



## EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

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

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

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

**EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO:  
VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI  
DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**Mónica Romero Pastor**

TESIS DOCTORAL



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI  
Tarragona, 2023

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES  
DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

TESIS DOCTORAL 2023

UNIVERSITAT



ROVIRA I VIRGILI

**EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO:  
VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI  
DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**Mónica Romero Pastor**

TESIS DOCTORAL



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI  
Tarragona, 2023

# EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

TESIS DOCTORAL

Realizada por:

**Mónica Romero Pastor**

Dirigida por:

Dra. María Lourdes Rubio Rico

Dr. José Oriol Romaní Alfonso

Departamento de Antropología y Comunicación



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI  
Tarragona, 2023

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor



HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”, que presenta Mònica Romero Pastor para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento Antropología y Comunicación de esta universidad.

Tarragona, 10 de julio de 2023

Los directores de la tesis doctoral

RUBIO RICO  
MARIA  
LOURDES -  
39849854P

Firmado digitalmente  
por RUBIO RICO  
MARIA LOURDES -  
39849854P  
Fecha: 2023.07.10  
12:23:04 +02'00'

María Lourdes Rubio Rico

Jose Oriol  
Romaní  
Alfonso

Firmado  
digitalmente por  
Jose Oriol Romaní  
Alfonso  
Fecha: 2023.07.11  
15:13:57 +02'00'

José Oriol Romaní Alfonso

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

*La incertidumbre es la única certeza.*

Zygmunt Bauman

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

# 1. Agradecimientos

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Quiero iniciar esta sección dando mis más sinceros agradecimientos hacia los pacientes de la UCI con los que me he ido encontrando a lo largo de mis más de 16 años de carrera profesional, y en especial a aquellos que se implicaron y aceptaron colaborar en este proyecto. Gracias, sois un modélico ejemplo de superación. Vuestras historias me han conmovido profundamente y me han cambiado para siempre, como persona y como enfermera.

A Lourdes, mi directora. Has sido mi guía y mi maestra en este camino largo y lleno de interrupciones. Gracias por la orientación, por el acompañamiento y por estar SIEMPRE, sí, siempre en mayúsculas. Has hecho de este un viaje lleno de aprendizajes.

A Oriol, mi director. Gracias por estar y por tu mirada antropológica.

A Mar, esta tesis también es un poco tuya. Gracias por tu ayuda a cualquier hora, por tus correcciones, pero sobre todo por ser apoyo y amiga. Si nunca abandoné fue, un poco, por culpa tuya.

A Sofía, Mar y Albert, los verdaderos inicios de este trabajo empiezan en Tarragona, en 2013, con vosotros. Gracias.

A Maite, gracias por tu tiempo y por tus conocimientos. Por abrir camino a esta tesis y por apoyarla siempre.

A Seyla, gracias por ayudarme a poner nombre a los sentimientos que emergen de este trabajo y por tu bendita locura.

A Meri, gracias por tu apoyo, este camino lo hemos hecho paralelamente juntas, cada una en su terreno y vocación.

A Laura y a Sandra, gracias por el apoyo, por celebrar cada etapa superada y por hacerme saber que siempre estáis orgullosas.

A mis compañeras de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por su apoyo. Este trabajo no es solo para los pacientes, es también para nosotras, para poder ser aún mejores. Susana, gracias por ponerle humor a este camino, la mejor compañera de rotación. Loli, gracias por estar en los inicios.

## 1. Agradecimientos

---

Al grupo de doctorandos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; compartir experiencias similares allana el camino.

A mis padres, la constancia y el esfuerzo son valores inculcados por vosotros, y este trabajo sabe de ellos. Gracias *iaia* Conchi, esta tesis pudo ver el final gracias a tu tiempo, dedicado a abrazar a lo que más quiero.

A Pere, hemos compartido logros y decepciones desde pequeños. Este es uno más a compartir y celebrar.

A Remei, a Pascual, a Pedro y a Concha, sé que estáis orgullosos.

A Miquel, gracias por tu apoyo, por tu tiempo y por dejar más bonito este trabajo.

A mi familia y amigos, por el apoyo durante todos estos años.

A Albert; si nunca abandoné fue por tu insistencia y apoyo, en la tesis y en este camino llamado vida. Gracias por no permitir que dejara a un lado este trabajo.

