

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos"



Autora: Marta Morales Rolo
Tutora: M^a Dolores Mora Benavente

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección Enfermería Tenerife.

Universidad de La Laguna

Junio 2020

RESUMEN

El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provoca una crisis tanto en el paciente como entre sus familiares, que se ven obligados a realizar un cambio drástico en su vida. Hasta un tercio de los pacientes que ingresan en la UCI desarrollan síntomas de estrés postraumático, depresión y otras alteraciones emocionales. Estas alteraciones, no solo afectan a la salud del paciente, sino que también obstaculizan su proceso de recuperación. La ansiedad es uno de los diagnósticos más habituales que se relaciona principalmente con el proceso de ingreso y con la hospitalización en UCI. Las secuelas psicológicas, tanto de pacientes como de familiares, pueden cronificarse llegando a desarrollar alteraciones psicoemocionales importantes. Los profesionales de enfermería tienen un gran papel en la detección precoz de alteraciones psicoemocionales y constituyen una estrategia de prevención de dichas secuelas tras el alta.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es explorar los efectos psicológicos que un paciente puede sufrir después de su estancia en la UCI del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Se trata de un estudio de tipo descriptivo cuyas variables principales son, niveles de ansiedad de pacientes dados de alta de UCI y de su cuidador principal y factores de riesgo relacionados con la aparición de ansiedad. La recogida de datos se basa en facilitar cuestionarios autoadministrados. Para el análisis estadístico de los datos utilizaremos estadística descriptiva empleando el paquete estadístico SPSS 21.0.

Palabras claves: Unidad de cuidados intensivos, alta del paciente, Síndrome post-UCI, ansiedad, escalas de ansiedad.

ABSTRACT

The admission of a patient to the Intensive Care Unit (ICU) causes a crisis both in the patient and among his relatives, who are forced to make a drastic change in their lives. Up to a third of patients admitted to the ICU develop symptoms of post-traumatic stress, depression, and other emotional disturbances. These changes not only affect the patient's health, but also hinder the recovery process. Anxiety is one of the most common diagnoses that is mainly related to the admission process and hospitalization in the ICU. The psychological sequelae, both of patients and of family members, can be chronic, leading to the development of important psycho-emotional disorders. Nursing professionals have a great role in the early detection of psycho-emotional disorders and constitute a strategy for the prevention of these sequelae after discharge.

The main objective of this research project is to explore the psychological effects that a patient may suffer after their stay in the ICU of the University Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. This is a descriptive study whose main variables are, anxiety levels of patients discharged from the ICU and their main caregiver, and risk factors related to the appearance of anxiety. Data collection is based on providing self-administered questionnaires. For the statistical analysis of the data, we will use descriptive statistics using the statistical package SPSS 21.0.

Keywords: Intensive Care Unit, patient discharge, Post-Intensive Care Syndrome, anxiety, anxiety scales.

ÍNDICE

1. Introducción – Antecedentes	1
2. Justificación	11
3. Objetivos	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	13
4. Metodología	14
4.1. Diseño de la investigación	14
4.2. Población y muestra	14
4.3. Variables e instrumentos de medida	14
4.4. Métodos de recogida de la información	16
4.5. Análisis estadístico	17
4.6. Consideraciones éticas	17
4.7. Cronograma	18
4.8. Presupuesto	19
5. Bibliografía	20
6. Anexos	24

1. Introducción – Antecedentes

Las Unidades de Cuidados Intensivos están compuestas por un equipo multidisciplinar que se encarga de atender a los pacientes que se encuentran en estado crítico de salud potencialmente recuperable o con enfermedades que, aunque no comprometen su vida, precisan monitorización y vigilancia continua. Estas unidades albergan patologías médicas y quirúrgicas, que requieren un control riguroso de los signos vitales y del estado general del paciente, incluso en ocasiones, la aplicación de técnicas de soporte vital.

El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provoca una crisis tanto en el paciente como entre sus familiares, que se ven obligados a realizar un cambio drástico en su rutina de vida. Hasta un tercio desarrollan síntomas de estrés postraumático, depresión y otras alteraciones emocionales. Estas alteraciones, no solo afectan a la salud del paciente, sino que también obstaculizan su proceso de recuperación, así como la toma de decisiones, que a menudo recae en los miembros de la familia ^(1,2).

Unidad de Cuidados Intensivos

El concepto de "cuidados intensivos" fue concebido por primera vez por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea, en la que logró reducir drásticamente la tasa de mortalidad gracias a la administración de atención especializada a los soldados que habían resultado heridos gravemente. Esta iniciativa dio lugar a la creación de las primeras Unidades de Cuidados Intensivos durante los años 1920-1930, destinadas principalmente a la recuperación postquirúrgica. No obstante, fue en 1950 cuando el desarrollo de la tecnología y el avance de la medicina favoreció su evolución, permitiendo modificar totalmente el pronóstico y el tratamiento de múltiples enfermedades ⁽¹⁾.

El Ministerio de Sanidad y Política Social define "Unidad de Cuidados Intensivos" como la organización multidisciplinar de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia en un área específica del hospital, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar la seguridad, las condiciones de calidad y la eficiencia

adecuada para el cuidado de los pacientes que siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o asistencia respiratoria básica junto con el apoyo de, al menos, dos órganos o sistemas; además de prestar atención a pacientes con fallo multiorgánico, así como, a pacientes que requieren menor prestación de cuidados.

Estas unidades deben situarse, dentro del hospital, en una zona bien diferenciada y con control de acceso, además de requerir una conexión directa, espacial y funcional, con otros servicios del centro tales como urgencias, bloque quirúrgico, radiodiagnóstico y servicios de exploraciones funcionales (hemodinámica, electrofisiología, ...) ⁽³⁾.

Según el estudio realizado por Martín et al en 2013, en España el número total de camas dedicadas a pacientes críticos representaba 10,3 camas por cada 100.000 habitantes, en los centros que participaron en dicho estudio, encontrándose la mayoría de esas camas en las unidades polivalentes (84,8%), seguidas por las UCI médicas (6,3%). Se encontraron un total de 258 UCIs con 3363 camas, predominando las UCI polivalentes (81 %). Mayoritariamente estas unidades se encuentran en hospitales de nivel III (43,5 %), seguidos de los hospitales de nivel II (35 %) ⁽⁴⁾.

