



## PROCESO DE ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD Y FACTORES RELACIONADOS

**Maria Teresa Ricart Basagaña**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**María Teresa Ricart Basagaña**

**Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos:  
medición de la ansiedad y factores relacionados.**

**TESIS DOCTORAL**

**Dirigida por la Dra. Mar Lleixà Fortuño**

**Departament d'Infermeria**



Tarragona, 2015





**María Teresa Ricart Basagaña**

**Proceso de alta de una unidad de cuidados  
intensivos: medición de la ansiedad y factores  
relacionados.**

**TESIS DOCTORAL**

**Dirigida por la Dra. Mar Lleixà Fortuño**

**Departament d'Infermeria**



Tarragona, 2015





UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D' INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35  
43002 Tarragona, Espanya  
Tel. 977 299 424 / 25  
Fax. 977 299 486

E-mail: [sdinfern@urv.cat](mailto:sdinfern@urv.cat)

E-mail: [sdinfern@urv.cat](mailto:sdinfern@urv.cat)  
Mar Lleixà-Fortuño, Profesora del Departamento de Enfermería de la  
Universitat Rovira i Virgili

CERTIFICO:

Que el presente trabajo, titulado "**Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos: medición de la ansiedad y factores relacionados**", presentado por la Sra. María Teresa Ricart Basagaña, para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo mi dirección, en el Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili y que cumple con los requisitos para su defensa pública.

Y para que conste, firmo este certificado:

Mar Lleixà-Fortuño

Tortosa, 18 de Agosto de 2015



## **Dedicatoria**





## Dedicatoria

*Desconozco si esta Tesis,  
dedicada a la Ansiedad y la  
Incertidumbre, es reflejo o  
consecuencia de mis  
circunstancias personales.*

*Cierto es que la vida está hecha  
de contextos inciertos pero,  
afortunadamente, también de  
sólidas Fuentes de Estructura.*

*Para todas mis Fuentes de  
Estructura pasadas, presentes y  
futuras.*



## **Agradecimientos**



## Agradecimientos

A todos los pacientes y familiares de UCI que han colaborado en esta investigación, por sus aportaciones.

A todo el equipo de la UCI de Sant Pau y a la Dirección del Centro por su apoyo.

Al equipo investigador María, Ana, Mónica, Albert, Isa, Fina, Sensi, Laura, Inma, Roser, Núria, Natalia y Carme por todo el esfuerzo y las horas dedicadas.

A Ignasi Gich, por hacer fácil e inteligible lo más difícil.

A Angels Serrano, profesional y persona excelente, por su maestría dando forma a este trabajo.

A las revisoras Ester y Almudena, por la alegría y el entusiasmo en la tarea encomendada.

A los de casa, a los amigos, por dejar espacio y comprender el tiempo destinado a la Tesis.

A la Dra. Lleixà, acompañante y guía, perseverante como pocos.

A Lluís porque a causa de él y por él sigo avanzando.

A Joan y a Martí por todo el amor que ofrecen.



## Índice





# Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>Capítulo I: Marco conceptual</b> .....	<b>15</b>
1. Ansiedad en personas hospitalizadas .....	17
1.1. Concepto y evolución de Ansiedad .....	17
1.2. Aspectos relevantes de la Teoría de Enfermería de Merle Mishel .....	25
1.3. Impacto emocional relacionado con el alta: Ansiedad de traslado.....	32
1.4. Instrumentos de evaluación de ansiedad hospitalaria .....	38
2. Estado actual de la investigación .....	41
2.1. Estado actual de la investigación sobre la ansiedad de las personas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos .....	42
2.2. Estado actual de la investigación sobre la ansiedad al alta de las personas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos .....	46
2.3. Estado actual de la investigación de estrategias para mejorar el alta de las personas ingresadas en unidades de cuidados intensivos.....	55
<b>Capítulo II: Justificación del estudio</b> .....	<b>61</b>
<b>Capítulo III: Objetivos e hipótesis de la investigación</b> .....	<b>67</b>
3.1. Objetivo General .....	69
3.2. Objetivos Específicos .....	69
3.3. Hipótesis .....	70

<b>Capítulo IV: Metodología de la investigación</b> .....	<b>71</b>
4.1. Diseño del estudio .....	73
4.2. Contexto de estudio .....	73
4.3. Población y muestra .....	74
4.4. Variables objeto de estudio .....	76
4.5. Fuentes de información e instrumentos de medida .....	79
4.6. Aspectos éticos .....	87
4.7. Procedimiento de la recogida de datos .....	89
4.8. Análisis estadístico .....	94
<b>Capítulo V: Resultados</b> .....	<b>95</b>
<b>Capítulo VI: Discusión</b> .....	<b>131</b>
<b>Capítulo VII: Acción de mejora. Diseño de un plan de actuación al alta de UCI</b> .....	<b>143</b>
<b>Capítulo VIII: Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras</b> .....	<b>161</b>
<b>Capítulo IX: Conclusiones</b> .....	<b>167</b>
<b>Capítulo X: Referencias bibliográficas</b> .....	<b>173</b>
<b>Capítulo XI: Financiación y difusión de la investigación</b> .....	<b>191</b>
<b>Capítulo XII: Anexos</b> .....	<b>197</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1:</b> Características definitorias y factores relacionados del diagnóstico de Ansiedad ....	22
<b>Tabla 2:</b> Características definitorias y factores relacionados con el diagnóstico de Síndrome de Estrés de traslado. ....	34
<b>Tabla 3:</b> Principales taxonomías enfermeras relacionadas con el diagnóstico de Ansiedad ..	35
<b>Tabla 4:</b> Principales taxonomías enfermeras relacionadas con el diagnóstico de Síndrome de Estrés de Traslado y Riesgo de Síndrome de Estrés de Traslado .....	36
<b>Tabla 5:</b> Resumen de los principales resultados de los estudios publicados sobre ansiedad en UCI. ....	44
<b>Tabla 6:</b> Resumen de los principales resultados de los estudios publicados sobre ansiedad al alta de UCI .....	52
<b>Tabla 7:</b> Ítems de puntuación invertida para STAI estado .....	84
<b>Tabla 8:</b> Comparación de valores entre escala original de Spielberger y la escala de la adaptación española .....	85
<b>Tabla 9:</b> Distribución por dimensiones de los ítems de la escala MOS-SSS y valores máximos y mínimos .....	86
<b>Tabla 10:</b> Resumen perfil sociodemográfico de la muestra .....	99
<b>Tabla 11:</b> Resumen perfil clínico-patológico de la muestra. ....	101
<b>Tabla 12:</b> Resumen perfil del proceso de hospitalización. ....	103
<b>Tabla 13:</b> Nivel de ESP de los pacientes de UCI. ....	105
<b>Tabla 14:</b> Nivel de dolor percibido por los pacientes de UCI. ....	106
<b>Tabla 15:</b> Niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en las 4 determinaciones de valoración. ....	113
<b>Tabla 16:</b> Discriminación de la muestra total por niveles de ansiedad según percentiles.....	114
<b>Tabla 17:</b> Correlación entre ansiedad rasgo y ansiedad estado .....	116
<b>Tabla 18:</b> Niveles de ansiedad en los 4 tiempos de determinación discriminados por patologías .....	117

<b>Tabla 19:</b> Correlaciones entre las determinaciones de ansiedad y las variables cuantitativas sociodemográficas, clínicas, de proceso.....	120
<b>Tabla 20:</b> Puntuaciones y medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo según sexo. ....	123
<b>Tabla 21:</b> Diferencias de nivel de ansiedad estado en cuidadoras principales en D4 .....	124
<b>Tabla 22:</b> Puntuaciones y medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo según patología crónica concomitante .....	124
<b>Tabla 23:</b> Puntuaciones y medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo según tipo de ingreso urgente o electivo .....	125
<b>Tabla 24:</b> Correlaciones entre las determinaciones de ansiedad y las variables de percepción del paciente .....	126
<b>Tabla 25:</b> Correlación modelo de regresión lineal múltiple.....	130

## Índice de Figuras

Figura 1: Resumen de las fases del estudio .....	93
Figura 2: Flujo de pacientes .....	93
Figura 3: Selección de pacientes del estudio .....	98
Figura 4: Deseo de los pacientes a ser dados de alta.....	105
Figura 5: Histograma de los valores de soporte social percibido según escala MOS-SSS ..	107
Figura 6: Histograma de los valores de ansiedad rasgo. ....	108
Figura 7: Histograma de los valores de ansiedad estado en D1. ....	110
Figura 8: Histograma de los valores de ansiedad estado en D2 .....	111
Figura 9: Histograma de los valores de ansiedad estado en D3. ....	112
Figura 10: Histograma de los valores de ansiedad estado en D4. ....	113
Figura 11: Valores apilados de los niveles de ansiedad según percentiles. ....	115
Figura 12: Evolución de los niveles de ansiedad estado según patologías.....	119









## Listado de abreviaturas

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II.

AVD: Actividades de Vida Diaria.

BAI: Beck Anxiety Inventory.

BSI: Brief Symptom Inventory.

CAM-ICU: Confusional Assessment Method.

DASS: Depression, Anxiety, Stress Scale.

Euroscore: European System for Cardiac Operative Risk.

ESP: Estado de Salud Percibido.

FACES: Face Anxiety Scale.

GCS: Glasgow Coma Score.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

LSAD: Leeds Scale of Anxiety and Depression.

MOS-SSS: Medical Outcomes Study Social Support Survey.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NIC: Nursing Intervention Classification.

NOC: Nursing Outcome Classification.

PAAU: Plan de Atención al Alta de UCI.

SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

SNA: Sistema Nervioso Autónomo.

SNS: Sistema Nervioso Simpático.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory.

TISS-28: Therapeutic Intervention System Score-28

UCIs: Unidades de Cuidados Intensivos.

VM: Ventilación Mecánica.



## Resumen



## Resumen

La ansiedad es un diagnóstico que frecuentemente se relaciona con los enfermos de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Aunque la literatura aporta evidencias suficientes para tener en cuenta el problema de la ansiedad y las complicaciones derivadas, aún desconocemos hasta qué punto la ansiedad tiene impacto en nuestro contexto cultural y cuáles son los factores que condicionan que algunas personas presenten niveles de ansiedad más altos que otras cuando son dados de alta de nuestras UCIs.

Los objetivos generales de la Tesis se centran en:

- Determinar los niveles de ansiedad de los pacientes dados de alta de UCI.
- Determinar los factores relacionados e identificar el perfil de personas con niveles de ansiedad al alta elevados.

Para desarrollar la presente Tesis se ha seguido una metodología cuantitativa para la valoración de los niveles de ansiedad en las personas ingresadas en UCI antes y después del proceso de alta a la sala de hospitalización.

Se ha utilizado una escala validada y autoadministrable el *State-Trait Anxiety Inventory, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* que permite puntuar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en el paciente hospitalizado.

Los niveles de ansiedad se han medido de forma secuencial en 4 tiempos del proceso de alta: prealta precoz (basal, D1) prealta inmediata (D2), postalta UCI inmediata (D3), postalta UCI tardía (D4), para seguir la evolución de la ansiedad antes y después del alta de UCI. Se han registrado, además,

## Resumen

variables sociodemográficas, de patología, de cuidados, de soporte social, de proceso y del alta que la literatura y la experiencia profesional sugieren que pueden estar relacionados con el incremento de la ansiedad.

Los resultados de la Tesis revelan que la población de estudio presenta un perfil sociodemográfico caracterizado por una edad media alta, con más hombres que mujeres, nivel de estudios medio-alto, y que viven, en su mayoría, acompañados. Con un nivel moderado de ansiedad rasgo.

Son pacientes representativos de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad, con niveles de gravedad moderados-altos y cargas de enfermería altas.

Los niveles de ansiedad se sitúan en rango moderado en las 4 determinaciones, con medias globales inferiores a las descritas en la literatura, pero con una discriminación por porcentajes de ansiedad leve, moderada y alta que reflejan un porcentaje mayor de pacientes con ansiedad moderada-alta en la determinación previa al alta inmediata de UCI y una evolución creciente del grupo de ansiedad estado alta a partir de la determinación basal de UCI. La evolución de los niveles de ansiedad estado es al alza en los pacientes medicoquirúrgicos, relacionada con el traslado a las unidades de hospitalización.

Con los datos disponibles se puede resumir que son tres los elementos determinantes de ansiedad en el grupo estudiado:

- El nivel de impacto de la patología determinado por los días de ingreso en UCI, de requerimiento de soporte mecánico a la ventilación y requerimiento de sedación, así como el nivel de gravedad medido al ingreso y la presencia de enfermedad crónica concomitante.

- La tipología del proceso de ingreso y de alta de UCI, tanto los ingresos no planificados (urgentes) como las altas con menor número de horas y las precipitadas o urgentes.
- La percepción del paciente en términos de estado de salud percibido, nivel de dolor, sentirse preparado para salir de UCI, la percepción de que el traslado a sala ha sido beneficioso, tener la capacidad suficiente para realizar actividades de cuidado autónomamente y el soporte social que perciben recibir. Destacar que son las variables de este tercer grupo las que muestran una significación estadística mayor en el análisis realizado de la muestra.

Los resultados del presente estudio aportan datos de nuestro entorno cultural al conocimiento disponible con el fin de ayudar en la atención de enfermería durante el alta de los pacientes de UCI, fomentando un mejor acompañamiento y soporte de las personas e integrando todos los elementos que permitan disminuir el grado de incertidumbre y de ansiedad relacionados con la salida de UCI. Para ello se ha desarrollado una acción de mejora con el diseño de un plan de atención al alta de UCI (PAAU). La mejora del proceso de atención puede repercutir en la seguridad de los pacientes en relación a su proceso patológico y su evolución en la medida que les facilita la adquisición de niveles de confianza y autonomía mayores promoviendo así capacidades de autocuidado que habiliten altas hospitalarias más precoces manteniendo la calidad asistencial y evitando los aspectos adversos derivados de la ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad estado, ansiedad rasgo, incertidumbre, Unidad de cuidados intensivos, escalas de ansiedad.









## **Introducción**



## Introducción

La ansiedad es uno de los diagnósticos que más frecuentemente se relaciona con las personas ingresadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Estudios realizados durante el proceso de hospitalización revelan que la ansiedad es uno de los diagnósticos más habituales y que se relaciona principalmente con el proceso de ingreso y con la hospitalización en UCI (1-8). Sin embargo, también se han aportado datos, principalmente desde el ámbito anglosajón que demuestran que el proceso de salida de UCI, es decir, el alta hacia la sala de hospitalización convencional es, muchas veces, vivido con ansiedad (9-24). Además, de la literatura revisada se desprende que las secuelas y consecuencias relacionadas con la ansiedad pueden durar meses e incluso años después del alta de UCI (25-32).

La investigación sobre el tema realizada en nuestro contexto cultural se centra principalmente en la valoración de los enfermos durante el ingreso y hospitalización en UCI, y existen pocas referencias sobre qué efectos psicológicos causa en los enfermos de nuestro entorno el alta de UCI. Algunos trabajos publicados, la mayoría de los cuales no han sido diseñados para valorar el impacto del proceso de alta, sugieren que la ansiedad es una entidad que puede estar presente y condicionar el bienestar de las personas cuando son dadas de alta de UCI (4-7). De la evidencia existente en otros entornos culturales, se desprende que la ansiedad puede dificultar la normal evolución de los pacientes hacia la mejoría clínica.

La experiencia del día a día en la UCI nos revela que estar ingresado en una cama de críticos es un bien preciado y escaso y que, muchas veces, por razones organizativas o de presión asistencial debido a que se precisa ingresar a otro paciente más grave, provoca que el cuidado del paciente crítico se vea

## Introducción

mermado por un alta no planificada con antelación o producida de forma rápida sin ninguna o poca preparación del paciente y su familia (33-34).

Sin embargo, la atención multidisciplinar en las UCIs debería atender a las personas como seres integrales y durante todo el tiempo que están bajo nuestros cuidados: en el ingreso, durante su estancia, en el alta y en la transición a la hospitalización convencional, para poder asegurar unos cuidados de calidad, así como la continuidad de los mismos. Atenderlas en toda su dimensionalidad requiere que nuestra actitud profesional esté en constante reflexión sobre lo que pasa y lo que sienten nuestros pacientes y así, poder adoptar las medidas y estrategias necesarias para incrementar la beneficencia de nuestra atención. Como apuntan McKinney y Melby, “es responsabilidad de la enfermera de UCI la continuidad de los cuidados y el bienestar de los pacientes y, aunque las altas a veces sean abruptas por distintos motivos, las enfermeras deben conocer y aplicar para mantener el bien de sus cuidados“ (12).

Por tanto, todas aquellas acciones destinadas a cuidar y confortar a los usuarios y que les ayuden a mantener los niveles de ansiedad en rangos bajos, pueden ayudar a que se produzca una recuperación más rápida, el restablecimiento de la autonomía en fases más precoces, la optimización del tiempo de ingreso en el centro hospitalario habilitando un alta más precoz y mejorando, además, la satisfacción de los enfermos en cuanto a la calidad de la atención recibida.

La experiencia como enfermera de UCI me ha llevado a reflexionar sobre la importancia de la incertidumbre y de la ansiedad como elementos a tener en cuenta en el cuidado y tratamiento de las personas tanto durante la hospitalización como en el difícil proceso de desconexión de la UCI y traslado a las salas de hospitalización.

El Trabajo presentado en esta Tesis tiene como objetivo determinar el nivel de ansiedad y los factores relacionados que aparecen en las personas durante el proceso de alta de UCI, conocer los perfiles de los pacientes con ansiedad, e identificar las condiciones en las que los pacientes pueden presentar un riesgo mayor de ansiedad. La revisión bibliográfica efectuada demuestra que estos aspectos han sido poco desarrollados en nuestro contexto. Los resultados de esta tesis proporcionarán conocimientos sobre cuáles son los aspectos clave para mejorar el proceso de alta de las personas ingresadas en UCI y serán útiles para ayudar a desarrollar cuidados específicos para poder solucionar este problema con la finalidad de mejorar la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes concretándose en una acción de mejora que se centra en la elaboración de un Plan de Atención al Alta de UCI (PAAU) que permita dotar a los profesionales de mayor conocimiento y de un instrumento que pueda ayudar a optimizar el soporte a las transiciones y a mejorar la calidad de la continuidad asistencial que se presta a las personas ingresadas en este tipo de unidades.

La presente Tesis doctoral constará de 12 capítulos.

Después de la introducción se presenta el **capítulo 1**, donde se desarrolla el marco conceptual estructurado en los distintos elementos que configuran el estudio. Se realiza una descripción del concepto de ansiedad y de las características de la ansiedad durante el proceso de traslado. Este trabajo se enmarca en la Teoría enfermera de M.Mishel, la Teoría de la Incertidumbre.

Se revisan diferentes instrumentos de evaluación de la ansiedad para, a continuación, dar paso a una descripción del estado actual de la investigación, que contiene los conocimientos de la búsqueda bibliográfica sobre el tema que ocupa esta Tesis doctoral, organizados en varios subapartados; el primero referido a estudios relacionados con la ansiedad durante el ingreso en UCI, el segundo expone los estudios que analizan la ansiedad específica o relacionada



## Introducción

con el proceso de alta, y el tercero presenta estrategias utilizadas en diferentes estudios para mejorar el proceso de alta de las personas ingresadas en UCI .

En el **capítulo 2** se presenta una justificación desde una perspectiva personal y profesional sobre el tema de estudio.

El **capítulo 3** plantea la hipótesis, el objetivo general y los objetivos específicos que dirigirán la investigación.

En el **capítulo 4** se describe la metodología utilizada, de tipo cuantitativo. Se describen el contexto del estudio, población y muestra, se detallan las variables y los instrumentos de recogida de datos y el posterior análisis de los mismos, así como los aspectos y requisitos éticos necesarios en toda investigación.

En el **capítulo 5** se presentan los resultados obtenidos del análisis para cada uno de los objetivos específicos planteados.

El **capítulo 6** presenta la discusión donde se comparan los resultados obtenidos en este estudio sobre la ansiedad que presentan los pacientes al ser dados de alta de las UCIs con los estudios publicados previamente y descritos en la revisión del estado actual del tema.

En el **capítulo 7** se describe una acción de mejora que se concreta con la descripción del proceso seguido para consensuar y diseñar un Plan de Atención al Alta de UCI (PAAU) dirigido a pacientes y familias en la transición a la sala de hospitalización, adaptado a las necesidades detectadas para minimizar la ansiedad.

El **capítulo 8** presenta las limitaciones del estudio y las líneas de investigación futuras que se sugieren, y en el **capítulo 9** se desarrollan las conclusiones

derivadas de los objetivos específicos planteados.

En el **capítulo 10** se detallan las fuentes consultadas para realizar el trabajo y en el **capítulo 11** se exponen las fuentes de financiación, así como las aportaciones derivadas de la Tesis doctoral a la comunidad científica hasta el momento.

Para finalizar, en el **capítulo 12** se anexa toda la documentación necesaria para la realización del proyecto de investigación.

Con esta investigación podremos identificar la incidencia de ansiedad en los pacientes críticos además de determinar las características y perfil de las personas que presentan niveles de ansiedad susceptibles de requerir atención específica con el fin de minimizar el impacto de la ansiedad generada por el ingreso y alta de UCI en su estado de salud actual y a medio largo plazo.

Se pretende justificar la necesidad de desarrollar e implementar programas de intervención dirigidos a estos usuarios para poder prevenir el diagnóstico de enfermería “Ansiedad de traslado”, y poder mejorar la calidad de la atención que reciben las personas ingresadas en una UCI, por parte de los profesionales de enfermería. Mejorando los cuidados durante su estancia en UCI, pero también garantizando la continuidad asistencial y optimizando el alta a las unidades de hospitalización. Con ello se pretende disminuir la incertidumbre y la ansiedad que el alta causa en los pacientes y sus familias, y ayudará a facilitar la adaptación a las unidades receptoras con un mejor afrontamiento que permita gestionar las situaciones y cambios que el proceso de evolución del estado de salud genera.







## **Capítulo I: Marco conceptual**



## Marco conceptual

### 1. Ansiedad en personas hospitalizadas

#### 1.1. Concepto y evolución de Ansiedad

Para entender el término ansiedad es necesario hacer una revisión histórica sobre la evolución del concepto. La dificultad se debe a que engloba conceptos psicológicos distintos: la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado. En los años 50, desde un enfoque conductual, se concibe como una dolencia de sobreexcitación, e incapacitante si el estímulo persiste en el tiempo.

Sigmund Freud, desde un enfoque psicoanalítico, introduce la palabra “ansiedad” en la psicopatología, definiéndola como “el resultado de la percepción por parte del individuo de una situación de peligro que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego” (35).

En la década de los 70, el concepto de ansiedad evoluciona hacia la multiplicidad de dimensiones y se formula la teoría tridimensional según la cual las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en tres categorías: motora, cognitiva y fisiológica que interactúan entre sí. Se empieza a concebir la ansiedad como un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales).

Se considera que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica que ocurre tras la percepción de una amenaza.



## Marco conceptual

Joseph Wolpe la define como una respuesta autónoma después de un estímulo nocivo, y la describe como una reacción adaptativa ante situaciones que representan (o son interpretadas por el individuo) como una amenaza a su integridad poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de la estimulación del sistema nervioso simpático (SNS), entre otros, y la liberación de catecolaminas responsables de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa.

Spielberger interpreta que se trata de “una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación, y descarga del sistema nervioso autónomo (SNA) (35,36). Relacionada con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles según Marks (37).

Miguel-Tobal (38) propone que “la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del SNA; y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos”. Posteriormente el mismo autor resume que “la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia”.

Las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, preocupación ante lo desconocido o temor a perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de las situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen alteración de la ventilación, sequedad de boca, mareos, taquicardia, palpitaciones, sudoración fría, hipertensión.

La ansiedad se caracteriza por ser anticipatoria, tiene una función activadora y

facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños (35). La ansiedad activa la respuesta del individuo y lo capacita para la protección, permitiendo mejorar el rendimiento y la actividad. Es lo que Celis denominó el “umbral emocional”. Aunque el temor puede ser una respuesta saludable frente a una amenaza externa obvia, la ansiedad puede estar relacionada con una amenaza interna, desconocida y de carácter vago, y dar lugar a la aparición de modificaciones fisiológicas y del comportamiento que son destructivas.

Cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento, lo que constituye un punto de partida para los trastornos por ansiedad (39). Se considera, pues, que bajo condiciones normales, la ansiedad mejora la productividad de la persona y la capacidad de adaptación, sin embargo, la ansiedad también puede ser desadaptativa, provocando miedos, inhibición, y cambios somáticos que interfieren en la capacidad de la persona para superar las dificultades (40-42).

Los trastornos de ansiedad se originan cuando la activación es persistente y alteran la vida cotidiana. Aunque las causas de los trastornos de ansiedad no han sido bien definidas, posiblemente la predisposición genética, los factores psicosociales estresantes y los sistemas neurológicos desempeñan un papel destacado en este proceso (43).

Actualmente se está de acuerdo en que la ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. Definida como una respuesta emocional subjetiva y única para cada individuo, anticipada a peligros reales o percibidos, que activa y capacita para la respuesta de protección del individuo manifestada como una actividad predominante del sistema nervioso simpático con componentes como (44-47):

## Marco conceptual

- **Fisiológicos:** hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, temblores, expresión facial que refleja tensión.
- **Cognitivos:** bloqueo del pensamiento, disminución de la atención y la concentración, disminución de la capacidad de aprendizaje y de solución de problemas, confusión, sentimiento de miedo de causa inespecífica.
- **Conductuales:** agitación, nerviosismo, dificultades para dormir o descansar, sobreexcitación.
- **Afectivos:** la persona se muestra irritable, temerosa, angustiada, aprensiva, desconcertada, preocupada y centra toda la atención sobre sí misma.

La ansiedad, como hemos visto, puede ser conceptualizada como un estado negativo con componentes fisiológicos: la hipervigilancia, afectivo: el miedo, y/o cognitivo: la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de descontrol sobre amenazas o daños reales o posibles (38). Es una emoción subjetiva y única para cada persona. Una reacción instintiva normal de autoprotección desencadenada frente a una situación de peligro y que estimula a nuestro organismo impulsando su capacidad de esfuerzo para luchar o huir. Pero si la reacción es excesiva o se prolonga en el tiempo puede incapacitar al individuo para adoptar estrategias para afrontar la situación.

Según la teoría transaccional de Lazarus y Folkman, las personas se estresan cuando se sienten amenazados por un estímulo percibido que, además, las incapacita para hacerle frente de una manera adecuada. Lazarus y Folkman definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto (48). El estrés se produce cuando la persona interpreta que los inputs del contexto superan los recursos de que dispone y esto pone en peligro su bienestar. Según estos autores, la percepción de los estímulos, externos o internos del individuo, depende de las características de cada persona, de la valoración cognitiva y emocional de la

situación, por lo que un mismo fenómeno puede ser evaluado de distintas maneras dependiendo de la interpretación que haga cada sujeto. Además, según Lazarus y Folkman, cada individuo desarrolla mecanismos de afrontamiento distintos para abordar el estrés dependiendo de su predisposición personal y de los recursos de los que dispone.

Los trastornos de Ansiedad y del estado de ánimo son una de las enfermedades mentales más frecuentes en la actualidad. Según los resultados del Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de los países estudiados ha padecido algún trastorno de ansiedad durante su vida (49). En una muestra representativa de la población española mayor de 18 años, la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en algún momento de la vida fue de 6,7% para los hombres y del 15% en mujeres y la prevalencia de trastornos de ansiedad durante la vida se estimó en 5,7% en hombres y 12,8% en mujeres (50). Asimismo, la ansiedad es un trastorno de alta prevalencia en los pacientes ingresados por causas orgánicas tanto médicas como quirúrgicas. Ansiedad es uno de los diagnósticos de enfermería más utilizados en las personas ingresadas en UCIs, identificándose entre un 17% y un 80% de los pacientes críticos (4,18, 51-55). Los aspectos psicoespirituales se ha descrito como la segunda prioridad para los pacientes ingresados en hospitales, y, en algunos estudios, los pacientes solicitan enfermeras más expertas que les cuiden, refiriéndose a que sean capaces de comprenderlos y atenderlos en todos los aspectos de su persona y no solamente en los aspectos técnicos (56-59).

La incertidumbre se ha relacionado con la presencia de ansiedad, por eso parece importante ayudar a mejorar la habilidad de las enfermeras para desarrollar cuidados dirigidos a disminuir el grado de incertidumbre y poder mejorar el soporte a los pacientes para aceptar, manejar, y adaptarse a su proceso enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor

Marco conceptual

calidad de vida.

Cada persona, cada individuo percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular y es misión de la enfermera dar soporte a los pacientes teniendo en cuenta cómo viven, sienten y afrontan este entorno y las circunstancias que determina el proceso de enfermedad. Sabemos que las circunstancias frecuentemente dibujan un mapa difuso e incierto que puede repercutir en la percepción del paciente y en sus capacidades para afrontarlo, generando inestabilidad tanto física, como emocional.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) estableció una etiqueta diagnóstica con el concepto “Ansiedad” definido como: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”. Este diagnóstico corresponde al código 00146, pertenece al dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés, incluido en la clase 2: Respuestas de afrontamiento (46,47). La asociación americana (NANDA) define también el diagnóstico relacionado con la ansiedad por traslado bajo la etiqueta de Síndrome de Estrés de traslado, el cual será desarrollado más adelante.

La **tabla 1** detalla las características definitorias y los factores relacionados del diagnóstico de ansiedad.

Características definitorias	Factores relacionados
<b>Conductuales</b> Disminución de la productividad Expresión de preocupaciones Movimientos extraños Nerviosismo Lanzar miradas alrededor	✓ Cambio en: <ul style="list-style-type: none"><li>• La situación económica</li><li>• El entorno</li><li>• El estado de salud</li><li>• Los patrones de interacción</li></ul>

Insomnio Evitar el contacto ocular Agitación Control Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La función del rol</li> <li>• El estatus del rol</li> </ul>
<b>Afectivas</b> Aprensión Angustia Distrés Temor Sentimientos de inadecuación Atención centrada en el Yo Preocupación creciente Irritabilidad Sobresalto Sobreexcitación Creciente impotencia dolorosa Persistente aumento de la impotencia Tamborileo Arrepentimiento Incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Exposición a toxinas</li> <li>✓ Asociación familiar</li> <li>✓ Herencia</li> <li>✓ Contagio interpersonal</li> <li>✓ Transmisión interpersonal</li> <li>✓ Crisis de maduración</li> <li>✓ Crisis situacionales</li> <li>✓ Estrés</li> <li>✓ Abuso de sustancias</li> <li>✓ Amenaza de muerte</li> <li>✓ Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales</li> <li>✓ Conflicto inconsciente sobre los valores esencial</li> </ul>
<b>Fisiológicas</b> Tensión facial Temblor de manos Sudoración Aumento de la tensión Estremecimiento Voz temblorosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Amenaza para:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• La situación económica</li> <li>• El entorno</li> <li>• El estado de salud</li> <li>• Los patrones de interacción</li> <li>• La función de rol</li> <li>• El autoconcepto</li> </ul> </li> </ul>
<b>Simpáticas</b> Anorexia Excitación cardiovascular Diarrea Sequedad bucal Sofocaciones Palpitaciones Aumento de la tensión arterial Aumento del pulso Aumento de los reflejos Aumento de la respiración Dilatación pupilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necesidades no satisfechas</li> </ul>

## Marco conceptual

Dificultades respiratorias Vasoconstricción capilar Movimientos espasmódicos Debilidad	
<b>Parasimpáticas</b> Dolor abdominal Disminución de la presión arterial Disminución del pulso Diarreas. Náuseas Mareos Fatiga Trastornos del sueño Hormigueos en las extremidades Frecuencia urinaria Dificultad para iniciar el chorro de orina Urgencia urinaria	
<b>Cognitivas</b> Conciencia de los síntomas fisiológicos Bloqueo del pensamiento Confusión Disminución del campo perceptual Dificultad de concentración Disminución de la habilidad para aprender Disminución de la habilidad para solucionar problemas Temor a consecuencias inespecíficas Olvido Deterioro de la atención Preocupación Rumiación Tendencia a culpar a otros	

**Tabla 1:** Características definitorias y factores relacionados del diagnóstico de ansiedad, **Fuente:** Elaboración propia a partir de referencias 46 y 47.

## 1.2. Aspectos relevantes de la Teoría de Enfermería de Merle Mishel

Una Teoría se define como una representación conceptual de la realidad, no es la realidad misma, sino una abstracción de la realidad. Puede representar las características de una disciplina y dar una cierta dirección a un conjunto de leyes que se seleccionan para formar un sistema teórico. La perspectiva de la Teoría de Incertidumbre frente a la Enfermedad de M. Mishel aporta una mirada enfermera desde el paradigma de la transformación, socio-crítico que considera a la persona líder de su vida, que decide sobre su salud y sobre lo que es importante y adecuado para ella (60-62). Toda decisión, sin embargo, debe poder tomarse en condiciones de conocimiento y comprensión de contexto y de los elementos actuales o futuros que lo componen.

Así Mishel en su teorización, define la incertidumbre como la incapacidad para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona no es capaz de dar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se conseguirán, debido a la falta de claves suficientes. Es decir, el sujeto no puede prever lo que pasará; hay una interpretación subjetiva de la persona en cuanto a su enfermedad, el tratamiento y la hospitalización, del contexto de salud en el cual se encuentra inmerso. Una situación de incertidumbre puede ser generadora de estrés por la elevada demanda del ambiente y puede limitar la capacidad de afrontamiento del individuo (información, estructura de soporte, gravedad de la patología, evolución tórpida...) provocando reactividad fisiológica y generando niveles altos de ansiedad.

La teoría de la incertidumbre de Mishel se basaba en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, procedentes de la psicología, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una



## Marco conceptual

representación interna de una situación o un hecho. Mishel atribuye el marco subyacente al estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman (48).

Recordemos que según Lazarus y Folkman, los mecanismos de afrontamiento del estrés están influenciados por recursos relacionados con las creencias y valores del individuo, las capacidades de resolución de problemas, la energía física y mental disponibles, el apoyo que se obtenga del entorno social y los recursos materiales.

Es exclusivo de Mishel la aplicación de este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad (60-61). La teoría de Mishel se desarrolló en dos fases, la primera en la que reflejaba la conceptualización inicial de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología (estado cognitivo que ayuda a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad, y valoración de éste estado), y por otro lado otros dos supuestos que reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento, donde la adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad, llegando incluso a desarrollar una nueva perspectiva de la vida (62-63). La incertidumbre, valorada como un peligro, provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional, es decir, la ansiedad que ésta genera. Esta incertidumbre puede disminuir la capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo. Según Mishel, cuando la coherencia de las circunstancias (el marco de estímulos; lo esperado y lo experimentado) aumenta, el grado de incertidumbre disminuye. De la misma forma, las fuentes de estructura (entendidas éstas como los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos;

autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) causan disminución de la incertidumbre, de forma directa, ya que fundamentan la interpretación de los hechos y, de forma indirecta, fortalecen el marco de estímulos.