A Paula y a Martina, por el tiempo robado, formáis parte de esta tesis. Sois mi inspiración, la que me lleva a hacer las cosas bien, sois mi vida.

Gracias

Mónica

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 2. Índice

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

1. Agradecimientos.....	7
2. Índice.....	11
3. Índice de tablas y figuras.....	17
3.1 Índice de tablas .....	18
3.2 Índice de figuras.....	19
4. Abreviaturas.....	21
5. Resumen.....	23
5.1. Resumen en castellano .....	24
5.2. Resumen en inglés.....	26
5.3. Resumen en catalán.....	28
6. Introducción .....	31
7. Justificación.....	33
8. Objetivos .....	37
9. Marco teórico.....	39
9.1 Unidad de cuidados intensivos .....	42
9.2 Experiencias de transición de alta de la UCI.....	44
9.2.1 Vivencias de transición.....	54
9.2.2 La familia, pilar fundamental en la transición .....	60
9.2.3 La información. Una necesidad básica .....	62
9.3 Intervenciones al alta.....	67
9.3.1 Intervenciones al alta de UCI .....	67
9.3.2 Intervenciones al alta hospitalaria en pacientes que han sufrido un ingreso de UCI .....	70
9.4 Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel.....	73
10. Metodología .....	85
10.1 Investigación cualitativa, ¿por qué?.....	86
10.2 Perspectiva fenomenológica.....	86

---

10.3	Diseño.....	86
10.4	Ámbito de estudio.....	87
10.5	Características de la población de estudio.....	89
10.6	Criterios de inclusión.....	91
10.7	Criterios de exclusión.....	91
10.8	Reclutamiento de pacientes.....	92
10.9	Muestra.....	92
10.10	Instrumento de recogida de datos.....	94
10.11	Análisis de datos.....	94
10.12	Criterios de rigor.....	95
10.13	Consideraciones éticas.....	95
11.	Resultados.....	97
11.1	Transición de alta de UCI a la sala de hospitalización: sentimientos que emergen de la experiencia de transición.....	98
11.1.1	Sentimientos causantes de bienestar.....	102
11.1.1.1	Sintiendo alegría.....	103
11.1.1.2	Sintiendo satisfacción.....	104
11.1.1.3	Sintiendo seguridad.....	105
11.1.2	Sentimientos causantes de malestar.....	107
11.1.2.1	Sintiendo ansiedad.....	107
11.1.2.2	Sintiendo tristeza.....	109
11.1.2.3	Sintiendo miedo.....	110
11.1.2.4	Sintiendo rabia.....	111
11.1.2.5	Sintiendo desprotección.....	112
11.1.2.6	Sintiendo ambivalencia de sentimientos.....	113
11.2	Significado de «ser dado de alta de la UCI».....	115
11.2.1	Alta como indicador de mejora del estado de salud.....	117
11.2.2	Alta como generador de autonomía.....	119
11.2.3	Volver a empezar.....	122
11.2.4	Pérdida de control.....	123

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

11.2.5	Deseo marchar de la UCI .....	125
11.2.6	Alta como necesidad organizativa del centro sanitario .....	129
11.2.7	¿Estoy preparado para marchar de la UCI?.....	131
11.2.8	Marcharé pronto.....	132
11.3	La mirada de Mishel: incertidumbre y fuentes de estructura .....	134
11.3.1	Incertidumbre.....	134
11.3.1.1	Falta de información.....	135
11.3.1.2	Falta de familiaridad: comportamientos no reconocibles .....	136
11.3.1.3	Falta de coherencia: discontinuidad de los cuidados y cambio en el entorno y en las rutinas... ..	137
11.3.1.4	Déficit de autonomía y autocuidado en un entorno de soporte decreciente.....	139
11.3.1.5	Expectativas frustradas.....	139
11.3.2	Fuentes de estructura.....	139
11.3.2.1	Información del proceso de alta.....	140
11.3.2.2	Planificación del proceso de alta .....	140
11.3.2.3	Autoridad con credibilidad: confianza en el personal sanitario .....	142
11.3.2.4	Continuidad de los cuidados: enfermera referente.....	143
11.3.2.5	Apoyo social.....	147
11.3.3	Evaluación de la incertidumbre.....	148
11.3.3.1	La inferencia .....	148
11.3.3.2	La ilusión .....	150
12.	Discusión.....	151
12.1	Discusión sobre los sentimientos que emergen de la experiencia de transición.....	152
12.2	Discusión sobre el significado «ser dado de alta de la UCI».....	157
12.3	Discusión sobre la incertidumbre y las fuentes de estructura.....	164
13.	Propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico .....	169