A nivel europeo, Rhodes et al (2012) identificó unas 11.5 camas por cada 100.000 habitantes, ubicadas en unidades de medicina intensiva, siendo Alemania el país con un mayor número de camas dedicadas a pacientes críticos. En 2015, el 18,9% de los europeos eran mayores de 65 años y se estima que en 2080 esta proporción sea del 28,7%, teniendo una gran repercusión en todo el sistema sanitario ⁽⁵⁾.

Los factores que desencadenan el incremento de la demanda de camas para pacientes críticos incluyen poblaciones más envejecidas con mayor comorbilidad y, especialmente, una disminución de la mortalidad al alta. Según Zimmerman et al, existe una disminución relativa en los últimos 25 años, de la mortalidad al alta del 35% en las UCIs de Estados Unidos, pese al aumento de la gravedad de las enfermedades y un número alto de enfermedades crónicas asociadas, que por sí solas suponen un aumento en el riesgo de la mortalidad ⁽⁶⁾.

La UCI generalmente actúa como una unidad intermedia, prestando servicios al paciente procedente o que es dado de alta hacia el servicio clínico final, regularmente médico o quirúrgico. Así bien, existen dos criterios claves para la admisión de pacientes

en la unidad: la necesidad de un elevado nivel de cuidados y que estos pacientes sean potencialmente recuperables. Se utiliza la clasificación del Department of Health de Reino Unido para clasificar las necesidades de distintas técnicas y cuidados que precisan los pacientes en estado crítico para su correcto tratamiento, definiendo así tres niveles ^(3,7):

- Nivel III: 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 II: 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.
- Nivel I: pacientes que requieren un mínimo de 4 horas de observación, que proviene de un nivel más alto de cuidados, o pacientes que necesitan monitorización adicional (aunque en principio no necesiten atención crítica).

Los pacientes que ingresan en una UCI se encuentran en una situación de vulnerabilidad y a menudo desencadenan sentimientos negativos como miedo, sufrimiento, ansiedad, tristeza e incertidumbre que dificultan el proceso curativo y provocan alteraciones en el núcleo familiar debido a la pérdida de contacto que supone el ingreso ⁽⁸⁾.

Con respecto a la etiología de estos problemas, según varios investigadores afirman que es probable que su origen sea multifactorial. Entre ellos destaca: la línea de base de la función psicológica del paciente, la enfermedad subyacente, la edad, la medicación, el impacto de las unidades de cuidados intensivos en el sueño y la privación sensorial, y las interacciones con el personal sanitario que brinda la atención. Los pacientes refieren, en la mayoría de los casos, estar muy preocupados por el miedo a la muerte y/o el abandono por parte de la familia o el personal por el que han sido atendidos, ocasionándoles un estado de ansiedad ⁽⁹⁾.

Flórez et al, 2011, tras realizar un estudio en 171 pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, concluyó que las situaciones de estrés generadas por la pérdida de autonomía que genera el propio ingreso y el miedo a la evolución de la enfermedad, influyen negativamente en las respuestas de afrontamiento y adaptación sobretodo en los pacientes de avanzada edad y con enfermedades crónicas ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, el proceso de la enfermedad requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación y puede generar conflictos e incluso desviaciones de la salud de los miembros familiares propiciadas por la falta de autocuidado. En base a ello, Olano y Vivar, refieren que las familias no son meros visitantes en el entorno de la UCI, sino que también forman parte del proceso de atención y cuidado, por tanto, hablamos de la importancia de un enfoque de cuidados holístico que permita la adaptación tanto del paciente ingresado como de sus cuidadores ⁽¹¹⁾.

Durante el ingreso de un paciente en la UCI donde es sometido a una evaluación inicial y realización de pruebas diagnósticas durante su evolución clínica, paralelamente su familia, se enfrenta a situaciones diversas partiendo de una entrevista con el equipo enfermero/médico responsable, recibiendo información acerca del estado de salud de su ser querido durante su evolución que, dependiendo de esta, se verán envueltos en la toma de decisiones y desafortunadamente si el paciente fallece, atravesar el proceso de duelo. Todas estas situaciones condicionadas por unos horarios establecidos reglamentariamente y pasando parte de su tiempo repartidos en pasillos, salas de espera y despachos para recibir información ⁽¹²⁾.

Impacto emocional y repercusiones psicológicas relacionadas con el ingreso en UCI

Las personas cuando sufren un acontecimiento impactante, que provoca miedo o dolor a un alto nivel, suelen desencadenar reacciones que pueden incluir insomnio, estrés, ansiedad, etc. Estas reacciones por lo general son temporales y se curan naturalmente. Sin embargo, cuando las reacciones se alargan en el tiempo, empeorando así la calidad de vida de quien las padece, se produce lo que se denomina trastorno por estrés postraumático (TEPT) ⁽¹³⁾. El concepto de estrés, que fue utilizado por primera vez en el campo de la salud por Hans Selye, lo designa como *"el conjunto de reacciones iniciadas por un estímulo percibido como una amenaza para la homeostasis, a una situación que exige algún esfuerzo para adaptarse"* ⁽¹⁴⁾.

Un número creciente de investigaciones demuestran que la UCI es psicológicamente estresante, y hace que supervivientes de esta unidad presenten altas

tasas de alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad y TEPT, con una prevalencia estimada de este último con valores que van desde el 5% al 64% en distintos estudios recientes utilizados para la revisión. Distintos autores de la literatura empírica actual concluyen que la UCI supone un factor de riesgo para la aparición del TEPT, incluso, cuando se alivian otros factores relacionados con la enfermedad, los síntomas de este trastorno tras el paso por la unidad van en aumento ⁽¹³⁾.

Los efectos que aparecen tras un episodio traumático, se pueden agrupar en físicos, mentales y cognitivos, teniendo un gran impacto negativo en la salud. A este conjunto de efectos se les denomina Síndrome post-UCI, del acrónimo inglés PICS (Post-Intensive Care Syndrome). El síndrome post-UCI se desarrolla rápidamente tras el episodio crítico de la enfermedad del paciente que requirió su ingreso en la UCI y puede durar hasta 5 años o incluso más después del período agudo de hospitalización y afecta a su reincorporación a la rutina de vida. No obstante, este síndrome puede afectar tanto a los pacientes que tuvieron la enfermedad como a sus familias, a la que se ha hecho referencia como síndrome post-UCI familiar ⁽¹⁵⁾.

