

# **Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos.**

---

## **Psychological sequelae and emotional impact after discharge from an Intensive Care Unit.**



**Autora: María Piquero Cuevas**

**Directora: María Paz Álvarez García**

**Grado en Enfermería**

**E.U. de Enfermería "Casa de la Salud Valdecilla"**

**Universidad de Cantabria**

**Trabajo Fin de Grado**

**Curso 2016-17**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen / Abstract</b>	<b>pág. 1</b>
<b>Introducción</b>	<b>pág. 2</b>
<b>Objetivos del estudio</b>	<b>pág. 3</b>
<b>Estrategia de búsqueda bibliográfica</b>	<b>pág. 3</b>
<b>Descripción de los capítulos</b>	<b>pág. 3</b>
<b>CAPÍTULO 1: ¿Cómo es un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos?</b>	<b>pág. 4</b>
1.1. Características de las Unidades de Cuidados Intensivos	pág. 4
1.2. Alteraciones emocionales y psicológicas más frecuentes en el paciente durante el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos	pág. 9
1.3. Factores identificados como estresantes por el paciente	pág. 12
1.4. Factores identificados como estresantes por la familia	pág. 14
<b>CAPÍTULO 2: Impacto emocional y secuelas psicológicas tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos</b>	<b>pág. 16</b>
2.1. Alteraciones emocionales y psicológicas más frecuentes tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos	pág. 16
2.2. Trastorno de Estrés Postraumático tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos	pág. 19
<b>CAPÍTULO 3: Intervenciones destinadas a la prevención, detección precoz y tratamiento de secuelas emocionales y psicológicas</b>	<b>pág. 23</b>
3.1. Intervenciones durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos	pág. 23
3.2. Intervenciones al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos	pág. 27
3.3. Líneas de Investigación	pág. 28
<b>Conclusiones</b>	<b>pág. 30</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>pág. 31</b>

## ÍNDICE DE SIGLAS

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**SIAE:** Sistema de Información de Atención Especializada

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud

**MeSH:** Medical Subject Headings

**HADS:** Escala de Ansiedad y Depresión

**STAI:** Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo

**BDI:** Inventario de Depresión de Beck

**A-E:** Ansiedad como Estado

**A-R:** Ansiedad como Rasgo

**RSCQ:** Cuestionario del sueño de Richard-Campbell

**PICS:** Postintensive Care Syndrome

**PICS-F:** Postintensive Care Syndrome Family

**TEPT:** Trastorno de Estrés Postraumático

**IES-R:** Impact of Event Scale Revised

**TAA:** Terapia Asistida con Animales

**SECI:** Servicio Extendido de Cuidados Intensivos

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 1.</b> Alteraciones psicoemocionales más frecuentes durante el ingreso.	<b>Pág. 9</b>
<b>Tabla 2.</b> Factores Influyentes en el sueño de los pacientes.	<b>Pág. 11</b>
<b>Tabla 3.</b> Alteraciones que conforman el Síndrome de Cuidados Intensivos.	<b>Pág. 12</b>
<b>Tabla 4.</b> Factores estresantes para la familia.	<b>Pág. 14</b>
<b>Tabla 5.</b> Recuerdos de los pacientes al año frente a los cinco años.	<b>Pág. 18</b>
<b>Tabla 6.</b> Clasificación de los recuerdos de los pacientes a los cinco años.	<b>Pág. 19</b>
<b>Tabla 7.</b> Resultados de la Impact of Event Scale para la muestra de familiares.	<b>Pág. 22</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Datos de Unidades de Cuidados Intensivos en España.	<b>Pág. 4</b>
<b>Figura 2.</b> Entrada Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.	<b>Pág. 5</b>
<b>Figura 3.</b> Box diseño cerrado. Hospital de Galdácano.	<b>Pág. 6</b>
<b>Figura 4.</b> Interior de un box. Hospital Universitario del Henares.	<b>Pág. 7</b>
<b>Figura 5.</b> Política de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos Españolas.	<b>Pág. 8</b>
<b>Figura 6.</b> Tenencia de objetos personales en las Unidades de Cuidados Intensivos Españolas.	<b>Pág. 8</b>
<b>Figura 7.</b> Factores estresantes para el paciente intrínsecos a la situación médica.	<b>Pág. 13</b>
<b>Figura 8.</b> Factores ambientales estresantes para el paciente.	<b>Pág. 13</b>
<b>Figura 9.</b> Secuelas que conforman el Síndrome Post-Cuidados Intensivos.	<b>Pág. 16</b>
<b>Figura 10.</b> Secuelas que conforman el Síndrome Post-Cuidados Intensivos en las familias.	<b>Pág. 17</b>
<b>Figura 11.</b> Enfermero escribiendo el “Diario de UCI” de un paciente.	<b>Pág. 24</b>
<b>Figura 12.</b> Paseos que curan.	<b>Pág. 26</b>

## RESUMEN

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos supone un evento traumático y estresante tanto para los pacientes como para sus familiares. Durante el ingreso, sufren una serie de alteraciones psicológicas y emocionales que pueden prolongarse tras el alta. Esta monografía describe estas alteraciones y secuelas psicoemocionales, revisando también las principales estrategias preventivas.

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos es una entidad, descrita recientemente, conformada por las secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que pueden sufrir los pacientes tras el alta. Esta misma entidad, se ha descrito en el caso de los familiares con la exclusión de secuelas físicas.

Las secuelas psicológicas, tanto de pacientes como de familiares, pueden cronificarse llegando incluso a desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático.

La detección precoz y prevención, durante el ingreso, de alteraciones psicoemocionales constituye una estrategia de prevención de 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.

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.

**Palabras clave:** Unidad de Cuidados Intensivos, Alta del paciente, Trastorno de Estrés Postraumático, Enfermería en Cuidados Críticos, Humanización de la Atención.

## ABSTRACT

Admission to an Intensive Care Unit is a traumatic and stressful event for both patients and their families. During admission, they suffer psychological and emotional disorders that can be prolonged after discharge. This monograph describes these psychoemotional disorders and sequelae, also reviewing the main preventive strategies.

Postintensive Care Syndrome is an entity, recently described, made up of the physical, cognitive and psychological sequelae that patients can suffer after discharge. This entity has also been described in the case of relatives with the exclusion of physical sequelae.

The psychological sequelae, both of patients and relatives, can be chronified even developing a Posttraumatic Stress Disorder.

Early detection and prevention, during admission, of psychoemotional disorders constitute a strategy to prevent sequelae at discharge. In the same way, it is necessary a good follow-up after discharge because this type of sequelae can appear once the patient is discharged from the Intensive Care Unit.

Nursing professionals have a great role in the early detection and prevention of psychoemotional disorders, as well as in the follow-up of patients after discharge. However, this is a new professional field of nursing pending of development.

**Key words:** Intensive Care Unit, Patient discharge, Posttraumatic Stress Disorder, Critical Care Nursing, Humanization of Assistance.

## INTRODUCCIÓN

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una organización de profesionales sanitarios que presta una atención multidisciplinar en un área del hospital, con una serie de características funcionales, estructurales y organizativas adecuadas para atender a pacientes en estado crítico.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), perteneciente al Ministerio de Sanidad, identificaba en su informe del año 2014 un total de **556 Hospitales Agudos** (formados por Hospitales generales y Hospitales de Atención Especializada) y **111.756 camas** correspondientes a este tipo de Centro Hospitalario.

Así mismo, se identificaban **5.535 camas de Cuidados Intensivos en España** (incluyendo UCI, Unidad de coronarias, UCI Neonatales y Unidades de Quemados), un **4,95% del total** de camas de los Hospitales de Agudos. Estas unidades, generaron **1.100.877 estancias** durante el año 2014, reflejando una **tasa de ocupación del 55,69%** y una **estancia media de 3,98 días**.<sup>3</sup>

En los últimos años, el desarrollo tecnológico y la mejora de la organización en la atención sanitaria de las unidades de cuidados críticos, ha supuesto una disminución de la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados en estas unidades.<sup>4,5</sup>

Por otro lado, esta tecnificación de la atención ha provocado que el lado humano de los pacientes haya quedado en un segundo plano. “Los pacientes son despersonalizados por el sistema, que se olvida de sus necesidades emocionales y los convierte en objeto de estudio médico”.<sup>6</sup>

Las Unidades de Cuidados Intensivos son lugares hostiles, donde los pacientes se debaten entre la vida y la muerte. Un ingreso en este tipo de unidad provoca angustia y preocupación, aún mayores que las de un ingreso en cualquier otra unidad.<sup>5</sup> Los pacientes, sufren incomodidades derivadas de su enfermedad así como de la arquitectura u organización de las UCI. El ruido continuo, la luz excesiva, las conversaciones entre profesionales sanitarios, el dolor, el miedo, el insomnio, la restricción de visitas que les aleja de sus familias, y otros son factores estresantes para estos pacientes.<sup>6</sup>

En relación a esto, se han descrito una serie de alteraciones psicoemocionales que sufren una gran parte de los pacientes que ingresan en estas unidades. Estas alteraciones pueden prolongarse más allá del ingreso, tras el alta, durante meses pudiendo incluso convertirse en Trastorno de Estrés Postraumático. Junto con los pacientes, sus familias también sufren psicológica y emocionalmente el ingreso de su ser querido en cuidados críticos.<sup>7</sup>

Con el objetivo de evitar que se produzcan estas secuelas psicoemocionales al alta, es preciso llevar a cabo unas adecuadas intervenciones de prevención así como de detección precoz de alteraciones psicoemocionales durante el ingreso. Como complementación de estas intervenciones, es necesario que los pacientes reciban un adecuado seguimiento tras el alta de la unidad para detectar y, si fuese necesario, tratar las posibles secuelas psicoemocionales.

Como futura enfermera, el interés de la autora es la profundización en este tema con el objetivo de prestar los cuidados más humanos posibles a sus pacientes en un futuro, así como, difundir el conocimiento sobre esta problemática entre otros profesionales.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### Objetivo General:

- Describir el impacto emocional y las secuelas psicológicas tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos

### Objetivos Específicos:

- Identificar las alteraciones emocionales y psicológicas sufridas durante el ingreso.
- Analizar los factores estresantes de una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Identificar las alteraciones emocionales y psicológicas tras el alta hospitalaria.
- Analizar las posibles medidas de prevención y el campo de actuación de enfermería

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para realizar esta monografía se han revisado una serie de artículos mediante la consulta de las principales bases de datos como son: PubMed, Google Académico y Biblioteca Cochrane Plus.

Para ello se han utilizado una serie de palabras clave, mediante 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), Alta del Paciente (Patient Discharge), Trastorno de Estrés Postraumático (Posttraumatic Stress Disorder), Enfermería en Cuidados Críticos (Critical Care Nursing) y Humanización de la Atención (Humanization of Assistance).

Se ha utilizado el filtro de artículos publicados en los últimos 5 años. Sin embargo, se ha incluido algún artículo con mayor antigüedad por considerarse de alto interés o de referencia. El idioma de los artículos revisados ha sido castellano e inglés.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

Se ha estructurado la materia en tres capítulos.

En el primero, se identifican las alteraciones psicoemocionales que sufren los pacientes durante el ingreso así como los factores de la UCI identificados como estresantes por los pacientes y sus familias.

En el segundo capítulo, se identifican las secuelas psicoemocionales de los pacientes tras el alta hospitalario y se describe el Trastorno de Estrés Postraumático, el cual, también se presenta en los familiares.

