



POLÍTICA DE PRESENCIA
FAMILIAR.

KIT DE HERRAMIENTAS
PARA LA TOMA DE
DECISIONES DE LOS
LÍDERES DE ENFERMERÍA.

Mayo 25, 2021

*Un proyecto encabezado por Planetree International,
con financiación de la American Nurses Foundation*





KIT DE HERRAMIENTAS PARA QUE LÍDERES DE ENFERMERÍA DEFINAN LA POLÍTICA SOBRE PRESENCIA FAMILIAR

1. [Introducción](#) para la toma de decisiones.
2. [Guía de discusión](#): preguntas guía con base en la evidencia. Datos para tomar decisiones centradas en la persona
3. [Ayuda para la toma de decisiones](#), diseñado para generar un curso de acción recomendado basado en respuestas
4. [Resumen de evidencia sobre la presencia familiar](#)
5. [Recursos](#)
6. [Agradecimientos](#)
7. [Avales](#)



INTRODUCCIÓN



“Como personal de enfermería, sabemos que la presencia familiar es fundamental para generar y continuar el proceso de curación. Nosotros debemos reconocerlo como elemento fundamental para cumplir con nuestra obligación en el proceso y en el entorno de curación, debemos ser sus defensores. Mi esperanza es que esto se transforme en algo definitivo, que se convierta en parte de nuestras deliberaciones cuando establezcamos los estándares de práctica en enfermería”.

- Tim Porter-O'Grady, DM, EdD, ScD (h), APRN, FAAN, FACCWS, profesor clínico, Nell Hodgson Woodruff, Escuela de Enfermería de la Universidad de Emory.

El brote de COVID-19 ha generado un periodo de crisis en nuestros sistemas de salud, poniendo de manifiesto la fragilidad de las asociaciones que se han establecido con pacientes, residentes y familias. Esto ha sido particularmente evidente en lo que respecta a involucrar a los cuidadores familiares --también llamados socios de cuidado-- como miembros centrales del equipo de atención en salud. Desde el inicio de la crisis, los sistemas de salud han intentado frenar la propagación del virus con la adopción de políticas que restringen la presencia física de los miembros de la familia, comprometiendo así la capacidad de los “Care Partners – Socio cuidador” a participar activamente en el apoyo y cuidado de sus seres queridos. Esto contribuyó a aumentar la angustia moral entre el personal de enfermería y otro personal 1

Las restricciones se han centrado en gran medida en prohibir la presencia familiar para mitigar los riesgos de infección. Sin embargo, han pasado por alto el bienestar y seguridad del paciente. Este aspecto se ve impactado cuando las personas, que viven momentos de gran vulnerabilidad, están separadas de quienes mejor las conocen. En los cambios implementados han tenido poca o nula participación aquellos que finalmente se ven más afectados: pacientes, residentes, miembros de la familia y personal de enfermería cuya obligaciones profesionales les exigen defender los mejores intereses de las personas a su cargo.

Los problemas asociados con las políticas restrictivas de presencia familiar están bien documentados e incluyen riesgos para la seguridad del paciente, el funcionamiento cognitivo, el bienestar psicosocial, la preparación para el alta y la angustia moral entre los cuidadores.^{2- 9} Estas consecuencias no deseadas subrayan que limitar la conexión con la familia solo a visitas virtuales, no es lo mejor para los pacientes / residentes. Se sabe que esto puede aumentar las inequidades sociales y de salud. El potencial de resultados adversos es considerable cuando los “Care Partners- Socio cuidadores” son observadores distantes versus miembros comprometidos del equipo de atención de salud. Con los cuidadores cerca, se evitan daños prevenibles, deterioro físico y cognitivo, malas transiciones de la atención y brechas de comunicación. Teniendo esto en cuenta, en muchos casos los riesgos de restringir la presencia familiar pueden superar con creces los de transmisión del virus.

Las consecuencias a largo plazo de políticas restrictivas que puedan darse para pacientes/ residentes, la familia y el personal, todavía se desconocen, pero es probable que sean significativas.

Al inicio del brote del COVID-19, había un conocimiento limitado y poca orientación para ayudar a los sistemas de salud a realizar ajustes a sus pautas de presencia familiar. Creemos que las ramificaciones desafortunadas e involuntarias de esas decisiones tempranas se pueden prevenir en el futuro con un marco de acción que se defina con base a la evidencia, al conocimiento del personal líder de enfermería y a los principios de la atención centrada en la persona.

Debe considerarse la opinión y la experiencia de los usuarios, los líderes de hospitales, las comunidades de atención de largo plazo, de los centros de rehabilitación y de las instituciones de salud conductual.

