

# Influencia de un proceso de Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos

---

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ALUMNA:

**Gabriela Hernández Pérez**

TUTOR:

**Luis M. Cairós Ventura**

Grado en Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería.

Sede La Palma.

Universidad de La Laguna.

Junio de 2019

## **RESUMEN:**

Cualquier ingreso hospitalario es percibido por el paciente y su familia como una situación de ansiedad y miedo, esto aumenta si se trata de una Unidad de Cuidados Intensivos donde el paciente se encuentra en una situación mucho más grave de salud. Esto les puede producir trastornos tanto físicos como psicológicos que pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad y en ocasiones siguen estando presente tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que no siempre el traslado a la planta de Hospitalización es percibido como algo satisfactorio, puede suponer para el paciente mayor ansiedad al abandonar su zona de confort, un estado que es extensible también al familiar/cuidador.

El objetivo principal de este estudio es valorar el impacto de la implantación del proceso Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Se llevarán a cabo una serie de actividades para el el proceso de traslado de la Unidad de Cuidados Intensivos a la planta de hospitalización.

Estará dirigido a pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos y a su familiar principal. Se llevará a cabo un estudio analítico, con mediciones antes y después de la intervención. Para la recogida de datos se emplearan cuestionarios para medir la ansiedad y la satisfacción del paciente y la familia. El análisis estadístico se realizará mediante el programa informático SPSS 22.0.

## **PALABRAS CLAVE:**

Unidades de Cuidados Intensivos, ansiedad, alta del paciente, satisfacción del paciente, familia.

## **ABSTRACT**

Any hospital admission is perceived by the patient and his family as a anxiety and fear situation that increase if it is an Intensive Care Unit, where the patient is in a seriously health problem. It could cause them physical and psychological disorders that can negatively influence the disease's evolution and sometimes they could still being present after they have been discharged from the Intensive Care Unit, because the transfer to the hospitalization ward is not always perceived as a satisfactory situation. For the patient, the fact of leaving his confort zone could mean more anxiety a state that is extendable to the relative / caregiver too.

The main objective of this study is to assess the impact of the implementation of the High Assisted process in the Intensive Care Unit's patients. Several activities will be carried out for the transfer process of the Intensive Care Unit to the hospitalization ward.

It will be directed to patients discharged from the Intensive Care Unit and their main family member. An analytical study will be carried out, with measurements before and after the intervention. For the collection of data, questionnaires will be used to measure anxiety and patient and family satisfaction. The statistical analysis will be carried out using the SPSS 22.0 computer program.

## **KEY WORDS:**

Intensive Care Units, Anxiety, Patient Discharge, Patient Satisfaction, Family.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>1</b>
2.1. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de La Palma	1
2.2. Criterios de admisión del paciente	3
2.3. Ingreso del paciente en UCI	3
2.4. Altas precoces	4
2.5. Síndrome post-cuidados intensivos	5
2.6. Alta asistida	6
<b>3. ANTECEDENTES</b>	<b>7</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>11</b>
6.1. Tipo de estudio	11
6.2. Búsqueda bibliográfica	11
6.3. Proceso Alta Asistida (Pro-AIA)	12
6.5. Población y muestra	15
6.6. Instrumentos de medida	16
6.7. Limitaciones y consideraciones éticas	17
6.8. Análisis estadístico	18
<b>7. LOGÍSTICA</b>	<b>18</b>
7.1. Cronograma	18
7.2. Presupuesto	19
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>20</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>23</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una organización de profesionales sanitarios que presta atención multidisciplinar en un área del hospital específicamente preparada para ello, con una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos adecuados para atender a pacientes en estado crítico. El objetivo principal de los Cuidados Intensivos es proporcionar soporte vital, vigilancia intensiva y cuidados de enfermería intensivos durante las 24 horas del día, de manera ininterrumpida, a pacientes críticamente enfermos, post-operados y coronarios susceptibles de recuperación. Los dos criterios principales para la admisión de pacientes en una unidad de cuidados intensivos son: que precisen un elevado nivel de cuidados y que sean recuperables. <sup>(1)</sup>

Cualquier ingreso hospitalario, es percibido para el paciente y su familia como una situación de estrés y más aún si el ingreso es en una unidad de críticos, donde el estado del paciente suele ser inestable. Esto les produce trastornos tanto físicos como psicológicos ya que la situación a la que se enfrenta y el lugar en el que se encuentran, es un sitio desconocido para ellos y por lo general impactante. Estos trastornos pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad y en ocasiones siguen estando presente tras el alta. <sup>(2,3,4,5)</sup>

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de La Palma

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de La Palma posee determinadas características en relación a otros hospitales de mayor nivel. La diferencia más importante es el hecho de ser una unidad polivalente, que no se divide por patologías, lo que significa que atiende a todo paciente que lo precise independientemente de la especialidad a la que pertenezca (cardiología, neumología, traumatología, neurología, nefrología, endocrinología, etc.). La mayoría de pacientes que recibe la UCI de este hospital vienen procedente de Urgencias o de Quirófano, que tras habersele realizado una intervención se haya complicado.

Esta UCI cuenta con un total de 20 enfermeros en turno rotatorio, 1 supervisora de enfermería y 1 fijo de mañana de lunes a viernes, 17 auxiliares de enfermería, 1 jefe de servicio y 5 médicos adjuntos. Cada enfermero tiene un ratio de entre 2 y 3 pacientes.

En cada turno en la unidad hay al menos 4 enfermeros, 3 auxiliares y 1 médico intensivista de guardia, aunque en horario de mañana eventualmente hay una enfermera extra de mañana y esta presente el resto del equipo médico.

Cuando el paciente es dado de alta de la UCI va a la planta de Hospitalización a la que pertenezca su patología de ingreso, otros son trasladados a el Hospital de referencia y otros pacientes fallecen.

Estructuralmente la unidad se divide en seis áreas distintas:

- Área clínica:
  - Cubículos de pacientes: Consta de 10 boxes individuales y con posibilidad de aislamiento. Cada box esta equipado con camas eléctricas articuladas, monitor de cabecera, respirador, capnógrafo, bombas volumetricas y perfusores, monitor BIS, tomas de oxígeno, sistemas de aspiración, sillón, mesa auxiliar, material fungible, depósito para material punzante, lavabo y contenedores para residuos. Y en lo referido a su tamaño no todos son iguales, es por ello que aunque no hay una asignación específica, dependiendo del proceso del paciente el equipo de la unidad decide en que box ubicarlo para facilitar el trabajo y el cuidado del paciente.
  - Control de enfermería: esta ocupa la posición central de área de hospitalización. Para así disponer de visión directa a los boxes.
  - Farmacia: dispone de la medicación usada habitual.
- Área de apoyo clínico: Zona de limpieza y esterilización del equipo, lencería, almacenes de fungibles, medicación y aparataje, etc.
- Área de residencia médica y zonas de descanso: Dormitorios de los medicos, salas de estar, vestuarios y baños.
- Área administrativa: Despachos de medicina y enfermería (incluyendo supervisión). Además, existe un despacho externo utilizado para informar a la familia sobre el estado del paciente y recientemente acondicionado para utilizarlo como consulta de marcapasos.
- Sala de procedimientos especiales: Una pequeña sala de quirófano destinada a intervenciones quirúrgicas de pacientes de la unidad (colocación de marcapasos, catéteres tunelizados, etc.)