Si la incertidumbre se acepta como una parte más de la vida, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo de los enfermos. Con el fin de adoptar este nuevo modo de ver la vida, el paciente debe confiar en los recursos sociales y en el personal sanitario, los cuales también deben optar por la creencia en la probabilidad. Así pues la incertidumbre se valora como una oportunidad cuando se sirve de alternativa a una certeza negativa, o dicho de otra manera, la reconceptualización sostiene que las personas con experiencias de incertidumbre a lo largo del tiempo llegan a vivirla como un cambio en el enfoque de su vida (60, 61, 63). También dice Mishel que la sensación prolongada de incertidumbre, en enfermos crónicos, puede servir de catalizador para hacer cambiar la perspectiva que la persona tiene de la vida y la enfermedad.

En resumen, para esta teoría la incertidumbre es el concepto principal, y es definida como un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren relacionados con la enfermedad. Mishel sostiene que controlar la incertidumbre es esencial para conseguir la adaptación durante la enfermedad, y explica el modo en que las personas procesan cognitivamente los hechos asociados a la enfermedad y el modo en que les dan un significado. La incertidumbre se puede interpretar como un peligro (cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo) o como una oportunidad (fruto de la ilusión). En caso de la segunda opción la persona mantiene la esperanza. Y finalmente el afrontamiento da como resultado la adaptación.

## Marco conceptual

La literatura revisada sobre la incertidumbre, que se expone a continuación, evidencia que en los estudios publicados se ha observado el efecto negativo de la incertidumbre habilitando tanto alteraciones físicas como trastornos psicológicos entre ellos la ansiedad, la depresión y la desesperación. Se ha comprobado que los indicadores objetivos y subjetivos tanto de la sintomatología de una enfermedad como de la amenaza de la muerte están, sin lugar a dudas, relacionados positivamente con la incertidumbre, además de que la sensación de incertidumbre influye de modo negativo en la calidad de vida, en la evolución de los pacientes, en la satisfacción por las relaciones familiares, en la satisfacción por el servicio sanitario y en el mantenimiento de las propias actividades de autocuidado de los familiares que tienen a su cargo a un enfermo, afectando tanto a pacientes como a familiares (44, 60-61, 63-77).

Mishel considera que la incertidumbre puede conducir a las personas a considerar la situación desde un punto de vista negativo, valorada como un peligro, o positivo, donde es valorada como una oportunidad. Cuando la incertidumbre se vive como un peligro causa discomfort emocional siendo la ansiedad una de las emociones generadas. McCornick et al. sugieren, además, que la experiencia de la incertidumbre puede ser vivida a la vez como peligro y como oportunidad, razón por la cual explican la no correlación, en su estudio, entre ansiedad e incertidumbre (77). Sin embargo, la evidencia determina que la presencia de incertidumbre se relaciona con la expresión de sintomatología ansiosa (68, 72, 78-81), incertidumbre que valorada como un peligro, activa mecanismos de afrontamiento que pueden generar un impacto emocional de ansiedad capaz de modular la posterior recuperación. Kagan y Bar-Tal determinan la relación entre incertidumbre y ansiedad en pacientes quirúrgicos de tal forma que los pacientes con incertidumbre negativa en el preoperatorio son pacientes con ansiedad elevada, es decir a más incertidumbre, más ansiedad y peor son los resultados del acto quirúrgico. Estos autores concluyen que facilitando información en el preoperatorio, se disminuye la incertidumbre y

por tanto la ansiedad, causando, de esta forma, un impacto beneficioso en los resultados postoperatorios (68).

El estudio de la relación entre ansiedad y supervivencia ha evidenciado que los pacientes con un alto nivel de ansiedad acuden más a urgencias, se hospitalizan más y tienen mayor mortalidad (27, 31). La ansiedad se deriva de aquellos aspectos relacionados con el desconocimiento del proceso quirúrgico, de la enfermedad, de la evolución y del tratamiento, es decir, cuando existe una incoherencia de las circunstancias y el marco de estímulos no es el adecuado para que los sujetos puedan interpretar la situación vivida.

Pero, además, la ansiedad incide y puede afectar a la capacidad de aprendizaje, energía, motivación y a la capacidad de seguir el tratamiento, según De Jong a pesar de que no se conocen los mecanismos exactos (31). La ansiedad puede mellar la capacidad cognitiva y dar interpretaciones subjetivas de la situación alejadas de la realidad que puedan llevar al paciente a contextos desfavorables para la toma de decisiones sobre su salud y las previsiones de evolución, tanto si la realidad percibida se sitúa en parámetros de percepción por exceso o por defecto en relación a la realidad.

Aunque la ansiedad determine la capacidad de concentración y comprensión (31, 83) los principales cuidados reflejados en la literatura para el control de la ansiedad relacionada con la incertidumbre son la información y la educación (2, 66, 84-88). Según un estudio de Alves Apóstolo et al. en una muestra de pacientes diabéticos, la ausencia de información es precursora de incertidumbre, pues permite al paciente la construcción de un cuadro de referencia propio. No obstante, ésta es una situación de incertidumbre temporal ya que es fácilmente corregible, se trataría que la enfermera fuera facilitando información periódica y cierta al paciente sobre su estado. Según los autores, cuando los pacientes presentan bajo grado de incertidumbre es debido a que adoptan estrategias de adaptación para enfrentar los acontecimientos

## Marco conceptual

inductores de ansiedad, adecuados a su situación y la incertidumbre es percibida como una oportunidad de crecimiento y de cambio. Dando una información progresiva y adecuada al paciente se favorece que éste la reciba de manera menos ansiosa y la vaya asimilando mejor, disminuyendo, de ésta manera, los niveles de ansiedad (64).

Meredith Wallace midió cómo los distintos elementos que estructuran el concepto de incertidumbre influyen en el malestar derivado de la incapacidad para determinar el significado de los hechos que presentan los pacientes con neoplasia de próstata. En el estudio se revelan elementos que fortalecen la evidencia de la relación entre educación y tiempo que dura la enfermedad e incertidumbre, concluyendo que cuando el nivel educativo es más alto, menos incertidumbre se detecta en los sujetos. Además se evidencia que cuanto más familiarizado está el enfermo con su situación de enfermedad, menor es el grado de incertidumbre que presenta (64). La información fiable y consistente y la educación procedente de una autoridad creíble reducen la incertidumbre y la ansiedad derivada, ayudando en la interpretación de la sintomatología, a interpretar la situación y a predecir la evolución. En otro estudio realizado por Inger Flemme que relaciona calidad de vida a largo plazo e incertidumbre en pacientes que viven con un desfibrilador interno, se concluye que la incertidumbre disminuye a partir del primer año de implantación del desfibrilador interno. Es decir que la incertidumbre disminuye con el tiempo y la familiarización con el elemento técnico, disminuye a medida que el marco de estímulos crece en relación a la capacidad cognitiva, al conocimiento del dispositivo, y en relación a las fuentes de estructura de información y educación sobre la situación patológica (70). La presencia y el apoyo recibido por parte de los profesionales que cuidan de las personas enfermas son escasamente estudiados de forma directa y las referencias a la autoridad con credibilidad, a la enfermera que cuida, da soporte y genera confianza son inferidas de las actividades y cuidados referenciados en las evidencias publicadas.

Mishel y Braden llegaron a la conclusión de que el apoyo social tenía un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reducía la complejidad percibida; pero también tenía un efecto indirecto por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas (82). Mishel decía que a más apoyo social menor era la incertidumbre y por, tanto, el disconfort emocional y la ansiedad de los pacientes. Publicaciones más recientes avalan este aspecto también en pacientes críticos (19, 20, 89).

La relación entre el personal sanitario y el paciente debería contemplar cuidados destinados a percibir la presencia de incertidumbre y el disconfort emocional ligado a ésta, a enseñar al paciente a usar la experiencia vivida para encontrar distintas explicaciones a los hechos, y a transformar la incertidumbre en una oportunidad. El cuidado integral de las personas conlleva a animar a los pacientes a que manifiesten sus sentimientos, percepciones y miedos y debería integrar la valoración y determinación de la presencia de signos verbales y no verbales de ansiedad e incertidumbre. Hay que poder contemplar la experiencia de enfermedad aguda o crónica y organizar las intervenciones enfermeras para fomentar el afrontamiento adecuado y una adaptación óptima.

La teoría nos ayuda a explicar los factores precursores de aspectos emocionales negativos asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente en una experiencia de enfermedad y la importancia de que los profesionales de enfermería cuiden de forma integral y proporcionen información y acompañamiento a los individuos, para que puedan comprender y manejar tanto la incertidumbre como la ansiedad derivada y puedan establecer estrategias de afrontamiento adecuadas que les permita y ayude a adaptarse a la situación que están viviendo.

## Marco conceptual

Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente.

Dado que la incertidumbre es causa de ansiedad, es importante que las enfermeras desarrollen habilidades para identificarla y para gestionarla con el fin de disminuir el impacto negativo de ambas en el estado de salud tanto psicológico como fisiológico de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. El ingreso en este tipo de unidad genera incertidumbre por las características inherentes a la gravedad de la enfermedad crítica y por todo lo que el ingreso conlleva derivado de las características y limitaciones de la propia unidad.

La enfermera puede ayudar a afrontar este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sea consciente de su estado, aportando, además, soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que se está evolucionando. Esto les ayudará a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento que les permita gestionar el proceso y experiencia vividos de la mejor manera posible.

### **1.3. Impacto emocional relacionado con el alta: Ansiedad de traslado**

En 1976 Roberts define el concepto de ansiedad de traslado para referirse a este fenómeno experimentado por los pacientes al ser dados de alta de UCI (83).

Posteriormente ha sido investigado y publicado en la literatura anglosajona, australiana, norteamericana e inglesa principalmente, bajo diferentes términos:

Transfer stress, transfer anxiety, translocation syndrome, relocation stress, expresando todos ellos el concepto de la ansiedad derivada de la salida / alta de UCI.

Roberts lo define como una forma de ansiedad de separación que se da cuando una persona ha de trasladarse de un entorno familiar, conocido y percibido como seguro, a otro entorno que es desconocido (90).

Para los pacientes de UCI significa la separación de un entorno conocido, tecnificado, donde se sienten vigilados y controlados a un entorno del cual se conoce poco como es la sala de hospitalización. Leith define el fenómeno como “una situación de traslado de un entorno a otro que es percibido como negativo y que conlleva síntomas físicos y psicológicos de ansiedad, que aparecen justo antes o después del traslado” (10).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) lo define bajo las etiquetas diagnósticas de Síndrome de Estrés de traslado, código 00114 y Riesgo de Síndrome de Estrés de traslado código 00149, pertenecientes al dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés, incluidos en la clase 1: Respuestas postraumáticas, creadas el 1992, y definidas como el “Estado (o riesgo de estado) en el cual un individuo experimenta alteraciones físicas y psíquicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro” (46, 47).

En la **tabla 2** se detallan las características definitorias y los factores relacionados con este diagnóstico (91-92).



Marco conceptual

Características definitorias	Factores relacionados
Aislamiento	Deterioro del estado de salud
Cólera	Sentimiento de impotencia
Dependencia	Imprevisibilidad de la experiencia
Depresión	Deterioro de la salud psicosocial
Enajenación	Aislamiento
Expresión creciente de necesidades	Falta de un sistema de soporte adecuado
Frustración	Falta de asesoría antes del traslado
Incremento de síntomas físicos	Pérdidas
Inseguridad	Barreras lingüísticas
Preocupación	Trasladarse de un entorno a otro
Preocupación por el traslado	Afrontamiento pasivo
Pérdida de identidad	Expresión verbal de impotencia
Pérdida del sentimiento de valía personal	Cambio ambiental de moderado a importante
Pesimismo	Competencia motil moderada
Retraimiento	
Soledad	
Temor	
Trastornos del sueño	
Verbaliza que no tiene deseos de trasladarse	

**Tabla 2:** Características definitorias y factores relacionados con el diagnóstico de Síndrome de Estrés de traslado. **Fuente:** Elaboración propia a partir de referencias 91 y 92.

Esta definición coincide con la definición de ansiedad-estado, es decir, como el individuo se siente ahora, en el momento actual, en el proceso que está realizando y no con la ansiedad rasgo que corresponde a una característica de la personalidad del individuo y, por tanto, estable y duradera en el tiempo.

En las **tablas 3 y 4** se detallan los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones relacionados con el traslado de UCI, a partir de los lenguajes enfermeros estandarizados (Nursing intervention classification, NIC y Nursing outcome classification, NOC) (91-92).

Diagnóstico	NOC	NIC
<p><b>Ansiedad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocerá y discutirá sobre sus temores y preocupaciones</li> <li>• Expresará verbalmente el reconocimiento de los sentimientos de ansiedad y formas saludables de afrontarlos</li> <li>• Demostrará recursos para resolver problemas y los utilizará con eficacia</li> <li>• Tendrá un aspecto relajado y referirá que la ansiedad se ha reducido a un nivel manejable.</li> <li>• Descansará adecuadamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la percepción del paciente de la amenaza que representa la situación</li> <li>• Observar/vigilar las respuestas físicas</li> <li>• Observar la incongruencia de la comunicación verbal y no verbal</li> <li>• Animar al paciente a reconocer y expresar temores</li> <li>• Ofrecer oportunidades para describir sentimientos, preocupaciones personales y expectativas futuras</li> <li>• Reconocer la ansiedad y el temor que genera la situación evitando ofrecer consuelo sin sentido. Validar las observaciones con el paciente.</li> <li>• Observar expresiones de preocupación o ira sobre el tratamiento o el personal</li> <li>• Identificar capacidades de afrontamiento y áreas de control</li> <li>• Revisar con el paciente y allegados las medidas de seguridad y cuidados que se están llevando a cabo</li> <li>• Identificar formas en las que el paciente pueda obtener ayuda cuando la necesite.</li> <li>• Mantener frecuentes contactos con el paciente</li> <li>• Aportar información precisa. Responder a las preguntas con honestidad y en un</li> </ul>

Marco conceptual

		lenguaje comprensible <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar formas de hablar positivamente de uno mismo</li> <li>• Enseñar/ fomentar el uso de técnicas de relajación</li> <li>• Proporcionar/favorecer actividades recreativas sedentarias y/o dentro de las capacidades individuales</li> </ul>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabla 3:** Principales NOC y NIC relacionados con el diagnóstico de Ansiedad. **Fuente:** Elaboración propia a partir de referencias 91 y 92.

Diagnóstico	NOC	NIC
<b>Síndrome de Estrés de traslado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimentará una disrupción mínima de las actividades cotidianas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir las consecuencias del traslado</li> </ul>
<b>Riesgo de Síndrome de Estrés de traslado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocerá el impacto potencial de los cambios</li> <li>• Mostrará una gama adecuada de sentimientos</li> <li>• Mostrará un incremento limitado de la agitación</li> <li>• Verbalizará la comprensión de los motivos del cambio</li> <li>• Expresará verbalmente la aceptación de la situación</li> <li>• Planificará o coordinará el traslado según lo permita la situación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer información clara y honesta sobre las acciones</li> <li>• Escuchar los problemas del paciente y animar la expresión de sentimientos</li> <li>• Reconocer la realidad de la situación y los sentimientos del paciente</li> <li>• Determinar la actitud del paciente y la familia sobre el traslado y las expectativas de futuro</li> <li>• Evaluar el grado de ansiedad y explicar los motivos en caso posible</li> <li>• Observar la conducta, la presencia de sospecha o paranoia, irritabilidad, estar a la defensiva. Comparar con la descripción de los allegados de las respuestas habituales.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar los puntos fuertes y conductas de afrontamiento eficaces, e incorporarlas en la resolución de problemas</li><li>• Identificar las personas de apoyo importantes para el paciente e incluirlas en las actividades de cuidados</li><li>• Orientar dentro del espacio físico de la sala de hospitalización, los horarios, las actividades. Introducir a los compañeros de habitación y el personal. Explicar los roles</li><li>• Animar y ayudar a colocar los efectos personales en la habitación.</li><li>• Ayudar al desarrollo de la relación paciente-enfermera de sala.</li></ul>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabla 4:** Principales NOC y NIC relacionados con el diagnóstico de Estrés de Traslado y de Riesgo de Síndrome de Estrés de Traslado. **Fuente:** Elaboración propia a partir de referencias 91 y 92.

La literatura revisada relativa al impacto que produce el proceso de alta de los pacientes de UCI revela que este paso, en principio de mejora y que debería suponer una liberación del entorno estresante de UCI, no siempre es vivido con tranquilidad y sosiego, y que, además, muchos pacientes experimentan ansiedad durante este período. Leith afirma que el 50% de los pacientes dicen estar contentos de abandonar la UCI porque era inconfortable por el ruido, las luces, las restricciones de visitas, la falta de intimidad y que están contentos de salir, también porque significa que “están mejor”, pero que el 50% restante refieren sentirse nerviosos, ansiosos, asustados y con sensación de pérdida de

Marco conceptual

soporte (10). Hay pacientes que no ven positiva la salida porque consideran que aún no están suficientemente bien para estar en una sala de hospitalización convencional.

#### **1.4. Instrumentos de evaluación de la ansiedad hospitalaria**

Se han desarrollado distintos instrumentos, escalas y test destinados a identificar y cuantificar el estado emocional de los pacientes y familiares en cuanto a niveles de ansiedad, depresión y/o estrés.

A continuación se detallan los más representativos.

##### **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, State-Trait Anxiety Inventory)**

Es una escala autoaplicada que permite medir en el paciente hospitalizado los niveles de Ansiedad Rasgo, que interroga al paciente sobre su estado habitual, y Ansiedad Estado que interroga al paciente sobre su estado en el momento presente y que consta de un total de 40 ítems, 20 para cada uno de los conceptos (93-95). Se ha utilizado tanto en población general como en pacientes hospitalizados. La escala proporciona una puntuación para la ansiedad estado y otra para la ansiedad rasgo que se obtiene de la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems correspondientes. La puntuación oscila entre 0 y 60. Aunque es una puntuación continua, se considera ansiedad baja (puntuaciones de 0-19), ansiedad moderada (puntuaciones de 20-39) y ansiedad alta (puntuaciones de 40-60). Correlación con HADS subescala ansiedad  $r=0.64$  y HADS subescala depresión  $r=0.52$  (96). Correlación con BSI subescala de ansiedad  $r=0.68$ ,  $p<0.001$  (97).

### Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale).

Consta de 14 ítems, 7 referidos a Ansiedad (subescala de ansiedad) y 7 referidos a Depresión (subescala depresión), que interrogan sobre cómo se ha sentido el sujeto durante la última semana, debiendo elegir entre cuatro posibilidades de respuesta de 0 a 3, con una puntuación máxima de 21 (98).

El test proporciona dos valores uno para ansiedad y uno para depresión. Para cada una de las subescalas las puntuaciones se clasifican en: normal (0-7 puntos), dudoso (8-10) puntos y problema clínico (>10 puntos).

### Cuestionario breve de síntomas (BSI, Brief Symptom Inventory).

Los 6 ítems de la subescala de ansiedad desarrollan descripciones cortas de síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad. Utilizando 4 posibilidades de respuesta desde 0 (nada) a 3 (mucho) los sujetos definen su nivel de correlación con dichos síntomas. La puntuación máxima es de 4. Los valores en sujetos sanos se sitúan en una media de 0.35 (DE 0.45) y en 1.49 (DE01.4) en pacientes psiquiátricos (99).

### Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds (LSAD, Leeds Scale for the self-assessment of anxiety and depression).

Consta de 22 ítems con 4 alternativas de respuesta, de las que el sujeto debe seleccionar una. El test proporciona una puntuación total de “ansiedad-depresión”, además de los valores de “ansiedad específica”, “depresión específica” y “puntuación diferencial”. A partir de este último valor se obtiene la clasificación de “predominio de sintomatología ansiosa” (puntuación < -4),

## Marco conceptual

“predominio de sintomatología depresiva” (puntuación  $> +4$ ), “casos mixtos” (puntuaciones entre  $-4$  y  $+4$ ), “ansiedad general clínica” (puntuación  $>7$ ) y “depresión general clínica” (puntuación  $>6$ ) (100).

## Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, Depression, Anxiety, Stress Scales)

Consta de 42 ítems, 14 para cada subescala, con 4 alternativas de respuesta de 0 (nada identificado con el ítem) a 3 (muy identificado) y que interrogan al sujeto en referencia a su estado durante la semana previa al cuestionario. Las puntuaciones que determinan relevancia clínica se sitúan en  $>10$  para depresión,  $>8$  para ansiedad, y  $>15$  para estrés. (101, 102).

## Cuestionario Beck de Ansiedad (BAI; Beck Anxiety Inventory).

Cuestionario autoadministrado desarrollado para adultos. Consta de 31 ítems con 4 alternativas de respuesta entre 0 (nada) y 3 (mucho). La puntuación máxima es de 63. Relativa al estado del sujeto durante la semana anterior a la cumplimentación del cuestionario (103).

## Escalas simples lineales visuales:

- Escala de expresión facial (FAS, Face Anxiety Scale): Escala visual con 5 posibilidades de respuesta que oscilan desde 1 (imagen de una cara con aspecto neutro) hasta 5 (imagen de una cara expresando mucho temor) (104).
- Índice de nivel de ansiedad (ALI, Anxiety Level Index): Escala visual numérica con valores de respuesta posibles de 0 (sin ansiedad) a 10 (ansiedad extrema) (105).

- Escala visual análoga (VAS, Visual Analog Scale): Escala visual numérica con valores de respuesta posibles de 0 (sin ansiedad) a 100 (ansiedad extrema) (106).

Son escalas utilizadas en pacientes críticos con alteraciones o dificultades de respuestas verbales o escritas largas.

Destacar de todos estos instrumentos el Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI state-trait), cuya adaptación para población española es la que se ha utilizado en este estudio por lo que será descrita de forma más detallada en el apartado de metodología (94).

## **2. Estado actual de la investigación sobre la ansiedad**

A continuación se describen los estudios seleccionados a partir de la búsqueda bibliográfica realizada con las palabras clave ansiedad, estrés de traslado, cuidados críticos, uci y alta de uci. Se han revisado todos los artículos publicados en nuestro contexto en las bases de datos CUIDATGE, CUIDEN, IME, COMPLUDOC e IBECS, así como todos los artículos de ámbito internacional publicados en los últimos 15 años en las bases de datos SCOPUS i CINAHL.

El estado actual se ha organizado en varios subapartados; el primero referido a estudios relacionados con la ansiedad durante el ingreso en UCI, un segundo apartado donde se exponen los estudios que analizan la ansiedad específica o relacionada con el alta de UCI y para acabar con las estrategias publicadas estudiadas para mejorar el proceso de alta.



Marco conceptual

## **2.1. Estado actual de la investigación sobre la ansiedad de las personas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos**

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) ha sido definido, tanto por pacientes como familiares, como una situación generadora de estrés y de ansiedad (1-8, 50-58).

La ansiedad es un diagnóstico enfermero que aparece con frecuencia en los planes de cuidados del paciente crítico, y las enfermeras valoran como muy alta la importancia de la atención psicológica de los pacientes (3, 52,57).

Hewitt destaca ansiedad, estrés y desesperación como principales alteraciones psicológicas en enfermos ingresados en UCI (8). La incidencia de ansiedad se sitúa entre el 17% y 80% en los estudios realizados en poblaciones generales de pacientes críticos adultos relacionados con su estancia en cuidados intensivos (4, 18, 51, 53, 55, 104,107-109). En la misma línea también se han publicado estudios en pacientes cardíacos y coronarios donde se refleja la presencia de niveles altos de ansiedad durante su hospitalización en UCI (5, 24, 31, 55, 58, 96 110-113).

Pérez et al. determinan niveles de ansiedad significativamente más altos en los pacientes postrasplantados hepáticos durante su estancia en UCI que en la fase postUCI (4). En la comparación de grupos se observa que los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica son los pacientes que presentan niveles de ansiedad más altos, superiores a los presentados por pacientes psiquiátricos y medicoquirúrgicos. Los pacientes coronarios presentan niveles de ansiedad inferiores pero por encima de los niveles presentados por la población general.

Los niveles de ansiedad detectados son mayores en mujeres (21, 53, 111, 113, 105, 114, 115); en personas más jóvenes (54, 108, 113, 116), y en pacientes con ventilación mecánica, particularmente los pacientes con Síndrome de distrés respiratorio, y en pacientes traumáticos con peor estado neurológico valorado por el Glasgow coma score (GCS) al ingreso en UCI (53, 89, 109, 117-119).

Los pacientes ansiosos tienen más dolor en el postoperatorio de cirugía cardiovascular (24), asimismo la ansiedad es un factor de riesgo de fibrilación auricular (27), y se asocia a más reincidencia de eventos y una evolución más tórpida y peor calidad de vida percibida (10, 19,27, 32, 120). El estudio de la relación entre ansiedad y supervivencia ha evidenciado que los pacientes con un alto nivel de ansiedad acuden más a urgencias, se hospitalizan más y tienen mayor mortalidad (27, 31).

Las vivencias experimentadas por las personas durante su estancia en UCI pueden incrementar la ansiedad derivada del proceso patológico en sí y generar alteraciones psicológicas conocidas como “síndrome de cuidados intensivos” el cual puede entorpecer la evolución e, incluso, retrasar la salida del paciente de la UCI (121, 122).

Los estresores durante la hospitalización en UCI han estado ampliamente estudiados y son bien conocidos: ambientales (deprivación sensorial, escasez de luz natural, entorno cerrado), trastornos del sueño (interrupciones del descanso, ruido ambiental), sentirse atados (tubos, sondas, drenajes, encajamiento), dificultad de comunicación, falta de información, percepción de riesgo vital (necesidad de sentirse seguros) (52, 120, 123, 124).

Sería de esperar, pues, que la salida de UCI, el alta hacia la sala de hospitalización convencional, fuese vivida por pacientes y familiares como un paso positivo de mejora en el proceso de recuperación: “Como una explosión

Marco conceptual

de vida” (57). Aunque esta vivencia no siempre es así en todas las personas.

La **tabla 5** resume los principales resultados de los estudios analizados anteriormente.

<b>Autor (año)</b>	<b>Muestra</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Resultados destacables</b>
<b>Barreiro A (1990)</b>	Uci general y Cardíaca	Cuestionario STAI	31.8% de los pacientes presentan ansiedad
<b>Elliot D (1993)</b>	UCI Coronaria	Cuestionario STAI	49% de los pacientes presentan ansiedad
<b>Nelson FV (1998)</b>	UCI Cirugía Cardíaca	Cuestionario STAI	26% de los pacientes presentan ansiedad (5% alta, 21% moderada) Los pacientes con dolor presentan niveles más altos de ansiedad
<b>Edell-Gustafson UM (1999)</b>	UCI Cirugía Cardíaca	Cuestionario	Los pacientes con ansiedad (39%) duermen peor y tienen peor calidad de vida
<b>Rincón HG (2001)</b>	UCI general	Escala HADS	24% de los pacientes presentan ansiedad
<b>Scragg P (2001)</b>	UCI general	Escala HADS	43% de los pacientes puntúan > 8 en la subescala de ansiedad. Los sujetos jóvenes presentan mayor nivel de ansiedad.
<b>Koivula M (2002)</b>	Cirugía Cardíaca	Cuestionario STAI	A menor edad mayor ansiedad. Las mujeres tienen más ansiedad.
<b>Frazier SK (2002)</b>	Enfermeras Expertas de UCI	Encuesta	75% de los pacientes sufren de ansiedad Causas ambientales, de entorno, ausencia de familiares
<b>Chlan L (2003)</b>	UCI general Ventilación Mecánica	Cuestionario STAI	80% de los pacientes presentan ansiedad Las mujeres tienen mayor nivel de ansiedad.
<b>Garvin BJ (2003)</b>	Coronaria	Cuestionario STAI	La media de ansiedad en mujeres supera en 3.5 puntos la media en hombres
<b>Moser DK (2003)</b>	Coronaria	Cuestionario BSI	Las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres

<b>Pérez MA (2004)</b>	Uci Trasplante hepático	Escala HADS	La ansiedad disminuye al alta. A mayor soporte social menor ansiedad
<b>McKinley S (2004)</b>	UCI general Ventilación Mecánica	Escala FAS	60% de los pacientes presentan ansiedad. Las mujeres no tienen mayor ansiedad que los hombres
<b>De Jong MK (2004)</b>	Coronaria	Cuestionario BSI	El nivel de ansiedad no repercute en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
<b>De Jong MK (2005)</b>	Coronaria	Cuestionario STAI	72.1% de las mujeres y 42.2% de los hombres presentan ansiedad.
<b>Rattray (2005)</b>	UCI general	Escala HADS	Edad, sexo femenino y tiempo de ingreso en UCI son variables predictoras de ansiedad.
<b>Tully PJ (2009)</b>	Cirugía Cardíaca	Escala DASS	Los pacientes más ansiosos presentan más arritmias, fibrilación cardiaca y más riesgo de mortalidad.
<b>De Jong MK (2011)</b>	Coronaria	Cuestionario BSI	54.1% de los pacientes sufren ansiedad. La ansiedad correlaciona con peor adherencia al tratamiento, más reingresos y mayor mortalidad
<b>Schand AR (2011)</b>	UCI general	Escala HADS	La edad correlaciona positivamente con el nivel de ansiedad.

Tabla 5. Resumen estudios publicados sobre ansiedad en UCI

A continuación, se expondrán los trabajos revisados que tratan sobre la ansiedad relacionada con el proceso de alta propiamente dicho.

Marco conceptual

## **2.2. Estado actual de la investigación sobre la ansiedad al alta de las personas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos**

La mayoría de trabajos publicados reflejan resultados donde los pacientes muestran niveles moderados y bajos de ansiedad, con porcentajes menores de ansiedad grave.

El estudio de Chaboyer, que valora el impacto de la enfermera de enlace, describe niveles medios de ansiedad al alta de UCI, medidos con escala STAI, de 20 (40 en la escala STAI original) puntos en el grupo control y de 17 (37 en la escala STAI original) en el grupo intervención (GI) (125).

Tell et al. con la misma escala registran la ansiedad de traslado 5 días postUCI determinando niveles de ansiedad moderada con una media de 31.13 puntos STAI para el grupo control y de 18.6 para el grupo intervención en el que se realiza una acción educativa mediante folleto informativo (126).

Nelson et al. encuentran un incremento no significativo de la ansiedad al tercer día postintervención quirúrgica de bypass en relación al segundo día (media STAI 33.1 vs 34.5), con un 5% de pacientes con ansiedad alta tanto en el segundo como al tercer día postintervención quirúrgica (24).

Brodsky-Israeli et al. afirman que el 48% de los pacientes dados de alta de la UCI general en su hospital de tercer nivel en Israel presentan ansiedad según la escala HADS. Ser mujer, disponer de menor soporte social y la hospitalización larga en UCI son las variables relacionadas a mayor nivel de ansiedad de traslado en este estudio (21).

Gustad LT et al. miden los niveles de ansiedad con escala HADS de forma consecutiva antes y después del alta, a las 4 y 24 horas y detectan niveles de ansiedad altos (puntuación HADS > 10) en el 17% de la muestra en la

determinación en UCI. Los niveles disminuyen a medida que pasa el tiempo tras ser dados de alta (18).

De igual manera Rattray et al. publicaron niveles descendentes de ansiedad medidos a los 6 meses del alta hospitalaria en relación a los niveles que presentaban los pacientes de la UCI general incluidos en el estudio cuando eran valorados al alta hospitalaria. La determinación a los 12 meses no presentaba diferencias respecto la determinación a los 6 meses. Los autores defienden que los predictores de ansiedad son el ingreso largo en UCI, sexo femenino, menor edad, la intensidad de las experiencias vividas como negativas por los pacientes y, como variable protectora la satisfacción en los cuidados recibidos en UCI (113).

Schandl et al. registraron los niveles de ansiedad a los 3, 6 y 12 meses del alta en 61 pacientes de UCI general demostrado que ésta disminuía de forma significativa con el paso del tiempo (116).

En nuestro ámbito, Pérez et al. identifican niveles moderados de ansiedad, 7.08 puntos según la escala HADS, pero con una disminución significativa de la ansiedad, 5.64 puntos, cuando los pacientes trasplantados hepáticos ya estaban fuera de UCI. La determinación se realizó con una media de 8.6 días después del alta de UCI y los pacientes con menor soporte social presentaban índices mayores de ansiedad, estadísticamente significativos en la determinación intraUCI pero sin significación en la determinación después del alta de UCI (4).

Por contra, Hall-Smith y Ball mediante entrevistas semiestructuradas determinan que el 19% de los pacientes presentan ansiedad al salir de UCI y que el porcentaje aumenta hasta el 30% (8 de 26) cuando son dados de alta del hospital. También Scragg y Jones (108) determinan que el 47% de sus pacientes tienen niveles clínicos de ansiedad (puntuación HADS>12) con

## Marco conceptual

tendencia a aumentar a medida que se incrementan los días después del alta hospitalaria (127).

Según la literatura, las secuelas emocionales postUCI son diversas y pueden mantenerse durante tiempo (9, 16, 26, 28-30, 89, 119, 120, 122, 128-130, 131). Leith a través de la entrevista semiestructurada explora que la ansiedad se asocia a la percepción de peor calidad de los cuidados, a la percepción de peor calidad de vida y a la disminución de las capacidades de afrontamiento debido a la falta de recursos (información, educación) para gestionar el entorno cambiante (10).

Odell y Chaboyer publicaron dos estudios siguiendo metodología cualitativa y con resultados similares (11, 14). La primera autora realizó entrevistas semiestructuradas en los días inmediatos postUCI a 6 pacientes que habían estado ingresados en UCI por tiempos superiores a los 4 días, concluyendo que los pacientes tienen sentimientos ambivalentes. Por un lado manifiestan sentimientos negativos relacionados con el traslado pero, a la vez, dicen que el traslado "estuvo bien", detecta discrepancias entre el "me siento mal, pero me aseguran que ya puedo pasar a una hospitalización convencional, lo cual significa que ya estoy mejor", el "ya estoy mejor pero me siento muy preocupado por si estoy suficientemente bien como para estar en sala" y el "ya es hora de pasar a sala, pero no me siento capacitado o suficientemente bien como para salir de UCI". Chaboyer empleó la técnica de grupo focal en 7 pacientes y 6 familiares detectando en ellos 4 temas emergentes: sensación de abandono, vulnerabilidad y desamparo, pérdida de importancia y sentimientos ambivalentes en relación al alta de UCI. En un estudio fenomenológico parecido McKenney y Deeny entrevistaron en profundidad a 6 pacientes antes y después del alta de UCI determinando resultados similares al estudio de Chaboyer pero haciendo hincapié en la importancia de la presencia de enfermería como elemento estructural y de acompañamiento que da seguridad a los pacientes (13). Del trabajo cualitativo realizado mediante entrevistas

semiestructuradas a 10 pacientes dados de alta de UCI general, realizado por Forsberg, emergen 5 categorías: necesidad de información, deseos de que el alta estuviera mejor planificada, pérdida de la seguridad de UCI, entorno más tranquilo en sala y necesidad de soporte a la transición (20).

McKinney y Melby en su revisión del 2002 afirman que en la fase aguda de la enfermedad la ansiedad se deriva del riesgo percibido para la integridad personal (el riesgo vital) y del hecho de estar en un entorno desconocido y a veces percibido como hostil (12). Pasada la fase aguda el grado de ansiedad disminuye en la medida que la persona mejora físicamente, sin embargo algunos pacientes incrementan la ansiedad cuando se van de alta debido a la pérdida del entorno seguro y a la desconexión del personal que lo ha asistido. De esta manera, en el momento del alta pueden experimentar miedo y angustia porque se considera que en sala no se estará tan bien cuidado como en la UCI, pueden aparecer temores derivados de la alteración de rutinas y la disminución de los procedimientos de monitorización y seguimiento, pueden sentirse desprotegidos, e incluso algunos familiares expresan cierto grado de dependencia ya que en la UCI se han sentido “muy arropados” (132-134).

