Servet de Zaragoza, Hospital Cruces de Bilbao, Hospital La Fe de Valencia, Nuestra Señora del Pino en las Palmas, Virgen del Rocío en Sevilla....hasta un total de 43 UCIPs . Se destaca que están desigualmente repartidas y hay ciudades donde no hay ninguna.

El 25/10/1976 se crea la sección de Cuidados Intensivos Pediátricos dentro de la Asociación Española de Pediatría constituyendo un área específica de conocimientos de reconocido prestigio nacional e internacional.

Los intensivistas pediátricos (médicos y enfermeras) tenemos el derecho y la obligación de participar en la asistencia y la docencia del paciente pediátrico crítico, tanto en las unidades de los hospitales como en el transporte ínter hospitalario de críticos.

2.1.2 Definición de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Sant Joan de Dèu

El Hospital de San Juan de Dios (ese era su nombre con anterioridad) a partir de 1971 cambió su ubicación de la Diagonal a Esplugues y junto con el cambio físico también comenzaron otros cambios , entre ellos la necesidad de contar con una UCI preparada para el reto que supuso en ese momento pasar de un hospital especializado sobre todo en problemas de traumatología y con largas estancias ,a un hospital moderno con una Unidad de Neonatos, un servicio de Ginecología y Obstetricia además de todas las especialidades pediátricas.

.

En el inicio de Cuidados Intensivos la unidad disponía de un máximo de 10 camas,

En la actualidad disponemos de 14 y desde Noviembre del 2008 se dispone también de 4 camas de cuidados semicriticos. En unos 3 años se dispondrá de un total de 20 camas., ubicadas en boxes individuales, debido a la creación de una nueva unidad, que si bien se encontrará en el mismo edificio se localizará en otra planta.

Como en el resto de UCIs no solo se aumenta en número de camas y de pacientes, sobre todo el aumento mayor es en complejidad.

Durante los últimos años la cifra de ingresos anuales en la UCI de Sant Joan de Dèu(entidad donde hacemos nuestro estudio) se mantiene en alza estabilizándose alrededor de los 1000 ingresos, para situar la actividad

plasmaremos aquí algunos de los datos extraídos de la memoria de la Unidad en el año 2007.

Actividad durante el año 2007:

- ❖ 990 Ingresos
- ❖ 43 Exitus
- ❖ 82,5 Ingresos mensuales
- ❖ 2,7 Ingresos diarios
- ❖ 4004 Total estancias
- ❖ 78,3% Índice de ocupación
- ❖ 11 Traqueotomías
- ❖ 5 Trasplantes Renales
- ❖ 4 ECMO
- ❖ 7 Depuración Renal
- ❖ 15 Monitorizaciones de la PIC(Presión Intracraneal)
- ❖ 52 Alimentaciones Parenterales
- ❖ 364 Pacientes con Soporte Respiratorio
- ❖ 10 Donaciones de Órganos.

Hemos de tener en cuenta que en Noviembre 2007 se alcanza la cifra de 98 Ingresos mientras que en agosto 2007 es de 49.

Esta gran variabilidad está relacionada con el descenso en la actividad quirúrgica programada debido al periodo vacacional y también a las epidemias estacionales.

Referente a la edad se atienden pacientes entre 3 días y 18 años, en ocasiones se ha alcanzado hasta los 23 años

La procedencia de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos es actividad quirúrgica programada y/o urgente (intervenciones de todas las especialidades como son: cirugía cardiaca, escoliosis, neurocirugía malformaciones o tumores, cirugía general, maxilofacial,, otorrinolaringología...)

En cuanto a actividad no programada, (Apneas, tos ferina, sepsis, meningitis, cetoacidosis diabética, metabolopatías, ahogados , intoxicaciones y politraumatizados) también hay pacientes de hospitalización que por diferentes motivos precisan un ingreso en Cuidados Intensivos. Otra vía de ingreso proceden del servicio de Urgencias y algunos otros pacientes vienen derivados de otros hospitales.

2.1.3 Organización de las visitas

Como se recoge de la revisión bibliográfica consultada, la gestión y organización de las visitas de los familiares a las USIS pediátricas, es variopinta y con enfoques distintos que van desde horarios rígidos y estrictos a horarios más flexibles y adecuados a las necesidades de las familias.

En la UCIP del Hospital de Sant Joan de Dèu (hospital del estudio)

Los familiares disponen de 4 horarios de visita:

- De 7 a 7,30
- De 12 a 13 en días laborales y de 13 a 14 en sábados y festivos
- De 16 a 17
- De 20 a 21

En cada horario el niño puede recibir 4 visitas pero no permaneciendo dentro de la unidad más de 2 personas, sus padres o tutores deberán decidir que familiares son los que pasarán en cada visita , cuando el niño es adolescente muchas veces es él quién escoge las visitas. Se recomienda que no pasen niños si no son situaciones muy especiales, sobre todo pensando en el impacto que puede suponer para en el niño sano que viene de visita.

Hace unos años los horarios eran más restrictivos en tiempo y en el número de familiares que entraban en la unidad, en esa circunstancia y debido a los cambios que han aparecido en los núcleos familiares (separaciones, nuevas parejas...) cada vez era más común que el núcleo familiar del niño fuera altamente variado con respecto a las personas que lo cuidaban y compartían su vida,

Por tanto resultaba decidir quién tenía más derecho a ver al niño. El problema disminuyó mucho cuando en cada visita de 2 personas se permitió la entrada a 4 personas que podían visitar al paciente. En aquel momento supuso un gran avance, en la actualidad la practica diaria demuestra que es en muchas ocasiones es insuficiente.

Referente a la información médica, la hora habitual es la del mediodía aunque siempre que hay un cambio importante en la salud del paciente el médico informa a la familia del mismo.

Los padres o tutores recibirán información telefónica a cualquier hora del día o de la noche sin que exista ningún límite en el número de las llamadas e información Normalmente quién le dará información telefónica será la enfermera responsable de su hijo cuando se produce la llamada, en ocasiones también se la puede dar el médico dependiendo de la naturaleza de la información o de las posibilidades en ese momento de los profesionales de la unidad.

En algunas situaciones de accidentes de especial dramatismo o que hayan llegado a los medios de comunicación se establecen sistemas de seguridad a través de claves pactadas para asegurar la confidencialidad.

Cuando hay situaciones como el proceso de muerte, sea este esperado o no, no hay horario de visitas ni restricción del número de las mismas. La familia hace el acompañamiento el tiempo que cree necesario. Si la familia lo solicita se les facilita el servicio religioso requerido según las creencias del paciente

Como se comenta en la justificación de este estudio y por ese motivo, la UCIP del hospital de Sant Joan de Dèu se plantea un cambio en su estructura física que afecta tanto en el número de camas, de 14 que existen en este momento a 20 que existirán en el futuro, como cambios tecnológicos y de ubicación. Se plantea también disponer de un espacio adecuado para los familiares.

Todos los cambios planteados proporcionan una gran oportunidad para modificar también el sistema de trabajo y cambiar la organización interna de la unidad. .

Uno de los objetivos planteados es **la Integración de la familia en los cuidados del niño** comportando una integración de la misma en el funcionamiento de la unidad, y que redunde en el acompañamiento durante las 24 horas de los pacientes.

Indiscutiblemente el acompañamiento y cuidado del niño por parte de los padres conjuntamente con los profesionales supone una mejora en la calidad de la atención de los pacientes ingresados en una UCI pero plantea dudas al respecto. ¿Las familias estarán dispuestas a acompañar a los niños las 24 horas y dispondrán del tiempo para hacerlo? ¿Mejorará el conocimiento más exhaustivo, debido a esta integración continua del cuidado, las dificultades que se plantean cuando los niños son dados de alta? ¿Es conveniente o no que los padres estén presentes cuando se somete al paciente a procedimientos llamados agresivos? ¿Estarán los profesionales dispuestos a trabajar las 24 horas con presencia continua de familias dentro de la unidad y todo lo que ello comporta?

En la actualidad y sin ninguna duda lo que si podemos destacar es que existe una necesidad de adaptación a los tiempos y dejar de actuar como si el niño se convirtiera en propiedad privada de los profesionales mientras está ingresado en UCI.

2.2 *La Gestión: Conceptos básicos*

Se define como un proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otros individuos.

Es la capacidad de la institución para definir, alcanzar y evaluar sus propósitos, con el adecuado uso de los recursos disponibles.

La gestión como proceso

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión, los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso.

La gestión como disciplina

Clasificar la gestión como una disciplina implica que se trata de un cuerpo acumulado de conocimientos susceptibles de aprendizaje mediante el estudio. Así pues, la gestión es una asignatura con principios, conceptos y teorías.

La gestión y las personas

Si usted dice: «Esta compañía tiene un equipo de gestión totalmente nuevo» o «Éste es el mejor gestor con el que he tenido que trabajar hasta ahora», usted se está refiriendo a los individuos que guían, dirigen y, de este modo, gestionan organizaciones. La palabra gestión, usada en este sentido, se refiere a las personas (gestores) que tienen a su cargo el proceso de gestión. Los gestores son las personas que asumen la responsabilidad principal por la realización del trabajo en una organización.

La perspectiva de la gestión desde el punto de vista de las personas tiene otro significado adicional. Se refiere a la importancia de los empleados con los que el gestor trabaja y a los que dirige en el cumplimiento de los objetivos de la organización.

El proceso de gestión se considera integrado, por regla general, por las funciones de gestión básicas. En el proceso tradicional de gestión se identifican las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí mediante la función de liderar.

Planificar

La función de gestión en planificar, determina los objetivos de la organización y establece las estrategias adecuadas para el logro de dichos objetivos.

La planificación determina qué resultados ha de lograr la organización; la organización especifica cómo se lograrán los resultados planificados, y el control comprueba si se han logrado o no los resultados previstos

Las funciones de organizar, dirigir y controlar se derivan de la planificación en la medida en que estas funciones llevan a la práctica las decisiones de planificación

La estrategia es un concepto que proporciona dirección, sentido de unidad y propósito a la empresa. Viene a ser como un plan maestro integrador para la organización. La estrategia da origen a los planes que garantizan el cumplimiento de la calidad y de otros objetivos, se orienta al logro de una ventaja competitiva sostenible sobre los competidores y pretende conseguir el buen entendimiento entre el ambiente externo de la empresa y sus capacidades internas

Organizar

Una vez elaborados la estrategia, los objetivos y los planes para el logro de los objetivos, los gestores deberán diseñar y desarrollar una organización apta para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Así pues, la función de organizar consiste en la creación de una estructura de relaciones de trabajo y de autoridad que mejore y mantenga la calidad

Liderar

La función de liderar, llamada algunas veces función de dirección o de motivación, supone liderar influir en los miembros de la organización para que actúen de tal modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de productos y servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores.

La función de liderazgo centra directamente su atención en los empleados de la organización, ya que su propósito principal es canalizar la conducta humana hacia objetivos de la organización, como el del logro de una mejor calidad.

Controlar

La función de controlar la gestión requiere tres elementos:

- 1) normas definidas de rendimiento,
- 2) información que señale las desviaciones entre el rendimiento real y las normas definidas.
- 3) acción de corrección del rendimiento

La nueva gerencia en salud considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social, el caso de los nosocomios públicos, y económica para los hospitales privados. Bajo este enfoque la mercadotecnia en salud es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes, y que tiene a la calidad como meta.

Todo ello surge en ese entorno en el que cualquier organización, y el hospital no es una excepción, se encuentra necesitada de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la

vía de optimización de los recursos, y por la vía de la mejora de los procesos de gestión y producción.

En los últimos años hemos transitado del concepto de “Usuario” al de “Cliente”, lo que significa una mayor orientación de los servicios de salud a las necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales y los objetivos de la organización (Priego Álvarez, 1995). Sin embargo, hoy en día muchos todavía se cuestionan el porque hablar de la mercadotecnia en los hospitales públicos, donde se da la impresión de que las “fuerzas del mercado” intervienen poco, y donde parece que los directivos tienen que pensar más en como frenar la demanda que en conseguir clientes.

2.2.1 Gestión en las unidades de cuidados intensivos

La gestión comporta una buena utilización de los recursos en aras de obtener una mejor calidad y racionalización del uso, barajando los conceptos de efectividad y eficiencia, haciendo estudios de costes.

La estrategia se orienta a una planificación, organización y utilización eficiente de los recursos materiales y personales

La gestión de servicios sanitarios, parte de la idea de dar la mayor rentabilidad a los recursos disponibles; desde este punto de vista, las estrategias, se orientan a una planificación basada en la presupuestación, organización y utilización eficiente de los recursos materiales en las unidades de gasto de los servicios sanitarios.

En las unidades de cuidados intensivos, la utilización de una amplia variedad de artículos, aparataje y fármacos, hacen de éstas, unidades de gasto con una importante partida presupuestaria, y por tanto elementos diana, para el estudio de la eficacia de los planes de política sanitaria en materia de rentabilidad de los recursos.

El control de gestión debe de basarse en informes que permitan analizar la casuística, el funcionamiento, la calidad y el consumo de recursos de un periodo y compararlos con los de otros periodos, con los objetivos fijados o con otros hospitales. Para ello el conocimiento detallado de la propia actividad resulta de gran utilidad.

Las herramientas de gestión nos deben de permitir lograr una situación de Ventaja Competitiva (VC), que nos permita generar más valor que nuestros competidores El desarrollo de bases de datos completas y fiables que combinen información clínica y económica es uno de los requisitos imprescindibles para conocer los costes de la asistencia hospitalaria y asegurar la viabilidad económica de nuestro sistema sanitario.

Pero además estas bases de datos deben de facilitar la incentivación y motivación de los clínicos en la gestión eficiente de los recursos.

La orientación eficaz de la rentabilidad de los recursos comienza por una organización exhaustiva de los servicios sanitarios llevada a cabo con rigor analítico de las circunstancias y situaciones reales asistenciales que concurren en cada una de las unidades elementales de gasto:

A) Material fungible y aparatología control de stocks:

- sesiones de enfermería para la formación sobre conceptos de gestión, calidad y rentabilidad de la utilización de los recursos.

B) Farmacia:

- Planificación programa de control del gasto farmacéutico.
- Valoración del consumo farmacéutico
- Valoración del stock farmacéutico.
- Sesiones de enfermería para la formación en farmacología y rentabilidad de la administración de fármacos en UCI

C) Recursos Humanos

- Plantilla a de la unidad.
- Valoración cargas de enfermería de la unidad.
- Valoración del nivel de satisfacción del personal de la unidad
- Plan formativo

Conocer los costes anuales de almacén y estocaje, programar actividades de información y formación para el personal de la unidad en conceptos de gestión, reestabilización del material de uso asistencial, conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad manejo y conservación de medicamentos y valoración cuali-cuantitativa de las cantidades y especialidades farmacológicas que se utilizan

En la gestión también se debe tener muy en cuenta a la enfermería, refiriéndose a la organización y gestión de los recursos humanos, a las cargas de trabajo con la práctica asistencial de nuevas técnicas y novedosos diagnósticos y terapéuticos.

Las enfermeras demandan formación continuada y formación mas ampliada en habilidades sociales, el personal de enfermería también debe estar preparado en escuchar, comprender y responder la demanda del paciente.

La gestión de la UCI también debe considerar a la familia como núcleo de atención en estas unidades, proporcionando recursos para ello, relacionados con las necesidades del paciente, estrés y afrontamiento; vivencias de las familias y necesidades de relación familia/enfermera. Los pacientes/familia demandan información, atención personalizada, humanización y un sistema abierto de visitas.

2.3 . Actores

En este apartado se definen todos los actores que interaccionan en una unidad de cuidaos intensivos pediátrica para poder analizar las interacciones.

2.3.1 Ámbito profesional.-

En cualquier unidad de cuidados intensivos pediátrica convergen diferentes profesionales y familias, aquí se centran los actores de la unidad de estudio.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Sant Joan de Dèu la plantilla profesional esta formada por:

8 auxiliares de enfermería.

39 enfermeras (fijas y para cobertura de reducciones horarias. Puestos de trabajo 30)

1 Supervisora Adjunta

8 médicos intensivistas.

Además se cuenta con residentes, médicos de guardia, personal en prácticas tanto de enfermería como auxiliar. Se dispone también de 1 administrativa durante unas horas en el turno de mañana y de 1 limpiadora que pertenece a la plantilla del hospital en horario de mañana en el resto de horario y según necesidad se solicita una mujer de limpieza a la empresa externa contratada.

Las enfermeras y auxiliares están repartidas en turnos de mañana y tarde de 7 horas , siendo 10 horas los turnos de noche. Se dispone también de un pull de personal fijo para la cobertura de festivos (turnos canguro) planificados en turnos rotatorios de 4 meses entre la mañana y la tarde y equipo de complemento para las incidencias.

Además de la plantilla específica de la unidad, se interactúa de forma constante con distintos médicos especialistas y otros profesionales no solo relacionados con la salud sino también con servicios de soporte. (farmacia, almacén, cocina, biberonería, trabajo social, voluntariado y mediadoras intercultural)

.

2.3.2 El Paciente

El ingreso de un niño en una unidad de cuidados intensivos al margen de que sea programado y de que la familia haya tenido tiempo de hacerse a la idea, acostumbra a ser muy estresante tanto para el niño como para el resto de la familia. La atención a los otros hijos, el trabajo que hay que dejar, la incertidumbre por la resolución del problema de salud de su hijo enfermo son todos factores que sumados hacen que esta familia muchas veces no esté en las mejores condiciones para ayudar a este niño a asimilar su ingreso, su intervención y sus miedos al dolor y a la separación de los padres teniendo que quedarse al cuidado de desconocidos

2.3.3 Ámbito familiar.

Cuando un niño ingresa en un hospital, toda la familia resulta afectada. Al facilitar atención, los enfermeros, médicos y las personas que cuidan del niño deben

Considerar la repercusión del ingreso del niño sobre todos los miembros de la familia. La "Atención centrada en la familia" se ha desarrollado como una manera de atender a los niños hospitalizados. ACF significa que durante un ingreso hospitalario, la atención es planificada por el personal sanitario a cargo de la familia entera, no sólo el niño. Sin embargo, con la manera en que las estructuras familiares están cambiando en la sociedad, se cuestiona cómo ofrecer una mejor atención. Para asegurarse de que los niños se atiendan de manera que se reduzcan al mínimo los traumas emocionales y se ayude a la recuperación, es importante medir tales maneras de ofrecer atención para analizar su eficacia.

2.4 *Interacciones niño-familia-entorno*

2.4.1 Definición de familia

Según expone Claude Lévi-Strauss, la familia encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos. En oposición a este enfoque, Radhika Coomaraswamy defiende que "no se debería definir la familia mediante una construcción formalista, nuclear, la de marido, mujer e hijos. La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas".

Para la sociología, una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco. Los lazos principales son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como

el matrimonio —que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia—, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

2.4.2 Definición de tutor

Se entiende como tutor al representante legal del menor o incapacitado en el ejercicio de las funciones de tutela, pudiendo ser, según cada legislación, una persona física o una persona jurídica. En algunas legislaciones se permite que existan dos o más tutores, cuando lo aconseja que uno de ellos gestione la tutoría de la persona y otro la del patrimonio.

La capacidad legal para ser tutor se concede a todos los mayores de edad, con plena capacidad para el ejercicio de los derechos civiles y que no incurran en causas de incapacidad.

2.4.3 La familia de pacientes ingresados en una UCI

En la última década se está produciendo un cambio en la manera de concebir la atención a los familiares del paciente crítico. De considerarlos fuente de problemas ahora se consideran candidatos a recibir cuidados enfermeros y a participar de las dinámicas de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Esto desafía la estructura cerrada tradicional de estas unidades y, en muchas ocasiones, experiencias que promovían el cambio han generado fuertes debates dentro de la UCI: entre los profesionales a favor y los profesionales en contra o temerosos del cambio.

En España se está produciendo un cambio en la manera en que los profesionales de las unidades de cuidados intensivos (UCI) conciben y cuidan a los familiares del paciente crítico. Este cambio, que lideran los

profesionales de enfermería de cuidados críticos, apunta en tres direcciones complementarias:

- ❖ participación de los familiares en el cuidado y en la toma de decisiones
- ❖ transformación del entorno de la UCI para dar acogida al familiar
- ❖ desarrollo de guías de práctica clínica para dar soporte y cuidados estructurados a los familiares.

Son tendencias que desafían la estructura tradicional de las UCI que, hasta la fecha, han sido conformadas como unidades cerradas que utilizan la tecnología para mantener la vida.

A la vez que un desafío, la atención a los familiares del paciente crítico es una necesidad y una actitud comprometida con la ética del cuidado. Considero que el cuidado al paciente crítico es incompleto si no se aborda la cuestión del sufrimiento en los familiares. Éste tiene múltiples facetas: incertidumbre, ansiedad, afectación de los procesos familiares, duelo, impotencia, soledad. El sistema de salud, que por lo general se construye más en torno a los profesionales que a los usuarios (Holmes y Gastaldo 2002), no suele dar respuesta a los problemas que no tienen un perfil médico y éste es uno de ellos. Los familiares no sólo son elementos terapéuticos útiles, sino que, sobre todo, son sujetos de cuidado y usuarios también del sistema de salud.

Este cambio es un proceso complejo. La inclusión de los familiares en las dinámicas de la unidad, como soporte a los pacientes y como sujetos de cuidado, no es una tarea más. Implica un cambio en la filosofía que da forma a la UCI (Torres y Morales 2004): habrá que buscar la evidencia que nos permita proporcionar los mejores cuidados a los familiares, pero también buscar la manera de cambiar los procesos sociales que rigen las relaciones desiguales entre profesionales y usuarios.

Un análisis muy reciente de la literatura científica sobre familiares del paciente crítico producida en la última década¹ muestra una realidad tremendamente positiva: por una parte, que se está generando el cambio en los profesionales de enfermería para incorporar a su trabajo diario el cuidado de los familiares, y por otra que hay gran cantidad de investigadores trabajando sobre el tema. El cuidado a los familiares no es la inquietud de un profesional aislado, sino la de muchos que tratan de modificar el entorno agresivo de sus unidades. De hecho, en una investigación anterior, detectamos que los enfermeros indican con vehemencia que desean cambiar la falta de atención actual a los familiares y participar en los procesos de información y toma de decisiones (Zaforteza et al 2004), y también actuar como elementos para el *counseling* en la unidad (Zaforteza et al 2003).

En el contexto nacional español se están desarrollando ideas similares en entornos diferentes. Se está trabajando sobre el cambio en la práctica enfermera hacia los familiares, sobre la inclusión de los familiares en las dinámicas de la UCI y la flexibilización del régimen de visitas o sobre los procesos de información a familiares. Los ejemplos (hay más que estos) que presentaré a continuación dan una idea de la dispersión geográfica de esta inquietud hacia los familiares.

En la UCI del Hospital de Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), Delgado ha desarrollado una investigación, en el seno de una beca FIS, única y muy innovadora en España, para la modificación de la práctica enfermera hacia los familiares (Delgado et al 2001). Este es un trabajo que parte de la idea de que el primer paso para cambiar una práctica, incorporada a la rutina y al pensamiento, es la toma de conciencia de que existen otras alternativas más útiles y más respetuosas con la integridad del ser humano. Para ello, utiliza la metodología de la investigación-acción participativa para promover la reflexión entre las enfermeras de la citada unidad sobre su práctica diaria y las normas restrictivas hacia los familiares dentro de su unidad. Esta

reflexión condujo, en las enfermeras que participaron, a modificar su filosofía sobre los cuidados hacia una concepción menos técnica y más holística.

En el entorno andaluz, Torres y Morales (2004) han producido uno de los trabajos más avanzados y sensibles acerca de los familiares: apuestan por su integración en las dinámicas de la unidad y por la participación del ciudadano en la creación de recomendaciones clínicas. Mediante la técnica de consenso construyen un conjunto de recomendaciones para guiar la integración de los familiares en los cuidados del paciente crítico.

En esta línea se sitúa el trabajo del equipo del Hospital Universitario Virgen de Valme en Sevilla (Rodríguez et al 2003), que concluye que la participación de los familiares reduce de forma considerable la ansiedad que experimentan.

La integración de los familiares en la dinámica de cuidados tiene mucho que ver con la cuestión del régimen de visitas en UCI y su flexibilización. Éste es un tema candente que interesa de norte a sur. En el Hospital Costa del Sol en Málaga, Velasco lleva varios años explorando la cuestión (Velasco 2002, 2003 y Velasco et al 2002, 2005): describe de qué manera el régimen restrictivo de visitas se aleja de las últimas recomendaciones, a saber, flexibilización, información multidisciplinar e incorporación de los familiares al cuidado.

En el Hospital de Txagorritxu de Vitoria, Díaz de Durana y colaboradores (2004) reconocen que es importante la opinión de todos los implicados en la visita, incluidos los familiares, para su diseño, y su estudio revela un dato muy positivo: los enfermeros son los más predispuestos a flexibilizar e individualizar el proceso de visita según las necesidades del usuario.

La información en la unidad es otro de los temas prioritarios. En Navarra, es conocido el trabajo desarrollado por Zazpe y colaboradores (Zazpe 1996,

Zazpe et al 1997), que han insistido en la importancia de afrontar las necesidades de los familiares y de proporcionarles información como forma de controlar su ansiedad.

La línea de la información también la trabajan Bernat, Tejedor y Sanchís (2000) en el Hospital General de Castellón: reconocen la necesidad de establecer protocolos para facilitar la comunicación de los enfermeros con los familiares.

