

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

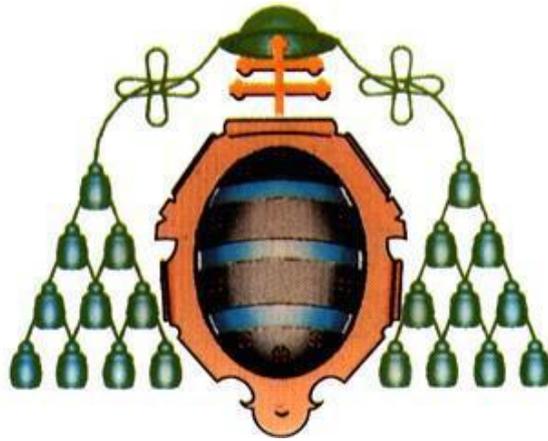
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Valoración del personal respecto al tiempo de
visita de las familias a los pacientes ingresados
en UCIP”

Trabajo Fin De Máster

Fecha: 26/05/2014

Nerea Santos Silva



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Valoración del personal respecto al tiempo de visita de las familias a los pacientes ingresados en UCIP”

Trabajo Fin De Máster

Una firma manuscrita que parece ser 'NS'.

Nerea Santos Silva

Autora

Una firma manuscrita que parece ser 'JACT'.

Dr. José Andrés Concha Torre

Nombre del Tutor



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

José Andrés Concha Torre, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Médico Adjunto en el servicio de Medicina Intensiva Pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias y Profesor del Máster Universitario de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Nerea Santos Silva titulado **“Valoración del personal respecto al tiempo de visita de las familias a los pacientes ingresados en UCIP”**, realizado bajo la dirección del Dr. J. Andrés Concha Torre, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación,
En Oviedo a 26 de Mayo de 2014.

Vº Bº

Fdo. Dr. J. Andrés Concha Torre
Director/Tutor del Proyecto

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento va dirigido a mi pareja, en primer lugar, por su bendita paciencia, pero sobre todo, por su apoyo y esas horas de insomnio que llevan mi nombre.

A mis padres, porque si no fuera por ellos yo no habría llegado hasta aquí.

A mis compañeras y amigas, por levantarme cada una de las veces que me he caído.

Y por último, y no por ello menos importante, a mi Tutor, porque a pesar de sus duras palabras, me hizo más fuerte.

A todos ellos, GRACIAS.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	Página 8
1.1.	CARACTERÍSTICAS UCIP DEL HUCA	Página 8
1.2.	HOSPITALIZACIÓN INFANTIL.....	Página 9
1.2.1.	DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.....	Página 9
1.2.2.	COMO AFECTA AL NIÑO Y AL ENTORNO FAMILIAR.....	Página 12
1.2.3.	COMO AFECTA LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA UCIP AL DESARROLLO DEL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	Página 14
1.3.	SITUACIÓN EN OTRAS UNIDADES.....	Página 14
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	Página 16
2	OBJETIVOS.....	Página 17
2.1	OBJETIVO PRINCIPAL.....	Página 17
2.2	OBJETIVO SECUNDARIO.....	Página 17
3	METODOLOGÍA.....	Página 18
3.1	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	Página 18
3.2	POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	Página 18
3.3	RECOGIDA DE DATOS.....	Página 18
3.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	Página 19

4	RESULTADOS.....	Página 20
4.1.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE RESPONDIERON A LAS PREGUNTAS.....	Página 20
4.2.	INFLUENCIA DEL HORARIO SOBRE EL PERSONAL.....	Página 23
4.3.	OPINIÓN SOBRE EL HORARIO ACTUAL.....	Página 26
4.4.	PROPUESTA SOBRE EL HORARIO EN EL NUEVO HUCA.....	Página 28
5	DISCUSIÓN.....	Página 32
5.1	CUESTIONARIO.....	Página 32
5.2	INFLUENCIA DEL HORARIO DE VISITAS SOBRE EL PERSONAL.....	Página 32
5.3	OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL HORARIO ACTUAL.....	Página 33
5.4	PROPUESTAS DEL PERSONAL PARA EL HORARIO DE VISITAS DE LA UCIP DEL NUEVO HUCA.....	Página 34
6	CONCLUSIONES.....	Página 36
7	BIBLIOGRAFÍA.....	Página 37
8	ANEXOS.....	Página 41
	ANEXO 1. Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado.....	Página 41

ANEXO 2.	Cuestionario.....	Página 46
ANEXO 3.	Horarios UCIP en 25 hospitales españoles.....	Página 48

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERÍSTICAS UCIP DEL HUCA

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) está organizada en siete boxes abiertos, cuatro se sitúan en la zona de intensivos y tres en la de intermedios. En esta zona existe una cama adicional para realizar procedimientos bajo sedo-analgésia de 8 a 15 horas.

El rango de edad de los niños ingresados en la UCIP oscila entre un mes y 14 años. En ocasiones, ingresan niños menores de un mes con patología respiratoria potencialmente contagiosa y pacientes entre 14 y 18 años, fundamentalmente crónicos, onco-hematológicos o postoperatorios de neurocirugía o Traumatología.

Las causas más frecuentes de ingreso en UCIP son: respiratorias (asma, neumonías, bronquiolitis), infecciosas (sepsis, meningitis, neumonías complicadas con derrame, traumas (politraumatismos), onco-hematológicos (infecciones, estados asociados a inmunodepresión, trasplantes de médula ósea), neurológicas (estatus convulsivos, encefalitis), postquirúrgicos de diversas especialidades: Cirugía Pediátrica: (peritonitis, tumores, malformaciones, pectus excavatum), Neurocirugía (colocación-recambio valvular, tumores cerebrales, postoperatorio de trauma craneal grave), Traumatología (escoliosis, politraumatismos), ORL (tumores base cráneo, infecciones graves ORL).

En cuanto a la política actual de visitas, el horario por la mañana es de 13 a 14 horas. Por la tarde es de 19 a 21 horas en la zona de críticos y de 18 a 21 en la de intermedios. En ocasiones, estos horarios de visita se restringen debido a urgencias en pacientes ingresados, ingresos o traslados de nuevos pacientes, etc. También existen excepciones en el sentido contrario: en caso de escasa ocupación de la unidad o con

pacientes poco complejos, pacientes crónicos, oncológicos o terminales. El número máximo de visitas por paciente y por turno es de dos sin posibilidad de cambiarse. Habitualmente son los padres quienes indican las visitas y casi siempre son ellos los que entran.

En el proceso de muerte, se hacen excepciones siempre. Los padres pueden estar todo el tiempo que quieran con su hijo/a pero existe muy poco espacio para los familiares en los boxes y muy poca intimidad

En cuanto a los cuidados del niño, se permite, si la situación del paciente lo permite, la interacción con la familia. Pueden darles de comer en las visitas, incluido biberón, y en caso de tomar pecho, la madre puede acceder a la unidad en cualquier momento para darle las tomas correspondientes.

Se da información médica a los familiares de los niños, dos veces al día a la hora programada para las visitas, en la propia UCIP, generalmente a pie de cama. No suele darse esta información por teléfono pero se hacen algunas excepciones si los padres no pueden venir a la visita y son conocidos por el personal.

En cuanto a la organización del personal, en intensivos hay dos pacientes por enfermera, mientras que en intermedios las tres camas y el box de técnicas están a cargo de una única enfermera. Respecto a las auxiliares de clínica hay una por turno en intensivos y otra en intermedios

1.2 HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

1.2.1 DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO (1)

Dentro de los pasos que se han dado en las legislaciones tanto nacionales como europeas para regular los derechos del niño en los hospitales, el punto fundamental ha

sido la adopción por parte del Parlamento Europeo en mayo de 1986 de la “Carta Europea de los niños hospitalizados” (Anexo 1), la cual proclama un total de 23 derechos del niño hospitalizado, de los cuales recogemos los siguientes:

- Derecho a estar acompañado de sus padres o acompañantes el máximo tiempo posible, no como espectadores pasivos sino como elemento activo de la vida hospitalaria.
- A recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico.
- A contactar con sus padres en los momentos de tensión.
- A ser hospitalizado junto a otros niños, evitando hospitalizarlos entre adultos.
- A proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital en casos de hospitalización prolongada, con la condición de que no cause perjuicios a su bienestar ni obstaculice el tratamiento.
- A disponer de juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales.
- Los padres pueden negarse a prácticas de investigación, cuidados o exámenes educativos o informativos y no terapéuticos.
- No serán sometidos a experiencias farmacológicas.
- En caso de sometimiento a experimentación terapéutica, estarán protegidos en la declaración de Helsinki, de la asamblea mundial.
- No recibirán tratamientos inútiles ni soportarán sufrimiento físicos evitables.
- Recibirán ayuda económica, moral y psicosocial para ser sometidos a exámenes o tratamientos en el extranjero.