“Soy una parte integral del equipo de atención que trabaja con usted y el equipo, tenemos un objetivo común: la salud, la seguridad y la comodidad de mi hijo. Soy quien está presente en los cambios de turno, registrando tratamientos y medicamentos, observando las irregularidades. Tengo información y conocimientos clave para compartir. Reformulo o traduzco la información médica en una forma que mi hijo pueda entender mejor. Yo soy el par de ojos extra. De todas estas formas, apoyo la seguridad de mi hijo y la suya mientras realiza su trabajo vital con mayor eficacia, eficiencia y seguridad”. - Lisa Keitel, socia de cuidado.

Acerca del kit de herramientas. Este kit de herramientas para la toma de decisiones sobre políticas de presencia familiar fue desarrollado por una coalición de personal de enfermería líder, defensores de pacientes / familiares / ancianos y otros socios clínicos y no clínicos. Su principal intención es apoyar adecuadamente la presencia familiar en los entornos de atención médica a través de un proceso de toma de decisiones basado en pruebas, que sea transparente, esté impulsado por datos y sea centrado en la persona. El marco propuesto está destinado a impulsar el diálogo organizacional para comprender mejor los beneficios y también riesgos de la presencia familiar. La intención es que este diálogo permita a los tomadores de decisiones establecer y modificar políticas teniendo en cuenta una amplia gama de factores, incluidas las condiciones locales, la evidencia actual y el impacto en la equidad. El conjunto de estas herramientas fue creado para ser utilizado por:

- Personal de enfermería y otros tomadores de decisiones. Entendemos que la evaluación de los factores incluirá aportes de las partes interesadas, incluidas al personal de enfermería en el punto de atención y de los pacientes / residentes y familias.
- “Care Partner” en toda la organización, a ellos se les debe asignar niveles de acceso a medida que cambian las condiciones. Se anima a los equipos a utilizar la herramienta de forma proactiva para establecer políticas de presencia familiar que respondan a las condiciones actuales, independientemente de los casos individuales. Esto minimizará la influencia de juicios subjetivos al momento de definir la presencia familiar. Cuando las decisiones sobre la presencia familiar varían de un caso a otro, pueden aumentar las disparidades y aumentar la carga al personal.
- Durante cualquier momento de crisis que pueda ejercerse presión sobre el sistema de salud, no solo durante el actual.

“Tenemos la obligación de priorizar el cuidado y las relaciones interpersonales, tal como se refleja en nuestro código de ética respetando la singularidad y dignidad de cada persona y tratando a todos de manera justa”. - Cynda Hylton Rushton PhD, RN, FAAN, Anne y George L. Bunting Profesora de Ética Clínica, Instituto Berman de Bioética / Escuela de Enfermería, Universidad Johns Hopkins

Presunciones subyacentes

1. Como miembros del equipo de liderazgo, el personal ejecutivo de enfermería es el responsable de la toma de decisiones organizativas junto a las autoridades y son responsables de actuar en el mejor interés de los pacientes / residentes, las familias y su organización. Incumbe a este personal líder utilizar su influencia y autoridad para defender la importancia de la presencia familiar en el proceso de curación.
2. Los Socios cuidadores son miembros esenciales del equipo de atención que se asocian con los cuidadores profesionales y remunerados de las organizaciones (no los reemplazan). Son parte integral de la atención del paciente / residente. Los “Care Partners” son distintos de los visitantes ocasionales. Debido a que conocen mejor a su ser querido, están en sintonía única con los cambios sutiles en el comportamiento o estado del paciente. Esto hace que la presencia de los “Care Partners” sea una estrategia importante para reducir el riesgo de daño físico, emocional y / o psicológico de carácter prevenible. Un enfoque equilibrado para la integración segura de los “Care Partners” se basa en la expectativa de que ellos cumplan con las precauciones de seguridad basadas en la evidencia y las pautas de control de infecciones.
3. Las plataformas de visitas virtuales por sí solas no son suficientes ni reemplazan la presencia en persona de lo “Care Partners”. La virtualidad puede aumentar las inequidades en la atención, sobre todo para aquellos que tienen menos capacidad para usar y / o acceder a la tecnología.
4. El establecimiento seguro de la presencia familiar debe tener en cuenta no solo la seguridad y el bienestar de los pacientes / residentes y la familia, sino también la seguridad y el bienestar del personal de enfermería y del resto del personal. Esto requiere recursos suficientes para apoyar la transición hacia un acceso más amplio de los “Care Partners”, de manera que el personal de enfermería no se haga cargo totalmente o de forma desproporcionada de los puntos de atención a pacientes.