En Baleares, con un proyecto que explora las relaciones entre los enfermeros y los familiares del paciente de UCI, hemos trabajado precisamente sobre los factores que condicionan los procesos de información a los familiares (Zaforteza et al 2005). Los hallazgos más potentes apuntan a que los enfermeros consideran que el médico es el “dueño” de la información y por tanto se inhiben del contacto con los familiares a fin evitar caer en contradicciones con la información que éste proporciona. También hemos hallado que esta tensión se está empezando a superar, puesto que los enfermeros comienzan a romper esta norma tácita y a participar en el proceso de la información.

Otra de las transformaciones que están en marcha tiene mucho que ver con el tema del *counseling*. Se transforma el concepto que los enfermeros tienen de la familia y, de considerarlos sujetos problemáticos, se les empieza a considerar sujetos de cuidado. Es cierto que aún se les considera sujetos de cuidado de manera muy primitiva, pero es visible una preocupación creciente por ellos. Sabemos qué les ocurre² pero no todavía cómo abordarlo.

En el contexto internacional el cambio es visible también en tanto, por vez primera, aparece la actividad de apoyo a los familiares como uno de los ítems a valorar en un instrumento de medición del esfuerzo asistencial en UCI. Este instrumento es el NAS (Nursing Activity Score) (Reis et al 2003), desarrollado por FRICE.

También es alentador constatar que se están produciendo guías de práctica clínica de gran calidad para el apoyo a los familiares de pacientes que atraviesan por acontecimientos vitales que desafían su capacidad de afrontamiento.

En concreto, la guía de la Registered Nurses Association of Ontario, Canadá (RNAO 2002), entre sus reflexiones incorpora algunas que se articulan muy bien con la situación que atravesamos en España respecto a los familiares del paciente crítico.

Por una parte, al igual que Torres y Morales (2004), recalca que la atención a los familiares no es una actividad aislada que se pueda incorporar a la asistencia como quien incorpora una rutina de cambio de apósito; requiere incorporar valores, recursos, información, política, etc. Por otra, que el cuidado a los familiares no es una prioridad dentro del sistema de salud, por lo que se deben implementar estrategias de concienciación.

Plantea que la cuestión del cuidado a los familiares está altamente mediatizado por creencias, valores, relaciones sociales y visiones-mundo y que la experiencia, el consenso de expertos y los estudios cualitativos constituyen fuentes de información tan valiosas como los ensayos clínicos aleatorios (ECA) y los meta-análisis. Esta cuestión la analizan también desde una perspectiva teórica Rycroft-Malone et al (2004) que aportan la idea de que la relación con el usuario es central en la práctica clínica enfermera, por lo que esta relación complementa el papel de la evidencia científica clásica en la provisión de cuidados. Apuestan por una definición más amplia de evidencia clínica que incluya fuentes de información como las mencionadas anteriormente.

Este trabajo implica una serie de líneas. En primer lugar la concienciación de los profesionales de enfermería acerca del cambio en la atención al familiar hacia modelos más inclusivos: formación sobre necesidades de los familiares, *empowerment* a través de la participación y la reflexión de los enfermeros en torno a las estrategias de cuidado a los familiares (Delgado

2001), uso de las metodologías de consenso (Torres y Morales 2004) que además incorporan la voz del ciudadano al cuidado de la salud.

En tercer lugar desarrollar y difundir guías de práctica clínica para proveer el mejor cuidado posible a los familiares y para establecer indicadores de calidad de asistencia que incluyan resultados sobre los familiares. La guía de la RNAO (2002) es un buen ejemplo de cuidado riguroso y sistemático y de evaluación de intervenciones encaminadas a dar soporte a familiares que vean fuertemente desafiada su capacidad de afrontamiento ante una situación de salud.

En cuarto lugar, establecer espacios para trabajo en equipo multidisciplinar. En este punto, la cuestión de la información se coloca en primera línea. Propongo crear dinámicas y espacios para que médicos y enfermeros compartan información y conozcan qué información han recibido familiares y pacientes. Que no exista un espacio de tiempo en la rutina diaria para intercambiar información y tomar decisiones conjuntas ha conducido en el pasado a que los enfermeros (y los usuarios) se vean apartados de los flujos de información y de los procesos de toma de decisiones (Bunch 2000).

Pienso que los profesionales de enfermería somos piezas clave para proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de la UCI sobre familiares y pacientes y que les ayude a transitar por esta experiencia apabullante. Conocemos también información sobre la integridad del paciente que nos compete directamente y que, por lo tanto debemos gestionar: cómo descansa el paciente, cómo tiene la piel, qué progresos tiene con respecto a su movilidad, etc. Habrá que diseñar procesos para proporcionar información a los familiares de manera eficaz.

La información nos lleva a otro tema: lo extenuante que le resulta a muchos enfermeros el contacto con los familiares ansiosos (Hardicre 2003). Este es un gran hándicap para flexibilizar la visita dentro de las unidades o para ir más allá y abrirlas, porque implica una tendencia a dejar al familiar fuera y a

desarrollar una relación distante con el fin de protegerse uno mismo frente a la ansiedad (Zaforteza et al 2003). El reto es claro, la solución es lógica: es necesario formar a los enfermeros en habilidades que les permitan comunicarse con fluidez en situaciones de estrés emocional, a la vez que se protegen a sí mismos del dolor de los familiares.

La AACN (asociación americana de enfermeras de cuidados intensivos) publicó una guía de referencia para el trato a la familia titulada "Family Visitation & Partnership in the Critical Care Unit" (13), que revisa los resultados de numerosas investigaciones y las maneras en que se integran en la práctica clínica. Esta guía se basa en la mejor evidencia disponible para realizar una serie de recomendaciones y propone soluciones potenciales a los problemas posibles.

Se recomienda un cambio progresivo hacia una política de visitas más flexible cuyo objetivo sea la tendencia a la individualización considerando las preferencias del paciente y de la familia.

El cambio no debe ser únicamente de política sino también de cultura. Las políticas de visitas deben convertirse en guías de práctica clínica de atención a los familiares incorporando sus necesidades en los planes de cuidados.

Recientemente Henneman (14) recopila una serie de sugerencias para facilitar lo que denominan "Family-Centered Critical Care". Diez pasos para tomar conciencia y aplicar en la práctica las recomendaciones de soporte familiar que minimizarían esa ansiedad descrita por otros autores y desatendida por la mayoría de nosotros. Plantearse mejoras en la atención a los familiares asusta. Equivocadamente se relaciona esta mejora con pérdida de poder, con una completa liberalización de las visitas y con un abandono del status actual. Cuando se pregunta a los familiares directamente, perciben como algo importante las limitaciones en las visitas en UCI proporcionando tiempo y condiciones adecuadas para proporcionar

los mejores cuidados posibles. Demandan más y mejor información, garantías de seguridad, proximidad, accesibilidad en un ambiente hostil.

2.5 Calidad asistencial y atención al usuario

2.5.1 La Calidad: Conceptos básicos

La definición de gestión implica el término calidad. La palabra calidad ha desencadenado una larga serie de definiciones, por lo que resulta difícil elegir una sola entre ellas. No parece existir una definición específica que pueda calificarse como la más correcta o la mejor.

Calidad es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas implícitas.

Atención de calidad es el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes. (Fundación Avedis Donavedian (FAD) 1980)

La calidad significa el cumplimiento de los estándares y el hacerlo bien desde la primera vez. La calidad ha de ser un objetivo de alta prioridad en la planificación

La calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos por los que fue creado (Normativa ISO)

A priori, cabría pensar que el concepto de calidad tiene que ir implícito cuando hablamos de sanidad. Es lógico pensar que al ponernos enfermos la asistencia

que debemos recibir ha de ser impecable, pero la calidad como concepto es algo más, es un cambio de mentalidad (es una actitud de todos los que de alguna forma están relacionados con la Sanidad).

En los años sesenta, el factor fundamental que predominó en la sanidad fue lograr su expansión, en definitiva la universalización de la sanidad. Después, en la década de los ochenta, vino la contención del coste, y la de los noventa está caracterizada por la introducción de la calidad sanitaria como objetivo a alcanzar.

Lógicamente, también es verdad que la sanidad tiene un coste, y éste es limitado, luego Creemos que hay que dejar claro que, así como una vida no tiene precio, todos tenemos que ser conscientes de que los recursos, la capacidad de expansión, etc., tienen un límite, y ese límite será puesto en las sociedades democráticas por lo que emana el Parlamento.

Si consultamos el diccionario de la Real Academia Española, vemos que se entiende por calidad a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten: apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de la misma especie.

Esta definición es válida y nos sirve para reflexionar sobre el tema que nos ocupa, pues incluye un componente de subjetividad (apreciarla como) y un concepto gradual (igual, mejor o peor), y para obtenerla obliga a participar en la realidad de la competencia. Este concepto, llevado a la calidad sanitaria, podría convertirse en: provisión de servicios asequibles y equitativos de un nivel profesional óptimo, con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr, en última instancia, la adhesión y satisfacción del usuario. A todo ello añadimos que tiene que estar regulado por conceptos bioéticos y sometido al marco médico-legal, porque puede haber calidad sin ética y ética sin calidad.

2.5.2 Dimensiones de la calidad

Las dimensiones de la calidad son:

- Efectividad

- Eficacia
- Eficiencia
- Equidad
- Accesibilidad
- Adecuación
- Aceptabilidad
- Competencia profesional
- Satisfacción
- Seguridad
- Respeto
- Puntualidad

2.5.3 Satisfacción de los usuarios

La satisfacción es la evaluación de la calidad percibida. La satisfacción es una valoración emotiva de la práctica asistencial y la percepción es una observación de la realidad.

Dimensiones de la satisfacción:

- Trato (relación, confidencialidad, intimidad)
- Información
- Competencia profesional/confianza
- Organización
- Confort
- Accesibilidad
- Continuidad con otros niveles asistenciales
- Soporte psicosocial (soporte personal/ involucración de la familia)

Condicionantes de la satisfacción:

- **Accesibilidad**

- **Percepción de la organización**
- Duración del tratamiento
- Continuidad de la asistencia
- Percepción de la competencia del equipo asistencial
- Claridad y amplitud de la información
- **Posibilidad de participar en las decisiones**
- Aceptación de la enfermedad
- Edad
- Expectativa del paciente

2.6 *Ética en las unidades de cuidados intensivos*

2.6.1 Definición ética y bioética

Dos hechos han contribuido de forma especial a definir el momento actual de la Medicina: el progreso científico y el acceso de la sociedad a un nuevo marco de valores¹.

El progreso científico ha permitido que la Medicina haya cambiado en los últimos 10 años más que en los 10 siglos anteriores. Los nuevos medios de diagnóstico y tratamiento permiten resolver situaciones insospechadas¹. Paralelamente, la sociedad ha alcanzado (en muchos casos) un nuevo marco de valores: el respeto a la dignidad de la persona humana, eliminación de desigualdad por credo, raza, o posición social; todo esto junto a la libertad de conciencia y pluralidades ha conducido al reconocimiento de las autonomías de las personas, el derecho a participar en las decisiones que a cada uno le concierne; quebrándose la tradicional relación médico/paciente.

A lo largo de más de dos milenios predominó el principio benéfico del pensamiento hipocrático:

*“Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis esfuerzos y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño. No administraré a nadie un fármaco mortal aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de este tipo...”*²

La ética (conocimiento organizado de la moral) surge con Sócrates según Aristóteles, lo que es confirmado por Séneca quien señala que Sócrates definió que “la sabiduría suprema es distinguir los bienes de los males”. Aldo Leopold (1933) escribió en el *Journal of Forestry* un artículo titulado “Ética de la conservación” y por ello se considera el precursor de la Bioética³.

Antes de la década de los años 70 del siglo XX la relación médico-paciente ha sido tradicionalmente paternalista y absolutista⁴.

Ocurre en la segunda mitad del siglo XX un explosivo crecimiento científico y tecnológico que beneficia a los pacientes más graves con el surgimiento de las

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pero se plantean entonces problemas en otros aspectos como la relación médico-paciente.

En estas áreas críticas se tiende a la despersonalización del paciente entre otras cosas por el corto tiempo de convivencia; el paciente y sus familiares tienden a creer más en las técnicas y en los equipos, que en el conocimiento diagnóstico o terapéutico. Así mismo al prolongar la vida en forma intervencionista (apoyo ventilatorio, hemodinámico, nutricional, etc.) se plantean entonces situaciones no conocidas hasta entonces.

Nos damos cuenta de que los pacientes no presentan sólo problemas biológicos sino también éticos, en la irrupción del paciente en la problemática moral del acto médico, el enfermo se transforma de objeto de deberes en sujeto de derechos. Por vez primera se comienza a pensar no sólo en la biología sino en la biografía del paciente.

A partir de 1970, los enfermos empezaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables que no quieren establecer con sus médicos relaciones de padres a hijos, sino como la de personas adultas que mutuamente se necesitan y respetan⁶.

En 1971 Van Rensselaer Potter, oncólogo y profesor de la Universidad de Wisconsin introdujo por vez primera el término BIOÉTICA en su obra "*Bioética: un puente al futuro*" y señalaba que la denominaba de este modo para enfatizar los dos más importantes ingredientes: el conocimiento biológico y los valores humanos⁷.

La Bioética demanda que la valoración estrictamente técnica de los "hechos" científicos sea complementada con la estimación de los "valores" acompañantes públicos e individuales (humanos, autonómicos, sociales,

etc.) o sea, que para el intensivista será la sustitución de la mentalidad tecnológica de limitarse a optimizar cada parámetro tecnológico alterado por otra actitud más racional dirigida al logro de los objetivos de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva⁸:

- ❖ Mantener una vida de calidad.
- ❖ Aliviar el sufrimiento.
- ❖ Evitar riesgos al paciente.
- ❖ Restaurar la salud.
- ❖ Respetar los derechos de los pacientes.

2.6.2 Principios éticos

Deontológicamente la Bioética se fundamenta en cuatro principios “prima facie” lo que significa que deben ser respetados cuando no existen conflictos entre ellos:

- **BENEFICIENCIA**
- **AUTONOMIA**
- **JUSTICIA**
- **NO MALEFICIENCIA**

BENEFICIENCIA

La beneficencia implica tres conceptos:

- ❖ Procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la Medicina.
- ❖ La definición del bien como abstracción
- ❖ La advertencia de prevenir el mal innecesario⁵.

La ciencia sin conciencia puede ser quizás más peligrosa que la conciencia sin ciencia. La beneficencia supone la obligación de balancear el daño que se va a infligir y los beneficios que se van a recibir.

AUTONOMÍA

La autonomía significa:

- ❖ Tener la libertad de elegir.
- ❖ Tener la capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinado hecho.
- ❖ Poder asumir la responsabilidad de sus propios actos.

Este principio ha sido generado en medios jurídicos e implica la capacidad de comprender las situaciones propias y de perseguir objetivos personales sin estar dominados por coacciones. Este principio no es aplicable a todos los enfermos, pues como ocurre en Terapia Intensiva, algunos pueden estar incapacitados o incompetentes, en cuyo caso será representado por un tutor o familiar. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones.

JUSTICIA

La justicia se define como la igualdad en las prestaciones asistenciales. En la UCI se traduce en que todos los pacientes críticos deben tener iguales oportunidades, tratando de conseguir el mejor resultado con el menor costo económico, humano y social⁸.

NO MALEFICENCIA

Sólo se debe tratar con aquello que este indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causarán daño físico ni psíquico⁸

2.6.3 Limitaciones terapéuticas y dilemas éticos en las unidades de cuidados intensivos

El personal que trabaja con enfermos críticos está preparado para luchar y conseguir el restablecimiento en la salud de los pacientes que tienen asignados a su cargo pero en ocasiones eso no es posible, cuando eso ocurre hay un gran sentimiento de fracaso e impotencia.

Hay momentos en que el paciente si está consciente (cuando es considerado adolescente maduro), su familia y los profesionales que le atienden deben plantearse la idoneidad de mantener tratamientos que no solo no están curando al paciente sino que están prolongando su sufrimiento y que en ningún caso van a conseguir sacar adelante a este paciente con una calidad de vida aceptable.

Cuando se plantea esa situación hay que tener en cuenta muchas cosas ¿Qué dice la ley? ¿Qué dice la familia? ¿Qué dice el paciente si está en condiciones de preguntarle? ¿Qué dicen todos los profesionales que atienden a este paciente? ¿Qué aconseja la ética?

Después de recoger todas las opiniones y de haber sopesado la situación continúa siendo una fuente de conflictos en las unidades de cuidados intensivos la toma de decisiones en relación a las limitaciones terapéuticas. Al hablar de limitaciones terapéuticas nos referimos tanto a retirar un tratamiento ya instaurado como ha no iniciar uno que se considere desproporcionado o a no efectuar medidas de reanimación “Se analiza que va a redundar en beneficio del paciente y que no, admitiendo que el mantenimiento de la vida a ultranza puede no ser lo mejor para un niño enfermo y no obstinarnos en una aplicación inmisericorde de la técnica. El médico no puede concentrarse únicamente en las posibilidades técnicas de las que teóricamente puede beneficiarse el enfermo”.

2.7 *Derechos del niño.*

La convención sobre los Derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York el 20 de noviembre de 1989, fue incorporada a la Constitución Nacional, y constituye un logro de trascendental importancia para los niños y adolescentes de nuestro país.

La Ley 23.849 promulgada el 16 de octubre de 1990, consta de cincuenta y cuatro artículos, en los que también se incluyen los derechos del niño enfermo.

Dicha Convención reconoce, entre sus antecedentes históricos, la primera declaración oficial destinada a proteger los derechos del niño, redactada en 1923, luego de la Primera Guerra Mundial. En 1959, la Organización de las Naciones Unidas proclama en Ginebra los diez derechos fundamentales del niño hospitalizado, enfatizando que su falta de madurez física e intelectual hace imprescindible la necesidad de un cuidado adecuado y especial para él.

En 1986, se redacta la **Carta Europea de los niños hospitalizados**, enumerando los derechos especiales que tienen que tienen cuando por alguna causa deben ser internados.

2.7.1 Declaración de los Derechos del Niño

La Asamblea General,

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

Principio 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes

2.7.2 Carta Europea de los derechos de los Niños Hospitalizados

Derechos de los niños Hospitalizados

1. A la vida, sin ningún tipo de discriminación.
2. A recibir asistencia, cada vez que lo necesite, sin discriminación por cobertura social
3. A no sufrir hospitalizaciones evitables o innecesariamente prolongadas.
- 4. A permanecer junto a su madre desde el momento del nacimiento.**
- 5. A estar en compañía de alguno de sus padres durante la internación.**
- 6. A ser amamantado por su madre sin restricciones.**
7. A que se calme su dolor.
- 8. A que sus padres participen activa e informadamente en sus cuidados.**
9. A ser considerado sujeto de derecho y ser humano íntegro en todos sus aspectos
- 10. A recibir explicación de los cuidados que se le van a dar.**
11. A recibir apoyo espiritual y religiosos de acuerdo a la práctica de su familia.
12. A mantener su escolaridad y disfrutar de recreación.
13. A no ser objeto de pruebas o ensayos clínicos sin consentimiento informado de sus padres.
14. A protección ante situaciones traumáticas evitables derivadas de prácticas administrativas u organizativas inadecuadas.
15. A recibir todos los cuidados y recursos terapéuticos disponibles que permitan su curación o rehabilitación.
- 16. A tener información sobre el pronóstico de su enfermedad.**
- 17. A la muerte digna, en compañía de su familia.**

18. A la confidencialidad de los datos recogidos verbalmente o registrados en su historia clínica.

19. A ser respetado por los medios masivos de comunicación.

20. A disfrutar de los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución de la Nación desde 1994.

En negrita se subrayan aquellos derechos vinculados directamente con el estudio que se plantea

2.7.3 Filosofía de los hospitales pediátricos: Hospital Amigo



Actualmente en el Hospital Sant Joan de Dèu de Espulgues (Barcelona) se ha creado una serie de asociaciones, actividades etc. Relaciones por y para el NIÑO ENFERMO como son:

La filosofía del hospital amigo compagina la innovación con valores como la solidaridad y la hospitalidad y eso redundo en crear un área que permite acoger en las mejores condiciones a los niños y sus familias

Esta área esta formada por diferentes servicios que favorecen el afrontamiento positivo de la situación y la normalización de la vida en el hospital , además de ayudar a los pacientes a entender y vivir la experiencia hospitalaria de la mejor manera posible.

El programa DIVER forma parte de la filosofía del hospital amigo, esta liderado y conducido por una enfermera psicóloga que utiliza técnicas de juego terapéutico y de expresión, con la finalidad de reducir la ansiedad y prepara psicológicamente al paciente para todo el proceso hospitalario y acelerar la recuperación. y para ayudar a los niños y a adolescentes ingresados a vivir más positivamente la experiencia de la hospitalización.

Se dan explicaciones adaptadas a la edad y condiciones del paciente, se utilizan distintas técnicas para facilitar la expresión de sentimientos, se ofrece soporte durante la hospitalización y se brindan soluciones para afrontar y evitar el aburrimiento que en algunos momentos puede ocasionar el ingreso hospitalario.

Se dispone de una planificación de actividades tanto para niños y padres como son:

- ❖ Taller de muñecos: Operar, pinchar sondar. Recomendado para niños/as de 3 a 9 años,
- ❖ Cada día a las 20,35 h a través de el hilo musical se ofrece la posibilidad de oír un cuento para ir a dormir
- ❖ Café DIVER: Este espacio esta orientado a los padres que desean compartir sus experiencias y conocer a otras familias del hospital. con otros
- ❖ Visita a la UCI para aquellos pacientes programados de intervención quirúrgica y que esta prevista su ingreso en esta unidad.

Esta visita tiene como principal objetivo, que los pacientes y sus familias conozcan el entorno que les acogerá después de la intervención, se familiaricen con lo que verán y con lo que oirán y conozcan a los profesionales que les atenderán durante su ingreso.,

El Hospital cuenta también con una escuela, es un espacio normalizador, calido y acogedor que pretende no solo que el paciente no pierda sus hábitos de estudio y su curso escolar, sino proporcionarle ayuda para normalizar su vida cotidiana.

2.8 **EL HUMANISMO**

El humanismo es una corriente educativa, filosófica, artística e intelectual europea estrechamente ligada al Renacimiento cuyo origen se sitúa en el siglo XIV en la península Itálica. A finales del siglo XVI se fue transformando y diversificando a merced de los cambios espirituales provocados por la evolución social e ideológica de Europa, fundamentalmente por los principios propugnados por las Reformas (luterana, calvinista, etc.), la Contrarreforma católica, la Ilustración y la Revolución francesa del siglo XVIII.

Actualmente el término *humanismo* se utiliza comúnmente para indicar toda tendencia de pensamiento que afirme la centralidad, el valor, la dignidad del ser humano, o que muestre una preocupación o interés primario por la vida y la posición del ser humano en el mundo.

2.8.1 Paradigma humanista en enfermería

La expresión humanista significa lo que el término griego filantropía, amor hacia nuestros semejantes.

Los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos incluido el de gozar del bienestar, la paz, el progreso y el respeto mutuo para la convivencia, siendo en este marco donde la enfermería se nutre para mantener la humanización en sus actuaciones.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, no contemplando el conocimiento científico de la profesión; la atención de las enfermeras de esta época se centraba en la adquisición de conocimientos técnicos que

habían sido delegados.

La enfermería, hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las

necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo sometido a cambios constantes.

Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología. De esta forma, el enfermero se caracteriza por poseer una sólida formación teórica y práctica que le permite un desempeño altamente cualificado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora. El enfermero, hoy, se integra activamente y coordina las tareas del equipo de salud, desde su calificación técnica, su capacidad reflexiva, así como una forma de relación personalizada, sustentada por la reflexión, la metodología y un humanismo integral.

Las enfermeras(os) tienen que manejar la conducta de los individuos y los grupos en situaciones potencialmente de stress, que tienen que ver con su salud, la enfermedad y las crisis, y ayudan a que la gente se enfrente a cambios en sus actividades diarias.

La lucha del ser humano contra el ambiente hostil que le rodea ha sido representada en cada cultura por unas formas específicas de organización social. La magia, la religión, la filosofía, la ciencia y últimamente la tecnología, han sido a lo largo de la historia los medios que la persona ha utilizado para entender y explicar las derrotas que el ambiente le infligía y para superarlas. De este modo la enfermedad puede ser desde un castigo divino a una desviación social. Los estudios sociológicos se han planteado multitud de veces la importancia de los factores socioculturales en el desarrollo de la enfermedad.

De una práctica curativa que integraba al enfermo en la sociedad y que explicaba las causas de sus problemas en términos socioculturales, se ha pasado a una medicina occidental y científica que ha separado el proceso de enfermar de la sociedad y al enfermo de la comunidad.

Según Platón son tres los valores de la vida humanística: la verdad, la bondad y la belleza, visión observada en todas las ramas del saber humano —las

profesiones relacionadas con la salud no han sido la excepción— la doctrina humanística es un requisito esencial en la atención al hombre en una de las fases críticas de la vida: la enfermedad que destaca las exigencias contemporáneas del bienestar humano en el que tienen gran importancia las condiciones de salud individual, familiar y social, como derecho ciudadano.

Según Graciela Arroyo, los cuidados integrales de enfermería, proporcionados

como actos de calidad humana y de gran responsabilidad profesional, deben constituir uno de los valores que enriquezcan la atención al individuo, en los momentos difíciles que afecten su salud, su bienestar y su vida. La calidad de las acciones se conocen en el actuar, por eso es muy importante cuidar el comportamiento y sentimiento humanístico en la práctica, incluyendo afabilidad y cortesía en el trato, disposición para facilitar la comunicación con quienes requieren atención, amabilidad en la respuesta, en términos generales el genuino interés para ofrecer el mejor cuidado a quienes lo necesiten.