- Área de espera de familiares: Zona habilitada para los familiares al exterior de la unidad. El horario de visitas de la unidad es de 12:30 a 13:30 y de 18:00 a 19:00. Sólo podrán entrar dos familiares por cada paciente, sin posibilidad de intercambiarse. En casos especiales se podrá modificar el régimen de visitas.

## **2.2. Criterios de admisión del paciente**

Los dos criterios clave para la admisión de pacientes en la unidad son: que precisen un elevado nivel de cuidados y que sean recuperables.

Para clasificar los niveles de cuidados han utilizado la clasificación del Department of Health del Reino Unido, la cual se ajusta a las necesidades asistenciales del paciente en vez de al recurso específico donde está ingresado. En el documento estándares y recomendaciones para la unidad de cuidados intensivos <sup>(1)</sup> se definen los niveles 3 y 2 de cuidados críticos, de acuerdo con la siguiente clasificación: <sup>(1)</sup>

- Nivel 3. Paciente que requiere soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con soporte a dos sistemas orgánicos, al menos. Este nivel incluye al paciente complejo que requiere soporte por fallo multiorgánico.
- Nivel 2. Paciente que requiere observación más frecuente o intervención, incluido el soporte de un sistema orgánico; paciente que requiere cuidados postoperatorios; o el paciente que proviene de niveles más altos de cuidados.

## **2.3. Ingreso del paciente en UCI**

Cualquier ingreso hospitalario es percibido por el paciente como una situación de ansiedad y miedo, la cual va relacionada con la patología que motive dicho ingreso, además supone una separación de su entorno y de su familia lo que aumenta el estrés. Si a esto le añadimos el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos donde el paciente se encuentra en una situación mucho más grave de salud y muchas veces se encuentra su vida en riesgo. Todo ello aumenta la preocupación tanto del paciente como de su familia. Además de ello la familia puede tener poca implicación durante el ingreso del paciente ya que el horario de visitas es muy limitado y solo se permite 2 horas al día. <sup>(5,11)</sup>

Además de los síntomas físicos que experimente el paciente en su ingreso existe un sufrimiento psicológico y emocional. Los pacientes perciben sensaciones de soledad,

aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sentimientos de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras.<sup>(6)</sup>

Esto supone para el paciente una serie de alteraciones psicoemocionales que sufren durante su ingreso y en muchas ocasiones se pueden extender tras el alta de UCI.<sup>(3)</sup> Si el ingreso es prolongado, puede suponer para el paciente mayor estrés el abandonar su zona de confort, un estado de ansiedad que es extensible también al familiar/cuidador. Ya que esto supone volver a adaptarse a un nuevo medio donde va a cambiar todo a lo que estaban acostumbrados: el entorno, el personal, los horarios, la vigilancia, etc.

Por estas razones, la atención y la medición de calidad de la UCI deben incluir la perspectiva de las familias sobre si sus necesidades se cumplieron o no, la satisfacción con el proceso de atención y el resultado y la evaluación de las intervenciones para mejorar su salud psicológica y su bienestar.<sup>(5)</sup>

#### **2.4. Altas precoces**

En muchas ocasiones, las UCIs se encuentran al máximo de su capacidad, a veces la demanda de camas da lugar a altas precoces y se selecciona a pacientes que están en “mejores condiciones” para su traslado a planta, lo cual da lugar a riesgos cuando el paciente aún necesita cuidados de enfermería que en la planta no se le pueden asegurar, ya que pueden carecer del equipo necesario para la monitorización del paciente. Además, la hora de traslado del paciente de la UCI a la planta, parece tener impacto en la evolución del mismo, como un claro factor de riesgo. Por todo lo anterior, las investigaciones se han dirigido al análisis de la estabilidad en el momento del alta que contrarreste los datos de mortalidad ante la presión y la demanda de camas de UCI. Por otro lado, el número de días que el paciente ha estado en situación estable ha sido considerado un marcador para asegurar la estabilidad en la planta y proceder a su traslado. En cambio, la elevada dependencia de enfermería días previos al alta o la necesidad de soportes renal, cardiovascular o respiratorio, en el último día en UCI, constituyen factores de riesgo para desarrollar problemas tanto físicos como psicológicos tras el alta de Cuidados Intensivos.<sup>(7, 8, 9, 10)</sup>

Además, los pacientes dados de alta precoz de la unidad de cuidados intensivos están en riesgo de deterioro, reingreso a UCI y aumento de la mortalidad. Un alta precipitada a una sala de hospitalización es beneficiosa para reducir los costos, pero puede afectar negativamente en los resultados de salud de los pacientes.<sup>(8)</sup>



La tasa de reingreso en UCI se encuentra relacionada con diversos factores, entre ellos el momento del alta (se ha relacionado con altas precoces) o el transcurso de las enfermedades. El alta de la unidad de cuidados intensivos es necesario para el paciente ya que cuando se prolonga innecesariamente el ingreso también aumenta el riesgo de el paciente de desarrollar infecciones, complicaciones que van relacionadas con la inmovilización, entre otras, así como los costes para el hospital. Pero el alta se debe de realizar cuando el paciente requiera una menor vigilancia y monitorización así como que disminuya la necesidad de cuidados. El alta precoz de UCI también puede resultar una medida inadecuada ya que el paciente contará con menor vigilancia y con el riesgo que supone un reingreso para la evolución del paciente. Si el alta ha sido realizada de forma adecuada habrá menor riesgo de reingreso. <sup>(7)</sup>

En el año 1998, Angus<sup>(12)</sup> en su estudio, refiere que el reingreso en UCI podría estar relacionado con un indicador del proceso del cuidado del paciente en el hospital. Ya que en la planta de hospitalización el ratio paciente-enfermera es mayor que en la UCI por lo que los cuidados al paciente no son los mismos, Angus indica que el reingreso en UCI puede tener más que ver con la diferencia de cuidados que recibe el paciente en planta más que por haber recibido un alta precoz de UCI. Por ello, este autor, considera que el porcentaje de reingreso no es un marcador específico de la calidad asistencial de la UCI. <sup>(12)</sup>

## **2.5. Síndrome post-cuidados intensivos**

El síndrome post-cuidados intensivos denominado en inglés: Post-Intensive Care Syndrome (PICS)<sup>(9)</sup>, ha sido descrito como las secuelas físicas (principalmente respiratorias y dolor persistente, alteraciones del sueño y debilidad adquirida por la hospitalización), secuelas cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y secuelas emocionales (depresión, ansiedad, estrés y/o estrés postraumático) estos problemas afectan entre al 30% y al 50% de pacientes. Estos problemas impactan de forma negativa en el paciente tras ser dado de alta de una unidad de cuidados intensivos causando consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Y además afecta en gran medida a sus familiares siendo en ocasiones una figura vulnerable y olvidada. <sup>(13)</sup>