Por último, en el tercer capítulo se proponen una serie intervenciones para la detección precoz y prevención de estas alteraciones y/o secuelas psicoemocionales y se destaca la importancia del seguimiento del paciente tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.

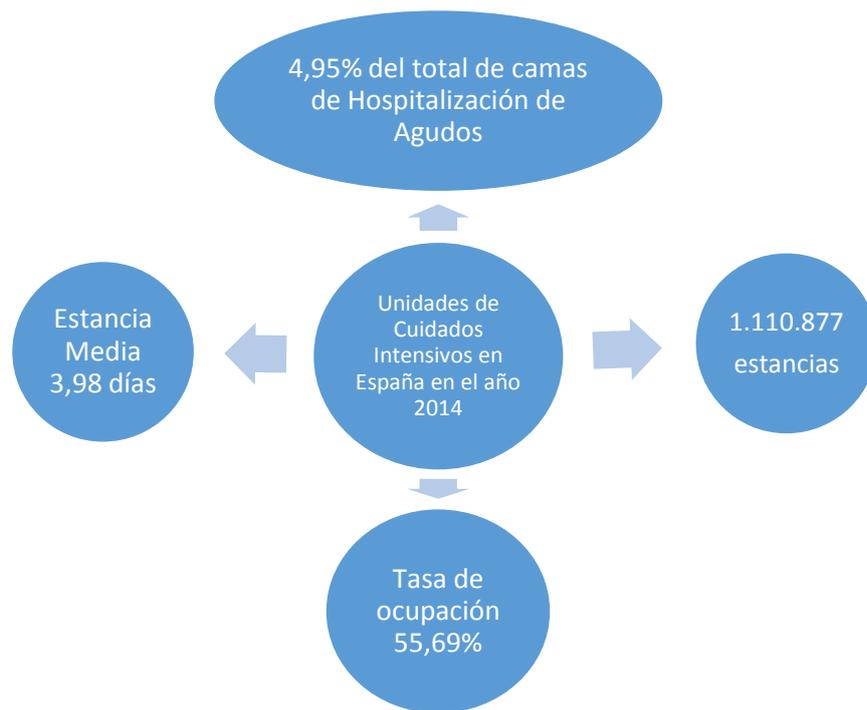
## CAPÍTULO 1: ¿Cómo es un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos?

### 1.1 Características de las Unidades de Cuidados Intensivos

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una organización de profesionales sanitarios que presta una atención multidisciplinar en un área del hospital, con una serie de características funcionales, estructurales y organizativas adecuadas para atender a pacientes en estado crítico.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), perteneciente al Ministerio de Sanidad, identificaba en su informe del año 2014 un total de **556 Hospitales Agudos** (formados por Hospitales generales y Hospitales de Atención Especializada) y **111.756 camas** correspondientes a este tipo de Centro Hospitalario.

Así mismo, se identificaban **5.535 camas de Cuidados Intensivos en España** (incluyendo UCI, Unidad de coronarias, UCI Neonatales y Unidades de Quemados), un **4,95% del total** de camas de los Hospitales de Agudos. Estas unidades, generaron **1.100.877 estancias** durante el año 2014, reflejando una **tasa de ocupación del 55,69%** y una **estancia media de 3,98 días**.<sup>3</sup>



**Figura 1.** Datos Unidades de Cuidados Intensivos en España.  
Fuente: Informe del SIAE 2014<sup>3</sup>. Elaboración propia

En el documento de Estándares y Recomendaciones de Unidades de Cuidados Intensivos del Ministerio de Sanidad<sup>1</sup>, se reflejan los distintos niveles de atención hospitalaria según el Department of Health de Reino Unido. Las Unidades de Cuidados Intensivos, atienden a los pacientes que se encuentran en los niveles 3 y 2:

*“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.”<sup>1</sup>*

### 1.1.1 Características Estructurales

Las Unidades de Cuidados intensivos suelen situarse en una localización estratégica del hospital, con una conexión espacial y funcional con determinados servicios, como son: radiodiagnóstico, urgencias, quirófanos, hemodinámica, electrofisiología...<sup>1</sup>

Además, estas unidades se encuentran aisladas del resto del hospital mediante sistemas de barrera, puertas o entradas con identificación.<sup>1,8</sup>



**Figura 2.** Entrada Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Imagen propia*

Existen diferencias estructurales entre las unidades de críticos de diferentes hospitales. Esto se debe principalmente a las circunstancias en las que se construyó la unidad: si se adaptó a la estructura existente o se creó desde un inicio la estructura adaptada a este tipo de unidad.

En función del modelo arquitectónico existen plantas con estructura triangular, circular o cuadrada.

Así mismo, podemos diferenciar tres tipos de diseño: abierto, cerrado o mixto. En el caso del diseño abierto las habitaciones de los pacientes se dividen mediante biombos, separadores o cortinas. Por otro lado, en el caso del modelo cerrado, las habitaciones son individuales y están cerradas mediante una puerta. El modelo de diseño mixto corresponde a una mezcla de los anteriores.

Existe una controversia sobre qué diseño sería el más adecuado. Existe la creencia de que el modelo cerrado previene las infecciones cruzadas o contagios entre pacientes frente a la

creencia de que este diseño no evita los contagios y además dificulta la asistencia a los pacientes.<sup>8</sup>



**Figura 3.** Box de diseño cerrado. Hospital de Galdácano.  
Tomado de: <http://www.medicina-intensiva.com/2015/06/A203.html>

En el documento de Estándares y Recomendaciones de Unidades de Cuidados Intensivos del Ministerio de Sanidad<sup>1</sup> se recogen una serie de recomendaciones sobre la estructura de estas unidades.

Se recomienda que los “boxes” o habitaciones sean individuales y cerrados, con el objetivo de prevenir las infecciones nosocomiales y favorecer la privacidad del paciente. Los boxes deben estar preparados para la monitorización del paciente y otros medios (tomas eléctricas y de gases medicinales, sistemas de presión negativa y positiva, lavabo...). Se recomienda que los boxes dispongan de luz natural. Deben presentar un tamaño adecuado y espacio suficiente para facilitar el acceso al personal sanitario y para aparatos portátiles (respiradores, ecógrafos, hemofiltro...). Los boxes deben situarse frente al control de enfermería permitiendo la observación de los pacientes desde éste.<sup>1</sup>



**Figura 4.** Interior de un box. Hospital Universitario del Henares.  
Tomado de: <http://www.madrid.org/>

En una reciente publicación titulada <<Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas>> de Escudero D. et al<sup>10</sup>, se presenta un estudio de 131 UCI de adultos Españolas realizado mediante una serie de encuestas respondidas por médicos y enfermeras de dichas unidades.

El 60,2% de estas unidades disponían de todos los boxes individuales, mientras que otras o no disponían de ellos o sólo una parte eran individuales. Igualmente, el 59,9% de estas unidades disponía de luz natural en todos sus boxes.

### **1.1.2 Características Organizativas**

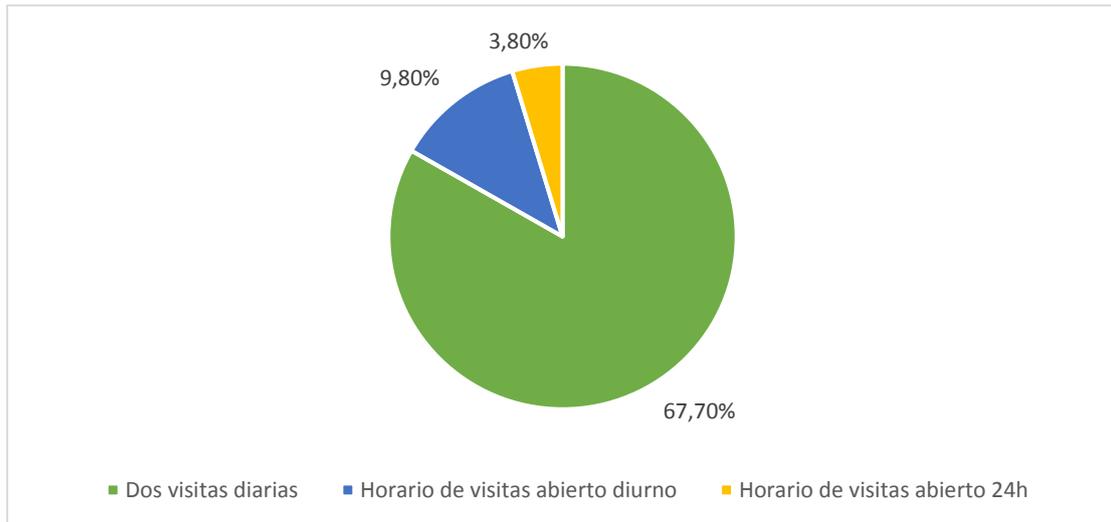
Estas unidades se caracterizan por tener un médico intensivista así como un equipo de enfermería, que proporcione vigilancia y cuidados de enfermería intensivos, las 24 horas del día todos los días del año.

Las necesidades de médicos en la UCI se establecen en función de la gravedad y complejidad de los pacientes atendidos en la unidad, teniendo en cuenta la necesidad de médico de presencia física las 24 horas del día los 365 días del año.

Así mismo las necesidades de enfermería en la UCI se establecen en función de la carga de trabajo y las funciones asignadas a enfermería en la unidad. El ratio paciente enfermera variará en función de la organización de la unidad y de la gravedad de los pacientes; lo más habitual es encontrar un ratio paciente enfermera de 2:1.<sup>1</sup>

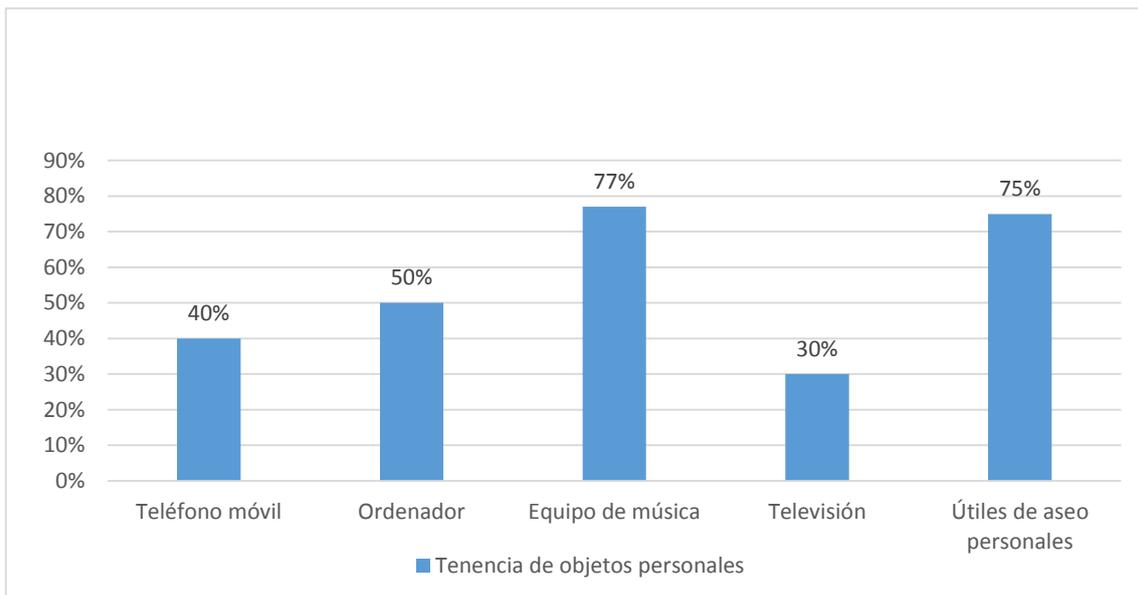
Una característica organizativa de las UCI es el horario de visitas. Es un tema controvertido, actualmente en revisión y depende de la organización de cada unidad. Antiguamente existía la creencia de que el horario de visitas abierto aumentaba las infecciones e interfería en la atención al paciente, por ello se creó una tendencia de visitas restringidas.<sup>10</sup> Por norma general, en España continúa existiendo una política de visitas restringidas<sup>6</sup>, a pesar de que estas objeciones no tienen evidencia científica<sup>9</sup> y de los numerosos estudios que demuestran los beneficios de la visita flexible tanto para el paciente como para su familia.<sup>4, 5, 10, 11, 12</sup>

En el estudio citado previamente de Escudero D. et al.<sup>10</sup>, se objetiva el predominio de una política de visitas restringidas en España. El 67,7% de las unidades que participaban en el estudio permitían dos visitas al día y de ellas, el 91% permitía la entrada a dos familiares de forma simultánea en cada visita. En cuanto a las unidades restantes, el 9,8% tenía un horario de visitas abierto diurno y sólo el 3,8% tenía un horario de visitas abierto las 24 horas del día.