3 MARCO APLICADO

3.1 *Diseño del estudio*

Metodología: Estudio descriptivo, estudio de casos que se realizará en la UCIP del Hospital de Sant Joan de Déu

El estudio analizará la opinión de todos los implicados ante la propuesta de entrada libre de padres y tutores en la UCIP estudiada.

3.2 Objetivos

Objetivo general:

- ❖ Evaluar la gestión de la entrada libre de padres y tutores en la UCIP con criterios de restricción en algunas situaciones determinadas.

Objetivos específicos:

- ❖ Conocer la opinión de los profesionales ante la propuesta.
- ❖ Conocer la opinión de los padres/tutores ante la propuesta.
- ❖ Valorar como afectará la propuesta en la organización del trabajo en la unidad.
- ❖ Valorar la resistencia al cambio de los profesionales, de un régimen de visitas estricto a uno más flexible.

Hipótesis

La propuesta de entrada libre de padres y tutores en la UCIP será mejor acogida tanto por padres y profesionales si se establecen algunos criterios de restricción, cuando se efectúen técnicas agresivas o situaciones de emergencia.

3.2 Variables

Aunque son distintos los criterios que pueden utilizarse en la clasificación de las variables, las vamos a tener en cuenta desde su papel metodológico y su medición.

3.2.1 Variable independiente (VI).-

- ❖ Organización de las visitas

3.2.2 Variable dependiente (VD) –

- ❖ Grado de acogida de los profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares
- ❖ Resistencia al cambio: profesionales y familiares

3.2.3 Variable interviniente (VIV).-

- ❖ Profesionales: Categoría
 Experiencia
 Formación
 Tipo de contrato
 Turno de trabajo
 Resistencia al cambio
 Edad
 Sexo
- ❖ Padres/tutores: Formación
 Condiciones laborales
 Resistencia al cambio
 Edad
 Sexo
- ❖ Patología: Clasificación urgente

Clasificación programada

Tipo de patología agrupada por aparatos

3.3 Población muestra

Al tratarse de un estudio caso, la población la compone el conjunto de profesionales de la institución en este proceso los que forman parte de la UCIP y las familias de los pacientes ingresados en la UCIP en el momento de realizar el estudio.

Número de profesionales

Numero de padres/tutores

3.4 Instrumentos de recogida de información

Se diseñan dos cuestionarios uno para padres y tutores y otro para profesionales

Los cuestionarios se diseñan en base a las variable que quieren estudiarse (Se anexan ambos cuestionarios.)

Cuestionarios: Profesionales

Medicos
Enfermeras
Auxiliares

Padres/tutores

Ambos cuestionarios han pasado la validación de jueces expertos en el tema, bien a nivel de metodología de investigación o bien expertos en la asistencia en unidades de cuidados intensivos pediátricos.

La validación se basa en los criterios de univocidad, pertinencia e importancia.

Se analizan los resultados de la validación y se modifican los cuestionarios en base a los resultados obtenidos. (Se anexan los resultados)

Una de las estrategias para el **análisis de la organización de las visitas en la Unidad de Cuidados Intensivos** es la recogida de información a través de dos cuestionarios “ad hoc” siguiendo la pauta del Equipo de Investigación Internacional.

Los cuestionarios ha sido dirigido a los profesionales de la Unidad (médicos, enfermeras y auxiliares) y a los padres/tutores de los pacientes ingresados en la misma. Las encuestas se realizaron durante los meses de febrero y marzo del 2009.

El ámbito geográfico en el que se ha aplicado ha sido en la UCI Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu d' Esplugues (Barcelona)

Se han recogido un total de 100 cuestionarios, de los cuales 50 han sido dirigidos a los profesionales y 50 a los padres.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como diferencial.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación, tanto en lo relativo a profesionales como a padres/tutores

4 Resultados

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA PROFESIONALES

4.1.1 VARIABLES PERSONALES

Categoría Profesional.- De las 50 encuestas proporcionadas a los diferentes profesionales se distingue un 70% de enfermeras, el colectivo más numeroso, un 16% de médicos y un 14% de auxiliares.

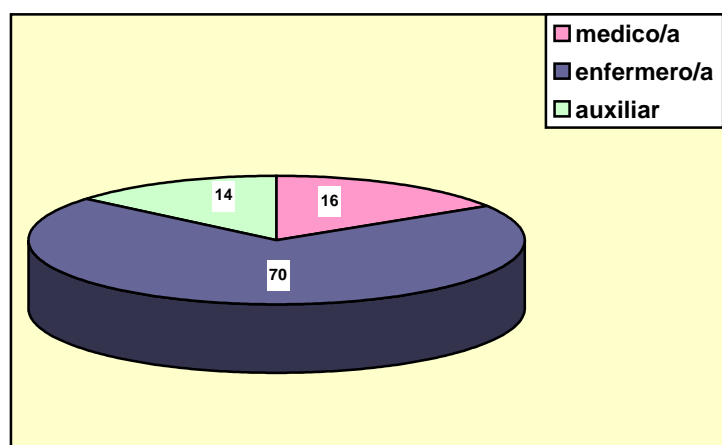


Gráfico 1.- Categoría profesional

La **edad.-** media del grupo de análisis es de 37,06 años, con un valor mínimo de 24 y un máximo de 64, y una desviación de 10,3 años. Se puede considerar un grupo joven, dos tercios tienen edad inferior a 40 años.

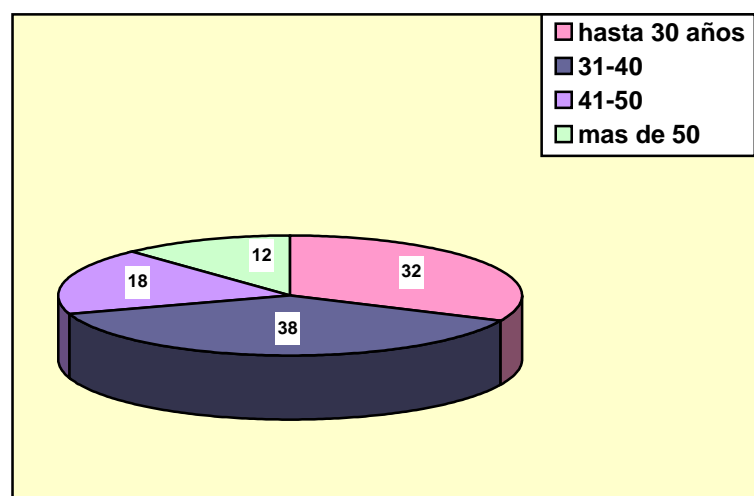


Gráfico 2.- Distribución de la Edad

El género.- se distribuye entre masculino y femenino 14 % de hombres frente a 86% de mujeres. Estos valores están en consonancia con la distribución normal desde un punto de vista sociológico, y dado que el porcentaje más alto de encuestas ha sido contestado por el colectivo enfermero, y en este se destaca una profesión eminentemente feminizada.

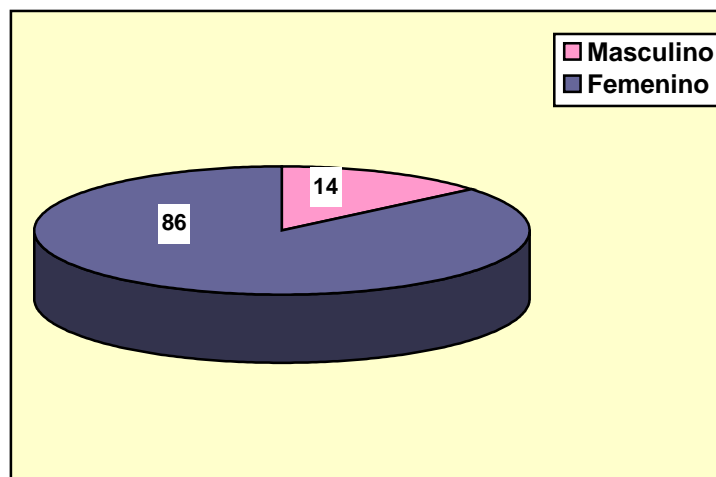


Gráfico 3.- Distribución del Género

Los turnos de trabajo.- En la distribución de los turnos de trabajo en que se distribuye la muestra, se observa porcentajes similares, siendo el inferior el del turno de tarde con un 32% y siendo de igual proporción el de mañana y noche con un 34%.

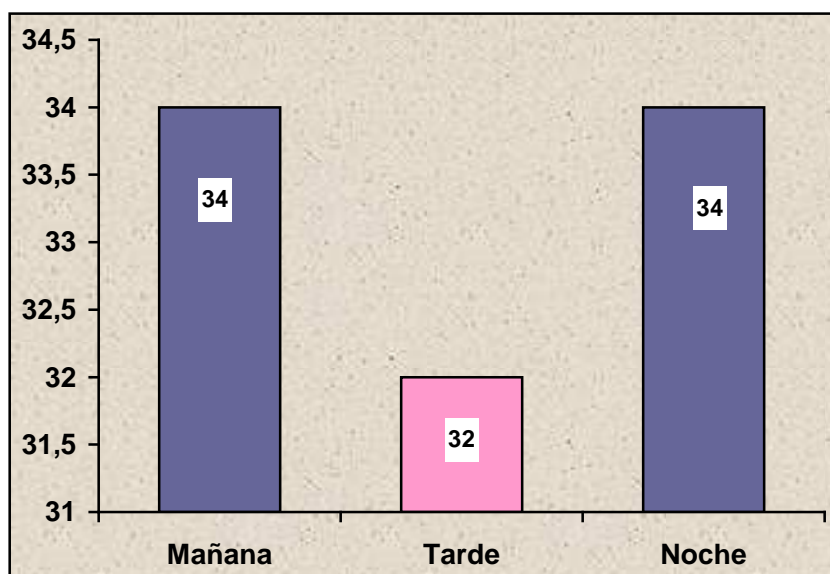


Gráfico 4 - Distribución de los turnos de trabajo

Los años de experiencia.- La experiencia profesional de la muestra analizada se distribuye de forma desigual, mostrando una experiencia mínima de un año y máxima de 35 años, con una media de 9,46años, se observa que un 78,8% tiene una experiencia menor de 10 años, estos datos están en consonancia con una plantilla joven donde la media de edad es inferior a 40 años.

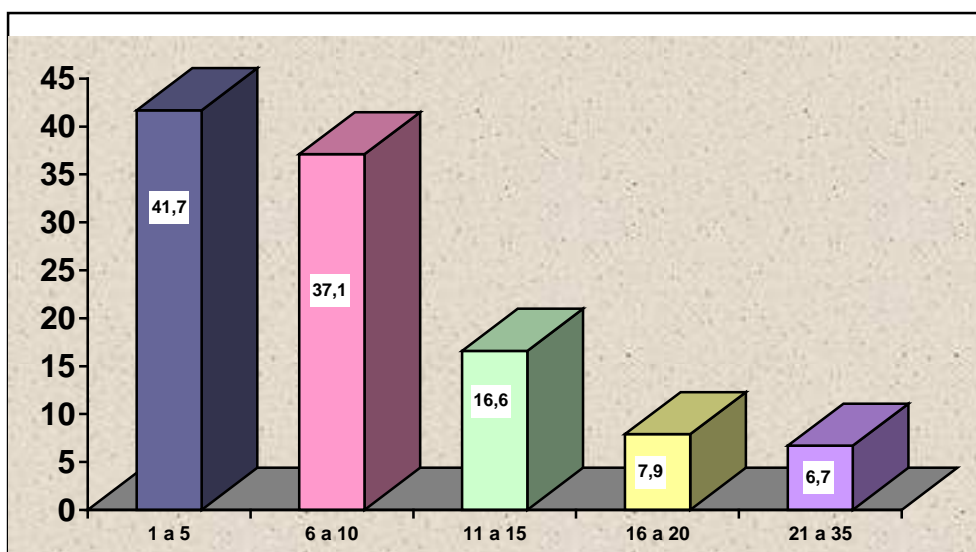


Gráfico 5- Distribución años de experiencia

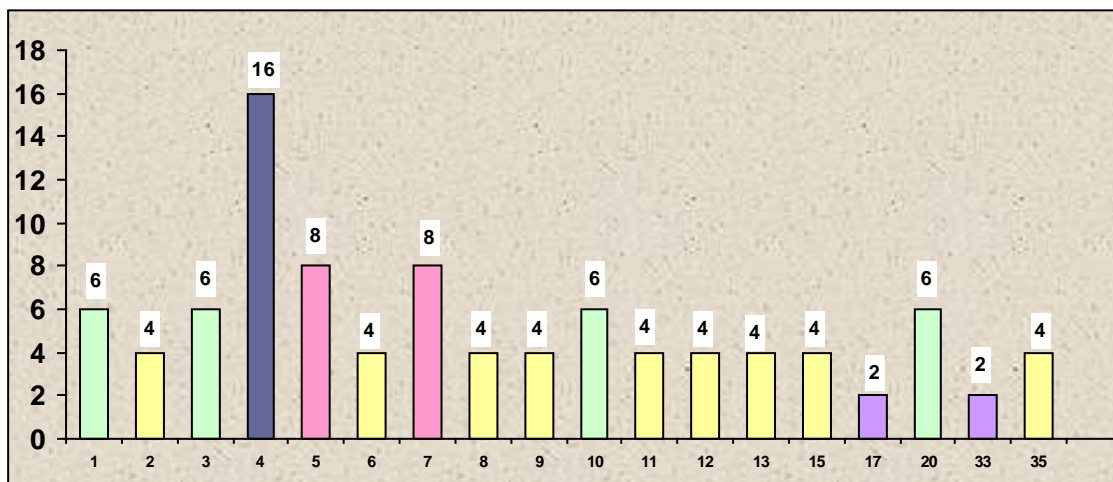


Gráfico 5.1.- Distribución años experiencia

El tipo de contrato.- el tipo de contrato mayoritario en porcentaje es el de situación indefinida con un 78% y un 32% para la situación de contrato de suplencia, lo que da a entender una plantilla relativamente estable.

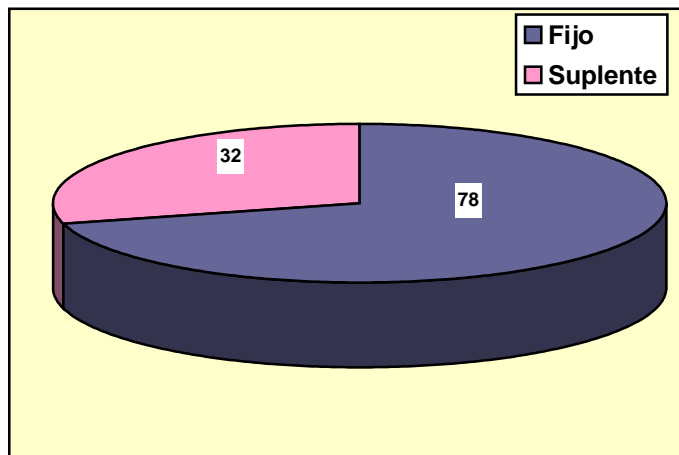


Gráfico 6- Distribución tipo contrato

Información a la familia proporcionada por el médico.- En el análisis de las variables referentes al horario y características del mismo para la información proporcionada por el médico, destaca que un 92% de los profesionales encuestados, consideran que el horario de información debe ser fijo, mientras que solamente un 8% opina que no es necesario.

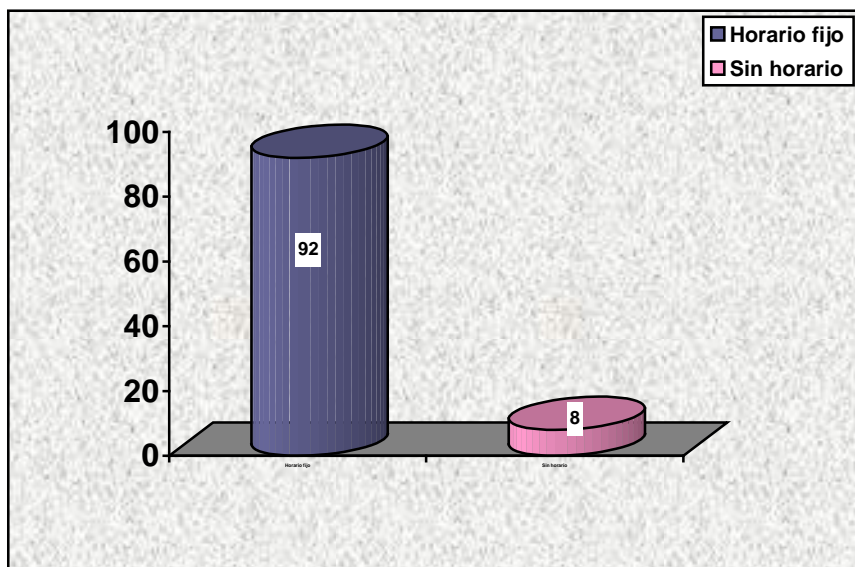


Gráfico 7- Información por parte del medico

Opciones de horario de información por el médico.- Se han ofertado 4 franjas horarias de las cuales los resultados son. De 7h a 8h 2%, de 12h a 13h 82%, y de 16h a 17h y 21h a 22h 0%. Reflejándose que en las franjas ofertadas para proporcionar dicha información, resalta claramente el horario de 12h a 13h como horario más idóneos, llama considerablemente la atención que en las franjas ofertadas dentro de los horarios de tarde y noche, ningún profesional considere oportuno proporcionar información.

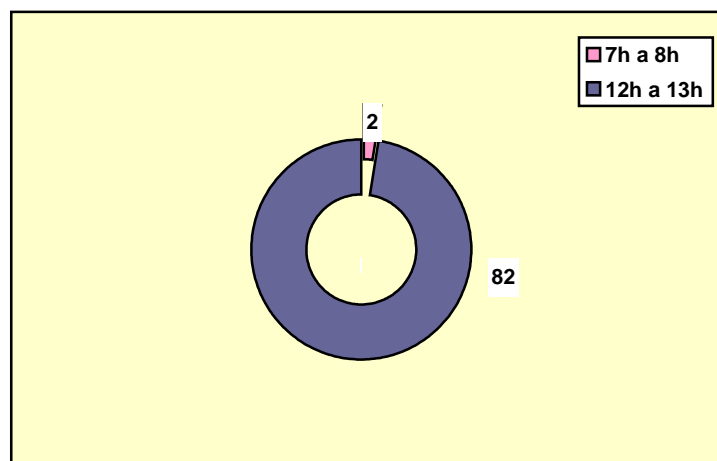


Gráfico 8.- Opciones horario información médico

Numero de veces información por parte del médico.- Predomina en 56% que el numero de veces sean dos, seguido de 16% que considera necesario tres veces, un 12% cuatro veces y un 10% una sola vez.

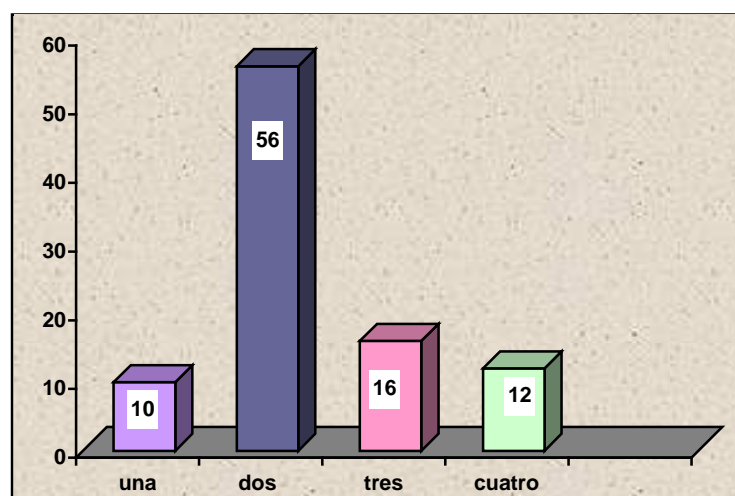


Gráfico 9.- Número de veces información por parte del médico

Información a la familia proporcionada por la enfermera.- 60% considera que el horario de información no debe de ser fijo, mientras que un 40% opina que si es necesario

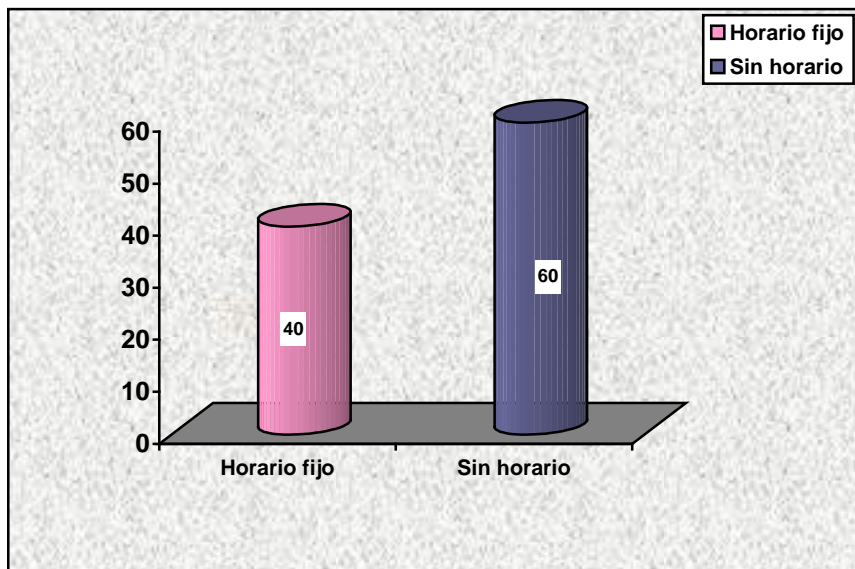


Gráfico 10.- - Información por parte de la enfermera

Opciones de horario de información por la enfermera.- Se han ofertado 4 franjas horarias de las cuales los resultados son de 7h a 8h 2%, de 12h a 13h 20%, de 16h a 17h 8% y 21h a 22h 2%. Cabe destacar que un 60% no contesta a esta pregunta, dado que en la anterior su elección es la no necesidad de un horario fijo.

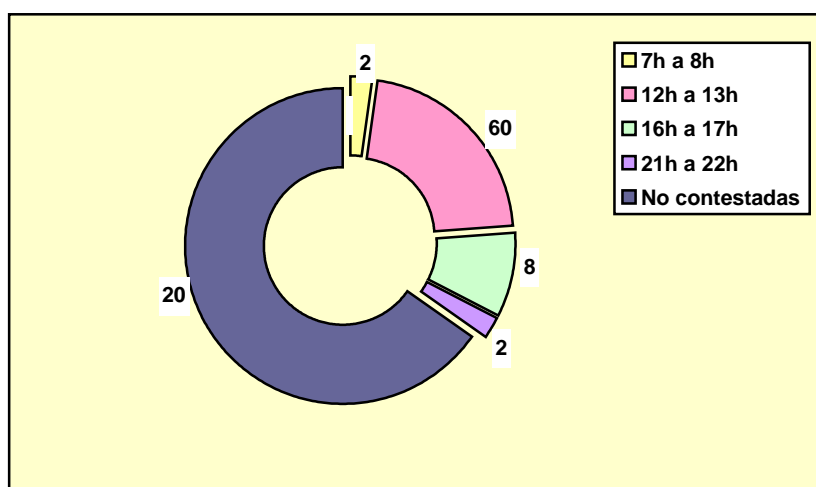
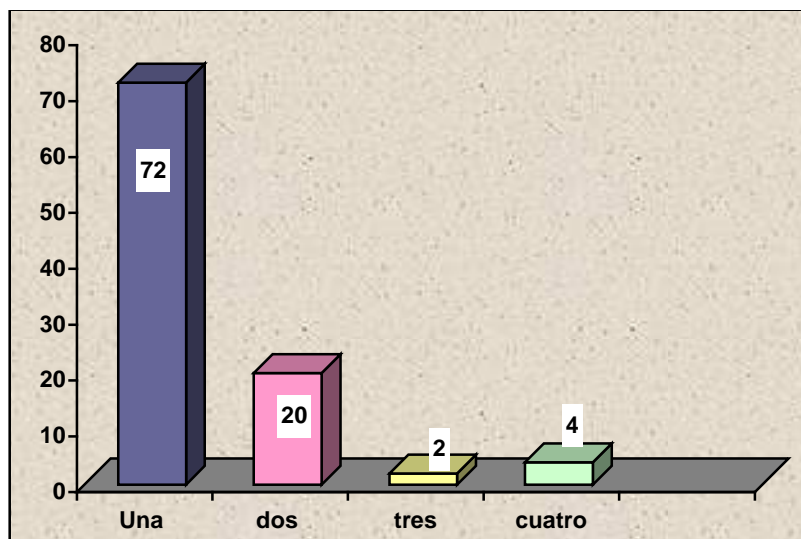


Gráfico 11.- Opciones horario información enfermera

Numero de visitas junto al paciente.- La siguiente variable responde a la opinión sobre el número de vistas junto al paciente, teniendo en cuenta que hablamos de una UCI pediátrica y por tanto el paciente es un niño, en esta pregunta predomina con un 72% una sola visita, un 20% dos visitas, 2% tres visitas y 4% cuatro visitas



Gráfica 12.- Número visitas junto al paciente

Visitas de hermanos menores de 12 años.- Se aprecia una gran mayoría de encuestados que consideran en un 68% que no son convenientes las visitas de los hermanos, mientras que un 28% opinan lo contrario.