Referencias

- ¹Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2742–2750.
- ²Berwick, D. M., & Kotagal, M. (2004). Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*, 292(6), 736–737.
- ³Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., Armstrong, D., & American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical care medicine*, 35(2), 605–622.
- ⁴Ehlenbach, W. J., Hough, C. L., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Carson, S. S., Curtis, J. R., & Larson, E. B. (2010). Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA*, 303(8), 763–770.
- ⁵Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of Patient- and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 45(10), 1751–1761
- ⁶Kandori, K., Okada, Y., Ishii, W. *et al.* (2020). Association between visitation restriction during the COVID-19 pandemic and delirium incidence among emergency admission patients: a single-center retrospective observational cohort study in Japan. *J Intensive Care* 8, 90.
- ⁷Morley, G., Sese, D., Rajendram, P., & Horsburgh, C. C. (2020). Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 10.3949/ccjm.87a.ccc047.
- ⁸Nassar Junior, A. P., Besen, B., Robinson, C. C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*, 46(7), 1175–1180.
- ⁹Zeh RD, Santry H, Monsour C, et al. Impact of visitor restriction rules on the postoperative experience of COVID-19 negative patients undergoing surgery. *Surgery* 2020;168-770-76.



MARCO DE REFERENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA POLÍTICA DE PRESENCIA FAMILIAR

El conjunto de herramientas para la toma de decisiones de presencia familiar será un marco guía que considerarán los tomadores de decisiones, luego de un diálogo amplio realizado con un grupo representativo de las partes interesadas. Juntos, considerarán el impacto de los cambios en las políticas de presencia familiar en función de cuatro áreas, definidas a continuación.

Evidencia base	Condiciones locales
Disponibilidad de recursos	Equidad

Para facilitar un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia, de forma transparente y bajo los principios de la atención centrada en la persona, los equipos comienzan considerando la guía de discusión (abajo). Este conjunto de preguntas (consulte la página 8), se proporciona para generar evidencia y ampliar el análisis de riesgo / beneficio de la presencia de los “Care Partner” en las condiciones actuales. Se anima a los equipos a utilizar la guía de discusión (cuadro a la derecha) para explorar los problemas y recopilar los datos necesarios para ayudarlos a tomar decisiones, incorporando un conjunto abreviado de preguntas. (Consulte el flujo de trabajo recomendado).

PLANETREE INTERNATIONAL AMERICAN NURSES FOUNDATION		Family Presence Policy Decision-Making Aid				
Decision-Making Factor		Level of Care Partner Access Indicated				
Clear Selections		Lowest Level of Access ← → Highest Level of Access				
EVIDENCE-INFORMED ANALYSIS	1. Evidence-informed assessment of severity of risk to patients/residents/staff morbidity and mortality when in-person Care Partner presence is supported.	1	<input type="radio"/> High Risk	<input type="radio"/> Moderate Risk	<input type="radio"/> Low Risk	<input type="radio"/> Lowest Risk
	2. Evidence-informed assessment of the degree of benefit to patients/residents/staff safety, health outcomes and well-being when in-person Care Partner presence is supported.	2	<input type="radio"/> Lowest Benefit	<input type="radio"/> Low Benefit	<input type="radio"/> Moderate Benefit	<input type="radio"/> High Benefit
LOCAL CONDITIONS ANALYSIS	3. Level of community transmission, based on local data from the last 2 weeks.	3	<input type="radio"/> Substantial, Uncontrolled	<input type="radio"/> Substantial, Controlled	<input type="radio"/> Minimal to Moderate	<input type="radio"/> None to Minimal
	4. Degree of confidence that spread can be mitigated or contained within the facility with PPE and infection control and prevention measures.	4	<input type="radio"/> Lowest Confidence	<input type="radio"/> Minimal Confidence	<input type="radio"/> Moderate Confidence	<input type="radio"/> High Confidence
RESOURCE AVAILABILITY ANALYSIS	5. Sufficiency of current nurse and other staffing levels to manage in-person presence of Care Partners.	6	<input type="radio"/> Severely Inadequate	<input type="radio"/> Barely Sufficient	<input type="radio"/> Somewhat Sufficient	<input type="radio"/> Sufficient
	6. Sufficiency of support mechanisms to mitigate the physical and emotional burden on nurses and other staff during the crisis. (Examples include labor rounding, adequate or enhanced breaks, etc.)	7	<input type="radio"/> Insufficient	<input type="radio"/> Barely Sufficient	<input type="radio"/> Somewhat Sufficient	<input type="radio"/> Sufficient
EQUITY ANALYSIS	7. Likelihood that residing in-person Care Partner presence will disproportionately burden some patients/residents/families more than others.	8	<input type="radio"/> Highly Unlikely	<input type="radio"/> Unlikely	<input type="radio"/> Likely	<input type="radio"/> Very Likely
	8. Degree to which key stakeholders were involved in decision-making and supportive of in-person Care Partner presence. This includes nurses and other staff, as well as patients/residents and families who will likely experience the most acute impact and effects of this policy.	9	<input type="radio"/> Not at All	<input type="radio"/> Minimally	<input type="radio"/> Somewhat	<input type="radio"/> Very Much So

La ayuda para la toma de decisiones incluye 8 preguntas, distribuidas en cuatro áreas de impacto. Esto ayuda a evitar la toma de decisiones con base a una sola área de impacto.