**Figura 5.** Política de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos Españolas.  
 Fuente: Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados Intensivos españolas<sup>10</sup>  
 Elaboración propia.

Otro tema controvertido en las UCI es la tenencia de objetos personales. En este estudio, se recogieron los siguientes datos respecto al tema: el 40% de las unidades permitían el uso de teléfono móvil y el 50% el ordenador. El 77% de las unidades permitía el uso de equipo de música y el 30% permitía televisión en los boxes. Por último, en el 75% de las unidades se permitía el uso de útiles de aseo personales.<sup>10</sup>



**Figura 6.** Tenencia de objetos personales en las Unidades de Cuidados Intensivos Españolas.  
 Fuente: Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados Intensivos españolas<sup>10</sup>  
 Elaboración propia

## 1.2 Alteraciones emocionales y psicológicas sufridas por los pacientes durante el ingreso

*“La experiencia en la UCI es una experiencia muy angustiada para cualquier persona [...] El despertarse en un lugar sin poder hablar, sin poder comunicarte [...] sin apenas poder moverte, con muchísimo dolor y muchísimo miedo...”<sup>13</sup>*

Un ingreso en una UCI supone un mayor estrés que el provocado por un ingreso en cualquier otro servicio de un hospital. Las UCI se diferencian de otras unidades principalmente por la alta tecnología destinada a la vigilancia y cuidados intensivos, la limitación de la autonomía del paciente que pasa a desarrollar un rol pasivo dependiente del equipo sanitario y la gravedad de la situación médica.

El ingreso se trata de un proceso de adaptación, al que los pacientes se tienen que enfrentar de forma inesperada, y durante el cual pueden desarrollar numerosas alteraciones. Estas alteraciones no se dan por igual en todos los pacientes, su aparición dependerá de la interacción de los factores individuales de cada persona.<sup>7,9</sup>

Las alteraciones sufridas más frecuentemente por los pacientes ingresados en estas unidades son ansiedad, depresión, alteraciones del sueño<sup>9</sup> y el llamado Síndrome de Cuidados Intensivos.<sup>16</sup>

**Tabla 1. Alteraciones psicoemocionales más frecuentes durante el ingreso.**

Alteraciones psicoemocionales más frecuentes durante el ingreso
• Ansiedad
• Depresión
• Alteraciones del sueño
• Síndrome de Cuidados Intensivos

*Elaboración propia*

### 1.2.1 Ansiedad y depresión

En su publicación <<Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos>> Gil B. et al.<sup>9</sup> exponen su estudio sobre la afectación psicológica, en términos de ansiedad y depresión, de los pacientes ingresados en una UCI.

Para ello, seleccionaron a 40 pacientes críticos (de edades comprendidas entre 22-82 años, 50% mujeres y 50% hombres) de la UCI del Hospital General de Castellón los cuales fueron evaluados mediante una serie de escalas. Las escalas utilizadas en el estudio fueron: Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Estado de Ánimo y por último una Escala de Factores Estresantes de la UCI. Sobre estas escalas se hablará más extensamente en el Capítulo 3, como herramientas de detección precoz de alteraciones psicoemocionales y prevención de secuelas al alta.

Los resultados obtenidos en la escala HADS fueron que el 37,5% y el 30% de los pacientes tenían puntuaciones, de ansiedad y depresión respectivamente, mayores o iguales de 10 puntos lo cual es indicativo de *probable problema clínico*.

Mediante el cuestionario STAI, se complementaron los datos de ansiedad obtenidos en la escala HADS, diferenciando entre Ansiedad como Estado (A-E) y Ansiedad como Rasgo (A-R). La A-E se caracteriza por ser un estado emocional transitorio mientras que la A-R se caracteriza por ser una propensión ansiosa estable. Los pacientes presentaban mayores puntuaciones en A-E que en A-R.

De la misma manera, mediante el BDI se complementaron los datos de depresión obtenidos en la escala HADS. Los resultados mostraron que un 17% de los pacientes tenían puntuaciones indicativas de depresión moderada (9-19 puntos) y un 3% puntuaciones indicativas de depresión grave ( $\geq 30$  puntos).

Por último, realizaron un cuestionario en el que los pacientes mostraban su "*percepción subjetiva de malestar emocional*" a través de una serie de ítems valorables con una puntuación de 0-10 puntos. Analizando los pacientes que dieron una puntuación mayor o igual que 7, se obtuvieron los siguientes resultados: un 24,3% de los pacientes reflejó malestar emocional general, un 13,5% síntomas de ansiedad o nerviosismo y por último, un 8,1% ánimo deprimido.<sup>9</sup>

### 1.2.2 Alteraciones del sueño

Existen numerosos estudios que evidencian que los pacientes ingresados en UCI no tienen un sueño suficiente ni de calidad. Se calcula que la prevalencia de trastornos del sueño en las UCI es del 21-62%.<sup>14</sup>

El sueño es un condicionante muy importante de la salud y a su vez, es primordial para la recuperación de los pacientes críticos. La mala calidad del sueño puede causar un retraso en su recuperación.<sup>14, 15</sup> En el caso concreto de los pacientes sometidos a ventilación mecánica, por ejemplo, la privación del sueño puede provocar una prolongación del proceso de destete. Además, la alteración del sueño es considerada un factor físico que puede provocar por sí solo ansiedad y estrés en el paciente.<sup>14</sup>

Gómez C.A.<sup>14</sup> en su estudio <<Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos>> realiza una evaluación subjetiva de la calidad del sueño de estos pacientes.

Para ello utilizó la Encuesta Freedman en una muestra de 75 pacientes, de los cuales 59 eran hombres y 16 mujeres y con una estancia media de 4,59 días.

Al analizar los resultados vemos que un 22,7% de los pacientes refería dormir mal en su domicilio, ascendiendo este porcentaje a 33,3% en el caso de los pacientes que referían dormir mal en la UCI. Por lo tanto, los pacientes que dormían mal previamente en su domicilio, durmieron mal en la UCI (58,8%). De los pacientes que referían dormir bien en su domicilio, un 74,1% durmió bien en la UCI.

En cuanto a la medicación, un 22,7% de los pacientes tomaba medicación para dormir previamente al ingreso y este porcentaje ascendió a un 74,4% que tomó medicación para dormir durante el ingreso en la unidad. Sin embargo, el autor concluye que con los datos obtenidos no les permitía relacionar dormir mejor o peor y tomar medicación para dormir o no.

Igualmente, el autor no relaciona el sexo femenino o masculino con dormir mejor o peor. Sin embargo, se observa que a mayor edad los pacientes dan una peor valoración de su calidad de sueño. Los que peor valoraban la calidad de sueño eran los pacientes entre los 75 y 79 años.

Un resultado destacable es que a medida que avanzaba el ingreso mejoraba la calidad del sueño. Al principio del ingreso sólo un 35,6% refería dormir bien, a media estancia un 66,7% y al final del ingreso el 76,4% lo hacía.<sup>14</sup>

En relación con este último punto, Navarro-García MÁ, et al.<sup>15</sup> publican recientemente un estudio de la calidad del sueño en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca diferenciando entre primera y segunda noche de ingreso.

Para ello, utilizó una muestra de 66 pacientes (73% hombres y 27% mujeres) con edades comprendidas entre los 25 y 83 años. Los pacientes completaron el estudio la primera y la segunda noche de ingreso; simultáneamente completaron el Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell (RSCQ) y un cuestionario propio que recogía factores intrínsecos relacionados con la cirugía y factores ambientales de la UCI.

Los resultados del RSCQ mostraron que, en general, los pacientes tuvieron un sueño regular con rápida conciliación del sueño inicial, frecuentes despertares y rápida conciliación del sueño tras los mismos.

Durante la primera noche lo peor valorado fue la profundidad del sueño, aunque fue valorado positivamente la rápida conciliación del sueño inicial.

Durante la segunda noche continuaban valorando negativamente el sueño ligero aunque predominaban los frecuentes despertares, fue valorado positivamente la rápida conciliación del sueño tras estos.<sup>15</sup>

En cuanto al cuestionario de factores influyentes en el sueño, fueron clasificados como de mayor a menor en el siguiente orden: dolor, discomfort, ruido (alarmas y voces), luz, cercanía a otros pacientes y en último lugar las intervenciones de enfermería.<sup>15</sup>

**Tabla 2. Factores influyentes en el sueño de los pacientes.**

Factores influyentes en el sueño
1º Dolor
2º Discomfort
3º Ruido (alarmas y voces)
4º Luz
5º Cercanía a otros pacientes
6º Intervenciones de Enfermería

*Fuente:* Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio en cuidados intensivos<sup>15</sup>.  
*Elaboración propia*

Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Gómez C.A<sup>14</sup> que analizaba los factores ambientales que resultaban molestos a los pacientes para dormir, clasificándolos en el siguiente orden: ruido, luz y actividades de enfermería.

### 1.2.3 Síndrome de Cuidados Intensivos

Otra alteración descrita en la literatura que sufren algunos pacientes durante su ingreso en una UCI es el Síndrome de Cuidados Intensivos. Hewitt J. describe este síndrome en su publicación “Psycho-affective disorder in intensive care units: a review”<sup>16</sup>

Hewitt<sup>16</sup> se refiere a él como un síndrome prevalente en las unidades de cuidados crítico y muy destructivo para la salud mental de los pacientes tanto durante ingreso como al alta. Otra característica de este síndrome es su infradiagnóstico.

Los pacientes experimentan una serie de alteraciones psicoafectivas que conforman este síndrome, identificadas en la Tabla 3.