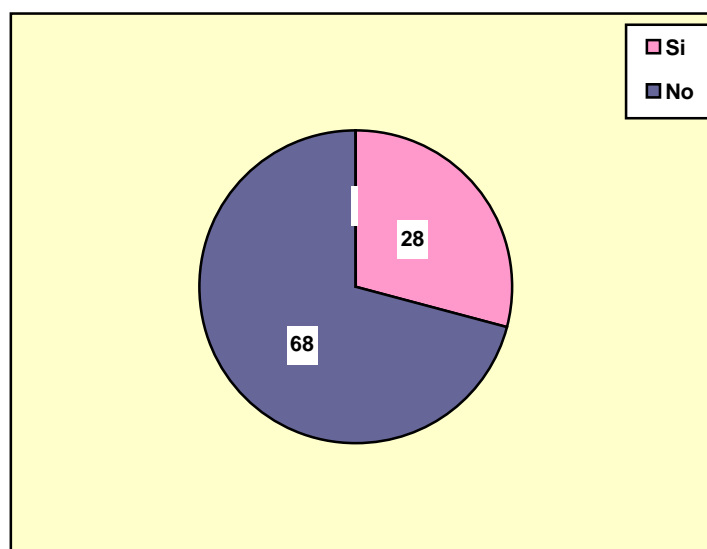


Gráfico 13.- Visita de hermanos menores 12 años

Aumento demanda atención si visitas 24 horas.- Con respecto a las variables que hacen referencia al efecto de la visitas sobre la dinámica de la unidad y sobre los profesionales, los datos analizados hasta el momento desvelan que un 66% de los encuestados perciben que aumenta significativamente la demanda de atención cuando hay visitas en la unidad, con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,77, desviación de 1,16 y varianza de 1,35

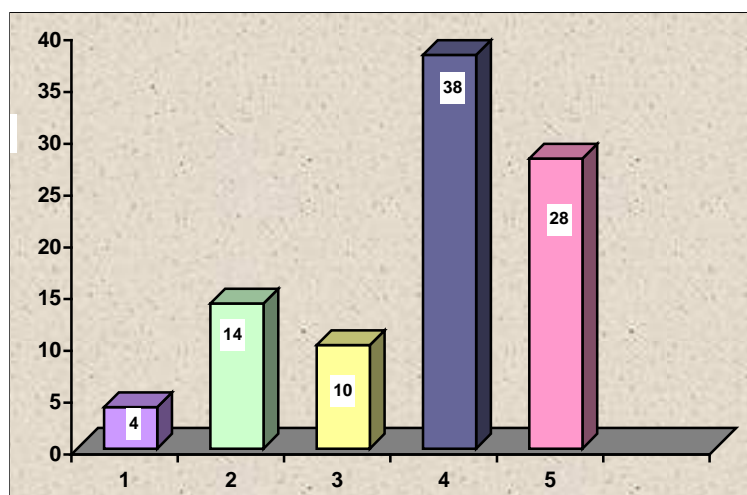


Gráfico 14.- Aumento demanda atención si visitas 24 horas

Aumento ruidos en la Unidad.- Los datos relativos al aumento de ruido en la unidad durante las visitas son similares, un 66% de los encuestados considera que aumenta el ruido en la unidad. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,61, desviación de 1,18 y varianza de 1,40...

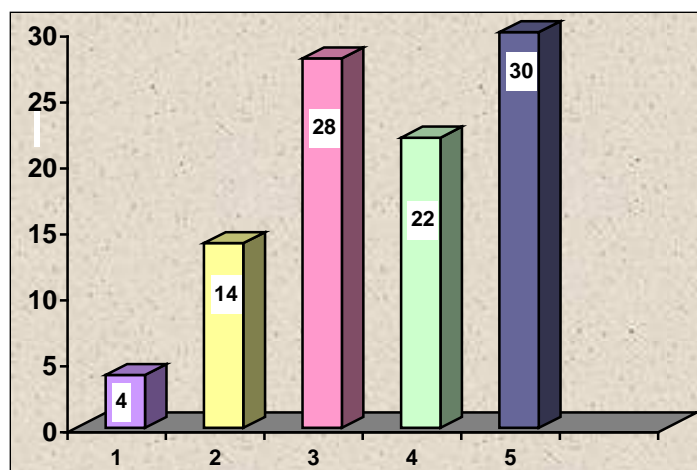


Gráfico 15.- Aumento ruido

La visita produce angustia o ansiedad.- A pesar que de los datos se disluce que la percepción de los encuestados es de que durante las visitas aumenta el trabajo, en un 92% se observa que las visitas de los familiares no les produce angustia o ansiedad. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 3, media de 1,42, desviación de 0,57 y varianza de 0,33.

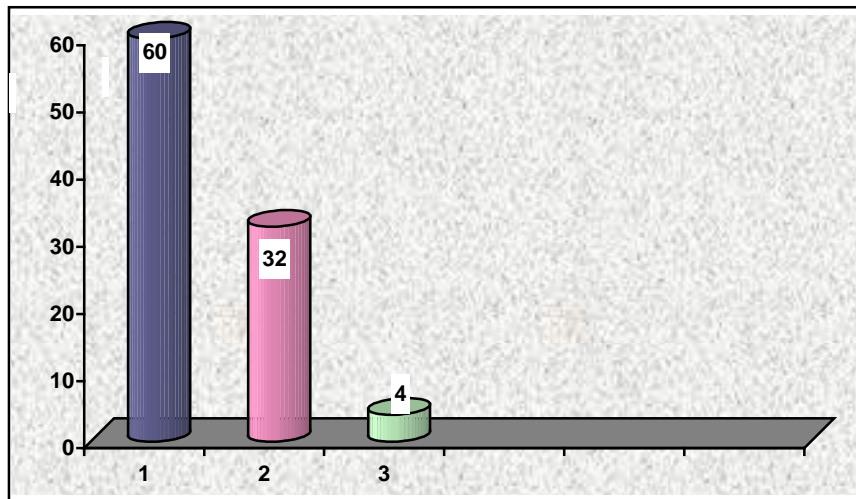


Gráfico 16.- Angustia o ansiedad

Sobrecarga de trabajo relacionada con las visitas.- Los encuestados valoran una sobrecarga de trabajo relacionada con las visitas con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,43, desviación de 1,04 y varianza de 1,08

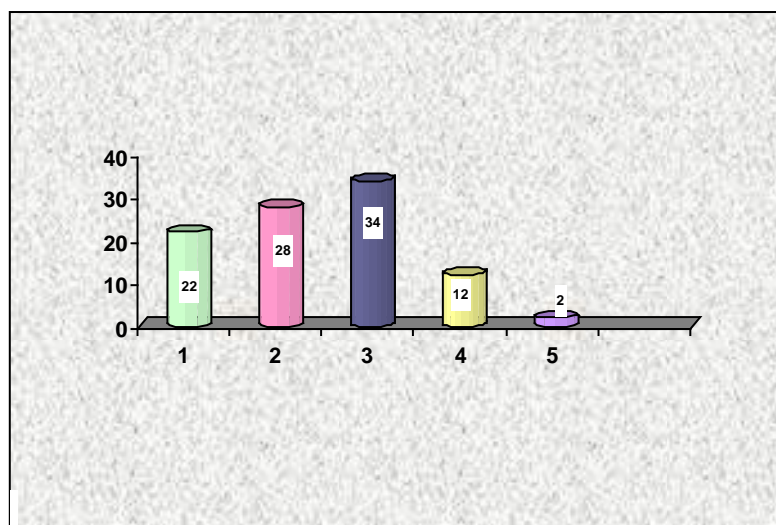


Gráfico 17.- Sobrecarga de trabajo

Interrupción de cuidados relacionados con las visita.- También observan una interrupción de cuidados relacionados con las visita con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,92, desviación de 1,03 y varianza de 1,07

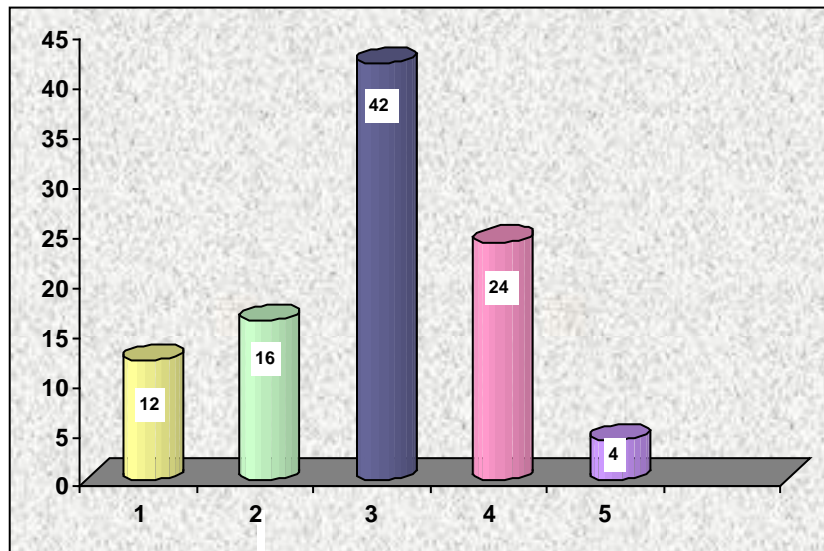


Gráfico 18.- Interrupción cuidados

Buena relación paciente-familia y personal sanitario.- A pesar de los datos obtenidos el 64% de los encuestados consideran que el aumento de las visitas favorece la buena relación entre el paciente la familia y los profesionales sanitarios, con una valoración mínima de 2 y máxima de 5, media de 3,88, desviación de 1,03 y varianza de 1,06,

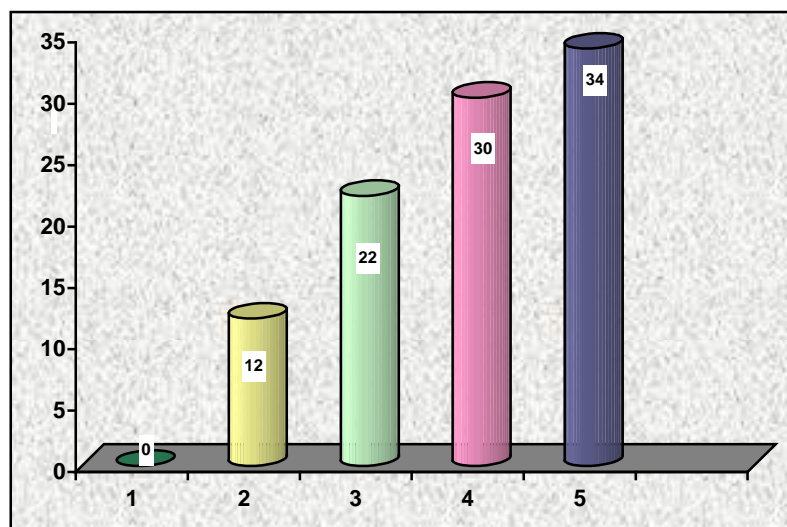


Gráfico 19.- Buena relación paciente-familia y personal sanitario

Un familiar acompañando es suficiente.- Los encuestados consideran en un 78% que con un solo acompañante es suficiente, con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,42, desviación de 1,02 y varianza de 1,05. El 78% de los encuestados consideran que con un solo acompañante es suficiente.

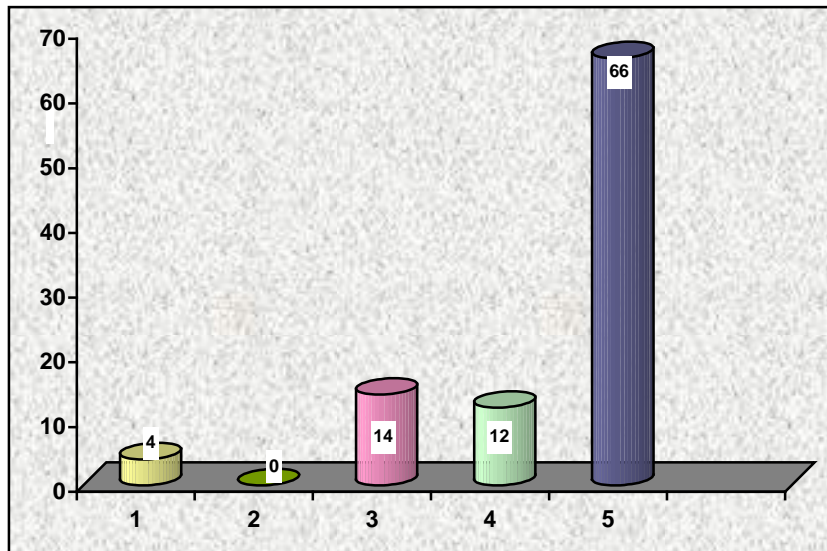


Gráfico 20.- Un familiar es suficiente

Personal sanitario debe restringir las visitas.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,14, desviación de 1,19 y varianza de 1,41. El 74% de los encuestados consideran que en determinadas ocasiones se deben restringir las visitas.

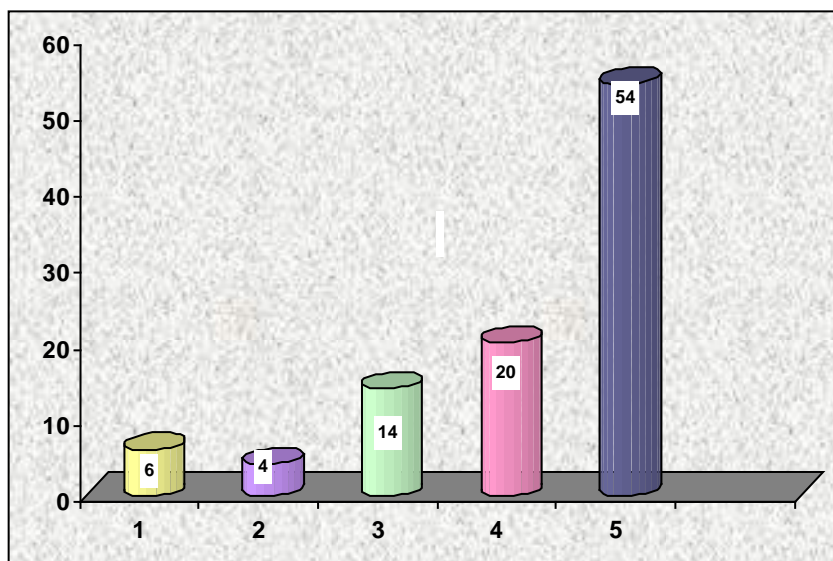


Gráfico 21.- Restricción visitas

RESTRICCIÓN VISITAS-TECNICAS INVASIVAS

Restricción visitas/PIC.- Un 92% considera que se debe restringir las visitas Con una valoración mínima de 2y máxima de 5, media de 4,8, desviación de 0,57 y varianza de 0,33

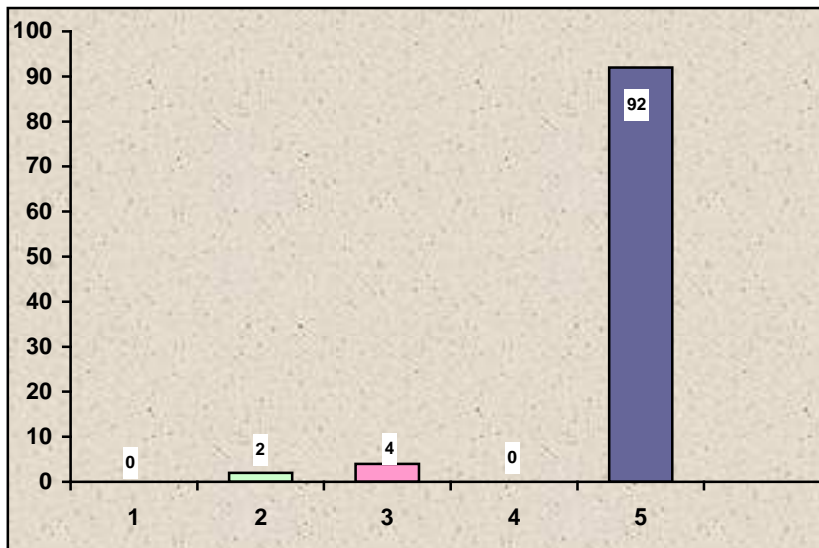


Gráfico 22.1.- PIC

Restricción visitas/RCP.- Un 90% considera que se debe restringir las visitas Con una valoración mínima de 1y máxima de 5, media de 4,76, desviación de 0,85 y varianza de 0,73

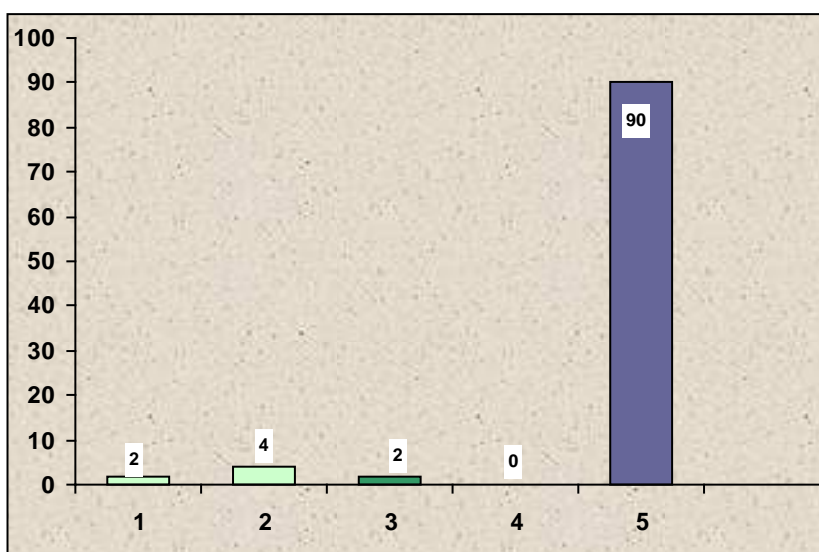


Gráfico 22.2.- RCP

Restricción visitas/INTUBACION.- Un 94% considera que se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 2 y máxima de 5, media de 4,76, desviación de 0,59y varianza de 0,35

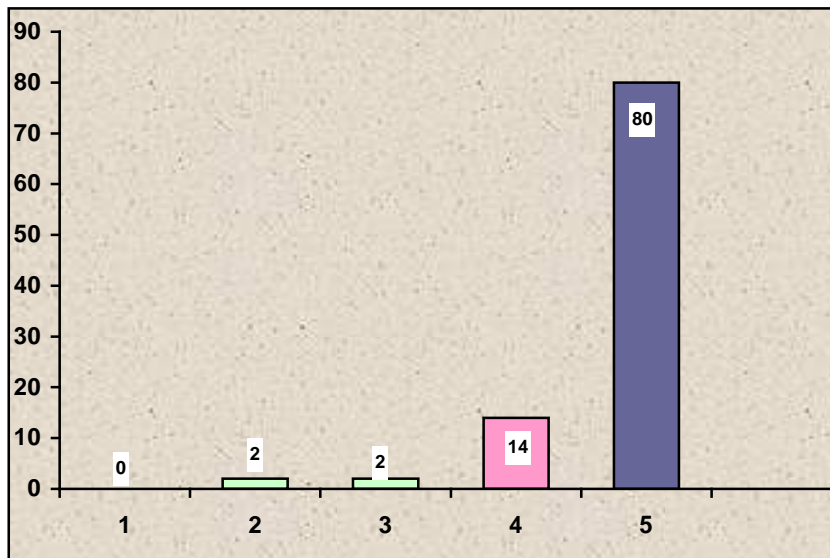


Gráfico 22.3.- Intubación

Restricción visitas/CANALIZACION VIA CENTRAL.- Un 92% considera que se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 2 y máxima de 5, media de 4,73, desviación de 0,63 y varianza de 0,40

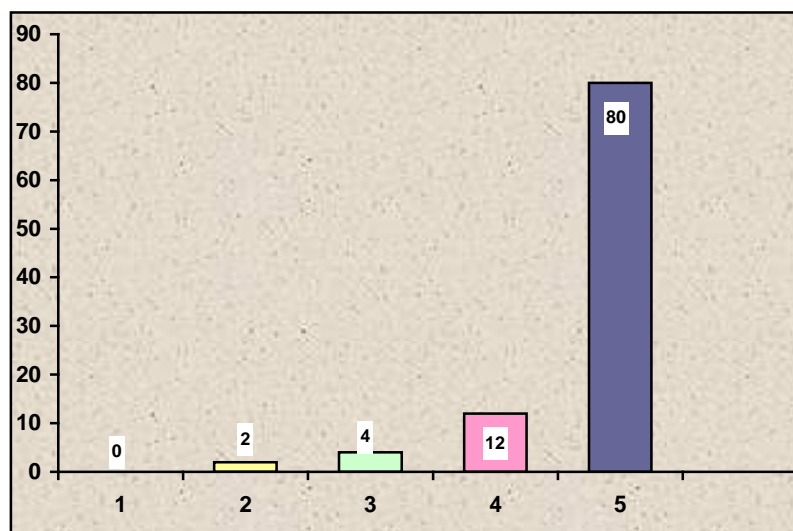


Gráfico 22.4.- Vía central

De los datos obtenidos se obtiene que un porcentaje elevado de los encuestados opinan que para la realización de las técnicas invasivas ofertadas, considerando estas como muy frecuentes en una unidad de cuidados intensivos, se deben restringir las visitas en todos los casos.

RESTRICCION VISITAS TECNICAS NO INVASIVAS

Se plantea la misma situación para técnicas no invasivas, dónde la oferta plasmada en la encuesta refiere aquellas más habituales en una unidad de estas características,

Restricción visitas/SONDAJE VESICAL.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,02, desviación de 1,43 y varianza de 2,06

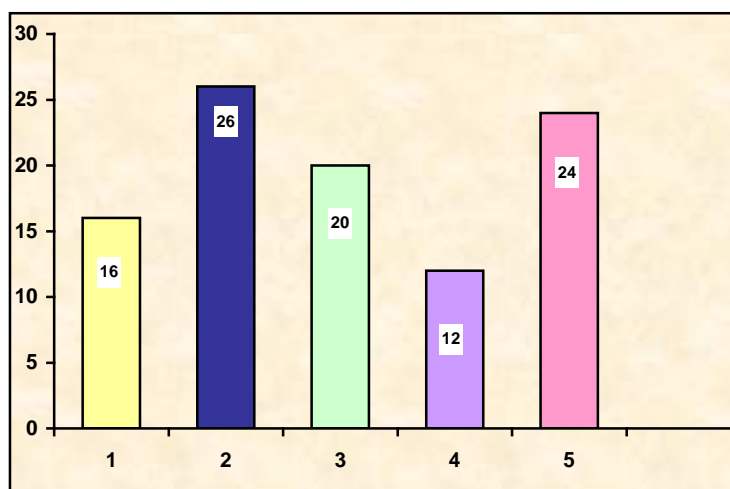


Gráfico 23.1.- Sondaje vesical

Restricción visitas/ASPIRACION SECRECIONES.- Un 68% considera que NO es necesario restringir las visitas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,10, desviación de 1,24 y varianza de 1,55.

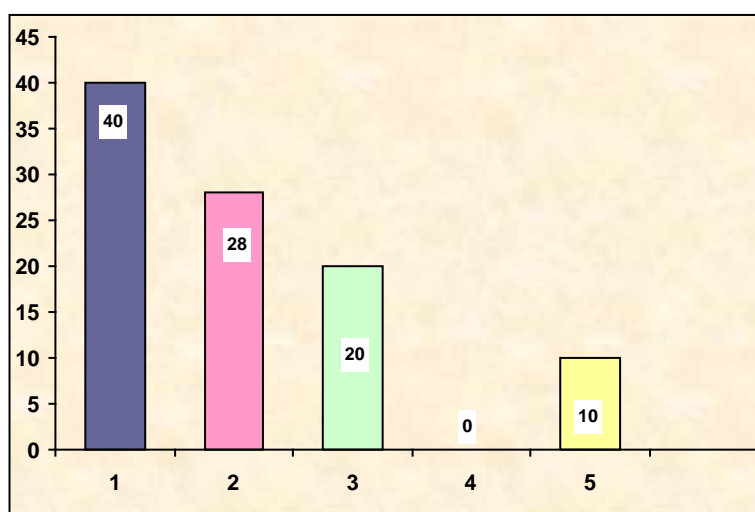


Gráfico 23.2.- Aspiración secreciones

Restricción visitas/RECOGIDA DE MUESTRAS.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,47, desviación de 1,26 y varianza de 1,58.

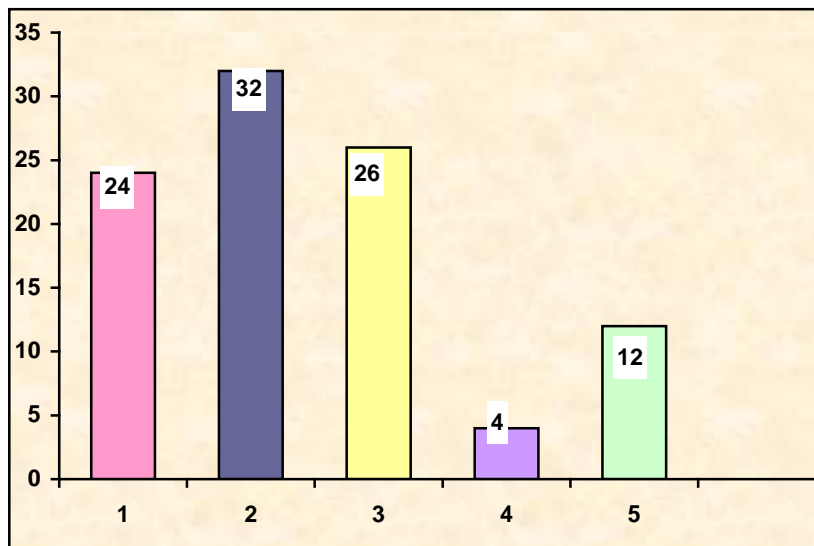


Gráfico 23.3.- Recogida muestras

Restricción visitas/HIGIENE.- Un 72% considera que NO se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,04, desviación de 1,33 y varianza de 1,79.