Bixquert et al, 2012, en su estudio epidemiológico con una muestra de 120 pacientes ingresados en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del hospital de la Ribera, de Alzira, Valencia, afirma que los casos, procedentes de la UCI, representan a un grupo de población no saludable, por su condición de pacientes críticos, incluso al alta. El resultado de los análisis muestra una asociación entre menor salud percibida y haber estado ingresado en una unidad de críticos: la mayoría de los pacientes muestran un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud post-UCI. Incidiendo además en que, la edad determina también diferentes respuestas, los usuarios más mayores tienden a presentar mayor número de alteraciones ⁽¹⁶⁾.

Otro aspecto que cada vez cobra más importancia es el aumento de la mortalidad post-UCI. Rodríguez-Carvajal et al, 2012, en el estudio que realizaron de 1522 pacientes con más de 12 horas de estancia en la UCI, afirman que las altas no programadas cada vez son más frecuentes por la falta de disponibilidad de camas y contribuyen significativamente a la mortalidad hospitalaria post-UCI ⁽¹⁷⁾. Aunque el reingreso no planificado a la UCI es poco frecuente, estos casos dan como resultado un mayor riesgo de eventos adversos, estancias hospitalarias más prolongadas y una mayor mortalidad.

Internacionalmente, el 6-7% de las personas son readmitidas en la UCI dentro de las 72 horas ⁽¹⁸⁾. Por tanto, los criterios de alta no solo son importantes para la gestión de recursos disponibles, sino que también cobran importancia en el resultado de la asistencia a pacientes críticos ⁽¹⁷⁾.

Según Morris et al, en 2011 concluyeron de su estudio con 280 pacientes que sobrevivieron tras su estancia en la UCI que, el 47% reingresa o muere durante el primer año ⁽¹⁹⁾.

Asimismo, López et al, del estudio observacional prospectivo (enero 2007 - enero 2012) que realizó con una muestra de 129 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valencia, fallecieron un 28,7% del total, con una edad media de 57,6 años, predominando el sexo masculino y una media de 6,8 días de estancia; y que además presentaban factores de riesgo como tabaquismo, diabetes, obesidad, cardiopatía, EPOC y abuso de alcohol ⁽²⁰⁾.

A pesar de que el número de investigaciones que aborden este tema es escaso, los estudios existentes avalan que la probabilidad de fallecer en el hospital tras el alta de UCI, es hasta tres veces superior al resto de los pacientes ingresados en el primer año, pese al tratamiento recibido durante la estancia en Cuidados Intensivos, y en general, supone un porcentaje mayor a la del resto de la población ⁽²¹⁾.

Ansiedad relacionada con el alta

La ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva, y generalmente irracional, por eventos no amenazantes anteriores o posibles eventos que son disruptivos porque interfieren con la función social o económica normal. Se distingue del miedo, una emoción humana básica, ya que el miedo se dirige a una amenaza real, por ejemplo, la muerte inminente durante una enfermedad crítica. La prevalencia de ansiedad durante toda la vida en la población general es aproximadamente del 10%. Este trastorno provoca cambios importantes en el estado de ánimo y sus características incluyen variaciones significativas en el apetito, el sueño, la concentración y las interacciones con otros, que interfieren con la vida cotidiana de la persona que lo padece ⁽²²⁾.

La ansiedad es uno de los diagnósticos más habituales que se relaciona principalmente con el proceso de ingreso y con la hospitalización en UCI, revelado en estudios realizados durante el proceso de hospitalización. No obstante, se han aportado datos, principalmente desde el ámbito anglosajón que demuestran que el proceso de salida de UCI, como el alta hacia unidades de hospitalización es, mayoritariamente, vivido con ansiedad. 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.

Actualmente la ansiedad se considera que, *"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"* asociada a una serie de factores endógenos (Tabla 1) ⁽²³⁾.

Tabla 1. Factores asociados a la respuesta nerviosa simpática

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	Irritación, temor, angustia, aprensión, falta de concentración y preocupación.

Elaboración propia. Fuente: Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos ⁽²³⁾

Sánchez Laborda, 2017, tras una revisión bibliográfica, confirma que los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes pueden variar dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente: a) UCI, b) post-UCI, c) post-hospital (cuando ha pasado un año tras la estancia en UCI). Viendo que eran mayores los niveles de ansiedad y depresión en la

fase de UCI y de post-hospital. La explicación que da es que, *"los pacientes encuentran la UCI como un medio estresante, debido al entorno (máquinas, luz artificial, ruido monótono), la temporalidad (pierden la luz natural y ritmos circadianos) y la despersonalización (los profesionales no mantienen relaciones de confianza con los pacientes). En la fase post-UCI se sienten liberados de este ambiente y de la dependencia de las máquinas, por lo que su estado psicológico mejora, volviendo a empeorar cuando salen del hospital debido"* especialmente, a la *"reincorporación al lugar de trabajo y al conflicto de roles en la familia"* (24).

En este contexto, el concepto de ansiedad de traslado para referirse al fenómeno experimentado por los pacientes al ser dados de alta de UCI fue definido por Roberts en 1976, y 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"*, así mismo Leith lo define 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"* (23).

Tras investigaciones posteriores, mayoritariamente inglesas, australianas y norteamericanas, se han introducido nuevos términos para expresar el concepto de ansiedad derivada del alta de cuidados intensivos: transfer stress, transfer anxiety, translocation syndrome y relocation stress (23).

Según Brodsky, en su estudio realizado en 2011, extrajo que existe mayor riesgo de "ansiedad de traslado" entre las mujeres, aquellas con menor apoyo social y cuidados intensivos más prolongados (25).

Instrumentos de evaluación de la ansiedad hospitalaria

Se han desarrollado diversas herramientas, escalas y pruebas para identificar y cuantificar el estado emocional de los pacientes y sus familias en relación con la ansiedad, la depresión y / o el estrés. Los más representativos se detallan a continuación:

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

Es un instrumento autoaplicado que se utiliza en medios hospitalarios no psiquiátricos y en atención primaria, y que está conformado por 14 ítems. Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas que se puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto en la ansiedad como en la depresión, se considera normal la puntuación de 0 a 7; dudosa de 8 a 10, y como un problema clínico de 11 o más puntos. Es una escala sencilla que puede responderse entre 5 y 6 minutos pues, diversos estudios reportan tasas de respuesta de 95 a 100% ⁽²⁸⁾.