**Tabla 3. Alteraciones que conforman el Síndrome de Cuidados Intensivos.**

Alteraciones que conforman el S. de Cuidados Intensivos		
Alteraciones de la percepción	Alteraciones afectivas	Estados Confusionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilusiones</li> <li>• Delirio</li> <li>• Alucinaciones visuales</li> <li>• Alucinaciones táctiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Estrés</li> <li>• Desesperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusión</li> <li>• Desorientación</li> </ul>

Fuente: Psycho-affective disorder in intensive care units: a review<sup>16</sup>  
Elaboración propia

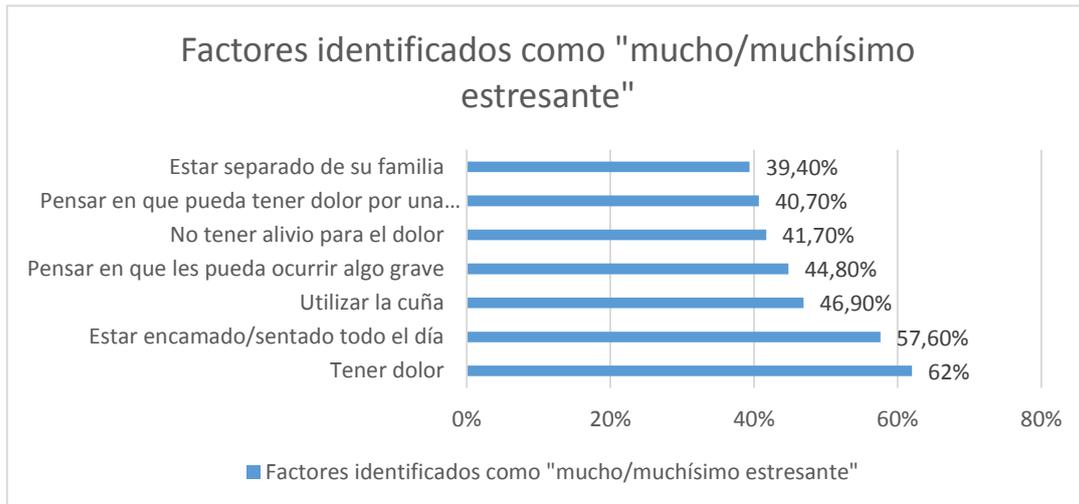
Las causas más frecuentes de este síndrome son: la privación del sueño, las drogas o sedación, los factores psicológicos previos del paciente, factores orgánicos estresantes (hipotensión e hipoxia), la imposibilidad o dificultad en la comunicación y los factores ambientales estresantes de la unidad, descritos más adelante.<sup>7,16</sup>

### 1.3 Factores identificados como estresantes por el paciente

Como se ha explicado previamente, el ingreso en este tipo de unidades supone un mayor estrés para el paciente que un ingreso en cualquier otro servicio del hospital.<sup>7, 9</sup> Este estrés está provocado por una serie de factores tanto intrínsecos a la situación médica<sup>9</sup> como ambientales de la UCI.<sup>17</sup>

En el estudio de Gil B. et al.<sup>9</sup> evalúan el grado de estrés de los pacientes de su muestra a través de la Escala de Factores Estresantes de la UCI. Los resultados mostraron que un 55% de los pacientes manifestaba un “estrés general intermedio” y un 30% de los pacientes refería el ingreso como “mucho/muchísimo estresante”.

Mediante la misma escala, evaluaron los factores intrínsecos a la situación médica que los pacientes percibían como estresantes.

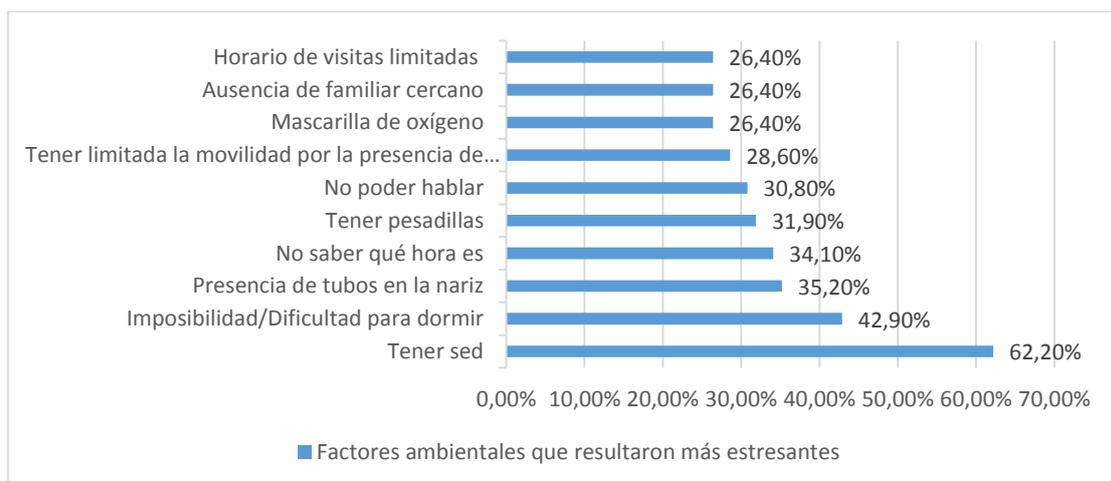


**Figura 7.** Factores estresantes para el paciente intrínsecos a la situación médica.  
 Fuente: *Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos*<sup>9</sup>  
 Elaboración propia

La UCI es un ambiente extraño para los pacientes en el que se encuentran aislados del exterior y en el que hay numerosos estímulos extraños.<sup>7</sup>

Gómez-Carretero P. identifica en su publicación una serie de factores ambientales estresantes para los pacientes en UCI: la privación sensorial, la menor cantidad de estimulación, ruido excesivo de alarmas, equipos de aspiración y voces junto con la ausencia de ruidos normales, el aislamiento físico y social y por último, la restricción de movimiento.

Ayllón N. et al.<sup>17</sup> realizaron un estudio de los factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una UCI. Para ellos seleccionaron una muestra de 91 personas las cuales completaron la “Escala de estresores ambientales de Ballard”. En ella aparecían 43 ítems que los pacientes clasificaron del 0-4, siendo 0 nada estresante y 4 muy estresante. En el siguiente gráfico se muestran los factores que resultaron más estresantes para los pacientes.



**Figura 8.** Factores ambientales estresantes para los pacientes.  
 Fuente: *Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos*<sup>17</sup>  
 Elaboración propia

## 1.4 Factores estresantes para la familia

*“Imagina que recibes una llamada [...] en la que te dicen que alguien a quien quieres ha sufrido un grave accidente y se encuentra en la UCI en estado crítico. Entonces te apresuras al hospital y encuentras un ambiente extraño, desconocido y aterrador.”<sup>18</sup>*

El ingreso de una persona en una UCI provoca de igual manera estrés y ansiedad en sus familiares. Para ellos, estas unidades son lugares hostiles y agresivos que confirman donde su familiar se debate entre la vida y la muerte. Este estrés y ansiedad que sufren puede causar, de la misma forma que en los pacientes, alteraciones psicoemocionales como depresión, sentimientos de impotencia, desorganización mental...<sup>19</sup>

En un reciente estudio<sup>19</sup> realizado en la UCI de un hospital de Brasil, identifican los diferentes factores estresantes para las familias clasificándolos a su vez en cuatro grupos. Estos factores se encuentran recogidos en la Tabla 4.

Tabla 4. Factores estresantes para las familias

F. relacionados con el paciente	F. relacionados con el ambiente	F. relacionados con los profesionales	F. relacionados con las visitas	Otros factores
Estado de coma	Aparatos que rodean al paciente	No conocer al equipo sanitario	Horarios de visita	Contenciones físicas
Incapacidad para hablar	Ruido de aparatos y equipos	Contacto con el psicólogo	No tener compañía	El tiempo de estancia
Motivo de ingreso	Ambiente de la UCI	Información recibida	Retraso en las visitas	Paciente desnudo
Ver al paciente en la UCI	Ruido de la UCI	Relación con el equipo sanitario	Escaso tiempo de visita	Olor de la UCI
Ver al paciente intubado	Luz			El número de pacientes

Fuente: *Stressors in the relatives of patients admitted to an Intensive Care Unit*<sup>19</sup>  
Elaboración propia

### 1.4.1 Necesidades de la familia del paciente ingresado en UCI

*“En el caso de mi familia, supongo que le hubiera ayudado estar informada lo más puntualmente posible de la situación y de cuál era mi evolución”<sup>20</sup>*

Los cuidados en la UCI no deben estar centrados exclusivamente en el paciente, ya que sus familias también sufren el ingreso, deben focalizarse en la unidad familiar. Además del estrés y la ansiedad, el ingreso en cuidados críticos supone desorganización y crisis familiar. Por todo esto, es necesario conocer las necesidades de las familias en UCI.<sup>21</sup> Podemos clasificar estas necesidades en cuatro categorías:

#### Necesidades cognitivas

Los familiares necesitan saber que el paciente está recibiendo los mejores cuidados. Para ellos, la información es la necesidad más importante. Quieren saber la situación de su familiar, el pronóstico y además, qué es lo que ocurre alrededor de él. Es necesario que la información

proporcionada por el médico y enfermería sea complementaria y no contradictoria. La información debe ser clara, oportuna y esperanzadora siempre que no cree falsas expectativas.

### **Necesidades emocionales**

Los familiares viven emociones positivas derivadas de la esperanza de mejoría de su ser querido y negativas por el miedo a perderle. Estas emociones provocan en los familiares sentimientos de incertidumbre e impotencia por no poder hacer nada por su familiar. Por ello, es necesario el apoyo emocional y consuelo por parte de los profesionales sanitarios.

### **Necesidades sociales**

Los familiares manifiestan la necesidad de permanecer con su ser querido pudiendo ser partícipes en el cuidado, sin embargo los horarios de visitas de estas unidades lo hacen complicado.

### **Necesidades prácticas**

Estas necesidades están formadas por todos los factores que hacen que la familia se sienta cómoda: salas de espera, cafeterías, cercanía a la UCI... Sin embargo, para los familiares estas necesidades son las menos importantes.<sup>21</sup>

## CAPÍTULO 2: Impacto emocional y secuelas psicológicas tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos

### 2.1 Alteraciones emocionales y psicológicas más frecuentes tras el alta

#### 2.1.1 Síndrome Post-Cuidados Intensivos

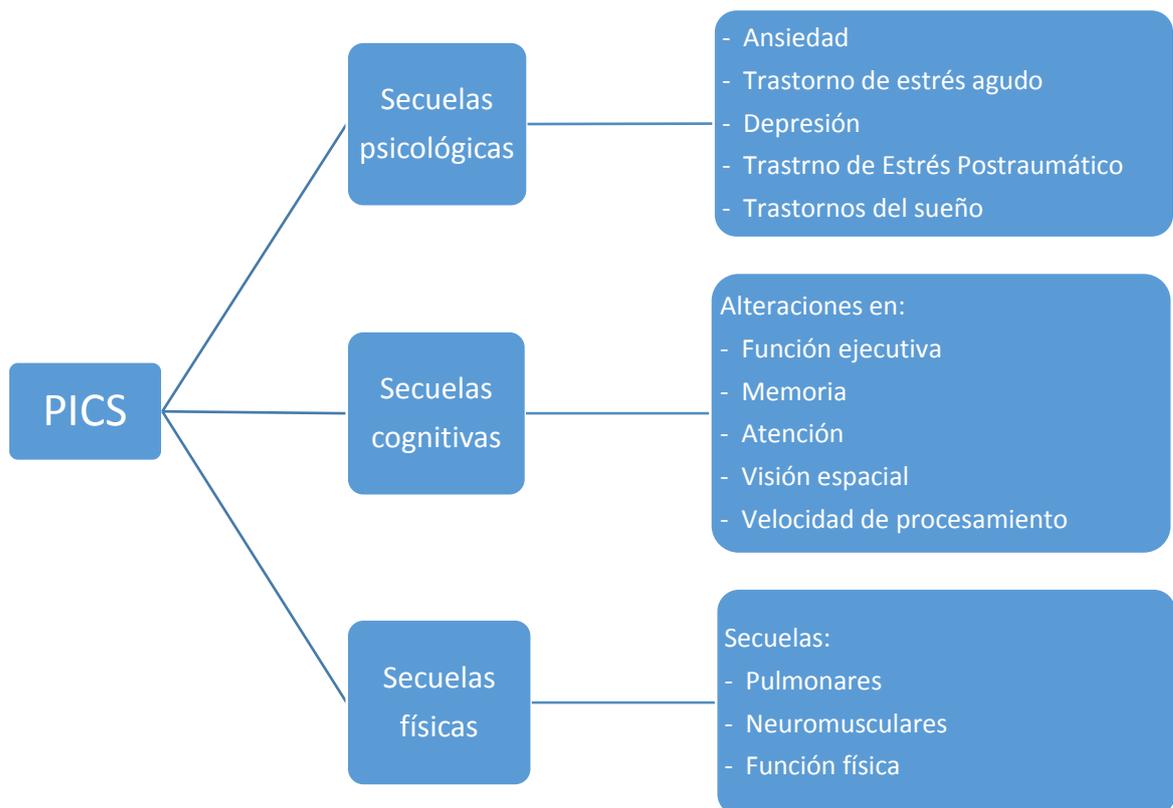
Tras el alta de una unidad de cuidados críticos, los pacientes tienen una larga recuperación. Existen numerosas publicaciones en la literatura que durante años, han constatado lo frecuentes que son las secuelas a largo plazo y el sufrimiento de los pacientes y sus familiares tras el alta de una UCI.

