

Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo

Critical unit adults open doors: experiences of nursing in public hospital of Quintana Roo

Esmeralda Fuentes-Fernández¹, María Antonia Huichin-Pool², Débora Cante-Hernández¹, Mario Alfredo Pérez-San Román¹

RESUMEN

Introducción. La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) de puertas abiertas es una propuesta que puede generar bienestar al paciente, disminuyendo la ansiedad familiar y aumentando la calidad percibida. Sin embargo, puede también generar carga de trabajo añadida para los profesionales de enfermería.

Objetivo. Analizar las vivencias del personal de enfermería de un hospital público en Quintana Roo, tras la experimentaron de UCIA de puertas abiertas y conocer las ventajas y desventajas de dicha práctica.

Materiales y método. Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, con selección de participantes a través de muestreo de casos tipo, con criterios de selección predeterminados de acuerdo a caracterización y triangulación según objetivos del estudio. La información se obtuvo mediante entrevista a profundidad con base en un guion estructurado, apoyado con técnicas audio sonoras y de notas de campo.

Resultados. Se identificó integración entre el paciente, la familia y el personal de enfermería al permitirse una estancia más prolongada dentro del área, visualizándose como una oportunidad de trabajo interrelacionado con aplicación de aspectos humanísticos con énfasis en el trato. Sin embargo, se encontraron también limitantes como inseguridad profesional y barreras para la atención de enfermería.

Conclusiones. La UCIA de puertas abiertas, como una práctica transformadora para la atención de enfermería, favoreció el mantenimiento de la relación enfermera, paciente y familia; y se identifica como una oportunidad de llevar a cabo una práctica innovadora para la mejora de los cuidados críticos.

Palabras claves: Unidades de Cuidados Intensivos; Cuidados Críticos; Atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction. The Adult Intensive Care Unit (ICU) with open doors is an approach that can generate well-being for the patient, reducing family anxiety and increasing perceived quality. However, it can also generate additional workload for nurses.

Objective. To analyze the experiences of the nursing staff of a public hospital in Quintana Roo, after the experience of open-door ICU and know the advantages and disadvantages of this practice.

Materials and method. Qualitative phenomenological study, with selection of participants through sampling of model cases, with predetermined selection criteria according to characterization and triangulation according to study objectives. The information was obtained through in-depth interview based on a structured script, supported by audio-sounding techniques and field notes.

Results. Integration between the patient, the family and the nursing staff was identified by allowing a longer stay within the area, visualized as a work opportunity interrelated with the application of humanistic aspects with emphasis on treatment. However, there were also constraints such as professional insecurity and barriers to nursing care.

Conclusions. The open-door ICU, as a transformative practice for nursing care, favoured the maintenance of the nurse-patient-family relationship and is identified as an opportunity to carry out an innovative practice for the improvement of critical care.

Keywords: Intensive Care Units; Critical Care; Nursing Care

¹ División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo. México

² Hospital General de Chetumal. Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. México

Correspondencia: Esmeralda Fuentes-Fernández.

Correo electrónico: esmefuentes@uqroo.edu.mx

Recibido: 13 de marzo de 2018.

Aceptado: 28 de abril de 2018.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área hospitalaria creada para la atención de pacientes, que por su grave estado de salud, se encuentran con una alta probabilidad de morir. Dicha situación genera incomodidad e inquietud, tanto en el paciente como en la familia, y en ocasiones, en el propio personal de salud integrado para su atención. Considerando este panorama, se agregan además normatividades y protocolos rigurosos que favorecen la recuperación de la persona desde el punto de vista de la enfermedad, pero que en algunos casos no pudieran considerar los aspectos emocionales del paciente y la familia ⁽¹⁾.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tiene su antecedente en el siglo XIX, con Florence Nightingale, quien agrupaba a los heridos de la guerra de Crimea según su gravedad. Posteriormente, la UCI evolucionó en calidad, recursos humanos, recursos físicos y recursos tecnológicos⁽¹⁾. Actualmente se caracteriza por ser un área que desarrolla actividades dirigidas al proceso de atención médica a pacientes en estado crítico que presentan alteraciones de uno o más órganos, con pérdida de su autorregulación, y que necesitan soporte artificial en sus funciones vitales, así como asistencia continua, equipos de alta tecnología, personal de salud calificado y las terapéuticas acordes a los últimos avances y evidencias científicas; todo esto en apego a protocolos para el cuidado seguro y de calidad ⁽²⁾.