El apoyo que reciban de los familiares es esencial en el afrontamiento de la enfermedad y pueden ser una pieza fundamental en el manejo del PICS participando en los cuidados del paciente y ayudándole a permanecer tranquilo y orientado. También los cuidadores pueden verse afectados por sentimientos de preocupación y confusión que pueden llevarlos a descuidar su propia salud. El equipo sanitario debe ser consciente de ello para reconocer y prestar también apoyo a los familiares que lo precisen. <sup>(14, 15, 16)</sup>

Minimizar las secuelas que causa el alta post Cuidados Intensivos conlleva la necesidad de un equipo multidisciplinar especializado en el problema que presente el paciente y un correcto seguimiento con intervenciones de prevención, así como la detección precoz de alteraciones emocionales que comienza durante su ingreso y que pueden continuar tras el paciente ser dado de alta de la UCI. <sup>(15)</sup>

Debido a estos problemas detectados en pacientes dados de alta en la UCI, surge una propuesta en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Valme (Sevilla) a la que denominan "Alta Asistida".

## **2.6. Alta asistida**

Se definirá "alta asistida" como el acompañamiento del paciente que es dado de alta en la unidad de cuidados intensivos hasta el área de hospitalización por el equipo asistencial que lo ha estado atendiendo, formado por la enfermera y auxiliar responsables del paciente. Con lo que se pretende realizar un proceso óptimo del traslado del paciente, asegurando una continuidad de cuidados y la disminución de la ansiedad asociada al traslado, tanto en el paciente como en sus familiares; además de contribuir al incremento de la satisfacción del enfermo y su familia previniendo los reingresos hospitalarios.

El proceso de traslado correcto desde la UCI a planta es clave para evitar la aparición de la ansiedad en el paciente y su familia, el aumento de los reingresos en UCI con el consiguiente incremento de costes y comprometer la seguridad del paciente. <sup>(17)</sup>

### 2.6.1. Ventajas del "alta asistida"

El hospital del Valme afirma que esto supone una mejoría tanto para el paciente como para los profesionales ya que cuanto mayor es el tiempo de ingreso el paciente sufre una dependencia del equipo, el paciente siente seguridad al sentirse vigilado y con confianza de que si algo no va bien tendrá una respuesta rápida y efectiva.

Por lo cual con dicho programa se quiere aportar confianza al paciente y disminuir la ansiedad que pueda generar el pasar de un lugar donde se encuentra constantemente vigilado y monitorizado a una planta de hospitalización donde no va a estar tan controlado.

Por otro lado, para los profesionales de la unidad supone la satisfacción del trabajo bien hecho, para las unidades de destino les va a aportar información sobre el

paciente y la toma de contacto directo con él, también va a disminuir la preocupación que puede generarles la llegada de un paciente de cuidados críticos a la planta.

El hospital del Valme ha establecido como pacientes potencialmente susceptibles de beneficiarse de este programa a aquéllos con un ingreso prolongado, de 20 días o más. Aunque pacientes con un menor número de días de ingreso también se beneficiarán de dicho programa cuando se considere oportuno.

### **3. ANTECEDENTES**

Cuando el paciente esta estable y ya no requiere de vigilancia permanente, es dado de alta de la UCI, este es trasladado a una planta de hospitalización para seguir siendo atendido en su proceso de enfermedad. Este traslado no siempre es percibido por el paciente como algo satisfactorio ya que en ocasiones causa ansiedad o miedo tanto en los pacientes como en sus familiares. <sup>(18,19)</sup>

Según refiere María A. Coyle, el alta de cuidados especializados va acompañada de ansiedad y estrés, fenómeno que Coyle designa como “ansiedad por traslado”. Esta suele aparecer en pacientes cuando se alteran sus rutinas, el ambiente, el personal, la vigilancia constante, procedimientos que le son realizados, la monitorización invasiva, entre otros, sin que se les proporcione una adecuada explicación o se les prepare para este gran cambio que supone para ellos. <sup>(13)</sup>

Muchas veces llegando a ser este traslado repentino debido al escaso número de camas y la demanda de ingreso urgente de otros enfermos en estado grave, no da la oportunidad de preparar al paciente para el traslado correctamente. Esto puede desembocar en él sensación de desprotección, abandono e inseguridad. De igual manera que llegan a sentir miedo en la evolución de su enfermedad. <sup>(18)</sup>

McKinney y Deeny, realizaron un estudio que consistió en entrevistar a 6 pacientes antes y después del traslado de una UCI, en dicho estudio obtuvieron resultados que apoyarían estas afirmaciones. Antes del traslado los pacientes manifestaron un deseo de normalidad, e identificaron la ausencia del equipo de la UCI como el componente más negativo del traslado. Los autores concluyen que la experiencia de la UCI parece tener un impacto después del traslado, así como que el traslado de estas Unidades puede ser perjudicial para algunos pacientes, por lo que consideran necesario mantener una continuidad en los pacientes que se encuentran en recuperación de una enfermedad crítica. <sup>(18)</sup>

En relación, McKinney y Melby apoyan la idea de que una buena preparación y una intervención temprana podría facilitar el traslado de los pacientes desde la UCI a las salas de cuidado general, pudiendo realizarse programas de enseñanza previos al traslado, así como proporcionar información escrita sobre dicho traslado, con el objetivo de ayudar a los pacientes a interpretarlo como un paso positivo, y aumentar tanto la sensación de control como de capacidad para afrontar la nueva situación. <sup>(7,18)</sup>

Así mismo, Odell analizó a 6 pacientes tras ser dados de alta de Cuidados Intensivos siendo trasladados a una planta de hospitalización, dichos pacientes estuvieron ingresados en una UCI durante al menos 4 días. El traslado había sido planeado como parte del proceso de recuperación de la enfermedad de los participantes, sin embargo fue considerado como una experiencia traumática por los pacientes, quienes la percibieron como confusa, estresante y agotadora. Odell detecta que los pacientes no estaban preparados para los sentimientos que manifestaron tras el traslado, por lo tanto afirma que se debe preparar al paciente para evitar que se produzcan problemas psicológicos tras el alta de cuidados intensivos. <sup>(18)</sup>

En una revisión narrativa, en la que se incluyen 13 artículos de entre los años 2005 a 2014, realizada por Jorge Martínez Toquero y Mireia Llauredó, las necesidades más detectadas, en los pacientes, fueron: estar informados sobre su proceso y poder decidir sobre él, poder comunicarse con su familia y los profesionales, tener un buen descanso disminuyendo los despertares frecuentes y mantenerse en contacto con su familia debido a la gran soledad que sienten. <sup>(20)</sup>

Por otra parte, se han llevado a cabo diferentes estudios sobre los factores que influyen en el reingreso y la mortalidad del paciente tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. En general, en la mayoría de investigaciones hay una influencia de el alta precoz de UCI como factor relacionado tanto con la mortalidad como los reingresos, así también como la influencia de la hora y el día de el alta. <sup>(21)</sup>