1.2.2 COMO AFECTA AL NIÑO Y AL ENTORNO FAMILIAR

La hospitalización de un niño, supone una alteración en su día a día y en el de sus padres. Por ello, esta experiencia, es concebida como una situación delicada que puede convertirse en fuente de sufrimiento. (3)

Un punto importante a tener en cuenta es saber cuáles son las expectativas de los propios niños. Los diferentes niveles de miedo, estrés o motivos de preocupación en ellos (2, 4, 5) pueden estar relacionadas con cuatro aspectos principales:

- La propia enfermedad:

Las características de la enfermedad (naturaleza, duración y gravedad) y sus posibles secuelas o consecuencias (cicatrices, alteraciones físicas, incapacidades y riesgo de muerte).

- Los procedimientos médicos:

Pueden causar temor (inyecciones, extracción de sangre, cirugía) y/o dolor (aspiración de medula ósea, punciones lumbares...).

- El contexto sanitario

- *Diseño y estructura hospitalaria:* El aspecto arquitectónico, mobiliario, decoración de las habitaciones, el olor especial de los centros sanitarios y la vestimenta de los profesionales.

- *Organización propia del hospital:* Interrupción de la actividad diaria, pérdida de autonomía e intimidad, incertidumbre sobre la conducta apropiada.

- Relaciones personales

- *Con los padres:* Separación, ansiedad paterna.
- *Con otros pacientes:* Desconfianza a los desconocidos.
- *Con el personal sanitario:* Relación distante.
- *Situación personal:* Soledad y dependencia. (1, 2)

La hospitalización de un miembro de la familia, altera el equilibrio de las relaciones interfamiliares (3, 6), sobre todo cuando el paciente es un niño. Para los padres, la hospitalización de sus hijos supone un evento tan estresante que si no se valoran los factores de riesgo y se lleva a cabo una intervención temprana, pueden llegar a desarrollar estrés postraumático (19, 20).

Los padres se exponen a muchas situaciones estresantes y muchas emociones negativas, incluyendo sentimiento de culpa e impotencia.

Sin embargo, los padres juegan un papel fundamental como moderadores del estrés del niño por la transferencia de emociones que tiene lugar entre ambos. En este contagio emocional, intervienen elementos como el lenguaje corporal y las expresiones verbales (5). Si los padres se muestran serenos, logrando adaptarse a la situación, influirán favorablemente sobre el niño contribuyendo a tranquilizarlo, pero si manifiestan ansiedad, sobre todo ante la realización de los procedimientos médicos concretos, contribuirán a incrementar los niveles de malestar e incomodidad del hijo (4, 5).

Por otra parte, el simple contacto de los padres con el niño es uno de los factores que más reduce la angustia que sufren en esos momentos, dejando de lado la tranquilidad que supone la buena evolución del niño, la experiencia del personal sanitario y su atención constante. Lo que reafirma la necesidad de los padres de estar el máximo tiempo posible con sus hijos, por lo que se considera un deber de la asistencia el buscar fórmulas para hacerlo viable. (6-9)

1.2.3 COMO AFECTA LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA UCIP AL DESARROLLO DEL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El tiempo de contacto entre los profesionales y los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, suele corresponderse con el período de visita y de información. Parece lógico pensar que la organización de este tiempo debiera hacerse en función de la cobertura de sus necesidades para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo pero, normalmente, se organizan las visitas en función de la comodidad del equipo cuidador, propiciando que se mantengan conductas rutinarias, a veces, demostradamente inconvenientes (17).

En lo que conciernen a la competencia enfermera, un contacto continuo con los familiares en las UCIPs supone un aumento significativo del tiempo empleado y más dificultad para realizar los cuidados, a la vez que trastoca la fluidez usual del trabajo (21). Esto unido a la relación continua con la familia, produce un agotamiento emocional y estrés; una mayor carga física y psíquica del profesional sanitario, que en muchas ocasiones, no se poseen las estrategias necesarias, para enfrentarse al estrés de los familiares.(22)

1.3 SITUACIÓN EN OTRAS UNIDADES

Miles de niños son ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos cada año para tratamiento. Un número importante de estas hospitalizaciones se deben a enfermedades agudas. Pero también hay niños con enfermedades crónicas que precisan repetidas hospitalizaciones en este tipo de unidades (21).

Hoy en día, cada hospital establece su propia normativa y, en la mayoría, no se facilita el contacto de los niños con sus padres. Lo que se está intentado promover es que

la madre/padre que lo desee pueda permanecer con su hijo las 24 horas del día, y acompañarle durante la realización de pruebas médicas dolorosas y estresantes con el fin de reducir su grado de ansiedad, sin interferir en el trabajo profesional. Como todo, esto también presenta un problema secundario: la conciliación, ya que muchas madres/padres ven el estar con sus hijos como una obligación y sienten que tienen que dejarlo todo, incluso su trabajo, porque no pueden compaginar las largas estancias en los hospitales con el resto de sus actividades cotidianas (18).

En la actualidad, los avances tecnológicos han reducido la morbimortalidad en estas unidades. Sin embargo, parece ser que se ha tenido menos en cuenta la atención a las necesidades psicosociales de los niños y su familia, ya que la situación del paciente es crítica (21). Solo algunas de las UCIs Españolas se han ido liberalizando, propiciando una mayor satisfacción y mejor cobertura de sus necesidades. Las recomendaciones principales que ofrece la evidencia son: más visitas, mayor libertad de horarios, mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes y un abordaje multidisciplinar de la información, aunque en la práctica no es siempre así (17).

En julio de 2013 se publica en varios diarios de tirada nacional que “Los Padres podrán cuidar a sus hijos en la UCI las 24 horas.” Se refieren los distintos artículos a que los consejeros de las 17 comunidades autónomas junto con el Ministerio de Sanidad debatirán el acuerdo por el que todos los hospitales establezcan unos criterios de calidad que ayuden a la recuperación de los niños enfermos gracias al apoyo de sus padres. Sanidad presentará un decálogo donde se busca reconocer «el papel esencial que tienen los padres durante el ingreso del menor» (18).

Por otra parte, un estudio realizado por la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC) referenciaba los horarios de visita en las UCI pediátricas en 25 hospitales españoles. Afirmaron que en sólo diez centros el horario es abierto y flexible; en nueve, el horario de visita oscila entre cuatro y diez horas diarias, mientras que en el resto varía entre tres y una hora y media al día (23). Si ponemos algún ejemplo, en el grupo de centros con horario restringido, vemos que el Hospital Clínico de Valencia admite la visita de

un familiar durante una hora y media al día flexibilizándolo en caso de situación de gravedad o dependiendo de si quien se encuentre en la unidad es el grupo de medicina o de enfermería. Por el contrario, el Hospital del Niño Jesús de Madrid tiene horario abierto las 24 horas del día sin restricción funcionando desde hace muchos años (Anexo 3).

1.4 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta todo lo anterior y la inminencia del traslado a un hospital con una UCIP mucho mejor dotada tecnológicamente pero, sobre todo, mucho más espaciosa, con habitaciones cerradas que proporcionan una mayor intimidad, consideramos conveniente preguntar al personal que trabaja a diario en la unidad sobre cuál sería el mejor horario de visitas para los familiares de los niños ingresados

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Conocer las impresiones de los profesionales sanitarios de la UCIP del HUCA con respecto al horario de visitas de los familiares a los niños ingresados en esta.

2.2. OBJETIVO SECUNDARIO

- Conocer la preferencia del personal respecto al futuro horario de visitas en el nuevo HUCA.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se hizo un estudio descriptivo transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del HUCA con el objetivo de conocer la preferencia de los profesionales de dicha unidad con respecto al horario de visitas de los familiares ingresados en esta.

3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO

Personal sanitario de la UCIP del HUCA que intervenía en el trabajo diario durante el periodo de estudio. Se incluyeron todas las categorías profesionales: auxiliares de enfermería, personal de enfermería, facultativos y médicos internos residentes.

La participación en la encuesta fue voluntaria y anónima y se llevó a cabo entre el 15 de enero y el 15 de marzo de 2014.

3.3. RECOGIDA DE DATOS

Se realizó un cuestionario anónimo, compuesto por 6 preguntas cerradas de respuesta múltiple y una abierta sobre el futuro horario de la nueva UCIP (Anexo 2) y se proporcionó previamente al personal una explicación oral del motivo y justificación del estudio y de la manera correcta de realizarlo.

Durante la cumplimentación del cuestionario, no estaban presentes ni el resto de personal de la UCIP ni el autor del estudio con objeto de disminuir el sesgo.

Las variables recogidas en el cuestionario fueron:

- Profesión desempeñada en la unidad en el momento de la realización del estudio.
- Tiempo de antigüedad en la profesión sanitaria
- Tiempo de antigüedad en la UCIP
- Influencia de la presencia prolongada de los padres y/o familiares en el personal.
- Opinión sobre el horario actual de visitas
- Horario de visitas en la UCIP del nuevo HUCA
- Impresiones y Comentarios

No se accedió en ningún momento a información personal ni a datos clínicos por lo que no se precisó permiso del comité de ética.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron introducidos en una base creadas en el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Statistics versión 19, para el análisis de los cuestionarios realizados al personal.