---

14. Conclusiones .....	177
15. Limitaciones y futuras líneas de investigación .....	181
15.1 Limitaciones .....	182
15.2 Futuras líneas de investigación .....	183
16. Implicaciones para la práctica .....	185
17. Difusión y aportación a la comunidad científica.....	189
18. Reflexiones finales .....	193
19. Bibliografía .....	195
20. Anexos .....	211
20.1 Documento de alta del paciente crítico (HSCSP) .....	212
20.2 Escala CAM-ICU.....	214
20.3 Escala de coma de Glasgow (GCS).....	215
20.4 Escala de valoración del dolor numérica (EVN).....	215
20.5 Hoja de información al paciente .....	216
20.6 Consentimiento Informado .....	218
20.7 Escala de soporte social MOSS.....	219
20.8 Guía entrevistas .....	220
20.9 Aceptación comité de ética .....	221

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

### 3. Índice de tablas y figuras

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 3.1 Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión, búsqueda bibliográfica .....	40
Tabla 2. Estrategia de búsqueda .....	41
Tabla 3. Resultados más relevantes de las referencias bibliográficas sobre las experiencias de transición de alta de la UCI .....	46
Tabla 4. Características sociodemográficas y de ingreso en UCI .....	93
Tabla 5. Sentimientos que emergen de la experiencia de ser dado de alta de la UCI. ....	101
Tabla 6. Propuesta de cuidado «Fomento de la autonomía» .....	170
Tabla 7. Propuesta de cuidado «Planificación del alta» .....	171
Tabla 8. Propuesta de cuidado «Información sobre el alta» .....	172
Tabla 9. Propuesta de cuidado «Continuidad de los cuidados» .....	173
Tabla 10. Propuesta de cuidado «Promoción de un entorno confiable y seguro» .....	174
Tabla 11. Propuesta de cuidado «Cuidar a la familia» .....	174
Tabla 12. Propuesta de cuidado «Enfermera referente de altas» .....	175
Tabla 13. Propuesta de cuidado «Educar para interpretar las pistas contextuales» .....	175
Tabla 14. Propuesta de cuidado «Incidir en la evaluación de la incertidumbre» .....	176

## 3.2 Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de selección de artículos .....	41
Figura 2. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad .....	75

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 4. Abreviaturas

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

AP: Atención primaria

CAP: Centro de Atención Primaria

CAM-ICU: Confusional Assessment Method for the Intensive Care Unit

DAI: Desfibrilador automático implantable

E: Entrevistadora

E:P: Ratio enfermera-paciente

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EVN: Escala de valoración del dolor numérica

FD: Fibromatosis desmoide

GCS: Escala de coma de Glasgow

H: Hombre

HADS: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria

HSCSP: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

I: Informante

IAP: Investigación acción participativa

IES: Escala del impacto de evento

JCI: Joint Commission

M: Mujer

Me: Motivo de ingreso médico

MOSS: Escala de soporte social percibido

MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social

NICE: Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido

NQF: National Quality Forum

OMS: Organización Mundial de la Salud

Q: Motivo de ingreso postquirúrgico

SH: Sala de hospitalización

SPCI: Síndrome post cuidados intensivos

SSP: Soporte social percibido

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UCIM: Unidad de cuidados intermedios

VM: Ventilación mecánica

## 5. Resumen

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 5.1. Resumen en castellano

### Introducción:

La vivencia del alta del paciente crítico a la sala de hospitalización es un tema extensamente abordado desde hace años. A pesar de ello, aún existe mucha insatisfacción por parte de pacientes y familiares sobre cómo se produce el alta a planta desde la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Entre los sentimientos identificados asociados a la transición de la unidad de críticos a la planta de hospitalización, la incertidumbre ha sido mencionada en la literatura existente sobre el tema, por lo que analizar la vivencia del alta a planta del paciente crítico desde la perspectiva teórica de Merle Mishel podría sugerir elementos de cuidado útiles para mejorar la experiencia del paciente crítico en esta circunstancia.

### Objetivos:

Conocer y comprender la experiencia de transición de la UCI a las salas de hospitalización, y aplicar a dicha experiencia la perspectiva teórica de la incertidumbre de Merle Mishel.