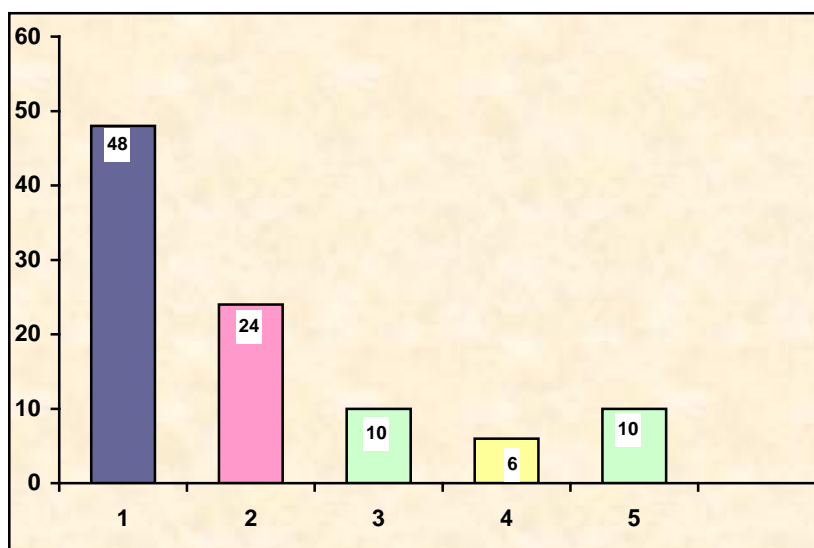


Gráfico 23.4.- Higiene

Restricción visitas/CANALIZACION VIA PERIFERICA.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,98, desviación de 1,31 y varianza de 1,72

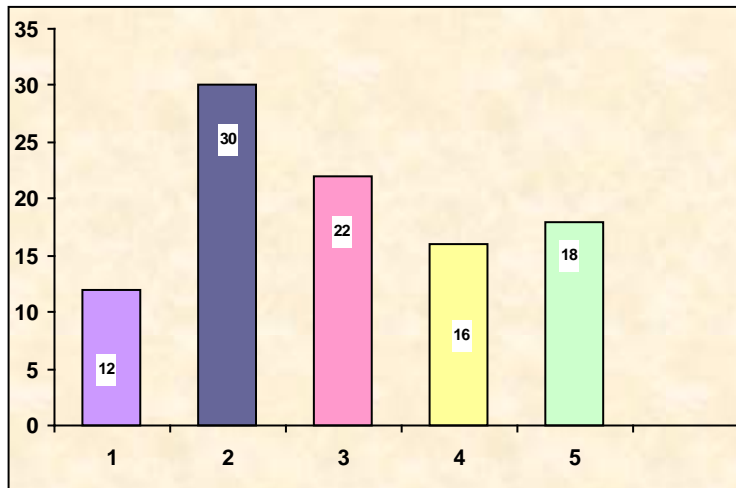


Gráfico 23.5.- Vía periférica

Grado de acogida visitas durante 24 horas.- Para finalizar el análisis descriptivo de la muestra, la última pregunta referencia el grado de acogida que tendría para los profesionales las visitas permitidas en la unidad durante las 24 horas, y se destaca que para un 36% de los profesionales tendría una baja acogida mostrando la valoración de 1, la más baja de la escala de likert presentada. Sólo un 12% muestra la máxima valoración de 5 en la escala. En el global de la pregunta se muestra una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,52, desviación de 1,45 y varianza de 2,12.

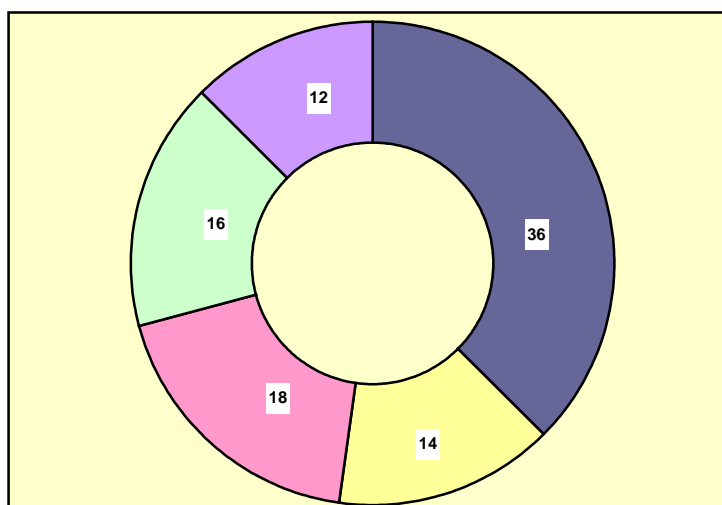


Gráfico 24.- Grado de acogida

5 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA PADRES/TUTORES

5.1 VARIABLES PERSONALES

Persona que contesta la encuesta.- De los 50 encuestados 48 son padres del paciente y los 2 restantes tutores.

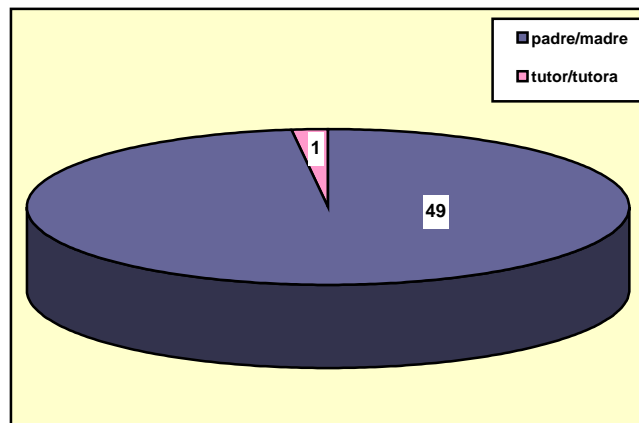


Gráfico 1.- Persona contesta encuesta

La edad.- Mínima de 23, máximo de 60, varianza 60,93, media 38,36 y desviación 7,80. El 53,2% es la franja de edad comprendida entre los 31 y 40 años, seguida de los 41 a 50 que representan el 29,8%.

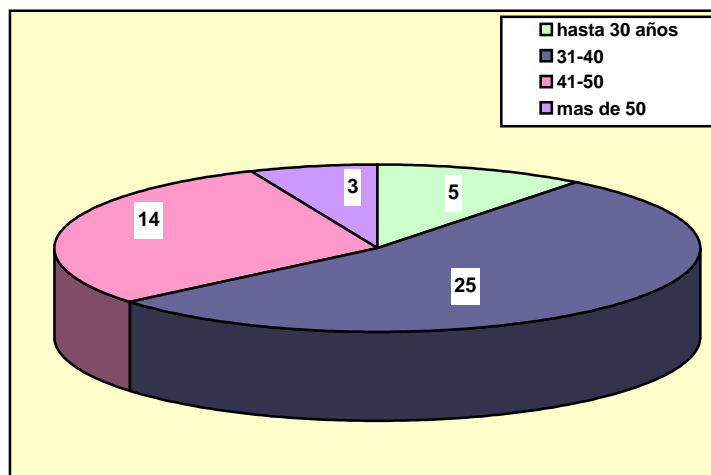


Gráfico 2.- Distribución de la Edad

El **género**.- se distribuye entre masculino y femenino 22 % de hombres frente a 78% de mujeres.

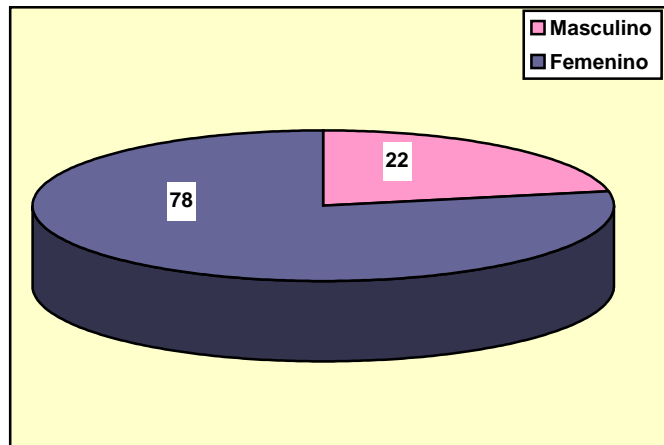


Gráfico 3.- Distribución del Género

Estudios realizados.- En el análisis de los estudios realizados por los encuestados se refleja que un 10% tiene estudios primarios, un 36% tienen estudios secundarios, un 22% formación profesional, en igual porcentaje tiene estudios de diplomatura y un 10% de licenciatura

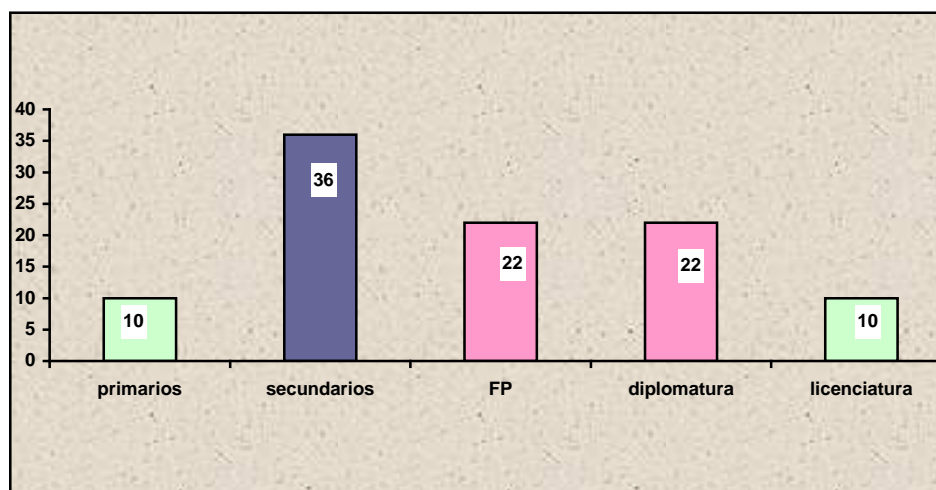


Gráfico 4 - Estudios realizados

Condiciones laborales.- En el análisis de la condiciones laborales de destaca que un 56% de los encuestado tiene un contrato fijo con su empresa, un 16% son amas de casa, un 12% autónomos, al igual que un 12% que están en situación de paro laboral, solo un 4% refiere que su tipo de contratación es eventual.

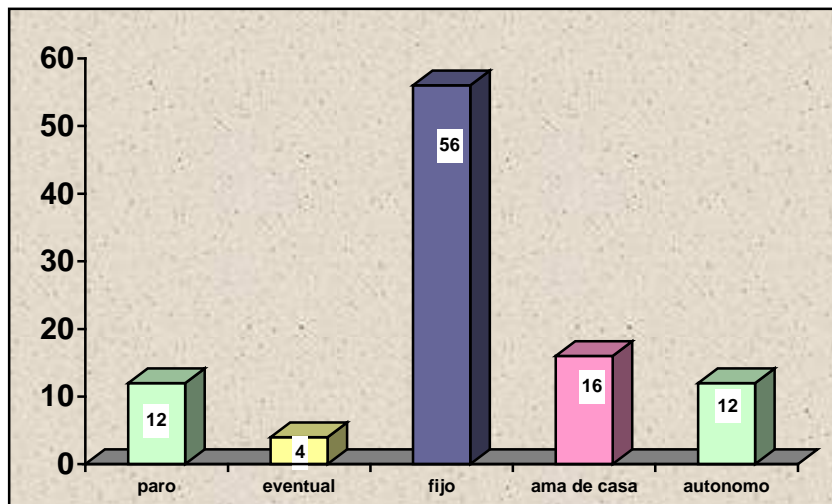


Gráfico 5- Condiciones laborales

Número de hijos.- El 42% de los encuestados son padres de 2 hijos con el porcentaje más alto, el 34% son padres de 1 solo hijo y el 20% de 3, el porcentaje mas bajo con un 4% es el de padres con 4 hijos

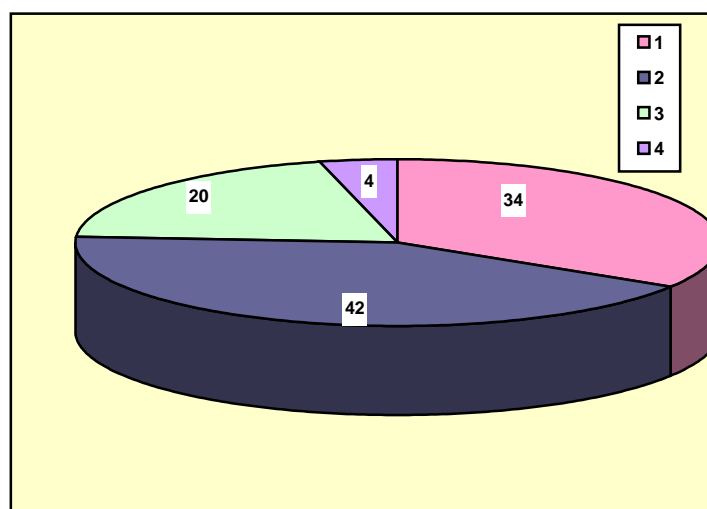


Gráfico 6.- Número de hijos

Días de ingreso en la UCIP.- Del análisis se destaca que el 37% tiene a su hijo ingresado en la UCI 2 días, el 20% 1 y el 14% 3, el resto queda repartido hasta una máxima de 30 días, en todos los casos a partir de los 3 días en porcentajes muy bajos

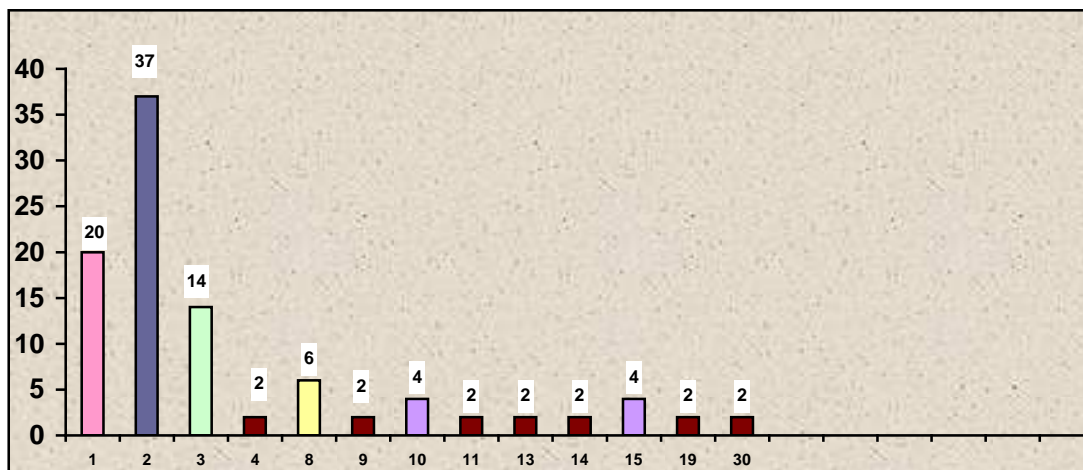


Gráfico 7.- Días ingreso

Tipo de ingreso.- Se destaca también que en el 52% de los casos el tipo de ingreso ha sido urgente y el 48% programado

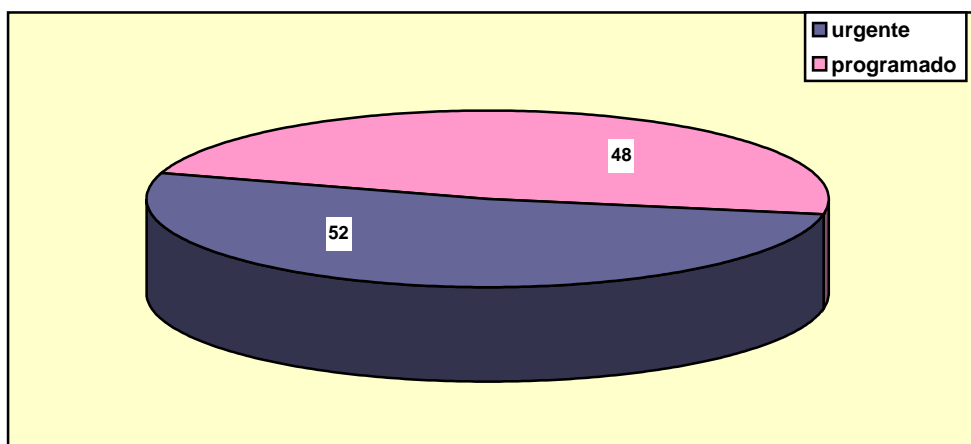


Gráfico 8.- Tipo de ingreso

Motivo de ingreso.- la patología más común con un 30% que provoca el ingreso en la UCI son las patologías del aparato respiratorio, con un 20% las cardíacas un 12% para las neurológicas, distinguiendo un 10% para intervenciones de neurocirugía y un 14% para intervenciones de columna vertebral, existe un 4% para pacientes con procesos oncológicos y también un 4% para pacientes con politraumatismos y un 6% para pacientes de medicina interna.

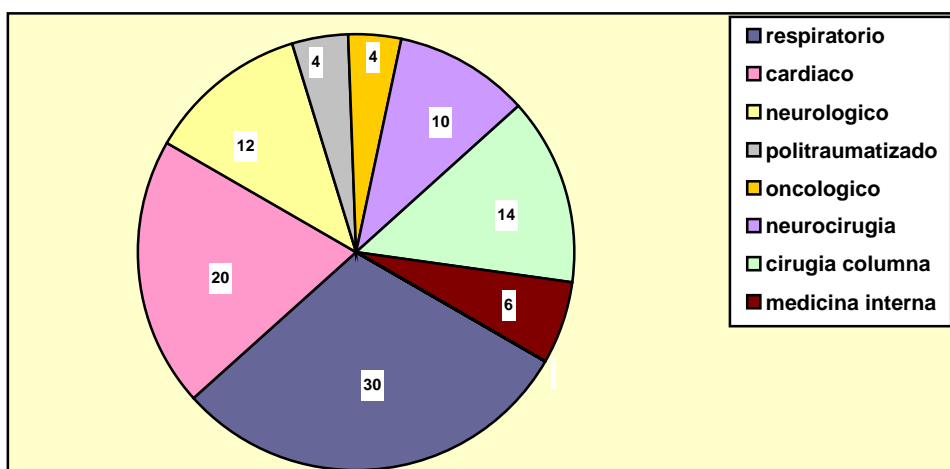


Gráfico 9.- Motivo de ingreso

Información a la familia proporcionada por el médico.- el análisis de las variables referentes al horario y características del mismo para la información proporcionada por el médico, destaca que un 68% de los padres encuestados, consideran que el horario de información debe ser fijo, mientras que un 30% opina que no es necesario,

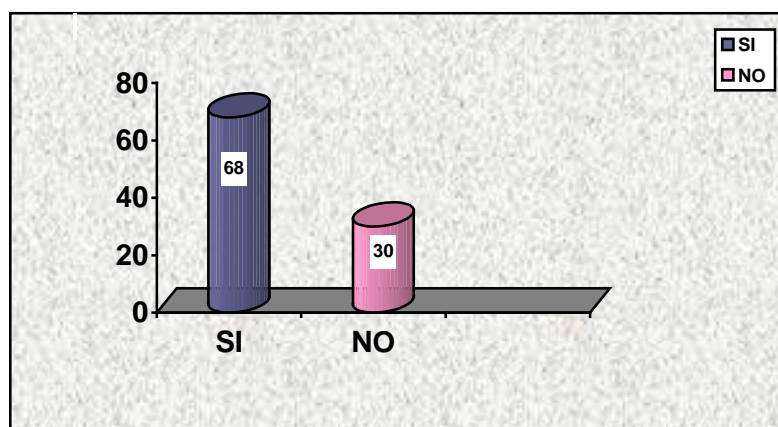


Gráfico 10- Información por parte del medico

Opciones de horario de información por el médico.- Para el caso las franjas ofertadas para proporcionar dicha información, resalta claramente el horario de 12h a 13h como horario más idóneos con un 52% , para el horario de 7 a 8 h un 4% para el de 16 a 17h. Un 10% y la franja nocturna ningún padre considera necesario que se le proporcione información en este horario. Cabe destacar que un 30% no contesta a esta pregunta, dado que en la anterior su elección es la no necesidad de un horario fijo.

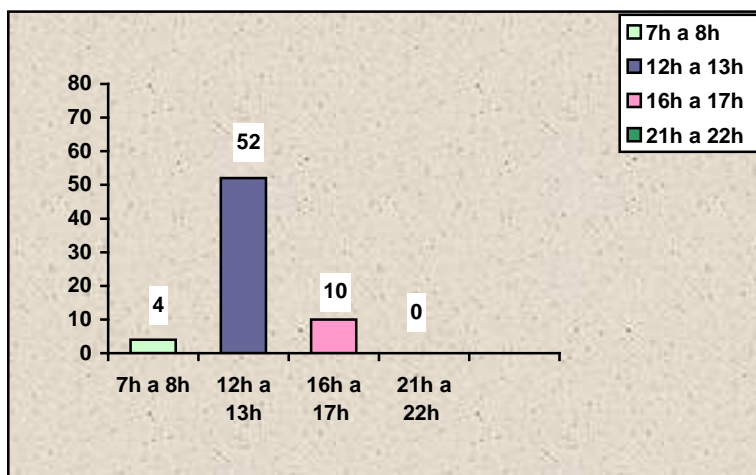


Gráfico 11.- Opciones horario información médico

Numero de veces información por parte del médico.- Predomina en 48% que el numero de veces sean dos, seguido de 20% que considera necesario una vez, un 16% tres veces y un 12% cuatro veces...

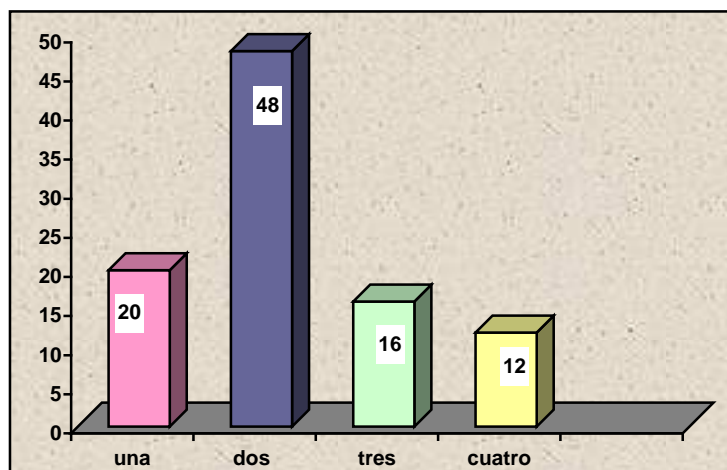


Gráfico 12.- Número de veces información por parte del médico

Información a la familia proporcionada por la enfermera.- Se destaca que un 62% considera que el horario de información no debe de ser fijo, mientras que un 38% opina que si es necesario.

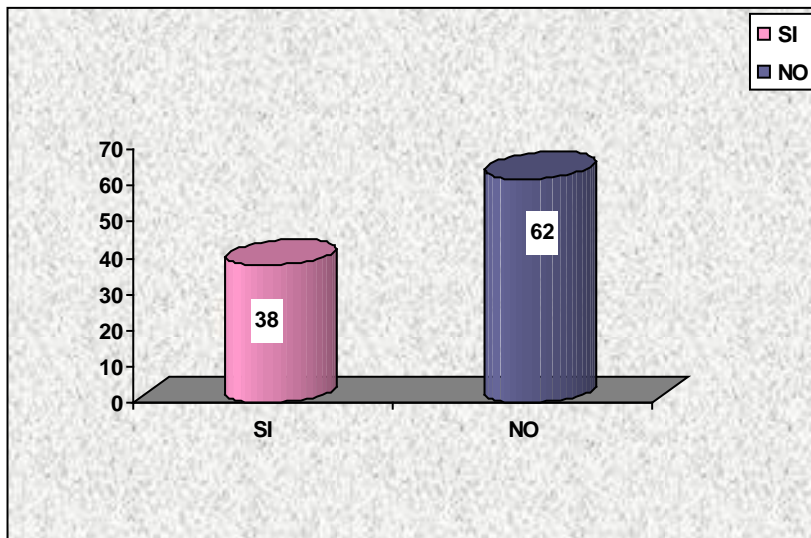


Gráfico 13.- - Información por parte de la enfermera

Opciones de horario de información por la enfermera.- Se han ofertado 4 franjas horarias de las cuales los resultados son. De 7h a 8h 6%, de 12h a 13h 10%, de 16h a 17h 12% y 21h a 22h 10%. Cabe destacar que un 62% no contesta a esta pregunta, dado que en la anterior su elección es la no necesidad de un horario fijo.