Se analizaron frecuencias absolutas y relativas para todas las variables, que fueron consideradas cualitativas. Se usó el test de χ^2 para hallar la relación entre las variables.

Los valores de p inferiores a 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

4.RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE RESPONDIERON A LAS PREGUNTAS

Obtuvimos las respuestas de un total de 38 profesionales, que se distribuyeron de la siguiente forma: 21 profesionales de enfermería (5 de ellos, personal en prácticas), 7 auxiliares de enfermería y 10 médicos (de ellos 4 residentes) (Figuras I y II).

Figura I: Profesionales encuestados.

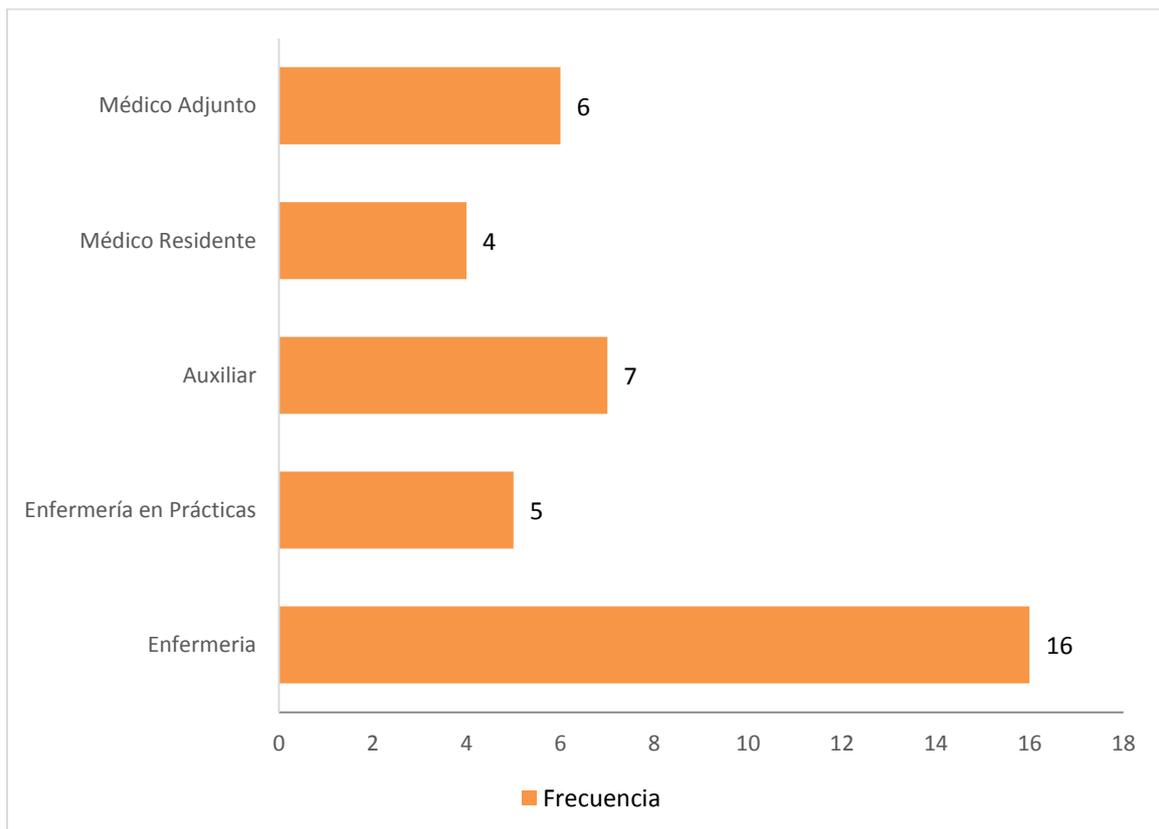


Figura II: Categorías resumidas.



En cuanto a la antigüedad profesional, 8 llevaban trabajando menos de 5 años, 9 entre 5 y 10 años, 7 de 10 a 15 años y 14 más de 15 años. Si reducimos el tiempo de trabajo solo al realizado en la UCIP, 17 llevaban menos de 5 años, 11 de 5 a 10 años y 10 más de 15 años (Tabla III y IV).

Tabla III: Antigüedad total.

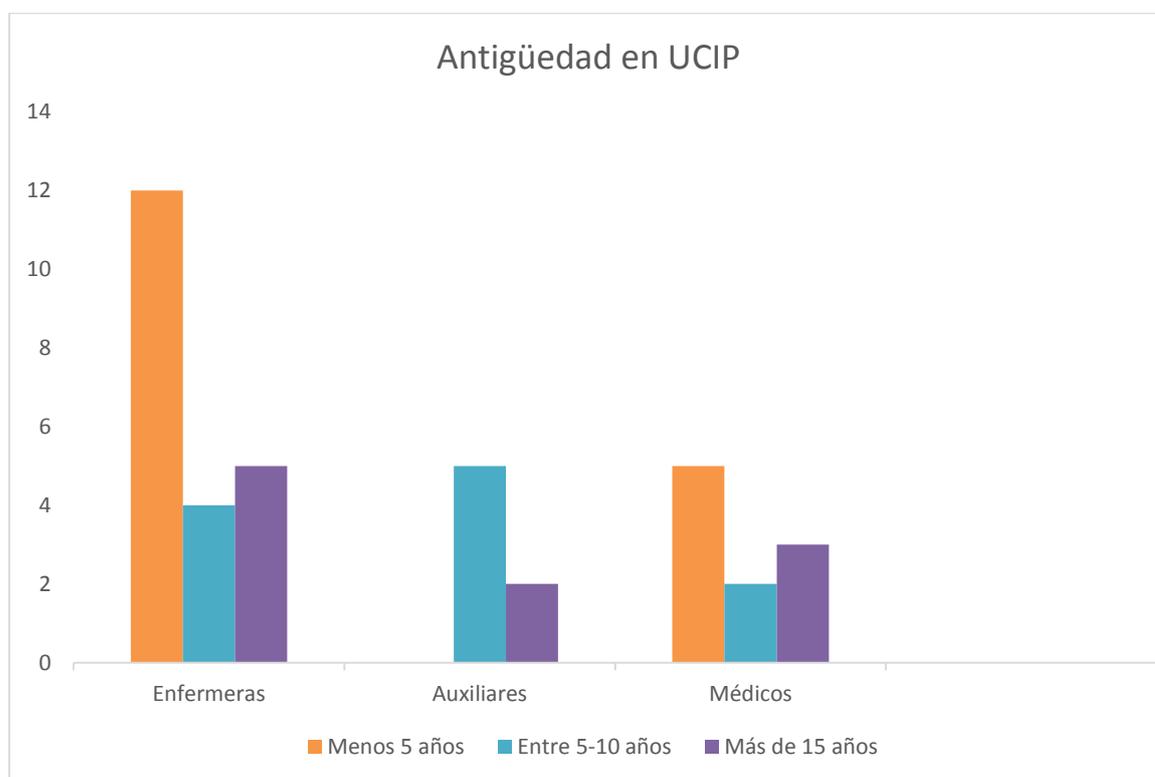
	Frecuencia	%
Menor de 5 años	8	21,1
De 5 a 10 años	9	23,7
De 10 a 15 años	7	18,4
Mayor de 15 años	14	36,8
Total	38	100

Tabla IV: Antigüedad en la UCIP.

	Frecuencia	%
Menor de 5 años	17	44,7
De 5 a 10 años	11	28,9
Mayor de 15 años	10	26,3
Total	38	100

El 57% de las enfermeras y el 50% de los médicos que respondieron a la encuesta llevan trabajando menos de 5 años en la UCIP, mientras que el 100% de las auxiliares llevan trabajando más de 5 años (Figura V).

Figura V: Estamento de los encuestados y antigüedad en la UCIP.



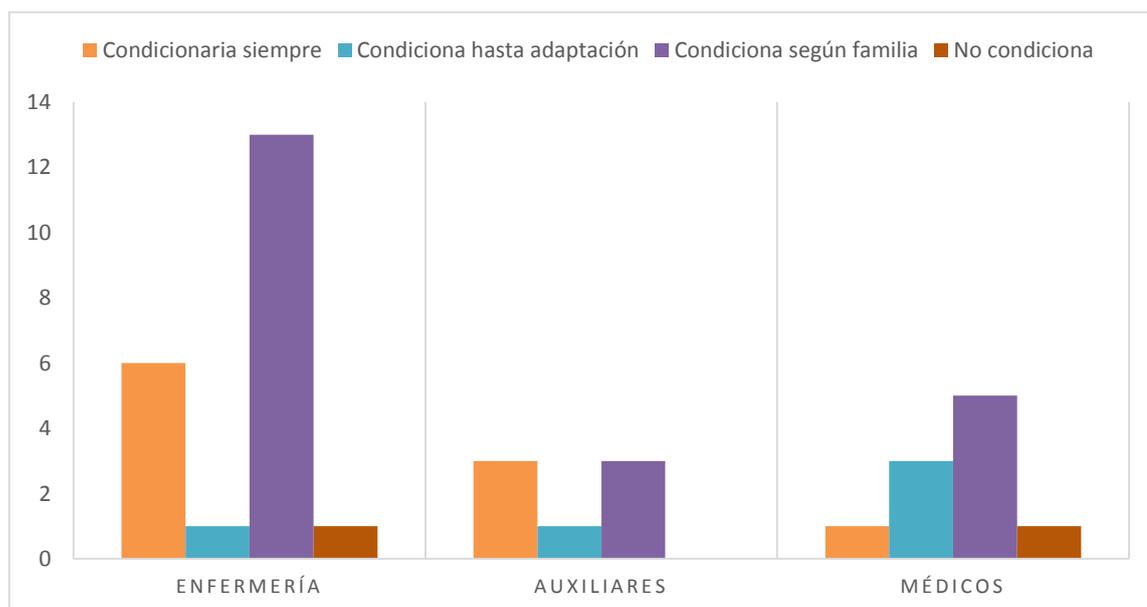
4.2. INFLUENCIA DEL HORARIO SOBRE EL PERSONAL

En cuanto a la respuesta a la pregunta sobre la influencia del horario sobre el personal, obtuvimos las siguientes respuestas globales: 10 profesionales respondieron que siempre lo condicionaría, 5 que lo condicionaría hasta la adaptación, 21 que lo condicionaría según la familia y 2 que no lo condicionaría (Tabla VI). En la Figura VII se puede leer como responden a esta cuestión los distintos estamentos.