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

Se trata de una escala autoaplicada compuesta por 40 ítems. Se basa en 2 conceptos, con 20 ítems cada uno: niveles de Ansiedad Rasgo, que interroga al paciente hospitalizado sobre su estado habitual y un sondeo sobre su estado en el momento actual, determinando de esta manera, los niveles de Ansiedad Estado.

Esta escala proporciona, tanto en pacientes hospitalizados, como en población general, una puntuación para cada uno de los dos tipos de ansiedad, Estado y Rasgo, que se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada concepto. A esta puntuación, que fluctúa entre los 0-60 puntos, se le aplican unos rangos, que consideran Ansiedad Baja (0-19), Ansiedad Moderada (20-39) Y Ansiedad Alta (40-60). Correlación con HADS subescala ansiedad $r=0.64$ y HADS subescala depresión $r=0.52$. Correlación con BSI subescala de ansiedad $r=0.68$, $p<0.001$.

Cuestionario breve de síntomas (BSI, Brief Symptom Inventory)

Se realizan cuestiones con 4 opciones de respuesta, desde 0(nada) hasta 3 (mucho), para calcular el nivel de correlación de sujetos con los síntomas definidos en 6 ítems de la subescala de ansiedad, que exponen síntomas psicológicos unidos a la ansiedad.

Los valores en pacientes psiquiátricos sanos, siendo 4 la mayor puntuación, se ubican en una media de 0.35 (DE 0.45) y en 1.49 (DE 01.4).

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

El sujeto elige una respuesta de entre 4 opciones, para cada uno de los 22 ítems que componen la escala, que le proporcionará unos valores de ansiedad específica, depresión específica, puntuación diferencial, y una puntuación total de "ansiedad-depresión". Empleando la puntuación diferencial se obtiene la valoración de "predominio de sintomatología ansiosa" (valor < -4) ⁽²³⁾.

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

La Escala DASS es una medida de 42 ítems que, consiste en tres subescalas de 14 ítems cada una y cada cual puntuado en una escala Likert de 4 puntos, que va desde 0 (no se aplica en absoluto) a 3 (se aplica mucho o la mayoría de las veces). La puntuación total se calcula sumando los elementos en cada subescala, dando un rango de 0 hasta 42 puntos en cada subescala. La puntuación indicativa de niveles severos son los superiores a >10 para depresión, >8 para ansiedad, y >15 para estrés ^(23, 29).

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

Este instrumento autoadministrado permite evaluar la severidad de síntomas depresivos en adultos (mayores de 13 años) relativos al estado del sujeto durante la semana anterior a la cumplimentación del cuestionario. Consta de 31 ítems con 4 alternativas ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 3 puntos), pudiendo tener una puntuación máxima de 63.

En este contexto, además se han descrito escalas visuales para pacientes críticos con alteraciones cognitivas, que describimos a continuación:

- Escala de expresión facial (FAS, Face Anxiety Scale): Cuenta con 5 posibles respuestas que van desde 1 (imagen de una cara neutral) a 5 (imagen de una cara que expresa un gran miedo).
- Índice de nivel de ansiedad (ALI, Anxiety Level Index): Escala numérica con respuestas de valores posibles de 0 (sin ansiedad) a 10 (ansiedad extrema).
- Escala visual analógica (VAS, Visual Analog Scale): Similar a la anterior pero con valores posibles entre 0 (sin ansiedad) y 100 (ansiedad extrema).

2. Justificación

Las reacciones humanas que se han observado en pacientes en una unidad de cuidados intensivos relacionados con el área psicosocial tienen que ver con la existencia real de factores de estrés, con el riesgo de muerte, ansiedad, trastornos del sueño y la pérdida de control sobre su entorno personal y familiar.

La respuesta del paciente-familia a los problemas de salud debe ser el centro del proceso enfermero, debido a la ausencia de estudios que reúnan determinados diagnósticos de enfermería, como secuelas de los sujetos que unen un alto nivel de gravedad con un mayor requerimiento asistencial, tras una estancia prolongada en la UCI ⁽²⁶⁾.

En los pacientes que se requiere una terapia post-intensiva multidisciplinar, el uso de recursos sanitarios y gastos de atención médica es significativamente mayor que en el resto de la población. Además, entre el 10% y 40% de los pacientes que sobreviven a la hospitalización sufren reingresos dentro de los 30 y 180 días del alta hospitalaria. Por ello, el Instituto Nacional de Salud y Cuidado del Reino Unido propone, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, un programa de evaluación y seguimiento para las personas que permanecen en la UCI, dado que la tasa de reingresos supone además un aumento de la mortalidad.

Los ancianos, personas con insuficiencia cardíaca, pacientes psiquiátricos, quienes reciben múltiples tratamientos farmacológicos, aquellos con condiciones crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros muchos, son los tipos de poblaciones vulnerables que han demostrado tener una señal significativa en la disminución del número de rehospitalizaciones, con una consecuente reducción de costos, gracias a un seguimiento posterior a la hospitalización. De la misma manera, se expone que este procedimiento de seguimiento posterior a la hospitalización no estaría justificado para toda la población, siendo los pacientes con un aumento de sufrir una nueva hospitalización los más indicados para el proceso ⁽¹⁵⁾.

Las secuelas psicológicas, tanto de pacientes como de familiares, pueden cronificarse llegando a desarrollar alteraciones psicoemocionales importantes. La detección precoz, durante el ingreso, constituyen una estrategia de prevención de dichas secuelas al alta. De igual manera, sería preciso un adecuado seguimiento tras el alta ya

que este tipo de secuelas pueden aparecer una vez el paciente es dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El interés en la UCI como espacio de investigación ha crecido rápidamente en los últimos años. Sin embargo, la literatura actual de la UCI sigue siendo escasa y deriva de una diversidad de disciplinas incluyendo medicina de emergencia, psiquiatría médica, psicología, cuidados críticos de enfermería, anestesiología y otras áreas de especialización de la medicina. Además, a través de estas disciplinas, en los diferentes estudios realizados sobre UCI, usan diferentes técnicas de medición, examinan diversos factores causales y predictivos, y aplican técnicas metodológicas, que varían ampliamente según el estudio diseño, momento de la consulta y resultados de interés.

Los profesionales de enfermería tienen un gran papel en la detección precoz y prevención de alteraciones psicoemocionales, así como, en el seguimiento de los pacientes tras el alta. Sin embargo, constituye un nuevo campo profesional de enfermería pendiente de desarrollar ⁽²⁷⁾.