Enlace para descargar la ayuda para toma de decisiones: <https://resources.planetree.org/wp-content/uploads/2021/04/PlanetreeFamilyPresencePolicyDecisionAid-2021.xlsm>

Instrucciones de uso. Ayuda para la toma de decisiones

Una vez que descargue la herramienta, seleccione para cada pregunta la respuesta más adecuada para su organización. La presencia personal de “Care Partners” supera los riesgos potenciales. Números más altos equivalen a condiciones que respaldan niveles más altos de acceso para “Care Partners”. En función de las respuestas, se calculará una puntuación total. La puntuación generará una recomendación para el nivel de presencia de “Care Partner” en persona, recomendado en función de todos los factores abordados en la herramienta.

Nota: el enlace proporcionado aquí lo llevará a un archivo de Excel para descargar. (Si se le solicita, habilite el macro). El archivo está diseñado para generar una recomendación basada en sus respuestas. Sin embargo, esta funcionalidad requiere que complete la herramienta digitalmente en lugar de imprimirla.

*¿Qué se aplica como evidencia para tomar decisiones basadas en evidencia?

Las decisiones basadas en evidencia en torno a la presencia de la familia toman en consideración:

- Condiciones locales
- La “experiencia vivida” y las necesidades expresadas de los pacientes / residentes, la familia y el personal
- Experiencia local, federal y de otro tipo, autoridades y
- La mejor evidencia disponible de la investigación.



Guía de discusión sobre la toma de decisiones de presencia familiar



Preguntas para orientar la toma de decisiones basada en evidencia y centrada en la persona

Estas preguntas se proporcionan para guiar el diálogo organizacional y la recopilación de datos con un grupo amplio de partes interesadas. Ayudarán a revisar las políticas de presencia familiar vigentes. Como primer paso en el proceso de toma de decisiones, se alienta a los equipos a utilizar esta guía de discusión. Con ella, que incorpora un conjunto abreviado de preguntas, explorará los temas y recopilará los datos que son necesarios para completar la herramienta de decisión.

1. Análisis basado en la evidencia.

- *¿Qué evidencia respalda las restricciones a la presencia de “Care Partner” en beneficio de los pacientes / residentes y / o el personal?*
- *¿Qué tan probable es que sea beneficioso en las condiciones actuales?*
- *¿Existe alguna evidencia de que por restringir la presencia de “Care Partner” (ya sea en general o para una población específica) se generen daños prevenibles para los pacientes / residentes y / o el personal?*
- *¿Qué tan grave es el riesgo de daño en las condiciones actuales si la presencia de “Care Partner” está restringida, ya sea en general o para una población específica? (Considere, por ejemplo, la morbilidad y la mortalidad, las afectaciones al respeto y la dignidad, la comunicación o la toma de decisiones comprometidas, el aislamiento, la seguridad, la angustia del paciente / residente, la falta de capacidad de decisión, las experiencias al final de la vida, la comprensión del tratamiento o los resultados del diagnóstico, etc.)*
- *¿Los cambios propuestos son consistentes con las prácticas y políticas organizacionales ya implementadas para limitar el riesgo de transmisión de otros virus altamente transmisibles que se propagan de la misma manera (por ejemplo, a través de gotitas respiratorias o aerosoles)?*

2. Análisis de las condiciones locales.

- *¿Cuál es el estado actual de propagación en la comunidad (por ejemplo, % de pruebas positivas en los últimos 14 días o aumento en el número de casos por encima de los niveles aceptables)?*
- *¿Ha determinado el departamento de salud local que ha habido un aumento repentino en el número de infecciones en la comunidad local o área geográfica?*
- *¿Cuál es la tasa actual de vacunación en la comunidad?*
- *¿Puede manejarse eficazmente el riesgo de propagación dentro de la instalación con equipo de protección y medidas de prevención y control de infecciones?*
- *¿La política propuesta se alinea con los mandatos estatales y locales? Si no es así, ¿existe la oportunidad de influir en esos mandatos para alinearlos con las pautas basadas en la evidencia?*

3. Análisis de recursos.

- *-¿Cuál es la disponibilidad de equipo de protección personal?*
- *-¿Cuál es la disponibilidad y accesibilidad de las pruebas rápidas?*
- *-¿Existen suficientes recursos materiales para respaldar las medidas de seguridad y control de infecciones con base a pruebas?*
- *-¿Cuál es la disponibilidad del personal de enfermería para ayudar a administrar y coordinar la presencia de la familia?*
- *-¿Cuál es la disponibilidad del personal que no es de enfermería, incluidos los capellanes, el personal de defensa del paciente / residente, el personal de experiencia del paciente / residente y la seguridad, para ayudar a manejar la presencia familiar que no respeta las reglas?*
- *-¿Qué recursos se necesitarán para comunicar adecuadamente un cambio de política a los pacientes / residentes / familias y la comunidad?*