Tabla VI: Influencia del horario sobre el personal.

	Frecuencia	%
Condicionaría siempre	10	26,3%
Condicionaría hasta adaptación	5	13,2%
Condicionaría según las familias	21	55,3%
No lo condicionaría	2	5,3%
Total	38	100

Figura VII: Influencia del horario sobre el personal según estamento.



Chi-cuadrado no significativo.

Si colapsamos las categorías “no lo condicionaría” y “lo condicionaría hasta adaptarse”, podemos ver que los médicos son los más optimistas (40% responden que no lo condicionaría o lo haría hasta adaptarse) y las auxiliares las más pesimistas (42,9% responden que “siempre”), aunque no encontramos asociación estadísticamente significativa (Tabla VIII).

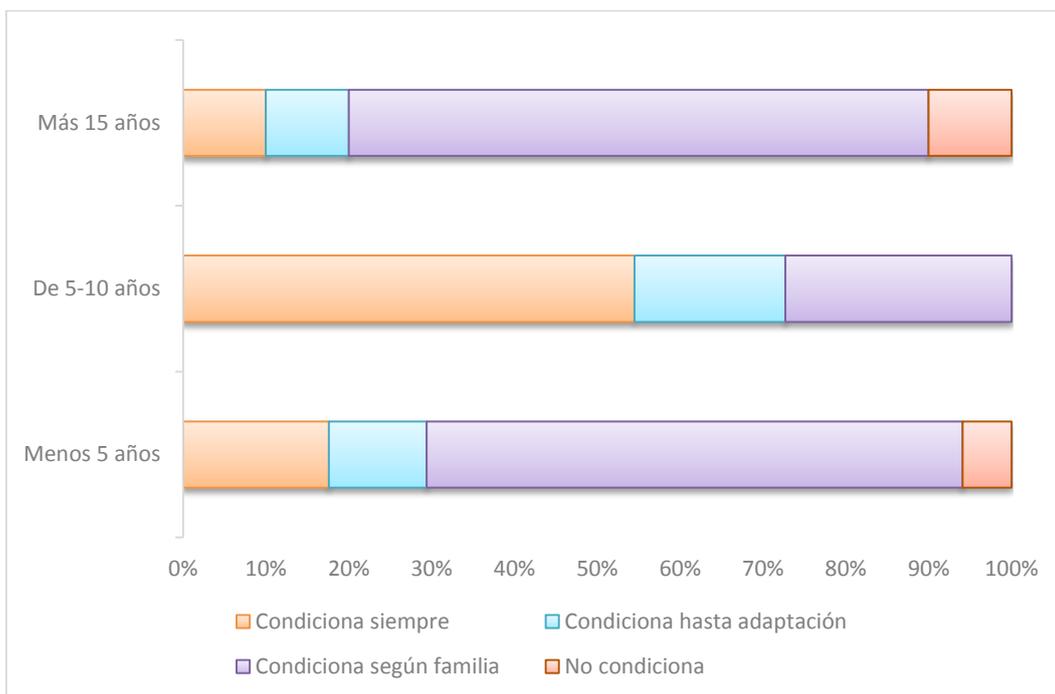
Tabla VIII: Influencia del horario (colapsado) sobre el personal según estamento.

	Condicionaría siempre	Condicionaría según familia	No condicionaría o hasta acostumbrarse	Total
Enfermería	6 (28,6%)	13 (61,9%)	2 (9,5%)	21 (100%)
Auxiliares	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Médicos	1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)	10 (100%)

Chi-cuadrado no significativo.

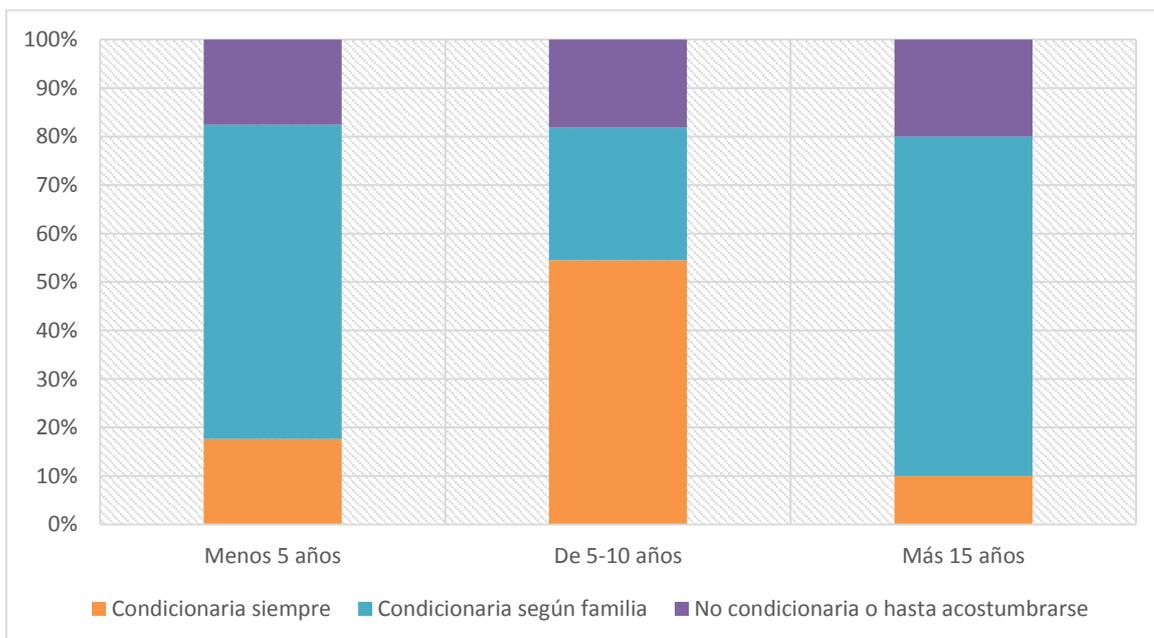
Tampoco encontramos asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de trabajo en la UCIP y esta variable, tanto en su forma inicial como una vez colapsada. En cualquier caso, los que llevan entre 5 y 10 años trabajando son los más pesimistas (Figuras IX y X).

Figura IX: Influencia del horario sobre el personal según tiempo de trabajo en UCIP.



Chi-cuadrado no significativo.

Figura X: Influencia del horario (colapsado) sobre el personal según tiempo de trabajo en UCIP.



Chi-cuadrado no significativo.

4.3. OPINIÓN SOBRE EL HORARIO ACTUAL

El horario es excesivamente restrictivo o corto para 8 encuestados, mientras que es demasiado extenso para uno. Nueve encuestados declararon que lo consideran suficiente para la mayoría de niños y familias, mientras que 20 encuestados creen que debe ser más flexible y adaptarlo al paciente y enfermedad. (Tabla XI).

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre estas opiniones y los distintos tipos de estamento o el tiempo de trabajo en la UCIP (Tablas XII y XIII).

Tabla XI: Influencia del horario sobre el personal.