Por todo lo anteriormente expuesto, la experiencia de los pacientes tras la estancia en unidades de cuidados intensivos es objeto de estudio y cobra cada vez más importancia en la actualidad. Sin embargo, las respuestas conductuales de las personas en una unidad de cuidados intensivos basadas en una referencia teórica de enfermería no se han considerado adecuadamente, por lo que nuestro objetivo en esta investigación es describir los efectos psicológicos que un paciente puede tener después de su estancia en una unidad de cuidados intensivos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Explorar los efectos psicológicos que un paciente puede sufrir después de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

3.2 Objetivos específicos

- Analizar las características sociodemográficas.
- Determinar los niveles de ansiedad de los pacientes dados de alta de UCI.
- Establecer los niveles de ansiedad del cuidador principal.
- Describir los factores de riesgo relacionados con la aparición de ansiedad.

4. Metodología

4.1. Diseño de la investigación

Se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

4.2. Población y muestra

La población objeto de estudio la integran los pacientes que vayan a una planta de hospitalización y el familiar más cercano de aquellos pacientes que se incluyan en el estudio, atendidos en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Se efectuará un muestreo no probabilístico intencionado durante un periodo de 6 meses (de julio de 2020 a enero del 2020). Para el cálculo de la muestra se ha tomado como referencia los datos de la Memoria del HUNSC, año 2018, con un total de 1225 ingresos, por lo que se estima un tamaño muestral de 250 sujetos con una confianza del 95% y un error máximo del 5% ⁽³⁰⁾.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria que tengan un ingreso superior a 24 horas en la unidad.
- Tener la mayoría de edad.

Criterios de exclusión:

- Ingresos inferiores a 24 horas.
- Pacientes que padezcan secuelas graves que imposibiliten su participación.
- Pacientes y familias que no sepan leer, escribir y comprender el español.
- Pacientes y familias que no hayan firmado el consentimiento informado.

4.3. Variables e instrumentos de medida

4.3.1. Variables sociodemográficas

Con el fin de tipificar la muestra, se incorporan una serie de variables sociodemográficas:

Paciente

- Edad. Variable cuantitativa discreta, expresada en años.
- Sexo. Variable cualitativa dicotómica: hombre o mujer.
- Motivo de ingreso en UCI. Variable cualitativa con siete opciones de respuesta: cardiología, respiratorio, neurología, polivalentes, politraumatismo, cirugía y post-quirúrgico.
- Días de estancia en UCI. Variable cuantitativa, discreta.

Cuidador principal

- Edad. Variable cuantitativa discreta, expresada en años.
- Sexo. Variable cualitativa dicotómica: hombre o mujer.
- Parentesco. Variable cualitativa politómica con siete opciones de respuesta: hijo/a, esposo/a, hermano/a, madre, padre, pareja, otro.
- Situación laboral. Variable cualitativa politómica con seis opciones de respuesta: empleado/a, funcionario/a público, estudiante, ama de casa, desempleado/a, jubilado/a, se niega a responder.

4.3.2. Variables propias del estudio

Variables relacionadas con nivel de ansiedad

- Niveles de ansiedad de los pacientes dados de alta de UCI. Variable cualitativa politómica. Medida a través de la escala de ansiedad estado-rasgo (STAI).
- Niveles de ansiedad del cuidador principal. Variable cualitativa politómica. Medida a través de la escala de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Factores de riesgo relacionados con la aparición de ansiedad

- Ingresos previos en UCI: Variable cualitativa con dos niveles de respuesta: Sí / No. En caso afirmativo se indica cuántos ingresos mediante respuesta abierta.
- Tipo de alta. Variable cualitativa con dos opciones de respuesta: programada (más de 6 horas para la preparación del paciente) o precoz (menos de 6 horas para la preparación del paciente).

- El paciente ha estado con soporte circulatorio. Variable cualitativa politómica: 6 horas previas al alta, 6-12 horas previas al alta, 12-24 horas previas al alta o más de 24 horas previas al alta.
- El paciente ha estado con ventilación mecánica. Variable cualitativa politómica: 6 horas previas al alta, 6-12 horas previas al alta, 12-24 horas previas al alta o más de 24 horas previas al alta.
- Dolor. Variable cuantitativa valorada mediante Escala Visual Analógica.
- Estado mental de los pacientes. Variable cuantitativa, valorado a través de la Escala de Coma de Glasgow.
- Estado de salud percibido. Variable cuantitativa con 5 opciones de respuesta: Muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

4.4. Métodos de recogida de la información

Para poder llevar a cabo nuestro estudio solicitaremos permiso a la Gerencia y al Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. El procedimiento se realizará a través del envío de una carta en la que detallaremos las características y objetivos de nuestro proyecto y expresaremos nuestra intención de facilitar todos los datos obtenidos en nuestro estudio (Anexo 1 y 2).

A los pacientes y familiares que vayan a formar parte de nuestro estudio, les proporcionaremos, una carta en la que reflejaremos los detalles de nuestro proyecto, los requisitos para participar y expresaremos nuestro compromiso con la confidencialidad de los pacientes y sus datos proporcionados, aclarando que solo se hará uso de ellos para el propósito de este estudio (Anexo 3). Además, se dejará constancia de que se trata de una participación voluntaria y pueden abandonar el estudio en cualquier momento (Anexo 4).

Como método de recogida de la información haremos uso de cuestionarios autoadministrados en el que se integran todas las variables de nuestro estudio, que proporcionaremos a todos los pacientes que formen parte del mismo en el momento del alta de la UCI. Estos cuestionarios se han elaborado y modificado a efectos de nuestra investigación, a partir de:

- Formulario de datos sociodemográficos, clínicos y factores relacionados con la aparición de ansiedad (anexo 5) de elaboración propia, para registrar dichas variables.

- Escala visual analógica (EVA) (Anexo 6) para evaluar el nivel de dolor, con rango de 0 a 10 entendiendo 0 como ningún dolor y 10 como máximo nivel de dolor posible.
- Escala de Coma de Glasgow (Anexo 7) para valorar el nivel de conciencia de los pacientes. Un valor de 14 - 15 se considera leve, de 9 -13 moderado y < 8 grave.
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Anexo 8): Está compuesto por dos escalas con un total de 40 ítems, 20 para cada una. Las respuestas son valoradas mediante escalas tipo Likert. La puntuación de los ítems de Ansiedad Estado oscila de 0 a 3 dependiendo de la intensidad del grado de respuesta (0 "nada", 1 "algo", 2 "bastante", 3 "mucho"). En la escala Ansiedad Rasgo, la puntuación de los ítems 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"). La puntuación total 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 ⁽²³⁾.