Se presentan sentimientos de abandono, vulnerabilidad, desamparo, de pérdida de importancia, sentimientos ambivalentes entre la alegría de estar mejor y el miedo y la incertidumbre sobre si se continuará evolucionando bien (8-16, 121-134).

Field et al. entrevistaron en profundidad a los pacientes de una UCI en Londres para conocer sus experiencias y determinar los factores de ansiedad relacionados con el traslado (17). Según estas autoras, los pacientes entienden que no es lo mismo una UCI que una sala de hospitalización convencional, pero que se sienten ansiosos debido a que se produce una disminución de los cuidados básicos, a que existen errores de continuidad de cuidados (dietas,..), que faltan elementos importantes para la pronta recuperación de los pacientes



## Marco conceptual

como tranquilidad, privacidad, elementos estructurales (como camas adecuadas), que hay menos personal y que éste suele no estar tan capacitado para atender a pacientes provenientes de UCI que el personal especializado, y además se señala que el personal de sala no demuestra la suficiente atención o comprensión hacia el estado de salud y las necesidades de los pacientes como se tenía en la UCI.

Resultados similares reportan Strahan y Brown, del trabajo cualitativo de los cuales emergen 3 categorías, respuesta física con manifestaciones de dificultades para dormir, dificultades y limitaciones en alimentación y movilidad, fatiga y debilidad (falta de fuerza), respuesta emocional con sentimientos positivos como sentirse mejor, evolucionar favorablemente, concomitantes con sentimientos negativos relacionados con la dificultad de adaptarse a la situación (algunos pacientes comienzan a ser conscientes de la gravedad de su enfermedad y de que quizás no se recuperaran totalmente) y que incluyen ansiedad, soledad, depresión y cansancio, y también los relacionados con la interrupción del rol familiar (15). Y una tercera categoría emergente que versa entorno a los cuidados y relacionada con la forma del traslado, la información recibida y los cuidados recibidos en sala: los pacientes se sienten vulnerables y ansiosos durante el proceso de alta; requieren información sobre su estado y sobre los cuidados que reciben. Algunos pacientes refieren descoordinación entre sala y UCI. De este trabajo es imprescindible señalar que los autores destacan que hay pacientes que no presentan ningún tipo de alteración psicológica ni emocional. Los pacientes de UCI son particularmente susceptibles a experimentar ansiedad de traslado debido a su mal estado de salud, las limitaciones físicas, al incremento del estrés (la presión del entorno y las circunstancias) después del traslado, la desvaloración de su persona y a un autocuidado limitado.

Distintos autores defienden de que una de las experiencias más negativas manifestadas es la percepción de no estar adecuadamente informados,

además de los fallos en la comunicación entre los equipos asistenciales de UCI y las salas de hospitalización que provoca deficiencias en el cuidado dado por las enfermeras en planta, así como la falta de recursos materiales y de personal para atender con la misma intensidad y continuidad a los pacientes (2, 17, 20, 127, 135).

Los trabajos de Ackley apuntan que la ansiedad es debida al paso de un entorno seguro a uno no vivido como tal (136). La ausencia de información sobre el traslado y el entorno de hospitalización posterior, el traslado precipitado o de noche (habitualmente motivado por la necesidad urgente de ocupar la cama un nuevo ingreso) que condicionan el grado de preparación, de comunicación y de acompañamiento de la persona dada de alta son factores relacionados con la génesis de ansiedad (11-14, 133,136). Existe la necesidad de conocer y miedo a lo desconocido. La deficiencia en la información recibida es un factor ampliamente referenciado en la literatura, es determinado como causa importante de incertidumbre, desamparo, vulnerabilidad e inseguridad. Información y educación son elementos fundamentales para que los pacientes se sientan preparados para asumir el cambio sin ansiedad ni incertidumbre.

El trabajo de metasíntesis de Bench y Day resume que pacientes y familias demandan tener un mayor control en su recuperación postUCI pero sin dejar de sentirse seguros y protegidos estando, por tanto, tutelados por los profesionales sanitarios (19). La inseguridad, la sensación de abandono y el miedo a la transición son debidos a la percepción de menor control y menor vigilancia en la sala, además se tiene la percepción de sentirse solo, de pérdida de soporte y de relación con el personal sanitario. Se pasa de ser único en UCI a ser “uno más” en sala. Y, aunque la presencia de familia es reconfortante para los pacientes, ésta también puede sufrir alteraciones emocionales y psicológicas debido a la percepción de tener menor soporte en la sala de hospitalización. Los familiares también necesitan percibir esperanza, proximidad y seguridad además de sentirse parte implicada en el proceso y en

## Marco conceptual

la toma de decisiones (76, 137, 138). Aun cuando damos de alta de UCI a pacientes cada vez más complejos en el cuidado, asumimos que las familias pueden estar al cuidado de ellos. Pero para que eso sea cierto, las familias deben poder estar preparadas y, para ello, la planificación y aplicación de estrategias que las preparen para la transición es un aspecto mandatorio del cuidado desarrollado por las enfermeras de UCI.

Se puede concluir que el alta de UCI es un proceso de transición caracterizado por la ambivalencia causada por la dicotomía entre sentimientos positivos en relación a la recuperación/mejora de la enfermedad con la percepción de evolución positiva, y los sentimientos negativos de miedo y temor, de ansiedad derivados de la percepción de ser vulnerables, dependientes, con limitada autonomía y capacidad de autocuidado, de pérdida de importancia, de inseguridad que se dan en muchos pacientes, pero principalmente en aquellos que perciben un peor estado de salud en el momento del alta, peor grado de información y educación, y peor soporte social.

En la **tabla 6** se presenta un resumen de los resultados más significativos de los estudios sobre ansiedad en las personas dadas de alta de UCI.

Autor (año)	Muestra	Instrumento	Resultados destacables
Hall-Smith J (1997)	UCI general	Entrevistas semiestructuradas 3 meses postUCI	Los pacientes refieren menor ansiedad al alta de UCI que al alta hospitalaria
Nelson FV (1998)	UCI Cirugía Cardíaca	Cuestionario STAI	26% de los pacientes presentan ansiedad (5% alta, 21% moderada) Los pacientes con dolor presentan niveles más altos de ansiedad
Leith BA (1999)	UCI medica	Entrevistas semiestructuradas 48 horas postUCI	La mitad de los pacientes y familiares entrevistados presentan disconfort emocional derivado del cambio en el nivel de cuidados después del alta

Marco conceptual

<b>Odell M (2000)</b>	UCI general	Fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas 3-4 días postUCI	Los pacientes muestran percepciones y sentimientos ambivalentes. Definen la salida de UCI como una experiencia traumática
<b>Scragg P (2001)</b>	UCI general	Escala HADS	47% de los pacientes puntúan >12 en la escala HADS y el 43% de los pacientes puntúan > 8 en la subescala de ansiedad
<b>McKinney AA (2002)</b>	UCI general Coronaria Cardíaca	Revisión bibliográfica	Ansiedad derivada del riesgo percibido para la integridad personal y del hecho de estar en un entorno desconocido
<b>Perez MA (2004)</b>	UCI Trasplante hepático	Escala HADS Test intraUCI Test postUCI	La ansiedad disminuye al alta. Los pacientes con mayor soporte social tienen menor ansiedad
<b>Rattray (2005)</b>	UCI general	Escala HADS	Edad, sexo femenino y tiempo de ingreso en UCI son variables predictoras de ansiedad.
<b>Strahan EHE (2005)</b>	UCI general	Fenomenológico. Entrevistas en profundidad 3-5 días postUCI	Emergen 3 categorías: física, emocional y relativa a la provisión de cuidados
<b>Chaboyer W (2005)</b>	UCI general	Grupos focales 1 mes postUCI	Emergen 4 categorías: percepción de abandono, sentimientos de vulnerabilidad y desamparo, sensación de pérdida de importancia y ambivalencia respecto a la experiencia.
<b>Tel H (2006)</b>	Coronaria	Escala STAI Test 5 días postUCI	Miden el impacto de una acción educativa mediante folleto informativo (GI) Los enfermos del GI presentan niveles de ansiedad al alta menores que los controles.
<b>Chaboyer W (2007)</b>	UCI general	Escala STAI Test pre-alta de UCI	Miden el impacto de la enfermera de enlace al alta de UCI (GI) Los pacientes control presentan niveles de ansiedad discretamente más altos

Marco conceptual

<b>Gustad LT (2008)</b>	UCI general	Escala HADS Test pre-alta UCI Test post-alta ( 4 y 24 horas)	Los niveles de ansiedad disminuyen al alta.
<b>Field K (2008)</b>	UCI general	Entrevistas en profundidad. Teoría fundamentada Entre 1 y 10 años postUCI	Ansiedad relacionada con la desconexión del entorno controlado de UCI y relativa a aspectos prácticos como la disminución de los cuidados básicos, errores de continuidad de cuidados y fallos de información/comunicación
<b>Bench S (2010)</b>	UCI general Coronaria Cardíaca	Revisión bibliográfica	Inseguridad, sensación de abandono y miedo a la transición. Percepción de sentirse solo, de pérdida de soporte y de relación con el personal sanitario.
<b>Brodsky-Israeli M (2011)</b>	UCI general	Escala HADS Test 72 horas postUCI	Las variables relacionadas con mayor ansiedad: sexo femenino, soporte social bajo e ingreso en UCI prolongado.
<b>Forsberg A (2011)</b>	UCI general	Entrevistas semiestructuradas. Fenomenológico	Emergen 5 categorías: necesidad de información, deseo de alta mejor planificada, pérdida de la seguridad de UCI, entorno más tranquilo en sala y necesidad de mayor soporte de enfermería.

**Tabla 6:** Resumen principales resultados de estudios publicados sobre ansiedad al alta de UCI.

Como se puede observar, son pocos los estudios realizados en nuestro contexto relacionados con la ansiedad de traslado.

### **2.3. Estado actual de la investigación sobre estrategias para mejorar el alta de las personas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos**

Tal y como Jones y O'Connell indican, el cuidado del paciente crítico es incompleto si no se considera el impacto psicológico de la enfermedad grave y del proceso de hospitalización (139). Los autores afirman que “la no detección de las alteraciones psicológicas puede causar efectos adversos incluso largo tiempo después del alta de UCI tanto en el paciente como en la familia”. Además, las enfermeras de intensivos, tanto por la proximidad al paciente como por su presencia continua, están en la situación ideal para la detección y vigilancia de signos de alteración y de distrés emocional así como contribuir a la recuperación psicológica (16).

La calidad de la supervivencia después del alta de UCI dependerá de cómo la persona afronte su paso por UCI, incluido el proceso de salida y, tal como aseguran distintos autores, las alteraciones inmediatas postUCI pueden ser causa de problemas a largo plazo.

Field en un estudio cualitativo concluye que se producen alteraciones de ansiedad si los pacientes después del alta de críticos detectan discontinuidad en los cuidados, errores entre los cuidados dados en UCI y los cuidados dados en sala, y si no se disponen de los elementos (estructurales, materiales y de profesionales) que se tenían en UCI para seguir con la recuperación en sala (17). Sugieren que debe existir una adecuada planificación de objetivos, que los informes de alta deben abordar en profundidad el estado del paciente, reflejando las individualidades de la persona y sus necesidades particulares, y ser consensuadas y planificadas (por tanto conocidas) entre el personal de UCI y el personal de sala que debe conocer cómo atender al paciente.

Aunque algunos estudios realizados sugieren que la información médica incrementa los niveles de ansiedad (140, 141), la mayoría de trabajos

## Marco conceptual

posteriores contradicen esta idea (2, 10, 15, 16, 19, 84-88, 139). Hupcey y Zimmerman afirman que una de las experiencias más negativas manifestadas es la percepción de estar mal informados, por eso recomiendan preguntar a los pacientes qué información desean o qué necesitan saber (2).

La adecuada información asegurando la comprensión de la misma y la educación para el traslado es el cuidado más reflejado en la literatura revisada (15, 19, 20, 76, 79, 84-88, 118, 119, 124-127). Es preciso recordar, sin embargo, que la ansiedad puede impedir al paciente comprender la información y las instrucciones dadas, tal como explica Benner, la ansiedad contribuye a la disminución de la capacidad de comprensión y de la percepción de la situación de enfermedad (83).

Por eso Cutler y Garner defienden que es preciso empezar el proceso de alta desde el momento que el paciente ya está despierto, siendo la preparación continua y adaptada a las circunstancias de cada paciente (85). Dando una información progresiva y adecuada al paciente se favorece que éste la reciba de manera menos ansiosa y la vaya asimilando mejor, disminuyendo, de ésta manera, los niveles de ansiedad (19, 64, 88).

Lee y Herridge en sus estudios sobre pacientes con Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) concretan que el alta a sala determina ansiedad derivada de la disminución de la vigilancia y de las dudas con la evolución de la enfermedad y de cómo debe ser el tratamiento (118). La necesidad de información se centra en la relacionada con el distrés y requiere tanto soporte físico en la rehabilitación como soporte emocional. Los pacientes en fase de alta hospitalaria requieren información específica sobre su recuperación y sobre el proceso de rehabilitación (secuelas a largo plazo, continuidad de tratamiento en la comunidad). La información repercute en reforzar estructuras, dando coherencia a las circunstancias e incrementando el marco de estímulos, y por eso ayudan a disminuir la incertidumbre y la ansiedad.

Diferentes autores como Leith, McKinney y Deeny, Strahan y Brown o Pattison concluyen que no todos los pacientes tienen ansiedad al alta, que es un fenómeno totalmente individualizado y defienden que el tratamiento también debe serlo (10, 13, 15, 16). Recomiendan que las enfermeras deberían preparar a los pacientes para el traslado informando y educando, evidenciando los beneficios del alta. Según estas autoras, los traslados deben de estar planificados con los pacientes y, además, se deben evitar los traslados abruptos y/o durante la noche. De hecho, es conocido que las altas realizadas de noche, en fines de semana o bajo condiciones de sobrecarga asistencial de enfermería están relacionadas con más errores, con mayor morbilidad (reingresos en UCI) y mayor mortalidad intrahospitalaria de pacientes (142-145).

McKenney y Deeny, además, hacen énfasis en la importancia de la presencia de enfermería como soporte a la transición (13). Chaboyer reafirma la importancia y la necesidad del alta informada pero además determina el valor del alta acompañada por enfermería de críticos mostrando que, aunque las diferencias en los niveles de ansiedad no son estadísticamente significativos entre el grupo de pacientes que tienen altas acompañadas y los que no, los beneficios son mayores en el grupo acompañado (125). Defiende que los problemas relacionados con los errores al alta como la descoordinación entre UCI y sala, los errores en la cadena de comunicación, y la pérdida de información debido a la ausencia de transmisión de información de primera mano (comunicación verbal, cara a cara entre la enfermera de UCI y la de sala) se resuelven si hay una enfermera que haga de enlace entre los dos servicios.

Además, la enfermera de enlace da soporte y estabilidad al proceso de alta y aporta beneficios al paciente. Esta figura de enlace también es avalada por Endacott y Dawson quien, además, evidencia la importancia y la utilidad de la presencia de los familiares al alta (146, 147).



## Marco conceptual

Controlar la ansiedad de las familias mejora el bienestar de éstas, pero además repercute en el estado de los pacientes. La evidencia científica demuestra que el soporte familiar y social es una de las fuentes de estructura definidas por Mishell, son elementos clave para disminuir la ansiedad, de forma que las personas que cuentan con un entorno social al que poder transferir responsabilidades y, por ende, un tejido de sostén que les dé soporte, viven el proceso de alta con menos ansiedad que aquellos enfermos que no cuentan con este soporte (4, 21, 78, 89, 135).

Las recomendaciones se resumen en los resultados del trabajo realizado por Forsberg et al. en Suecia, según las cuales es un paso a un entorno más tranquilo, por tanto favorable, pero hay necesidad de información completa e individualizada, de mejor planificación de las altas, hay que tener en cuenta que existe pérdida de la seguridad que ofrece el contexto de UCI y, por tanto, necesidad de tener soporte en el cambio de un servicio a otro al que se es derivado (20). Conocer previamente el personal que le atenderá en sala, estar informado del entorno al que se es transferido, o el seguimiento del personal de UCI durante todo el proceso de transición a sala son elementos que procuran soporte y estabilidad evitando o minimizando la incertidumbre y la ansiedad que puede generar el proceso de alta.

El impacto de estar ingresado en estas unidades traspasa los límites de la UCI y, por eso, la continuidad de cuidados es vital. Aunque la tecnología domine el contexto de UCI, el paciente crítico precisa de enfermeras capaces de ofrecer cuidados integrales y humanizados, competentes tanto a nivel físico como en los aspectos psicoemocionales y espirituales, enfermeras capaces de cuidar holísticamente a personas enfermas atendiendo toda su complejidad, incorporando en la acción de cuidar un sentido e intencionalidad humanitaria (148).

La atención enfermera debería contemplar cuidados destinados a detectar la presencia de incertidumbre y del disconfort emocional ligado a ésta. El cuidado integral de la persona conlleva a facilitar a los pacientes a que manifiesten sus sentimientos, percepciones y emociones, y debería integrar la valoración y determinación de la presencia de señales verbales y no verbales de incertidumbre y ansiedad. Dado que la incertidumbre es causa de ansiedad, es necesario que las enfermeras desarrollen habilidades para identificarla y para tratarla con el fin de disminuir el impacto negativo en el estado psicológico principalmente, pero también en el fisiológico tanto a corto como medio-largo plazo de los pacientes atendidos. La enfermera puede contribuir a la disminución del grado de incertidumbre en la medida que provea toda la información y educación necesaria e individualizada al paciente. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y el contexto en el que están evolucionando les ayuda a poner en marcha los mecanismos individuales de afrontamiento necesarios para una adaptación óptima. Se debe incluir a la familia en el proceso de cuidados, el soporte familiar también ayuda a disminuir la incertidumbre.

La enfermería es una profesión que debe reflexionar sobre su práctica y desplegar sus inmensas posibilidades como cuidadores integrales de la persona. La enfermera debe acompañar al paciente y a su familia a definir alternativas y valorar las ventajas y desventajas de acuerdo con sus valores y recursos propios. La enfermera debe ser cuidadora y facilitadora para contribuir a la disminución de la incertidumbre, de la ansiedad y optimizar la adaptación de los pacientes y sus familias a las distintas situaciones procurando un cuidado continuo desde el ingreso del paciente hasta el alta.







## **Capítulo II: Justificación del estudio**



## Justificación del estudio

Enfermería como disciplina dispone desde hace años de marcos conceptuales (modelos y teorías) que, al menos a nivel teórico, han sido descritos de forma amplia, tal como hemos visto en el apartado del marco conceptual. Sin embargo, a nivel clínico muchos de los planteamientos conceptuales no han sido operativizados. Es por esta razón que uno de los planteamientos principales del trabajo de investigación que hemos desarrollado se basa en el deseo de profundizar en una de las teorías de cuidados de enfermería que, a nuestro entender, mejor potencia el afrontamiento a la ansiedad que puede generar el alta de una UCI derivado de la incertidumbre que provoca la situación, esta Teoría es la desarrollada por M. Mishel sobre la incertidumbre frente a la enfermedad.

El concepto de incertidumbre que esta autora formula junto con la descripción del concepto de ansiedad y cómo afrontarla, aportan a la enfermera un marco de referencia para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería desde una perspectiva holística de la persona que es dada de alta de una UCI, favoreciendo el proceso de continuidad asistencial y desarrollando una óptima transición. Los planteamientos de Mishel orientan los cuidados de enfermería dirigidos a aportar fuentes de estructura, autoridad con credibilidad, educación y apoyo social, que facilitan la disminución de la incertidumbre en la medida que fundamentan la interpretación del contexto, aumentando la coherencia de las circunstancias y fortaleciendo el marco de estímulos definido por Mishel.

El trabajo de investigación que presentamos ha sido enfocado en todo momento a identificar el nivel de ansiedad de las personas durante el proceso de alta de UCI y las condiciones en las que los pacientes pueden presentar un riesgo mayor de ansiedad elevada, con el objetivo de ayudar a desarrollar cuidados específicos centrados en este problema para mejorar la calidad de la



#### Justificación del estudio

asistencia ofrecida a los pacientes, concretándose en la elaboración e implementación, en un futuro próximo, de un Plan de Atención al Alta de UCI (PAAU) basado en la Teoría de Mishel que permita dotar a los profesionales de enfermería de mayor conocimiento y de un instrumento de ayuda para dar mejor soporte a las transiciones y poder garantizar la calidad de los cuidados.

Tal y como hemos señalado en el marco conceptual, la literatura revisada refleja que el impacto emocional tanto de la hospitalización en UCI como de la transición al alta puede mantenerse durante largo tiempo después del alta y tener graves repercusiones en la salud de la persona implicada.

El hecho de ofrecer un adecuado apoyo y cuidado intraUCI, teniendo en cuenta la incertidumbre que pueden presentar las personas ingresadas, puede tener efectos beneficiosos en la evolución y la calidad de vida de estos pacientes tanto a corto como a largo plazo. Pero, además, se debe preparar y acompañar a la persona ingresada y su familia en el alta a la unidad receptora.

De hecho, la experiencia como enfermera con una dilatada trayectoria en UCI, ha hecho que reflexionemos sobre cómo realizamos el cuidado de los pacientes durante el alta de UCI, llevándonos a la percepción de que las transiciones a las salas de hospitalización no se realizan con todo el soporte necesario, sobre todo en el aspecto psicológico y emocional que los pacientes y sus familiares requieren. Altas programadas en espacios cortos de tiempo, o simplemente imprevistas y precipitadas, con mucha carga de trabajo por la necesidad de ocupar la cama con un nuevo paciente en estado crítico, o con la atención ya centrada en el paciente que va a ingresar y no en el paciente que se está dando de alta por ejemplo, dibujan un área claramente de mejora en la atención y la calidad de cuidados dispensados a los pacientes ingresados en nuestras UCIs y sus familiares. De ahí mi interés en profundizar sobre el tema para identificar la ansiedad generada por el proceso y los factores que intervienen y elaborar un plan de atención que mejore la asistencia y los

cuidados dirigidos a estas personas que atraviesan una situación crítica de salud, para que sean capaces de gestionar mejor el proceso y vivirlo de forma más positiva y, si es posible, transformar esta incertidumbre en una oportunidad.

Por todo ello nos planteamos los objetivos e hipótesis que describimos en el capítulo siguiente.





## **Capítulo III:**

# **Objetivos e hipótesis de la investigación**





## OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Objetivo general

Identificar el nivel de ansiedad y los factores relacionados con el proceso de alta de las personas ingresadas en UCI.

### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de las personas ingresadas en UCI.
- Conocer las características del proceso de hospitalización de las personas ingresadas en UCI.
- Determinar la percepción del paciente sobre el proceso de hospitalización de las personas ingresadas en UCI.
- Evaluar el nivel de ansiedad rasgo de los pacientes ingresados en cuidados intensivos.
- Evaluar los niveles de ansiedad estado de las personas ingresadas en UCI en los diferentes tiempos del proceso de alta: prealta precoz (basal, D1) prealta inmediata (D2), postalta UCI inmediata (D3), postalta UCI tardía (D4).
- Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de proceso y de autopercepción de paciente, y los niveles de ansiedad y la evolución de los valores de ansiedad estado de las personas ingresadas



Objetivos e hipótesis de la investigación

en UCI en los diferentes tiempos del proceso de alta: prealta precoz (basal, D1), prealta inmediata (D2), postalta UCI inmediata (D3), postalta UCI tardía (D4).

### **3.3. Hipótesis**

El proceso de Alta a una unidad de hospitalización genera niveles de ansiedad elevada en los pacientes de cuidados intensivos.

Los pacientes con hospitalización más larga, con mayor gravedad patológica y con bajo soporte social presentan niveles de ansiedad estado más elevados.

## **Capítulo IV:**

# **Metodología de la investigación**



## Metodología de la investigación

### 4.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo, analítico, longitudinal, se trabaja con metodología cuantitativa.

El estudio pretende la identificación de los niveles de ansiedad en 4 tiempos de medición y los factores relacionados.

Los resultados del estudio descriptivo componen la base sobre la que se desarrollará una acción de mejora concretada en el diseño de un Plan de Atención al Alta de UCI (PAAU) centrado en el paciente y la familia, y la metodología de implementación del mismo. El PAAU será elaborado por un equipo de enfermeras expertas en UCI y en calidad asistencial y guías clínicas. La elaboración del Plan de Atención al Alta de UCI seguirá los criterios definidos por la literatura y guías diseñadas disponibles.

### 4.2. Contexto del estudio

El estudio se realizó en la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Se trata de un Hospital Universitario de tercer nivel que consta de 34 camas para la atención de pacientes graves de las especialidades de medicoquirúrgica (medicina general, cirugía digestiva, neurocirugía traumatología y neurología), cirugía cardíaca, cardiología y coronaria. El registro de pacientes del año 2011 muestra que se atendieron en la UCI 551 enfermos con una estancia media de 9.9 (desviación estándar, DE 6) días para las especialidades medicoquirúrgicas, 3.7 (DE 2.3) días para los pacientes de

Metodología de la investigación

cirugía cardiaca, y de 5.2 (DE 4) días para los pacientes coronarios. El ratio de enfermera paciente es de 1:2, estructurándose en 4 turnos de trabajo: dos diurnos y dos nocturnos.

La selección de dicho centro de estudio se debe a la facilidad de acceso al mismo, ya que es donde desarrollo mi trabajo habitual como enfermera de UCI.

De igual manera, las enfermeras y auxiliares colaboradoras en la recogida de datos eran personal experto y estable del equipo asistencial de UCI.

### **4.3. Población y muestra**

La población objeto de estudio fueron los pacientes críticos hospitalizados en el Servicio de Medicina Intensiva del centro citado de 15 de diciembre de 2011 a 15 de junio de 2012. Se han valorado para inclusión en estudio todos los pacientes ingresados en UCI y que estaban en condiciones para ser dados de alta. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión definidos y que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

#### *Criterios de inclusión:*

- Mayores de 18 años.
- Puedan expresarse, leer y escribir en uno de los dos idiomas oficiales de Catalunya.
- Ingreso en UCI superior a 48 horas.
- Conscientes y orientados con capacidad para testimoniar su estado y sus percepciones al alta de UCI. Para ello se valora el estado cognitivo mediante la escala Confusional Assessment Method (CAM-ICU) para descartar presencia de demencia o confusión-delirio y se aplica el test de Glasgow Coma Score que

determina nivel de consciencia, debiendo tener una puntuación de 15 (11T para los pacientes con traqueotomía) indicando que están totalmente conscientes.

- Datos de alta a salas de hospitalización del propio hospital.
- Aceptación verbal y escrita de participar en el estudio (Consentimiento informado).

#### *Criterios de exclusión:*

- Incapacidad de comunicación (déficits sensoriales, déficits neurológicos o barrera lingüística).
- Patología psiquiátrica.
- Pronóstico infausto.
- No aceptar participar en el estudio.

La muestra se calculó con el programa GranMo (v7.10), utilizando como datos base para el cálculo, los resultados del estudio de la Tesina de fin de Master de la autora de la presente Tesis (149). Este estudio preliminar fue desarrollado mediante el seguimiento de todos los pacientes dados de alta de UCI durante 30 días consecutivos en febrero-marzo de 2011 obteniéndose una muestra de 28 pacientes.

Los datos obtenidos permitieron calcular la muestra mínima necesaria para eliminar sesgos de distribución de la muestra y contrastar estadísticamente las distintas variables estudiadas, de manera que con 85 sujetos en la muestra resultaba significativa la comparación siempre que existieran diferencias de 2 puntos en la valoración de ansiedad. Para este cálculo de muestra se han asumido dos grupos homogéneos (equilibrados), con una desviación (S) de 14 (resultado del estudio preliminar) y asumiendo una posibilidad del 20% de pérdidas, para un error  $\alpha = 0.05$ , potencia del 80% (error  $\beta = 0.2$ ; potencia =  $1 - \beta$ ) y aproximación bilateral.

Metodología de la investigación

#### **4.4. Variables objeto de estudio.**

Las variables estudiadas se agrupan en tres bloques:

##### ***Variables relacionadas con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.***

- Edad : Variable cuantitativa abierta según cifra actual.
- Sexo: Variable cualitativa dicotómica con posibilidad de respuesta: Hombre / Mujer.
- Estado civil: Variable cualitativa con la posibilidad de seis respuestas: Soltero/a, Casado/a, Vive en pareja, Divorciado/a, Separado/a, Viudo/a.
- Nivel de estudios: Variable cualitativa con posibilidades de respuesta desde “Sin estudios” hasta “Doctorado”. Se agruparon los ítems para facilitar su descripción discriminándolos como Bajos: grupos 1 y 2. Medios: Grupos 3 a 8 y Alto: grupos 9 a 11.
- Situación laboral: Variable cualitativa de respuesta múltiple según: Activo parado/a, Activo ocupado/a, Pre-jubilado/a, Jubilado/a, Estudiante, Ama de casa, Ni estudia ni trabaja. Situación laboral discriminados como: Activos: grupos 1-3. No activos: grupos 4-7.
- Profesión: Variable cualitativa de respuesta abierta.
- Diagnóstico de Ingreso y alta de UCI: Variable cualitativa con 9 niveles de respuesta: Respiratorio, Cardiológico, Renal, Infeccioso, Neurológico, Politraumatismo, Vascular, Hematológico, Digestivo.
- Tipo de enfermedad crónica y Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: Variable cualitativa y cuantitativa abiertas.
- Nivel de gravedad: Variable cuantitativa medida mediante las escalas validadas Apache II en pacientes de UCI y coronarios, y escala Euroscore en pacientes de cirugía cardíaca. Para homogeneizar los niveles de gravedad, dado que corresponden a escalas distintas, se creó

la variable “índice de gravedad (Igrav)” mediante la estandarización de los 2 índices.

- Nivel de carga de trabajo de enfermería: Variable cuantitativa medida según escala validada: Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28).

### ***Variables relacionadas con el proceso de hospitalización.***

- Tipo de ingreso: Variable cualitativa según si el ingreso era Urgente o Electivo (intervenciones quirúrgicas programadas).
- Ingresos previos en UCI: Variable cualitativa con dos niveles de respuesta: Si / No. En caso afirmativo se indica cuantos ingresos mediante respuesta abierta.
- Días de hospitalización previa al ingreso: Variable cuantitativa en número de días.
- Días de hospitalización en UCI: Variable cuantitativa en número de días.
- Días de ventilación mecánica: Variable cuantitativa en número de días que el paciente requería soporte mecánico a la ventilación.
- Días de sedación: Variable cuantitativa en número de días en que el paciente recibía medicación sedante.
- Información médica y enfermera previa al ingreso y al alta de UCI: Variable cualitativa interpretada como la afirmación del paciente de haber recibido o no toda la información pertinente antes o después del ingreso en UCI.
- Tratamiento invasivo: Variable cualitativa que define los posibles elementos invasivos (catéteres, sondas, drenajes..) para el tratamiento de los pacientes.
- Tipo de alta: Variable cualitativa con tres niveles de respuesta: Reglada, con tiempo de preparación del paciente superior a 6 horas, Urgente, con tiempo de preparación entre 2 y 6 horas, y Precipitada con un tiempo inferior a 2 horas.



## Metodología de la investigación

- Turno de alta: Variable cualitativa en relación al tiempo de salida de UCI: mañana, tarde o noche.
- Estabilidad hemodinámica: Variable cualitativa con respuesta Si / No, interpretada como que el paciente presenta ritmo cardíaco estable y se mantiene normotenso sin drogas vasoactivas.
- Estabilidad respiratoria: Variable cualitativa con respuesta Si / No, interpretada como ventilación espontánea, sin aporte de oxígeno y con sensación subjetiva de respirar confortablemente.
- Nivel de autonomía para actividades de vida diaria: Variable cuantitativa medida mediante escala validada Barthel).

### *Variables relacionadas con la percepción del paciente*

- Nivel de ansiedad: Variable cuantitativa medida mediante escala validada State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Consta de dos subescalas, una para la determinación de la Ansiedad Rasgo y la segunda para la determinación de la Ansiedad Estado.
- Dolor: Variable cuantitativa contestada mediante escala tipo Likert.
- Estado de salud percibido: Variable cuantitativa contestada mediante escala tipo Likert.
- Nivel de soporte social percibido: Variable cuantitativa medida mediante escala validada: Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) discriminada en 4 dimensiones: Apoyo Emocional. Apoyo Instrumental, Interacción Social y Apoyo Afectivo.

## 4.5. Fuentes de información e instrumentos de medida

Para evaluar las variables del estudio se utilizaron diversos instrumentos que detallamos a continuación:

*Formulario de datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con la hospitalización (anexo 1)*

Para registrar las variables referidas a características sociodemográficas, sociales y laborales, y para las variables relacionadas con la hospitalización se construyó un formulario ad hoc.

*Evaluación de dolor y estado de salud percibido (ESP) (anexo 2)*

Para evaluar la autopercepción del nivel de salud y del nivel de dolor se utilizó la escala visual analógica (EVA), con rango de 0 a 10 entendiendo 0 como ningún dolor y 10 como máximo nivel de dolor posible. Y entendiendo 0 como nivel más bajo posible de estado de salud percibido (encontrarse muy mal) y 10 como estado de salud perfecto.

*Evaluación del nivel de gravedad (anexos 3 y 4)*

Se utilizaron dos instrumentos según el tipo de paciente crítico:

La escala EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation), sistema de clasificación de gravedad para pacientes críticos quirúrgicos, utilizado principalmente en pacientes de cirugía cardiovascular y torácica, y desarrollada principalmente para la predicción de la mortalidad intrahospitalaria de cirugía cardíaca (150).

La escala APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) es un sistema de clasificación de gravedad de enfermedades usado en UCI. Es aplicado dentro de las 24 horas de admisión del paciente. A mayores scores o

## Metodología de la investigación

puntuación, le corresponden enfermedades más severas y un mayor riesgo de muerte (151). En el año 1981 se comienza a trabajar a nivel mundial con índices pronósticos para determinar la severidad de la enfermedad. Knaus describió el sistema como un índice pronóstico de gravedad, y demostró su efectividad predictiva en la supervivencia de este tipo de pacientes. Posteriormente, el propio Knaus perfeccionó el sistema Apache reduciendo el número de variables (Apache II), generalizándose su uso en la mayor parte de los servicios de medicina intensiva, como índice pronóstico de gravedad de la persona hospitalizada. La estructura del Apache comprende la evaluación de 12 variables agudas, la edad según intervalos, los antecedentes del paciente y la causa de ingreso a UCI. Su puntuación se distribuye en los tres componentes: 1) amplitud de la alteración de 12 medidas fisiológicas (APS); 2) edad; 3) enfermedad crónica; a cada variable se le asigna un valor que va del 0 al 4.

### *Medición carga de trabajo de enfermería (anexo 5)*

Se utilizó la escala validada TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System-28). Escala que cuantifica el grado de la intensidad de las intervenciones de enfermería en un paciente determinado. El sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28), traducido por Miranda (152), es una herramienta administrativa y de enfermería que permite fácil y rápidamente obtener datos comparativos que pueden emplearse con fines de manejo hospitalario, de personal humano y de recursos materiales. En Europa se desarrolló y validó una versión simplificada, el TISS-28, en 22 UCI alemanas con 1.820 pares válidos de registros de TISS-76 y TISS-28. Los autores concluyen que el TISS-28 puede reemplazar a la versión original en la práctica clínica de la terapia intensiva (153).