Un estudio llevó a cabo un modelo para la transición de atención post-UCI, el cual llevaba un seguimiento a todos los pacientes trasladados a la planta de hospitalización durante al menos 24 horas, esto afirman, que disminuyó significativamente la duración de la estancia hospitalaria, sin afectar la readmisión de UCI y la tasa de mortalidad. Llevar a cabo dicho modelo puede reducir los costos sanitarios y hacer que el traslado sea más seguro. <sup>(6)</sup>

En el Servicio de Medicina intensiva del Hospital Universitario Asociado General de Castellón, se llevó a cabo un estudio, entre enero de 2006 y diciembre 2009, sobre la

mortalidad después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante el estudio se registraron 5.238 ingresos, de ellos fallecieron 907 de los que 202 fallecieron tras el alta de UCI. No se detectaron diferencias significativas entre los fallecidos en UCI o tras la estancia en UCI en relación a complicaciones aparecidas tras el ingreso. Tampoco los reingresados en UCI tras pasar a la planta de hospitalización presentaron una mayor mortalidad. Se obtuvo en dicho estudio que la causa de muerte en la planta tras el alta en UCI no está significativamente relacionada con la causa del ingreso. <sup>(22)</sup>

Sin embargo, se realizó otro estudio en la UCI-Polivalente del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, que dispone de 10 camas para pacientes críticos adultos. Cuyo objetivo era comprobar la frecuencia de altas no programadas y su relación con la mortalidad hospitalaria tras la estancia en UCI. Se analizaron a 1.521 pacientes con más de 12 horas de estancia, entre ellos hubo 165 altas no programadas (10,8%) y una tasa de mortalidad del 11,6% (176 pacientes), del total de altas. Los factores relacionados con la mortalidad fueron la limitación del esfuerzo terapéutico, las readmisiones, las altas no programadas, fallos orgánicos al alta de UCI y la edad. Con lo cual, dicho estudio indica que las altas no programadas son frecuentes e influyen significativamente en la mortalidad del paciente post-UCI. <sup>(6)</sup>

En una revisión donde se seleccionaron 23 artículos, de los que 10 eran estudios cualitativos, 11 cuantitativos y 2 con metodología combinada, se identificó como uno de los aspectos influyentes en la aparición de ansiedad el proceso de traslado a la planta. También, se encontraron discrepancias sobre quién debería asumir la responsabilidad de la preparación del proceso de transición y cuándo se debería llevar a cabo. En dicha revisión se han propuesto varias intervenciones para facilitar un proceso de transición óptimo tales como: el desarrollo de folletos informativos, la creación de un perfil de enfermería que ejerza de enlace entre la UCI y la planta, y el informe de alta de UCI. <sup>(17)</sup>

A nivel internacional, en un hospital de enseñanza del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, se analizó la ansiedad de los pacientes, que permanecieron al menos 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos, a través de una escala de ansiedad - depresión, en el momento que se encontraban preparados clínicamente para el traslado a la planta. Dicho estudio sugiere que los traslados por la noche provocan más ansiedad en los pacientes que los que se realizan durante el día. <sup>(23)</sup>

Así mismo, se llevó a cabo un estudio en el Hospital Maciel de Montevideo, Uruguay, que incluyó pacientes ingresados entre abril y noviembre de 2014. Se analizaron 325 pacientes. De los pacientes dados de alta de UCI (218), el 30% falleció en

el hospital durante dicho periodo. Las altas de la UCI se distribuyeron de la siguiente manera: 139 pacientes fueron dados de alta en días entre semana, y 79 durante el fin de semana. Los pacientes dados de alta el fin de semana tuvieron una mortalidad significativamente mayor (57%). Este estudio manifiesta que no solo los factores relacionados con la gravedad del paciente se relacionan a su pronóstico, que tanto el proceso como la estructura tienen impacto en el resultado final del paciente.<sup>(24)</sup>

Dicho estudio propone como solución no dar altas los fines de semana. Por otra parte ofrece estrategias para mejorar la percepción del riesgo, la seguridad de los pacientes fuera de UCI y la gestión del deterioro de su estado de salud los cuales pueden tener un efecto positivo en lo referido a reducir la mortalidad y en el proceso de recuperación. Además manifiesta que el seguimiento al alta y la detección precoz de signos y síntomas de alarma de pacientes en riesgo reduce el riesgo de deterioro del paciente y aumenta la seguridad y satisfacción del paciente.<sup>(24)</sup> Además adecuar el espacio hospitalario a las necesidades del enfermo, así como fomentar el conocimiento de la rutina hospitalaria, ha demostrado ser útil en la reducción de la ansiedad.<sup>(25)</sup>

## **4. JUSTIFICACIÓN**

Con este trabajo se pretende valorar la implantación de un proceso que nos permita dar una respuesta a las necesidades de la familia y del propio paciente tras estar hospitalizado en una UCI, con el fin de lograr una mayor satisfacción y seguridad de estos, lograr una mejoría en la recuperación de su enfermedad, reduciendo la ansiedad que genera tener que adaptarse a un nuevo lugar, donde se encuentra menos vigilado. Por otro lado, esperamos que justifique la necesidad de un cambio, como vía para mejorar la humanización de los cuidados intensivos, aumentando el grado de satisfacción, disminuyendo los reingresos, la mortalidad y la ansiedad.

## **5. OBJETIVOS**

### Objetivo general:

- Valorar el impacto de la implantación del proceso Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos.

### Objetivos específicos:

- Ponderar los factores que influyen en la ansiedad tras el alta de la UCI.
- Analizar la satisfacción del paciente y la familia después de la intervención recibida.
- Cuantificar el número de reingresos en pacientes con y sin alta asistida.
- Determinar la variación del nivel de ansiedad pre y post alta de UCI.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio**

Se realizará un estudio analítico de tipo antes - después.

### **6.2. Búsqueda bibliográfica**

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de enero a febrero de 2019. Se ha consultado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo España, Cinahl y Dialnet Plus y además, se ha utilizado el buscador PuntoQ, buscador de referencia de la biblioteca digital de la ULL, para el acceso de los artículos seleccionados.

Para ello se han utilizado los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) o los Medical Subject Headings (MeSH), combinadas con los operadores Booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: Unidad de Cuidados Intensivos (Intensive Care Unit), Ansiedad (Anxiety), Alta del Paciente (Patient Discharge), Satisfacción del paciente (Patient Satisfaction) y familia (Family).

Posteriormente, se realizó una búsqueda intencionada de estudios reverenciados en la bibliografía seleccionada, así como documentos de consenso del Ministerio de Sanidad y Servicios Públicos de salud.

Para la selección de la bibliográfica se establecieron criterios de inclusión y exclusión para las bases de datos consultadas:

#### **Criterios de inclusión:**

- Artículos en Español o Inglés .
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos relevantes con el tema del proyecto.
- Artículos con acceso al texto completo.

**Criterios de exclusión:**

- Artículos referidos a Unidad de Cuidados Intensivos neonatal o pediátrica.
- Artículos que no se centraban en la ansiedad del paciente.
- Artículos duplicados, en diferentes bases de datos.