En una reciente publicación titulada <<Postintensive Care Syndrome: Right care, right now... and later>><sup>22</sup>, Harvey M.A. et al. definen el “Síndrome Post-Cuidados Intensivos” en el cual se agrupan las diferentes secuelas que sufren los pacientes y sus familias a largo plazo.

##### 2.1.1.1 Síndrome Post-Cuidados Intensivos en el paciente

En el caso de los pacientes, utilizaremos el acrónimo PICS procedente del término en Inglés Postintensive Care Syndrome.

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos en los pacientes está compuesto por diferentes tipos de secuelas: secuelas psicológicas, secuelas cognitivas y secuelas físicas; identificadas en la Figura 9.



**Figura 9.** Secuelas que conforman el Síndrome Post-Cuidados intensivos  
Fuente: Postintensive Care Syndrome: Right care, right now... and later<sup>22</sup>  
Elaboración propia.

Respecto a la esfera psicoemocional del paciente, las secuelas psicológicas tras el alta incluyen síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño; pueden durar de meses a años y convertirse en Trastorno de Estrés Postraumático el cual se explica más adelante.

En esta publicación, se recogieron los siguientes datos: entre un 5-87% presentaban síntomas de depresión y un 23-48% síntomas de ansiedad. Entre un 10-50% presentaba síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.

A su vez, estas secuelas (psicológicas, cognitivas y físicas) provocan consecuencias socioeconómicas y afectan a la calidad de vida de los pacientes.<sup>22</sup>

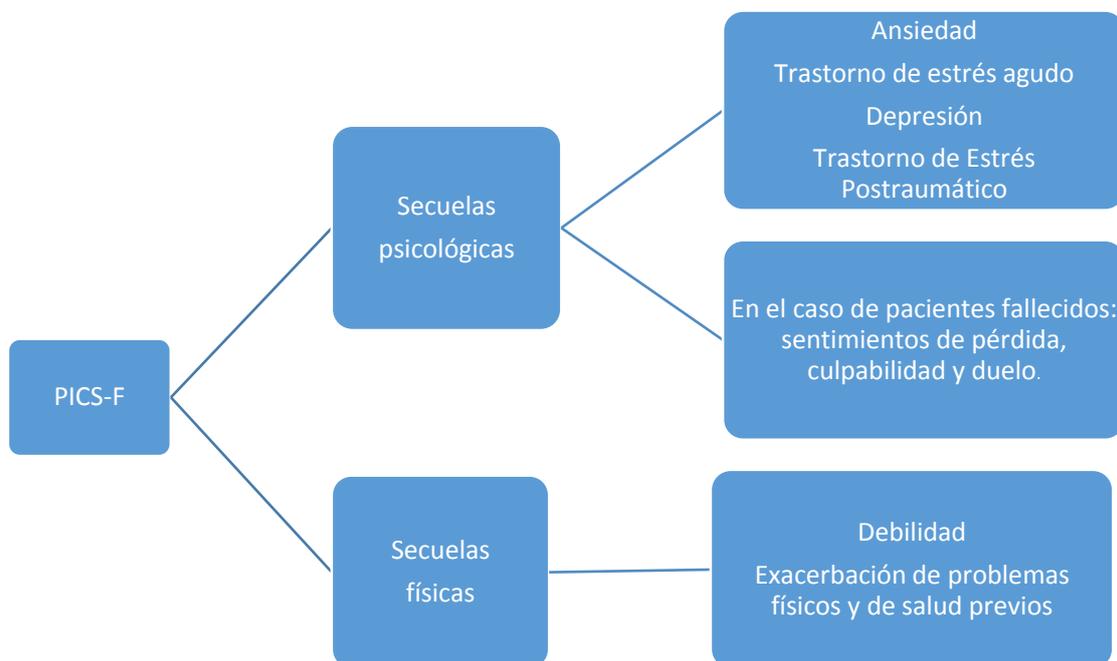
Harvey M.A.<sup>22</sup> recoge una serie de datos respecto a esta problemática: el 50% requiere un cuidador hasta un año después del alta. El 50% de los pacientes, no se reincorporan en su puesto de trabajo hasta un año después del alta igualmente.

### 2.1.1.2 Síndrome Post-Cuidados Intensivos en la familia (PICS-F)

Igualmente, nos referiremos al Síndrome Post-Cuidados Intensivos en la familia utilizando el acrónimo PICS-F procedente del término en Inglés Postintensive Care Syndrome Family.

El PICS sólo puede darse en los pacientes que sobreviven, sin embargo, el PICS-F puede darse tanto en las familias de los pacientes que sobreviven como en las de los pacientes que fallecen.

En el caso de las familias, el Síndrome está formado por secuelas psicológicas y físicas desarrolladas en la Figura 10.<sup>22</sup>



**Figura 10.** Secuelas que conforman el Síndrome Postcuidados Intensivos en la familia  
Fuente: Postintensive Care Syndrome: Right care, right now... and later<sup>22</sup>  
Elaboración propia

En relación a las secuelas psicológicas, Harvey M.A.<sup>22</sup> recoge una serie de datos en su publicación: entre el 10-75% de los familiares presentaba síntomas de ansiedad y 1/3 de ellos tomaba alguna medicación para tratar la ansiedad o la depresión. Al igual que los pacientes, los familiares pueden sufrir Trastorno de Estrés Postraumático. En este caso, un 8-42% presentaba síntomas de este trastorno.

Al igual que ocurría en los pacientes, estas secuelas (psicológicas y físicas) junto con la adquisición del “rol de cuidador” provocan consecuencias socioeconómicas y sobre la calidad de vida de las familias. Encontramos un gran cambio en la dinámica familiar, bajas laborales y costes de los tratamientos médicos.<sup>22</sup>

### 2.1.2 Recuerdos del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos

Tras el alta, los pacientes no olvidan su ingreso en la unidad de críticos sino que lo recuerdan y además, pueden experimentar pesadillas y sueños.

Zetterlund P. et al.<sup>23</sup> llevaron a cabo un estudio sobre este tema, utilizando una muestra de 41 pacientes sometidos a ventilación mecánica. Los pacientes completaron una serie de encuestas y a través de ellas se valoraron los recuerdos de los pacientes al año y a los cinco años tras el alta de la UCI.

En la tabla 5 podemos observar los resultados obtenidos al año frente a los obtenidos a los cinco años. En primer lugar, los pacientes que recordaban el trauma y el tiempo tras el alta al año continuaban recordándolo a los cinco años.

El porcentaje de pacientes que recordaba la estancia en UCI, disminuyó a los cinco años. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que experimentaban pesadillas y sueños al año aumentó a los cinco años.

Por último, existía un grupo de pacientes que se preguntaban por qué no recordaban todo sobre el ingreso y para un porcentaje de ellos, esto suponía un problema.<sup>23</sup>

**Tabla 5. Recuerdos de los pacientes al año frente a los cinco años**

Los pacientes:	1 año	5 años
Recuerdan el trauma y el tiempo tras el alta	1/3	1/3
Recuerdan la estancia en UCI	12%	7%
Experimentan pesadillas y sueños	9%	12%
Pensaron en por qué no recuerdan todo	59%	56%
Les supone un problema no recordar todo	37%	29%

Fuente: Memories from intensive care unit persist for several years. A longitudinal multi-centre study<sup>23</sup>  
Elaboración propia

Para finalizar, Zetterlund P.<sup>23</sup> realizó una clasificación de los recuerdos de los pacientes en fácticos (relacionados con los hechos), emocionales y delirantes. Los resultados que obtuvo a los cinco años fueron que un 66% de los pacientes tenía recuerdos fácticos, un 61% recuerdos emocionales y por último un 24% recuerdos delirantes. Así mismo, estableció para cada tipo los recuerdos de esos pacientes en orden de prevalencia, como se muestra en la Tabla 6.

**Tabla 6. Clasificación de los recuerdos de los pacientes a los cinco años**

Recuerdos Fácticos (66%)	Recuerdos emocionales (61%)	Recuerdos delirantes (24%)
1º Familiares	1º Dolor	1º Alucinaciones
2º Voces	2º Confusión	2º Pesadillas
3º Caras	3º Discomfort	3º Sueños

Fuente: Memories from intensive care unit persist for several years. A longitudinal multi-centre study<sup>23</sup>  
Elaboración propia

## 2.2 Trastorno de Estrés Postraumático tras el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4 (DSM IV) define el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como:

*“Trastorno ansioso que ocurre tras la exposición a un evento traumático que es percibido por el individuo como una amenaza grave para uno mismo u otros”*

Este trastorno está formado por tres grupos principales de síntomas recogidos en el DSM IV:

- Re-experiencia intrusiva y angustiante de la amenaza
- Evitación de recordatorios
- Hipervigilancia persistente

Para llevar a cabo un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático es necesario que los síntomas persistan al menos un mes. Hablamos de TEPT agudo cuando los síntomas persisten hasta tres meses y de TEPT crónico cuando éstos persisten más de tres meses.

Los síntomas de TEPT se suelen dar relativamente cerca al trauma, sin embargo, existen casos en los que los síntomas aparecen hasta seis meses más tarde.<sup>24</sup>

Este trastorno suelen sufrirlo personas que han experimentado un evento traumático como por ejemplo, víctimas de catástrofes naturales, accidentes de tráfico, veteranos de guerra, mujeres en el postparto, víctimas de violaciones, maltrato o robos...<sup>24,25</sup> El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos es un factor de riesgo para sufrir este trastorno, en pacientes que han sobrevivido y que regresan a la comunidad tras el alta.<sup>24</sup>

Se estima que 1 de cada 5 pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos sufrirán sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático tras el alta de esta unidad.<sup>26</sup>

En reciente meta-análisis basado en 40 estudios y 3.400 pacientes, Parker AM. et al.<sup>26</sup> estiman las prevalencias de sintomatología de TEPT. Estas, se encuentran entre un 25-44% en los primeros 6 meses tras el alta de la UCI y entre un 17-34% en los siguientes 7-12 meses tras el alta.