En este contexto, es importante considerar también la percepción de la sociedad respecto a los hospitales, identificados como lugares que generan temor e intranquilidad, ya que no es un lugar agradable para el paciente y su familia, pues genera expectación ante la enfermedad. El ambiente hospitalario implica exposición, incomodidad y también despersonalización para el paciente y familia, debido a que se olvidan las necesidades emocionales del primero ⁽³⁾, y se excluye en gran proporción a ésta última ⁽⁴⁾.

Si la situación del enfermo se complica, entonces el paciente es atendido en UCI, donde es sometido a tratamientos invasivos con el objetivo de favorecer su recuperación ^(5,6); sin embargo, esta serie de tratamientos, y las características propias de las UCI como espacios cerrados y restrictivos a las visitas familiares, hace que estas unidades aumenten la incertidumbre en el paciente y familia ^(5,7). De esta manera las UCI se convierten en ambientes hostiles para pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales ⁽⁸⁾.

Considerando lo anterior, y desde la perspectiva tanto fenomenológica como del cuidado humanizado en enfermería, se establecen pautas del cuidado desde los metaparadigmas de enfermería para procurar el fortalecimiento de la atención con enfoque en la persona, enfermería, la salud y el entorno; como elementos indispensables de la profesión y la razón de ser del cuidado y sirven de guía a la práctica de acuerdo a las necesidades del cuidado.

Margaret J. Harman Watson, desarrolló la Teoría de la Filosofía y Ciencia del Cuidado, la cual se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, con orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Watson reconoce al alma como parte del espíritu de la persona, el cual es capaz de evolucionar y trascender; asimismo refiere el dualismo como aquellas experiencias objetivas y subjetivas de la persona; puntualiza la armonía, la causalidad y el tiempo como elementos siempre presentes en el cuidado de enfermería, pero que han sido subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico ⁽⁹⁾.

El cuidado solo puede ser eficaz cuando es otorgado de manera interpersonal, suscitando de esa manera la promoción de la salud, así como el crecimiento personal y familiar, por lo cual las respuestas obtenidas aceptan a la persona desde su naturaleza humana, propiciando que el entorno del cuidado que le otorga la enfermería sea fundamental para su recuperación. Por ende, la capacidad de procurar un cuidado de enfermería ideal y el pensamiento filosófico de la práctica, determinan la contribución de la profesión a la sociedad y a la humanidad ^(10,11,12).

En este contexto teórico, es indispensable analizar el entorno estructural y de trabajo de las UCI, ya que puede percibirse desde la dimensión humanista, como una barrera que afecta la recuperación del paciente, y al mismo tiempo agudiza el riesgo de alteración de la salud de la familia e inclusive del propio profesional ⁽¹⁴⁾.

Estudios actuales promueven la humanización de los cuidados intensivos, incluyendo aspectos relacionados con la participación de las familias en los cuidados y los horarios de visita ⁽⁸⁾, o también conocida como UCI de puertas abiertas. Dicha estrategia es denominada así por las visitas de tipo liberalizadas, con horarios amplios y flexibles, que permite a la familia ajustar sus horarios laborales para coparticipar en las actividades de cuidado del paciente ⁽³⁾.