Tras realizar la búsqueda utilizando los descriptores Decs y sus respectivos términos MesH y su posterior selección de artículos mediante los criterios mencionados, se recopiló en la base de datos Pubmed 7 artículos, en Scielo 4 artículos, en CINAHL 3 artículos, en Dialnet 8 artículos. Por otro lado a través de la búsqueda intencionada se seleccionaron 3 artículos, haciendo un total de 25 artículos.

**6.3. Proceso Alta Asistida (Pro-AIA)**

Las actividades propuestas, se han identificado a través de la información recogida en los diferentes estudios consultados. Mediante consenso con expertos de la UCI de La Palma, se concretaron las actividades que se especifican en la tabla 1.

Tabla 1. ACTIVIDADES Pro-AIA

<b>ALTA PROGRAMADA</b>	<b>ALTA PRECOZ</b>
Información paciente/familia	Información paciente/familia
Monitor en planta (48h)	Monitor en planta (48h)
Aumentar las horas de visita	Aumentar en una enfermera la plantilla de la Unidad, por turno, durante 48 horas.
Implicar al familiar en los cuidados del paciente	
Visita a la planta de destino	
Permitir la movilización/deambulación del paciente	

Fuente: Elaboración propia.

**Información paciente/familia:**

La enfermera de UCI encargada del paciente dará información tanto al paciente y la familia y estará disponible telefónicamente para en cualquier momento resolver las dudas que se le planteen al familiar. Se prestará apoyo psicológico si lo precisan.



Cuando el paciente este en la planta se asignará una enfermera responsable que tenga contacto con la familia: los pacientes serán responsabilidad de la enfermera que desempeña su trabajo en el turno de mañana.

Esta actividad se realizará, al menos, una vez por turno.

**Monitor en planta (48h):**

Se mantendrá la monitorización electrocardiografica continua y la monitorización de tensión arteria, saturación de oxígeno y temperatura se realizara por turnos, con la intervención de la enfermera.

**Aumentar las horas de visita:**

Aparte de las 2 horas al día de visitas que establece la Unidad de Cuidados Intensivos, se permitirá a los familiares más cercanos las visitas a la hora de las comidas, del baño y cuando pase el médico.

**Implicar al familiar en los cuidados del paciente:**

Permitir al familiar estar cuando le realizan los cuidados al paciente y además estar presente cuando lo vea el medico. Esta actividad fomenta el aumento de las horas que están con el paciente.

**Visita a la planta de destino:**

La enfermera de UCI encargada ese día del paciente le acompañará, en el turno de mañana, a la planta de hospitalización a visitarla, y si es posible ver cual será exactamente su habitación. La supervisora de la planta le dará información acerca de la planta de destino, el funcionamiento de la planta, las actividades que se realizarán en cada turno, así como el horario de comidas y horario de visitas. En el caso de que sea un alta precoz la enfermera responsable le explicara el funcionamiento de la planta y en ambos casos la enferma de UCI acompañará durante el traslado al paciente.

**Permitir la movilización/deambulación del paciente:**

Se promoverá la deambulación controlada por la enfermera encargada del paciente así como la utilización del WC, siempre que sea posible. Además, se adecuará el espacio hospitalario a las necesidades del enfermo, y se fomentará el conocimiento de la rutina hospitalaria.

**Aumentar en una enfermera la plantilla de la Unidad por turno:**

Cuando se llegue al máximo de ocupación de la UCI, se aumentará el equipo de cuidados en una enfermera por turno. Esta enfermera es la que acompañará al paciente que pudiera ser “Alta Precoz”, asignándola como plantilla de la unidad de destino.

## 6.4. Variables

### Variables sociodemográficas:

- Sexo. Variable cualitativa dicotómica. (Masculino/Femenino)
- Edad. Variable cuantitativa discreta expresada en años.
- Familiares. Variable cualitativa discreta. (Sí/No)
- Motivo de ingreso en UCI. Variable cualitativa con 7 opciones de respuesta: 1 (cardiología), 2 (neurología), 3 (digestivo), 4 (respiratorio), 5 (post-quirúrgico), 6 (cirugía), 7 (traumatología).
- Días de estancia en UCI. Variable cuantitativa, discreta.
- Destino del paciente - planta de hospitalización. Variable cualitativa con 6 opciones de respuesta: A0 (A0), A1 (Mixta), A2 (Medicina Interna), B0 (Cirugía), B1 (Especialidades), B2 (Maternidad).

### Variables propias del estudio:

- Grado de satisfacción.
  - Pacientes. Variable cualitativa politómica. Valorado a través del cuestionario FS-ICU 34 adaptado para pacientes.
  - Familia. Variable cualitativa politómica. Valorado a través del cuestionario FS-ICU 34.
- Ansiedad paciente y familia. Variable cualitativa politómica. Medida a través de la escala de ansiedad estado-rasgo (STAI).
- Reingresos hasta 30 días después del alta de UCI. Variable cualitativa discreta. (Sí/No).
- Mortalidad del paciente hasta las 48 horas del alta de UCI. Variable cualitativa discreta. (Sí/No).
- El paciente ha estado con soporte circulatorio/respiratorio. Variable cualitativa politómica: (Con respecto a la hora del Alta de UCI) Últimas 6 horas, hace 6-12 horas, hace 12-24 horas o hace más de 24 horas.
- Tipo de alta. Variable cualitativa con dos opciones de respuesta: Programada, con tiempo de preparación del paciente superior a 6 horas o precoz con tiempo de preparación del paciente menor a 6 horas.
- Turno de alta. Variable cualitativa en relación al tiempo de salida de UCI: mañana (8:00-15:00h), tarde (15:00-20:00h), noche (20:00-8:00h).
- Día de la semana del alta de UCI. Variable cualitativa politómica con una opción de respuesta (lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado o domingo).
- Estado mental de los pacientes. Variable cuantitativa, valorado a través de la Escala de Coma de Glasgow.

## 6.5. Población y muestra

La población diana la conformarán todos los pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de La Palma, que vayan a una planta de hospitalización y el familiar más cercano de aquellos pacientes que se incluyan en el estudio. Para el calculo de muestra escogida para estudio será el total de pacientes necesarios para una confianza del 95% con un error del 3% que cumplan los criterios de inclusión.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

N = Total de población	396
$Z_a^2$ = Seguridad (95% = $1,96^2$ )	$1,96^2$
p = Proporción (50% = 0,5)	0,5
q = 1 - p (1 - 0,5 = 0,5)	0,5
d = Precisión (3%=0,03)	0,03
<b>n = TAMAÑO MUESTRAL</b>	<b>289</b>

Para la selección de la muestra se utilizara un muestreo aleatorio entre los pacientes que acepten formar parte del estudio y cumplan criterios de inclusión. Utilizaremos para ello una tabla de números aleatorios.

### Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Familiar o cuidador principal o en su defecto familiar más cercano mayor de 18 años.
- Pacientes que hayan tenido un ingreso en UCI igual o superior a 4 días.
- Pacientes y familiares que den su consentimiento informado, de forma escrita, para participar en el estudio.