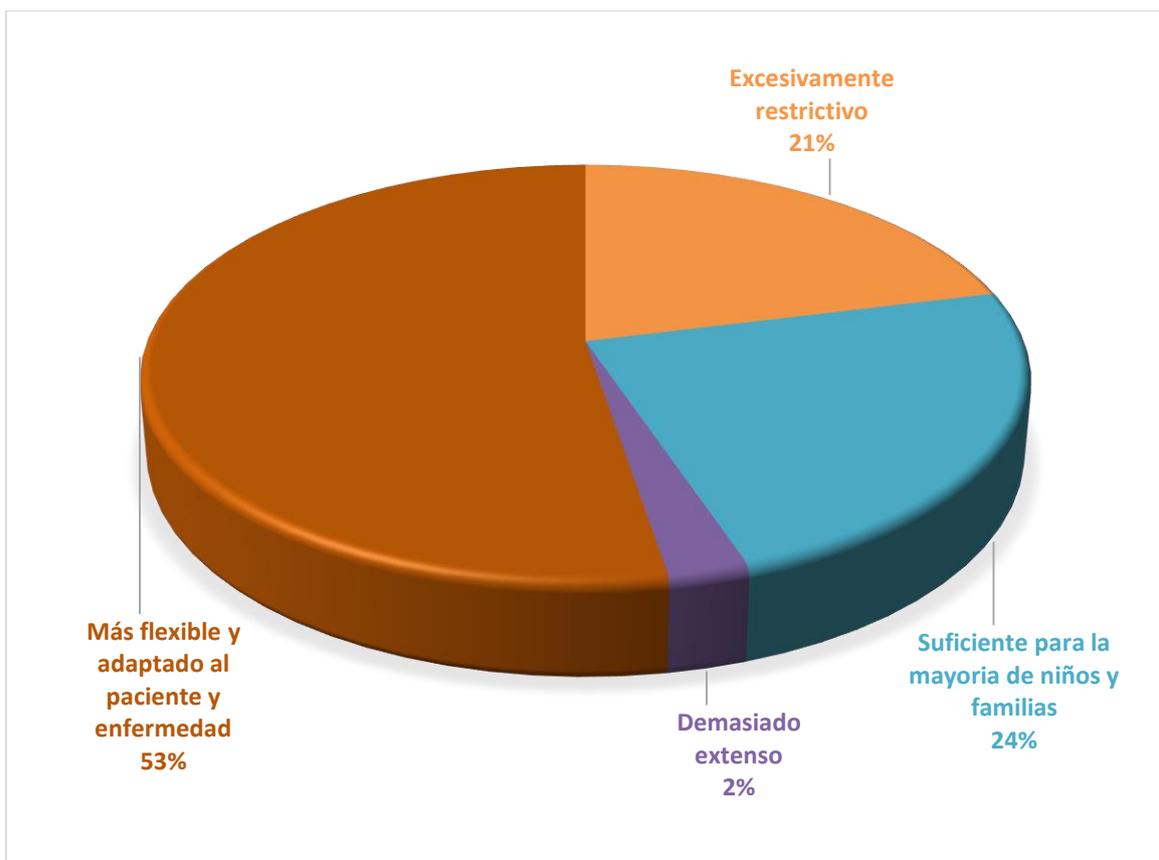
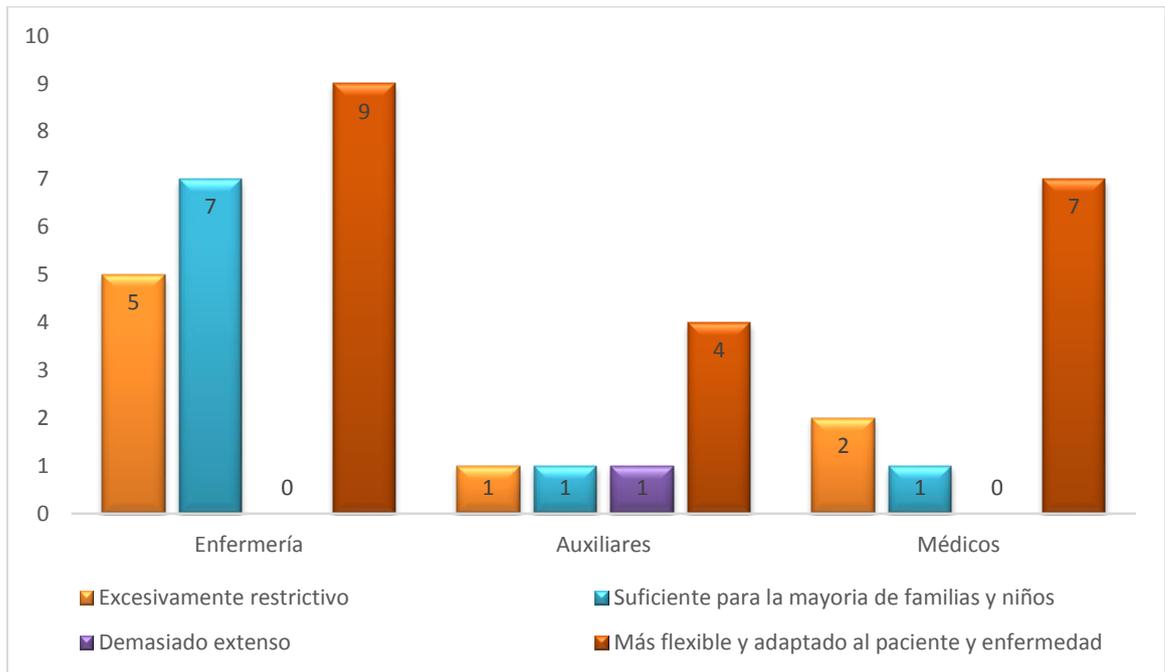
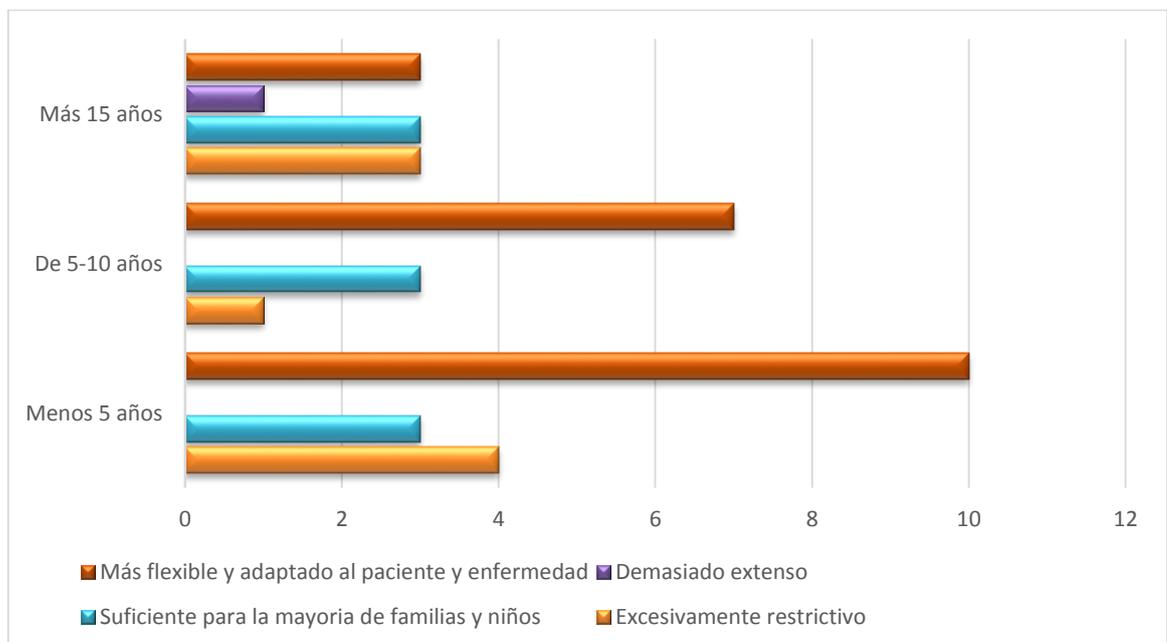


Tabla XII: Influencia del horario sobre el personal según estamento.



Chi-cuadrado no significativo.

Figura XIII: Influencia del horario sobre el personal según tiempo de trabajo en UCIP.