Los pacientes que sufren Trastorno de Estrés Postraumático tienen una recuperación más complicada que otros pacientes ya que este trastorno está asociado con tasas más altas de enfermedad cardíaca, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, artritis y peor calidad de vida.<sup>27</sup>

### 2.2.1 Factores de riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos

Para poder llevar a cabo una adecuada prevención desde el ingreso del paciente en la unidad de críticos, es necesaria la identificación de los distintos factores de riesgo para este trastorno.

En una reciente publicación titulada <<Posttraumatic Stress Syndrome associated with stays in the Intensive Care Unit: Importance of nurses' involvement>><sup>27</sup> Warlan H. et al. realizan una clasificación de los factores de riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático asociado con el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Se identifican tres factores de riesgo principales, los factores personales del paciente, los factores de la UCI y la severidad de la enfermedad junto a la duración del ingreso, los cuales a su vez están compuestos por varios factores.

#### Factores personales:

- Los pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y/o depresión de forma previa al ingreso en la unidad de críticos, presentan mayores tasas de TEPT tras el alta que aquellos que no padecían ningún problema psicológico de forma previa.
- Los pacientes menores de 65 años presentan un riesgo mayor de TEPT.<sup>27</sup>
- Así mismo, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrirlo que los hombres. Esta asociación del sexo femenino con el trastorno de estrés postraumático se encuentra en varias publicaciones de la literatura, sin embargo en otras publicaciones se desmiente esta asociación. Los autores, coinciden en que esta asociación no es consistente y en la necesidad de un estudio más exhaustivo sobre el tema.<sup>24,27</sup>

#### Factores de la Unidad de Cuidados Intensivos:

- **Fármacos vasopresores:** Pueden utilizarse en pacientes con hipotensión grave debido a fallo vascular o sepsis. Estos fármacos imitan la respuesta de estrés del organismo aumentando la contractilidad cardiaca entre otros efectos. El uso extendido en el tiempo de estos fármacos provoca un estado de estrés crónico en los pacientes.
- **Sedación:** Está demostrado que el uso de benzodiazepinas y la duración de la sedación están asociadas con la sintomatología de TEPT. Las benzodiazepinas tienen un efecto amnésico relacionado con mayores tasas de TEPT.
- **Ventilación mecánica:** La ventilación mecánica y más aún la larga duración de esta está estrechamente relacionada con signos y síntomas de TEPT. En un estudio de seguimiento de 168 pacientes sometidos a ventilación mecánica, el 35% presentaba síntomas de TEPT a los dos años del ingreso.
- **Memorias delirantes:** Previamente se ha identificado la prevalencia de estas memorias en los pacientes dados de alta de una unidad de críticos. Estas memorias delirantes están asociadas a un mayor riesgo de TEPT. Sin embargo, el hecho de no recordar nada sobre el ingreso también se ha identificado como un factor de riesgo de TEPT.
- **Episodios de agitación:** Los episodios de agitación suelen tratarse con restricciones físicas y sedación. Se ha encontrado una estrecha relación entre estos factores y el TEPT.<sup>27</sup>

**Severidad de la enfermedad y duración del ingreso:** A pesar de que estos factores pueden ser contribuyentes, no se ha demostrado de forma consistente la asociación con el TEPT.<sup>25, 27</sup>

### **2.2.2 Impact of Event Scale – Revised**

La escala más utilizada actualmente para valorar la presencia de sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático es la Impact of Event Scale – Revised (IES-R) o Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R) en su versión traducida al castellano.

Es un cuestionario autoadministrado que mide la presencia de estrés provocado por un evento traumático. Está reconocida y es utilizada a nivel internacional.

Esta escala fue creada por Weiss DS y Marmar CR y está basada en la original Impact of Event Scale de Horowitz MJ.

La IES-R está formada por los siguientes 3 dominios: síntomas de evitación, síntomas intrusivos y aumento de la excitación emocional. Cada dominio consta de 22 ítems para valorar su intensidad, desde 0 (de ningún modo) hasta 4 (extremadamente). Una característica importante de la IES-R es que distingue entre individuos con estrés agudo y aquellos que presentan TEPT; según sus autores, un resultado mayor de 22 es indicativo de presencia de estrés agudo y un resultado mayor de 36 lo es para presencia de Trastorno de Estrés Postraumático.<sup>28</sup>

### **2.2.3 Trastorno de Estrés Postraumático en la familia**

Actualmente, los cuidados proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos no están dirigidos únicamente a sus pacientes si no que se trata de prestar además cuidados centrados en la familia. Satisfaciendo las necesidades que presentan los familiares se reduce el riesgo de reacciones de estrés al trauma que supone la experiencia de tener a un ser querido ingresado en una UCI.

Al igual que los pacientes, las familias tienen un largo camino de recuperación tras el alta o la muerte de su familiar sufriendo numerosas secuelas psicológicas identificadas anteriormente y pudiendo llegar a desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático.<sup>29</sup>

Azoulay E. et al.<sup>29</sup> realizaron un estudio en el que mostraron la prevalencia de reacciones de estrés postraumático en las familias así como los factores más contribuyentes.

Se trata de un estudio longitudinal realizado en 21 Unidades de Cuidados Intensivos de Francia. Los criterios de elección fueron una duración de la estancia mayor de 48 horas y ser el familiar más cercano al paciente. 90 días tras el alta o la el fallecimiento del paciente, realizaron una entrevista telefónica a estos familiares.

Finalmente, fueron 284 los familiares que completaron el estudio. De ellos, 56 eran familiares de pacientes fallecidos y 228 de pacientes supervivientes.

Utilizaron la Impact of Event Scale para medir las reacciones de estrés postraumático. Un resultado >30 en la escala era indicativo de “presencia de reacciones de estrés postraumático” y un alto riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático.

Otros datos recogidos para el estudio fueron la opinión de los pacientes en cuanto a la información que habían recibido durante el ingreso en la UCI y los familiares que estuvieron involucrados en las “decisiones del final de la vida”.

En la Tabla 7, se recogen los datos obtenidos en la IES en los distintos grupos de familiares.

**Tabla 7. Resultados de la Impact of Event Scale para la muestra de familiares**

	Número de familiares (%)	Nº Familiares con IES > 30 (%)
Muestra	284 familiares	94 (33,1%)
Familiares de supervivientes	228 (80,3%)	66 (28,9%)
Familiares de fallecidos	56 (19,7%)	28 (50%)
Familiares que valoraron “tiempo insuficientes dedicado a la información”	43 (15,1%)	20 (46,5%)
Familiares que valoraron “información difícil de entender”	45 (15,8%)	24 (53,3%)
Familiares que valoraron “información insuficiente”	95 (33,4%)	46 (48,4%)
Familiares involucrados en la toma de decisiones de “final de la vida”	22 (7,7%)	18 (81,8%)

**Adaptado de:** Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in family members of Intensive Care Unit patients<sup>29</sup>

Este estudio muestra el alto riesgo que tienen los familiares de pacientes ingresados en una unidad de críticos de sufrir TEPT el alta o fallecimiento de su familiar. Se encontró que 1/3 de los familiares presentaba reacciones de estrés postraumático (IES >30) a los 90 días tras el alta o fallecimiento del paciente.

Existe una clara relación entre la mala, deficiente o incompleta información proporcionada por los profesionales sanitarios durante el ingreso con el riesgo de sufrir este trastorno. Aproximadamente la mitad de los familiares que valoraron negativamente la información recibida obtuvieron un resultado > 30 en la IES.

Así mismo, se relaciona la participación del familiar en la toma de decisiones de “final de vida” con un mayor riesgo de TEPT. Aproximadamente, un 80% de estos familiares obtuvieron un resultado >30 en la IES.<sup>29</sup>

## **CAPÍTULO 3: Intervenciones destinadas a la prevención, detección precoz y tratamiento de secuelas emocionales y psicológicas**

La prevención y/o detección precoz de posibles alteraciones psicoemocionales durante el ingreso en cuidados intensivos, juegan un papel importante en el pronóstico al alta, disminuyendo el riesgo de que aparezcan secuelas de este tipo.

Tras el alta de UCI es importante realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes; para evaluar el riesgo de sufrir estas secuelas o para detectar precozmente su aparición y si fuese preciso establecer el tratamiento adecuado.

### **3.1 Intervenciones durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos**

La planificación del alta y el seguimiento del paciente crítico una vez que ha abandonado la Unidad de Cuidados Intensivos, es un campo profesional en expansión en los últimos años. Permite anticiparse, detectar precozmente complicaciones, prevenir reingresos y asegurar una educación sanitaria adecuada para el paciente y su cuidador. En el ámbito de la prevención, están utilizando una serie de escalas para la detección precoz del riesgo de alteraciones psicológicas, que se describen con detalle en este capítulo.

La enfermera de cuidados críticos tiene un papel indispensable tanto en la prevención como en la detección de complicaciones. Sin embargo, aún son escasos los estudios sobre la práctica enfermera en este campo, y supone un interesante tema emergente de actuación e investigación.

Partiendo de la importancia de un equipo multidisciplinar en esta materia, en esta monografía se plantean varias intervenciones, que pueden abordarse desde la práctica profesional de la enfermería.

#### **3.1.1 Escalas de detección precoz de alteraciones psicoemocionales en el paciente**

Existen una serie de escalas que detectan las diferentes alteraciones psicoemocionales que pueden sufrir los pacientes. A continuación, se explican cuatro de las escalas más utilizadas:

##### **Escala de Ansiedad y Depresión (HADS)**

Esta escala fue creada para detectar estados de depresión y/o ansiedad en las unidades de hospitalización no psiquiátricas. Fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 y adaptada a la población Española, por Tejero, Guimera, Farré y Peri en 1986, con una adecuada fiabilidad y validez.

Consta de dos escalas, una de ellas valora la ansiedad y otra la depresión. Cada escala está formada por siete ítems en los que se valora la intensidad o frecuencia de los síntomas con una escala Likert de 0-4. Las puntuaciones totales de cada escala van de 0 a 21, resultando: 0-7 normal, 8-10 dudoso/posible problema clínico y >10 probable problema clínico.

##### **Cuestionario de Ansiedad Estado – rasgo (STAI)**

El cuestionario STAI diferencia la Ansiedad como Estado (A-E) y Ansiedad como Rasgo (A-R). La A-E se entiende como un estado emocional transitorio mientras que la A-R es una propensión ansiosa estable.

Este cuestionario fue creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1983 y posteriormente en 1988 fue adaptado al español por Seisdedos, con adecuados índices de fiabilidad y validez para la población Española.

Consiste en dos escalas formadas por veinte ítems cada una. En el caso de la escala A-R los pacientes contestan “cómo se sienten generalmente” mediante una escala Likert de 0-4 puntos para los ítems. De la misma manera, para la escala A-E contestan “cómo se sienten en el momento en que realizan el cuestionario.

La puntuación total para cada escala va de 0 a 60 puntos. En el caso de las mujeres la puntuación corte es de 31 puntos para A-E y 30 puntos para A-R. Para los hombres, 28 puntos para A-E y 25 para A-R.

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Es una de las escalas más utilizadas para evaluar la presencia de síntomas depresivos. Diseñada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaug en 1961 y adaptada al español en 1998 por Sanz y Vázquez.

Formada por veintiún ítems con cuatro alternativas de respuesta para cada uno de ellos. La puntuación total va de 0 a 63 puntos, resultando: 0-9 puntos ausencia de depresión, 10-18 depresión leve, 19-29 depresión moderada y  $\geq 30$  depresión grave.<sup>9</sup>

### **Impact of Event Scale (IES)**

Explicada anteriormente en el punto 2.2.2. Esta escala es utilizada para valorar la presencia de sintomatología de Trastorno de Estrés Posttraumático.