4.5. Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de los datos se creará una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS 21.0

De acuerdo con los objetivos planteados para este proyecto, los métodos estadísticos serán de tipo descriptivo. En el caso de las variables cuantitativas, utilizaremos los estadísticos de tendencia central (media, desviación estándar, medianas, mínimos y máximos), mientras que las variables cualitativas serán analizadas en términos de frecuencias y porcentajes.

La relación entre variables cuantitativas serán medidas con el coeficiente de correlación de Pearson. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se empleará la t-student o el análisis de varianza ANOVA según las categorías de las variables cualitativas analizadas.

4.6. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo este proyecto, en primer lugar, se recabará con antelación el consentimiento y la autorización del comité ético del Hospital Universitario Nuestra Señora

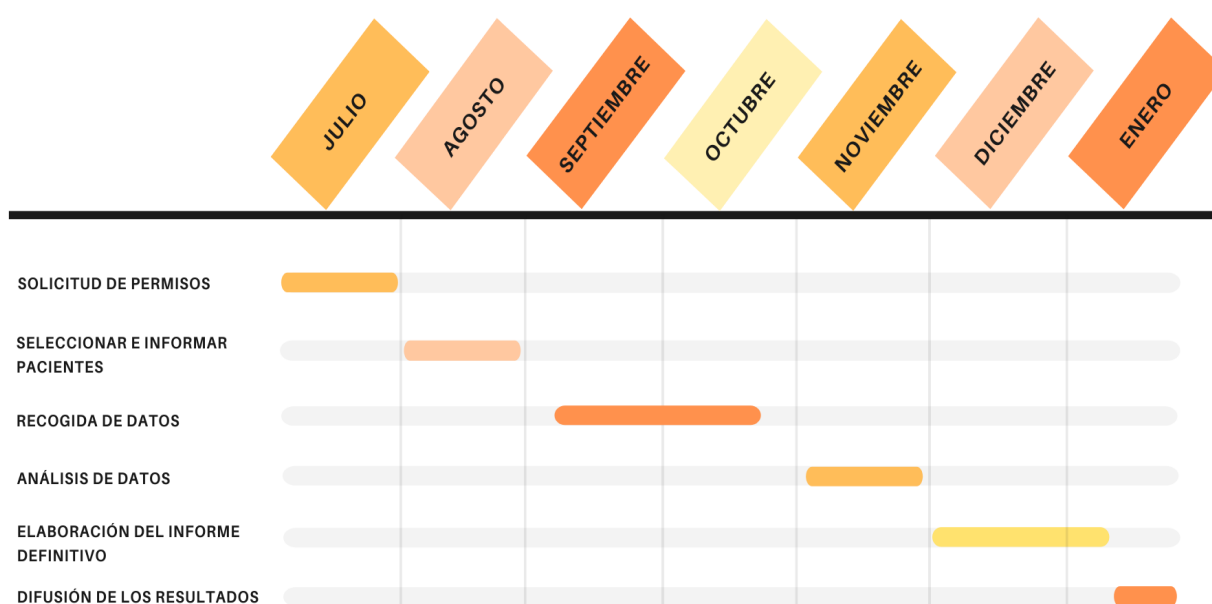
de la Candelaria (Anexo 2), facilitando información del propósito general del proyecto y la metodología a emplear.

En segundo lugar, cumpliendo con los principios éticos y morales, de acuerdo con la nueva Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽³¹⁾ y el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, de Protección de Datos ⁽³²⁾, se pedirá el consentimiento a los pacientes y familiares, garantizando el carácter voluntario y anónimo en todo momento de los cuestionarios. Las personas que participen en el estudio tendrán acceso a él cuando así lo deseen y podrán retirarse del proyecto si en algún momento lo estiman oportuno.

Por último, se garantizará hacerles llegar un resumen de los resultados obtenidos en el proyecto.

4.7. Cronograma

El presente proyecto se llevará a cabo en una duración aproximada de 6 meses, entre julio del 2020 y enero del 2021, repartiendo las tareas como se detalla en la siguiente tabla:



4.8. Presupuesto

CONCEPTO	VALOR
Recursos humanos	
Estadístico	600€
Recursos materiales	
Material fungible (bolígrafos, Impresos, sobres)	50€
Otros	
Desplazamientos	100€
Total	750€

5. Bibliografía

1. Pérez Niculca PN, Zuazua Rico D. Carga de trabajo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos. Revisión sistemática [Internet]. 2018. (NURE investigación: Revista Científica de enfermería; vol. 15). Available from: <http://bit.ly/2SuG8aN>
2. Martínez-Villamea S, Alonso Rodríguez A, Sánchez Vallejo A, Gallego Lorenzo J. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática [Internet]. 2019. p. 22–9. (Tiempos de enfermería y salud = Nursing and health times). Available from: <http://bit.ly/37nVPVj>
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: MSPS; 2010. Available from: <http://bit.ly/2OU0dVO>
4. Martín MC, León C, Cuñat J, del Nogal F. Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. 2013;37(7):443–51. Available from: <https://bit.ly/2UFnSeO>
5. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz P, Moreno R. The variability of critical care bed numbers in Europe. 2012 Oct; 38(10):1647–53. Available from: <https://bit.ly/3appHTJ>
6. Zimmerman, J.E., Kramer, A.A., Knaus, W.A. (2013). Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. Critical Care, 17: R81. Available from: <https://bit.ly/2UCNclw>
7. González Martín S. Efecto de la visita previa al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sobre la ansiedad, la depresión y la satisfacción en pacientes y familiares [Internet]. Becerro de Bengoa Vallejo R (dir. tes.), Angulo Carrére MT (dir. tes.), Rodríguez García M (dir. tes.), editors. 2019. Available from: <http://bit.ly/2SG2qW4>
8. García Avendaño D, Estrada Ochoa MC, Gallegos Alvarado M, Antuna Canales AB. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto

- agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Revista CUIDARTE 2015;6(1):923-931. Available from: <https://bit.ly/2WVgePU>
9. Bohorquez de Figueroa A, Ramírez Suárez AC, Polentino CV, Rodríguez EE, Medina MC, Aceros MZ. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio [Internet]. 2011. p. 61–9. (Revista Ciencia y Cuidado; vol. 8). Available from: <http://bit.ly/2OU9w8a>
 10. Flórez Torres I, Herrera Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano Barrios D, Reyes-Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo [Internet]. 2011. p. 23–39. (Aquichan; vol. 11). Available from: <http://bit.ly/2OPPwU6>
 11. Olano Lizarraga M, García Vivar C. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática [Internet]. 2012. p. 53–67. (Anales del sistema sanitario de Navarra; vol. 35). Available from: <http://bit.ly/2SoREEr>
 12. Holanda Peña MS. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familiares [Internet]. Llorca Díaz FJ (dir. tes.), Castellanos Ortega Á (dir. tes.), editors. 2015. Available from: <http://bit.ly/2SpZT37>
 13. Jed N. McGiffin, Isaac R. Galatzer-Levy, George A. Bonanno. Is the Intensive Care Unit Traumatic? What We Know and Don't Know About the Intensive Care Unit and Posttraumatic Stress Responses. *Rehabilitation Psychology*. 2016, Vol. 61, No. 2, 120–131. Available from: <https://bit.ly/2Jn5H8u>
 14. Gois CFL, Aguillar OM, Santos V dos, Llapa Rodríguez EO. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery [Internet]. 2012. p. 312–9. (Investigación y educación en enfermería; vol. 30). Available from: <http://bit.ly/2OQwNrG>
 15. Busico M, das Neves A, Carini F, Pedace M, Villalba D, Foster C, et al. Follow-up program after intensive care unit discharge. 2019 May;43(4):243–54. Available from: <https://bit.ly/2WMn4XZ>

16. Bixquert Mesas A, Carmona Simarro JV, Tirado Darder JJ, Martínez Llopis B. Calidad de vida de los pacientes tras ingreso en UCI [Internet]. 2012. p. 11–8. (Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia). Available from: <http://bit.ly/2UQOnzE>
17. Rodríguez-Carvajal M, Mora D, Doblas A, García M, Domínguez García PJ, Trisancho Garzón A, et al. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en una unidad de cuidados intensivos. 2011;35(3):143–9. Available from: <http://bit.ly/3bu5wF0>
18. Pakbin A, Rafi P, Hurley N, Schulz W, Harlan Krumholz M, Bobak Mortazavi J. Prediction of ICU Readmissions Using Data at Patient Discharge. 2018. p. 4932–5. (Proceedings of the Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, EMBS). Disponible en: <http://bit.ly/2vyof1I>
19. Morris PE, Griffin L, Berry M, Thompson C, Hite RD, Winkelman C, et al. Receiving early mobility during an intensive care unit admission is a predictor of improved outcomes in acute respiratory failure. Am J Med Sci. 2011. Available from: <https://bit.ly/2QQMtfE>
20. Jiménez López D, Ferreres J, Blanquer Olivas J, García Molina P. Predicción de la mortalidad de pacientes con neumonía comunitaria grave que precisan ingreso en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. 2017. p. 63–9. (Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia). Available from: <http://bit.ly/37lxNKR>
21. Martínez López P. Impacto de un programa de continuidad asistencial tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Torre Prados MV de la (dir. tes.), editor. 2013. Available from: <http://bit.ly/37swPwa>
22. Michael J J, Nicholas M, Jorge P-P. Incidence and Prevalence of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder Among Critical Care Patients, Families, and Practitioners. J Anest & Inten Care Med. 2016. Available from: <https://bit.ly/2QRkhJh>

23. Ricart Basagaña MT. Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados [Internet]. Lleixà Fortuño M (dir. tes.), editor. 2015. Available from: <http://bit.ly/31QF1yw>
24. Sanchez Laborda L. Experiencia de los trasplantados cardiacos en una unidad de cuidados intensivos. 2017;14(91). Available from: <http://bit.ly/2SK420O>
25. Brodsky-Israeli M, Dekeyser Ganz F. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward: Risk factors for ICU transfer anxiety. 2011;67(3):510–8. <http://bit.ly/2SPvIBo>
26. Arquellada Martínez M del M, Bombín Benito R, Cruzado Álvarez C. Caso clínico: Paciente con secuelas por estancia prolongada en uci [Internet]. 2010. p. 33–7. (Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología). Available from: <http://bit.ly/37r7YsO>
27. Piquero Cuevas M. Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. 2017. Available from: <http://bit.ly/2SnJAUE>
28. Navarrete, Bibian & Galindo Vázquez, Oscar & Lerma, Abel. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. Psicología y Salud. 28. 121-30. Available from: <https://bit.ly/3dyOxSV>
29. Covic T, Cumming SR, Pallant JF, Manolios N, Emery P, Conaghan PG, et al. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the depression, anxiety and stress scale (DASS) and the hospital, anxiety and depression scale (HADS). 2012 Jan 1;12(1):6. Available from: <https://bit.ly/3bviVfb>
30. Servicio Canario de Salud. Memoria anual de actividad Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2UoZ6Rh>
31. www.boe.es [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2018 [citado el 29 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

32. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46 / CE (Reglamento general de protección de datos). Diario oficial de la Unión Europea, de 4 de mayo de 2016; p. 1–88. Disponible en: <https://bit.ly/2L4XlXK>

6. Anexos

Anexo 1. Solicitud de autorización para la realización del estudio a la gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Estimado Señor Director Gerente:

Me dirijo a usted a través de este escrito con la idea de informarle y solicitarle la autorización para llevar a cabo un estudio de investigación en las instalaciones del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. El proyecto lleva por nombre "Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos". El objetivo del presente estudio es explorar los efectos psicológicos que un paciente puede tener después de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Vemos la necesidad de indagar en este aspecto con el fin de mejorar la asistencia prestada a los usuarios del servicio, aportando unos cuidados de máxima calidad y establecer protocolos y estrategias consensuadas, en base a lo recogido en esta investigación y analizando de manera global la situación actual, con el fin de evitar o minimizar los efectos del ingreso en cuidados intensivos. Para ello, se hará uso de diferentes instrumentos de medida modificados por el equipo investigador para adecuarlo a las características del estudio.

La investigación comenzaría en agosto de 2020 y finalizará a principio de enero del año siguiente. Como investigadora principal y en nombre de todo el equipo de investigación, solicito la autorización correspondiente para la realización del mismo. A continuación, se adjunta un ejemplar del proyecto.

Un cordial saludo,

Fdo: Marta Morales Rolo
Investigadora principal del proyecto.