Este formato tipo encuesta consta de siete apartados tipo Likert, cada uno de ellos con varias actividades a las cuales se les asigna un puntaje (de 1 a 8: a mayor complejidad mayor puntaje) de acuerdo con la complejidad de la

intervención terapéutica aplicada por el personal de enfermería; se realiza una sumatoria total de las actividades realizadas. El puntaje final del TISS-28 varía de un mínimo de cero a un máximo de 76 puntos, clasificando los pacientes en 4 grupos: clase IV los pacientes con más de 40 puntos, clase III los pacientes entre 20 y 39 puntos, clase II pacientes entre 10 y 19 puntos, y clase I pacientes con menos de 10 puntos.

### *Medición de estado funcional. Índice de Barthel (anexo 6)*

El estado funcional se puede definir como la capacidad que presenta el paciente para la realización de actividades en la vida diaria (AVD). Éstas tienen una estructura jerárquica según la capacidad de independencia del individuo y que corresponde al orden de pérdida de las mismas. Dentro de cada grupo de AVDs también existe un orden jerárquico de las mismas, que siguen el orden de pérdida de éstas, inverso a su adquisición durante la maduración del individuo en las primeras etapas de la vida. Las AVDs se pueden clasificar en: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que son aquéllas que permiten el autocuidado del individuo como bañarse, vestirse, utilizar el aseo, comer, continencia de esfínteres o realizar transferencias y, en actividades instrumentales (AIVD), aquéllas cuyo cumplimiento permiten al individuo vivir de forma independiente.

Los instrumentos más utilizados para registrar la medida de las ABVDs son el Índice de Barthel, Índice de Katz, y la escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria.

En el presente estudio se utilizó el Índice de Barthel, también conocido como Índice de discapacidad de Maryland, ya que ostenta una importante base de evidencia (154-156). Comenzó a utilizarse en los hospitales de crónicos de Maryland en 1955, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para medir la evolución de los

## Metodología de la investigación

sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos (157). El Índice incluye diez áreas y ha sido ampliamente utilizada en unidades de Rehabilitación. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales (158).

Según las puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 puntos (95 si permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5- Dependiente total: <20 puntos.

Por su validez, sensibilidad y fiabilidad, esta escala es útil para describir el estado funcional y sus cambios en el tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico y predice la mortalidad y la ubicación más adecuada al alta hospitalaria.

### *Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) (anexo 7)*

Este inventario determina el grado de ansiedad mediante la escala validada en español, autoadministrable aunque en algunos pacientes, dada la pérdida de fuerza física para poder escribir, son asistidos y realizan el test respondiendo verbalmente.

Se eligió la escala STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo) que permite medir en el paciente hospitalizado los niveles de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, en su adaptación española (93, 94). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el cuestionario STAI ha mostrado ser útil para medir la ansiedad tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos (93-95). La escala muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad aunque presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60. Presenta en su versión española una consistencia interna de 0.90-0.93 en la subescala Estado, y de 0.84-0.87 en la subescala Rasgo, con una fiabilidad test-retest de 0.73-0.86 en la subescala Rasgo (95).

La STAI es una escala diseñada para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como Estado (condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo) y la ansiedad como Rasgo (propensión ansiosa relativamente estable, entendida como tendencia a percibir las situaciones como amenazantes, son las “disposiciones latentes hasta que son activadas por estímulos de la situación dada” referidas por Atkinson. El marco de referencia temporal para la ansiedad como estado es “el ahora mismo, en este momento”

## Metodología de la investigación

y para la ansiedad como rasgo es el “en general, de forma habitual, la mayoría de veces”. Es una escala autoaplicada que consta de un total de 40 ítems, 20 para cada uno de los conceptos y que se ha utilizado tanto en población general como en pacientes hospitalizados. La escala proporciona una puntuación para la ansiedad estado y otra para la ansiedad rasgo que se obtiene de la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems correspondientes.

La puntuación de los ítems de Ansiedad Estado oscila de 0 a 3 operativizados según la intensidad del grado de respuesta (0 nada, 1 algo, 2 bastante, 3 mucho). En los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 se invierte la puntuación asignada a la intensidad (3 nada, 2 algo, 1 bastante, 0 mucho). La puntuación de los ítems de Ansiedad Rasgo también oscila de 0 a 3 pero en este caso basados en la frecuencia de presentación (0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo, 3 siempre). También hay ítems en los que se invierte la puntuación (3 nunca, 2 a veces, 1 a menudo, 0 siempre). Son los ítems: 21, 26, 27, 30, 36, 39. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. No hay puntos de corte sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en percentiles en función del sexo y la edad. Existen baremos en puntuaciones centiles para adultos y adolescentes.

Puntuación Invertida	Ítems
STAI Estado	1,2,5,8,10,11,15,16,19,20
STAI Rasgo	21,26,27,30,36,39

Tabla 7: Ítems de puntuación invertida para STAI Estado y STAI Rasgo. Fuente: Elaboración propia a partir de referencia 93.

La versión española del STAI ha cambiado la escala de respuestas reduciendo a 0-3 la escala original de Spielberger (con respuestas de 1 a 4). Esto afecta únicamente a los promedios (medias), que se ven reducidos en 20 puntos; es decir, un valor en la escala original de 46 puntos tiene la misma consideración que un dato español de 26 puntos. Este cambio de escala no ha afectado a los demás estadísticos (desviación típica, índices de fiabilidad correlación, etc.) y su comparación puede hacerse directamente. Se comenta este aspecto debido a que hay que tenerlo en cuenta para poder comparar los resultados del estudio con otros estudios internacionales en los que se haya aplicado la escala STAI original.

Nivel de ansiedad	Valores Escala original	Valores Escala española
Ansiedad baja	20-39	0-19
Ansiedad moderada	40-49	20-39
Ansiedad alta	60-80	40-60
Puntuación máxima	80	60

Tabla 8.: Comparación de valores entre escala original de Spielberger y la escala de la adaptación española. Fuente: Elaboración propia a partir de referencias 93 y 94.

### *Escala de Soporte Social Percibido (anexo 8)*

La medida de soporte social percibido se realiza mediante la escala MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey), desarrollado por Shebourne y Stewart en 1991 y que explora el apoyo estructural (tamaño de la red social) por pregunta directa sobre el número de personas, amigos y familiares, que componen el círculo íntimo de la persona, y el apoyo funcional, es decir, la percepción que se tiene de apoyo (159). La percepción de apoyo se describe como multifuncional: emocional, instrumental, informativo, valoración y compañerismo durante el tiempo libre (160).



## Metodología de la investigación

El cuestionario MOS-SSS de apoyo social, se ha aplicado en pacientes con distintas enfermedades y dimensiones, y ha sido validado en población española (161, 162). Es un cuestionario de 20 ítems, que puede ser autoadministrado y que permite investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como las dimensiones del apoyo social. Se desarrolla en las 4 dimensiones descritas:

- 1- Apoyo emocional/informacional referido a la posibilidad de asesoramiento, consejo e información (8 ítems),
- 2- Apoyo instrumental en cuanto a posibilidad de ayuda doméstica (4 ítems),
- 3- Interacción social positiva referida a la posibilidad de contar con personas para comunicarse (4 ítems),
- 4- Dimensión afectiva en cuanto a demostración de amor, cariño y empatía (3 ítems).

Excepto el primer ítem, los restantes se miden con una escala tipo Likert puntuando de 1 a 5.

Dimensiones	Ítems	Valores Mínimo-máximo
<b>Apoyo emocional</b>	3,4,8,9,13,16,17,19	8-40
<b>Apoyo instrumental</b>	2, 5,12,15	4-20
<b>Interacción social</b>	7,11,14,18	4-20
<b>Apoyo afectivo</b>	6,10,20	3-15
<b>Total MOS-SSS</b>		19-95

**Tabla 9:** Distribución por dimensiones de los ítems y valores máximos y mínimos de la escala MOS-SSS.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de referencias 159 y 160.

El índice global de Apoyo Social medido mediante la escala MOS-SSS se obtiene sumando los 19 ítems. Se define que el Apoyo Social es Escaso

cuando el índice es inferior a 57 puntos. Falta de Apoyo Emocional si la puntuación es menor a 24. Habrá Falta de Apoyo Instrumental si la puntuación es menor a 12. Habrá Falta de Interacción Social si la puntuación es menor a 12 y se considera falta de Apoyo Afectivo si la puntuación es menor a 9.

## **4.6. Aspectos éticos**

### ***Consideraciones generales***

Se solicitó para el proyecto la autorización al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) obteniéndose su aprobación en diciembre de 2011 (Código 08/2011) (anexo 9) y a la Dirección del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (anexo 10).

El estudio, además, dispone de la autorización de la Dirección de Enfermería del centro sanitario (anexo 11).

### ***Evaluación de beneficio y riesgo***

El presente estudio no tenía posibilidades de generar ningún riesgo sobre los sujetos de estudio al no suponer ningún cambio sobre su seguimiento y tratamiento habitual.

La única alteración producida venía relacionada con el hecho de que los participantes dedicaban, en total, un máximo de dos horas de su tiempo, pudiendo afectar su rutina diaria. En ningún caso los pacientes manifestaron incomodidad relacionada con el seguimiento del estudio.

Metodología de la investigación

### ***Documento de información y formulario de consentimiento***

A cada sujeto candidato para el estudio se le informó verbalmente y se le entregó un documento que contenía la información necesaria para conocer el proyecto y tener los elementos de información necesarios para decidir sobre su participación en el estudio (anexo 12).

Se informó a todos los sujetos y familias sobre la naturaleza voluntaria de su participación y de la libertad de rechazar la invitación a participar como de retirarse en el momento que quisiera sin que ello tuviera repercusión alguna en sus cuidados.

Se informó a los pacientes que podían solicitar información actualizada sobre el estudio durante todo el proceso y se respondieron a todas las preguntas y dudas que el planteamiento pudiera generar.

Se obtuvo el consentimiento verbal y escrito de los participantes que firmaron el documento de consentimiento informado adjunto (anexo 13).

### ***Confidencialidad de los datos***

Con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los datos, solo tuvieron acceso a los mismos la investigadora principal y el equipo investigador.

Todas las variables registradas entraron en un fichero codificado donde no constaba ningún dato que pudiera identificar al paciente, y se relacionaba cada paciente con un número de orden. El número de codificación se utilizó en la base de datos para mantener el anonimato de los sujetos durante todo al proceso.

El fichero se trató conforme lo que dispone la Ley orgánica 15/1999 a 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, que limita el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.

La documentación primaria de este estudio será custodiada por el equipo investigador durante 6 años siendo posteriormente destruida siguiendo el procedimiento de protección de datos determinado por la ley.

#### **4.7. Procedimiento de la recogida de datos**

Después de que el proyecto del estudio fuera evaluado y aprobado por el Comité de Ética del centro, se inició la recogida de datos.

Para el trabajo de campo se planificó una duración de seis meses, entre diciembre de 2011 y junio de 2012. Obteniéndose al final del período de reclutamiento una muestra de 152 pacientes, superior a los 85 pacientes necesarios calculados.

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que estaban ingresados durante ese periodo y que cumplían criterios de inclusión y a los que se les invitó a participar y aceptaron ser incluidos en el estudio.

A los sujetos participantes, tras informarles del estudio y solicitarles el consentimiento informado, se les pidió que respondieran a los diferentes instrumentos que configuraron la investigación: el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, la escala MOS (MOS-SSS, Medical Outcomes Study Social Support Survey), la escala Barthel para la determinación del estado funcional,

## Metodología de la investigación

nivel de dolor y estado de salud percibido y el formulario de datos sociodemográficos, relacionados con la enfermedad y con la hospitalización.

Las variables clínicas y de proceso se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes.

Se formó un equipo investigador compuesto por enfermeras de los distintos turnos de trabajo. Se consensuó y se diseñó un sistema de registro de seguimiento continuo de la evolución de los pacientes de forma que se podía mantener la recogida de datos con las mínimas pérdidas posibles.

Diariamente se evaluaron todos los enfermos de UCI y se detectaron todos aquellos pacientes que el equipo asistencial determinaba que estaban evolucionando adecuadamente de su proceso patológico y que su situación físico-patológica indicaba que podrían ser dados de alta de UCI. Los sujetos eran valorados por el equipo investigador para determinar si cumplían los criterios de inclusión en el estudio y se les solicitaba el consentimiento informado verbal y escrito para participar. Durante este contacto individual, se informaba del objetivo del estudio, del método y se invitaba a participar al paciente. Si el paciente consentía, se procedía a recoger los datos de las variables definidas anteriormente.

Las variables sociodemográficas y de patología era registradas por el equipo investigador en el documento diseñado para tal propósito siendo algunas de ellas como el estado civil, la edad, o el nivel de estudios, corroboradas por los pacientes. La idoneidad de la información recibida antes y después de la hospitalización en UCI era preguntada de forma directa a los participantes.

Los sujetos eran invitados a responder el cuestionario-escala de ansiedad Estado-rasgo de forma secuencial en distintos momentos:

- Determinación prealta precoz (determinación 1, D1), cuando el enfermo presentaba condiciones para ser dado de alta de UCI. Pretende identificar el nivel basal de ansiedad estado y rasgo sobre el cual referenciar toda la evolución posterior.
- Determinación prealta inmediata (determinación 2, D2), cuando el enfermo había sido informado de que sería dado de alta de UCI en las horas siguientes. Se busca determinar si existen incrementos del nivel de ansiedad estado en la inminencia de salida a la sala de hospitalización y, por tanto, desconexión del entorno de UCI.
- Determinación post-alta inmediata (determinación 3, D3), a las 24 horas efectivas después del alta de UCI. Destinado a discriminar el impacto precoz sobre la ansiedad estado que tiene la desconexión de UCI y la estancia en sala.
- Determinación post-alta tardía (determinación 4, D4), 72 horas después del alta de UCI. Destinado a discriminar el impacto tardío sobre la ansiedad estado, una vez ya se ha establecido la rutina de sala.

Los registros en las diferentes determinaciones fueron codificados para poder mantener el anonimato y poder aparejarlos y así identificar la evolución de cada paciente en cada momento temporal de las 4 determinaciones de ansiedad.

Además de la determinación del nivel de ansiedad, los sujetos eran requeridos a responder verbalmente sobre su percepción de dolor y estado de salud percibido (ESP) en cada uno de los tiempos de determinación de ansiedad

## Metodología de la investigación

estado, y a completar el test de Soporte Social (MOS-SSS) coincidiendo con la determinación de Ansiedad estado post-alta inmediata (D3) y el test de Barthel coincidiendo con la determinación de Ansiedad estado post-alta tardía (D4).

Se decidió distribuir los test en diferentes tiempos en primer lugar para no sobrecargar a los pacientes con más de dos test al mismo tiempo y en segundo lugar porque entendíamos que la percepción de soporte social podía tener más impacto en la determinación D3 después de que el paciente pasara de una UCI de puertas cerradas a una sala de hospitalización abierta y que el nivel de dependencia podía ser más patente a medida que la desconexión de UCI era mayor.

En todas las determinaciones se constataba la estabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente para determinar si estaba en condiciones físicas para responder autónomamente los cuestionarios. De la misma manera se preguntaba a los pacientes sobre su percepción sobre si se sentía en condiciones físicas para poder responder. En caso contrario era el equipo investigador el que rellenaba los cuestionarios siguiendo las indicaciones de los pacientes. Todos los test pre-alta de UCI fueron rellenados por el equipo investigador.

En las siguientes figuras se resumen el procedimiento de las diferentes fases del estudio (Figura 1), y el procedimiento de recogida de datos y administración de los diferentes cuestionarios según las cuatro determinaciones ya explicadas (Figura 2).

## Metodología de la investigación

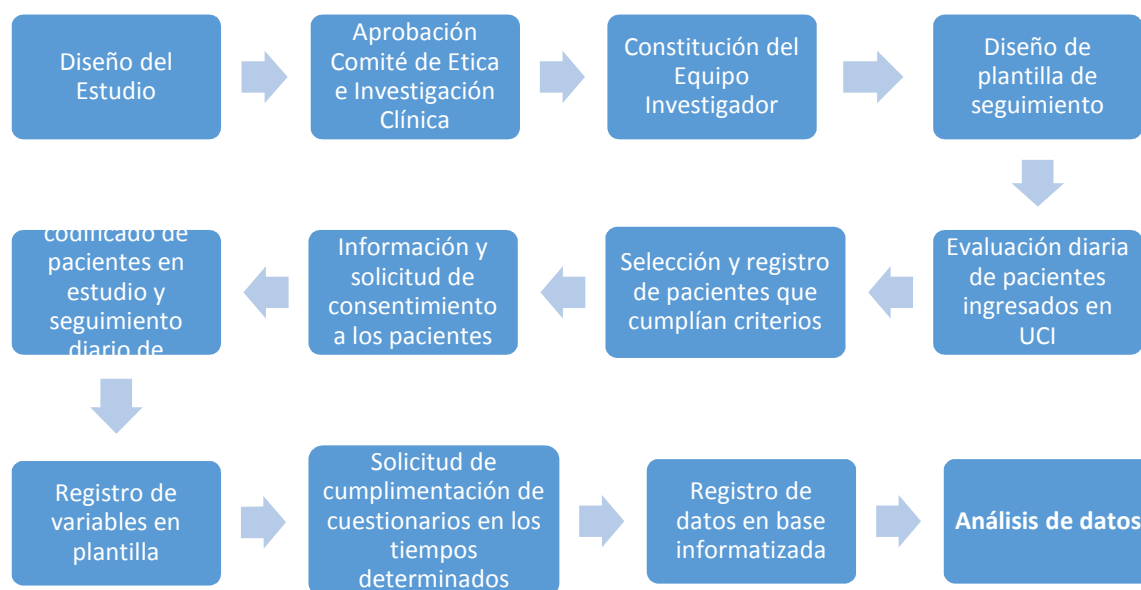


Figura 1: Resumen de las fases del estudio.

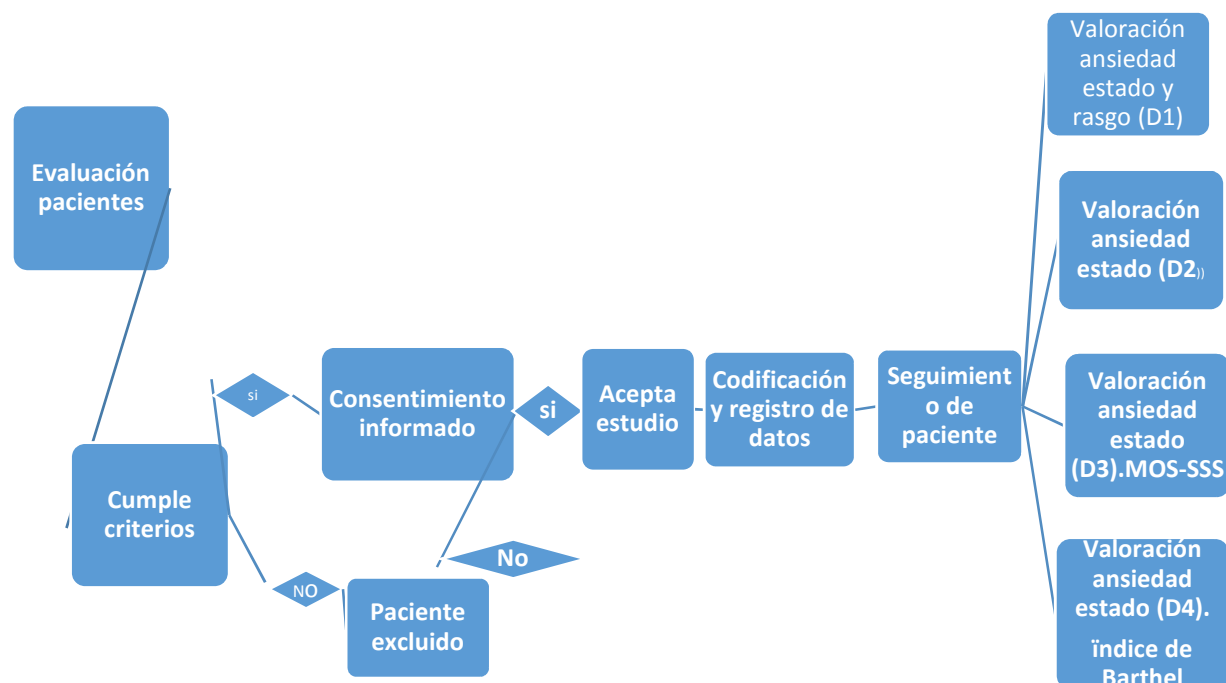


Figura 2: Flujo de pacientes.



Metodología de la investigación

## 4.8. Análisis estadístico

Se diseñó una base de datos con el programa Excel que contenía los parámetros para gestionar y analizar posteriormente las variables del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables cuantitativas obteniéndose los valores de tendencia central: media, desviación estándar, medianas, mínimos y máximos, y las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

La relación entre variables categóricas fue descrita mediante tablas de contingencia y la inferencia con el test de Chi-cuadrado, con corrección de continuidad o test de Fisher cuando correspondía.

La relación entre variables cuantitativas se describió mediante el valor medio (y su desviación estándar) para cada grupo y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre dichas variables.

Se aplicó el modelo de regresión lineal múltiple para detectar las variables predictivas de ansiedad para cada punto de cuantificación.

La relación entre una variable cualitativa y una cuantitativa se analizó mediante la t-student o el análisis de varianza ANOVA según las categorías de las variables cualitativas analizadas (2 o más respectivamente).

Se consideró que la diferencia entre variables era significativa cuando el grado de significación (p) era menor o igual a 0,05 ( $\alpha$  0.05).

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0 (IBM-SPSS inc, Chicago, il, USA).

## **Capítulo V: RESULTADOS**



## RESULTADOS

Durante los 6 meses de recogida de datos se valoraron 402 pacientes dados de alta de UCI.

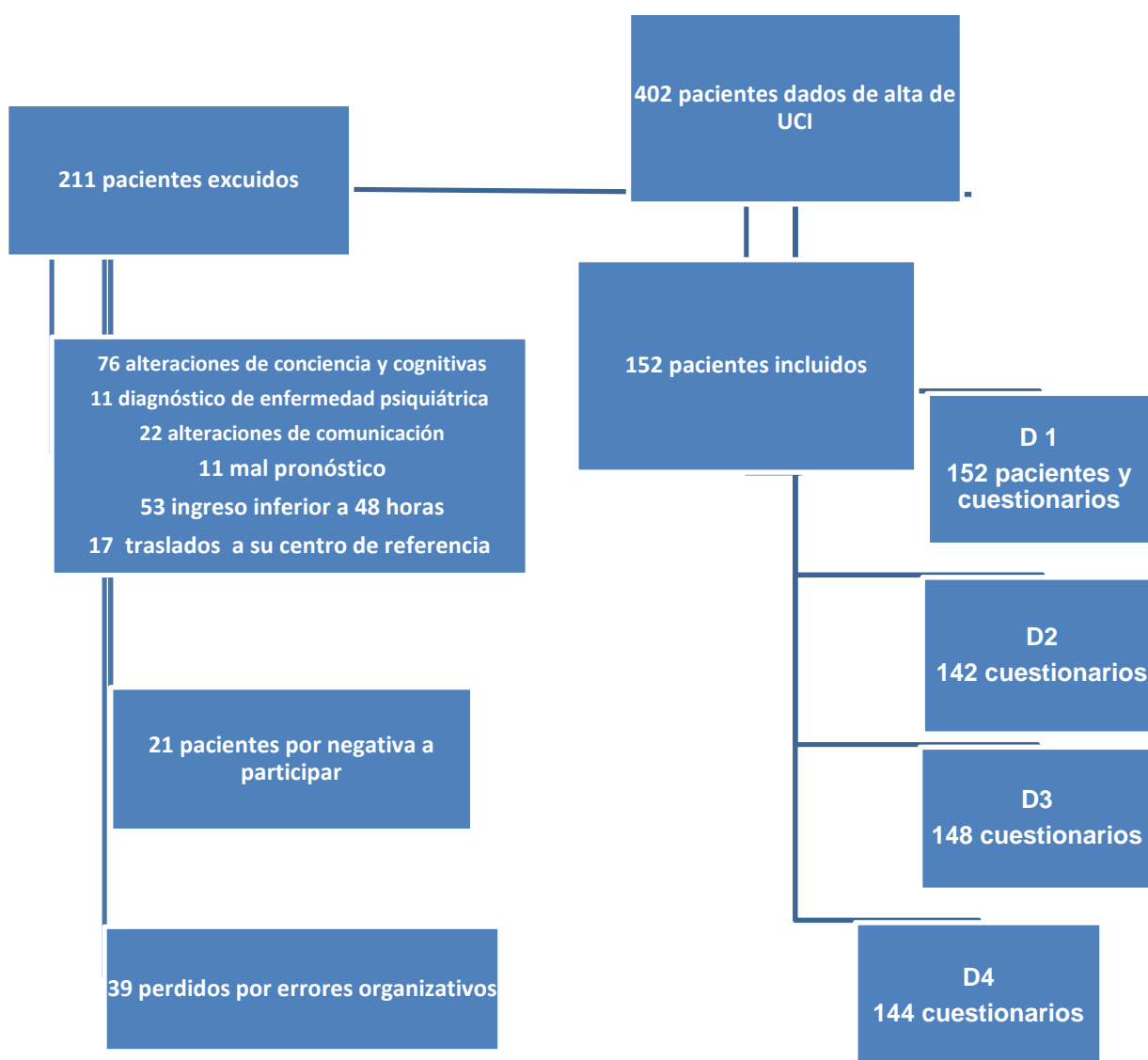
De los mismos se excluyeron 211 por no cumplir criterios de estudio: 76 pacientes por alteraciones de conciencia y cognitivas, 11 por diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previa, 22 por alteraciones de la comunicación, 11 por mal pronóstico, 53 por ingreso inferior a 48 horas, 17 por traslado al alta a su centro de referencia y 21 pacientes por negativa a participar. Además 39 pacientes se perdieron y no pudieron ser seguidos debido a errores organizativos del equipo investigador.

De esta manera fueron 152 pacientes los que cumplían criterios de inclusión y que fueron introducidos secuencialmente en la base de datos del estudio. Estos 152 pacientes forman la muestra para la valoración de ansiedad basal ya que cumplimentaron en su totalidad la determinación D1 en la que se registraban todas las variables sociodemográficas y clínicas, así como los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. De estos 152 pacientes, 142 cumplimentaron el test de ansiedad estado al alta inmediata de UCI (D2) y se registraron las variables de percepción de paciente para este tiempo del proceso de alta. Se perdieron 10 (6.6%) pacientes: 4 por alta precipitada, 3 altas de noche (1 por negativa del paciente con alta de UCI a las 2,30h de la madrugada), 3 por fallos de coordinación. La valoración postalta inmediata de UCI, a las 24 horas después del traslado a la sala de hospitalización (D3), fue cumplimentada por 148 pacientes, 4 pacientes perdidos (2.6%), a los cuales además de las variables de proceso y de percepción de paciente para este tiempo se les determinó el nivel de soporte social percibido mediante la escala MOS-SSS. Finalmente, 144 pacientes se valoraron en la postalta tardía (D4) donde 8 (5.3%) pacientes se perdieron por alta hospitalaria precoz, previa a las

## Resultados

72 horas de la determinación D4. En esta determinación se registró además de las variables de percepción del paciente, el nivel de autonomía para actividades básicas de vida mediante el Índice de Barthel.

Los datos de la selección de los pacientes del estudio se presentan resumidos en la **figura 3**.



**Figura 3:** Selección de pacientes del estudio.

## Resultados objetivo específico 1

### *Identificar el perfil sociodemográfico y clínico de las personas ingresadas en UCI.*

En el análisis de las principales características sociodemográficas de los 152 participantes, se determina que el 62.5 % fueron hombres y el 37.5% mujeres, con una edad media de 64.55 años (DE 13.36).

De ellos, el 80.9% vivían acompañados. El 19.1% restante manifiestan vivir solos.

Solo un 9.9% se consideraban Cuidador principal de los cuales el 93% eran mujeres.

En cuanto a la situación laboral, eran laboralmente activos (ocupados, parados o prejubilados) el 40.8% y el resto no activos.

La mayoría tenía un nivel de estudios bajo, medios el 36.2% y altos (Diplomados universitarios, licenciados, o doctores) el 16.4%. (Tabla 10).

Variable	N (%)	Media (DE)
<b>Sexo</b>		
Hombres	95 (62.5)	
Mujeres	57 (37.5)	
<b>Edad</b>		
18-39	8 (5.3)	64.55 (13.36)
40-55	26 (17.1)	
56-70	58 (38.1)	
>71	60 (39.5)	

## Resultados

<b>Estado civil</b>		
<b>Casados / en pareja</b>	104 (68.4)	
<b>Solteros</b>	14 (9.2)	
<b>Separados / divorciados</b>	13 (8.5)	
<b>Viudos</b>	21 (13.8)	
<b>Viven acompañados</b>	123 (80.9)	
<b>Cuidador principal</b>	15 (9.9)	
<b>Situación laboral</b>		
<b>Activos</b>	62 (40.8)	
<b>No activos</b>	90 (59.2)	
<b>Nivel de estudios</b>		
<b>Bajos</b>	72 (47.4)	
<b>Medios</b>	45 (36.2)	
<b>Altos</b>	25 (16.4)	

Tabla 10. Resumen perfil sociodemográfico de la muestra.

En relación al perfil clínico-patológico de los 152 pacientes, tenían diagnóstico de ingreso medicoquirúrgico el 36.1%, de cirugía cardiovascular y torácica el 20.4% y de enfermedad coronaria el 43.42%. Dos tercios (59.2%) presentaban patología crónica concomitante (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias).

La discriminación de los grupos por cargas de enfermería para las 24 primeras horas de ingreso según TISS-28 nos muestra que el 78,% se sitúa en el nivel III que se corresponde a un nivel alto de carga de trabajo de enfermería.

Las medias de los índices de gravedad, medidos con las escalas APACHE y Euroscore, se sitúan en niveles altos para pacientes de cirugía cardiovascular y en niveles medios para pacientes de medicoquirúrgica y coronaria (Tabla 11).

Variable	N (%)	Media (DE)
<b>Diagnóstico principal de ingreso</b>		
Respiratorio	15 (9.9)	
Cardiología	97 (63.8)	
Coronaria	31 (20.4)	
Cirugía cardiovascular	66 (43.4)	
Renal	2 (1.3)	
Infección / Sepsis	12 (7.9)	
Neurología	15 (9.9)	
Politraumatismo	1 (0.7)	
Vascular	3 (2)	
Hematología	0	
Digestivo	7 (4.6)	
<b>Patología crónica concomitante</b>		
Si	90 (59.2)	
No	62 (40.8)	
<b>Tiss-28</b>		
I <10	5 (3.3)	
II 10-19	23 (15.2)	26.25 (8.13)
III 20-39	119 (78.9)	
IV >40	4 (2.6)	
<b>Apache II global</b>		14.44(8.03)
<b>Euroscore</b>		8.36(9.03)

Tabla 11: Resumen perfil clínico-patológico de la muestra.



Resultados

## Resultados objetivo específico 2

### *Conocer las características del proceso de hospitalización de las personas ingresadas en UCI.*

De los 152 sujetos, el 59.2% tuvieron un ingreso de carácter urgente no electivo y el 36.8% pacientes habían estado anteriormente ingresados en una UCI.

La media de días de hospitalización en UCI se sitúa en 9.59 días (DE10.502), y la media es de 3.82 días (DE 7.068) para el soporte de ventilación mecánica. Casi dos tercios de los pacientes no recibieron sedación continua (59.2%), y sólo el 6.6 % de los pacientes estuvo sometido medidas de aislamiento específicas (contacto, aéreo o gotas).

La valoración de la dependencia para actividades de vida diaria mediante el Índice de Barthel determinada en sala (D4), obtuvo una media de 79.32 (DE19.396) puntos. La puntuación máxima para Barthel es de 100 puntos, así se puede considerar que existe una capacitación moderada media del grupo de pacientes estudiados.

La media del tiempo del proceso de alta desde que el paciente es informado de su alta hasta que ésta se hace efectiva con la salida del paciente es de 11.32 (DE 12.505) horas. Más de la mitad de las altas fueron dadas bien de forma precipitada 23.1% (< 2 horas), o bien de forma urgente 30.9 % (de 2 a 6 horas) y el resto regladas, con un 13.1% realizadas entre 7 y 12 horas, y un 32.8% con un tiempo superior a las 12 horas (Rango 13-48).

El 55% de las altas se dieron en el turno mañana, el 27.6% en el turno de tarde, 13.8% durante la noche y el 2.6% restante durante el cambio de turno diurno.

Tanto la estabilidad hemodinámica como respiratoria evolucionan al alza desde la primera determinación en UCI (prealta precoz, D1) hasta la cuarta determinación en sala (postaltaUCI tardía, D4): Hemodinámicamente estable el 68% en D1 y asciende hasta el 92.9% en D4 (Tabla 12).

Variable	N (%)	Media (DE)
<b>Tipo de ingreso</b>		
Electivo	62 (40.8)	
Urgente	90 (59.2)	
<b>Días de ingreso</b>		9.59 (10.502)
<b>Ingreso previo en UCI</b>		
Si	56 (36.8)	
No	96 (63.2)	
<b>Días de Ventilación mecánica</b>		
1 (1-24 horas)	62 (40.8)	
2-8 (25-148 horas)	36 (23.6)	
>8 (<149 horas)	20 (13.2)	
<b>Sedación continua</b>		
Si	62(40.8)	
No	90(59.2)	
<b>Aislamiento</b>		
Si	10(6.6)	
No	142(93.4)	
<b>Barthel</b>		79.32 (19.396)
<b>Duración proceso de alta (en horas)</b>		11.32 (12.505)
<b>Tipo de alta</b>		
• Reglada	70 (45.9)	
• Urgente	47 (30.9)	
• Precipitada	35 (23.1)	

## Resultados

<b>Turno de alta</b>				
• <b>Mañana</b>	85 (55)			
• <b>Tarde</b>	42 (27.5)			
• <b>Noche</b>	21 (13.8)			
• <b>Cambio de turno</b>	4 (2.6)			
<b>Estabilidad respiratoria</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
<b>Si</b>	<b>N (%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
	95(63.3)	101(70.6)	126(85.7)	125(88)
<b>Estabilidad hemodinamica</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>D3</b>	<b>D4</b>
<b>Si</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>
	103(68)	120(83.9)	135(91.8)	131(92.9)

Tabla 12.: Resumen perfil del proceso de hospitalización.

### Resultados objetivo específico 3.

#### *Determinar la percepción del paciente sobre el proceso de hospitalización de las personas ingresadas en UCI.*

Tanto el estado de salud percibidos (ESP), como el nivel de dolor, la percepción del grado de preparación para alta de UCI, la necesidad de recibir el alta de UCI y la percepción del nivel de adaptación en sala se obtuvieron por pregunta directa a los pacientes y medidos por escala analógica de 0 a 10.

Solo alrededor de un tercio de los pacientes considera que su estado de salud es bueno en los distintos tiempos de medida (Tabla 13).