### Diseño:

Estudio cualitativo y descriptivo con un enfoque fenomenológico en un hospital de tercer nivel de Barcelona.

### Metodología:

Los datos se recogieron entre febrero de 2017 y mayo de 2018 mediante 20 entrevistas en profundidad.

### Resultados:

El alta de la UCI a la sala de hospitalización es una transición vivida por cada paciente de forma diferente. Algunos pacientes viven la experiencia con

mucho malestar, y otros, con mucha alegría. De este trabajo se extraen tres grandes temas que permiten comprender mejor la transferencia a planta: i) Transición de alta de la UCI a la sala de hospitalización: sentimientos que emergen de la experiencia de transición; ii) Significado de «ser dado de alta de la UCI»; iii) La mirada de Mishel: incertidumbre y fuentes de estructura. A partir de los resultados de este trabajo, se identifican y proponen intervenciones de mejora de cuidados al paciente crítico desde su ingreso en la UCI hasta el alta hospitalaria.

### **Conclusión:**

El cuidado enfermero, en general, y el manejo de la incertidumbre, en particular, han sido identificados como elementos importantes en la vivencia del alta a planta del paciente crítico, ya que, según el relato de los informantes, pueden hacer de esta transición un proceso más saludable y con menor impacto emocional.

### **Palabras clave:**

Incertidumbre, unidad de cuidados intensivos (UCI), investigación cualitativa, alta UCI, cuidados de transición, cuidados enfermeros.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 5.2. Resumen en inglés

### Introduction:

The experience of critical patient discharge to the ward is a topic that has been widely addressed for many years. Nevertheless, there is still a great deal of dissatisfaction on the part of patients and family members concerning how discharge from the intensive care unit (ICU) to the ward takes place.

Among the feelings identified associated with the transition from the critical care unit to the ward, uncertainty has been mentioned in the existing literature on the subject. Hence analysing the experience of the discharge of the critical patient to the ward from the theoretical perspective of Merle Mishel could suggest useful aspects of care to improve the experience of these patients under such circumstances.

### Objectives:

To learn and comprehend the experience of transition from the ICU to the hospital ward, and to this experience, apply Merle Mishel's theoretical perspective of uncertainty.

### Design:

A qualitative and descriptive study with a phenomenological approach in a third-level hospital in Barcelona.

### Methodology:

Data were collected between February 2017 and May 2018 by means of 20 in-depth interviews.

### Results:

Discharge from the ICU to the hospital ward is a process of transition that each patient experiences differently. Some patients live the experience with

great distress and others, with much joy. This work enables extracting three main issues to allow a better understanding of the transfer to the ward: i) The transition from ICU discharge to the hospitalization ward: feelings that emerge from the transition experience; ii) The significance of “being discharged from the ICU”; and iii) Mishel’s approach: uncertainty and sources of structure. Based on the results of this work, interventions to improve critical patient care from admission to the ICU to discharge from hospital are identified and proposed.

**Conclusion:**

Nursing care in general, and the management of uncertainty in particular, have been identified as important elements in the experience of critical patient discharge to the ward since, according to the accounts of the informants, they can make this transition a healthier process with less emotional impact.

**Keywords:**

Uncertainty, intensive care unit (ICU), qualitative research, discharge from ICU, transitional care, nursing care.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 5.3. Resumen en catalán

### Introducció:

La vivència de l'alta del pacient crític a la sala d'hospitalització és un tema extensament abordat des de fa anys. Malgrat això, encara existeix molta insatisfacció per part de pacients i familiars sobre com es produeix l'alta a planta des de la unitat de cures intensives (UCI).

Entre els sentiments identificats associats a la transició de la unitat de crítics a la planta d'hospitalització, la incertesa ha estat esmentada a la literatura existent sobre el tema, per la qual cosa analitzar la vivència de l'alta a planta del pacient crític des de la perspectiva teòrica de Merle Mishel podria suggerir elements de cura útils per millorar l'experiència del pacient crític en aquesta circumstància.

### Objectius:

Conèixer i comprendre l'experiència de transició de la UCI a les sales d'hospitalització, i aplicar a aquesta experiència la perspectiva teòrica de la incertesa de Merle Mishel.

### Disseny:

Estudi qualitatiu i descriptiu amb un enfocament fenomenològic a un hospital de tercer nivell de Barcelona.