Anatvia et al, refieren en un artículo de revisión que las visitas abiertas en la UCI generan beneficios en el paciente, como la disminución de la ansiedad conforme pasan los días de estancia, así como mejoría en pacientes con falla cardíaca. Estos autores identificaron que la percepción de los profesionales de enfermería, considera a las visitas familiares como más beneficiosas para los pacientes, ya que proporcionan apoyo emocional a éstos, incrementan su deseo de vivir y no alteran su hemodinámica, además que aumentan la satisfacción, y la disminución de la ansiedad familiar. Sin embargo, por otra parte se observó que en algunos estudios, las enfermeras presentan resistencia al sistema de UCI de puertas abiertas debido a que aumenta la carga laboral psicológica y física. A su vez se observó que la Implementación de UCI de puertas abiertas causó alto nivel de burnout en el personal, teniendo un predominio mayor en las enfermeras ⁽¹³⁾.

La UCI de puertas abiertas es una propuesta que genera bienestar al paciente, disminuye la ansiedad familiar y aumenta la calidad percibida; sin embargo, puede también generar carga de trabajo

añadida para los profesionales de enfermería. Además, se genera una mayor satisfacción de las necesidades que ayudan en la recuperación de la salud del individuo, pues propicia una relación armónica de la persona con el contexto médico y familiar que lo rodea.

Por ello, es importante considerar la percepción de los profesionales de enfermería ⁽¹⁵⁾, debido a que son ellos los que mantienen de forma continua los cuidados del paciente crítico, teniendo una visión objetiva y subjetiva holística del cuidado del paciente en la UCI. Por lo anterior el objetivo de este estudio fue identificar las experiencias de los profesionales de enfermería, para analizar los beneficios y desventajas de dicha modalidad de atención.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico en un hospital público del estado de Quintana Roo, con selección de participantes a través de muestreo de casos tipo, cuyos criterios principales de referendo se basaron en su participación durante la atención de los pacientes y su disposición para colaborar en el proyecto. Conformada finalmente por una población total de 6 profesionales de enfermería asignados a la UCI de la institución de salud estudiada; los cuales estaban ubicados en seis diferentes turnos hospitalarios, distribuidos en el día y la noche. Los profesionales tuvieron a su cargo la atención de pacientes con el modelo de UCI de puertas abiertas bajo el marco de Humanización del Cuidado, la cual no contaba con una estandarización formal.

Para la recuperación de datos se implementó la técnica de entrevistas a profundidad, en donde la información recabada se trianguló de persona a persona. Además de la entrevista a profundidad se usaron notas de campo para obtener información importante con respecto a la identificación de comportamientos complejos, tanto del profesional de enfermería como del paciente y la familia. La triangulación siguió un modelo de plática entre iguales y de cara a cara entre el investigador y los informantes, orientada hacia la comprensión de las perspectivas que tenían los informantes respecto a lo vivido, así como de sus experiencias y situaciones generadas a partir del fenómeno en estudio.

La indagación concretamente se obtuvo a través de un guion estructurado con seis preguntas no restringidas, las cuales fueron explicadas previamente; a su vez se consideró un área de comodidad y seguridad que propició la fluidez de las respuestas, permitiendo la exploración y el análisis de acuerdo a los intereses de la investigación.

Las respuestas fueron concentradas en material de audio para su procesamiento de manera individual; previo a las entrevistas se solicitó el consentimiento informado de los participantes, asimismo se decidió proteger la identificación del personal entrevistado con el uso de seudónimos para garantizar la confidencialidad de las identidades.

Por último, el procesamiento de la información consistió en recuperar los datos mediante la escucha de los audios y se analizó de acuerdo a las dimensiones según estructura del instrumento de recolección; posteriormente se llevó a cabo la agrupación de respuestas según afinidad y propósito del proyecto, para posteriormente llevar a cabo el análisis para la emisión de resultados de acuerdo al objetivo general.

RESULTADOS

El personal de enfermería se caracterizó por ser asignados para una rotación anual en la UCI, siendo el de menor antigüedad de un año y el de mayor antigüedad en el servicio con más de 15 años, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a sus capacidades, habilidades y actitudes demostradas para el manejo de pacientes en estado crítico, con un perfil de formación como licenciadas en enfermería, en donde dos de ellas además contaban con estudios de especialización, una en el área y otra en servicios administrativos, todas con un desempeño reconocido en otras áreas hospitalarias como Urgencias, Oncología, Medicina Interna y la propia UCI.