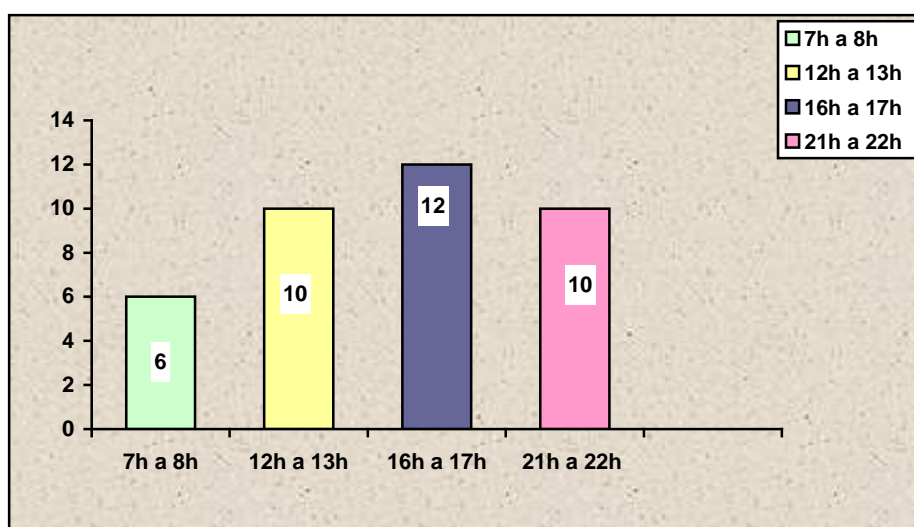


Gráfico 14.- Opciones horario información enfermera

Cuántas veces debe informar la enfermera.- La siguiente variable responde a cuántas veces consideran necesario que informe la enfermera, el 40% opina que 4 veces al día, y el 24% opina que con 2 veces es suficiente, el 18% considera que 3 y un 8% considera que solo una vez,

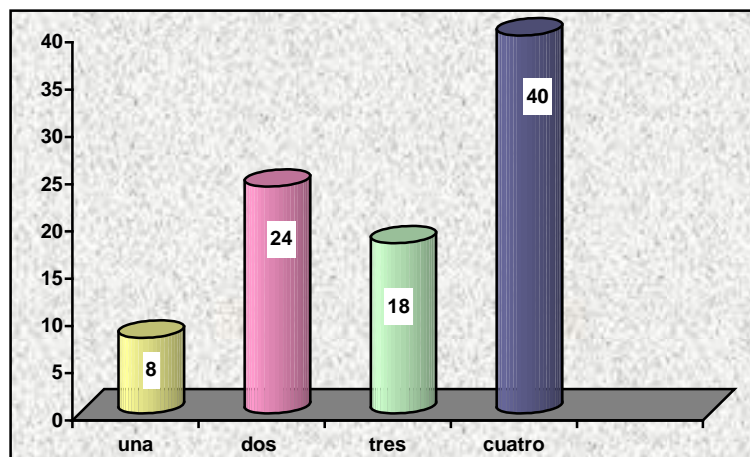
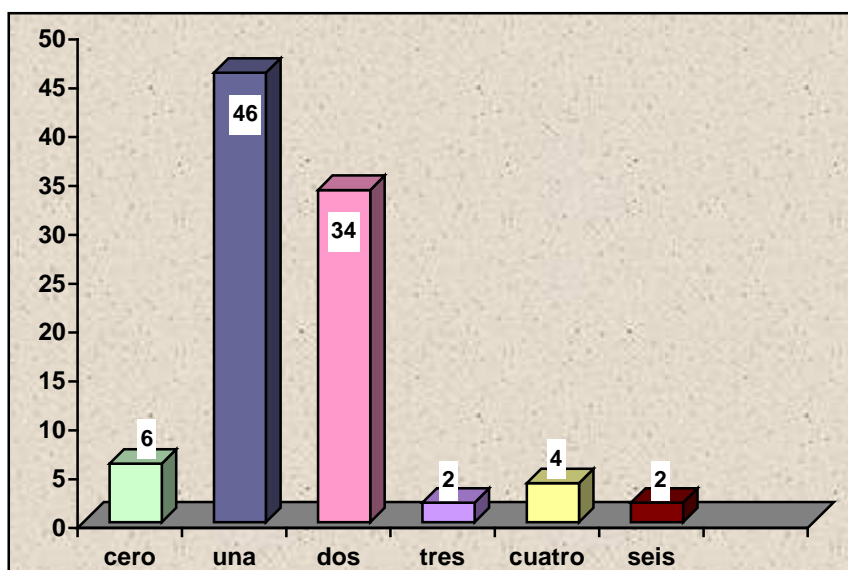


Gráfico 15.- Información de la enfermera

Numero de visitas junto al paciente.- Predomina con un 46% una sola visita, seguido de un 34% dos visitas,



Gráfica 16.- Número visitas junto al paciente

Visitas de hermanos menores de 12 años.- Se aprecia una gran mayoría de encuestados que consideran en un 74% que no son convenientes las visitas de los hermanos, mientras que un 24% opinan lo contrario

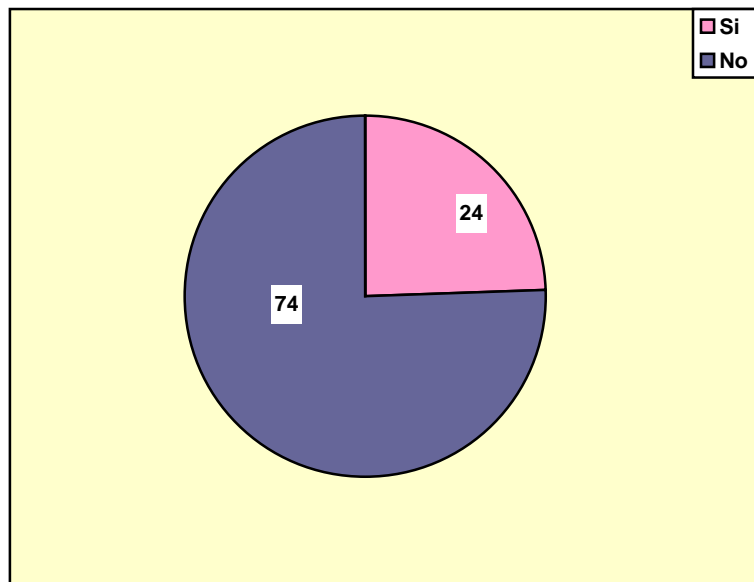


Gráfico 17.- Visita de hermanos menores 12 año

Aumento demanda atención si visitas 24 horas.- Un 58% de los encuestados considera que aumenta significativamente la demanda de atención. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,07, desviación de 1,19 y varianza de 1,43.

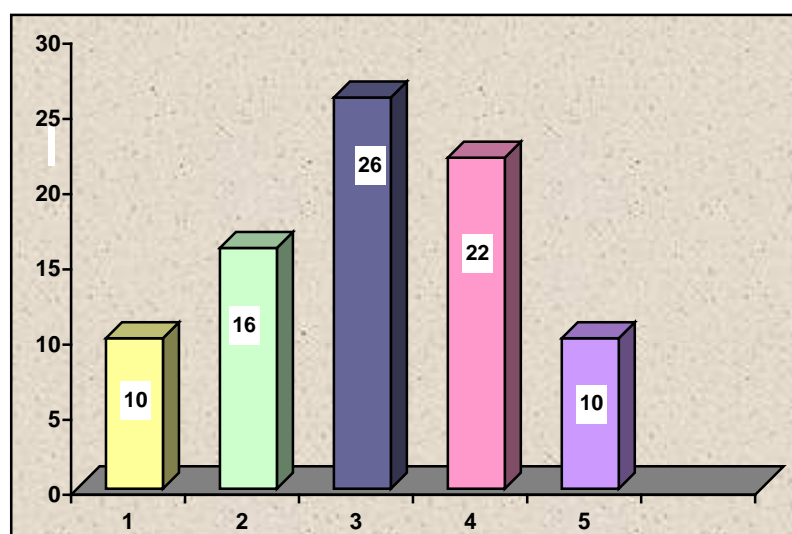


Gráfico 18.- Aumento demanda atención si visitas 24 horas

Aumento ruidos en la Unidad.- Un 69% de los encuestados considera que aumenta el ruido en la unidad. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,27, desviación de 1,31 y varianza de 1,74

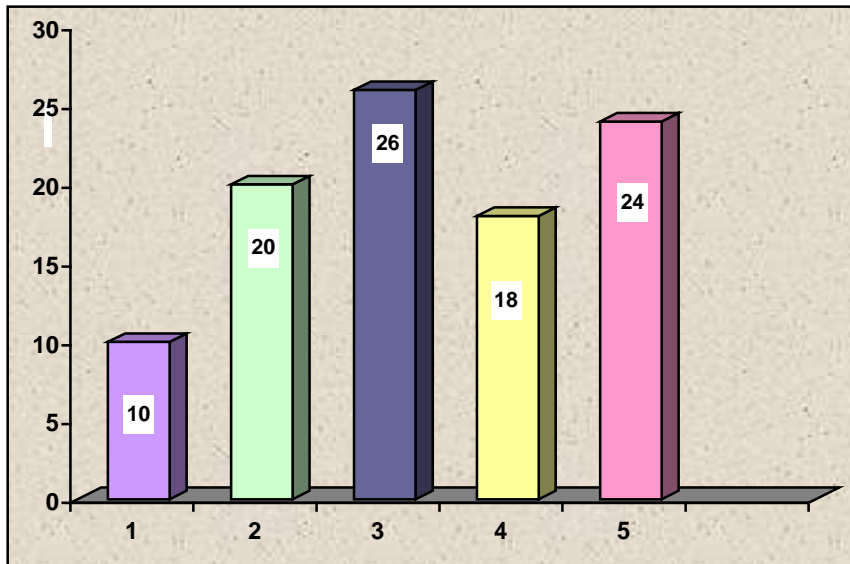


Gráfico 19.- Aumento ruido

La visita produce angustia o ansiedad.- Un 42% de los encuestados considera que le produce baja angustia o ansiedad la visita, Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,4, desviación de 1,49 y varianza de 2,24

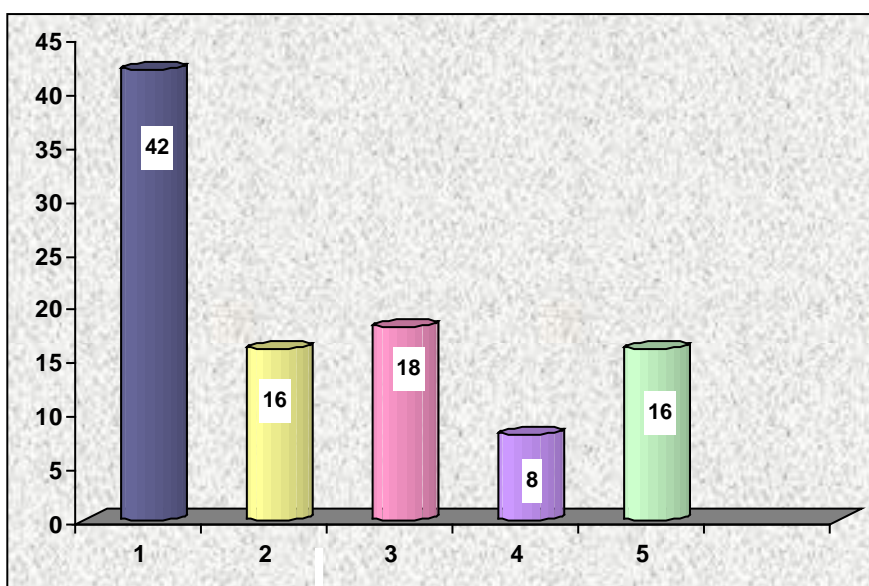


Gráfico 20.- Angustia o ansiedad

Sobrecarga organización domestica relacionada con las visitas.- Los encuestados opinan de forma dispar en el aspecto de sobrecarga de la organización domestica relacionada con la vistas, un 36% le dan la valoración más baja y un 22% la más alta. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,84, desviación de 1,60 y varianza de 2,58

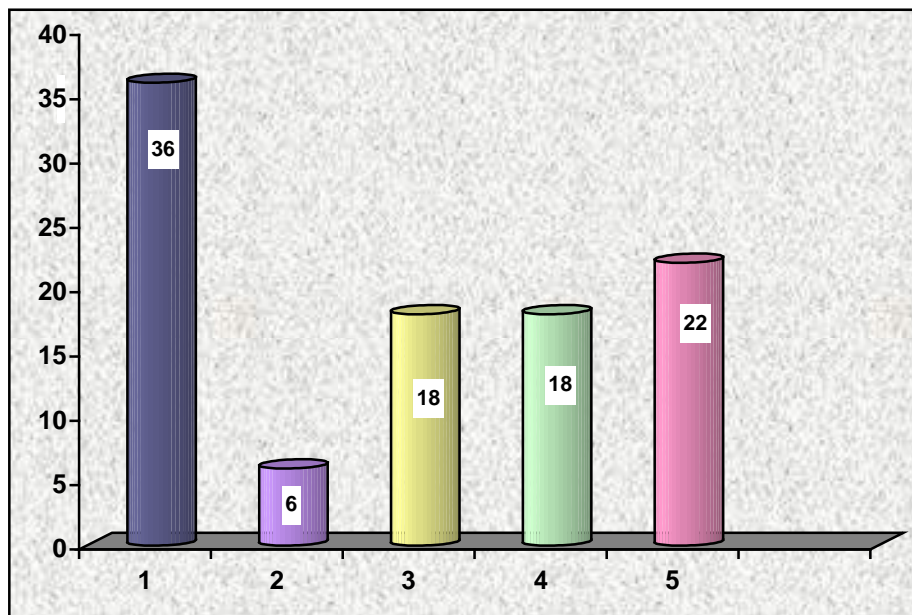


Gráfico 21.- Sobrecarga de trabajo

Interrupción de cuidados relacionados con las visitas.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 1,94, desviación de 1,22 y varianza de 1,48

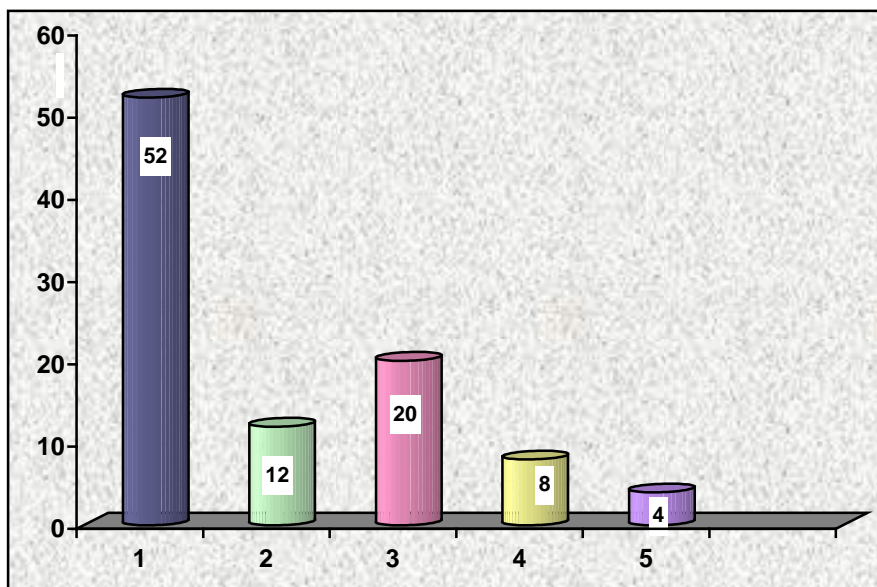


Gráfico 22.- Interrupción cuidados

Buena relación paciente-familia y personal sanitario.-Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,5 desviación de 0,88 y varianza de 0,78. El 68% de los encuestados consideran que el aumento de las visitas favorece la buena relación.

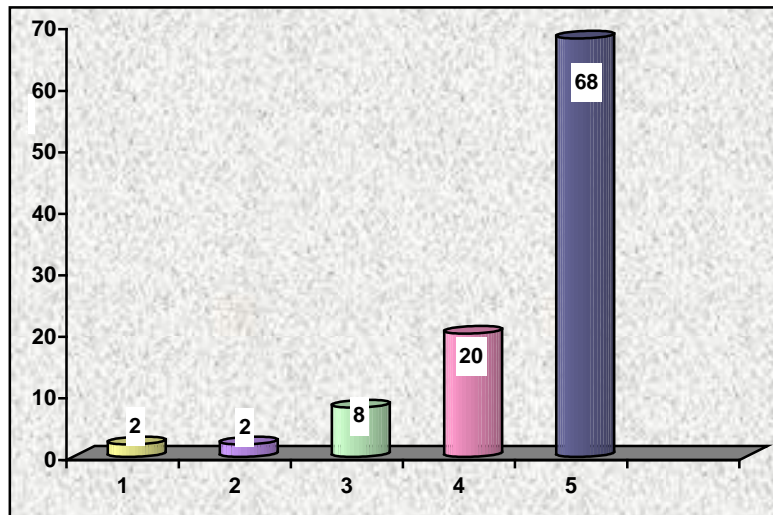


Gráfico 23.- Buena relación paciente-familia y personal sanitario

Intimidad en las visitas.-Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5 con una media de 3,71, desviación de 1,22 y varianza de 1,50, El 38% de los encuestados valoran con la puntuación máxima la intimidad de la que se dispone durante las visitas.

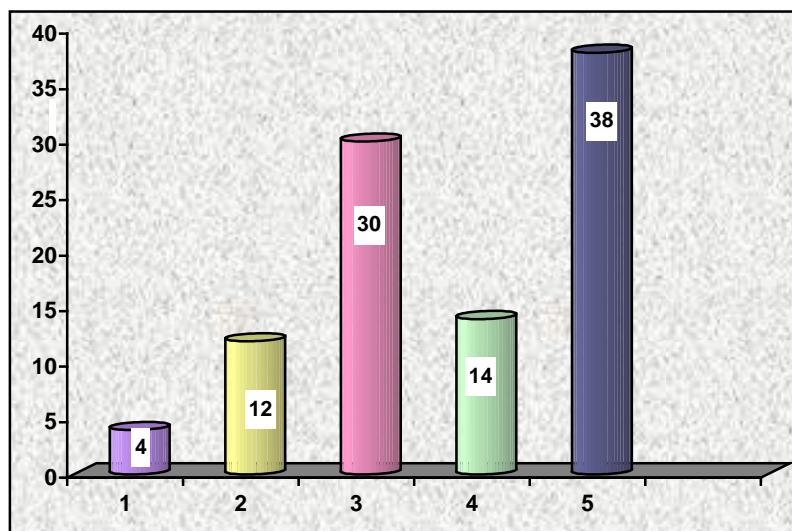


Gráfico 24.- Intimidad visitas

Un familiar acompañando es suficiente.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,15, desviación de 1,38 y varianza de 1,91. El 78% de los encuestados consideran que con un solo acompañante es suficiente.

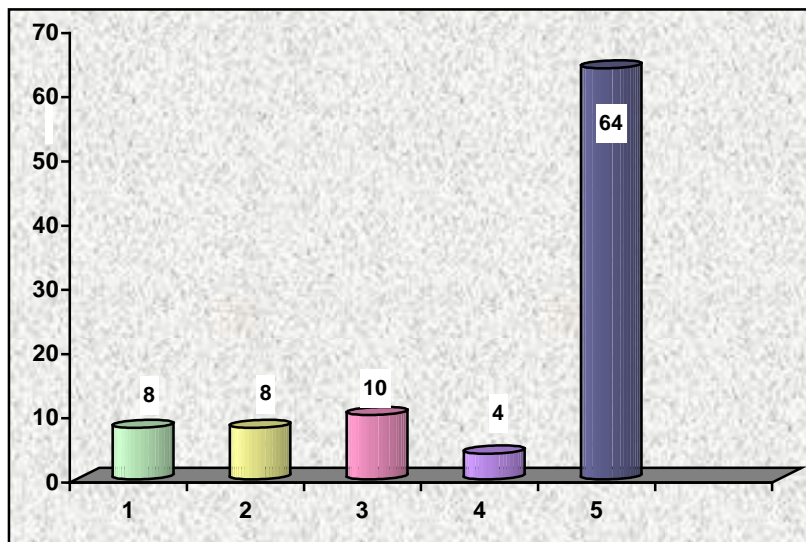


Gráfico 25.- Un familiar es suficiente

Personal sanitario debe restringir las visitas.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,90, desviación de 1,43 y varianza de 2,05. El 52% de los encuestados consideran que en determinadas ocasiones se deben restringir las visitas dando la valoración máxima de 5.

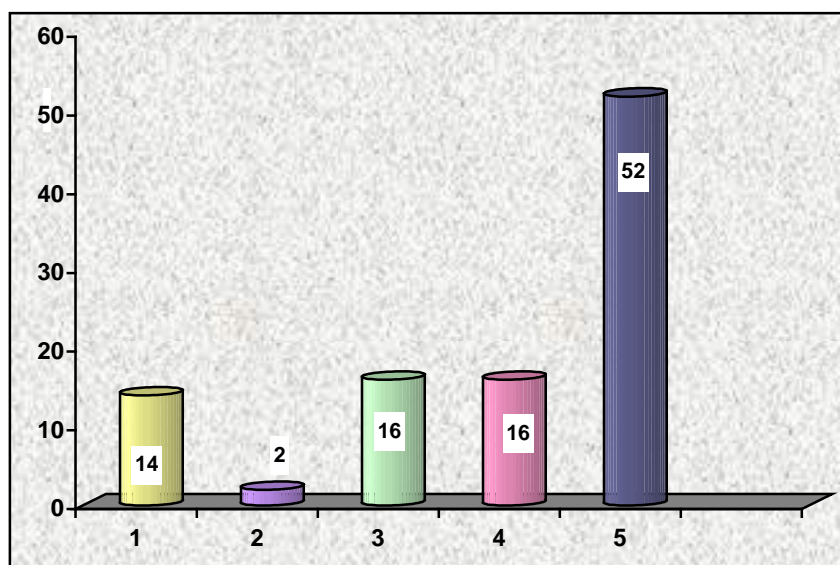


Gráfico 26.- Restricción visitas

RESTRICCIÓN VISITAS- TECNICAS INVASIVAS

Restricción visitas/PIC.- Un 72% considera que se debe restringir las visitas Con una valoración mínima de 1y máxima de 5, media de 4,48, desviación de 1,16 y varianza de 1,36

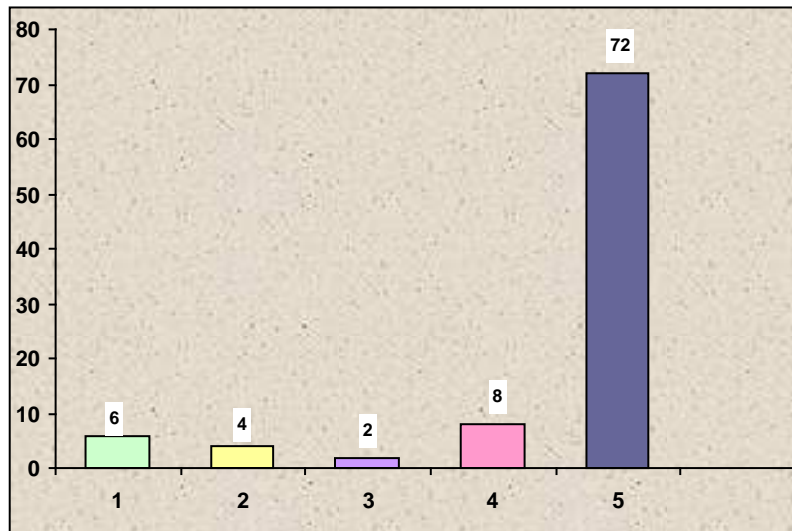


Gráfico 27.1.- PIC

Restricción visitas/RCP.-Un 80% considera que se debe restringir las visitas Con una valoración mínima de 1y máxima de 5, media de 4,57, desviación de 1,13 y varianza de 1,29

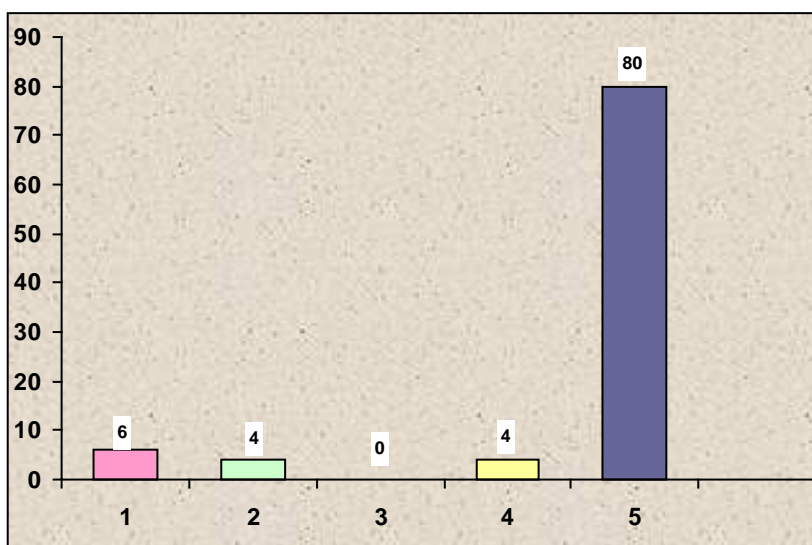


Gráfico 27.2.- RCP

Restricción visitas/INTUBACION.- Un 74% considera que se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,53, desviación de 1,10 y varianza de 1,21