### Metodologia:

Les dades es van recollir entre febrer de 2017 i maig de 2018 mitjançant 20 entrevistes en profunditat.

### Resultats:

L'alta de la UCI a la sala d'hospitalització és una transició viscuda per cada pacient d'una manera diferent. Alguns pacients viuen l'experiència amb molt

de malestar, i altres, amb molta alegria. D'aquest treball s'extreuen tres grans temes que permeten comprendre millor la transferència a planta: i) Transició d'alta de la UCI a la sala d'hospitalització: sentiments que emergeixen de l'experiència de transició; ii) Significat de «ser donat d'alta de la UCI»; iii) La mirada de Mishel: incertesa i fonts d'estructura. A partir dels resultats d'aquest treball, s'identifiquen i proposen intervencions de millora de les cures al pacient crític des de l'ingrés a la UCI i fins a l'alta hospitalària.

### **Conclusió:**

La cura infermera, en general, i el maneig de la incertesa, en particular, han sigut identificats com a elements importants en la vivència de l'alta a planta del pacient crític, ja que, segons el relat dels informants, poden fer d'aquesta transició un procés més saludable i amb un menor impacte emocional.

### **Paraules clau:**

Incertesa, unitat de cures intensives (UCI), investigació qualitativa, alta UCI, cures de transició, cures infermeres.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 6. Introducción

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Uno de los aspectos más recurrentes cuando se trata del alta del paciente de la UCI a la sala de hospitalización es el concepto de ansiedad<sup>1-4</sup>. El alta puede ser igual de traumática que el propio ingreso en la UCI<sup>5</sup> y no siempre se vive de una manera positiva<sup>6-8</sup>, pudiendo existir sentimientos de ambivalencia ante el proceso<sup>8-10</sup>.

Estudios cualitativos en el ámbito anglosajón describen sentimientos de abandono, inseguridad y vulnerabilidad, además de un cierto grado de dependencia después del alta de UCI<sup>6,9,11-14</sup>. El estado emocional de los pacientes puede verse afectado por diferentes motivos: el cambio de las rutinas habituales de la UCI, la interrupción de la monitorización continua, el cambio de entorno<sup>5,10</sup> o la notable disminución de la dotación de personal percibida por los pacientes; cambios, todos ellos, que facilitan la aparición de estrés e incertidumbre<sup>1,6,9,11</sup>. La información ausente, inadecuada o inoportuna, y la falta de preparación del paciente en cuanto al alta pueden ser percibidas como una amenaza a la seguridad propia, interpretándose por parte del paciente como abandono o rechazo en vez de como un paso positivo<sup>6,9,15-17</sup>.

Un traslado repentino debido a la presión asistencial y la actual necesidad de una cama de forma urgente en la UCI pueden agravar la situación, exacerbando los sentimientos de abandono, pérdida e inseguridad<sup>5,8</sup>. A su vez, se afirma que una buena preparación frente al traslado podría facilitararlo ayudando a los pacientes a vivir el proceso de forma positiva y con mayor autocontrol para afrontar la nueva situación<sup>8</sup>. Podemos, por tanto, estar ante pacientes preparados físicamente para el alta pero no psicológicamente, lo que refuerza la idea de que debemos preparar y anticipar el alta a las salas de hospitalización, en la medida de lo posible.

Esta tesis doctoral pretende comprender la experiencia de transición de la UCI a las salas de hospitalización aplicando la perspectiva teórica de la incertidumbre de Merle Mishel, y utilizarla para proponer mejoras en el cuidado del paciente crítico en esta circunstancia.

## 7. Justificación

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

La primera idea para llevar a cabo este estudio surgió desde mi perspectiva como enfermera de UCI. Quería saber cómo se sentían los pacientes cuando les dábamos el alta de la UCI y cómo les cuidábamos las enfermeras durante dicha transición a las salas de hospitalización.