Se identificaron los siguientes beneficios de la estancia y la convivencia continua de familia-paciente según lo expresado por el personal de enfermería:

La Licenciada Q. *“El trabajar en compañía de los familiares me pareció una experiencia diferente a lo acostumbrado, siento que puede haber una mayor integración entre los pacientes y los familiares con nosotros”*

La Licenciada S. *“Estoy sorprendida de esta disposición, pero quiero pensar que ayudará en la estancia del paciente ya que el padecimiento no solo le afecta físicamente sino también psicológicamente”*

La Licenciada P. *“Desde que la paciente ingreso al área de terapia intensiva les explique a los familiares que se quedaban con ella, cómo se tenía que atender a la paciente y lo importante que es, ellos me apoyaron mucho a tal grado que identificaron la mayor parte de los malestares que tuvo su paciente mientras estuvo hospitalizada”*

La Licenciada R. *“Observé un involucramiento de los familiares de la paciente con el personal de salud, a tal grado que ellos estuvieron al pendiente de todo lo que pasaba cuando eran los cambios de turno, y detectaban algún problema que se presentaba y avisaban oportunamente al personal”*

La Licenciada T. *“Al terminar mi turno de trabajo me sentí contenta y satisfecha por haber ayudado no solo a mi paciente sino también a su familiar, volvería a hacerlo de nuevo si dejan esta forma de trabajo otra vez”*

La Licenciada O. *“Esta forma de trabajo me hizo pensar que como enfermera no importa si está o no el familiar con su paciente de manera permanente para que yo haga mi trabajo de mejor manera, ya que mi trabajo debe ser bueno siempre con o sin esta”*

situación, que aunque extraña, deberían manejarse siempre, que no haya restricciones para los familiares de mis pacientes y se queden junto a ellos sin importar el área”

Lo anterior integró las siguientes categorías:

Integración entre el paciente-familia. La convivencia durante la estancia permitió el mantenimiento permanente de la relación paciente-familia, observándose un mayor compromiso y apoyo familiar para el cuidado básico de los pacientes, así como la disposición para el aprendizaje en técnicas y procedimientos tales como la alimentación, higiene y otras técnicas para propiciar comodidad.

Capacidad de identificación de respuestas y necesidades del paciente. Mismas que se comunicaban al personal de enfermería y esto propiciaba dar soluciones de manera más oportuna, limitando de esa manera la posibilidad de complicaciones u alteraciones con riesgo a la integridad de los pacientes, como son el dolor, elevación de la temperatura o cambios en el patrón respiratorio.

Interés en los enlaces de turno realizados por el personal de enfermería. Permitted a los familiares conocer la evolución de su paciente y en algunos casos satisfacer algunas dudas respecto a los cuidados de enfermería otorgados y su relación con el tratamiento médico, como fue el manejo de fármacos. Además, se percibió que el propio paciente, en la medida de sus posibilidades, se mostró más cooperador para su cuidado.

Sin embargo, según lo referido por el personal de enfermería, también se detectaron las siguientes desventajas:

La Licenciada Q. *“Para el personal de salud es un poco incomoda esta situación porque no es habitual tener a todas horas la presencia de familiares en el área de terapia intensiva”*

La Licenciada S. *“Es muy cansado que además de cuidar a un paciente también tengamos que estar cuidando y explicando todo lo que hago a los familiares; no sé a quién se le ocurrió la idea de esto”*

La Licenciada P. *“Ahora que lo pienso esta situación me ha provocado sentimientos encontrados, porque recuerdo una frase que dijo mi paciente recién ingresada al área de terapia intensiva: enfermera yo no me quiero morir; esta frase la recuerdo, pero lo que más aún recuerdo es la cara de su mamá como si realmente en ese momento se fuera a morir mi paciente, no quiero volver a vivirlo, ojalá que este sistema solo sea por un tiempo”*