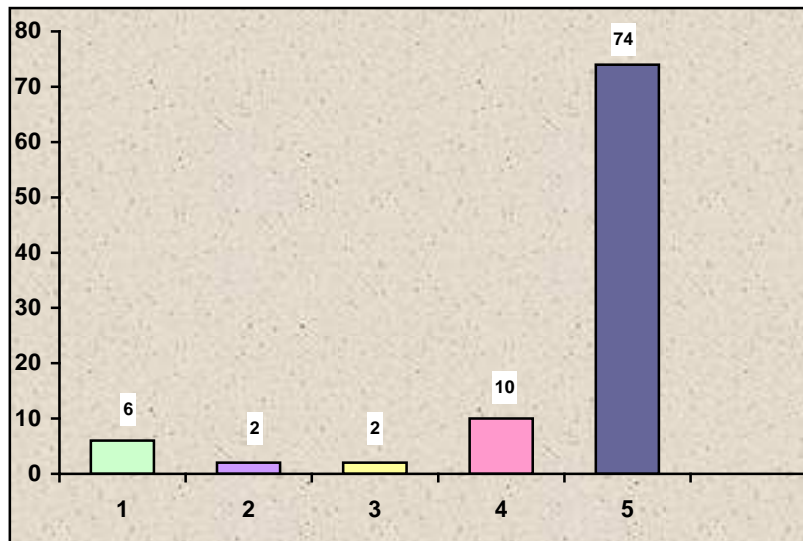


Gráfico 27.3.- Intubación

Restricción visitas/CANALIZACION VIA CENTRAL.- Un 60% considera que se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 4,20, desviación de 1,34 y varianza de 1,79

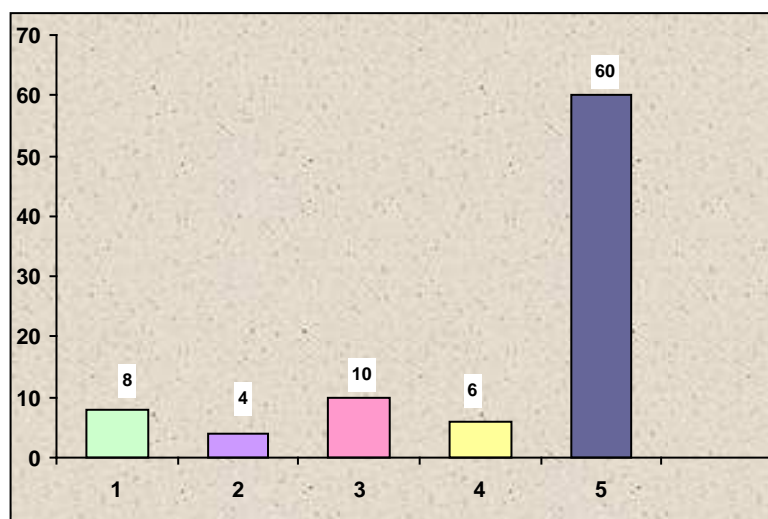


Gráfico 27.4.- Vía central

RESTRICCION VISITAS TECNICAS NO INVASIVAS

Restricción visitas/SONDAJE VESICAL.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,70, desviación de 1,64 y varianza de 2,69

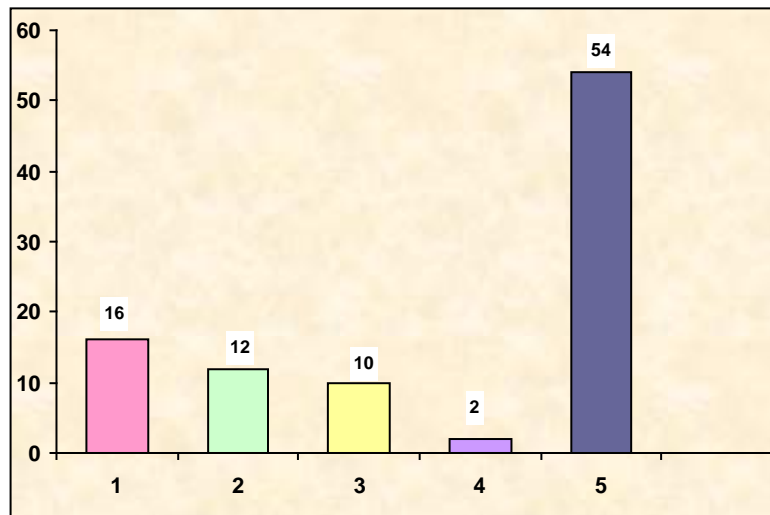


Gráfico 28.1.- Sondaje vesical

Restricción visitas/ASPIRACION SECRECIONES.- Un 32% considera que NO es necesario restringir las visitas. En el caso del las aspiración de secreciones, pero por el contrario un 30% opina que si deben restringirse. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,89 desviación de 1,71 y varianza de 2,94.

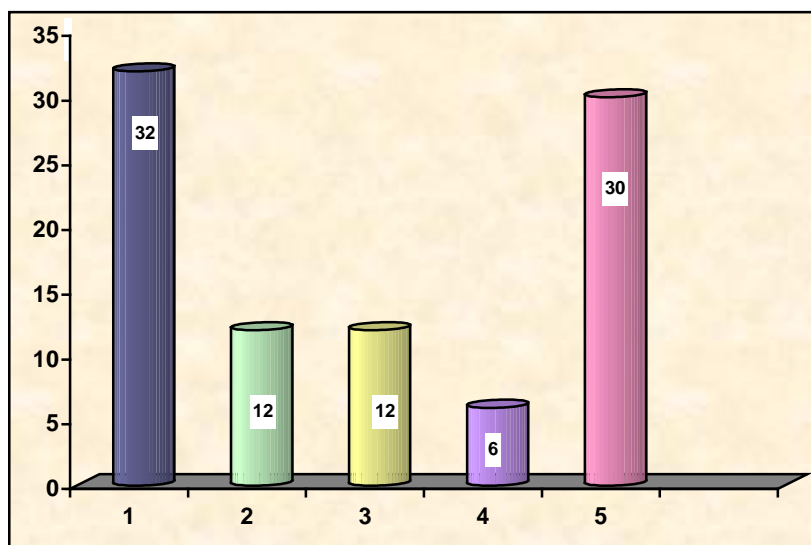


Gráfico 28.2.- Aspiración secreciones

Restricción visitas/RECOGIDA DE MUESTRAS.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,50, desviación de 1,58 y varianza de 2,52.

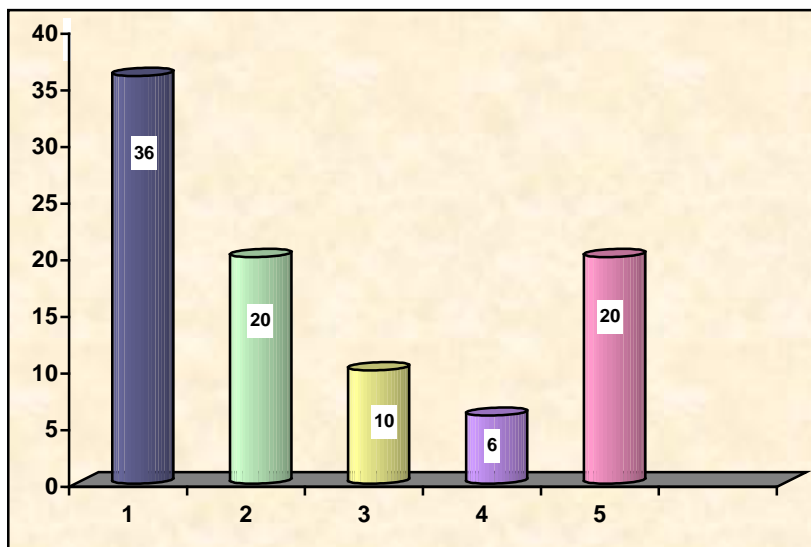


Gráfico 28.3.- Recogida muestras

Restricción visitas/HIGIENE.- Un 68% considera que NO se debe restringir las visitas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,66, desviación de 1,56 y varianza de 2,44.

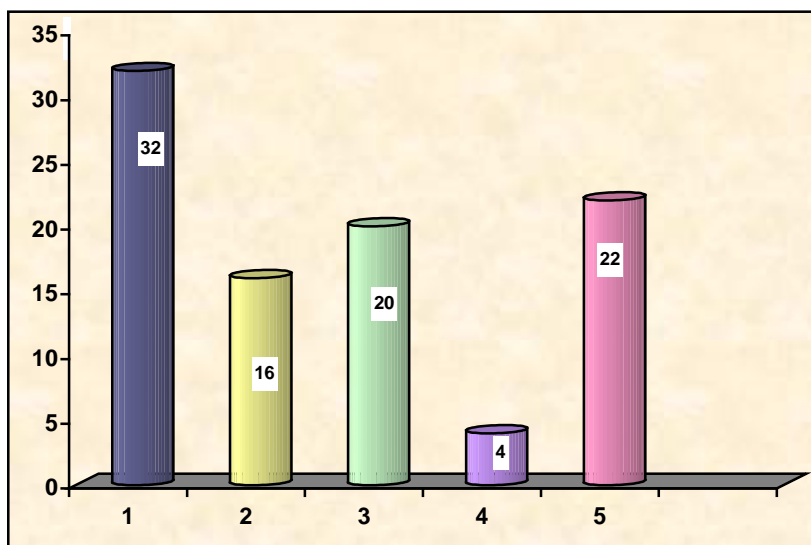


Gráfico 28.4.- Higiene

Restricción visitas/CANALIZACION VIA PERIFERICA.- Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 2,82, desviación de 1,64 y varianza de 2,69

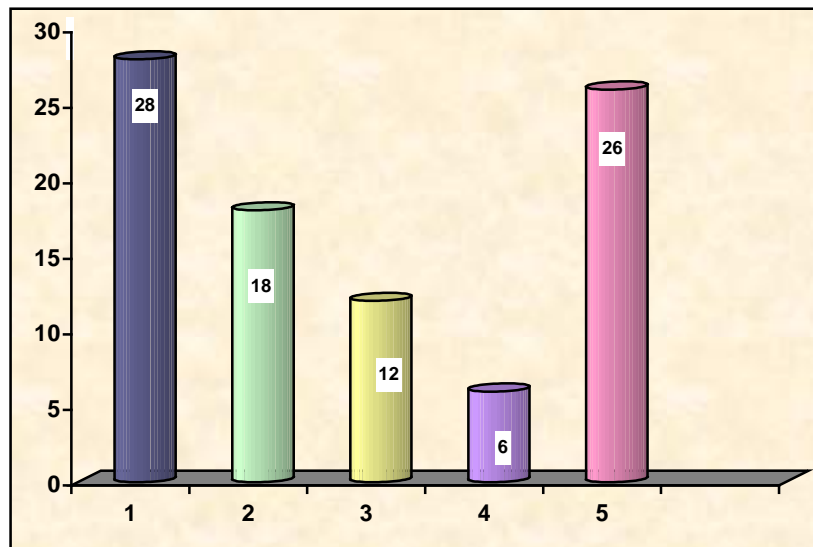


Gráfico 28.5.- Vía periférica

Grado de acogida visitas durante 24 horas.- El 48% de los encuestados valora con la puntuación máxima de 5 el grado de acogida de las visitas durante las 24 horas. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, media de 3,85, desviación de 1,39 y varianza de 1,95.

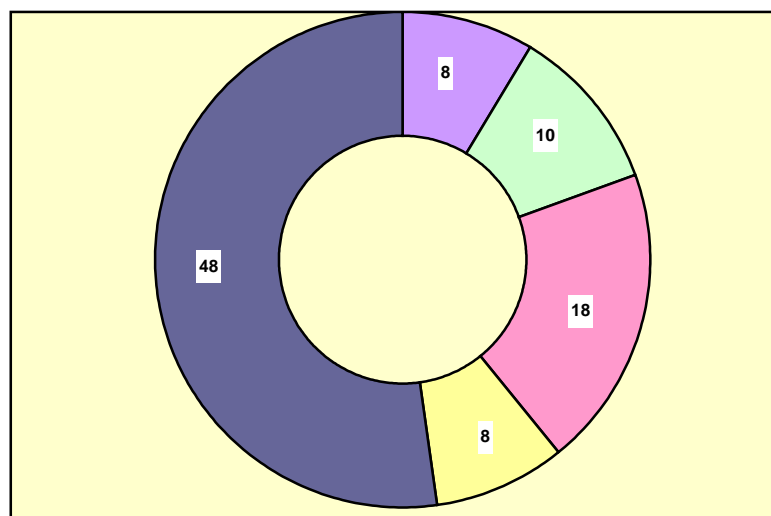


Gráfico 29.- Grado de acogida

Disponibilidad ausentarse trabajo.- El 38% de los encuestados presenta dificultades para ausentarse del trabajo. Con una valoración mínima de 1 y máxima de 5, con una media de 3,33, desviación de 1,63 y varianza de 2,66.

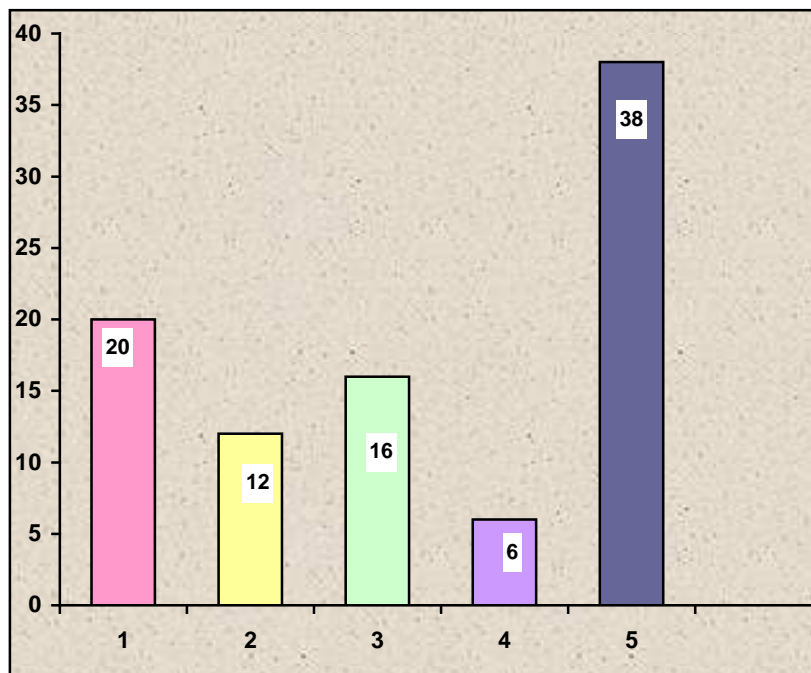


Gráfico 30.- Disponibilidad ausentarse trabajo

Las siguientes gráficas muestran un análisis cualitativo de las respuestas aportadas por el grupo de estudio de los padres/tutores, con respecto a las sugerencias planteadas en la encuesta en los temas referidos que abordan que aspectos mantener, eliminar y mejorar

ASPECTOS A MANTENER.- El análisis muestra el interés por parte de los encuestados que se mantenga un número de visitas restringido y muestra la importancia que le dan los padres a la higiene previa a la entrada a la Unidad para visitar a su hijo.

Se obtiene también como dato relevante a mantener en la organización de la Unidad actual la atención e información que proporcionan las enfermeras, de igual manera queda reflejado que consideran que existe una buena organización y destacan la buena información en general por parte de todos los profesionales.

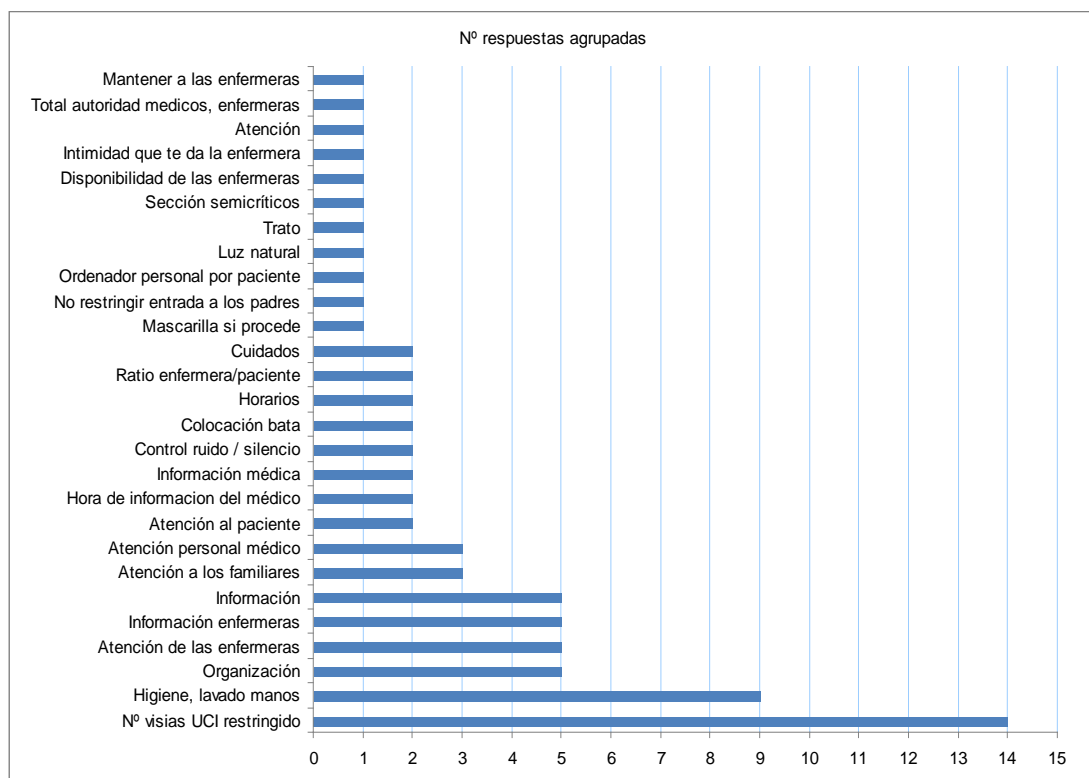


Gráfico 31 - Aspectos a mantener

ASPECTOS A ELIMINAR.- El grupo de estudio de padres/tutores destaca como el primer aspecto a eliminar la aglomeración que se produce en la sala de espera en los horarios de visitas actuales. Curiosamente uno de los datos relevantes que contrastan con los resultados del análisis descriptivo es que desean eliminar la posibilidad de que su hijo este solo en todo momento a pesar de eso dicho dato no queda reflejado en otras preguntas vinculadas al mismo tema en la encuesta realizada.

Otro dato a contrastar es que algunos de los participantes en el estudio consideran que no hay que eliminar ningún aspecto de la organización vigente

Por último otra de las respuestas destacables es que consideran que existe un déficit de intimidad

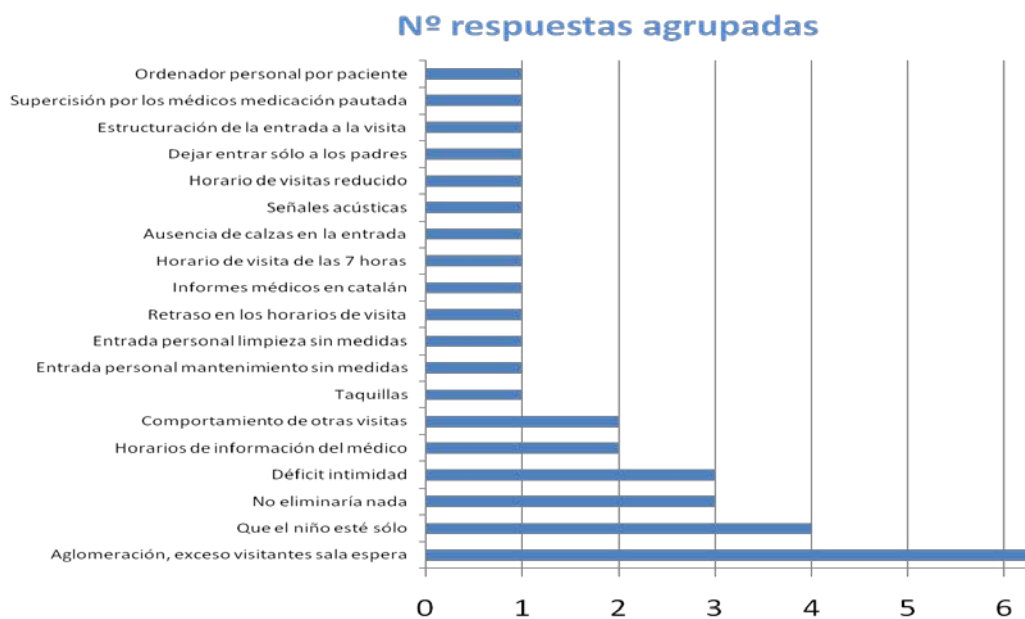


Gráfico 32 - Aspectos a eliminar

ASPECTOS A MEJORAR.- En este último ítem analizado se reflejan como aspectos a mejorar la posibilidad de que existan más visitas, dato que vuelve a contrastar con los resultados del análisis descriptivo, otros de los temas que quedan contemplados como mejorables son: la puntualidad y , el ruido excesivo ocasionado por los propios familiares.

Uno de los datos más destacables en este análisis cualitativo es que quedan reflejados diferentes opciones para mejorar la organización de las visitas, tema central de nuestro estudio, se plantean aspectos de mejora que abarca desde mayor flexibilidad hasta visitas más frecuentes.

Como último uno de los temas estrella en los tres apartados es la higiene y el lavado de manos, en este apartado de mejora los encuestados sugieren un lugar más idóneo para el lavado y una sensibilización para todos los familiares que acuden a esta Unidad, quedando reflejado la importancia que le dan a este acto.

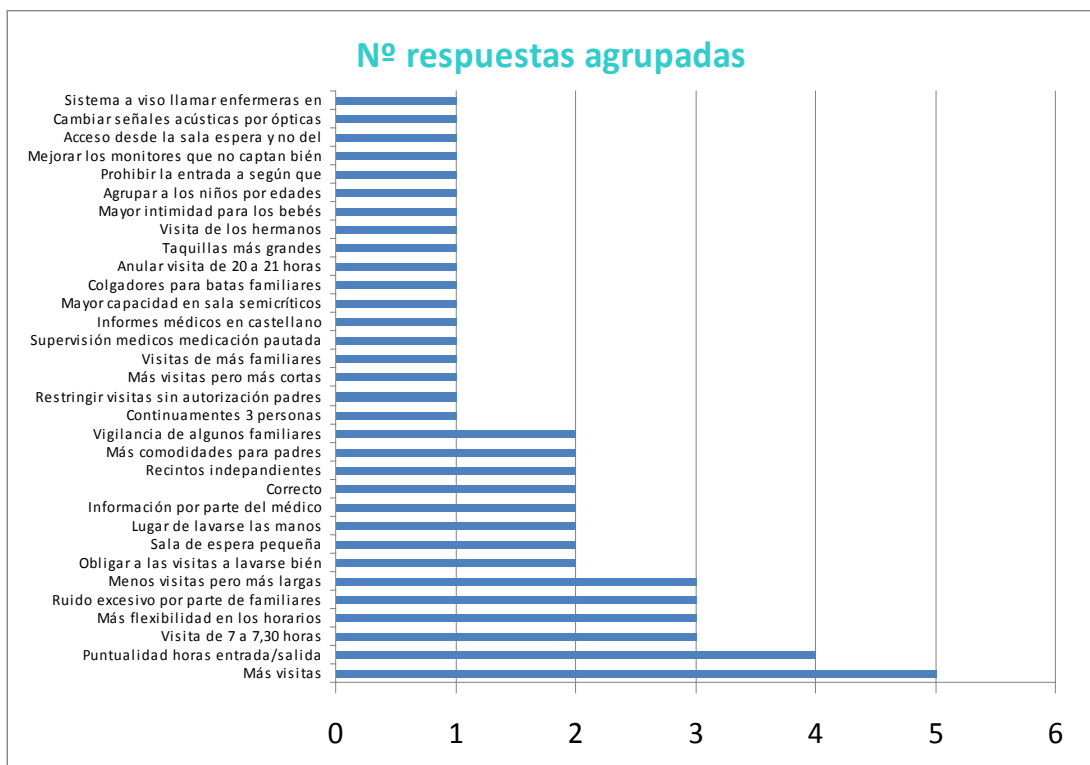


Gráfico 33 - Aspectos a mejorar

6 ANALISIS COMPARATIVO

Una vez efectuado el análisis descriptivo de los resultados obtenidos de los dos grupos sometidos a análisis, pasamos a comparar ambos resultados para extraer las conclusiones que avalaran o no la hipótesis formulada al inicio del trabajo de investigación.

Con respecto a **las variables personales** de la caracterización de la muestra se observa que respecto a la variable edad ambos grupos de estudio tiene una media de edad similar en el grupo de profesionales la edad media es de 37,06 años y en el grupo de padres tutores es de 38,36, ocurre algo parecido con la variable género de los encuestados que en el primer caso un 86% es de género femenino y en el segundo caso del 78%. Así que la mayoría de encuestas en ambos casos han sido contestadas por mujeres.

Con respecto a los estudios podemos comparar la categoría profesional del grupo de análisis de profesionales con los estudios realizados del grupo de padres/tutores en el primer caso el 86% han cursado estudios universitarios y en el segundo un 32%

En la variable **Información a la familia proporcionada por el médico**, En el análisis de las variables referentes al horario y características del mismo para la información proporcionada por el médico, destaca que un 92% de los profesionales encuestados, consideran que el horario de información debe ser fijo, mientras que solamente un 8% opina que no es necesario. en el grupo de padres/tutores el resultado obtenido es solo un 68% considera que el horario tiene que ser fijo y un 30% opina que no es necesario.