4. Análisis de equidad.

- *-¿La restricción de la presencia de "Care Partner" beneficia u ocupa de manera desproporcionada a algunos pacientes / residentes / familias más que a otros? (Considere, por ejemplo, el acceso a la tecnología, el idioma y los factores culturales, las barreras cognitivas, los problemas relacionados con la edad, temas relacionados con la salud mental, la complejidad de las necesidades de salud, etc.)*
- *- ¿Restringir la presencia del socio de cuidado beneficia o carga de manera desproporcionada a algunos roles / departamentos / ubicaciones del personal más que otros? -Si es así, ¿cómo podemos disminuir las discrepancias entre los beneficios y las cargas creadas por estos cambios de política?*
- *-¿Qué mecanismos de apoyo están disponibles para aliviar la carga física y emocional del personal de enfermería durante la crisis? (por ejemplo, rondas de liderazgo, descansos adecuados, etc.)*
- *- ¿Hemos involucrado o puesto en consideración a las partes interesadas que pueden beneficiarse más y / o estar más agobiadas por estos cambios de política en este proceso?*



Fuentes de orientación de COVID-19 sobre presencia familiar

- CDC Updated Healthcare Infection Prevention and Control Recommendations in Response to COVID-19 Vaccination(April 27, 2021): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html>
- CDC Interim Infection Prevention and Control recommendations to Prevent SARS-CoV-2 Spread in Nursing Homes (March 29, 2021): <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
- Updated CMS Nursing Home Guidance with Revised Visitation Recommendations (March 10, 2021): <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-updates-nursing-home-guidance-revised-visitation-recommendations>
- World Health Organization –Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19(January 7, 2021): https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1
- World Health Organization–Infection Prevention and Control During Health Care When Coronavirus Disease is Suspected or Confirmed (June 29, 2020): <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
- CMS Hospital Visitation – Phase II Visitation for Patients who are Covid-19 Negative (June 26, 2020): <https://www.cms.gov/files/document/covid-hospital-visitation-phase-ii-visitation-covid-negative-patients.pdf>
- State & Territorial Health Department Websites: <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/healthdirectories/healthdepartments.html>



Resumen de la base de evidencia relacionada con la presencia familiar durante la pandemia COVID-19

Referencia	Hallazgos
<p>Altarum. (October 2020). <i>Experiences of Nursing Home Residents During the Pandemic What we learned from residents about life under Covid-19 restrictions and what we can do about it.</i> https://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/Nursing-Home-Resident-Survey_Altarum-Special-Report_FINAL.pdf</p>	<p>"La evidencia más amplia en la literatura, así como los hallazgos de nuestra encuesta detallados en este informe, sugieren que el aislamiento social ha producido un impacto emocional devastador en muchos residentes, y que esto se ha traducido en un deterioro acelerado de la salud física y mental".</p>
<p>Hado, E., & Friss Feinberg, L. (2020). Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative. <i>Journal of aging & social policy</i>, 32(4-5), 410–415. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684</p>	<p>Los adultos mayores que residen en centros de atención a largo plazo son especialmente vulnerables a enfermedades graves o la muerte por COVID-19. Para contener la transmisión del virus en los centros de atención a largo plazo, los funcionarios de salud federales han emitido pautas estrictas de visitas, que restringen la mayoría de las visitas entre los residentes y todos los visitantes, incluidos los familiares. Sin embargo, muchos adultos mayores dependen del cuidado familiar por el apoyo social que reciben y para mantener su salud y bienestar. Necesitan mantenerse conectados con sus familias. El gobierno federal, los líderes estatales y locales y los centros de atención a largo plazo deben tomar medidas adicionales para permitir la relación entre los residentes de los centros de atención a largo plazo y las familias durante la pandemia de COVID-19.</p>
<p>Jones-Bonfiglio, K., Nortjé, N., Webster, L., & Garros, D. (2021). A Practical Approach to Hospital Visitation During a Pandemic: Responding With Compassion to Unjustified Restrictions. <i>American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i>, e1–e10. Advance online publication. https://doi.org/10.4037/ajcc2021611</p>	<p>Ninguna circunstancia, ni siquiera una emergencia de salud pública mundial, debería hacer que los proveedores de atención médica nieguen sus obligaciones éticas y su compromiso humano con la compasión. La falta de protocolos de respuesta para las visitas familiares, particularmente al final de la vida, es una brecha importante en las recomendaciones actuales para la clasificación de pandemias y la planificación de contingencias. Se debe considerar un enfoque escalonado de las visitas al hospital mediante un proceso estandarizado y escalonado para responder a las circunstancias clínicas emergentes y a las necesidades individuales de los pacientes, siguiendo el principio de proporcionalidad. Un plan de contingencia, basado en datos epidemiológicos, es la mejor estrategia para reorientar la ética del cuidado de la salud ahora y en el futuro.</p>
<p>Oseroff, B. (June 18, 2020). Hospital Delirium and the Long Tail of COVID-19. <i>Harvard Medical Student Review</i>. https://www.hmsreview.org/covid/hospital-delirium</p>	<p>Los hospitales y las instalaciones de atención psiquiátrica deben considerar cómo desarrollar nuevas estrategias para mitigar el impacto del COVID-19, relacionado con los delirios y otros problemas mentales de una manera que sea segura para los trabajadores de la salud, los voluntarios, las familias y los pacientes... La visita de los cuidadores sería un paso importante para reducir el aislamiento del paciente y controlar sus problemas. Sin embargo, el equipo de protección personal requerido puede limitar la calidad de las interacciones en persona y probablemente contribuirá a un mayor deterioro sensorial y desorientación de los pacientes. (Las visitas virtuales sólo deben ser un sustituto temporal).</p>