### Criterios de exclusión

- Pacientes con un nivel de conciencia menor o igual a 13 en la escala de coma de Glasgow.
- Patología psiquiátrica.
- Encuestas incompletas.
- Pacientes de traslado a otro centro sanitario.
- Pacientes con un deterioro progresivo inevitable en los que decida el traslado a una unidad de menor complejidad con intención de favorecer el confort del paciente y la compañía de sus familiares.

### **6.6. Instrumentos de medida**

Para la recogida de los datos necesarios para el proyecto, se utilizarán una serie de cuestionarios autoadministrados para medir la satisfacción y la ansiedad, el cuestionario para medir la ansiedad se entregará a los pacientes y a los familiares 24 horas previas al alta de la UCI (si no es posible 24 horas antes, se entregará justo en el momento que se sepa que el paciente va a ser dado de alta) y para medir la satisfacción y nuevamente la ansiedad se entregarán tras 24 horas del alta de la UCI, cuando estén en planta de hospitalización.

Aparte de los mencionados cuestionarios se utilizara una escala para medir el nivel de conciencia de los pacientes, estos serán administrados por la enfermera de UCI responsable del paciente en ese momento. El resto de variables se obtendrán de la historia clínica electrónica DRAGO-AE.

- **Cuestionario FS-ICU 34 para evaluar la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI. (Anexo 4):** Se trata de un cuestionario desarrollado por Daren K.Heyland y Joan E. Tranmer. Este cuestionario tiene dos partes, la primera parte y principal, hace referencia a la satisfacción con el cuidado prestado al paciente y su familia, mediante 18 ítems divididos en 8 subescalas. La segunda parte del cuestionario valora la satisfacción familiar en relación a la toma de decisiones en torno a los cuidados del paciente en la unidad, consta de 16 ítems los cuales se dividen en dos partes. Las preguntas del cuestionario se responden según la escala Likert que nos permite conocer el grado de conformidad del encuestado. Este cuestionario, autoadministrado, utiliza diferentes opciones de respuesta, en la primera parte del cuestionario va del 1 al 6 siendo: 1= excelente, 5= mal y 6= no aplica, y en el último ítem hay 5 posibles respuestas que van del 1 al 5, siendo el 1=completamente satisfecho y 5 =muy insatisfecho.

- **Cuestionario FS-ICU 34 para evaluar la satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI. (Anexo 5):** Para medir la satisfacción de los pacientes, se han adaptado los ítems de la encuesta referente a la satisfacción de los familiares FS-ICU 34.
- **Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). (Anexo 6):** Fue diseñada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1983. Esta compuesta por dos escalas, formadas por 20 ítems cada una. El cuestionario será autoadministrado y las respuestas son valoradas siguiendo una escala Likert de cuatro puntos. El rango de las puntuaciones varía de 0 a 60 en cada escala, donde una puntuación de 0-19 se considera ansiedad baja, de 20-39 ansiedad moderada y de 40-60 ansiedad alta.
- **Escala de Coma de Glasgow. (Anexo 7):** La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)) fue creada por Graham Teasdale y Bryan Jennett en el año 1974, es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. La escala será administrada por la enfermera responsable del paciente. Dicha escala mide tres parámetros: respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. Un valor de 14 - 15 se considera leve, de 9 -13 moderado y < 8 grave.

## 6.7. Limitaciones y consideraciones éticas

Se solicitará autorización para la realización del proyecto, mediante los consentimientos necesarios, tanto a la gerencia del hospital como al comité bioético de referencia.

La información recogida en este proyecto será utilizada únicamente con fines de investigación. Se respetará la privacidad de los datos obtenidos así como el anonimato de los participantes, de acuerdo a la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, se respetarán los derechos fundamentales de las personas y los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Los participantes en este proyecto lo harán de forma voluntaria y sin remuneración. Pudiendo abandonar el estudio cuando ellos decidan, mediante la revocación del consentimiento informado.

## 6.8. Análisis estadístico

Se analizarán los datos que se obtengan, a partir de los cuestionarios. Para ello se empleará el programa estadístico SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences), con la ayuda de un experto estadístico.

- Variables cuantitativas: los resultados serán expresados con la media, la mediana, moda y desviación estándar.
- Variables cualitativas: serán descritas mediante la frecuencia absoluta, la proporción y el porcentaje.

Para el análisis inferencial de las variables cualitativas analizadas, tras la valoración de las pruebas de normalidad y homogeneidad, se empleará el test de Chi Cuadrado.

## 7. LOGÍSTICA

### 7.1. Cronograma

El proyecto tendrá una duración de 19 meses. En la siguiente tabla se muestra la duración de cada período.

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5 -16	Mes 17	Mes 18	Mes 19
Búsqueda bibliográfica	■							
Solicitud de permisos	■	■						
Diseño del proyecto		■						
Recolección de datos				■				
Análisis de datos						■		
Difusión de resultados							■	

## 7.2. Presupuesto

<b>Recursos materiales</b>		<b>Coste</b>
Impresora		60 €
Ordenador portátil		450 €
Material de oficina: bolígrafos, grapadora, folios, sobres, cartuchos de tinta...		120 €
<b>Recursos humanos</b>		
Estadístico		500 €
	<b>Total:</b>	<b>1130 €</b>

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: MSPS; 2010.
2. Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *AEPCP* [en línea] 2013 [fecha de acceso 11 de febrero de 2019];18(2):129-138. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12769>
3. Montes Vázquez, Manuel. La familia como parte activa en los cuidados del paciente crítico. *Evidentia* [en línea] 2008 [fecha de acceso 19 de febrero de 2019]; 5(23). Disponible en: [www.index-f.com/evidentia/n23/ev6799.php](http://www.index-f.com/evidentia/n23/ev6799.php)
4. Juliá BG, Arnal RB, Martínez SG, Palomino ER, García CG. Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. *Fórum de Recerca* 2010(15):293-304.
5. Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*. 2019;00:1–15.
6. Rodríguez-Carvajal M, Mora D, Doblas A, García M, Domínguez P, Trisancho A, et al. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva* 2011;35(3):143-149.
7. Montiel MBE, González JCM. Seguimiento hospitalario de pacientes críticos al alta de una UCI polivalente. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2011.
8. Christiansen CF, Flaatten H. Out-of-hours discharge from intensive care: certain about uncertainty 2018; 44: 1545-1547.
9. Stollings JL, Caylor MM. Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72(15):1315-23.
10. Álvarez AA, Pérez IT, Calderón VE, Gelbard CH, Urban JS, Grinspan MR, et al. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Medicina intensiva* 2013;37(1):12-18.