Unos años antes de realizar este estudio tuve la oportunidad de aproximarme al fenómeno de alta de UCI colaborando con una compañera que midió la ansiedad de nuestros pacientes al salir de la UCI y los factores que estaban relacionados con niveles más altos de ansiedad<sup>4</sup>. Este estudio obtuvo resultados para mí realmente alarmantes, y es que muchos de nuestros pacientes tenían niveles entre medios y altos de ansiedad ante el alta de UCI. Además, conocimos que los niveles de ansiedad estaban relacionados con determinadas características propias del ingreso y la estancia en la UCI; los días de ventilación mecánica, los días de estancia en la unidad y el soporte social percibido de los pacientes son determinantes en la salida de la UCI, pero, ¿por qué? Continuaban quedando vacíos en cuanto a la experiencia del paciente crítico al alta de UCI que una investigación cuantitativa no conseguía comprender. Así fue como iniciamos este camino; decidimos que si abordábamos el fenómeno con una metodología cualitativa, quizá podría ayudarnos a comprender mejor aún la transición de alta a las salas de hospitalización.

Poco a poco despertó en mí la curiosidad hacia dicho fenómeno y, a través de la observación, comprendí que los cuidados que proporcionábamos las enfermeras cuando los pacientes reciben el alta de UCI eran probablemente insuficientes para algunos de nuestros pacientes. En muchas ocasiones la presión asistencial y la falta de boxes en la unidad no permiten realizar altas programadas con tiempo y nos encontramos con altas precipitadas y no preparadas, dando así un soporte emocional insuficiente a nuestros pacientes y a sus familias. Necesitaba materializar mi inquietud y comprender cómo viven realmente los pacientes de la UCI la salida de esta.

El alta del paciente crítico a las salas de hospitalización es un tema abordado desde hace años que refleja el impacto emocional que esta supone y la insatisfacción por parte de pacientes y familiares. Si bien estudios previos han abordado el impacto del alta del paciente crítico a sala, aún existe una brecha

entre lo que se conoce sobre el tema y la atención que se brinda durante este proceso, considerado un área prioritaria de mejora<sup>18</sup>. Además, en un contexto altamente tecnificado como son las UCI, existe el riesgo de que la cultura dominante de la ciencia y la racionalización de los cuidados estén informando en exceso la práctica enfermera hasta el punto de que su filosofía y los objetivos podrían no ser fundamentales<sup>19</sup>. Siendo así, analizar las experiencias de salud-enfermedad desde la perspectiva de una teoría enfermera podría explicar el porqué y el cómo de la práctica y guiar sus intervenciones<sup>20</sup>.

Por todo ello, creemos necesario abordar el fenómeno de alta de la UCI en nuestro entorno y, para ello, nos planteamos las siguientes preguntas:

- ¿Qué sienten los pacientes cuando son dados de alta de la UCI?
- ¿Qué significado tiene el fenómeno «ser dado de alta» para los pacientes?
- ¿Qué necesidades satisfechas o no tienen los pacientes cuando son dados de alta de la UCI?
- ¿Qué podemos hacer las enfermeras para mejorar la experiencia de alta de la UCI?
- ¿Qué puede aportar a este trabajo la Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel?

Basándonos en estas preguntas de investigación, planteamos los objetivos que se presentan en el siguiente capítulo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 8. Objetivos

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

### Objetivo principal

Conocer y comprender la experiencia de transición de la UCI a las salas de hospitalización, y aplicar a dicha experiencia la perspectiva teórica de la incertidumbre de Merle Mishel.

### Objetivos secundarios

1. Conocer los sentimientos que emergen de las experiencias de los pacientes que son dados de alta de la UCI.
2. Conocer qué significado dan los pacientes al fenómeno «ser dado de alta de la UCI».
3. Aplicar la Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel al fenómeno de ser dado de alta de la UCI.
4. A partir de los resultados obtenidos en relación con los objetivos secundarios 1, 2 y 3, identificar y proponer intervenciones orientadas a la mejora de la experiencia del paciente crítico en el proceso de alta.

## 9. Marco teórico

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

En este capítulo se describen conceptos esenciales para la investigación y se conceptualizan nociones respecto a las UCI. Se exponen también los trabajos realizados en la última década sobre experiencias de transición al alta de la UCI y la Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel como marco de referencia para dar soporte a esta investigación.

Para la realización de este capítulo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema de interés para este estudio, la experiencia de transición de alta de UCI. Con el objetivo de localizar artículos de interés sobre el tema, se realizó una búsqueda online en las tres principales bases de datos en el ámbito científico enfermero: PubMed, CINAHL y Cochrane.