Reference	Findings
Reinhard, S., Drenkard, K., Choula, R., & Curtis, A. (July 2020). Alone and Confused: The Effects of Visitor Restrictions on Older Patients and Families. <i>AARP Blogs</i> . https://blog.aarp.org/thinking-policy/alone-and-confused-the-effects-of-visitor-restrictions-on-older-patients-and-families .	“Estar en el hospital puede provocar síntomas psiquiátricos y conductuales vinculados a la demencia, como miedo y ansiedad, en pacientes mayores con deterioro cognitivo y provocar agitación en un día normal... Durante la pandemia, estos problemas se agravan especialmente cuando un cuidador familiar está ausente”.
Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ministry of Health). (September 2020). <i>Impacts on Quadruple-Aim Metrics of Hospital Visitor Restriction During COVID-19</i> . https://esnetwork.ca/wp-content/uploads/2020/10/Evidence-Synthesis-BN-Quadruple-Aim-Metrics-of-Hospital-Visitor-Restrictions-16-OCT-2020.pdf .	No se identificó evidencia científica sobre las tasas de transmisión atribuibles a los visitantes. Existe evidencia científica limitada sobre los beneficios o daños de los visitantes para los pacientes con COVID-19 en los hospitales, pero las experiencias jurisdiccionales reflejan las políticas de visitantes pueden ser permisibles con medidas de salud pública y modalidades de comunicación alternativas que las acompañan.
Research, Analysis, and Evaluation Branch (Ministry of Health). (September 2020). <i>Impacts on Quadruple-Aim Metrics of Long-term Care Facility Visitors Restrictions</i> . https://esnetwork.ca/wp-content/uploads/2020/10/BN_Quadruple-Aim-Metrics-of-LTC-Visitor-Restrictions_26-OCT-2020_v.1.pdf .	En general, es limitada la evidencia científica que vincula la presencia de visitantes y cuidadores en centros de atención de largo plazo con tasas de infección por COVID-19.
Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R., & Hamers, J. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 21(7), 900–904. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.020	Estos resultados indican el valor de las visitas familiares a los hogares de ancianos y el impacto positivo de las mismas. Sobre la base de estos resultados, el gobierno holandés ha decidido permitir que todos los hogares de ancianos de los Países Bajos abran con cautela sus hogares siguiendo las directrices.
Valley, T. S., Schutz, A., Nagle, M. T., Miles, L. J., Lipman, K., Ketcham, S. W., Kent, M., Hibbard, C. E., Harlan, E. A., & Hauschildt, K. (2020). Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. <i>American journal of respiratory and critical care medicine</i> , 202(6), 883–885. https://doi.org/10.1164/rccm.202005-1706LE	Visitas restringidas pueden exacerbar inadvertidamente disparidades preexistentes.
Voo, T. C., Senguttuvan, M., & Tam, C. C. (2020). Family Presence for Patients and Separated Relatives During COVID-19: Physical, Virtual, and Surrogate. <i>Journal of bioethical inquiry</i> , 1–6. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11673-020-10009-8	Este documento examina cuestiones éticas con tres modos de "presencia familiar" durante la actual pandemia de COVID-19: físico, virtual y sustituto. Las visitas físicas, las estadías o el cuidado por parte de miembros de la familia en instalaciones de aislamiento generalmente están prohibidas, desalentadas o limitadas a circunstancias excepcionales. La presencia virtual para pacientes aislados a menudo se recomienda y se utiliza para permitir la comunicación. Cuando las visitas no están permitidas, los trabajadores de primera línea a veces actúan como familia sustituta de los pacientes. Realizan incluso vigiliias junto a la cama de los pacientes moribundos. Basándonos en las lecciones de brotes pasados, como la epidemia de SARS de 2002-2003 y la reciente epidemia de Ébola en África occidental, consideramos el manejo ético de estos modos de presencia familiar y abogamos por la promoción de la presencia física en algunas condiciones.