Tiempo de medición	Malo (0-4) N (%)	Regular (5-7) N (%)	Bueno (8-10) N (%)
Prealta precoz (D1)	27 (17.7)	80 (52.6)	45 (29.6)
Prealta inmediata (D2)	12 (8.5)	74 (52.1)	56 (47.9)
PostaltaUCI inmediata (D3)	12 (8.1)	88 (59.4)	48 (32.4)
PostaltaUCI Tardía (D4)	15 (10.5)	72 (50.7)	55 (38.7)

Tabla 13: Nivel de ESP de los pacientes de UCI.

Al preguntar en D2 a los pacientes sobre su deseo de ser dados de alta de UCI, la mitad de los pacientes manifiestan que desean el alta (puntuación de respuestas de 8 a10). El 9.9% no quiere el alta de UCI (respuestas de 0 a 4 puntos) y se sienten poco dispuestos para el alta de UCI (puntuán entre 5 y 7) el 38% restante (Figura 4).

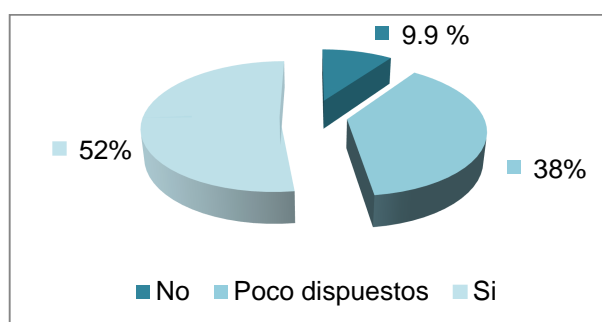


Figura 4. Deseo de los pacientes a ser dados de alta de UCI.

Asimismo el 53.2% de las personas ingresadas perciben no estar en condiciones físicas y psicológicas para el traslado a hospitalización. Además, en la determinación D3 el 45.3% de los pacientes considera que pasar a la unidad de hospitalización no ha sido beneficioso para su proceso de salud.

## Resultados

Más de la mitad de los pacientes manifiestan ausencia de dolor en cada una de los 4 determinaciones (D1-D4) y el resto manifiestan presentar algún nivel de dolor (Tabla 14).

Tiempo de medición	Sin dolor N (%)	Dolor leve N (%)	Dolor moderado N (%)	Dolor alto N (%)
<b>Prealta precoz (D1)</b>	76 (50)	34 (22.3)	30 (19.6)	12 (7.8)
<b>Prealta inmediata (D2)</b>	77 (54.2)	28 (19.7)	28 (19.7)	9 (6.3)
<b>PostaltaUCI inmediata (D3)</b>	85 (57.4)	20 (13.5)	30 (20.2)	13(8.8)
<b>PostaltaUCI tardía (D4)</b>	71 (50.1)	30 (21.1)	26 (18.2)	15 (10.5)

Tabla 14: Nivel de dolor percibido por los pacientes de UCI.

La media del soporte social percibido registrado mediante la escala MOS-SSS en las unidades de hospitalización en la determinación de postalta precoz (D3) fue de 76.28 (DE16.269) puntos. Mediana 81. Valor mínimo 31 y valor máximo de 95. Como se puede comprobar, se trata de un nivel alto de soporte social percibido por los pacientes al alta de UCI.

La distribución del soporte social se muestra en la figura 5 donde se puede apreciar la asimetría de los valores registrados.

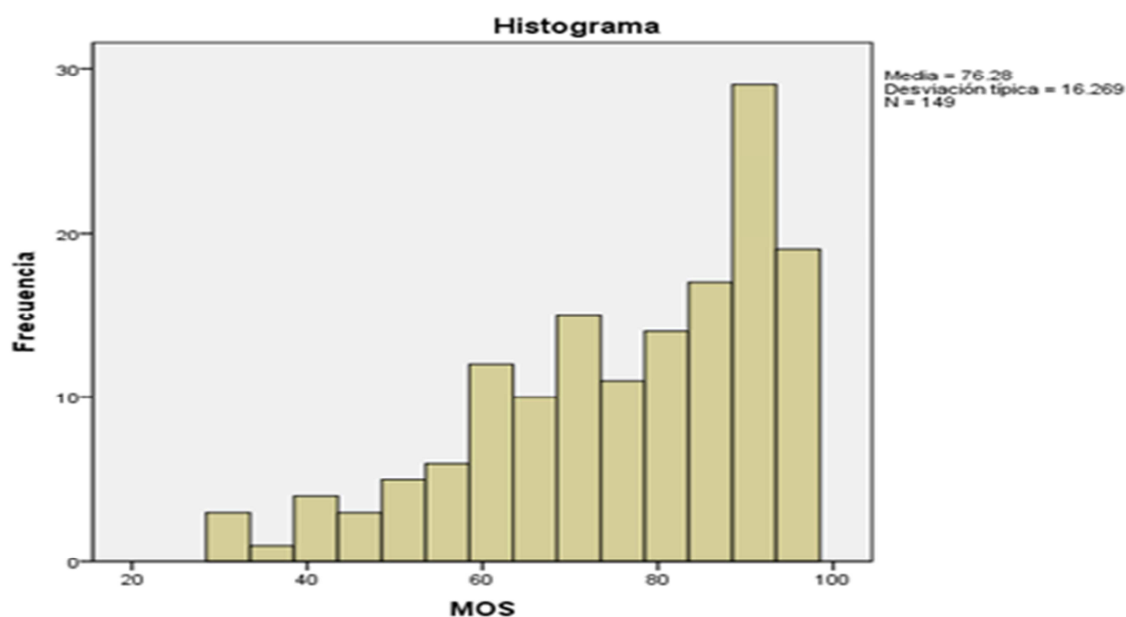


Figura 5. Histograma de soporte social percibido según escala MOS-SSS.

#### Resultados objetivo específico 4.

*Evaluar el nivel de ansiedad rasgo de las pacientes ingresados en cuidados intensivos.*

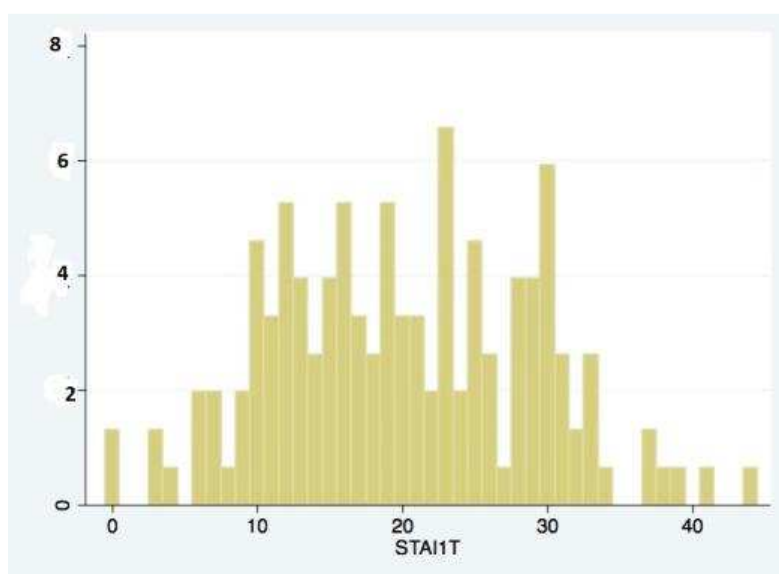
Como se expuso en el apartado de metodología, la ansiedad Rasgo se define como la propensión ansiosa relativamente estable, entendida como tendencia a percibir las situaciones como amenazantes, son las disposiciones latentes hasta que son activadas por estímulos de la situación dada. El marco de referencia temporal para la ansiedad como rasgo es el “en general, de forma habitual, la mayoría de veces”.

Se determinó el perfil de ansiedad rasgo de los pacientes ingresados en UCI en la primera determinación (D1), en el momento en que los pacientes ya tenían la capacidad de contestar el cuestionario de ansiedad STAI.

## Resultados

La media de ansiedad rasgo fue de 20.08 (DE8.86). Rango 0-44. La media de ansiedad rasgo se sitúa en niveles moderados de perfil de personalidad ansiosa, sin embargo se detecta un 20,4% de pacientes que presentan niveles de ansiedad rasgo altos.

La distribución de la variable se muestra en la **figura 6**.



**Figura 6:** Histograma de los valores de ansiedad rasgo.

Señalar que la puntuación máxima de ansiedad rasgo en la escala STAI en su versión española es de 60 puntos, de forma que la población estudiada en este trabajo se sitúa en un rango medio-bajo de perfil estable de ansiedad.

## Resultados objetivo específico 5

*Evaluar los niveles de ansiedad de las personas ingresadas en UCI en los diferentes tiempos del proceso de alta: prealta precoz (basal, D1) prealta inmediata (D2), postalta UCI inmediata (D3), postalta UCI tardía (D4).*

Como se expuso en el apartado de metodología, la ansiedad como Estado se define como la condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Se determinaron los niveles de ansiedad estado de forma secuencial en los 4 tiempos detallados en el apartado de metodología.

Recordar que la puntuación máxima de ansiedad estado para el cuestionario STAI en su versión española es de 60 puntos.

Las medias de los niveles de ansiedad estado medidos en el grupo total de 152 pacientes dados de alta en la UCI se sitúan entre los percentiles 50 y 65 de la escala STAI, es decir, niveles de ansiedad moderada.

En la primera determinación que corresponde a ansiedad en UCI, prealta precoz (D1), la media del grupo en ansiedad estado fue de 21.28 (DE 10.60), que significa un nivel moderado de ansiedad estado. Con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 45. La distribución de la muestra se presenta en el histograma adjunto. (Figura 7).



## Resultados

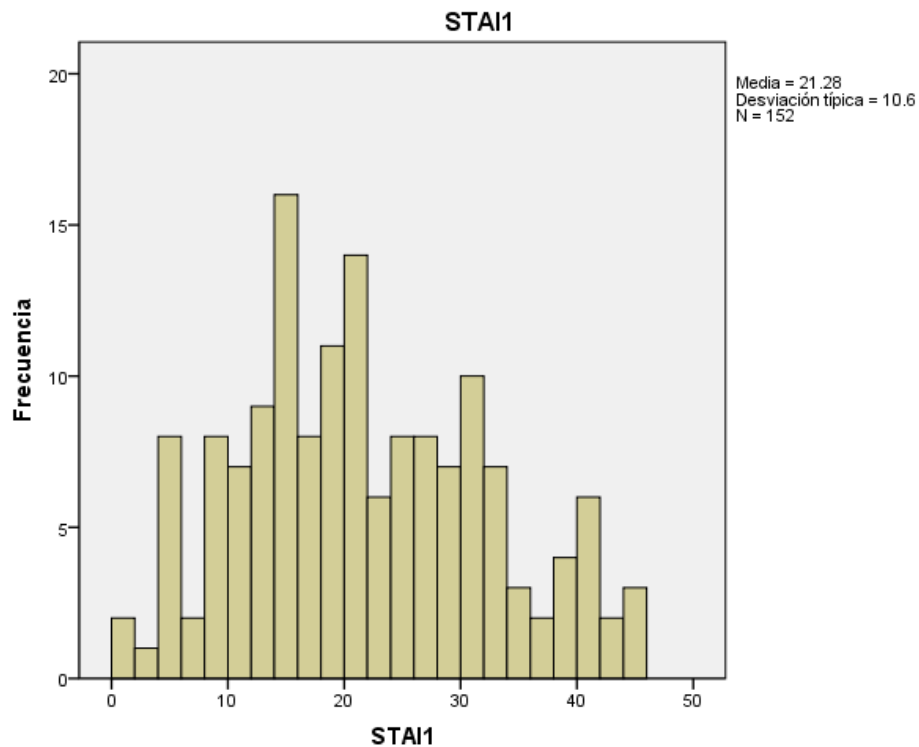


Figura 7: Histograma de las puntuaciones de ansiedad estado en D1.

En la determinación D2, correspondiente a la ansiedad estado previa al alta inmediata de UCI, la media fue de 21.39 (DE10.76), que también corresponde a un nivel moderado de ansiedad estado. Con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 49 (Figura 8).

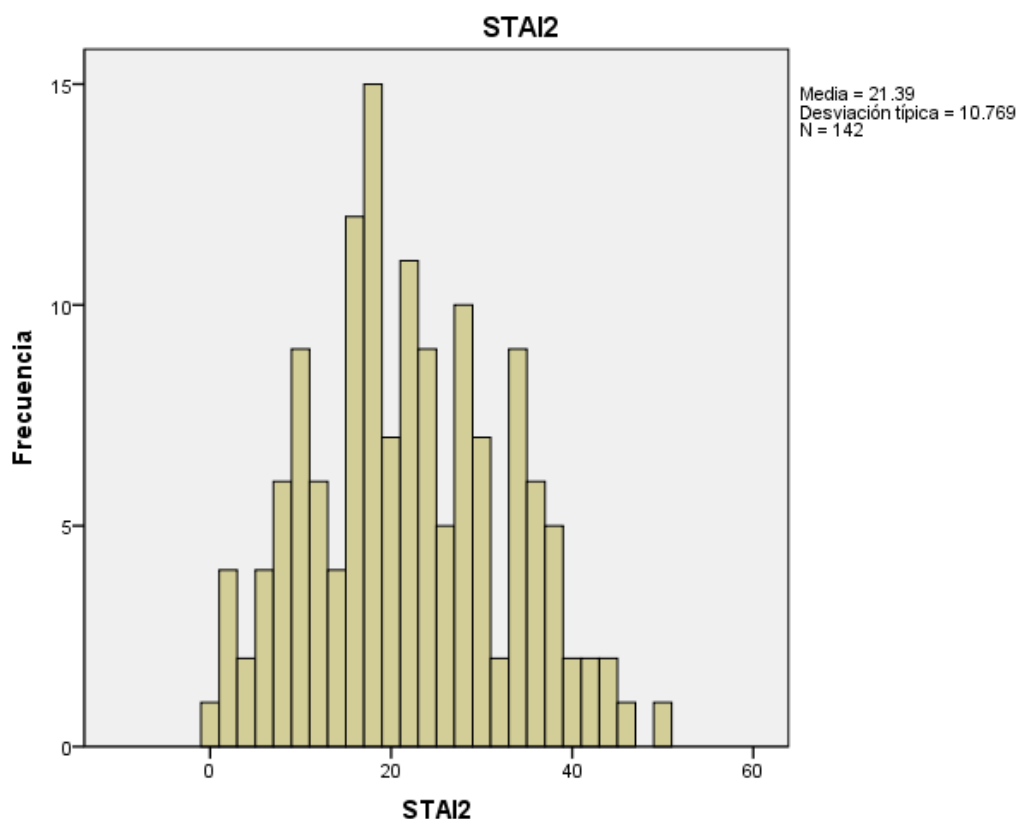


Figura 8: Histograma de las puntuaciones de ansiedad estado en D2.

En la D3, cuando se mide la ansiedad estado después de 24 horas efectivas del alta de UCI a la unidad de hospitalización, la media fue de 21.95 (12.29) que asimismo corresponde a un nivel moderado de ansiedad estado. Con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 55 (Figura 9).

## Resultados

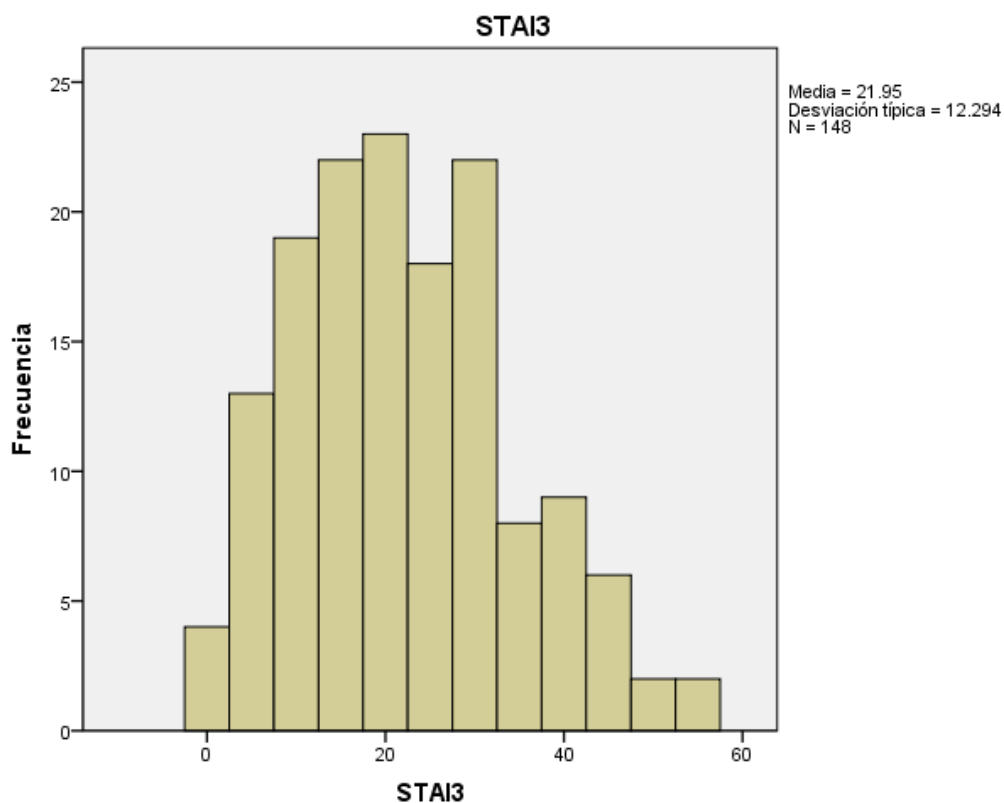


Figura 9: Histograma de las puntuaciones de ansiedad estado en D3.

Finalmente, la media obtenida en la D4 fue de 22.52 (DE12.30), que también corresponde a un nivel moderado de ansiedad estado. Con un valor mínimo de 0 y máximo de 57 en D4, siendo esta determinación la que presenta mayor variabilidad en los valores de ansiedad estado (Figura 10).

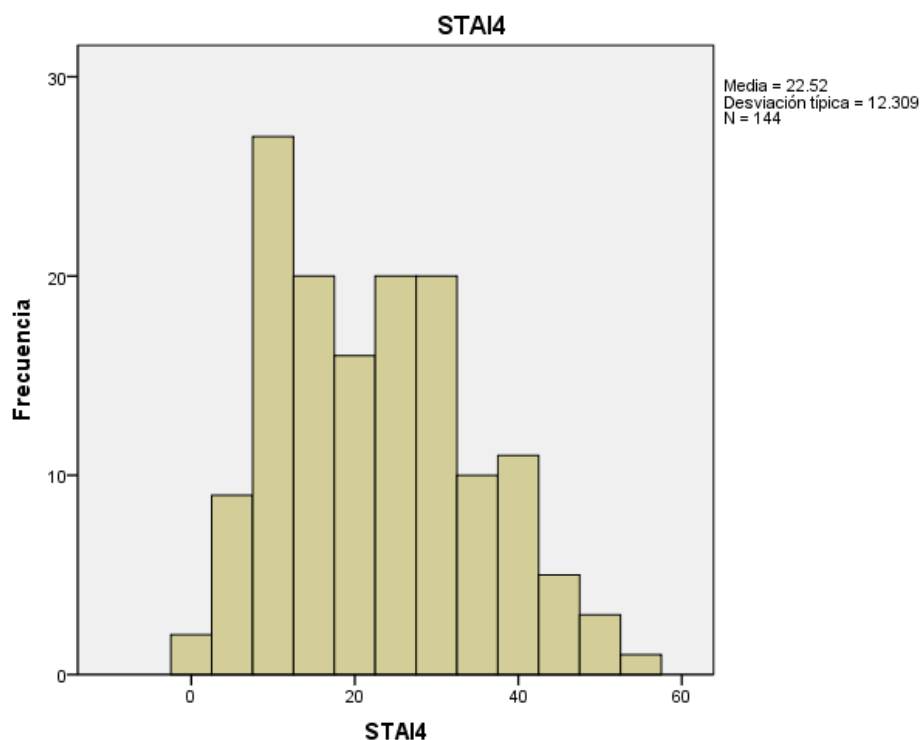


Figura 10: Histograma de las puntuaciones de ansiedad estado en D4.

Se muestra el resumen de las medias de las distintas determinaciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo en la tabla 15.

Determinación STAI	N	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Desviación estándar
STAI rasgo	152	0	44	20.05	8.860
STAIe D1	152	1	45	21.28	10.600
STAIe D2	142	0	49	21.39	10.769
STAIe D3	148	0	55	21.95	12.294
STAIe D4	144	0	57	22.52	12.309

Tabla 15: Niveles de ansiedad estado y rasgo en los 4 tiempos de valoración.

## Resultados

Es interesante ver la distribución por niveles de ansiedad discriminados según percentiles: se han agrupado las puntuaciones directas en grupos de percentiles P0-P25 como ansiedad leve, P25-P50 como ansiedad moderada y P75-P100 como ansiedad grave, manteniendo la variabilidad de los percentiles en función del sexo tal y como discrimina la escala STAI. Alrededor de un tercio de los pacientes tienen niveles leves de ansiedad, un 45% niveles moderados y el resto niveles altos (Tabla 16).

Determinación STAI	Leve (Percentil 25) (%)	Moderada (Percentil 25-75) (%)	Alta (>Percentil 75) (%)
<b>STAIe D1</b>	32.9	46.1	21.1
<b>STAIe D2</b>	25.4	51.4	23.2
<b>STAIe D3</b>	33.8	41.9	24.3
<b>STAIe D4</b>	33.3	37.5	29.2
<b>STAI rasgo</b>	35.5	44.1	20.4

Tabla 16: Discriminación de la muestra total por niveles de ansiedad según percentiles.

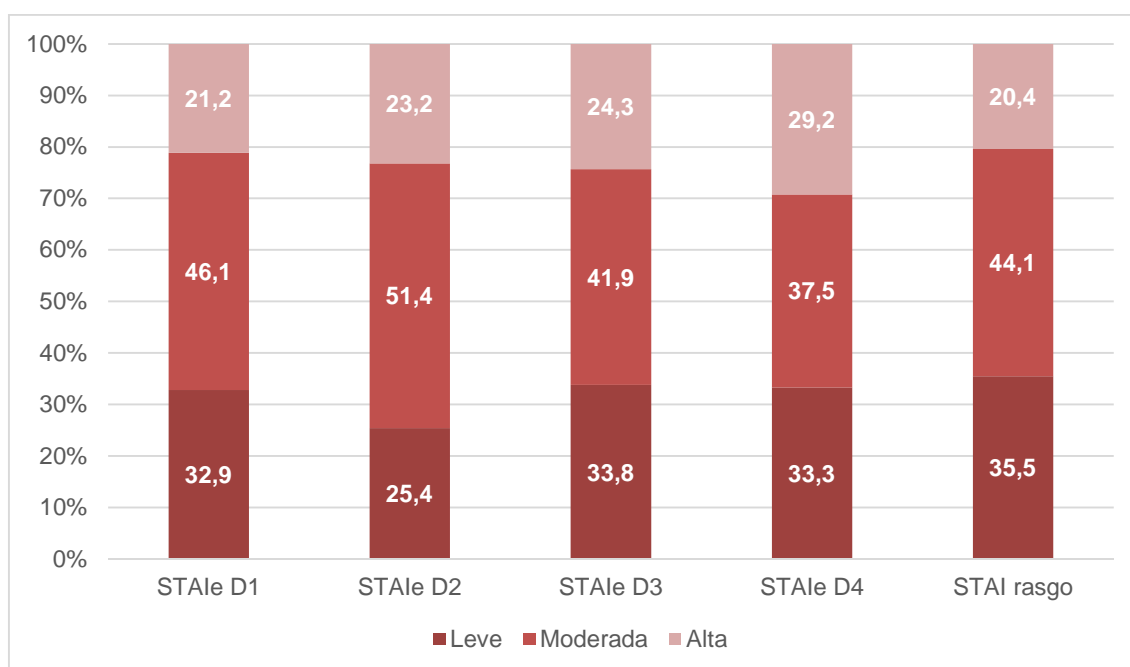


Figura 11: Porcentajes apilados de los niveles de ansiedad según percentiles.

La suma del porcentaje de pacientes con ansiedad estado moderada y/o alta es de 67.2% en D1, de 74.6% en D2, de 66.2% en D3 y de 66.7% en D4. Se evidencia que, aunque no existe diferencia de las medias de la población estudiada entre la ansiedad estado basal (D1) y las determinaciones relacionadas con el proceso de alta (D2, D3 y D4), el porcentaje de pacientes estudiados con ansiedad moderada a alta es mayor en la determinación previa al alta inmediata de UCI. Además el porcentaje de pacientes con ansiedad alta evoluciona al alza en las determinaciones relacionadas con el alta en comparación a la determinación de base en UCI: 21.1% en D1, 23.2% en D2, 24.3% en D3 y 29.2% en D4 (Figura 11).

## Resultados

### Resultados objetivo específico 6.

*Analizar la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de proceso y de autopercepción de paciente con los niveles de ansiedad, y la evolución de los valores de ansiedad de las personas ingresadas en UCI en los diferentes tiempos del proceso de alta: prealta precoz (basal, D1), prealta inmediata (D2), postalta UCI inmediata (D3), postalta UCI tardía (D4).*

La ansiedad rasgo correlaciona con las distintas determinaciones de ansiedad estado de forma positiva, es decir, a mayor ansiedad rasgo mayor ansiedad estado ( $p < 0.001$ ) (Tabla 17).

Determinación		STAIe D1	STAIe D2	STAIe D3	STAIe D4
STAI1T	Correlación de Pearson	.330**	.328**	.268**	.261**
	Sig. (bilateral) p	.000	.000	.001	.002
	N	152	142	148	144
<b>**.</b> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Tabla 17: Correlación entre ansiedad rasgo y ansiedad estado.

No se evidencian diferencias significativas para las variables estudiadas excepto en la variable sexo, donde las mujeres (media 22.09, DE 9.48) presentan perfil de mayor ansiedad rasgo que los hombres (media 18.82, DE 8.27) ( $p < 0.05$ ).

Tampoco se detectan diferencias significativas de perfil de personalidad dependiendo de la especialidad médica, STAIr 19.95 (DE 7.82) para Cirugía Cardíaca, 19.16 (DE 9.31) para Coronaria y 21.68 (DE 9.72) para

Medicoquirúrgicos, lo cual es indicativo de que las diferencias en la ansiedad estado se relacionan con el proceso de hospitalización.

En el análisis de las medias de ansiedad estado en las 4 determinaciones se constata que, aunque la tendencia del nivel de ansiedad es a aumentar durante el proceso de alta de UCI y el ingreso a las unidades de hospitalización, la diferencia entre las determinaciones, en el grupo total, supera escasamente un punto en la cuantificación (Tabla 18).

Determinación		Media	Desviación típica	P
STAI				
<b>STAle D1</b>	CCardíaca	18.58	9.323	<b>.002</b>
	Coronaria	22.77	11.448	
	MQ	25.70	10.166	
	Total	21.28	10.600	
<b>STAle D2</b>	CCardíaca	20.13	10.274	.160
	Coronaria	22.17	10.365	
	MQ	24.25	10.352	
	Total	21.39	10.761	
<b>STAle D3</b>	CCardíaca	19.73	11.150	<b>.000</b>
	Coronari	18.34	8.063	
	MQ	30.92	11.899	
	Total	21.95	12.294	
<b>STAle D4</b>	CCardíaca	20.97	11.047	<b>.000</b>
	Coronari	18.97	11.773	
	MQ	29.82	12.711	
	Total	22.52	12.309	
<b>STAlr</b>	CCardíaca	19.95	7.824	.448
	Coronaria	19.16	9.310	
	MQ	21.68	9.720	
	Total	20.28	8.739	

Tabla 18: Niveles de ansiedad en los 4 tiempos de determinación discriminados por patologías.



## Resultados

Sin embargo, existen diferencias en ansiedad estado si se discriminan los pacientes por grupos según la patología de ingreso, siendo estadísticamente significativas en D1, D3 y D4 (Tabla 18). Al realizar la comparación de las medias de cada una de las variables estudiadas discriminadas por el tipo de patología se hallaron diferencias significativas en los días de sedación ( $p < 0.001$ ) y los días de ventilación mecánica ( $p < 0.001$ ) siendo los grupos similares en las demás variables independientes, es decir que la diferencia era significativa en días de sedación y días de ventilación mecánica para los pacientes del grupo de patología medicoquirúrgica.

La evolución de la ansiedad estado también es distinta según la patología, así los pacientes de medicoquirúrgica (MQ) son los que presentan una ansiedad estado media más alta en todas las determinaciones, y la evolución en el seguimiento de los pacientes a lo largo de las 4 determinaciones presenta una variación al alza con un incremento en las medias de más de 4 puntos: STAlE D1 25.70 (DE10.16), STAlE D2 24.25 (DE10.36), STAlE D3 30.92 (DE11.89), STAlE D4 29.82 (DE12.43). Los pacientes de cirugía cardíaca (CC) tienen tendencia a aumentar ansiedad media en relación a STAlE D1 pero las diferencias son de dos puntos: STAlE D1 18.58 (DE 9.32), STAlE D2 20.13 (DE10.24), STAlE D3 19.73 (DE11.15), STAlE D4 20.97 (DE11.04). Sin embargo, los pacientes de coronaria presentan una evolución descendente con una variación de ansiedad media de 3.80 puntos entre STAlE D1 y STAlE D4. Las dos determinaciones intrauci son prácticamente idénticas y el grado de ansiedad medio desciende en las determinaciones postuci: STAlE D1 22.77 (DE11.44), STAlE D2 22.17 (DE10.36), STAlE D3 18.34 (DE8.06), STAlE D4 18.97 (DE11.77) (Figura 12).

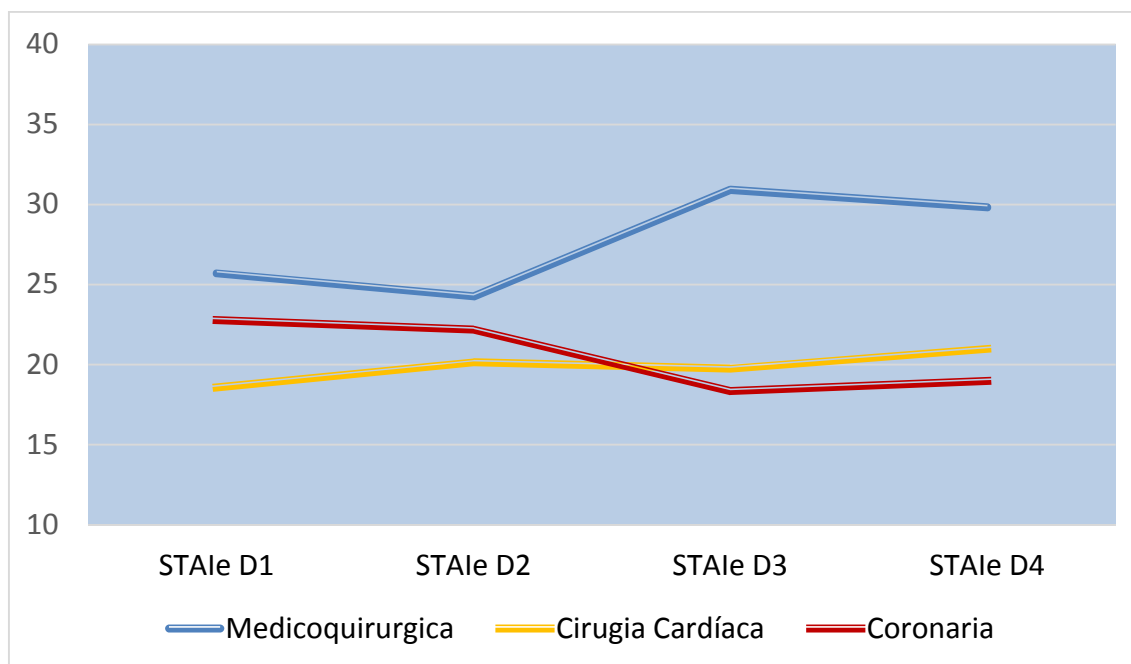


Figura 12: Evolución niveles de ansiedad estado según patología.

El análisis estadístico muestra como variables significativas para ansiedad estado en D1: el tipo de ingreso (urgente), nivel de gravedad, días de ingreso en UCI, días de ventilación mecánica, días de sedación, presencia de patología crónica concomitante, nivel de dolor ( $p < 0.05$ ) todas ellas en sentido positivo, es decir, a más días de ventilación mecánica, más días de sedación o niveles más altos de dolor mayor es el nivel de ansiedad estado. El nivel de estado de salud percibido (ESP) presenta una significación estadística mayor ( $p < 0.001$ ) presentando esta variable una correlación negativa, es decir, a peor ESP mayor ansiedad estado.

Como variables significativas se determinan para ansiedad estado en D2: el nivel de gravedad, días de ingreso en UCI, días de ventilación mecánica, días de sedación, presencia de patología crónica concomitante, nivel de dolor, tipo de alta ( $p < 0.05$ ), percepción de estar en condiciones para el alta, y el ESP ( $p < 0.001$ ).

## Resultados

Las variables significativas para ansiedad estado en D3 son el diagnóstico de ingreso y alta en UCI, el nivel de gravedad, días de ingreso en UCI, días de ventilación mecánica, días de sedación, patología crónica concomitante, nivel de dolor, tipo de alta, el soporte social percibido (MOS-SSS) ( $p < 0.05$ ), percepción de estar en condiciones para el alta, percepción de traslado beneficioso, Barthel y el ESP ( $p < 0.001$ ).

Finalmente, las variables significativas para ansiedad estado en D4 son sexo, el diagnóstico de ingreso y alta en UCI, el nivel de gravedad, TISS-28, días de ventilación mecánica, patología crónica concomitante, nivel de dolor, tipo de alta, el soporte social percibido (MOS-SSS) ( $p < 0.05$ ), percepción de estar en condiciones para el alta, percepción de traslado beneficioso, Barthel y el ESP ( $p < 0.001$ ).

En la **tabla 19** se muestran las correlaciones de las determinaciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo con las variables cuantitativas sociodemográficas, clínicas y de proceso estudiadas.