11. Ricart Basagaña M. Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2015.
12. Angus DC. Grappling with intensive care unit quality: Does the readmission rate tell us anything? Crit Care Med 1998;26:1779-80.
13. Kheir F, Shawwa K, Nguyen D, Alraiyes AH, Simeone F, Nielsen ND. A 24-Hour Postintensive Care Unit Transition-of-Care Model Shortens Hospital Stay. J Intensive Care Med 2016;31(9):597-602.
14. Cypress BS. Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review. Dimens Crit Care Nurs 2013 Sep-Oct;32(5):244-261.
15. Velazco, J.M. y Heras, G. Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de los Cuidados. [en línea] 2017 [fecha de acceso 15 de febrero de 2019]; 10(20). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
16. Zambrano-Plata GE, Ferreira-Cardona JC, Lindarte-Clavijo AA, Niño-Bayona CJ, Ramírez-Rodríguez NR, Rojas-Bautista LY. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Revista Ciencia y Cuidado 2010;7(1):52-60.
17. Calatayud MV, Portillo M. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. Enfermería intensiva 2013;24(2): 49-94.
18. López PM. Impacto de un programa de continuidad asistencial tras el alta de la unidad de cuidados intensivos 2013.
19. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from stakeholders' conference. Crit Care Med 2012; 40(2):502-509.
20. Toquero JM, Llauradó M. Necesidades de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Metas de enfermería 2016;19(10):8.

21. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [Internet]. 2014; 38
22. Campos RA, Tena SA, Muncharaz AB, Font SM, Sellés AF, Campos LM, et al. Estudio de la mortalidad post-UCI durante 4 años (2006-2009). Análisis de factores en relación con el fallecimiento en planta tras el alta de UCI. *Medicina Intensiva* 2011;35(3):150-156.
23. McCairn AJ, Jones C. Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2014;30(4):219-225.
24. Moreira HE, Verga F, Barbato M, Burghi G. Impacto pronóstico del momento de ingreso y egreso de la unidad de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de terapia intensiva* 2017; 29 (1): 63-69.
25. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2011;4(3): 228-233.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. Solicitud para la Gerencia del Hospital General de La Palma.

Sr./ Sra. Gerente del Hospital General de La Palma,

Yo Gabriela Hernández Pérez, alumna de cuarto curso de Enfermería de la Universidad de La Laguna, solicito su autorización para recoger los datos necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación “Influencia de un proceso de Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos“, cuyo objetivo es valorar el impacto de la implantación del proceso Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Con dicha intervención se pretende disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción percibida, tanto en el paciente como en su familia, y así obtener mejores resultados en el proceso de recuperación del paciente.

Le informo que los participantes que accedan a colaborar en el proyecto lo harán de forma anónima y voluntaria. Se guardará la confidencialidad de los datos obtenidos de acuerdo a la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, en la que se vela por el cumplimiento de los derechos de los pacientes y los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Los datos se analizarán de forma conjunta por lo que se protege de esta forma el anonimato de los participantes.

De antemano le agradezco su colaboración,  
Atentamente,  
Gabriela Hernández Pérez

En Santa Cruz de La Palma a \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2019

## **ANEXO 2. Solicitud para el comité bioético del hospital de referencia.**

Estimados Sr/Sra, se solicita permiso al comité bioético del Hospital Universitario de Canarias,

Yo Gabriela Hernández Pérez, alumna de cuarto curso de Enfermería de la Universidad de La Laguna, solicito su autorización para recoger los datos necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación “Influencia de un proceso de Alta Asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos “, cuyo objetivo es valorar el impacto de la implantación del proceso alta asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Con dicha intervención se pretende disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción percibida, tanto en el paciente como en su familia, y así obtener mejores resultados en el proceso de recuperación del paciente.

Le informo que los participantes que accedan a colaborar en el proyecto lo harán de forma anónima y voluntaria. Se guardará la confidencialidad de los datos obtenidos de acuerdo a la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”, en la que se vela por el cumplimiento de los derechos de los pacientes y los principios éticos de beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad.

Los datos se analizarán de forma conjunta por lo que se protege de esta forma el anonimato de los participantes.

De antemano le agradezco su colaboración,

Atentamente,

Gabriela Hernández Pérez

En Santa Cruz de La Palma a \_\_\_de \_\_\_ de\_\_\_\_\_ 2019

### **ANEXO 3. Formulario de Consentimiento informado.**

Estimado señor/a,

Nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para participar en este estudio. Debe saber que su participación es absolutamente VOLUNTARIA y que su decisión no influirá en la atención que va a recibir.

El OBJETIVO de este proyecto es valorar el impacto de la implantación del proceso alta asistida en pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Solicitamos por su parte, autorización para el acceso a la historia del paciente para consultar datos sobre el proceso por le que se le ha incluido en el estudio.

Estos datos serán consultados por personal perteneciente al equipo de trabajo y sólo se utilizará para el siguiente estudio. La publicación de los resultados NO incluirá datos que puedan identificarle a usted como paciente.

AUTORIZACIÓN:

D. /Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, CONSIENTO la consulta de mi historia de salud en los términos que se indicaban anteriormente.

Firma y fecha,

Gabriela Hernández Pérez

Investigadora principal

REVOCACIÓN:

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, REVOCO el anterior consentimiento para continuar participando en el proyecto, de modo que los datos no consten en dicho estudio, en los términos que se indicaban anteriormente.

Firma y fecha,

**ANEXO 4. Cuestionario FS-ICU 34** para evaluar la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI y adaptación de dicho cuestionario para el paciente.

**ID:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

1. Soy:

Hombre

Mujer

2. Tengo: \_\_\_\_\_ años.

3. Mi grado de parentesco es:

Esposa

Esposo

Pareja

Hija

Hijo

Otro: \_\_\_\_\_

Madre

Padre

Hermana/o

4. Antes de este ingreso, ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI:

Sí

No

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.  
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción "no aplica" (N/A).

**PARTE 1: SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS**

**1. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:** cortesía, respeto y compasión por su familiar

1 Excelente

2 Muy bien

3 Bien

4 Suficiente

5 Mal

6 No aplica

**Manejo de los síntomas:** Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCI

**2. Dolor**

1 Excelente

2 Muy bien

3 Bien

4 Suficiente

5 Mal

6 No aplica

### 3. Disnea

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 4. Agitación

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### ¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

**5. Consideración de sus necesidades:** Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCI

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**6. Apoyo emocional:** Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por parte del personal de UCI

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**7. Coordinación del cuidado:** El trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**8. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:** Cortesía, respeto compasión recibida por usted.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### PERSONAL DE ENFERMERÍA

**9. Habilidades y competencias del personal de Enfermería de la UCI:** Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**10. Frecuencia en la Comunicación con el personal de Enfermería:** Con qué frecuencia el personal de enfermería hablaba con ustedes acerca del estado de su familiar

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### PERSONAL MÉDICO

**11. Habilidades y Competencia de los Médicos de la UCI:** Cómo atendieron los médicos a su familiar

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

**12. El ambiente en la UCI era:**



1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### LA SALA DE ESPERA

#### 13.El ambiente en la sala de espera era:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.  
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción “no aplica” (N/A).

## PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

### NECESIDADES DE INFORMACIÓN

**1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:** cada cuanto haba el médico con usted sobre su familiar.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**2. Facilidad para obtener información:** Voluntad del personal de la UCI para contestar a sus preguntas.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**3. Comprensión de la información:** Explicaciones comprensibles proporcionadas por el personal de la UCI.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**4. Honestidad de la información:** Honestidad de la información proporcionada sobre el estado de su familiar.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**5. Exhaustividad de la información:** Información del personal de UCI sobre lo que le ocurría a su familiar y por qué se tomaban determinadas acciones.

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**6.Coherencia de la información:** Coherencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida de médicos, enfermeras, etc.?

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

## **PROCESO DE TOMA DE DECISIONES**

### **7. ¿Se sintió incluido/a en el proceso de toma de decisiones?**

- Me sentí muy excluido/a.
- Me sentí algo excluido/a.
- No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- Me sentí algo incluido/a.
- Me sentí muy incluido/a.

### **8. ¿Se sintió apoyado en el proceso de toma de decisiones?**

- Me sentí totalmente agobiado/a.
- Me sentí algo agobiado/a.
- No me sentí ni agobiado/a ni apoyado/a.
- Me sentí apoyado
- Me sentí muy apoyado.

### **9. ¿Sintió que tenía control sobre los cuidados prestados a su familiar?**

- Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó control y dictó el cuidado de mi familiar.
- Me sentí algo apartado/a y el sistema de salud tomó control y dictó el cuidado de mi familiar.
- Ni me sentí apartado/a, ni tampoco sentí tener el control.
- Sentí que tenía algo de control sobre los cuidados que mi familiar recibió.
- Sentí que tenía buen control sobre los cuidados que mi familiar recibió.

### **10. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y para que sus preguntas fueran contestadas?**

- Podría haber dedicado más tiempo.
- Tuve el tiempo adecuado.
- Tuve más que suficiente tiempo.

### **¿En general, la atención que ha recibido en la UCI ha sido...?**

1 Muy buena      2 Buena      3 Regular      4 Mala      5 Muy mala      6 No aplica

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**ANEXO 5. Cuestionario FS-ICU 34 para evaluar la satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI y adaptación de dicho cuestionario para el paciente.**

ID: \_\_\_\_\_

Cuestionario Satisfacción del paciente con los Cuidados en la Unidad de Cuidados  
Intensivos  
FS-ICU 34

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

1. Soy:

( ) Hombre

( ) Mujer

2. Tengo: \_\_\_\_\_ años.

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.  
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción "no aplica" (N/A).

**SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS**

**1. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**Manejo de los síntomas y percepciones:**

**2. Dolor**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**3. Disnea**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**4. Agitación**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**5. Angustia**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

## ¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

### 6. Consideración de sus necesidades:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 7. Apoyo emocional: Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por parte del personal de UCI

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 8. Apoyo espiritual: Cómo fue el apoyo espiritual/religioso por parte del personal de la UCI

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

## PERSONAL DE ENFERMERÍA

### 9. Habilidades y competencias del personal de Enfermería de la UCI:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 10. Comunicación con el personal de Enfermería:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 11. Satisfacción general de su experiencia con el personal de enfermería:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

## PERSONAL MÉDICO

### 12. Habilidades y Competencia de los Médicos de la UCI: Cómo valora la confianza transmitida por el médico de la UCI

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 13. Frecuencia los médicos le proporcionaron información sobre su estado:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

## LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### 14. El ambiente en la UCI era:

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

### 15. Ruido:

1 Muy bueno      2 Bueno      3 Suficiente      4 Malo      5 Muy malo      6 No aplica

### 16. Intimidad:

1 Muy bueno      2 Bueno      3 Suficiente      4 Malo      5 Muy malo      6 No aplica

**17. Conformidad:**

1 Muy bueno      2 Bueno      3 Suficiente      4 Malo      5 Muy malo      6 No aplica

**18. Iluminación:**

1 Muy bueno      2 Bueno      3 Suficiente      4 Malo      5 Muy malo      6 No aplica

**NECESIDADES DE INFORMACIÓN****19. Facilidad para obtener información:**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**20. Comprensión de la información:**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**21. Honestidad de la información:**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**22. Coherencia de la información:**

1 Excelente      2 Muy bien      3 Bien      4 Suficiente      5 Mal      6 No aplica

**VISITAS****23. N° de visitas diarias:**

Cómo valora las 2 visitas diarias que sus familiares tenían autorizadas:

1 Excesivas      2 Bien      3 Suficientes      4 Pocas      5 Muy pocas      6 No aplica

**24. Valoración de la necesidad de visitas**

Qué tipo de sentimientos le producían las visitas de sus familiares en cuanto a los siguientes aspectos:

- Seguridad:

1 Mucho      2 Bastante      3 Indiferente      4 Poco      5 Nada      6 No aplica

- Calmaba su ansiedad:

1 Mucho      2 Bastante      3 Indiferente      4 Poco      5 Nada      6 No aplica

- Le generaba incomodidad:

1 Mucho      2 Bastante      3 Indiferente      4 Poco      5 Nada      6 No aplica

**¿En general, la atención que ha recibido en la UCI ha sido...?**

1 Muy buena      2 Buena      3 Regular      4 Mala      5 Muy mala      6 No aplica

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## ANEXO 6. Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

ID: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma. Lea cada frase y marque con una X la alterativa que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “nada” y 3 “mucho”.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

### Ansiedad- Estado

	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 afligido	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	2
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy inquieto	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3

<b>16. Me siento satisfecho</b>	0	1	2	3
<b>17. Estoy preocupado</b>	0	1	2	3
<b>18. Me siento aturdido y sobreexcitado</b>	0	1	2	3
<b>19. Me siento alegre</b>	0	1	2	3
<b>20. En este momento me siento bien</b>	0	1	2	3

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma. Lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa “Casi nunca” y 3 “Casi siempre”.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

## Ansiedad- Rango

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>1. Me siento bien</b>	0	1	2	3
<b>2. Me canso rápidamente</b>	0	1	2	3
<b>3. Siento ganas de llorar</b>	0	1	2	3
<b>4. Me gustaría ser tan feliz como otros</b>	0	1	2	3
<b>5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto</b>	0	1	2	3
<b>6. Me siento descansado</b>	0	1	2	3
<b>7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada</b>	0	1	2	3
<b>8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas</b>	0	1	2	2



<b>9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia</b>	0	1	2	3
<b>10. Soy feliz</b>	0	1	2	3
<b>11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente</b>	0	1	2	3
<b>12. Me falta confianza en mí mismo/a</b>	0	1	2	3
<b>13. Me siento seguro</b>	0	1	2	3
<b>14. No suelo afrontar las crisis o dificultades</b>	0	1	2	3
<b>15. Me siento triste (melancólico)</b>	0	1	2	3
<b>16. Estoy satisfecho</b>	0	1	2	3
<b>17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia</b>	0	1	2	3
<b>18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos</b>	0	1	2	3
<b>19. Soy una persona estable</b>	0	1	2	3
<b>20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado</b>	0	1	2	3

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## ANEXO 7. Escala de coma de Glasgow.

<b>Respuesta ocular (apertura de ojos)</b>	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta verbal</b>	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta motora</b>	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1