## **3.1.2 Intervenciones destinadas a la prevención**

### **Diarios de la Unidad de Cuidados Intensivos**

Los “Diarios de UCI” son diarios escritos para los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos por sus familiares y el personal de enfermería.<sup>30</sup>

Este diario es escrito durante el tiempo en el que el paciente está inconsciente o sometido a ventilación mecánica y en algunos casos, cuando el paciente vuelve a ser capaz escribe él mismo en el diario.



**Figura 11.** Enfermero escribiendo el “Diario de UCI” de un paciente.

*Tomado de: <http://www.icu-diary.org/diary/start.html>*

En él se incluyen datos importantes para el paciente como: motivo del ingreso, tratamiento que se le ha proporcionado, cuidados diarios proporcionados, hechos relevantes de la recuperación del paciente de forma positiva, complicaciones que se hayan producido, visitas que ha recibido...

Posteriormente, al alta, los pacientes pueden leer el diario. Esto, les permite realizar una reconstrucción de los hechos pudiendo completar “lagunas de memoria”, diferenciar los recuerdos reales de los delirantes y comprender mejor el porqué de su ingreso.

Estos diarios no ayudan solo a los pacientes sino que, también, lo hacen a sus familias y permiten a los profesionales mostrar su labor.<sup>31</sup>

En varios artículos se recogen datos positivos respecto a estos diarios; se ha demostrado que tienen un impacto positivo en la recuperación psicológica de los pacientes y además son ellos mismos los que los valoran como una gran ayuda en su recuperación.<sup>31, 32,33</sup>

Sin embargo, los estudios disponibles actualmente no conforman un adecuado nivel de evidencia que permita crear un protocolo por el cual se realicen sistémicamente en las UCI.<sup>34</sup>

### **Musicoterapia**

La Asociación Americana de Musicoterapia la define como:

*“Uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por un profesional acreditado que ha completado un programa aprobado de musicoterapia.”*<sup>35</sup>

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos están sometidos a altos niveles de estrés provocado por numerosos factores. Habitualmente, estos pacientes están en tratamiento con altas dosis de fármacos analgésicos y sedantes durante un tiempo prolongado. Estas pautas de medicación se han relacionado con numerosos efectos adversos.

Se ha demostrado que la musicoterapia no es solo una herramienta de entretenimiento sino que puede utilizarse como instrumento terapéutico. Algunos de los beneficios descritos en la literatura son la disminución de la ansiedad, de la respuesta al estrés y la inducción de un estado de relajación en el paciente.

Sus efectos ansiolíticos se han observado tanto en pacientes conscientes como en pacientes sedados. Es un facilitador del sueño y el descanso y puede utilizarse como distracción en la realización de procedimientos dolorosos. Además, el uso de auriculares elimina el molesto ruido de fondo característico de las unidades de críticos.

La musicoterapia es un instrumento terapéutico de bajo coste y sin efectos adversos, que podrían llevar a cabo en estas unidades los profesionales sanitarios.<sup>36</sup>

### **Paseos que curan**

Entre las diferentes medidas propuestas por el Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI) para humanizar la atención prestada en estas unidades se encuentra una que destaca por romper las “reglas”: sacar de paseo a los pacientes fuera de las UCI.

El Dr. José Carlos Igeño Cano, Jefe de servicio de Medicina Intensiva y Urgencias y miembro del proyecto HUCI, habla sobre ello en una entrada del blog de la página web del proyecto.

Destaca los beneficios que tienen estos paseos en los pacientes como son: la disminución de la necesidad de fármacos analgésicos, antipsicóticos y sedantes, el aumento del bienestar y el optimismo de los pacientes así como el aumento de la colaboración y la confianza con los profesionales.

Así mismo, destaca la importancia de la individualización de estos paseos. Es decir, no todos los pacientes ingresados son candidatos de salir fuera de la UCI aunque sea por un tiempo limitado.

En esta misma entrada, pone a disposición del lector un protocolo creado en su hospital para sistematizar y protocolizar los paseos fuera de la UCI. En él se describen los pacientes diana y los pacientes contraindicados, los pasos para el desarrollo del paseo y el equipo necesario para éste.<sup>37</sup>



**Figura 12.** Paseos que curan.

Tomado de: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/saldelauci-el-protocolo-paseo/>

### Terapia Asistida con Animales

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es un tema de actualidad que está cobrando importancia en nuestro país.

Según datos recogidos en Diciembre de 2015, en España existían 55 entidades dedicadas a las Intervenciones Asistidas con Animales. Estas entidades trabajan en varios ámbitos como son: discapacidad o neurorehabilitación (93%), educación (89%), psiquiatría o psicología (76%), integración social (76%), gerontología (75%), hospitalario (22%) y penitenciario (15%). La normativa de la presencia de animales en los hospitales en España es muy restrictiva, esto hace que la introducción de TAA en este ámbito resulte dificultosa. Sin embargo, cada vez son más los hospitales españoles que incluyen este tipo de terapia como son el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y el Hospital de Torrejón de Ardoz de Madrid.<sup>38</sup>

Uno de los principales motivos por los que existen estas políticas restrictivas sobre la presencia de los animales en los hospitales es la precaución, por el al menos teórico, riesgo de contagio de enfermedades de los animales a las personas. Sin embargo, existen numerosos estudios que niegan la existencia de este riesgo. Los animales destinados a estas terapias son sometidos a exhaustivos controles médicos por lo que su contacto con los pacientes es totalmente seguro. Algunos autores afirman que en el caso de pacientes inmunodeprimidos, presentan el mismo riesgo de ser contagiados por el animal que por cualquier persona que les visite.<sup>39</sup>

En el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos existe aún más reticencia a la integración de la TAA.

A través del proyecto HUCI Rubén Castrillo Rodríguez, un enfermero de la UCI del Hospital Moisés Broggi de Sant Joan Despí, ha puesto en marcha “HUCI-CO: Perros en la UCI”.

Rubén relata en el blog de este proyecto lo que fue el primer paso de HUCI-CO. Consiguió que un paciente ingresado desde hacía 4 meses en la unidad se reuniese con su mascota durante

uno de los “paseos que curan”. Rubén describe lo beneficioso que fue este hecho para el paciente y la implicación que tuvo en su recuperación.

Este proyecto pretende normalizar la visita de las mascotas de los pacientes ingresados en UCI y de la misma manera favorecer la integración de la Terapia Asistida con Animales en estas unidades.<sup>40</sup>

### **3.2 Intervenciones al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos**

#### **3.2.1 Servicio Extendido de Cuidados Intensivos**

En los últimos años, algunas Unidades de Cuidados Intensivos Españolas han puesto en marcha, una nueva estrategia para la mejora de la morbimortalidad de los pacientes graves. Esta estrategia es la creación del llamado Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI).

El objetivo del SECI consiste en la detección precoz del paciente potencialmente grave que se encuentra fuera de las unidades de cuidados críticos para, una vez detectado, poner en marcha un tratamiento precoz o bien trasladar al paciente a la UCI. De esta manera, se pretende evitar mayores complicaciones como podría ser un fallo multiorgánico.

Este servicio surge del gran salto asistencial existente entre los cuidados proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos y los cuidados proporcionados en las Unidades de Hospitalización. Esta nueva estrategia crea una nueva forma de trabajar en las UCI ya que, hasta ahora, estas unidades centraban su atención en los pacientes ingresados en ellas.<sup>41, 42</sup>

En cada hospital existe un enfoque diferente para este servicio. A continuación, se explica de forma resumida el funcionamiento del SECI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

El SECI establece una serie de criterios de activación que consisten en alteraciones de variables fisiológicas o analíticas. Una vez detectadas estas alteraciones, el médico responsable del paciente activa el SECI que acude a valorarle de forma urgente. Tras esta valoración, se decide instaurar el tratamiento en la misma unidad o el traslado del paciente a la UCI<sup>42</sup>

#### **3.2.2 Consulta Post-Cuidados Intensivos**

Como se ha explicado previamente, un número significativo de pacientes sufre el llamado Síndrome Post-Cuidados Intensivos tras el alta de estas unidades el cual abarca secuelas psicológicas, físicas y cognitivas.<sup>22</sup>

Tras llevar a cabo las adecuadas medidas de prevención, sería conveniente realizar un adecuado seguimiento de los pacientes que son dados de alta para así favorecer la detección precoz de estas secuelas.

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de la Paz de Madrid ha puesto en marcha un programa cuyo objetivo es la detección precoz y el seguimiento de pacientes que sufren Síndrome Post-Cuidados Intensivos a través de la creación de una consulta.

Los pacientes son citados en esta consulta a los 3 meses del alta de la Unidad. En esta primera consulta se realizan: anamnesis sobre la situación del paciente desde el alta, exploración física (incluyendo evaluación de la función respiratoria y de la fuerza muscular), evaluación de la calidad de vida, valoración psicológica, valoración cognitiva y por último, valoración familiar.

Tras esta primera consulta, se cita de nuevo al paciente a los 3,6 y/o 12 meses si fuese preciso o bien, se procede al alta si el paciente no presenta alteraciones que requieran el seguimiento de esta consulta.

El servicio trabaja de forma conjunta con el Servicio de Psiquiatría y el Servicio de Rehabilitación a los cuales se derivan los pacientes que así lo requieran.<sup>43</sup>

### 3.2 Líneas de investigación

#### 3.2.1 Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos

En España, existe un fuerte movimiento en pro de la humanización de la atención sanitaria, especialmente centrado en las Unidades de Cuidados Intensivos. El *Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI)* es un proyecto de investigación nacional e internacional que nace en nuestro país en Febrero de 2014. Ahora mismo, es un grupo de difusión e investigación potente, cuyas líneas de investigación coinciden con las más actuales a nivel internacional.

Su página web, [www.humanizandoloscuidadosintensivos.com](http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com), es utilizada como un espacio de comunicación a través del cual se da visibilidad al proyecto.

Los objetivos de este proyecto se describen en su página web de la siguiente manera:

- Humanizar los Cuidados Intensivos
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales
- Difundir los Cuidados Intensivos y acercarlos a la población
- Fomentar la formación en habilidades de comunicación

Resumen sus principales líneas de investigación en nueve puntos:

#### 1. UCI de puertas abiertas

Defienden una flexibilización de los horarios de visita y dar la posibilidad a los familiares de permanecer con su ser querido ya que éstos son el contacto con la realidad del paciente.

#### 2. Comunicación

Este punto se refiere a la necesidad de una mejora en la comunicación en varios aspectos: proporcionar una información clara y precisa a los familiares, mejorar la comunicación verbal y no verbal de los profesionales con el paciente y sus familias, cuidar los comentarios que los pacientes no deben escuchar... Además proponen el uso de las nuevas tecnologías para facilitar la comunicación en pacientes que presentan dificultades para ello como por ejemplo, pacientes intubados.

#### 3. Bienestar y satisfacción del paciente

Destacan la importancia de adecuadas pautas de sedación y analgesia.

Actividades destinadas al entretenimiento y relajación de los pacientes como son: Musicoterapia, televisión en el box, “paseos que curan” y visitas de las mascotas de los pacientes.

#### 4. Participación de la familia

Proponen la participación de la familia en los cuidados (alimentación, aseo...) y la presencia de ésta en los procedimientos, favoreciendo la satisfacción del familiar.