Variable		STAlé D1	STAlé D2	STAlé D3	STAlé D4	STAI rasgo
<b>Edad</b>	Correlación de Pearson	-.093	-.002	.051	.105	.042
	Sig. (bilateral)	.256	.977	.537	.209	.604
	N	152	142	148	144	152
<b>Nivel de estudios</b>	Correlación de Pearson	-.033	-.011	-.090	-.171*	-.123
	Sig. (bilateral)	.690	.895	.279	.040	.130
	N	152	142	148	144	152
<b>Apache</b>	Correlación de Pearson	.234*	.141	.313**	.312**	.101
	Sig. (bilateral)	.035	.230	.006	.006	.371
	N	81	74	77	77	81

Resultados

<b>Euroscore</b>	Correlación de Pearson	-0.275	-0.245*	-0.115	-0.076	-0.154
	Sig. (bilateral)	<b>.041</b>	<b>.047</b>	.346	.545	.208
	N	69	66	69	65	69
<b>Índice de gravedad</b>	Correlación de Pearson	.234*	.141	.313**	.312**	.101
	Sig. (bilateral)	<b>.035</b>	.230	<b>.006</b>	<b>.006</b>	.371
	N	152	142	148	77	152
<b>TISS-28</b>	Correlación de Pearson	.153	.095	.152	.223**	-0.009
	Sig. (bilateral)	.061	.263	.066	<b>.007</b>	<b>.913</b>
	N	152	142	148	144	152
<b>Ventilación Mecánica (días)</b>	Correlación de Pearson	.335**	.152	.350**	.307**	.008
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>	.071	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.920</b>
	N	152	142	148	144	152
<b>VMNI (días)</b>	Correlación de Pearson	.074	.096	.042	.059	.019
	Sig. (bilateral)	.365	.253	.615	.481	.814
	N	152	142	148	144	152
<b>Sedación (días).</b>	Correlación de Pearson	.387**	.300*	.302**	.272**	.005
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.001</b>	.954
	N	152	142	148	144	152
<b>Total Ventilación (días)</b>	Correlación de Pearson	.336**	.167*	.345**	.305**	.013
	Sig. (bilateral)	<b>.000</b>	<b>.048</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.877
	N	152	142	148	144	152
<b>Dias_DX</b>	Correlación de Pearson	.059	.008	-.030	.055	.005
	Sig. (bilateral)	.467	.929	.714	.512	.952
	N	152	142	148	144	152
<b>Ingreso en UCI (días)</b>	Correlación de Pearson	.246**	.092	.203*	.187*	.003
	Sig. (bilateral)	<b>.002</b>	.277	<b>.013</b>	<b>.025</b>	.975
	N	152	142	148	144	152

Resultados

<b>Índice de Barthel</b>	Correlación de Pearson	-0.157	-0.115	-0.291**	-0.258**	-0.010
	Sig. (bilateral)	.062	.184	<b>.000</b>	<b>.002</b>	.906
	N	142	135	141	140	142
<b>Tipo alta (horas)</b>	Correlación de Pearson	-0.096	-0.159	-0.202*	-0.173*	-0.054
	Sig. (bilateral)	.249	.061	<b>.016</b>	<b>.042</b>	.520
	N	146	140	143	139	146
*.Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).**Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).						

**Tabla 19:** Correlaciones entre las determinaciones de ansiedad y las variables sociodemográficas, clínicas y de proceso.

Del análisis de la correlación entre las determinaciones de ansiedad con las variables clínico-patológicas y de proceso destacamos que los días de hospitalización en UCI, días de ventilación mecánica, días de sedación correlacionan significativamente en los 4 tiempos.

El índice TISS-28 relativo a la carga de trabajo para enfermería que genera el paciente, muestra tendencia en la D1 y la D3 y es significativa en la D4.

Una mayor independencia para AVD evidencia menor ansiedad estado ( $p < 0.001$ ) en las determinaciones que corresponden a la hospitalización en sala después del alta de UCI tanto en la determinación inmediata, 24 horas después del alta de UCI, como en la tardía cuantificada a las 72 horas después del alta de UCI.

Las horas de preparación para el alta y el tipo de alta son significativas en las determinaciones correspondientes (D2, D3 y D4), con correlación negativa, de manera que a menos horas de preparación mayor es la ansiedad que presentan los pacientes. Las altas con tiempos menores, urgentes o

precipitadas generan niveles de ansiedad estado más altos en los sujetos del estudio (Tabla 19).

En el análisis no se evidencian diferencias significativas en las variables sociodemográficas excepto en cuanto a la variable sexo en D4, donde las mujeres presentan mayor ansiedad estado que los hombres ( $p=0.018$ ). También el perfil de ansiedad rasgo, muestra mayor nivel de ansiedad para mujeres que varones ( $p= 0.027$ ).

El resumen de esta variable cualitativa se presenta en la tabla 20.

Determinación	Sexo	N	Media	Desviación típica.	P
STAI rasgo	Hombres	95	18.82	8.273	<b>0.027</b>
	Mujeres	57	22.09	9.487	
STAI D1	Hombres	95	20.41	10.723	0.191
	Mujeres	57	22.74	10.319	
STAI D2	Hombres	88	20.92	9.590	0.505
	Mujeres	54	22.17	12.514	
STAI D3	Hombres	93	20.83	11.914	0.151
	Mujeres	55	23.84	12.800	
STAI D4	Hombres	91	20.68	11.513	<b>0.018</b>
	Mujeres	53	25.68	13.082	

Tabla 20: Puntuaciones y medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo según sexo.

Además, la diferencia en ansiedad estado es particularmente significativa ( $p<0.001$ ) en el subgrupo de mujeres que se consideran cuidadoras principales, que presenta una media 10 puntos más alta en ansiedad estado respecto a las mujeres que no son cuidadoras (Tabla 21).

Resultados

STAI D4	Sexo	Cuidador Principal	N	Media	Desviación típica	P
	STAI D4	Hombres	Si	2	14.50	10.607
No			89	20.82	11.550	
Total			91	20.68	11.513	
Mujeres		Si	12	35.00	11.537	
		No	41	22.95	12.337	
		Total	53	25.68	13.082	

Tabla 21: Diferencia en ansiedad estado en cuidadoras principales, determinación D4.

Observamos que los pacientes con patología crónica concomitante también tienen significativamente ( $p < 0.05$ ) más ansiedad estado en cada una de las determinaciones (Tabla 22).

Patología crónica concomitante		N	Media	Desviación típica	P
STAI D1	Si	90	22.80	11.017	<b>0.033</b>
	No	62	19.08	9.628	
	Total	152	21.28	10.600	
STAI D2	Si	82	23.34	11.299	<b>0.011</b>
	No	60	18.73	9.456	
	Total	142	21.39	10.769	
STAI D3	1	87	24.99	12.725	<b>0.000</b>
	2	61	17.61	10.280	
	Total	148	21.95	12.294	
STAI D4	1	87	24.49	12.178	<b>0.017</b>
	2	57	19.51	11.994	
	Total	144	22.52	12.309	

Tabla 22: Puntuaciones y medias de ansiedad estado según patología crónica concomitante.

Además, del análisis de la correlación entre las determinaciones de ansiedad con las variables de proceso destaca que el tipo de ingreso muestra significación estadística ( $p < 0.05$ ) en D1, presentando niveles de ansiedad estado más altos aquellos pacientes con un ingreso urgente en UCI (Tabla 23).

Tipo de ingreso		N	Media	Desviación típica	P
STAle D1	Electivo	62	19.10	9.420	<b>0.034</b>
	Urgente	90	22.79	11.143	
	Total	152	21.28	10.600	
STAle D2	Electivo	59	20.71	9.729	0.526
	Urgente	83	21.88	11.484	
	Total	142	21.39	10.769	
STAle D3	Electivo	62	21.65	11.792	0.801
	Urgente	86	22.16	12.708	
	Total	148	21.95	12.294	
STAle D4	Electivo	59	22.27	11.810	0.840
	Urgente	85	22.69	12.710	
	Total	144	22.52	12.309	

Tabla 23: Puntuaciones y medias de ansiedad estado según tipo de ingreso urgente o electivo.

El análisis de la correlación entre las determinaciones de ansiedad con las variables de percepción de paciente en la muestra determina que el ESP de los pacientes es significativo ( $p < 0.001$ ) en relación al nivel de ansiedad estado de los pacientes en los 4 tiempos. Se trata de una correlación negativa de forma que a peor percepción de salud mayor es el nivel de ansiedad estado. El nivel de dolor correlaciona positivamente y de forma significativa ( $p < 0.001$ ) con el nivel de ansiedad estado en los 4 tiempos: los pacientes con más dolor tienen más ansiedad estado.



Resultados

Los pacientes que perciben no estar en condiciones físicas y psicológicas para el traslado a hospitalización y los pacientes que consideran que pasar a sala no ha sido beneficioso para su proceso de salud también muestran correlación significativa ( $p < 0.001$ ) con ansiedad estado.

Además, el nivel de soporte social percibido correlaciona de forma negativa con ansiedad estado de forma que a mayor soporte social percibido menor es el nivel de ansiedad estado ( $p < 0.05$ ) (Tabla 24).

Variable		STAlé D1	STAlé D2	STAlé D3	STAlé D4	STAI rasgo
<b>Auci D1ESP</b>	Correlación de Pearson	-.367**	-.356**	-.220**	-.231**	-.058
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.007	.005	.480
	N	150	141	147	143	150
<b>Auci D2ESP</b>	Correlación de Pearson	-.317**	-.484**	-.347**	-.311**	-.166 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.049
	N	142	139	141	136	142
<b>Sala1 D3ESP</b>	Correlación de Pearson	-.223**	-.290**	-.449**	-.377**	-.194 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.006	.000	.000	.000	.018
	N	148	141	148	143	148
<b>Sala2 D4ESP</b>	Correlación de Pearson	-.180 <sup>†</sup>	-.159	-.254**	-.324**	-.064
	Sig. (bilateral)	.032	.066	.002	.000	.450
	N	142	134	141	142	142
<b>Auci D1 Dolor</b>	Correlación de Pearson	.080	.188 <sup>†</sup>	.190 <sup>†</sup>	.266**	.129
	Sig. (bilateral)	.326	.025	.021	.001	.114
	N	151	142	148	144	151
<b>Auci D2 Dolor</b>	Correlación de Pearson	.048	.238**	.220**	.254**	.096
	Sig. (bilateral)	.566	.005	.008	.003	.256
	N	143	140	142	137	143

<b>Sala1 D3 Dolor</b>	Correlación de Pearson	-.074	.068	.180 <sup>*</sup>	.187 <sup>*</sup>	.066
	Sig. (bilateral)	.383	.437	<b>.033</b>	<b>.026</b>	.437
	N	142	134	141	142	142
<b>Sala2 D4 Dolor</b>	Correlación de Pearson	-.074	.068	.180 <sup>*</sup>	.187 <sup>*</sup>	.066
	Sig. (bilateral)	.383	.437	<b>.033</b>	<b>.026</b>	.437
	N	142	134	141	142	142
<b>Auci D2 Deseo de alta</b>	Correlación de Pearson	.044	-.115	-.152	-.147	.005
	Sig. (bilateral)	.605	.178	.072	.089	.957
	N	142	139	141	136	142
<b>Auci D2 Percepción paciente alta</b>	Correlación de Pearson	-.257 <sup>**</sup>	-.307 <sup>**</sup>	-.295 <sup>**</sup>	-.217 <sup>*</sup>	-.033
	Sig. (bilateral)	<b>.002</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.011</b>	.700
	N	142	139	141	136	142
<b>ASala D3 Percepción paciente alta</b>	Correlación de Pearson	-.200 <sup>*</sup>	-.257 <sup>**</sup>	-.391 <sup>**</sup>	-.465 <sup>**</sup>	-.096
	Sig. (bilateral)	<b>.019</b>	<b>.003</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.263
	N	138	130	137	138	138
<b>MOS-SSS</b>	Correlación de Pearson	-.125	-.062	-.190 <sup>*</sup>	-.092	-.154
	Sig. (bilateral)	.128	.463	<b>.021</b>	.271	<b>.060</b>
	N	149	141	148	144	149

**\*. Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral) \*\*. Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

Tabla 24: Correlaciones entre las determinaciones de ansiedad y las variables de percepción del paciente.

De las demás variables sólo el tipo de ingreso, el servicio de procedencia del paciente y tener ingresos previos en UCI determinan tendencia, sin ser significativa y sólo en la ansiedad intrauci. Ninguna de las otras variables estudiadas tiene significación en el análisis de la muestra.

## Resultados

Las variables clínica e estadísticamente significativas se sometieron a un análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de determinar un modelo predictivo de ansiedad estado.

Se desarrollaron análisis de regresión múltiple para cada uno de los puntos de determinación de ansiedad estado (D1, D2, D3 y D4), introduciendo para cada punto las variables significativas y que fueron estudiadas estadísticamente siguiendo metodología stepwise. Se ajustaron en cada uno de los procesos las variables que el modelo seleccionaba de forma que el modelo final presenta las variables robustas que determinan la variabilidad de la muestra.

En STAle D1 se explica el 25% de la variabilidad de la muestra por las variables: días de sedación, cirugía cardíaca y ESP con un coeficiente de determinación  $r^2$  de 0.247.

El valor constante es de 30.78 puntos de STAle que se modifican añadiendo 0.68 puntos por cada día de sedación (se incrementa STAI e) y disminuye en 1.42 puntos por cada punto de nivel de ESP y resta 3.6 puntos si es paciente de cirugía cardíaca.

STAle D1=  $30.78 + 0.68$  (días de sedación)  $- 1.42$  (nivel ESP)  $- 3.6$  (CC si no2).

En STAle D2 las variables que explican el 36 % ( $r^2$ : 0.358) de la variabilidad de la muestra son: patología crónica concomitante (-4.5 puntos), ESP (-2.9 puntos), nivel de dolor (+ 0.89 puntos), Índice de Gravedad (+1.48 puntos) y cirugía cardíaca (-3.54 puntos).

STAle D2=  $47.41 - 4.5$  (patología crónica 1 si 2 no)  $- 2.9$  (nivel ESP)  $+ 0.89$ (nivel de dolor)  $+ 1.48$  (Índice de gravedad)  $- 3.54$  (CC 1si 2 no).

En STAle D3 las variables patología crónica concomitante, días de sedación, ESP y la percepción del paciente del paso a sala explican la variabilidad del 40 % de la muestra ( $r^2$ : 0.399).

En STAle D4 son las variables: días de ventilación mecánica, percepción del paciente del paso a sala, y ser cuidador principal ( $r^2$ : 0.333). El modelo de regresión lineal múltiple complementa los datos obtenidos en el análisis univariante y multivariante de forma que corrobora la importancia en la génesis de ansiedad de la percepción que tiene el paciente del proceso de alta (ESP, percepción del paso a sala, nivel de dolor), así como del tiempo de duración del proceso en UCI (días de ventilación mecánica, días de sedación) y la tipología patológica del paciente (patología crónica concomitante, no cirugía cardíaca) (Tabla 25).

Resultados

Modelo Regresión Lineal Múltiple		Coeficientes no estandarizados		Coeficiente de determinación	t	Sig.
		B	Error típ.	R <sup>2</sup>		
STAI D1	(Constante)	30.781	3.065	0.247	10.04 3	.000
	Sedación	.684	.188		3.646	.000
	ESP	-1.425	.431		-3.306	.001
	C. Cardíaca	-3.615	1.662		-2.175	.031
STAI D2	(Constante)	47.418	4.123	0.358	11.50 0	.000
	P. crónica	-4.510	1.583		-2.848	.005
	ESP	-2.891	.480		-6.017	.000
	DOLOR	.893	.319		2.795	.006
	I. gravedad	-1.486	.756		-1.966	.052
	C.Cardíaca	-3.541	1.567		-2.259	.026
STAI D3	(Constante)	48.677	3.835	0.399	12.69 3	.000
	P. crónica	-4.593	1.760		-2.610	.010
	Sedación	.545	.201		2.718	.007
	ESP	-1.487	.520		-2.861	.005
	Ppaciente Alta	-1.172	.326		-3.594	.000
STAI D4	(Constante)	49.037	5.862	0.333	8.365	.000
	Cuidador principal	-10.461	3.050		-3.430	.001
	VM	.482	.128		3.767	.000
	Ppaciente Alta	-1.493	.266		-5.609	.000

Tabla 25: Correlación modelo de regresión lineal múltiple para cada determinación.

## **Capítulo VI:**

## **Discusión**



## DISCUSIÓN

La investigación sobre la ansiedad realizada en nuestro contexto cultural se centra principalmente en la valoración de los enfermos durante el ingreso y hospitalización en UCI con el objetivo de identificar el nivel de ansiedad y los factores relacionados (4-7). Después de revisar la literatura publicada sobre el tema podemos afirmar que algunos trabajos publicados, la mayoría de los cuales no han sido diseñados para valorar el impacto del proceso de alta, sugieren que la ansiedad es una entidad que puede estar presente y condicionar el bienestar de las personas cuando son dadas de alta de UCI. De la evidencia existente en otros entornos culturales, en los que sí existen más estudios sobre la ansiedad en el traslado de los pacientes a las unidades de hospitalización, se desprende que la presencia de niveles altos de ansiedad puede dificultar la normal evolución de los pacientes hacia la mejoría clínica deseada y hacia una mayor calidad de vida.

Como es habitual en las unidades de cuidados intensivos de adultos, la muestra estudiada incluye un mayor número de hombres que de mujeres, pero con una edad media superior a otros estudios cuantitativos de valoración de ansiedad de traslado en el paciente crítico. Los pacientes estudiados engloban casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas exceptuando el paciente quemado y los trasplantados hepáticos y de pulmón, dado que no son patologías que se atiendan en el centro hospitalario donde se ha realizado este estudio. Los índices de gravedad y de carga de enfermería, así como los días de ventilación mecánica, sedación y de ingreso en UCI muestran que se trata de una población de alta complejidad similar a la de otros estudios consultados (4, 18, 21, 24, 108, 113, 116, 125, 126).



## Discusión

Los niveles de ansiedad identificados, mediante la escala validada y autoadministrable STAI, se sitúan en rango moderado en las 4 determinaciones, con medias globales inferiores a las descritas en la literatura, pero con una discriminación por porcentajes de ansiedad leve, moderada y alta que reflejan un porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad alta, mayor que los estudios publicados anteriormente, lo cual sugiere que la población de este estudio presenta un rango de variabilidad mucho mayor (24, 125, 126).

Nuestros resultados nos revelan que dos de cada 10 pacientes presentan ansiedad alta, en rango de percentil 75, en D1 y tres de cada 10 pacientes en D4, es decir, muestran una evolución ascendente, de forma que el porcentaje de pacientes con ansiedad alta es superior en D4 que en D1 lo cual constata la presencia de pacientes que incrementan niveles de ansiedad estado relacionada con el alta de UCI.

Existen escasas referencias en la literatura publicada con poblaciones que puedan servir de referencia a este estudio y que nos permita determinar coincidencias o diferencias en relación a la evolución de los niveles de ansiedad en los pacientes estudiados debido a que en los estudios previos publicados en la literatura se han utilizado instrumentos distintos de medición de ansiedad, son pocos los estudios hallados que identifiquen la evolución del nivel de ansiedad y los que se han encontrado efectúan las determinaciones de los niveles de ansiedad en tiempos diferentes durante el proceso de hospitalización y alta de las personas ingresadas en UCI Solamente en tres de los trabajos revisados han utilizado la escala STAI para cuantificar ansiedad en pacientes de UCI en el proceso de alta y ninguno de ellos compara ansiedad antes y después del alta de UCI. Nelson y col. determinaron niveles de ansiedad estado al segundo y tercer día después de la intervención de by-pass cardíaco registrando medias de ansiedad estado moderadas y con tendencia a aumentar (24). El estudio de Chaboyer determina ansiedad estado mediante escala STAI en una única determinación, justo antes de que los

pacientes sean trasladados a sala, lo que corresponde a nuestra determinación D2, y con la intención de evaluar el impacto de la enfermera de enlace que acompaña y da soporte al paciente durante la transición a la sala como medida de intervención. Comparativamente la media de ansiedad de 21.39 puntos determinada en D2 de nuestra población es discretamente mayor al nivel de ansiedad del estudio de Chaboyer que identifica niveles medios de ansiedad al alta de UCI de 20 puntos en el grupo control y de 17 en el grupo intervención (125). El tercer estudio, realizado por Tel y Tel, mide ansiedad estado relacionada con el traslado en una sola determinación realizada 5 días después del alta de UCI y que se acerca al tiempo de la determinación D4 del presente estudio. De igual manera, la media de los niveles de ansiedad estado registrados en la D4 se sitúa en 22.52 puntos mientras que Tel y Tel determinaron niveles de ansiedad moderada con una media de 31.13 puntos STAI para el grupo control y de 18.6 para el grupo intervención el cual era apoyado con una acción educativa mediante un folleto informativo diseñado para mejorar la información de los pacientes al alta de UCI (126).

Ni en el estudio de Chaboyer ni en el estudio de Tel se describe la ansiedad rasgo en sus poblaciones, pero Nelson et al. en su estudio de medición de ansiedad utilizando el cuestionario STAI en pacientes coronarios, realizado a las 72 horas de la cirugía cardíaca, determinan una ansiedad rasgo media de 24.5 puntos, superior a la media de la ansiedad rasgo de 20.05 hallada en nuestra población (24).

El equipo investigador de Nelson encuentra un 21% de pacientes con ansiedad moderada y un 5% con ansiedad alta al tercer día postintervención quirúrgica de bypass, mientras que Brodsky-Israeli et al. comentan que el 48% de los pacientes dados de alta de la UCI general en su hospital de tercer nivel en Israel presentan ansiedad según la escala Hospital Anxiety and Depression (HADS) (21).

## Discusión

En su estudio Brodsky-Israeli et al. no discriminan entre ansiedad moderada y alta sino que determinan ansiedad clínicamente relevante a partir de una determinada puntuación en la escala HADS. De hecho existen diferencias en la literatura revisada en cuanto a este punto de corte, mientras que dichos autores consideran ansiedad a partir de 8 puntos en la escala HADS, Gustad et al. (18) consideran ansiedad a partir de 10 puntos de la escala, mientras que Scraig y Jones utilizan un punto de corte de 12 (108). En nuestra población se evidencia que el porcentaje de pacientes estudiados con ansiedad moderada es superior a los datos referenciados en estos estudios, siendo el porcentaje más alto en la determinación previa al alta inmediata de UCI (D2) y que, además, el porcentaje de pacientes con ansiedad alta evoluciona al alza en las determinaciones relacionadas con el alta en comparación a la determinación de base en UCI: 21.1% en D1, 23.2% en D2, 24.3% en D3 y 29.2% en D4.

En la investigación de Gustad se midieron los niveles de ansiedad con la escala HADS de forma consecutiva antes y después del alta, a las 4 y 24 horas y se detectaron niveles de ansiedad altos en el 17% de la muestra en la determinación en UCI, 6.8% en la determinación precoz post UCI, a las 4 horas del alta, y del 4.5% en la determinación a las 24 horas postUCI de forma que presentaron una disminución progresiva del número de pacientes con ansiedad clínica (18).

En nuestro ámbito cultural, Pérez et al. identificaron niveles decrecientes de ansiedad en pacientes trasplantados hepáticos con una media de 7.08 puntos según la escala HADS intraUCI y de 5.64 puntos, cuando los pacientes ya estaban fuera de UCI. La determinación se realizó con una media de 8.6 días después del alta de UCI y los pacientes con menor soporte social presentaban índices mayores de ansiedad, estadísticamente significativos en la determinación intraUCI pero sin significación en la determinación después del alta de UCI (4).

Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran que, de forma global, los niveles de ansiedad estado se mantienen estables durante la transición con una discreta tendencia al alza. Sin embargo los resultados identifican que los pacientes del grupo de patología medicoquirúrgica presentan diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre la determinación basal (D1) y las determinaciones siguientes (D2, D3 y D4) evolucionando al alza, presentando evidencia de ansiedad por traslado.

Hall-Smith y Ball, en un estudio cualitativo determinan, mediante entrevistas semiestructuradas, que el 19% de los pacientes presentan ansiedad al alta de UCI y que el porcentaje aumenta hasta el 30% cuando son dados de alta del hospital (127). También Scragg y Jones determinan que el 47% de sus pacientes tienen niveles clínicos de ansiedad (puntuación HADS>12) con tendencia a aumentar a medida que se incrementan los días después del alta hospitalaria, sin embargo estos estudios comparan niveles de ansiedad con rangos temporales mayores al rango estudiado en este trabajo que se centra en la evolución de la ansiedad estado en las horas anteriores y posteriores a la transición a la sala de hospitalización convencional (108).

En diferentes estudios se identifican las características sociodemográficas de edad y sexo como variables relacionadas con ansiedad estado de forma que las personas más jóvenes y las mujeres presentan mayor ansiedad (21, 53, 54, 108, 113-116). En la población de este estudio se identifica dicha correlación solamente en la determinación de alta tardía, D4, donde las mujeres presentan mayor ansiedad estado que los hombres. También el perfil de ansiedad, la ansiedad rasgo, muestra mayor puntuación para mujeres, pero no se identifica relación con la edad, ni tampoco con ninguna de las demás variables sociodemográficas.

## Discusión

Los resultados de este trabajo coinciden con estudios publicados en cuanto a la importancia del tiempo de ingreso en UCI en relación a la presencia de niveles altos de ansiedad estado, de forma que los pacientes con más días de soporte ventilatorio, más días de sedación y, por tanto, más días de ingreso en UCI presentan correlación positiva con mayor nivel de ansiedad estado. Brodsky-Israeli (21) afirma que ser mujer, disponer de menor soporte social y la hospitalización larga en UCI son las variables relacionadas a mayor nivel de ansiedad de traslado. De igual manera Rattray y su equipo, que publicaron niveles descendentes de ansiedad medidos a los 6 meses del alta hospitalaria en relación a los niveles que presentaban los pacientes de la UCI general incluidos en el estudio cuando eran valorados al alta hospitalaria, defienden que los predictores de ansiedad son el ingreso largo en UCI, el sexo femenino, tener menor edad, la intensidad de las experiencias vividas como negativas por los pacientes y, como protectora la satisfacción en los cuidados recibidos en UCI (113).

En nuestro estudio se evidencia que el tiempo del proceso tanto al ingreso como al alta de UCI tienen impacto en la ansiedad de los pacientes ingresados de tal forma que cuanto menores son los tiempos destinados al ingreso, es decir, cuando los ingresos son urgentes y cuando las altas se realizan en períodos de tiempos menores, con altas urgentes o precipitadas, los pacientes presentan niveles de ansiedad estado significativamente mayores.

A diferencia de los estudios publicados revisados, identificamos no sólo la importancia de variables del proceso de hospitalización sino también de la percepción que tienen los pacientes en cuanto al modo que evoluciona y se gestiona la transición del alta de UCI. De esta manera, las personas ingresadas en UCI sufren mayor ansiedad si su percepción es que no están preparados para el alta de UCI o bien que su traslado a la sala de hospitalización no ha sido un cuidado beneficioso.

Pensamos que los resultados aportan datos relevantes sobre la importancia de la tipología de los procesos y de cómo perciben los pacientes la transición, de forma que tanto los ingresos como las altas realizadas con poco tiempo de previsión y, por tanto, con menor tiempo para ofrecer soporte al paciente generan mayor ansiedad. De estos datos inferimos la necesidad de optimizar la información a los pacientes y familias, fomentando el inicio precoz de la gestión del alta de UCI y de la preparación para el traslado, desarrollando un proceso más largo de educación e información a pacientes y familias que les permita visualizar y asumir los cambios relacionados con la transición de UCI a la sala de hospitalización disminuyendo interrogantes e incertidumbre con el aporte de elementos que les permitan dar sentido al contexto además de gestionar el entorno cambiante como aportaba Leith, cuando exploraba ansiedad al alta de UCI y la asociaba a una peor percepción de calidad de vida y de los cuidados recibidos, y a la disminución de las capacidades de afrontamiento debido a la falta de recursos (información, educación) (10).

Existe una amplia evidencia de la importancia de información y educación, de hecho, tal como se ha expuesto en el marco teórico, numerosos autores defienden de que una de las experiencias más negativas manifestadas es la percepción de no estar adecuadamente informados, además de los fallos en la comunicación entre los equipos asistenciales de UCI y las salas de hospitalización que provoca deficiencias en el cuidado dado por las enfermeras en planta (2, 17, 20, 127, 135). La presencia de una enfermera referente durante la salida de UCI, tal y como también indicó McKinney como resultado del análisis de las entrevistas en profundidad a 6 pacientes antes y después del alta de UCI, determinando la importancia de la presencia de enfermería como elemento estructural y de acompañamiento que da seguridad a los pacientes para afrontar los cambios propios de la transición, daría solidez al proceso educativo, de información y de acompañamiento proporcionando fuentes de estructura que facilitarían en los pacientes la interpretación de los hechos, disminuyendo incertidumbre y ansiedad relacionadas con el proceso (13). La

## Discusión

necesidad de fortalecer el marco de estímulos ha sido expresada por los propios pacientes en estudios de diseño cualitativo como el de Forsberg, donde emergen 5 categorías: necesidad de información, deseos de que el alta estuviera mejor planificada, pérdida de la seguridad de UCI, entorno más tranquilo en sala y necesidad de soporte a la transición (20).

En nuestro estudio no preguntamos de forma directa a los pacientes sobre la necesidad de la presencia de enfermería durante las transiciones pero sí que evaluamos su percepción sobre el soporte que el contexto social del que disponían utilizando la escala MOS-SSS de soporte social percibido y constatamos que el soporte estructural aportado por la familia y el contexto social de los pacientes tiene una importancia capital, presentando las personas con percepción de menor soporte social niveles de ansiedad estado mayores en la determinación que cuantificaba la ansiedad estado después de las 24 horas efectivas del alta de UCI. De ahí que dicha variable ha sido evaluada como diana para mejorar el cuidado de los pacientes de UCI en proceso de alta.

Rattray et al. defienden que la intensidad de las experiencias vividas como negativas por los pacientes es una variable predictora de ansiedad y la satisfacción en los cuidados recibidos en UCI una variable protectora (113). Coincidimos en cuanto que las variables estudiadas relacionadas con la subjetividad del paciente como la percepción del paciente en términos de estado de salud percibido, el dolor, sentirse el sentirse preparado para salir de UCI, la percepción de que el traslado a sala ha sido beneficioso, y tener capacidad suficiente para realizar actividades de cuidado autónomamente son las variables determinantes que deben guiar la detección de pacientes en riesgo de ansiedad estado, a la vez que, entendemos, las estrategias diseñadas para incrementar la capacitación de los enfermos en términos de autocuidado les ayudará a desarrollar mecanismos de afrontamiento óptimos para gestionar el impacto emocional derivado del proceso de alta de UCI.

Aunque este es un estudio de metodología cuantitativa y, por tanto, no podemos aportar las vivencias de los pacientes, las necesidades que presentan o las demandas que realizan de forma tan profunda como permiten los estudios cualitativos, los resultados permiten afirmar la importancia de tener al paciente como eje principal del cuidado también durante el proceso de alta de UCI.

Los resultados obtenidos en este estudio, conjuntamente con las evidencias aportadas por los artículos revisados, confirman la importancia y la necesidad de trabajar las diferentes transiciones a las que pacientes y familiares deben hacer frente. Como enfermeras debemos preparar para el alta a estas personas que, por su situación de salud actual, son vulnerables. Por ello pensamos que es interesante desarrollar un plan de atención al alta de UCI (PAAU) como acción de mejora derivada de los resultados analizados y de la bibliografía revisada, que permita detectar a los pacientes en riesgo de presentar ansiedad estado clínicamente relevante, además de aportar a los pacientes las fuentes de estructura necesarias para dar coherencia a las circunstancias, dando la oportunidad de fortalecer el marco de estímulos para poder, así, disminuir la incertidumbre y la ansiedad que la desconexión de la UCI pueden generar.









## **Capítulo VII:**

### **Acción de mejora: Plan de Atención al Alta de UCI**







# Acción de mejora: Plan de Atención al Alta de UCI

## Introducción

En este capítulo se describe el proceso seguido para consensuar y diseñar un Plan de Atención al Alta de UCI (PAAU) dirigido a pacientes y familias en la transición a la sala de hospitalización, adaptado a las necesidades detectadas. Se presenta el documento elaborado para ser utilizado como guía para el equipo asistencial de UCI.

Este Plan surge a partir del análisis de los resultados obtenidos en el estudio objeto de esta tesis doctoral, que han permitido identificar la evolución del nivel de ansiedad estado y los factores relacionados que influyen en las personas ingresadas en UCI durante el proceso de alta, para el diseño también se ha tenido en cuenta la evidencia científica disponible y el modelo conceptual de Mishel.

Se pretende consensuar y diseñar un instrumento de soporte que facilite la gestión de las altas de UCI proporcionando a pacientes y familias la ayuda necesaria para realizar la transición a la sala de hospitalización convencional de forma adecuada y que con ello se ayude a controlar y/o minimizar los factores causales de ansiedad identificados, con la intención de mejorar la calidad de la atención de enfermería para llegar a la excelencia de los cuidados y favorecer la transición que provoca el proceso de alta de las personas ingresadas en cuidados intensivos.

El cuidado integral de la persona debe contemplar los cuidados destinados a detectar la presencia de incertidumbre y del disconfort emocional ligado a ésta.



Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

La enfermera debe cuidar todas las dimensiones de la persona. Un cuidado de excelencia significa acompañar a pacientes y familias para que gestionen adecuadamente el contexto cambiante en su situación de salud, dando soporte para que puedan definir estrategias de afrontamiento de acuerdo con los valores y los recursos propios, para contribuir a la disminución de la incertidumbre, de la ansiedad y para optimizar la adaptación de los pacientes y sus familias a las distintas situaciones procurando un cuidado continuo óptimo desde el ingreso del paciente hasta el alta.

## Objetivos

Los objetivos generales del PAAU se centran en:

- Fomentar el bienestar físico y psicológico a los pacientes en el proceso de alta de UCI.
- Disminuir la ansiedad relacionada con el proceso de alta de UCI.

### *Objetivos específicos:*

- Detección precoz de los pacientes en riesgo.
- Promocionar fuentes de estructura que fomenten capacidades de afrontamiento y autonomía. Capacitar para el alta.
- Optimizar la información.

## Metodología

El equipo de trabajo para el diseño del PAAU estuvo compuesto por el equipo investigador, enfermeras referentes de UCI y de salas de hospitalización de los turnos de trabajo tanto diurnos como nocturnos, y por las enfermeras gestoras de UCI, supervisora y jefa del área de críticos.

Se realizaron diversas sesiones de trabajo, en las cuales se elaboró y consensuó el PAAU y se planificó tanto su difusión como su implementación en UCI. Las sesiones de trabajo para el PAAU evolucionaron de la manera que se describe a continuación:

- Presentación de los resultados del estudio descriptivo previo realizado, objetivo de esta tesis, análisis conjunto de los mismos, así como de los aspectos susceptibles de mejora. Revisión de estudios previos publicados y del Modelo de enfermería de Mishel.
- Determinación de las variables susceptibles de ser controladas y modificadas tanto para la detección de los pacientes en riesgo de ansiedad estado como para mejorar los cuidados realizados a los sujetos susceptibles de abordaje terapéutico.
- Revisión de los registros de enfermería de UCI para seleccionar los registros diarios de paciente que debían ser modificados para poder evidenciar áreas de déficit de pacientes en relación a las fuentes de estructura y áreas de dependencia tanto física como psicológica.
- Consenso para la modificación de los registros de enfermería (gráfica diaria e informe de alta de UCI) para incluir los datos relativos al estado del paciente y las fuentes de déficit.
- Redacción de un documento consensuado de guía para enfermería y presentado en esta tesis como **“Documento del Plan de Atención al Alta de UCI”**, destinado a mejorar el conocimiento y la sensibilidad en relación al diagnóstico de Síndrome de Estrés de Traslado y que, además, desarrollara las propuestas establecidas para:

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

- Optimizar el cuidado de los pacientes durante la transición a las salas de hospitalización convencional, capacitando y dando los instrumentos necesarios al equipo de enfermería para poder detectar situaciones de riesgo.
  - Determinar déficits en las fuentes de estructura de los pacientes.
  - Generar pautas para iniciar la preparación del alta de manera más precoz y, por tanto, con mayor tiempo para preparar y acompañar al paciente y familia, potenciando, así, la relación de ayuda en los cuidados dispensados.
- 
- Elaboración de un documento de información dirigido a los pacientes y sus familias.
  - Planificación de sesiones de formación y difusión de los resultados del estudio de ansiedad al alta de UCI, la fundamentación de la necesidad de abordar el diagnóstico de Síndrome de Estrés de traslado y de las estrategias elaboradas para cuidar a los pacientes en relación al proceso de alta de UCI. Estas sesiones estarán dirigidas al equipo de enfermería de cuidados críticos dado que son los profesionales que principalmente gestionan las altas de los pacientes ingresados en UCI.
  - Proceso de implementación del PAAU: sesiones informativas y educativas previas a la puesta en marcha del plan de atención, presentación del protocolo y del material de soporte, consenso de integración del PAAU con el equipo asistencial.