Evidencia en apoyo de la presencia del cuidador familiar

Bélanger, L., Desmartis, M., & Coulombe, M. (2018). Barriers and Facilitators to Family Participation in the Care of Their Hospitalized Loved Ones. *Patient Experience Journal*, 5(1), 56-65.

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

Davidson, J. E., Savidan, K. A., Barker, N., Ekno, M., Warmuth, D., & Degen-De Cort, A. (2014). Using Evidence to Overcome Obstacles to Family Presence. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), 407-421.

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Dokken, D.L., Kaufman, J., Johnson, B.J. et al. (2015). Changing hospital visiting policies: from families as “visitors” to families as partners. *J Clinical Outcomes Management*, 22(1), 29-36.

Family presence: visitation in the adult ICU. (2012). *Critical care nurse*, 32(4), 76–78.

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., Ungar, A., Baldasseroni, S., Geppetti, P., Masotti, G., Pini, R., & Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946–952. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>

Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Turi, L., ... Adnet, F. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>

Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J., & Frobos, C. (2016). Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 25(2), 118–125. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016258>

Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., & Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *The American journal of nursing*, 100(2), 32–43.

Parsapour, K., Kon, A. A., Dharmar, M., McCarthy, A. K., Yang, H. H., Smith, A. C., Carpenter, J., Sadorra, C. K., Farbstein, A. D., Hojman, N. M., Wold, G. L., & Marcin, J. P. (2011). Connecting hospitalized patients with their families: case series and commentary. *International journal of telemedicine and applications*, 2011, 804254. <https://doi.org/10.1155/2011/804254>

Shulkin, David et al. “Eliminating visiting hour restrictions in hospitals.” *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality* vol. 36,6 (2014): 54-7. doi:10.1111/jhq.12035



RECURSOS

- [Person-Centered Guidelines for Preserving Family Presence in Challenging Times](#)
- [Sample Care Partner Program Brochure \(Hospital\)](#)
- [Sample Care Partner Agreement & Safe Visiting Practices \(Long-Term Care\)](#)
- [Sample Care Partner Education on Safe Visiting Protocols](#)

AGRADECIMIENTOS

Convener



Connie Barden, MSN, RN, CCRN-K, FAAN
Chief Clinical Officer
[American Association of Critical-Care Nurses](#)



Robyn Begley, DNP RN NEA-BC FAAN
Chief Executive Officer
[American Organization for Nursing Leadership](#)

Kathleen C. Buckwalter, PhD, RN, FAAN
Reynolds Center of Geriatric Nursing Excellence
University of Oklahoma Health Sciences Center



Jane Carmody, DNP, MBA, RN
Senior Program Officer
[The John A. Hartford Foundation](#)



Rita B. Choula, MA
Director, Caregiving, AARP Public Policy Institute
[AARP](#)



Sarah Delgado, MSN RN ACNP
Clinical Practice Specialist, Strategic Advocacy
[American Association of Critical-Care Nurses](#)

Jeff Doucette, DNP, RN, NEA-BC, FACHE, FAAN
Senior Vice President & Chief Nursing Officer
[Thomas Jefferson University Hospitals](#)



Susan Frampton, PhD
President
[Planetree International](#)



Terry Fulmer, PhD, RN, FAAN
President
[The John A. Hartford Foundation](#)



Sara Guastello
Senior Vice President, Person-Centered Care Standards
[Planetree International](#)



Holly Harmon, RN, MBA, LNHA, FACHCA
Vice President Quality, Regulatory & Clinical Services
[AHCA/NCAL](#)



Helen Haskell, MA
[Mothers Against Medical Error](#)
[Consumers Advancing Patient Safety](#)



Lisa Keitel
[Minnesota Alliance for Patient Safety](#)



Cherie Lytle, MHA, CPXP
Patient Experience Manager
[Children's Hospital & Medical Center](#)



Ellen V. Makar, DNP, RN-BC, NP-BC, CENP
Vice President, Patient Safety & Care Improvement
[Griffin Health Services](#)



Gabriella Malagon-Maldonado, PhD, DNP, RN, NEA-BC
Vice President of Patient Care Services and CNO
[Sharp Chula Vista Medical Center](#)

Funder



Patricia McGaffigan, RN, MS, CPPS
VP, Safety; President, CBPPS
[Institute for Healthcare Improvement](#)



Phebe McKay, RN, BSN, MBA, FACHE
Chief Nursing Officer
[Merit Health Wesley](#)