#### 5. Cuidados del profesionales

Estas unidades suponen un gran desgaste tanto físico como psicoemocional igualmente para los profesionales que trabajan en ellas, por ello, destacan la importancia de la prevención del síndrome de “burn-out” de los profesionales. Proponen cuidar el descanso con adecuadas salas y tiempo para los profesionales y actividades como yoga.

**6. Prevención y manejo del síndrome post-UCI**

Secuelas físicas, psicológicas y sociales que sufren los pacientes tras el alta.

**7. Mejora de las infraestructuras**

La humanización de estas unidades contempla una mejora de la infraestructura, por ejemplo: boxes con ventanas y reloj que favorezcan la orientación del paciente. En el caso de los familiares, proponen convertir las salas de espera en salas de estar (zonas más confortables y cálidas para los familiares).

**8. Formación en habilidades**

Habilidades necesarias para los profesionales, como son: resiliencia, trabajo en equipo, relación de ayuda, empatía, escucha activa, compasión...

**9. Manejo de situaciones terminales**

Proporcionar los mejores cuidados al final de la vida, limitación soporte vital, cuidados paliativos y voluntades anticipadas.<sup>44</sup>

## Conclusiones

1. Son numerosas las alteraciones psicológicas y emocionales que sufren los pacientes durante el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Existen varios factores que propician estas alteraciones; tanto factores intrínsecos a la enfermedad como factores ambientales y organizativos de estas unidades. Las familias de los pacientes también sufren de forma estresante el ingreso de su ser querido en una unidad de críticos, por ello es importante conocer y satisfacer sus necesidades durante la estancia en el hospital.
2. Tras el alta, los pacientes junto con sus familias tienen un largo camino de recuperación. Ambos pueden sufrir una serie de secuelas psicoemocionales e incluso desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático.
3. En este trabajo se plantean una serie de intervenciones durante el ingreso. En primer lugar, la utilización de una serie de escalas de valoración para la detección precoz de alteraciones psicoemocionales. En segundo lugar, una serie de actividades preventivas de estas alteraciones. No se han encontrado estudios sobre estas escalas exclusivamente enfermeros, sin embargo, estas intervenciones se plantean como una actividad más para los profesionales de enfermería.
4. Actualmente, no existe suficiente información acerca de las consultas Post-Cuidados Intensivos. Los profesionales de enfermería tienen cabida en el seguimiento al alta de la UCI y por lo tanto, una gran labor en este campo. A pesar de que en otros países como Reino Unido estas consultas son una realidad, en nuestro país se ha creado la primera recientemente en el Hospital de la Paz de Madrid. Este punto, constituye un tema pendiente de investigación y desarrollo.
5. Como propuesta tras el estudio de este tema, se ha considerado evaluar la posibilidad de ampliar el campo de actuación del Servicio Extendido de Cuidados Intensivos para poder sacar el máximo partido de la valiosa labor que realiza este equipo. Este equipo podría ser el punto de conexión entre las unidades de hospitalización y la consulta post-cuidados intensivos, detectando a los pacientes dados de alta a estas unidades susceptibles de estar en seguimiento por la consulta una vez en sus domicilios.

## Bibliografía

- (1) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. 2010; Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> Accedido el: 01/2017.
- (2) Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Unidad de Cuidados Intensivos. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1160390923040&pagename=HospitalPrincipeAsturias%2FPage%2FHPPE\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1160390923040&pagename=HospitalPrincipeAsturias%2FPage%2FHPPE_pintarContenidoFinal) Accedido el: 01/2017.
- (3) Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros Sin Internamiento. Año 2014. 2016; Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2014/SIAE2014.pdf> Accedido el: 01/2017.
- (4) Heras G, Zaforteza C. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva [Internet]. 2014 [02/2017]; 25(4):123-124. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>
- (5) Abella A, Torrejón I, Enciso V, Hermosa C, Sicilia J.J, Ruiz M, et al. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. Med Intensiva [Internet]. 2013 [02/2017]; 37(1):12-18. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/proyecto-uci-sin-paredes-efecto/articulo/S0210569112002446/>
- (6) Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva [Internet]. 2014 [02/2017]; 38(6):371-375. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
- (7) Gómez P, Monsalve V, Soriano J.F, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2007 [02/2017]; 31(6):318-325. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/alteraciones-emocionales-necesidades-psicologicas-pacientes/articulo/13108551/>
- (8) Tarín J.M, Ferro T. Diseño y Gestión de una Unidad de Enfermería de atención al paciente crítico en el HUGTIP [Tesina]. Universitat de Barcelona; 2010-2012.
- (9) Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. RPPC [Internet]. 2013 [02/2017]; 18(2):129-138. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
- (10) Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina M.J, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Rev Calid Asist [Internet]. 2015 [02/2017]; 30(5):243-250 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001013>
- (11) Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las Unidades de Cuidados Intensivos: Beneficios para los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 [02/2017]; 23(4):179-188. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>

- (12) Ayllón N, Montero P, Acebes M.I, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014 [02/2017]; 25(2):72-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>
- (13) OKDiario. Cristina Cifuentes/Presidenta de la Comunidad de Madrid [Video File]. 29 de Febrero de 2016. [Consultado el 1 de Abril de 2017] [19:18]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XdyiTMH4zdc&t=375s>
- (14) Gómez C.A. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet] 2013 [03/2017]; 24(1):3-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-calidad-del-sueno-los-pacientes-S1130239912000909>
- (15) Navarro-García MÁ, De Carlos V, Martínez-Oroz A, Irigoyen-Aristorene M.I, Elizondo-Sotro A, Indurain-Fernández S, et al. Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016 [03/2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991630075XREVISAR>
- (16) Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2002 [03/2017]; 11:575-584. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x/epdf>
- (17) Ayllón N, Álvarez M, González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2007 [03/2017]; 18(4):159-167. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239907743997>
- (18) Kathy Torpie. Caring for family members [Video File]. 18 de Enero de 2015. [Consultado el 1 de Abril de 2017] [3:02]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=vCyLrImIQvg>
- (19) Adam A, Dorfey B, Dieter C, Campara K, Montagner T. Stressors in the relatives of patients admitted to an Intensive Care Unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [03/2017]; 28(3):323-329. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051192/pdf/rbti-28-03-0323.pdf>
- (20) Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos. Return to tell the story. Report of a heart attack [Video File]. 28 de Noviembre de 2014. [Consultado el 1 de Abril de 2017] [3:31]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2Me2-LhzMS4>
- (21) Pardavila M.I, Vivar C.G. Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012 [03/2017]; 23(2): 51-67. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000460>
- (22) Harvey M.A, Davidson J.E. Postintensive Care Syndrome: Right care, right now... and later. *Crit Care Med* [Internet]. 2016 [04/2017]; 44(2): 381-385. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Judy\\_Davidson2/publication/290597507\\_Postintensive\\_Care\\_Syndrome\\_Right\\_Care\\_Right\\_Nowand\\_Later/links/569d249b08aed27a702f9014.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Judy_Davidson2/publication/290597507_Postintensive_Care_Syndrome_Right_Care_Right_Nowand_Later/links/569d249b08aed27a702f9014.pdf)

- (23) Zetterlund P, Plos K, Bergbom I, Ringdal M. Memories from intensive care unit persist for several years. A longitudinal multi-centre study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2012 [04/2017]; 28: 159-167. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339711001297>
- (24) Khitab A, Reid J, Bennett V, Adams GC, Balbuena L. Late onset and persistence of post-traumatic stress disorder symptoms in survivors of critical care. *Can Respir J* [Internet]. 2013 [04/2017]; 20(6): 429-433. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crj/2013/861517/abs/>
- (25) Morrissey M, Collier E. Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [04/2017]; 25: 1501-1514. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13138/full>
- (26) Parker AM, Sricharoenchai T, Raparle S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham Dm. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 [04/2017]; 43(5): 1151-2. Disponible en: [http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2015/05000/Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder\\_in\\_Critical\\_Illness.25.aspx](http://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/2015/05000/Posttraumatic_Stress_Disorder_in_Critical_Illness.25.aspx)
- (27) Warlan H, Howland L. Posttraumatic Stress Syndrome associated with stays in the Intensive Care Unit: importance of nurses' involvement. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2015 [04/2017]; 35(3): 44-54. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/35/3/44.short>
- (28) Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive a qualitative study. *J Crit Care* [Internet]. 2015 [04/2017]; 30: 599-605. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25776895>
- (29) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in family members of Intensive Care Unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2005 [04/2017]; 171: 987-994. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665319>
- (30) ICU-Diary [Internet] Kiel: Peter Nydahl; 2012[actualizado 02/2012; citado 05/2017]. Disponible en: <http://www.icu-diary.org/diary/start.html>
- (31) Ednel A.K, Silijergren S, Engström A. The ICU patient diary – A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 [05/2017]; 40:70-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28233651>
- (32) Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks J.M. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2014 [05/2017]; 27(1): 28-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23938098>
- (33) Teece A, Baker J. Thematic Analysis: How do patient diaries affect survivors' psychological recovery? *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 [05/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28363594>
- (34) Ullman A.J, Aitken L.M, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S, et al. Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2014 [05/2017]; (12). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010468.pub2/epdf/standard>

- (35) American Music Therapy Association. What is Music Therapy? Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/> Accedido el: 05/2017
- (36) Mofredj A, Alaya S, Tassaioust K , Bahloul H, Mrabet A. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. J Crit Care [Internet] 2016 [05/2017]; 35: 195-199. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27481759>
- (37) Igeño J.C. #saldelaUCI: El protocolo del paseo [Internet]. Blog Humanizando los Cuidados Intensivos. 2016 [05/2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/saldelauci-el-protocolo-paseo/>
- (38) Martos-Montes Rafael, Ordóñez-Pérez David, Fuente-Hidalgo Inmaculada de la, Martos-Luque Rafael, García-Viedma M<sup>a</sup> Rosario. Intervención asistida con animales (IAA): análisis de la situación en España. Escritos de Psicología [Internet] 2015 [05/2017]; 8(3): 1-10. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198938092015000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198938092015000300001&lng=es)
- (39) McCullough A, Ruehrdanz A, Jenkins M. The Use of Dogs in Hospital Settings [Internet] 2016 [05/2017] Disponible en: [https://habricentral.org/resources/54871/download/hc\\_brief\\_dogsinhospitals20160115Access.pdf](https://habricentral.org/resources/54871/download/hc_brief_dogsinhospitals20160115Access.pdf)
- (40) Castrillo R. HUCI-CO: Perros en la UCI [Internet]. Blog Humanizando los Cuidados Intensivos. 2016 [05/2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/huci-co-perros-en-la-uci-por-ruben/>
- (41) SEMICYUC. La UCI extendida aumenta la seguridad de los pacientes en nuestros hospitales. La UCI que todo lo ve. 2011; Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/la-uci-extendida-aumenta-la-seguridad-de-los-pacientes-en-nuestros-hospitales> Accedido el: 05/2017
- (42) Holanda M.S, Domínguez M.J, Ots E, Lorda M.I, Castellanos A, Ortiz F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. Med. Intensiva [Internet]. 2011 [05/2017]; 35(6): 349-353. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912011000600006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000600006&lng=es).
- (43) Añón J.M. La consulta del Síndrome Post-UCI ya es una realidad [Internet]. Blog Humanizando los Cuidados Intensivos. 2017 [05/2017]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/la-consulta-del-sindrome-post-uci-ya-es-una-realidad/>
- (44) Humanizando los Cuidados Intensivos. Tenemos un Plan. 2017; Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/tenemos-un-plan/> Accedido el: Mayo de 2017