Determinamos que la percepción del paciente en términos de estado de salud percibido, nivel de dolor, sentirse preparado para salir de UCI, la percepción de que el traslado a sala ha sido beneficioso, tener capacidad suficiente para realizar actividades de cuidado autónomamente y el soporte social que

perciben recibir son variables “clave” para minimizar la ansiedad estado generada por el proceso de alta de UCI y que pueden ser modificadas mediante los cuidados del equipo de enfermería, por ello son el centro de atención de este plan; estos factores coinciden mayoritariamente con las intervenciones propuestas para el diagnóstico de Riesgo del Síndrome de estrés por traslado y Síndrome de estrés por traslado.

Se decide modificar la gráfica de enfermería diaria para incluir el registro diario de ESP y de los niveles de autonomía para cada una de las necesidades descritas por V. Henderson, matriz sobre la que está diseñada la gráfica de enfermería de nuestro centro hospitalario, intentando incidir en la detección de pacientes en riesgo evidenciando autopercepción en relación al estado de salud y el nivel de preparación que perciben los pacientes, y sistematizando la determinación del nivel de dependencia. Además se incluye un apartado destinado al registro del nivel de soporte social cuantificado mediante escala MOS-SSS. Con esta modificación del registro se pretende identificar a los pacientes en riesgo, además de establecer una guía para enfermería sobre aquellos pacientes en los que podría desarrollarse el diagnóstico de ansiedad de traslado o riesgo de ansiedad de traslado También se incentiva la valoración sistemática de la percepción de los pacientes facilitando la detección de la presencia de signos o síntomas en relación a la ansiedad particularmente los expresados por el propio paciente, principalmente las expresiones verbales de disconfort emocional, para que puedan ser abordados en los cuidados de enfermería.

Decidimos que las variables “sentirse preparado para el alta” y “la percepción de que el traslado a sala ha sido beneficioso”, tienen relación tanto con el nivel de información y educación de los pacientes respecto a su proceso de enfermedad y al proceso de alta de UCI en la transición a la sala de hospitalización convencional, como al tiempo destinado a la preparación de la misma. Entendemos que son variables relacionadas con la presencia de

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

incertidumbre en cuanto que manifiestan las vivencias de los pacientes en relación a la coherencia de las circunstancias al alta de UCI. Según Mishel, cuando la coherencia de las circunstancias (el marco de estímulos; lo esperado y lo experimentado) aumenta, el grado de incertidumbre disminuye. De la misma forma, las fuentes de estructura (entendidas éstas como los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos; autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) causan disminución de la incertidumbre, de forma directa, ya que fundamentan la interpretación de los hechos y, de forma indirecta, fortalecen el marco de estímulos.

A partir de este argumento se establece el inicio precoz de la preparación del alta incidiendo en la relación de ayuda en cuanto a educación en relación a la enfermedad, en relación a la evolución de los cuidados y estimulando la aplicación de estrategias que incrementen la capacitación de los pacientes para su autocuidado, dando oportunidades suficientes para optimizar el conocimiento sobre el proceso, ofrecer acompañamiento a pacientes y familiares, generando seguridad y manteniendo la percepción de soporte durante toda la transición. Entendemos que mejorar las fuentes de estructura de educación-información y de presencia de acompañamiento, puede suponer una ayuda para que los pacientes puedan verbalizar la comprensión de los motivos del alta y les ayude a aceptar la nueva situación y, por tanto, facilitar la disminución de la ansiedad estado.

Se decide que la salida física de los pacientes de UCI se llevará a cabo en presencia y acompañados por los familiares más allegados siempre que sea posible, habiendo sido estos avisados, al menos, telefónicamente ya que las características de las altas de UCI a veces no permiten la planificación previa exacta en el tiempo de las mismas.

Aun cuando sería idóneo para los pacientes mantener el apoyo de la enfermera referente de UCI, en cuanto a autoridad con credibilidad que da soporte durante la salida física de UCI y el traslado a la sala de hospitalización, esto actualmente no es factible debido a la estructura organizativa del servicio de críticos. De todas maneras se decide que pacientes y familiares deben percibir la continuidad en los cuidados y para ello se decide introducir en el protocolo de cuidados la transmisión de informe de alta escrito y verbal consensuado con el paciente siempre que la situación lo permita.

Pacientes y familiares recibirán, además, un díptico informativo que contiene toda la información necesaria sobre las salas de hospitalización a las que son derivados. Este documento es el resultado del consenso entre las enfermeras de UCI y las enfermeras de las salas de hospitalización convencional, que son las receptoras de estos pacientes y responsables de sus cuidados hasta su alta hospitalaria.

Finalmente, se ha redactado la Guía de Recomendaciones dirigidas los profesionales para facilitar el desarrollo de la aplicación del PAAU, destinadas a mejorar el proceso de alta de UCI y que se describen a continuación.

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

## **Documento del Plan de Atención al Alta de UCI.**

Este documento es una Guía de recomendaciones dirigida a enfermería para facilitar el desarrollo de la aplicación de estrategias destinadas a mejorar el proceso de alta de UCI, a través de la profundización de la relación de ayuda dada por enfermería y la optimización de las capacidades de los pacientes que les permita afrontar el paso a la sala de hospitalización con la menor dependencia posible. La finalidad última radica en reducir la percepción de vulnerabilidad, dependencia e inseguridad que condicionan la presencia de discomfort emocional y ansiedad.

### **Fundamentación: Ansiedad al alta de UCI. Bases teóricas de las estrategias para mejorar el alta.**

El cuidado del paciente crítico es incompleto si no se considera el impacto psicológico de la enfermedad grave y del proceso de hospitalización. Las enfermeras de intensivos, tanto por la proximidad al paciente como por su presencia continua, están en la situación ideal para la detección y vigilancia de signos de alteración y de estrés emocional así como por contribuir a la recuperación psicológica.

La calidad de la supervivencia después de un ingreso en UCI dependerá de cómo la persona procese su hospitalización, incluido el proceso de alta, tal como aseguran diversos autores, las alteraciones inmediatas postUCI pueden ser la causa de problemas a largo plazo.

La ansiedad se asocia a la percepción de peor calidad de cuidados, a la percepción de peor calidad de vida, a la disminución de la capacidad de afrontamiento debido a la falta de recursos (información y educación) para

afrontar el entorno cambiante. La ansiedad contribuye a la disminución de la capacidad de comprensión y de la situación de enfermedad.

La ansiedad se presenta en tres categorías, la primera, como respuesta física manifestándose con dificultad para dormir, alimentarse y moverse, con fatiga y debilidad. La segunda categoría, como respuesta emocional con sentimientos negativos relacionados con la dificultad de adaptarse a la situación; incluye ansiedad, soledad, depresión y cansancio, pudiendo romperse, en algunas ocasiones, el rol familiar. La tercera categoría emergente versa entorno a los cuidados y está relacionada con el traslado, la información recibida y los cuidados que recibirán en la sala de hospitalización. Los pacientes tienen sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad durante el proceso de alta.

En la fase aguda de la enfermedad se deriva el riesgo percibido por la integridad personal (el riesgo vital) y el hecho de estar en un entorno desconocido y a veces percibido como hostil. Pasada la fase aguda, el grado de ansiedad disminuye en la medida en que la persona mejora físicamente. En cambio, algunos pacientes incrementan la ansiedad cuando marchan de alta, debido a la pérdida del entorno seguro y la desconexión del personal que le ha atendido. De esta manera, en el momento del alta, pueden experimentar miedo, angustia, porque consideran que en la sala de hospitalización no estarán tan bien cuidados como en la UCI. Puede aparecer temor derivado de la alteración de rutinas y la disminución de procedimientos de monitorización y seguimiento. Pueden sentirse desprotegidos y hasta las familias expresar un cierto grado de dependencia, ya que en la UCI se han sentido “muy acompañados”. La ansiedad se relaciona con el paso de un entorno seguro a uno no vivido como tal.

La génesis de ansiedad está relacionada con la ausencia de información sobre el traslado y el entorno de hospitalización posterior, así como el traslado precipitado o de noche, los cuales condicionan el grado de preparación, de



Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

comunicación y acompañamiento de la persona dada de alta. Se tiene necesidad de conocer y aparece miedo a lo desconocido. También está relacionada con la percepción por parte de los pacientes de la discontinuidad en los cuidados postUCI.

Mejoraremos la calidad de la asistencia si somos capaces de incrementar el confort del paciente, prevenir malestar psicológico y la aparición de ansiedad. Asumir este objetivo tiene que ver con la preparación del paciente para afrontar la transición hacia las salas de hospitalización. Podemos preparar mejor a los pacientes optimizando su capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y ofreciéndoles toda la información y educación necesarias para poder vivir la transición con conocimiento y seguridad. Dando una información progresiva y adecuada al paciente, se favorece que este la reciba de manera menos ansiosa y la vaya asimilando mejor, disminuyendo, de esta manera, los niveles de ansiedad.

Por todo esto, es necesario empezar el proceso de alta desde el momento en que el paciente está despierto y este ha de ser progresivo y adaptado a las circunstancias de cada uno.

La relación terapéutica incluye todo el proceso del paciente, desde la llegada hasta su partida, por eso el informe de alta ha de abordar en profundidad el estado del paciente, reflejando las particularidades de la persona y sus propias necesidades. El informe de alta ha de ser un instrumento facilitador que permita que los pacientes vivan el alta con menos discontinuidad de los cuidados y que permita al equipo de sala recibir toda la información del paciente, proporcionando las bases necesarias para atender con calidad y seguridad al paciente dado de alta de la UCI.

Este documento tiene como finalidad:

- Proporcionar la información que necesita el profesional de enfermería, en relación a las medidas que se recomiendan seguir, para ayudar a los pacientes y familiares en el proceso de alta de UCI.
- Incrementar el número de altas preparadas precozmente a la salida de UCI.
- Capacitar para detectar situaciones de riesgo, detectar déficits, ser capaces de proyectar futuro a los pacientes y potenciar la relación de ayuda.

### **Plan de atención al alta de UCI (PAAU).**

- Objetivos del PAAU.
- Fundamentación: Ansiedad al alta de UCI.
- Estrategias para el alta. Recomendaciones.
- Modificaciones de la gráfica diaria y del informe de alta.
- Documento de información para pacientes y familiares.

### **Objetivos del PAAU**

#### *Objetivos generales:*

- Fomentar el bienestar físico y psicológico a los pacientes en el proceso de alta de UCI.
- Disminuir la ansiedad relacionada con el alta de UCI.

#### *Objetivos específicos:*

- Detección precoz de los pacientes en riesgo:
  - Determinar el estado de salud percibido (ESP).
  - Registro diario en gráfica de paciente del ESP.

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

- Conocer el apoyo social percibido de los pacientes.
- Registrar en hoja de alta la Escala MOS-SSS.
  
- Promocionar fuentes de estructura que fomenten capacidades de afrontamiento y autonomía. Capacitar para el alta:
  - Detectar las manifestaciones de dependencia actuales y potenciales.
  - Potenciar las capacidades de vida diaria, potenciando movilidad.
  - Incrementar Seguridad y confort a los pacientes y a las familias. Enfermera referente para el alta.
  - Favorecer la presencia de los familiares en el proceso de alta.
  
- Optimizar la información.
  - Dar información verbal y escrita del proceso de alta.
    - Información precoz.
  - Facilitar que el paciente exprese todas las dudas relacionadas con el proceso de alta.
  - Dar oportunidades para la educación sanitaria (que el paciente y/o pueda preguntar).
  - Coordinar información entre profesionales:
    - Informe de alta escrito.
    - Información verbal a enfermera de sala.

## **Estrategias para el alta. Recomendaciones**

### *Detección de pacientes en riesgo.*

- Se introduce la pregunta sobre ESP en la gráfica.
- Registro diario de ESP desde que el paciente tiene capacidad de responder.

- Preguntar sobre soporte social cuando el paciente ya pueda responder verbalmente. Registro escala MOS-SSS.
- Detectar aquellos pacientes con bajo soporte social/familiar.
- Registro de pacientes de riesgo en informe de alta. Los pacientes con bajo nivel de ESP y poco apoyo social son pacientes que tienen más probabilidad de presentar niveles altos de ansiedad.
- Tener en cuenta principalmente pacientes con hospitalizaciones largas en la UCI.

### *Capacitar para el alta.*

- Potenciar la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria.
  - Iniciar y potenciar precozmente en el autocuidado, movilización, higiene, comida.
- Registro diario, en gráfica, de las manifestaciones de dependencia.
  - Iniciar el proceso de alta precozmente, tan pronto como el paciente esté despierto y pueda asumir información y educación sanitaria y así dar tiempo a que pueda asimilar la información y estar preparado para el momento del alta.
  - Dejar patente la “transitoriedad” de la estancia en UCI.  
P. ej: Para cuando usted marche de alta, es importante.
- Potenciar relación de ayuda:
  - Mantener actitud empática y de escucha activa.
  - Apoyar: ser positivos, evidenciar mejoras, estar presentes, animar a pacientes y familiares a implicarse y a iniciar acciones para mejorar su estado de salud, facilitar la comunicación. Incrementar su sensación de paciente y familia en el control del proceso de alta.
- Detectar miedos. Detectar déficits de capacitación (limitaciones), de cuidados (educación):

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

- Aclarar miedos y enfocar motivos de malestar.
- Notificarlos (indicarlos en el informe de alta).

### *Optimizar la información*

- Ofrecer información continua del proceso de hospitalización y de alta, dando oportunidades a pacientes y familias para preguntar y resolver dudas.
- Dar tríptico con información escrita sobre alta a la sala de hospitalización.
- Verificar e informar de que en la sala dispondrán de todos los elementos/materiales que el paciente utiliza en la UCI para continuar los cuidados (medicación, protecciones de UPP, cánulas traqueales...).
- Permitir que el paciente presencie el intercambio de información entre la enfermera de UCI y la de la sala. Que pueda percibir la continuidad de los cuidados, que entienda que la enfermera de sala conoce bien quién es y qué es lo que necesita.
- Avisar a los familiares al menos telefónicamente para que puedan estar presentes y acompañar al paciente durante el alta de la UCI.
- Evitar la descoordinación, pérdida de información y errores en la cadena de comunicación, por eso la comunicación ha de ser directa con la enfermera de la sala de hospitalización.
- Registro en informe de alta, consensuado con el paciente siempre que la situación lo permita.

### *Modificaciones de la gráfica diaria y del informe de alta.*

- Añadir códigos de dependencia en cada necesidad.
- Añadir apartado de registro de ESP y de MOSS-SSS
- Modificación del documento de informe escrito al alta de UCI para incluir ESP y MOS-SSS.
- Salida efectiva de UCI a la sala.
  - Transmisión de información a la enfermera de sala:
    - Información verbal.
    - Informe de alta escrito.
    - Acompañar / Dar soporte a pacientes y familias.

### *Documento de información para pacientes y familiares*

La evolución favorable de su estado de salud permite que ya no sean necesarios los cuidados intensivos en UCI., por eso en breve se le dará el alta a la sala de hospitalización donde se continuará con su tratamiento y cuidados.

A partir de ahora el registro de sus constantes vitales será menos frecuente y no necesitará un seguimiento tan estricto. Por este motivo tampoco estará conectado a un monitor de forma permanente.

Sus familiares serán informados de su traslado a la sala de hospitalización en la menor brevedad posible.

A su llegada a la sala de hospitalización le recibirá el equipo asistencial que le mantendrá informado durante todo el proceso de ingreso.

En la sala de hospitalización tendrá un médico y una enfermera de referencia igual que en UCI. Como ya le hemos informado, estos profesionales han

Acción de mejora: Plan de atención al Alta de UCI

recibido toda la documentación y toda la información para poder continuar con su tratamiento.

Por favor, consulte si tiene cualquier duda o pregunta.

En la unidad de hospitalización:

- Las habitaciones son dobles, con luz natural, disponen de baño asistido, TV, armario para pertenencias y zonas comunes para poder estar acompañado de familiares y amigos.
- A excepción del pase de visita médica diaria, usted podrá estar siempre acompañado de un familiar, incluso durante la noche si fuese necesario.
- Será necesario que le traigan pijama/camisón abiertos, bata, zapatillas cerradas y utensilios de higiene personal (peine, desodorante, jabón, cepillo y pasta de dientes, máquina de afeitar...). Sus familiares podrán, si quieren, colaborar en sus cuidados básicos (baño, comida...).
- Consulte los horarios de información médica con los profesionales que le atiendan.

## **Capítulo VIII:**

### **Limitaciones y futuras líneas de investigación**





## Limitaciones y futuras líneas de investigación

En este apartado se presentan las limitaciones del estudio y, a continuación, las posibles líneas de futuro que darían continuidad al presente estudio y contribuirían a ampliar el conocimiento relacionado con el estado emocional de las personas en el contexto de cuidados críticos y la posterior transición al alta de UCI.

**Limitación 1:** Se trata de un estudio de diseño cuantitativo que permite determinar niveles de ansiedad de forma numérica y analizar relaciones con las distintas variables propuestas pero que no permite conocer las vivencias y los significados que cada uno de los individuos dan al contexto.

**Línea de investigación futura 1:** Se propone realizar un estudio cualitativo complementario que permita identificar las categorías emergentes de las percepciones y vivencias de los pacientes en la transición de alta de UCI.

**Limitación 2:** Aunque la muestra global es suficiente en términos estadísticos y clínicos, sería interesante analizar el subgrupo de pacientes de las variables significativas, particularmente pacientes medicoquirúrgicos para evaluar posibles características que permitieran definir con más exactitud a los pacientes en riesgo de ansiedad estado alta.

**Línea de investigación futura 2:** Una muestra mayor permitiría desarrollar dicho estudio y también realizar estudios réplica para poder generalizar los resultados.

**Limitación 3:** Se ha optado por desarrollar la regresión lineal múltiple utilizando toda la muestra para optimizar el rendimiento de la prueba.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

**Línea de investigación futura 3:** Sería interesante validar la regresión lineal múltiple, bien mediante validez interna con una muestra de pacientes mayor seguidos en las mismas condiciones en que se ha realizado esta tesis o bien mediante validez externa realizando el estudio con pacientes de características similares en centros hospitalarios distintos.

**Limitación 4:** La literatura describe un cierto solapamiento de ansiedad y depresión en el cuestionario STAI.

**Línea de investigación futura 4:** Sería interesante utilizar en una población similar el cuestionario STAI junto con un cuestionario de depresión para determinar el peso de este solapamiento.

**Limitación 5:** La última determinación de ansiedad estado se realiza en la unidad de hospitalización.

**Línea de investigación futura 5:** Se podrían incluir determinaciones tras el alta, por ejemplo a los 3 y 6 meses del alta hospitalaria, para comprobar si la ansiedad estado afecta al pronóstico, evolución y calidad de vida de los pacientes a largo plazo.

**Limitación 6:** En este estudio sólo se han incluido a los pacientes y no a sus familiares.

**Línea de investigación futura 6:** Sería interesante realizar un estudio incluyendo también a los familiares para identificar cómo estos afrontan el proceso de transición a alta y qué puede hacer enfermería para mejorar la atención de pacientes y familias.

**Limitación 7:** A pesar que los resultados analizados han permitido identificar los factores relacionados con la ansiedad estado que sufren las personas

durante su proceso de alta de una UCI, y de que se han diseñado un PAAU, como acción de mejora derivado y consensuado con el equipo asistencial implicado y la dirección del centro, en la actualidad debido a la situación económica y los ajustes que están soportando los servicios asistenciales en nuestro centro y país, no ha sido posible implementar este Plan.

**Línea de investigación futura 7:** Se propone en cuanto sea posible implementar el PAAU diseñado, evaluarlo y realizar un estudio que permita evaluar su impacto y comprobar si su aplicación ayuda a disminuir los niveles de ansiedad estado, de incertidumbre y mejorar la percepción de bienestar y seguridad de las personas ingresadas en la UCI durante la transición que provoca el proceso de alta de estas unidades a las unidades de hospitalización convencionales.







## **Capítulo IX:**

## **Conclusiones**





## CONCLUSIONES

La población de estudio presenta un perfil sociodemográfico caracterizado por una edad media alta, con más hombres que mujeres, nivel de estudios medio-alto, y que viven, en su mayoría, acompañados.

El perfil de personalidad ansiosa se sitúa en rango moderado, sin embargo un 20,4% de pacientes presentan niveles de ansiedad rasgo altos.

Son pacientes representativos de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad con niveles de gravedad moderados-altos y cargas de enfermería altas.

Los niveles de ansiedad se sitúan en rango moderado en las 4 determinaciones, con medias globales inferiores a las descritas en la literatura, pero con una discriminación por porcentajes de ansiedad leve, moderada y alta que reflejan un porcentaje mayor de pacientes con ansiedad moderada-alta en la determinación previa al alta inmediata de UCI y una evolución creciente del grupo de ansiedad estado alta a partir de la determinación basal de UCI.

La evolución de los niveles de ansiedad estado es al alza en los pacientes medicoquirúrgicos, relacionada con el traslado a las unidades de hospitalización.

Con los datos disponibles se puede resumir que son tres los elementos determinantes de ansiedad en el grupo estudiado:

- El nivel de impacto de la patología determinado por los días de ingreso en UCI, de requerimiento de soporte mecánico a la ventilación y requerimiento de sedación, así como el nivel de gravedad medido al ingreso y la presencia de enfermedad crónica concomitante.

## Conclusiones

- La tipología del proceso de ingreso y de alta de uci, tanto los ingresos no planificados (urgentes) como las altas con menor número de horas y las precipitadas o urgentes.
- La percepción del paciente en términos de estado de salud percibido, nivel de dolor, sentirse preparado para salir de UCI, la percepción de que el traslado a sala ha sido beneficioso, tener capacidad suficiente para realizar actividades de cuidado autónomamente y el soporte social que perciben recibir. Destacar que son las variables de este tercer grupo las que muestran una significación estadística mayor en el análisis realizado de la muestra.

Los resultados obtenidos nos permiten comprobar las hipótesis planteadas en cuanto que el proceso de Alta a una unidad de hospitalización genera niveles de ansiedad elevada en los pacientes de cuidados intensivos, y que los pacientes con hospitalización más larga, con mayor gravedad patológica y con bajo soporte social presentan niveles de ansiedad estado más elevados.

Aunque no se había incluido en los objetivos del trabajo iniciales, tras analizar los resultados obtenidos se ha diseñado un plan de atención al alta de UCI, descrito en el capítulo anterior, que pretende optimizar el cuidado de los pacientes, iniciando de forma precoz en UCI la aportación de los elementos estructurales de educación, autoridad con credibilidad y soporte social, que les permita incrementar la coherencia del marco de estímulos y disminuir de esta manera la incertidumbre y la ansiedad relacionada con la transición a las salas de hospitalización convencional, quedando pendiente su implementación y el comprobar la efectividad de las propuestas de mejora planteadas.

Los resultados del presente estudio aportan datos de nuestro entorno cultural al conocimiento disponible con el fin de ayudar a mejorar en la atención de enfermería durante el alta de los pacientes de UCI, fomentando un mejor acompañamiento y soporte a las personas e integrando todos los elementos

## Conclusiones

que permitan disminuir el grado de incertidumbre y de ansiedad relacionados con el alta de UCI. La mejora del proceso de atención puede repercutir en la seguridad de los pacientes en relación a su proceso patológico y en su evolución en la medida que les facilita la adquisición de mayores niveles de percepción de confianza y autonomía promoviendo así las propias capacidades de autocuidado que propicien altas hospitalarias más precoces pero siempre manteniendo la calidad asistencial y evitando los aspectos adversos derivados de niveles de ansiedad elevados.







## **Capítulo X:**

# **Referencias bibliográficas**





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta B, Delgado P, Mirabete I, Sola A. El despertar en cuidados intensivos tras sedación continua prolongada. *Enferm Intensiva* 1998; 9(3):94-101.
2. Hupcey JE, Zimmerman HE. The need to know experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care* 2000;9(3):192-8.
3. Frazier SK, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Blakely W, An Kim K, Garvin BJ. Critical care nurses'assessment of patients'anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *Am J Crit Care* 2002;11(1)57-64.
4. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Asían Chaves E, Pérez Bernal J. Repercusiones psicológicas del trasplante hepático. *MAPFRE Medicina* 2004;15 (4):251-57.
5. Martínez Qués AA, Rodríguez Rodríguez A, Rodríguez Fernández C, Rodríguez Fernández A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm Cardiol* 2005;34:15-21.
6. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2007; 31 (6).
7. Blanca Gutiérrez J.J, Blanco Alvariño A.M, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* 2008;12:1-14. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/).
8. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*.2002;11:575-84.
9. Rattray JE, Hull AM. Emotional outcome after intensive care: literature review. *J Adv Nurs* 2008;64(1):2-13.
10. Leith BA. Patient's and family member's perceptions of transfer from Intensive Care. *Heart Lung* 1999;28:210-18.

#### Referencias bibliográficas

- 11.Odell M. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs* 2000; 31(2):322-29.
- 12.McKinney AA, Melby V. Relocation stress in critical care: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2002;11:49-57.
- 13.McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit. A phenomenological study of the patients'experience. *Intensive Crit Care Nurs* 2002,18:320-31.
- 14.Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care* 2005;18(4):138-45.
- 15.Strahan EHE, Brown RJ. A qualitative study of experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21:160-71.
- 16.Pattison N, Dolan S, Townsend P, Townsend R. After critical care: a study to explore patients' experiences of a follow-up service. *J Clin Nurs* 2007;16:2122-31.
- 17.Field K, Prinjha S, Rowan K. One patient amongst many: a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Crit Care* 2008;12: R21 (doi:10.1186/cc6795). Disponible en: <http://ccforum.com/content/12/1/R21> Acceso en mayo 2013.
- 18.Gustad LT, Chaboyer W, Wallis M. Icu patient's tranfer anxiety: a prospective cohort study. *Aust Crit Care* 2008; 21:181-89.
- 19.Bench S, Day T. The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. *Int J Nurs Stud* 2010;47:487-99. (doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.013).
- 20.Forsberg A, Lindgreen E, Engström A. Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *Int J nurs pract* 2011;17:110-16.
- 21.Brodsky-Israeli M, DeKeyser Ganz M. Risk factors associated with tranfer anxiety among patients transferring from intensive care unit to the ward. *J Adv Nurs* 2011;67(3):510-18. Doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05497.x.

22. Cypress BS. Transfer out of Intensive Care. An evidence-based literature review. *Dimens Crit Care Nurs* 2013;32(5): 244-61.
23. Vazquez Calatayud M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enferm Intensiva* 2013;24(2):72-83. Doi:10.1016/j.jcrc.2012.01.009.
24. Nelson FV, Zimmerman I, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *J Pain Symptom Manage* 1998;15:102-9.
25. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann C, Gager M. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. 2003;31(10):2456-61.
26. Cuthberston BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med* 2004;30:450-55.
27. Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, McGavigan AD, Turnbull DA, Winefield HR. Anxiety, depression and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *Heart Lung* 2009;40(1):4-11.
28. Flatten H. Mental and physical disorders after ICU discharge. *Curr Opin Crit Care* 2010;16 (5):510-5.
29. Myhren H, Ekenberg O, Toien K, Karlson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care* 2010,14:R14.  
Disponible en: <http://ccforum.com/content/14/1/R14> Acceso en mayo 2013.
30. Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nurs Crit Care* 2010;15 (3):118-28.
31. De Jong, MJ, Chung ML, Wu JR, Riegel B, Rayens MK, Moser DK. Linkages between anxiety and outcomes in heart failure. *Heart Lung* 2011; 40(5):393-404.

#### Referencias bibliográficas

32. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional Disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011;364:1293-304.
33. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranda PE, de Haro Marin S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enferm Intensiva* 2005;16(2):62-72.
34. Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Aust Crit Care* 2009;22(1):29-43. Doi: 10.1016/j.aucc.2008.11.001.
35. Miguel-Tobal JJ, Casado M. Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. En: Emociones y salud. Fernández-Abascal GG, Palmero F, editores. Barcelona: Ariel; 1999.
36. Spielberger CD, Pollans CH, Wordan TJ. Anxiety disorders. Turner y Versen eds. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley and Sons; 1984.
37. Marks I. Tratamiento de la neurosis. Barcelona: Martinez Roca;1986.
38. Miguel-Tobal JJ. La ansiedad. En: Tratado de psicología general: Motivación y emoción. Pinillos JL y Mayor J, editores. Madrid: Alhambra; 1990.
39. Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Alarcón W, Monge E (alumnos del 6º año de la escuela académico profesional de medicina humana). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2001;62(1):25-30.
40. Marqueta A, Jimenez-Muro A, Belmonte A, Gargallo P, Nerón I. Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a unidad de tabaquismo. *Adicciones*, 2010; 22 (4):317-24.
41. Chacón Roger M, Grau Abalo J, Guerra M.E, Massip Pérez C. Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y salud*. 2006;16(2):115-28.

42. Fernandez-Abascal Jiménez MP, Martín MD. Emoción y Motivación: La adaptación humana. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces SA; 2003.
43. Antai-Oton D. Ansiedad: Como ayudar a los pacientes a superar temores. *Nursing* 2004;8:9-13.
44. Antony MM, Stein MB editors. Oxford handbook of anxiety and related disorders. New York: Oxford University Press; 2009.
45. Schweitzer PB, Ladwing GB. Anxiety. *Nursing diagnosis: A handbook to planning care* Ackley BJ, Ladwing GB, editors. St Louis: Mosby Inc, 2002. p. 144-55.
46. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Heather Herdman T, editor. Elsevier; 2010. p. 235-6.
47. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 188-92.
48. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1996.
49. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, Girolano R, Graff K, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(suppl 420):21-27.
50. Haro JM, Palacín V, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006;126: 445-51.
51. Rincón HG, Granados M, Ununtzer J, Gomez M, Duran R, Badiel M, et al. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics* 2001;42(2):391-396.
52. Moser DK, Lee Chung M, McKenley S, Riegel B, An K, Cherrington CC et al. Critical Care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs* 2003;19:276-88. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397\(03\)00061-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00061-2) Acceso en mayo 2013.

#### Referencias bibliográficas

53. Chlan L. Description of anxiety levels by individual differences and clinical factors in patients receiving mechanical ventilatory support. *Heart Lung* 2003;32:275-82.
54. Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-Ilmonen P. Fear and anxiety in patients in different time-points in the coronary artery bypass process. *International Journal of Nursing studies* 2002;39:811-22.
55. Perpiña-Galvañ J, Richart-Martinez M. Scales for evaluating self-perceived anxiety levels in patients admitted to intensive care units. A review. *Am J Crit Care* 2009;18:571- 80.
56. Fernández Molina, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm* 2006;9(5):19-26.
57. Alarcón Morales S. Como un tren que te arrolla. Relato de un trasplantado. *Arch Memoria* 2006;3 (1).  
Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/3/a0615.php>. Acceso en mayo 2013.
58. Muñoz Ronda FJ, Rodríguez Salvador MM. Mejora de las estrategias de afrontamiento en la fase aguda de la enfermedad coronaria. *Tempus Vitalis*. 2001;1(1):39-49.
59. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy* 2008;9:55-61.
60. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 1988;20:225-32.
61. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *The Journal of Nursing Scholarship* 1990;22:256-62.
62. Bailey D.E Jr, Stewart JL. Merle H. Mishel. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: *Teorías y Modelos de enfermería*. 7ª ed. Raile Alligod M y Marriner Tomey A, editors. Elsevier; 2011.p. 599-615.
63. Aimar A.N.M. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index Enferm* 2009;18(2):111-15.

64. Alves Apóstolo JL, Castro Viveiros CS, Ribeiro Nunes HI, Faustino Domingues HR. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latino-am. Enfermagem* 2007; 15(4):575-82.
65. Zaidler G, Triviño V, Olivia Sanhueza A. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Universidad de la Sabana. Chile: Aquichan, 2005.
66. Díez-Alvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, Larrañaga A, y Arana JM. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clínica* 2012, 22(1):18-26.
67. Vives-Relats C, Ferré Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, miembros del grupo de investigación: Enfermería aplicada de la URV. Cuidar a una cuidadora familiar en Atención Primaria a partir de la teoría de la incertidumbre. *Enferm Clínica* 2011;21(4):219-22.
68. Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Surgical Nursing. Journal of Clinical Nursing* 2007; 17: 576-83.
69. Wallance M. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14:863-8.
70. Ingel Flemme, RNT, Philic, Nils Edvarsson, MD, PhD, et al. Long term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung* 2005; 34:386-92.
71. Searle C, Jeffrey J. Uncertainty and quality of life of adults hospitalised with life-threatening ventricular arrhythmias. *Can J Cardiovasc Nurs* 1994;3:15-22.
72. Fitzsimons D, Parahoo K, Richardson SG, Stringer M. Patient anxiety while on waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. *Heart Lung* 2003; 32: 23-31.



Referencias bibliográficas

73. Jiang X, He G. Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Res Nurs Health* 2012;35(4):409-18.  
Doi: 10.1002/nur.21483.
74. Carleton RN, Mulgove MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 2012;26(3):468-79.
75. Elizarrarás-Rivas J, Vargas-Mendoza J.E, Mayoral-Garcia M, Matadamas-Zarate C, Elizarrarás-Cruz A, Taylor M, Agho K. Psychological response of family members of patients hospitalized for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *Psychiatry* 2010;10:104-8.  
Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/104>. Acceso en mayo 2013.
76. Mitchel M.L, Courtney M, Coyer F. Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences* 2003; 5:207-17.
77. McCormick K.M, Naimark B.J, Tate R.B. Uncertainty, symptom distress, anxiety and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart Lung* 2006;35:34-45.
78. Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 1988;37(2); 98-103.
79. Deane KA, Degner LF. Information needs, uncertainty and anxiety in women who had breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nurs* 1998; 21:117-26.
80. Wong CA, Bramwell L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nurs* 1992;15:363 -71.
81. Webster KK, Christman NJ. Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *West J Nurs Res* 1988;10:384-400.
82. Mishel MH, Braden CJ. Uncertainty: a mediator between support and adjustment. *West J Nurs Res* 1987;9:43-57.

83. Benner P, Hooper-Kyriadikis P, Stannard D. *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: Thinking-in-action Approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1999.
84. Rodríguez JC, Gómez E, Fernández-Crehuet J. El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de Bioética* 2001; 12:367-78.
85. Cutler L, Garner M. Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1995;11:333-35.
86. Díez-Alvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, Larrañaga A, Arana JM. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin* 2012; 22(1):18-26.
87. Saarman L. Transfer out of the critical care: freedom or fear? *Crit Care Nurs Qual* 1993;16(3):78-85.
88. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing. *Int Crit Care Nurs* 2012;28:224-33.
89. Deja M, Denke C, Weber-Carstens S, Schröder J, Pille C.E, Hokema F, Falke K.J, Kaisers U. Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care* 2006, 10: R: 147 (Doi:10.1186/cc5070).
90. Roberts SL. Transfer anxiety. Behavioural concepts and the critically ill. Roberts SL, editor. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1976. p. 224-53.
91. Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, editors. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Madrid: Elsevier; 2004.
92. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC, editors. *Planes de cuidados de enfermería, 7ª edición*. Mexico: Mc Graw Hill; 1984.
93. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press Inc. California; 1970.