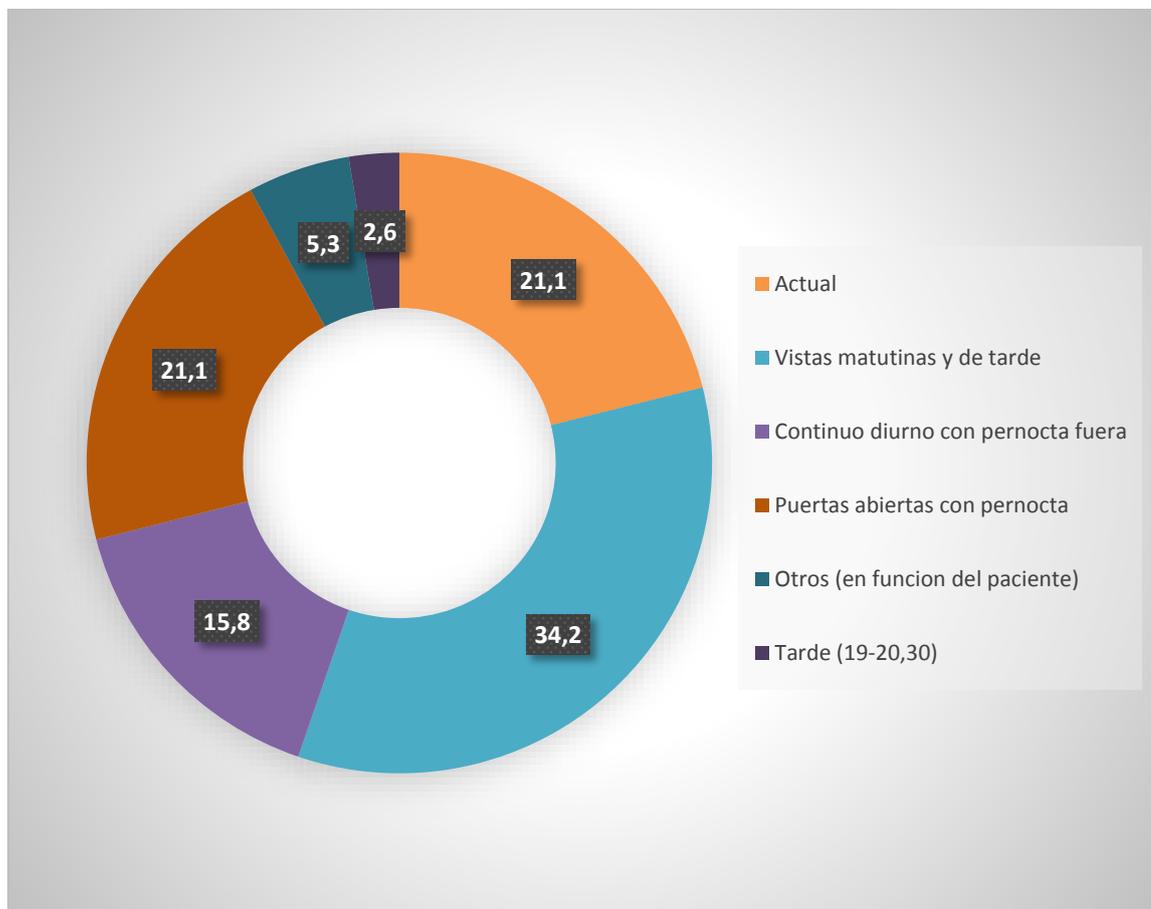


Chi-cuadrado no significativo.

4.4. PROPUESTA SOBRE EL HORARIO EN EL NUEVO HUCA

Ocho de los encuestados creen que el horario debe seguir igual que está, mientras que 14 creen que debe ser continuo (6 con pernocta fuera y 8 con pernocta y puertas abiertas). Trece consideran que el horario debe ser con visitas de mañana y tarde, mientras que dos consideran que deben ser dependiendo del estado del niño, y un encuestado que solo en horario de 19-20.30 por la tarde (Figura XIV).

Figura XIV: Propuestas sobre el horario en el nuevo HUCA.



Por estamentos encontramos asociación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado $p= 0,04$). Los médicos prefieren que el horario de visita sea continuo, mientras

que enfermeras y auxiliares prefieren el sistema actual o uno de visitas de mañana y tarde (Tabla XV).

Tabla XV. Horario para el nuevo HUCA según estamentos.

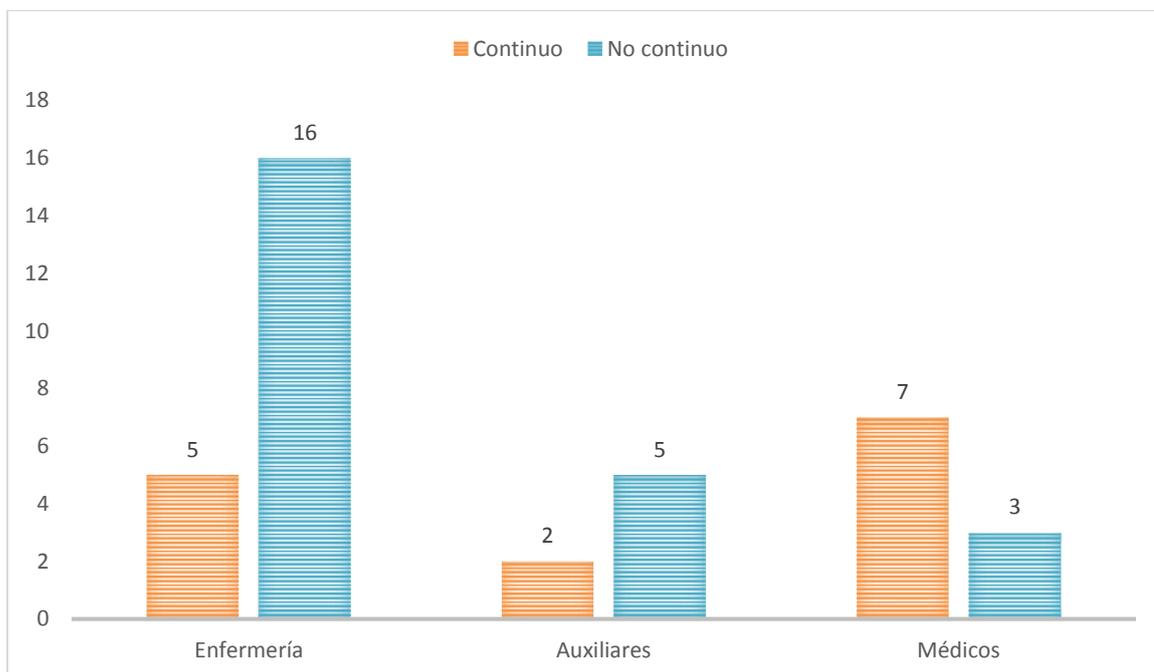
	Actual	Visitas mañana y tarde	Continuo diurno con pernocta fuera	Continuo con pernocta y puertas abiertas	Otros (en función paciente)	Tarde de 19-20.30	Total
Enfermería	6 (28,6%)	9 (42,9%)	4 (19%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	-	21 (100%)
Auxiliares	1 (14,3%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Médicos	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)	6 (60%)	-	-	10 (100%)

Chi-cuadrado $p=0,04$.

Si colapsamos las opiniones en dos categorías (visitas en horario continuo o en horario no continuo), volvemos a obtener una asociación estadísticamente significativa tal como se puede ver en la Figura XVI. El 70% de los médicos prefieren el horario continuo, frente a más del 70% de las enfermeras y auxiliares que lo prefieren no continuo.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de antigüedad en la UCIP y el tipo de horario preferido (Tabla XVII y Figura XVIII).

Figura XVI. Horario para el nuevo HUCA colapsado en Continuo / no continuo, según estamentos.



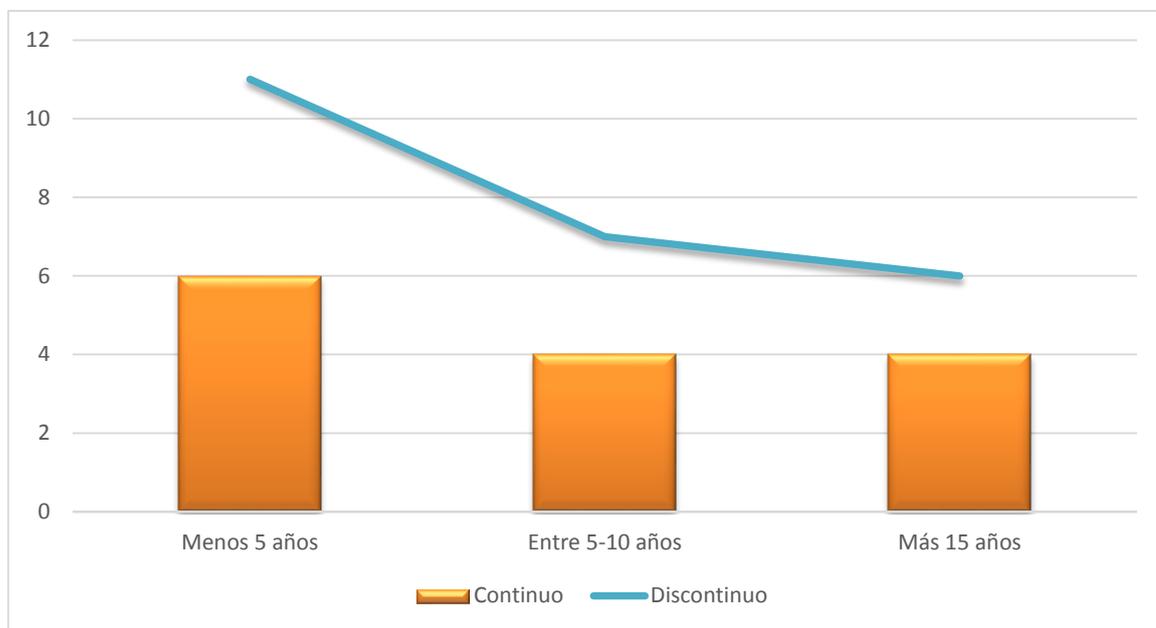
Chi-cuadrado $p < 0,001$.

Tabla XVII. Horario para el nuevo HUCA según tiempo de antigüedad de trabajo en UCIP.