La Licenciada R. *“La labor de la enfermera es animar y darle todo el apoyo moral al paciente y su familia ante tan dura situación, pero el tener todo el tiempo a los familiares desanima por momentos por no saber qué puede pasar”*

La Licenciada T. *“Si continua esta normatividad de dejar todo el tiempo a los familiares del paciente, creo que me limitará para realizar algunos procedimientos”*

La Licenciada O. *“Considero que el familiar no podrá llevar a cabo las medidas para que no se infecte su paciente, tuve que hablar mucho con ellos”*

Lo anterior integró las siguientes categorías:

Obstaculización en las intervenciones. En los primeros días, el personal asignado al área se quejaba, pues consideraba incomoda la presencia continua de los familiares durante el desarrollo de sus intervenciones, ya que sentían que les obstaculizaba para realizar sus labores cotidianas. Otros comentarios escuchados fueron que les sorprendió que haya sido autorizada esa situación, pero, que probablemente esto ayudaría en su estado de ánimo a los pacientes.

Impacto emocional en el personal. Entre los comentarios escuchados, señalaron que el propio personal sintió afcción en su estado de ánimo, ya que las situaciones que vivieron los pacientes con respecto a su enfermedad fueron muy cambiantes dentro del área, y consideraron que su buena resolución no dependió exclusivamente de enfermería.

Riesgos de infecciones. Dentro de las limitantes también percibidas fue el desacuerdo que sintieron las enfermeras al considerar el riesgo de contagios y/o complicaciones relacionadas a la presencia del familiar.

Otra dimensión importante a destacar según el sentir de las enfermeras, que reflejó el humanismo con el que se debe desarrollar el cuidado enfermero, fueron otras expresiones como:

- Que el contar con un familiar a lado de su paciente les facilitó su trabajo.
- Identificaron lo que sucede cuando los familiares no expresan sus sentimientos de preocupación ante la situación delicada de su paciente.
- Señalaron tener emociones y sentimientos contradictorios, ya que por un lado los pacientes incluidos en el protocolo tenían enfermedades terminales, lo que también les generó tristeza y sintieron que no les gustaría estar en ese lugar ni de paciente ni de familiar.
- Opinaron que la enfermedad generó cambios drásticos en los pacientes y en ocasiones no depende de enfermería el solucionarlos por completo.
- Sintieron inseguridad profesional, considerándola como una limitante para la atención humanista con énfasis en el trato.

A su vez dentro de la entrevista se preguntó ¿qué fue lo que hizo bien durante la estancia permanente del familiar con el paciente?, los participantes respondieron que consideraron que hicieron sus actividades apegados a protocolo, “a conciencia” y con el mayor esmero sin importar la presencia del familiar. Coincidieron que la atención debe brindarse por igual sin importar las condiciones físicas, de entorno (presencia de familiar), creencias y/o preferencias del paciente.

Por otra parte, al indagar sobre el aprendizaje adquirido de acuerdo al fenómeno de estudio, mencionaron:

- Haber comprendido que el cuidar a una persona con la salud dañada involucra al paciente y al familiar, yendo más allá de informes médicos.
- Que el trabajo colaborativo, la comunicación y la actualización continua de conocimientos en enfermería, les permite brindar una atención más completa, tanto para el paciente como para el familiar; si ésta forma de trabajo llegara a continuar.
- También señalaron que les quedó claro que tanto los pacientes como los familiares tienen sueños y temores, por consiguiente, al estar bajo el cuidado de enfermería ésta se convierte en su segunda familia.

Por último, al inquirir sobre qué harían diferente si volvieran a estar en la misma situación, los señalamientos fueron que harían las cosas exactamente igual porque su formación así lo demanda, y porque tienen que seguirse preparando para ello; además enfatizaron que volverían a dar todo para la atención del paciente y su familia, esperando reconocimiento y agradecimiento en algún momento.