"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos"

Marta Morales Rolo

Anexo 2. Solicitud de permisos al Comité Ético de la Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Estimados Señores:

Me dirijo hacia ustedes a través de este escrito con la idea de informarles y solicitarles la valoración y veredicto para llevar a cabo un estudio de investigación en las instalaciones del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. El proyecto lleva por nombre "Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos". El objetivo del presente estudio es explorar los efectos psicológicos que un paciente puede tener después de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Vemos la necesidad de indagar en este aspecto con el fin de mejorar la asistencia prestada a los usuarios del servicio, aportando unos cuidados de máxima calidad y establecer protocolos y estrategias consensuadas, en base a lo recogido en esta investigación y analizando de manera global la situación actual, con el fin de evitar o minimizar los efectos del ingreso en cuidados intensivos. Para ello, se hará uso de diferentes instrumentos de medida modificados por el equipo investigador para adecuarlo a las características del estudio.

La investigación comenzaría en agosto de 2020 y finalizará a principio de enero del año siguiente. Como investigadora principal y en nombre de todo el equipo de investigación, solicito la autorización correspondiente para la realización del mismo. A continuación, se adjunta un ejemplar del proyecto.

Un cordial saludo,

Fdo: Marta Morales Rolo
Investigadora principal del proyecto.

Anexo 3. Consentimiento Informado para la participación en el estudio

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación enfermera. Antes de decidir si participa o no, debe conocer 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.

Título del estudio:

"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos"

Objetivo del estudio:

Explorar los efectos psicológicos que un paciente puede sufrir después de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Procedimiento del estudio:

La participación en el estudio de aquellas personas que cumplan con los criterios de inclusión, implica la recolección de datos mediante el cumplimiento de cuestionarios, así como, la evaluación del dolor, nivel de conciencia y nivel de salud autopercebida, mediante escalas validadas para tal fin. Estos datos serán registrados en formularios diseñados específicamente para ello.

Una vez 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.

Yo, _____ con D.N.I. _____, en calidad de () paciente () familiar, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Autorizo mi participación, de carácter anónima y voluntaria, en el estudio de investigación "Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

Intensivos". Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento. Mediante la firma del presente documento, se asegura la trata de los datos con total confidencialidad, haciendo uso de los mismos con fines exclusivos para la investigación y excluyendo el estudio de cualquier conflicto de interés.

Firma del participante

Fecha: _____

Fdo: Marta Morales Rolo
Investigadora principal del proyecto

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

Anexo 4. Carta de revocación del consentimiento

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente) _____

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Fecha: _____

Firma del participante

Anexo 5. Formulario de recogida de datos sociodemográficos y clínicos.

FORMULARIO PACIENTE

Nº de Historia Clínica:

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Fecha de ingreso:

Motivo de ingreso en UCI:

Cardiología Respiratorio Neurología Polivalentes Politraumatismo

Cirugía Post-quirúrgico

Días de estancia en UCI:

Ingresos previos en UCI: Sí No ¿Cuántos ingresos?:

Tipo de alta: Programada (más de 6 horas para la preparación del paciente)

Precoz (menos de 6 horas para la preparación del paciente)

Soporte circulatorio:

6 horas previas al alta 6-12 horas previas al alta 12-24 horas previas al alta

Más de 24 horas previas al alta

Ventilación mecánica:

6 horas previas al alta 6-12 horas previas al alta 12-24 horas previas al alta

Más de 24 horas previas al alta

Puntuación en la escala EVA: 0: no dolor 1-3: leve-moderado

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

4-6: moderado-grave

>6: dolor muy intenso

10: insoportable

Puntuación en la escala de coma de Glasgow:

14 - 15: leve

9 - 13 moderado

< 8 grave

Estado de salud percibido:

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

FORMULARIO CUIDADOR PRINCIPAL

Edad:

Sexo: Hombre

Mujer

Parentesco: Hijo/a Esposo/a Hermano/a Madre Padre Pareja

Otro

Situación laboral:

Empleado/a

Funcionario/a público

Estudiante

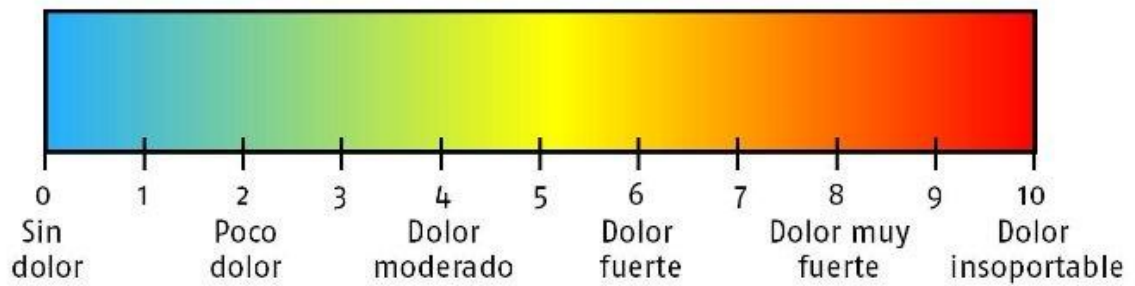
Ama de casa

Desempleado/a

Jubilado/a

Se niega a responder

Anexo 6. Escala Visual Analógica (EVA)



Rango de puntuaciones:

0: no dolor

1-3: leve-moderado

4-6: moderado-grave

>6: dolor muy intenso

10: insoportable

Anexo 7. Escala de coma de Glasgow

Variable	Respuesta	Puntuación
Apertura ocular	Espontánea	4
	A estímulos verbales	3
	Al dolor	2
	Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Desorientado/confuso	4
	Incoherente	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ausencia de respuesta	1

Rango de puntuaciones:

14 - 15: leve

9 - 13 moderado

< 8 grave.

Anexo 8. Escala de Ansiedad Estado-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 mejor describa su situación presente.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa "nada" y 3 "mucho". Por ejemplo: Me siento seguro. Si usted marca la alternativa "2", significa "bastante".

No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, no deje ningún enunciado sin responder.

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 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

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

	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

Lea detenidamente cada uno de ellos y marque con una X sobre la opción que mejor describa su situación presente.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 0 a 3, donde 0 significa "casi nunca" y 3 "siempre". Por ejemplo: Me siento descansado/a. Si usted marca la alternativa "2", significa "a menudo".

ANSIEDAD-RASGO	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
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

*"Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados
en la Unidad de Cuidados Intensivos"*

Marta Morales Rolo

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

Gracias por su colaboración