	Actual	Visitas mañana y tarde	Continuo diurno con pernocta fuera	Continuo con pernocta y puertas abiertas	Otros (en función paciente)	Tarde de 19-20.30	Total
Menos de 5 años	3 (17,6%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	-	17 (100%)
De 5 a 10 años	3 (27,3%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	-	-	11 (100%)
Más de 15 años	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	1 (10%)	10 (100%)

Chi-cuadrado no significativo

Figura XVIII. Horario para el nuevo HUCA colapsado en Continuo / no continuo, según tiempo de trabajo previo en UCIP.



Chi-cuadrado no significativo.

5. DISCUSIÓN

5.1 CUESTIONARIO

El objetivo principal de este estudio fue describir cuales eran las impresiones de los profesionales sanitarios de la UCIP del HUCA con respecto al horario de visitas de los familiares a los niños ingresados en esta. Tenemos que destacar el alto grado de participación por parte de los profesionales, debido a que se trataba de una encuesta voluntaria.

5.2 INFLUENCIA DEL HORARIO DE VISITAS SOBRE EL PERSONAL.

En la pregunta sobre la influencia de las visitas sobre el desarrollo de su actividad laboral, llegamos a la conclusión que, a grandes rasgos, el total del personal vería condicionado su trabajo dependiendo de la familia a la que se enfrentaran en cada caso. Si tenemos en cuenta el tiempo trabajado en la unidad, podemos destacar que los profesionales que llevan entre 5 y 10 años trabajando en ella son los más pesimistas frente a este tema.

Como indican JM Sims y VA Miracle, el personal tiene una concepción de la familia como un sujeto que dificulta el desarrollo adecuado de los cuidados al paciente (14). Por ello, sería beneficioso tanto para mejorar la práctica diaria de los profesionales como para la tranquilidad de la familia, protocolizar aquellas intervenciones que la familia pudiera desarrollar con el paciente de forma independiente como pueden ser la alimentación o el aseo (15).

5.3 OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL HORARIO ACTUAL.

La UCIP del actual HUCA, mantiene una política de visitas restrictiva, cuyo horario comprende, en el área de intensivos, desde las 13 horas hasta las 14 horas durante la mañana y de 19 horas a 21 horas en la tarde.

Una de las cuestiones que hemos planteado, y que tiene relación con este punto, ha sido su opinión con respecto a dicha política de visitas. La mayoría ha señalado como preferida la opción de horario más flexible y adaptado en función del tipo de paciente y su enfermedad.

Consideramos que una de las razones por las que el personal se ha decantado por esta respuesta es debido a la variedad de situaciones que se presentan en la UCIP y dependiendo de la patología que se deba afrontar en cada momento deben realizar unos cuidados u otros y no se siempre se puede actuar de la misma manera aunque aparentemente la situación sea la misma. Por lo tanto, como hemos referido anteriormente, en situaciones de alto nivel de estrés para el niño puede ser efectiva la presencia de sus padres que sepan cómo tranquilizarlos y adecuarles las atenciones necesarias.

Ya hemos comentado anteriormente la lista de horarios de visita de 25 UCIP nacionales, en la que la UCIP del HUCA aparece en el grupo de las más restrictivas aunque es cierto que este hecho se atribuye a razones estructurales y de confortabilidad para los padres dentro de la UCIP y los boxes. Como contrapunto, en el mismo hospital, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cuenta con un régimen de visitas de puertas abiertas. De esto podemos deducir que, puesto que un niño menor de un mes de vida es mucho más vulnerable que los que potencialmente pueden presentarse en una

UCI pediátrica, necesitan cuidados específicos que solo pueden realizar los padres tales como, lactancia a demanda o método Canguro (16).

Resumiendo, creemos que en la UCIP debería haber un régimen sino de puertas abiertas, uno similar que permitiera el acceso a los padres en el momento en el que el niño lo necesitase, ya que hay ocasiones en las que estos no pueden ser suplantados.

5.4. PROPUESTAS DEL PERSONAL PARA EL HORARIO DE VISITAS DE LA UCIP DEL NUEVO HUCA.

En nuestro estudio observamos que las enfermeras, junto con el colectivo de auxiliares, se inclinan por un horario similar al establecido, es decir, con mayor restricción frente a la idea de los médicos, que en su mayoría optan por una política más liberalizada, de puertas abiertas, incluso con pernocta en la unidad.

En el estudio realizado por el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, titulado “Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del personal”; donde hemos encontrado que, suelen ser las enfermeras quienes modifican la pauta de visitas establecida, tanto para flexibilizarla como a la hora de restringirla (10), y en algunos trabajos se ha demostrado que muchas de ellas piensan que la política de puertas abiertas beneficia a los familiares (11), aunque otros autores manifiestan que puede ser una fuente de estrés para la enfermera resultándole agotadora psicológicamente (12).

A la vista de estos resultados, deberíamos reflexionar planteándole al colectivo de enfermería la siguiente pregunta: ¿Por qué consideras convenientes las restricciones de acceso a las visitas de los pacientes? Como se refiere en algún artículo que ha valorado esta cuestión, se han obtenido como respuesta argumentos de poca justificación objetiva

o, más bien, protectores del personal, tales como “se trabaja más tranquilo, las visitas preguntan mucho, interfieren en los procedimientos, consumen tiempo o dan problemas” (13).

Bajo nuestro punto de vista, deberíamos dejar de lado estos tópicos y asumir que en esta especialidad de cuidados intensivos pediátricos, más que en otras si cabe, un mayor contacto con la familia es positivo para el proceso evolutivo del paciente.

6. CONCLUSIONES

- La mayoría de los profesionales sanitarios de la UCIP del HUCA creen que el horario de visitas actual debería ser más flexible y adaptarlo en función del tipo de paciente y su enfermedad.
- La preferencia sobre el horario de visitas varía en función de la categoría profesional, siendo los facultativos los que se decantan por un régimen de visitas abierto o continuo
- Enfermería y auxiliares optan por un horario más restrictivo y de características discontinuas.
- La antigüedad en el puesto de trabajo no influye sobre las preferencias en el horario.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gorrotxategi Gorrotxategi, Pedro. El niño hospitalizado: opiniones de los padres y de los niños. *Osasunaz* 2003; 5: 13-24
2. Méndez, FX, Ortigosa, JM. Estrés por hospitalización. En: Ortigosa JM, Méndez FX (eds). *Preparación psicológica a la hospitalización infantil*. Madrid. Biblioteca Nueva 200: 31-50.
3. Cândido Ylamos Vasques, Raquel; Szylit Bousso, Regina; Marcia Chiaradia Mendes-Castillo, Ana. A experiênza de sofrimento: historias narradas pela criança hospitalizada. *Ver. Esc. Enferm. USP* [serial en Internet]. 2011. Mar [citado 2014 Mayo 12]; 45(1): 122-129. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100017&lng
4. Polaino Lorene A, Lizasoain O. La psicología hospitalaria en Europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*. 1992. 4 (1): 49-67. ISSN 0212- 9915
5. Fernandez Castillo A, Lopez Naranjo I, Vilchez Lara MJ. Alteraciones emocionales y hospitalización infantil: contagio emocional entre padres e hijos. *Rev Psicol Gen Apl*. 2009. 62(4): 253-64.
6. Farrell M, Frost C. The most important needs of parents of critically ill children: parent's perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing* 1992; 8: 130-9.

7. Rodríguez Núñez A, Crespo Suarez P, Martins de Oliveira Pereira Caldas C, Perez Rodriguez MT, Martín Torres F, Martinon Sánchez JM. Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. *Na Pediatr (Barc)* 2004; 61(3):231-5
8. Farrel M. Parents of Critically ill children have their needs too! A literature review. *Intensive Care Nurs* 1989; 5: 123-8.
9. Page NE, Boing NM. Visitation in the pediatric intensive care unit: controversy and compromise. *AACN Clin Issues Crit Care Nurse* 1994; 5: 28-95.
10. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: Percepción de los familiares y del profesional. *Med. Intensiva [revista en internet]*. 2007 Sep [citado 2014 Mayo 15]; 31(6): 273-280.
11. Marco Landa L, Bermejillo Eguia I, Garayalde Fernández de Pinedo N, Serrate Adot I, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. 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.
12. Carlson B, Riegel B, Thomason T. Visitation: policy versus practice. *Dimens Crit Care Nurs* 1998; 17: 40-7.
13. Ricart A. La comunicación en Medicina intensiva. Capítulo 6; sec 3. REMI, Libro Electrónico de Medicina intensiva. ISSN 1578-7710. Ed 1ª 2008

14. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation. The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006 Jul-Aug; 25(4):175-80.
15. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: Processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual*. 2001 Jan;15(2):18-26
16. “Unidos en neonatos 2013”. Informe sobre la accesibilidad de las madres y padres en unidades neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados. Asociación el parto es nuestro. www.elpartoesnuestro.es
17. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005. 16 (2):73-83
18. Conquero BV. Los padres podrán cuidar a sus hijos en la UCI las 24 horas. *Periódico La Razón Digital* (22 Julio 2013)
19. Needle J, O’Riordan M, Smith P. Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child’s admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2009. 10(6): 668-674.
20. Bronner M, Peek N, Knoester H, Bos A, Last B, Grootenhuis M. Course and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in Parents after Pediatrics Intensive Care Treatment of their Child. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010. 35 (9): 696-974

21. Ruiz del Bosque A. Participación familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Opinión de enfermería. Rev Enferm CyL 2013; Vol.5, núm 2: 59-66.