#### Referencias bibliográficas

94. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española. Manual, 4ª edición. Publicaciones de psicología aplicada. Madrid: TEA Ediciones;1994.
95. Barnes LLB, Harp D, Jung WK. Reliability, generalizability of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Edu Psychol Meas* 2002;62:603-18.
96. Elliot D. Comparison of three instruments for measuring anxiety in a coronary care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1993;9:195-200.
97. An K, Moser DK, Garvin BJ et al. Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *Am J Crit Care* 2000; 9:245-53.
98. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
99. Derogatis LP. BSI, Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedure manual. Minneapolis: National Computer Systems;1993.
100. Snaith RP, Bridge GW, Hamilton M. The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *Br J Psychiatry.* 1976;128:156-65.
101. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd edition. Sydney: Psychology Foundation Monograph; 1995.
102. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33:335-43.
103. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56:893-97.
104. McKinley S, Stein-Parbury J, Chehelabi A, Lovas J. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the Faces Anxiety Scale. *Am J Crit Care* 2004;13(2):146-52.
105. De Jong MK, An K, Mc Kinley S, Garvin BJ, Hall LA, Moser DK. Using a 0-10 scale for assessment of anxiety in patients with acute myocardial infarction. *Dimens Crit Care Nurs* 2005;24(3):139-46.

106. Chlan L. Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilation support. *J Adv Nurs* 2004;48:493-99.
107. Barreiro A, Hidalgo I, Gil C, Díaz RJ, De la Cruz R. Estudio de las relaciones emocionales de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *An Psiquiatr* 1990;6:73-6.
108. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001;56(1):9-14.
109. Kress J, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman A, Hall J. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;168:1457-61.
110. De Jong MK, Moser DK, An K, Chung ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004;3(3):247-53.
111. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario. *Index Enferm* 2005;14 (51):29-33.
112. Edell-Gustafsson UM, Hetta JE. Anxiety, depression and sleep in male patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Scand J Caring Sci*. 1999;13:137-43.
113. Rattray JE, Johnston M, Wildsmith AW. Predictors of emotional outcomes of intensive care *Anaesthesia* 2005;60(11):1085-92.
114. Garvin BJ, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Doering LV, An K. Effects of gender and preferences for information and control on anxiety early after myocardial infarction. *Nurs Res* 2003; 52:386-92.
115. Moser DK, Dracup K, McKinley S, Yamasaki K, Kim CJ, Riegel B, Ball C et al. An international perspective of gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 511-16.
116. Schandl AR, Brattström OR, Svensson-Raskh A, Hellgren EM, Falkenhav MD, Sackey PV. Screening and treatment of problems after intensive care: A descriptive study of multidisciplinary follow-up. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27:94-101.

#### Referencias bibliográficas

117. Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimens Crit Care Nurs* 1999;18:8-12.
118. Lee CM, Herridge MS, Matte A, Cameron JI. Education and support needs during recovery in acute respiratory distress syndrome survivors. *Critical Care* 2009; 13(5):R153. doi: 10.1186/cc8053.
119. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, Debolini M, Vannini E, Solaro M, Balzi I, Bendoni E, Bacchi I, Giovannini V, Belloni L. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post-traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011; 15 (1):R41. 2011 January 27. Doi: 10.1186/cc10003.
120. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A, and for the JMIP Study Group. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* 2005, 9: R96-R109. Doi10.1186/cc3026.
121. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. *Nurs Crit Care* 2004; 9:72-9.
122. Daffurn K, Bishop GF, Hillman KM, Bauman A. Problems following discharge after intensive care. *Intensive and critical care nursing* 1994; 10(4):244-51.
123. Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs* 1999; (29):783-91.
124. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, Juandó-Prats C, Ricart-Basagaña MT, Sola-Sole N. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva* 2013;24(2): 51-62. Doi:10.1016/j.enfi.2012.09.003.
125. Chaboyer W, Thalib L, Alcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and their family's pre-transfer anxiety: an intervention study. *Intensive Crit Care Nurs* 2007;23(6):362-9.

126. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung* 2006;35(2): 101-7.
127. Hall-Smith J, Ball C, Coakley J. Follow-up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 1997; 13:243-48.
128. Perrins J, King N, Collings J. Assessment of long term psychological well being following intensive care. *ICCN* 1998; 14(3):108-16.
129. Astin F, Jones K, Thompson DR. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart Lung* 2005;34:393-401.
130. Badia-Castelló M, Trujillano-Cabello J, Serviá-Goixart L, March-LLanes J, Rodriguez-Pozo Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. *Med Intensiva* 2008;32(5):203-15.
131. Iribarren-Diarasarri S, Aizpuru-Barandiaran F, Muñoz-Martinez T, Dudagoitia-Ataolea JL, Castañeda-Saez A, Hernandez-Lopez H et al. Variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes críticos. *Med Intensiva* 2009;33(3):115-22.
132. Bellido Vallejo JC. El paso por una unidad de cuidados intensivos y el regreso a la vida. *Arch Memoria* 2006;3(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/3/a0615.php> . Acceso en mayo 2013.
133. Coyle M. Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*.2001,17:138-43.
134. Rubio Rico L, Aguaron Garcia MJ, Ferrater Cubells M, Toda Savall D. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. *Cul Cuid* 2002; VI (12):55-66.
135. WhittakerJ, Ball C. Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing* 2000;16:135-43.
136. Ackley BJ. Relocation stress syndrome. Ackley BJ, Ladving GB, editors. *Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care*. Sant Louis: Mosby; 2002. p. 625-29.

Referencias bibliográficas

137. Paul F, Rattray J. Short and long term impact of critical illness on relatives; literature review. *J Advan Nurs* 2007; 62(3):276-92.
138. Azoulay E, Pochard F et al. Half the family members of intensive care patients do not want to share in the decision making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004;32 (9):1832-38.
139. Jones C, O'Donnell C. After ICU, what then? *Intensive Crit Care Nurs* 1994;10:89-92.
140. Alfidi R. Informed consent: a study of patient reaction. *JAMA* 1971; 216:1325-9.
141. Spring D, Akin J, Margulis A. Informed consent for intravenous contrast-enhanced radiography: a national survey of practice and opinion. *Radiology* 1984; 152: 609-13.
142. Goldfrad C, Rowan K. Consequences of discharges from ICU at night. *Lancet* 2000; 335:1138-42.
143. Moreno R, Miranda DR, Matos R, Fevereiro T. Mortality after discharge from intensive care: the impact of organ system failure and nursing workload use at discharge. *Intensive Care Medecine* 2001; 27 (6):999-1004.
144. Laupland KB, Shahpori R, Kirkpatrick AW, Stelfox HT. Hospital mortality among adults admitted to and discharges from intensive care on weekends and evenings. *Journal of critical care* 2008; 21:317-24.
145. Chaboyer W, Lin F, Foster M, Retallick L, Panuwatwanich K, Richards B. Redesigning the ICU Nursing Discharge Process: A Quality Improvement Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2012, first quarter: 40-48. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00234x.
146. Endacott R, Chaboyer W. The nursing role in ICU outreach: an international exploratory study. *Nurs Crit Care* 2006; 11(2):94-102.
147. Dawson D, McEwen A. Critical care without walls: the role of the nurse consultant in critical care. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(6):334-43.
148. Watson J. *Enfermagem pos-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Lisboa: Loures; 2002.

149. Tesina de Fin de Master en Ciencias de la Enfermería. Ansiedad en los pacientes dados de alta en cuidados intensivos. Estudio preliminar. Septiembre 2011. Facultad de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili Tarragona.
150. Nashef S.A, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lerneshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *Eur J Cardiothorac Surg*, 1999;16:9-13.  
Disponible en: [http://www.euroscore.org/9\[1\].pdf](http://www.euroscore.org/9[1].pdf). Acceso en mayo 2013.
151. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE,. APACHE II: A Severity of Disease Classification System. *Crit Care Med*. 1985;13:818-29
152. Cullen D, Civetta J, Briggs B. Therapeutic intervention scoring system: A method for qualitative comparison of patient care. *Crit Care Med*. 1974; 2: 57-60.
153. Reis Miranda D, Rijk de A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The-TISS-28 items. Results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996;24:64-73.
154. Cabañero-Martinez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43:271-83.
155. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32 (5):297-306.
156. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:127-37.
157. Mahoney FL, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
158. Baztán JJ, Perez del Molino J, Alarcon T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento validado para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28:32-40.



Referencias bibliográficas

159. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
160. Sherbourne CD. Social functioning: Social activity limitations measures. En: *Measuring functional status and well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Stewart A.L y Ware JE, editors. Durham, NC: Duke University press, pags: 173-81.
161. Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* 2005;6(1):10-18.
162. Costa Requena G, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*; 2007;128(18):687-91.

## **Capítulo XI: Financiación y Difusión**



## Financiación y Difusión

### Financiación

Beca d'Infermeria per projecte de recerca. Beca MIA. Projecte: Ansietat en el pacients donats d'alta de les Unitats de cures intensives (UCIs). Fundació Privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 2011.

Calidad percibida de los cuidados enfermeros por los pacientes críticos: un abordaje mixto”, Flss (PI11/00447) 2011. Investigador colaborador.

PR-3663/10. Percepción de los pacientes críticos con relación a la satisfacción de los cuidados de enfermería. Colegio Oficial de enfermeras i infermers de Barcelona. Duración: desde el 1 noviembre 2010 al 1 noviembre 2013. Investigador colaborador.

### Difusión

#### Comunicaciones en congresos:

- **Poster:**

Ricart M, LLeixà M, Torrents R, Ligeró I, Marine A, Ferré A. Ansiedad de los pacientes en el Alta de Cuidados Intensivos. Resultados preliminares. XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Oviedo, marzo 2012.

- **Comunicaciones orales:**

Ricart M. Tesina de Fin de Master en Ciencias de la Enfermería. Ansiedad en los pacientes dados de alta en cuidados intensivos. Estudio

## Financiación y difusión

preliminar. Facultad de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili Tarragona. Septiembre 2011.

Ricart M. Ansiedad en los pacientes dados de alta en cuidados intensivos. Estudio preliminar. Seminari Internacional de Recerca. Facultad de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili Tarragona. Febrero 2012.

Ricart M, Torrents R, Ligeró I, Marine A, Català N, Aran J, Lorente A, Ramírez I. Ansiedad en pacientes dados de alta de UCI. Resultados preliminares. XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Santander, junio 2012.

Romero M, Ricart M, Marine A, López A, Ferreiro M, Sola N, LLeixà M. Soporte social y ansiedad al alta de UCI. XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Tenerife 9-12 junio 2013.

Romero M, de la Cueva L, Delgado P, Acosta B, Jover C, Ricart M, Juandó C, Solà N, Solà M. Satisfacción de los pacientes en relación a los cuidados de enfermería en UCI. XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Tenerife, 9-12 junio 2013.

Ricart M, Acosta B, Solà M, Romero M, Jover C, Sola N, Delgado P, de la Cueva L. Experiencias vividas de los pacientes ingresados en

cuidados intensivos. XXXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Tenerife, 9-12 junio 2013.

Experiències viscudes pels pacients ingressats en cures intensives. II Jornades d'Infermeria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 28-30 octubre 2013.

### ***Premio a la comunicació oral***

Jover C, Romero M, dela Cueva L, Delgado P, Acosta B, Ricart M, Solà M, Solà N. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente. X Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Madrid 15-18 junio 2014.

### **Publicaciones:**

Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, LLeixà M, Ferré C. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Artículos especiales. Teorizaciones. Índex de Enfermeria 2013; 22 (1-2): 60-64.

Ricart M, Romero M, Ferreiro M, López A, Renedo L, LLeixà M, Ferré C. Ansiedad y Soporte social en los pacientes dados de alta de UCI. En elaboración.

Financiación y difusión

Romero M, de la Cueva L, Delgado P, Acosta B, Jover C, Ricart M, Juandó C, Solà N, Solà. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería intensiva 2012; 24 (2). Doi: 10.1016/j.enfi.2012.09.003.

De la Cueva L, Romero M, Delgado P, Acosta B, Jover C, Ricart M, Juandó C, Solà N, Solà. Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: protocol research. JAN 2012; 70(1): 201-210. Doi:10.1111/jan.12184.

Rello J, Afonso E, Lisboa T, Ricart M, Balsera B, Rovira A, Valles J, Diaz E; FADO Project Investigators. A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia. Clinical Microbiology and Infection, 2012 Feb 9. Doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03808.x.

## **Capítulo XII:**

### **Anexos**





**Anexo 1:**  
**Formulario de recogida de datos clínicos y  
relacionados con la hospitalización**



<b>CÓDI - IDENTIFICACIÓ PACIENT _____</b>		<b>Edat: _____</b>	<b>QUESTIONARIS</b>
<b>CONSENTIMENT VERBAL</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No  <b>CONSENTIMENT ESCRIT</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> 1 Home <input type="checkbox"/> 2 Dona	1- UCI. Data i hora: _____ 2- UCI. Data i hora: _____ 3- Sala. Data i hora: _____ 4- Sala. Data i hora: _____
<b>Estat civil:</b> <input type="checkbox"/> 1 Casat-da <input type="checkbox"/> 2 Viu en parella <input type="checkbox"/> 3 Solter-a <input type="checkbox"/> 4 Separat-da <input type="checkbox"/> 5..Divorciat-da <input type="checkbox"/> 6 Vidu-a <input type="checkbox"/> 7 Viu acompanyat de: .....		<b>Situació Laboral:</b> <input type="checkbox"/> 1 Actiu Parat-da <input type="checkbox"/> 2 Actiu Ocupat-da <input type="checkbox"/> 3 Prejubilat-da <input type="checkbox"/> 4 Jubilat-da <input type="checkbox"/> 5 Estudiant <input type="checkbox"/> 6 Ni estudia ni treballa <input type="checkbox"/> 7 Mestressa de casa	
<b>Professió.....</b>	<b>Nivell d'estudis:</b>		

<p><b>Ingressos previs a UCI:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>1</b> Si Quants? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>2</b> No</p> <p><b>Ingressos &lt; 1 any</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>1</b> Si <input type="checkbox"/> <b>2</b> No</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Sense estudis</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Graduat escolar (EGB)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ensenyament obligatori (ESO)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 BUP</p> <p><input type="checkbox"/> 5 COU</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Bachillerat</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Mòduls</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Formació Professional</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Diplomatura</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Llicenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Doctorat</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Catèter arterial</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Catèter venós central</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Catèter perifèric</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Diàlisis contínua</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Diàlisis convencional</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Baló de contrapulsació</p> <p><input type="checkbox"/> 7 MCP extern</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Drenatges</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Sonda vesical</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Sonda Nasogàstrica</p> <p><input type="checkbox"/> 11 .Altres.....</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Dies de hospitalització previs a l'ingrés a UCI:</b>                  .....</p> <p><b>Euroscore</b>_____</p> <p><b>TISS-28</b>_____</p>	<p>Tipus d' estudis:.....</p>	<p><b>Tt. Invasiu alta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Catèter arterial</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Catèter venós central</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Catèter perifèric</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Diàlisis contínua</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Diàlisis convencional</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Baló de contrapulsació</p> <p><input type="checkbox"/> 7 MCP extern</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Drenatges</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Sonda vesical</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Sonda Nasogàstrica</p> <p><input type="checkbox"/> 11 .Altres.....</p>
<p><b>APACHE/SAPS</b>    <b>ingrés:</b>                  .....</p>	<p><b>Informació mèdica pre-ingrés rebuda:</b>                  Informació prèvia sobre el procés mèdic a UCI:   <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p><b>Informació infermeria pre-ingrés rebuda:</b>                  Informació d'infermeria:                                                           <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p>
<p><b>Data</b> ingrés a UCI:.....</p> <p><b>Data</b> alta UCI / ingrés a sala:.....</p> <p><b>Data</b> alta hospitalària:.....</p>		<p><b>Dies de estada a UCI:</b>.....</p> <p><b>Dies estada hospital:</b>.....</p>
<p><b>Diagnòstic d'ingrés a UCI:</b>                  .....</p>		<p><b>Diagnòstic d'alta de UCI:</b>                  .....</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Respiratori</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Cardiològic</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Renal</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Infecció</li> <li><input type="checkbox"/> 5 Neurològic</li> <li><input type="checkbox"/> 6 Politraumàtic</li> <li><input type="checkbox"/> 7 Vascular</li> <li><input type="checkbox"/> 8 Hematològic</li> <li><input type="checkbox"/> 9 Digestiu</li> <li><input type="checkbox"/> 10 Altres:.....</li> </ul> <p>Data DX:_____ Crònic: si / no</p> <p>Tipus:.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Respiratori</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Cardiològic</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Renal</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Infecció</li> <li><input type="checkbox"/> 5 Neurològic</li> <li><input type="checkbox"/> 6 Politraumàtic</li> <li><input type="checkbox"/> 7 Vascular</li> <li><input type="checkbox"/> 8 Hematològic</li> <li><input type="checkbox"/> 9 Digestiu</li> <li><input type="checkbox"/> 10 Altres:.....</li> </ul>
<p><b>Procedència del pacient a l'ingrés:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Urgències</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Quiròfan Cardíaca programat</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Quiròfan Cardíaca no programat</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Hemodinàmica</li> <li><input type="checkbox"/> 5 Sala de hospitalització</li> <li><input type="checkbox"/> 6 Semicrítics</li> <li><input type="checkbox"/> 7 Reanimació</li> <li><input type="checkbox"/> 8 SEM</li> <li><input type="radio"/> 9 Altre centre:.....</li> <li><input type="checkbox"/> 10 Quiròfan</li> </ul> <p><b>Tipus d'ingrés:</b> Electiu/ Programat</p>	<p><b>Aïllament a UCI: C / R / G Dies:.....</b></p> <p><b>Aïllament a sala: C / R / G Dies:.....</b></p> <p><b>Total:.....</b></p> <hr/> <p><b>Dies en</b></p> <p><b>VMI:.....VMNI:.....Total:.....</b></p> <p><b>Dies amb sedació:.....</b></p> <p><b>Psicofarmacs si/no quin?</b></p>

<b>Urgent</b>		
<b>Alta</b>  Hores entre la informació i la sortida de UCI: _____ hores  Hora alta: M / T / N (segons torns infermeria)		<b>Informe d'alta d'infermeria: Si / NO</b>  <b>Diagnòstics d'infermeria a l'alta: Si / NO</b>  <b>Informació mèdica de l'alta Si / NO</b>  <b>Informació infermeria de l'alta SI / NO</b>  <b>Informació verbal a la infermera de sala Si / NO</b>
<b>Mesura STAI D1:</b> .....  <b>Mesura STAI DT1:</b> .....  <b>Mesura STAI D2:</b> .....		<b>Mesura STAI D3:</b> .....  <b>Mesura STAI D4:</b> .....
<b><u>UCI 1</u></b>  <b>Estat de salut percebut / Com es troba?</b> 0 _____ 10  <b>Valoració dolor</b> 0 _____ 10		<b>Estabilitat hemodinàmica</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No  <b>Estabilitat respiratòria</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No  <b>Comunicació verbal / escrita</b>  <b>Altres: Infecció/febre,... / està cansat</b>



<p><b><u>UCI 2(pre-alta)</u></b></p> <p><b>Estat de salut percebut / Com es troba?</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Valoració dolor</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Té ganes de marxar d'alta?</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Es sent prou bé per marxar d'alta ?</b> 0 _____ 10</p>	<p><b>Estabilitat hemodinàmica</b>    <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p><b>Estabilitat respiratòria</b>        <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p><b>Comunicació verbal / escrita</b></p> <p><b>Altres: Infecció/febren,... / està cansat</b></p>
<p><b><u>HOSPITALITZACIÓ 1</u></b></p> <p><b>Estat de salut percebut / Com es troba?</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Valoració dolor</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Pensa q li ha anat be passar a sala?</b> 0 _____ 10</p> <p><b>Acompanyament social. MOS-SSS.....</b> Qui? _____</p> <p><b>Informació rebuda alta UCI:</b> Què? _____ _____</p>	<p><b>Estabilitat hemodinàmica</b>    <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p><b>Estabilitat respiratòria</b>        <input type="checkbox"/> 1 Si   <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p><b>Comunicació verbal / escrita</b></p> <p><b>Altres: Infecció/febren,... / està cansat</b></p>

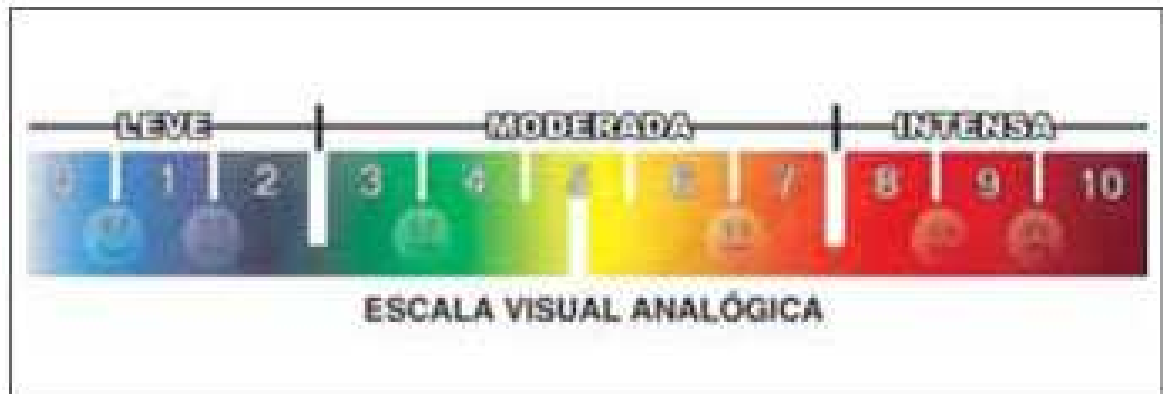
<p>Qui? _____</p> <p>Com? Verbal / Escrit</p> <p>Valoració utilitat 0 _____ 10</p> <p>Que li manca? _____</p> <hr/>	
<p><b><u>HOSPITALITZACIÓ 2</u></b></p> <p>Estat de salut percebut / Com es troba? 0 _____ 10</p> <p>Valoració dolor 0 _____ 10</p> <p>Es sent preparat per marxar d'alta? 0 _____ 10</p>	<p>Estabilitat hemodinàmica <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p>Estabilitat respiratòria <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No</p> <p>Comunicació verbal / escrita</p> <p>Barthel.....</p> <p>MRC.....</p> <p>Altres: Infecció/febre,... /està cansat</p>



## **Anexo 2:**

# **Escala Visual Analógica (EVA)**







**Anexo 3:**  
**European System for Cardiac Operative Risk  
Evaluation (EuroSCORE).**





Table 1. Risk factors, definitions and score

	Definitions	Score
<b>Patients-related factors</b>		
Age	For 5 years or fraction > 60 years	1
Sex	Female	1
Chronic pulmonary disease	Long term use of bronchodilators or steroids	1
Extracardiac arteriopathy	Any of the following: claudication, carotid occlusion or stenosis >50%, prior or planned intervention on the abdominal aorta, peripheral arteries or carotids	2
Neurological dysfunction	Disease affecting walking or day-to-day activities	2
Previous Cardiac Surgery	Requiring opening of the pericardium	3
Serum creatinine	> 2.3 mg in preoperative	2
Active endocarditis	Patient still on antibiotic treatment for endocarditis at time of surgery	3
Critical preoperative state	Any of the following: ventricular tachycardia / fibrillation or aborted sudden death, preoperative cardiac massage, preoperative ventilation before arriving in the surgical room, preoperative inotropic support or intra-aortic balloon pump, preoperative Acute Renal Failure (<10mL/hr)	3
<b>Cardiac-related factors</b>		
Unstable angina	Angina at rest requiring nitrates until arrival in anesthesia room	2
Left Ventricle Dysfunction	LVEF 30-50%	1
Recent myocardial infarction	LVEF <30%	3
Pulmonary hypertension	< 90 days Systolic pulmonary artery pressure >60mmHg	2
<b>Operation-related factors</b>		
Emergency		2
Other surgeries than myocardial revascularization	Operation before beginning of next working day Another cardiac surgery or in association to myocardial revascularization	2
Surgery on thoracic aorta		3
Post infarct septal rupture	For ascending aorta, aortic arc or descending aorta	4

### Euroscore. Riesgo de Mortalidad

Nivel de Riesgo	Puntuación Euroscore
Bajo	0-2
Medio	3-5
Alto	>6



**Anexo 4:**  
**Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II**  
**(APACHE II).**



### The APACHE II Severity of Disease Classification System

Physiologic Variable	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperature - rectal (°C)	≥41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9
Mean Arterial Pressure (mm Hg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Heart Rate	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
Respiratory Rate (nonventilated or ventilated)	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Oxygenation (mmHg) a. FiO <sub>2</sub> > 0,5 use A-aDO <sub>2</sub> b. FiO <sub>2</sub> < 0,5 use PaO <sub>2</sub>	a	≥500	350-499	200-349		<200			
	b				> 70	61-70		55-60	<55
Arterial pH	≥7.7	7.6-7.69		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15
Serum Sodium (mmol/l)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110
Serum Potassium (mmol/l)	≥7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5
Serum Creatinine (mg/dl, Double point score for acute renal failure)	≥3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Hematocrit (%)	≥60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
White Blood Count (in 1000/mm <sup>3</sup> )	≥40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Glasgow-Coma-Scale (GCS)	Score = 15 minus actual GCS								
Serum HCO <sub>3</sub> (venous, mmol/l, use if no ABGs)	≥52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9	<15
<b>A = Total Acute Physiology Score APS</b>	Sum of the 12 individual variable points								
<b>B = Age Points</b>	<b>C = Chronic Health Points</b>								
≤44 years	0 points	If the patient has a history of severe organ system insufficiency or is immunocompromised assign points as follows: a. For nonoperative or emergency postoperative patients – 5 points b. For elective postoperative patients – 2 points							
45-54 years	2 points								
55-64 years	3 points								
65-74 years	5 points								
≥75 years	6 points								
<b>APACHE II Score = Sum of A (APS points) + B (Age points) + C (Chronic Health points)</b>									

(From: Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13(10):818-29)

## APACHE. Riesgo de mortalidad

<b>Score APACHE II</b>	<b>Mortalidad (%)</b>
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	25
20-24	40
25-29	55
30-34	75
>34	85

**Anexo 5:**  
**Therapeutic Intervention Scoring System-28**  
**(TISS-28)**





TISS-28 Simplified therapeutic intervention scoring system	
Actividades básicas	Puntos
Monitorización estándar. Constantes horarias, cálculo del balance de fluidos	5
Laboratorio. Bioquímica y microbiología de cualquier tipo	1
Medicación única. Intravenosa, intramuscular, subcutánea y/o oral (p.ej. sonda nasogástrica)	2
Medicación intravenosa múltiple. Más de un fármaco, dosis única o continua	3
Cambios rutinarios de apósitos. Cuidado y prevención de decúbitos y cambios diarios	1
Cambios frecuentes de apósitos. Cambios frecuentes (al menos una vez por turno) y/o cuidados de heridas extensas	1
Cuidados de drenajes. Cualquier tipo (excepto sonda nasogástrica)	3
Sopote ventilatorio	Puntos
Ventilación mecánica. Cualquier forma de ventilación mecánica con o sin presión positiva al final de la espiración, con o sin relajantes musculares; ventilación espontánea con presión positiva al final de la espiración	5
Cuidados ventilatorios suplementarios: ventilación espontánea a través de tubo endotraqueal sin presión positiva al final de la espiración; administración de oxígeno por cualquier método excepto bajo situación de ventilación mecánica	2
Cuidados de la vía aérea artificial. Tubo endotraqueal o traqueostomía	1
Medidas para mejorar la función respiratoria. Fisioterapia, espirometrías incentivadas, terapia de inhalación, aspiración por tubo endotraqueal	1
Sopote hemodinámico	Puntos
Una droga vasoactiva: cualquiera	3
Múltiples drogas vasoactivas: más de una droga vasoactiva, independientemente del tipo y dosis	4
Reposición intravenosa de importantes pérdidas de fluidos. Administración de fluidos > 3L /m2/día, independientemente del tipo de fluido administrado	4
Catéter arterial periférico	5
Catéter de Swan Ganz con o sin medida del gasto cardíaco	8
Catéter venoso central	2
RCP en las últimas 24 horas (no se incluye la simple percusión precordial)	3
Sopote renal	Puntos
Técnicas de hemofiltración. Técnicas dialíticas	3
Monitorización de la diuresis: por medio de sonda urinaria	2
Diuresis activa (p.ej. furosemida > 0.5 mg / kg / día)	3
Sopote neurológico	Puntos
Monitorización de la presión intracraneal	4
Sopote metabólico	Puntos
Tratamiento de las complicaciones metabólicas acidosis / alcalosis	4
Alimentación intravenosa	3
Alimentación enteral. A través de sonda nasogástrica u otra vía gastrointestinal (p.ej. yeyunostomía)	2
Intervenciones específicas	
Intervención única en la UCI. Intubación naso u orotraqueal, implante de marcapasos, cardioversión, endoscopia, cirugía de urgencia en las últimas 24 h., lavado gástrico. No se incluyen intervenciones de rutina sin consecuencia directa sobre la condición clínica del paciente, tales como radiografías, ecografías, ECG o introducción de catéteres arteriales o venosos	3
Intervenciones múltiples en la UCI. Más de una de las mencionadas en el punto anterior	5
Intervenciones específicas fuera de la UCI: intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos	5

Clasificación de cada paciente (I-IV); (clase IV: pacientes con más de 40 puntos, clase III: entre 20 y 39 puntos, clase II: entre 10 y 19 puntos, clase I: menos de 10 puntos).



## **Anexo 6: Índice de Barthel**



<b>COMER</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
<b>VESTIRSE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
<b>ARREGLARSE</b>	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
<b>DEPOSICIÓN</b>	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
<b>MICCIÓN</b> (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
<b>IR AL RETRETE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
<b>TRASLADO SILLÓN – CAMA</b> (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<b>&lt;20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve</b>	

*Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.*



**Anexo 7:**  
**Cuestionario de Ansiedad estado y Ansiedad**  
**Rasgo (STAI)**





**Instrucciones.** Los siguientes son enunciados que pueden aplicarse a cualquier persona. Lea detenidamente cada uno de ellos y marque con una X sobre la opción que esté más de acuerdo con sus sentimientos u opiniones. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, no deje ningún enunciado sin responder.

<b><u>STAI Estado</u></b>	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo(estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy atado(como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

<b><u>STAI Rasgo</u></b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado/a	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
33. Me siento seguro/a	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico/a)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho/a	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en preocupaciones actuales, me pongo tenso/a y agitado/a	0	1	2	3

**Anexo 8:**  
**Cuestionario de Soporte Social Percibido**  
**(MOS-SSS)**



Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?  
Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre

**Escriba el nº de amigos y familiares**

--	--

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6- Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de su preocupaciones	1	2	3	4	5
10- Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11- Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5



**Anexo 9:**  
**Documento de aceptación del Comité de Etica e**  
**Investigación Clínica.**  
**Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau**







Sant Antoni Ma Claret, 167 · 08025 Barcelona  
Tel. 93 291 90 00 · Fax 93 291 94 27  
e-mail: santpau@santpau.cat  
www.santpau.cat

### COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TÍTULO: Ansiedad en los pacientes dados de alta en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI)		
CÓDIGO: 08/2011	IP: Dra. M. Ricart	SERVICIO: Medicina Intensiva

Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

#### CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 29 de Marzo de 2011 este Comité ha analizado el proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 6 de Abril de 2011.

  
FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE  
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU  
COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
Dra. Milagros Alonso Martínez



Sant Antoni Ma Claret, 167 - 08025 Barcelona  
Tel. 93 291 90 00 - Fax 93 291 94 27  
e-mail: santpau@santpau.cat  
www.santpau.cat

### COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TÍTULO: Ansiedad en los pacientes dados de alta en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI)		
CÓDIGO: 08/2011	IP: Sra. M. Ricart	SERVICIO: Medicina Intensiva

Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

#### CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 31 de Enero de 2012 este Comité ha analizado la modificación del proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 1 de Febrero de 2012.



FUNDACIÓ D'ESTUDI I INVESTIGACIÓ  
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I  
COMITÉ ÉTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dra. Milagros Alonso Martínez

**Anexo 10:**  
**Documento de Conformidad de la dirección del  
centro hospitalario**





Sant Antoni Ma Claret, 167 · 08025 Barcelona  
Tel. 93 291 90 00 · Fax 93 291 94 27  
e-mail: santpau@santpau.cat  
www.santpau.cat

### CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Salvador Benito Vales, en su calidad de Director Médico de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y vista la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica,

#### CERTIFICA:

Que conoce la propuesta de la investigadora principal, **Dra. M. Ricart** del servicio de **Medicina Intensiva**, para llevar a cabo el proyecto de investigación titulado "**Ansiedad en los pacientes dados de alta en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**" y que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Barcelona, a 7 de Abril de 2011.

 FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA  
DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU  
DIRECCIÓ MÈDICA



**Anexo 11:**  
**Documento de autorización de la Dirección de**  
**Enfermería.**  
**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau**



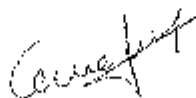


### AUTORIZACIÓN DE LA CAP DE ÀREA DE ENFERMERÍA

Carme Jover Sancho en calidad de Cap de Àrea de Enfermeria CERTIFICA que conoce la investigación titulada " Ansietat en els pacients donats d'alta de UCI" que presenta Maite Ricart Basagaña del Servicio de Medicina Intensiva; y CERTIFICA que el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau dispone de las instalaciones adecuadas y los recursos necesarios para su realización, y que la investigadora puede realizarla sin interferir de manera significativa con la dinámica asistencial del servicio.

Y por estos motivos firma el presente documento.

En Barcelona a 9 de May de 2011

ido.: 



## **Anexo 12:**

### **Documento informado**



## **ESTUDIO: ANSIEDAD EN LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

### **HOJA INFORMATIVA (I)**

**Investigadora: Sra Maite Ricart Basagaña**

**Sede:** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Informadora:** Sra. \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación diseñado por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### **Objetivo del estudio:**

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal explorar la repercusión psicológica que produce el proceso de alta en las personas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

#### **Beneficios del estudio:**

Este estudio permitirá evaluar el estado de los pacientes durante el proceso de alta y así, poder determinar qué grupos de personas pueden requerir de cuidados específicos y, así, mejorar nuestra práctica diaria y la calidad de los cuidados que proporcionamos a las personas ingresadas en la UCI.

### **Riesgos e incomodidades:**

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted tenga que dedicarnos un máximo de dos horas de su tiempo pudiendo afectar a su rutina diaria.

### **Procedimientos del estudio:**

En caso de aceptar participar, en este estudio:

- Se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario de exploración en cuatro ocasiones distintas, dos antes del alta de UCI y dos después del alta.
- Se accederá a su Historia Clínica con el objetivo de completar los datos de nuestro estudio.

## **ESTUDIO: ANSIEDAD EN LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

### **HOJA INFORMATIVA (II)**

#### **Aclaraciones:**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con lo especificado en la Lode 1999, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio, será custodiada durante seis años por el equipo investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tenga dudas sobre su participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puede contactar con:

Sra. Maite Ricart. Enfermera de críticos.

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado anexa a este documento:





## **Anexo 13:**

# **Documento de consentimiento informado**



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_

**Firma del participante**

**Fecha**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