CONCLUSIONES

La UCIA de puertas abiertas favorece el mantenimiento de la relación de ayuda enfermera, paciente y familia; es una oportunidad innovadora para el mejoramiento de los cuidados críticos. La estancia permanente del familiar con su paciente propicia un entorno cálido y seguro no solo para el paciente, sino también para el familiar y para el propio personal de enfermería, ya que favorecen intervenciones de acuerdo al sentir y el actuar de la persona y el profesional.

Se considera que la familia del paciente hospitalizado en la UCI también requiere de la suplencia de sus necesidades cognitivas, emocionales y sociales, como son el contar con información honesta, veraz, oportuna en un lenguaje comprensible, propiciando con ello la creencia de que hay esperanza. Lo anterior genera confianza, empatía, respeto y tranquilidad, mediante la clarificación de las reglas a seguir dentro de UCI, asimismo permite percibir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad.

Por último, es importante resaltar que, la UCI de puertas abiertas promueve y fundamenta la flexibilización de horarios para generar beneficios en pacientes, familiares y profesionales; por lo que resulta relevante conocer las vivencias específicas de los profesionales de enfermería respecto a las experiencias en torno a la UCI de puertas abiertas, contribuyendo a identificar fortalezas y áreas de oportunidad.

REFERENCIAS

1. Achury DM., Achury LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. Investigación y Educación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. [Internet] 2013; [Consultado en junio 2017]. (2): 137-151. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/6852/7424>
2. Galvis CR., Salamanca E. Percepción de necesidades en cuidadores Familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una Institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. [Internet]. 2014; [Citado julio 2017]16(2):81-94. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/8065/9704>
3. Escudero D., Viña L., Calleja C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Rev. Med Intensiva. [Internet]. 2014; [Citado Mayo 2017] 38(6):371-375. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
4. Bernal-Ruiz D., Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. Elsevier. Bogotá Colombia. Rev Enfermería Universitaria [Internet]. 2014; [Citado junio 2017]11(4):154-163. . Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-cuidado-enfermeria-familia-del-paciente-S1665706314709285>
5. Achury Beltrán LF. Panorama general de las visitas en las unidades de Cuidado intensivo. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. [Internet] 2014; [Consultado en junio 2017]. 16(1): 61-71. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/6852/7424>
6. Diario Oficial de la Federación, D.O.F 17/09/13, Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. w.w.w.dof.gob.mx
7. Pinho LB, Santos SMA. El proceso de salud-enfermedad-cuidado y la lógica en el trabajo del enfermero en UCI. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2007.] marzo-abril; 15(2). [Consultado junio 2017]. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2417/2715>
8. Heras G., Cruz M., Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev. bras. ter. Intensiva [Internet]. Jan./Mar 2017. [Citado Junio 2017] vol.29 no.1 São Paulo . Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170003>
9. Jesse E. Modelos y teorías en enfermería. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. Elsevier España. 2013. Séptima edición.
10. Raile M., Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España 2011. Séptima Edición.
11. Pokorny M. Modelos y teorías en enfermería. Teorías en enfermería de importancia histórica. Elsevier España. 2013. Séptima edición.
12. Urra E., Jana A., García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev. Ciencia y Enfermería XVII [Internet]. [Citado julio 2017] (3): 11-22, 2011. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
13. Anativia Montenegro P, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichan. 2016; 16(3): 340-358. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.6
- 14.
15. Maxwell KE., Stuenkel D., Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Elsevier Rev HEART & LUNG [Internet]. 2007. VOL. 36, NO. 5. [consultado Junio 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956307000490?via%3Dihub>
16. Ayllón N., Montero P., Acebes MI., Sánchez J. (2014). Unidad de cuidados Intensivos de puertas abiertas perspectiva de los profesionales. Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Rev Enferm Intensiva. [Internet] 2014; 77 [Consultado en Mayo 2017].25(2):72- Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>