Gloria J. McNeal, PhD, MSN, ACNS-BC, FAAN
Associate Vice President Community Affairs in Health
[National University](#)



Marcia Nelson, MD, MMM, FAAFP, FAAPL
Chief Medical Officer
[Enloe Medical Center](#)



Christine Pabico, PhD, RN, NE-BC, FAAN
Director, Pathway to Excellence Programs
[American Nurses Credentialing Center, Pathway to Excellence Program](#)



Jennifer Pettis, MS, RN, CNE, WCC
Acting Director, Programs
[Nurses Improving Care for Healthsystem Elders \(NICHE\)](#)
NYU Rory Meyers College of Nursing

Tim Porter-O'Grady, DM, EdD, APRN, FAAN, FACCWS
Senior Partner, Health Systems, TPOG Associates
Clinical Professor, SON, Emory University, Atlanta GA.
Board, American Nurses Foundation

Sharon Quinlan, RN, MSN, MBA, NEA-BC
System VP Ambulatory Nursing & Professional Practice
Advocate Aurora Health



Michael Radosta, MA, MS, RN, NEA-BC, FACHE Chief
Nursing & Quality Officer
[Gracie Square Hospital](#) - Member of NewYork-Presbyterian
Hospital Network



Valeria Ramdin, PhD
Assistant Clinical Professor
[Northeastern University Bouvé College of Health Science](#)

Marilyn Rantz, RN, PhD, FAAN
Curators' Professor Emerita
Sinclair School of Nursing
[University of Missouri](#)

Karen Reifstein, PhD, RN
Senior Associate Dean for Student Affairs & Diversity
[Oregon Health & Science University School of Nursing](#)



Susan C. Reinhard, RN, PhD, FAAN
Senior Vice President and Director
[AARP Public Policy Institute](#)
Chief Strategist, Center for Champion Nursing in America
and Family Caregiver Initiatives



Connie Rowe, RN, MHA, FACHE
Chief Nursing Officer
[Enloe Medical Center](#)

Cynda Hylton Rushton, PhD RN FAAN
 Anne & George Bunting Professor of Clinical Ethics, Nursing
 & Pediatrics
 Berman Institute of Bioethics & School of Nursing
[Johns Hopkins University](http://www.jhu.edu)

Carol Wahl, DNP, RN, MBA, NEA-BC, FACHE, FPCC
 Assistant Professor
[University of Nebraska Medical Center College of Nursing](http://www.unmc.edu)



Matthew Schlueter, PhD, RN
 Chief Nursing Officer
[Harris Health System](http://www.harrishealthsystem.com)



Dael Waxman, MD
 Medical Director, Patient-Centered Programming, Atrium
 Health Mercy Hospital
[Atrium Health](http://www.atriumhealth.org)

Barbara M. Soule, RN, MPA, CIC, FAPIC, FSHEA
 Infection Prevention Consultant



Eric K. Wei, MD, MBA
 Vice President and Chief Quality Officer
[NYC Health + Hospitals](http://www.nychealth+hospitals.org)



Lauraine Spano-Szekely, DNP, MBA, BSN, RN, NEA-BC
 Vice President Nursing Operations
[The Mount Sinai Hospital](http://www.mountsinai.org)



Rhonda Williams, RN, MSN, MBA
 Vice President, Engagement Strategies
[Planetree International](http://www.planetree.org)

Lisa J. Sundean, PhD, MHA, RN
 Assistant Professor
 College of Nursing and Health Sciences
 University of Massachusetts Boston



Sheri Winsper, RN, MSN, MSHA
 Senior Vice President, Quality Measurement
[National Quality Forum](http://www.nationalqualityforum.org)

SITIOS PILOTOS

We would like to acknowledge the following sites for pilot testing a prototype version of this toolkit:



Cedars-Sinai

CHI Health Good Samaritan



Children's Health Queensland
Hospital and Health Service



Children's Health Queensland Hospital and Health Service



Elmhurst Hospital



Gracie Square Hospital - Member of NewYork-Presbyterian Hospital Network

Hennepin Healthcare



ISMETT UPMC Italy

Johns Hopkins Medicine



Lenox Hill Hospital, Northwell Health



Long Island Jewish Medical Center, Northwell Health



Merit Health Wesley

North Shore University Hospital, Northwell Health



Northern Westchester Hospital, Northwell Health



NYC Health + Hospitals/Coler



Phelps Hospital, Northwell Health

South Shore University Hospital, Northwell Health



Webco Nursing

Webco Nursing
Skilled Nursing Care & Residential Care

AVALADO POR*

(endorsements updated 6/1/21)



Live Your Healthiest Life.



Griffin Health



* These endorsements are meant to indicate support for the effort and recommendation of the toolkit as a useful resource for healthcare teams. An endorsement does not imply use of the toolkit as a requirement for the standards-based accreditation/certification programs listed here.