22. Zaforteza C, Sánchez C, Latra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados afectivos. Enferm Intensiva. 2008;19 (2):61-70

8. ANEXOS

ANEXO I. Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado

Bol Pediatr 1993; 34: 69 - 71

Carta Europea de los niños hospitalizados

El Parlamento Europeo

- Vista la propuesta de resolución del Sr. Collins (doc. 2-1256184). de los niños;
- Visto el apartado 5 de su Resolución de 19-1-84 sobre una Carta europea de los derechos del paciente, en el que se pide que los derechos de los niños enfermos sean considerados en el marco de una Carta especial (1)
- Visto el dictamen de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor, y las opiniones de la Comisión de Asuntos Jurídicos y de Derechos Cívicos y de la Comisión de Juventud, Cultura, Educación, Información y Deporte (doc. 2-25/84).

A. Reafirmando la pertinencia de los considerandos, contenidos en esta Carta y, en particular, de los considerandos A y E que destacan la dimensión comunitaria del problema:

1. Insiste en que el derecho a la mejor asistencia médica posible constituye un derecho fundamental, especialmente para los niños durante los primeros años de su existencia;
2. Muestra su inquietud ante el hecho de que las reducciones presupuestarias practicadas por numerosos Estados miembros afectan en primer lugar al sector de la salud pública provocando repercusiones inevitables en las condiciones sanitarias de la población y por consiguiente, de los niños.

3. Pide a la Comisión que presente lo antes posible una propuesta de Carta

Europea de los derechos del paciente, así como una propuesta de Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados, de modo que se dé un sentido concreto al año de la juventud;

4. Pide que la Carta de los niños hospitalizados proclame, es especial, los siguientes derechos:

a) Derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordina oportunamente, con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible;

b) Derecho del niño a la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres;

c) Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.

d) Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico: al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece;

e) Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios;

f) El derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico:

g) Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello;

h) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño;

i) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada;

j) Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización así como de retirarla;

k) Derecho del niño hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica

Mundial y sus subsiguientes actualizaciones;

- l) Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse;
- m) Derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión;
- n) Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad;
- o) Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo;
- p) Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos;
- q) Derecho a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos así como a las normas oficiales de seguridad;
- r) Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos que se siguen;
- s) Derecho a disponer, durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales;

t) Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio;

u) Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los niegan por razones religiosas de retraso cultural, de perjuicios, o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia;

v) Derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial; para ser sometido a exámenes y tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero;

w) Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea;

5. Pide además a la Comisión que presente propuestas con la finalidad de que los datos estadísticos nacionales en materia de salud y de hospitalizaciones uniformicen por grupos de edad; de manera que puedan ser comparados.

6. Valora la contribución que pueden aportar las asociaciones benéficas en cuanto a la aplicación de un buen número de los derechos mencionados, así como en cuanto a la realización de tareas complementarias insertas en el marco de la ayuda a los pequeños enfermos hospitalizados.

7. Encarga a su Presidente que transmita esta resolución a la Comisión, al Consejo, al consejo de Europa, a la UNICEF y a la Organización Mundial de la Salud.

ANEXO II. Cuestionario

Valoración del personal respecto al tiempo de visita de las familias de los pacientes ingresados en UCIP.

Fecha:

1. ¿A qué categoría profesional pertenece?

- Auxiliar de enfermería
- Enfermera en practicas
- Enfermera/o
- Médico/a residente
- Médico/a de plantilla

2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como personal sanitario?

- Menos de 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Entre 10 y 15 años
- Más de 15 años

3. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la unidad de UCI pediátrica?

- Menos de 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Entre 10 y 15 años
- Más de 15 años

4. ¿Cómo cree que la presencia prolongada de los padres y/o familiares con los niños ingresados influiría en el personal que trabaja en la unidad?

- Condicionaría siempre nuestro trabajo diario
- Condicionaría nuestro trabajo solo durante un periodo de adaptación
- Lo condicionaría dependiendo de las características de la familia
- No lo condicionaría de ningún modo

5. ¿Qué opinión tiene con respecto al horario actual de visitas?

- El horario actual es excesivamente restrictivo. Se queda corto.
- El horario es suficiente para la mayoría de los niño y sus familiares.
- El horario es demasiado extenso.
- Debería ser más flexible y alargarlo en función del tipo de paciente y su enfermedad.

6. Teniendo en cuenta las características de la UCIP en el nuevo HUCA (más espacio, boxes individuales, ...) ¿qué horario de visitas propondría para los familiares?

- Mantener el horario actual.
- Un periodo de visitas matutinas (p.ej. 10 a 14,30h) y otro de tarde (p.ej. 16,30 a 21,30)
- Horario continuo diurno (12 horas, p.ej. 9 a 21) con pernocta fuera de la UCIP.
- Horario continuo con pernocta en UCIP y entradas y salidas libres (puertas abiertas)
- Otros:

7. Impresiones y comentarios sobre el futuro horario de visita:

ANEXO III. Horarios UCIP en 25 hospitales españoles.

HOSPITAL	1 Acompañante	Horario Visitas	Observaciones
H.U. Virgen de la Arrixaca Murcia	24:00 h	13:30 y 19:30	2 personas si gravedad
H. Torrecárdenas Almería	24:00 h	13:30 - 14:00 17:30 - 20:00	Con bandeja de comida para acompañante
H.U. Miguel Servet Zaragoza	24:00 h		No hay restricciones, respetando la zona
Complejo Hospitalario de Jaen Jaen	24:00 h	18:00-18:30	Suelen dejar madre y padre. En programa "visita a tu bebé" le ven por cámara cuando procedimientos invasivos
H. M. I. Vall d'Hebron Barcelona	24:00 h		Se pide que salgan de 9 a 12:00h para visita médica. Tienen excepciones
H. del niño Jesús Madrid	24:00 h		No hay restricciones
H. Infantil Gregorio Marañón. Madrid	24:00 h		Tienen restricciones en horario de noche, pero hay flexibilidad
H. 12 de Octubre Madrid	24:00 h		No hay restricciones
H. QUIRÓN Madrid	24:00 h	12:00 - 13:00 20:00 - 21:00	Por la mañana entran madre/padre Por la tarde, otros familiares
Complejo H.U. de Albacete Albacete	24:00 h		Hacen excepciones dejando más de un acompañante y en caso de extrema gravedad
H. de Cruces Bilbao	10:00 h	11:00 - 21:00	
H.U.M.I. de Canarias Las palmas de Gran Canaria	9:00 h	13:00 - 22:00	Se contemplan casos especiales
H. Virgen del Camino Pamplona	7:30 h	12:00 - 14:00 16:00 - 21:30	En casos terminales dejan madre/padre. Muy flexibles
H. I. La Paz Madrid	7:00 h	11:00 - 14:00 17:00 - 21:00	Flexible en función de situación general de la UCI
H. Sant Pau de Barcelona Barcelona	6:00 h	11:30 - 13:30 16:30 - 20:30	Permiso casos graves y terminales. Tienen en cuenta edad del paciente

H. M. I. Sant Joan de Dèu Barcelona	5:30 h	7:00 - 7:30 12:00 - 14:00 16:00 - 18:00 20:00 - 21:00	Permiso en situación de gravedad y terminal
H. Virgen de la Salud Toledo	5:30 h	11:30 - 14:00 17:00 - 20:00	Excepciones por gravedad. "Pecera" para oncol. Dejan más tiempo, incluso noche.
H. Clínico Universitario Salamanca	5:00 h	12:30 - 14:00 17:30 - 21:00	Horario flexible. Comida y cena al acompañante. Atención psicológica
H. La Fe. Valencia	4:30 h	9:00 - 9:30 16:00 - 20:00	Por la tarde, depende de los ingresos, a veces no dejan las 4h
H. Gral. U. de Alicante Alicante	3:00 h	7:00 - 8:00 13:00 - 14:00 19:00 - 20:00	
H. M. I. de Badajoz Badajoz	3:00 h	13:00 - 14:00 18:00 - 20:00	No hacen excepciones.
H. M. I. de Asturias Oviedo	3:00 h *	13:00 - 14:00 19:00 - 21:00	Excepciones en situación grave
H. Virgen de la Macarena Sevilla	2:30 h	9:30 - 10:00 13:00 - 13:30 18:30 - 19:30 22:30 - 23:00	Hacen alguna excepción
H. Virgen del Rocío Sevilla	1:30 h	9:00 - 9:30 16:00 - 16:30 21:00 - 21:30	Si la UCI está tranquila o si la familia insiste dejan otro horario
H. Clínico de Valencia Valencia	1:30 h	13:30 - 14:00 18:30 - 19:30	Excepciones en situación grave y dependiendo de quién esté (enfermería-médicos)

Las UCIS de Neonatos pueden tener un acompañante las 24 h

H. M. I.-> Hospital Materno Infantil

* 2 acompañantes