En las **Opciones de horario de información proporcionada por el médico**, en ambos grupos se destaca que el horario más idóneo es el de 12h a 13h en el grupo de profesionales con un 82% y en el grupo de padres tutores con un 52%, ambos grupos opinan que no es necesario información en horario

nocturno y en el resto de franjas horarias ofertadas los porcentajes son bajos en ambos grupos de análisis. Si es destacable que en el grupo de padres

tutores un 30% no contesta a esta opción dado a que no consideran necesario un horario fijo para que se les proporcione información, por el contrario relativo al **Número de veces que se proporciona la información por parte del médico**, predomina que el número de veces sean dos, punto en que ambos grupos están de acuerdo en porcentajes similares, contrasta que a pesar de que el grupo de análisis de los padres opinaban en un 30% la no necesidad de horario fijo si responden que necesitan dos veces la información.

Concerniente al punto de **Información a la familia proporcionada por la enfermera**, ambos grupos de análisis opinan lo mismo, los profesionales consideran en un 60% que el horario de información proporcionada por la enfermera no debe de ser fijo, los padres/tutores opinan lo mismo en un 62% mientras que un 40% para el primer grupo y un 32% para el segundo opinan que si es necesario, dado estos resultados en la siguiente opción referente a las **Opciones de horario de información proporcionada por la enfermera**, un 60% y un 62% no responden la opción dado que no consideran necesario un horario fijo de información, de todas formas para los que si lo consideran necesario, en ambos grupos el horario elegido como más idóneo es el de 12 a 13h que coincide con el mismo horario elegido para la información médica. En este caso y comparando con el horario de información médica en que ambos grupos no la consideraban necesaria en la franja nocturna, si la consideran en el caso de que la información la proporcione la enfermera en un 10% por parte del grupo de padres/tutores y en un 2% por los profesionales.

Relativo a cuantas veces tiene que informar la enfermera en el grupo de padre/tutores considera en un 40% que 4 veces.

La siguiente variable responde a la opinión sobre el **número de visitas junto al paciente**, teniendo en cuenta que hablamos de una UCI pediátrica y por tanto el paciente es un niño, en esta pregunta la opción que predomina con un 72% en el grupo de profesionales es una sola visita, el grupo de padres opina lo mismo en un 46% , y para dos visitas el primer grupo lo considera necesario en un 20% y el segundo en un 34% , más de esta cantidad de visitas los porcentajes no son relevantes en ninguno de los dos grupos de análisis.,

Sorprende que en la opción presentada en la encuesta relativa a las **visitas de hermanos menores de 12 años**, ambos grupos consideran que no son convenientes las visitas de los hermanos menores de 12 años, en el 68% los profesionales y en el 72% los padres / tutores.

Con respecto a las variables que hacen referencia al **efecto de la visitas sobre la dinámica de la unidad y sobre los profesionales**, los datos analizados hasta el momento desvelan que un 66% de los encuestados del grupo de profesionales, perciben que aumenta significativamente la demanda de atención cuando hay visitas en la unidad, en el segundo grupo de análisis la percepción es la misma con un valor del 58%

En la misma línea los datos relativos al **aumento de ruido en la unidad** durante las visitas son similares, el grupo de análisis de los profesionales considera en un 66% que aumenta el ruido en la unidad., el segundo grupo es de la misma opinión en un 69%

En la valoración de la siguiente variable a pesar que de los datos se deslucce que la percepción de los encuestados es de que durante las visitas aumenta el trabajo, en un 92% se observa que **las visitas de los familiares no les produce angustia o ansiedad.**, en el grupo de análisis de los padres /tutores un 75% considera lo mismo.

En el análisis de la variable de la **Interrupción de cuidados relacionados con las visita** se observa claramente un cambio de opinión en los dos grupos de análisis el 70% del grupo de los profesionales cree que existe una clara interrupción de los cuidados durante las visitas, por el contrario el grupo de análisis de padres / tutores considera en un 64% que no se interrumpen los cuidados.

Los datos obtenidos para la variable **de la buena relación paciente /familia y profesionales sanitarios**, en este caso ambos grupos de análisis consideran que el aumento de las visitas favorece la buena relación entre el paciente la familia y los profesionales sanitarios, el grupo de profesionales con un 64% y el de padres con un 68%.

En los dos grupos de estudio se considera que **un familiar acompañando es suficiente** obteniéndose el mismo valor numérico .También en ambos grupos se considera que **Personal sanitario debe restringir las visitas en determinadas ocasiones** con valores del 74% para el grupo de profesionales y del 68% para padres/tutores...

En las variables siguientes los grupos de análisis opinan respecto a la restricción frente a diferentes técnicas invasivas.-

TECNICAS INVASIVAS

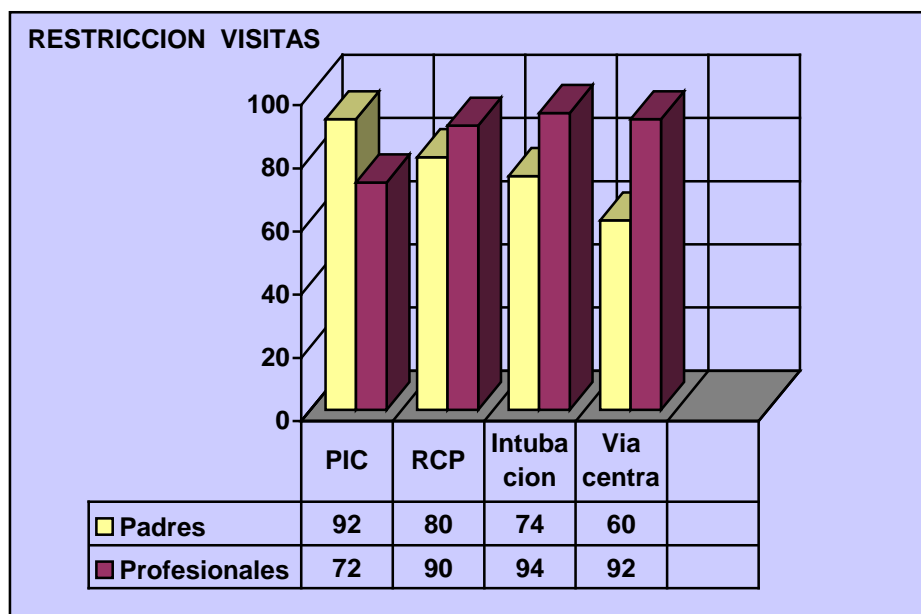
Restricción visitas/PIC.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 92% que durante esta técnica invasiva se debe restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 72%

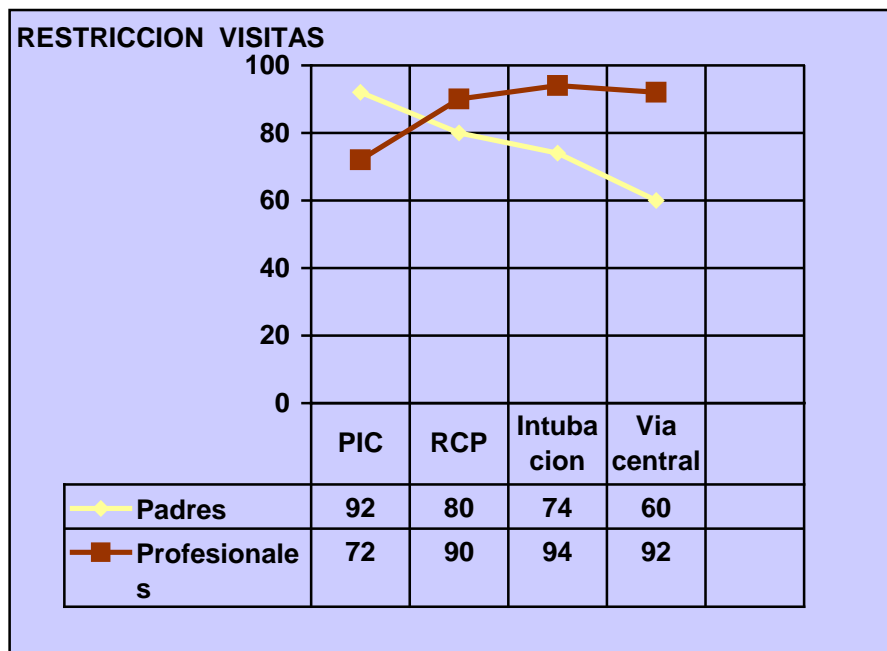
Restricción visitas/RCP.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 90% que durante esta técnica invasiva se debe restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 80%

Restricción visitas/INTUBACION.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 94% que durante esta técnica invasiva se debe restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 74%

Restricción visitas/CANALIZACION VIA CENTRAL.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 92% que durante esta técnica invasiva se debe restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 60%

De los datos obtenidos se observa que un porcentaje elevado de los encuestados en ambos grupos de análisis y a pesar de ser superior en el grupo de profesionales, opinan que para la realización de las técnicas invasivas ofertadas, considerando estas como muy frecuentes en una unidad de cuidados intensivos, se deben restringir las visitas en todos los casos.





Se plantea la misma situación para técnicas no invasivas, dónde la oferta plasmada en la encuesta refiere aquellas más habituales en una unidad de estas características.

TECNICAS NO INVASIVAS

Restricción visitas/SONDAJE VESICAL.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 425% que durante esta técnica no invasiva no es necesario restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 28%

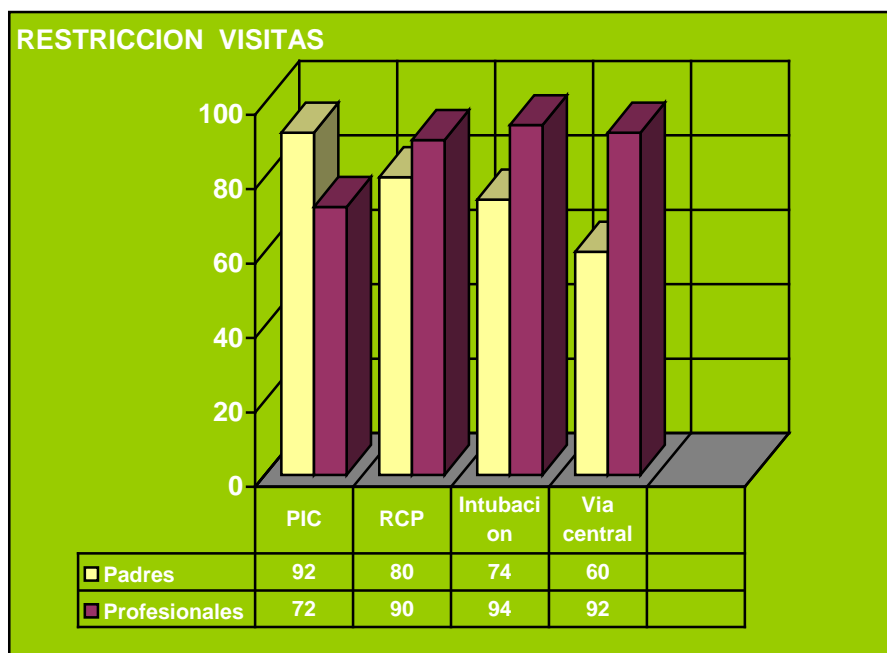
Restricción visitas/ASPIRACION SECRECIONES.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 68% que durante esta técnica no invasiva no es necesario restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 44%

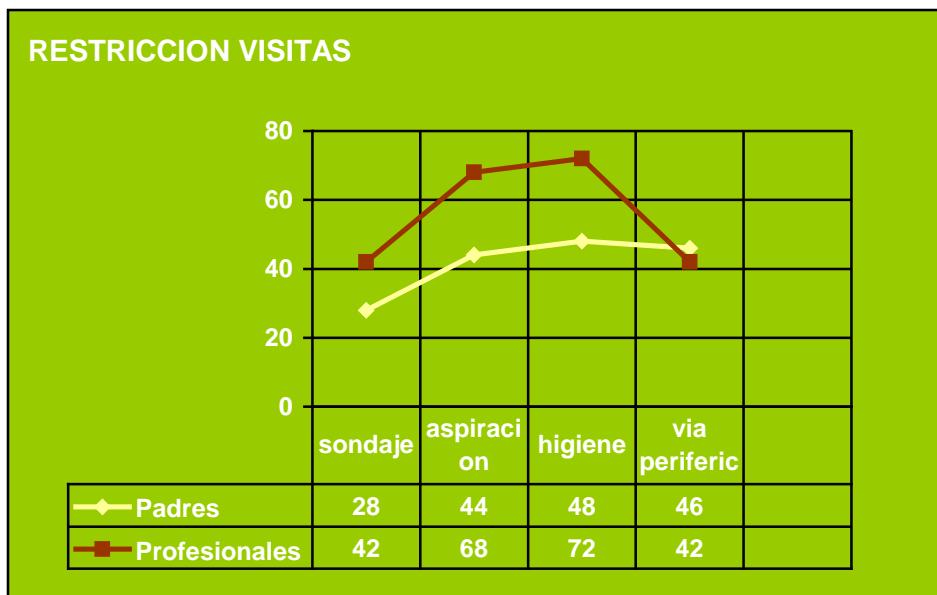
Restricción visitas/RECOGIDA DE MUESTRAS.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 56% que durante esta técnica no invasiva no es necesario restringir las visitas en esta ocasión coinciden plenamente en el porcentaje los dos grupos ya que el grupo de padres tutores opina lo mismo también con un 56%

Restricción visitas/HIGIENE.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 72% que durante esta técnica no invasiva no es necesario restringir las visitas contrasta el resultado del grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 48%

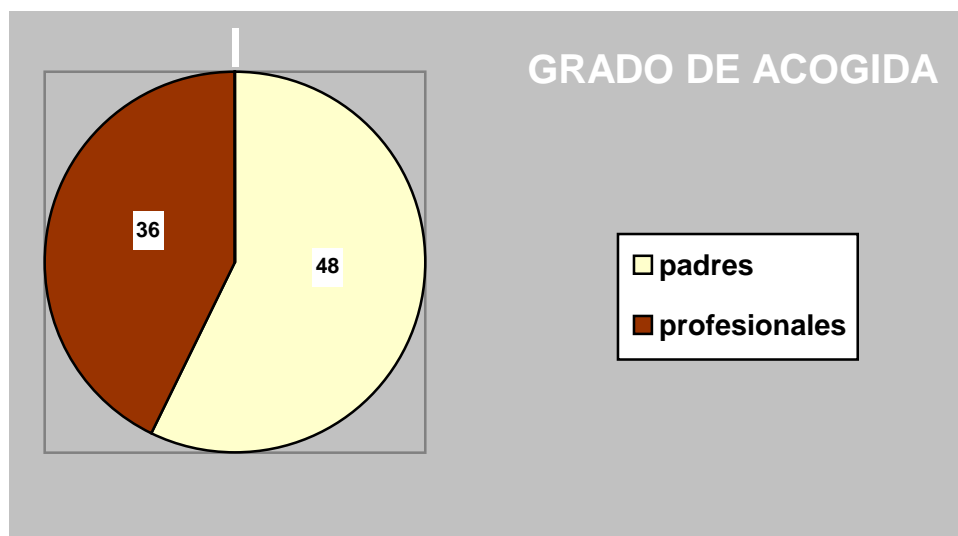
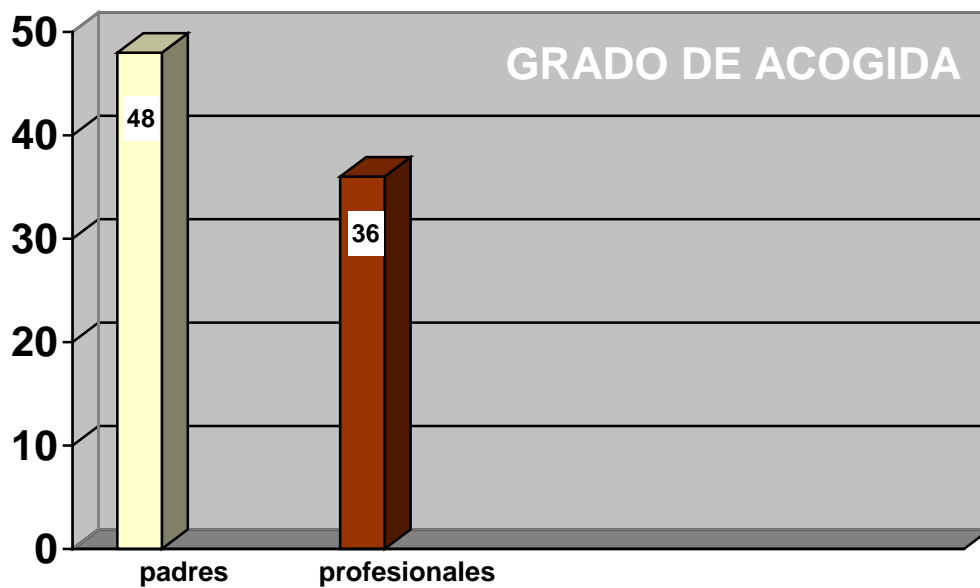
Restricción visitas/CANALIZACION VIA PERIFERICA.- el grupo de estudio de los profesionales opinan en un 42% que durante esta técnica no invasiva no es necesario restringir las visitas datos similares se obtienen en el grupo de padres tutores que para la misma afirmación el porcentaje es del 46%

En el caso de las técnicas no invasivas ambos grupos consideran en la mayoría de las técnicas ofertadas que no es necesario restringir las visitas, aunque esta ocasión los resultados presentan porcentajes más bajos y con mayores variaciones, las técnicas en que se considera más oportuno no restringir las visitas son la higiene y la aspiración de secreciones.





Para finalizar el análisis comparativo de ambas muestras, la última pregunta referencia el **grado de acogida que tendría para ambos grupos de análisis las visitas permitidas en la unidad durante las 24 horas**, y se destaca que para un 36% de los profesionales tendría una baja acogida, mostrando la valoración de 1, la más baja de la escala de likert presentada. Para el grupo de estudio de padres/tutores se referencia un 48% para la máxima acogida a esta propuesta, mostrando la valoración de 5, la más alta de la escala de lickert ofertada.



7 CONCLUSIONES

Para iniciar las conclusiones finales del estudio realizado, queremos remitirnos a su inicio; a la hipótesis planteada en sus comienzos “La propuesta de entrada libre de padres y tutores en la UCIP será mejor acogida tanto por padres y profesionales si se establecen algunos criterios de restricción, cuando se efectúen técnicas agresivas o situaciones de emergencia. “Dicha hipótesis se corresponde a la realidad observada en el estudio en ambos grupos de análisis.

En porcentajes elevados se concluye que para la realización de técnicas invasivas habituales en la UCIP, (PIC, RCP; Intubación y Canalización de vía central) profesionales y padres opinan de forma mayoritaria que para la realización de las mismas deben restringirse las visitas en todos los casos.

Por el contrario los datos muestran interesantes variaciones para la restricción de visitas durante la realización de otros tipos de técnicas consideradas no invasivas, (higiene, sondaje vesical, recogida de muestras, aspiración de secreciones, y canalización de vía periférica) pero opinando en todos los casos que durante la realización de las mismas no es necesario restringir las visitas.

El grado de acogida que tendría para ambos grupos de análisis las visitas permitidas en la unidad durante las 24 horas muestra oscilaciones, para un importante grupo de profesionales tendría una baja acogida y en un porcentaje mucho menor sería una propuesta aceptada. Contrariamente el grupo de padres opina favorablemente en la mitad de los encuestados en el que el grado de acogida sería una medida aceptada, dato que contrasta con el análisis de las restricciones de las visitas durante la realización de algunas técnicas invasivas en la que todos los encuestados de ambos grupos estaban de acuerdo con la restricción. Se concluye por tanto que la propuesta de permitir las visitas durante las 24h sería aceptada siempre y

cuando se restrinjan las mismas durante la realización de algunas actividades determinadas.

En el análisis global de todo el estudio destacamos como dato de interés las incongruencias que aparecen en el grupo de estudio de los padres/tutores, existe una no correspondencia entre los datos del análisis cualitativo y los datos del análisis descriptivo en el tema central de nuestro estudio que es la organización de las visitas. Esta no correspondencia es significativa desde el punto de vista de los padres que opinan la necesidad de que su hijo no este solo en ningún momento, afirmación que consideramos aceptable, pero curiosamente en el análisis descriptivo no quedan reflejados datos significativos vinculados a este tema que argumenten esta propuesta, por el contrario se observa cierto recelo por parte de los encuestados de este grupo de análisis en mantener una organización de las visitas que permitiera el acceso a las mismas durante las 24h y que evitaría que el niño estuviera solo.

Otra de las conclusiones que nos induce a la reflexión es el dato referente al número de visitas junto al niño, en este caso el grupo de profesionales opina que el numero idóneo seria una visita, por el contrario el gruideo de padres se decanta por dos personas como numero adecuado.

, Otra de las referencias destacables es la importancia de la información tanto la que proporciona los médicos como la que proporcionan las enfermeras, en este punto queda reflejado que los padres opinan tener una mayor necesidad en el numero de veces que se proporciona esta información por parte de las enfermeras manifestándose en el análisis q que es suficiente que el medico le informe 2 veces al día y por el contrario demandan que la enfermera lo haga el doble de veces

Durante el estudio se ha valorado como afecta la propuesta en la organización del trabajo , concluyendo que afecta directamente en la práctica diaria tanto en el aumento del mismo, en el aumento del ruido y en

la interrupción de los cuidados que se le realiza al paciente, igualmente y a pesar de los datos se concluye que es positivo el momento de las visitas ya que mejora la relación que se establece entre padres y profesionales aumentando la confianza y disminuyendo la ansiedad de los familiares.

8 PROPUESTAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

8.1 *PROPUESTAS DE MEJORA EN LA PRACTICA ASISTENCIAL*

- Difundir los resultados de este estudio con la finalidad de sensibilizar a todos los implicados. Dichos resultados se expondrán de forma interna a los profesionales tanto de la UCI implicada como a los profesionales de toda la organización.
- Realizar una sesión interactiva en que padres y profesionales puedan debatir y reflexionar de forma conjunta sobre el tema estudiado.
- Permitir horarios más flexibles de visitas en las UCIP facilitando así la relaciones entre padres profesionales y el niño ingresado, pero sin perder de vista la dinámica de la unidad y el que representa realizar ciertos tipos de técnicas invasivas, cuya realización requiere concentración pro parte de los profesionales y puede asustar a los padres e incluso intranquilizar al niño.
- Ofrecer horarios flexibles que ayuden a la adaptación tanto de profesionales como de padres en el cambio que se esta operando actualmente en casi todas las UCIs pediátricas, facilitando la adaptación para conseguir un horario abierto las 24h con restricciones determinadas durante las técnicas invasivas.

8.2 *LINEAS DE INVESTIGACION*

- Realizar el mismo estudio después de un año de la realización del mismo y después de haber aplicado las acciones de mejora
- Plantear un estudio de las mismas características a nivel multicéntrico en hospitales de las mismas características del estudiado.

-
- Realizar el mismo estudio a nivel multicéntrico pero enfocado a UCIs de adultos, acabado este estudio podría plantearse otro que compare los resultados del multicéntrico de las UCIs pediátricas con el multicéntrico de las UCIs adultos.

9 BIBLIOGRAFIA

- Abel F, Eutanasia y muerte digna. *Labor Hospitalaria* 1991(7) 222-366
- Arricivita A, Cabrera J, Arias M, Robayna M, Díaz L. Características de las organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de canarias. *Enfermería en cardiología*. 2002; 25:38-42.
- Ayllón Garridoa N, Álvarez González M, González García M. Vitoria. *Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos*
- Cuyas M, *El encarnizamiento terapéutico y la eutanasia. Cuestiones de Bioética*. Fundación Mapfre Medicina, Instituto Borja de Bioética 1997. 121-140
- Frias Azcarate, R (1994) *El stress en las UCI* Madrid: Ciencias de la dirección
- Galfré O, Barinboim B. *Salud y familia: La relación entre enfermedad y dinámica familiar* 2001.
- Knutsson, S, Bergbon, I (2007) *Nurs Crit Care Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs*. 12 (2) 64-73
- Knutsson, S, Bergon, I, Ottenberg, CL (2004) *Intensive Crit Care Nurs Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness. An interview study* 20,257-263
- Leon Molina J, *Enfermería: Profesión, humanismo y ciencia*. Murcia 2005
- Lopez -Herce, J (2007) La revisión bibliográfica. *Revista electrónica de Medicina intensiva*, vol 7 nº 11 artículo nº 1177,1-3
- Marco L, Bermejillo E. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería intensiva*. 2000; 11: 107-17.
- Morera Guitart J, *Concepto de calidad en la Asistencia Sanitaria. Metodología para su medición*. Santa Cruz de Tenerife 1999. Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología. 2003 ISSN 213-4853. vol 18 (4): 30-40

-
- Quinio P, Deghelt A, Guilloux M, De Tinteniach A, Catineau J. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2002, 28:1389-94.

Rubio Rico L, Cosi marsans M, martinez Marquez C, Miro Borrassw A, Sans Riba L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. La Rioja, 2006 *Enfermería intensiva* **ISSN** 1130-2399, Vol. 17 (4):141-153

- Sanchez Padron A, Sanchez Valdivia A, Bello Vega M, Aspectos éticos de los Cuidados Intensivos
- Tejada, J (1.997) El proceso de la investigación científica. Fundació La caixa
- Titler M. Family visitation and partnership in de critical care unit. En : Protocol for practice: creating a healing environment. Aliso Viejo. Calif:Aacn; 1997.
- Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, Perea-Milla E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva* 2005; 16(2):73-83.
- Zaforteza Lallemand C, Cambiar la atención a los familiares del paciente crítico: de cuidado arbitrario a cuidado sistemático islas Baleares.