Para conocer la evidencia sobre las implicaciones que supone la transición al alta de UCI se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada a través de los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) de Medline. Se utilizaron los siguientes descriptores con la sintaxis de búsqueda: *intensive care unit*, *discharge patient* y *qualitative research*. Los filtros de búsqueda acotaron publicaciones entre los años 2008 y 2022, por idioma, utilizando los artículos escritos en inglés y castellano, y por edad en la base de datos PubMed, eliminando aquellos estudios realizados a menores de 18 años. Los criterios de inclusión y exclusión se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión, búsqueda bibliográfica

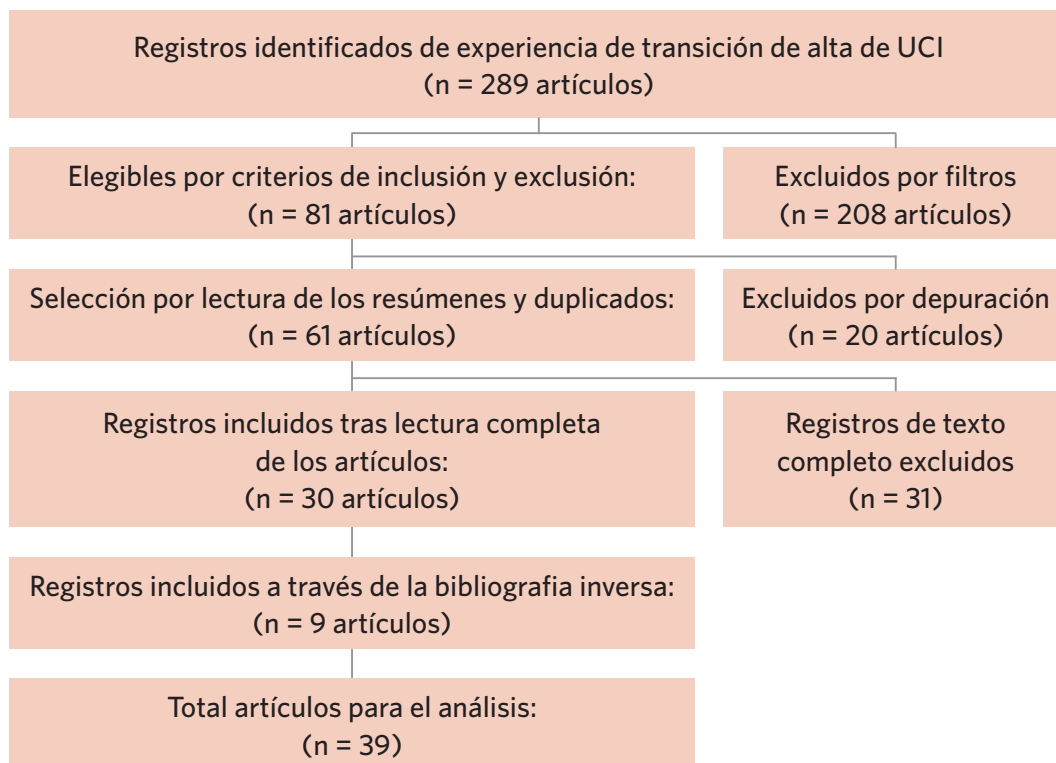
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>Artículos sobre las experiencias de pacientes al experimentar una transición de alta de UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artículos sobre experiencias centradas únicamente en las familias de pacientes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisiones de la literatura sobre las experiencias de pacientes al experimentar una transición al alta de UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artículos sobre experiencias de familias o pacientes ingresados en UCI pediátricas o neonatales.</li> </ul>

De la estrategia de búsqueda se obtuvieron 289 artículos, 81 de ellos elegibles según criterios de inclusión y exclusión. Mediante la depuración por lectura de resúmenes y retirada de duplicados se seleccionaron 61 artículos, de los cuales 30 fueron los incluidos para el análisis. Se añadieron al análisis nueve artículos buscados a través de la bibliografía inversa (Ver tabla 2 y figura 1).

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados (tras lectura resúmenes)
<b>PubMed</b>	<i>Intensive care unit, discharge patient</i> y <i>qualitative research</i> Filtros: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulto: 19+ años</li> <li>▪ Adulto joven: 19-24 años</li> <li>▪ Adulto: 19-44 años</li> <li>▪ Edad media + Edad: 45+ años</li> <li>▪ Mediana edad: 45-64 años</li> <li>▪ Edad: 65+ años</li> <li>▪ 80 y más: 80+ años</li> </ul>	214  Al aplicar filtros: 94  Al aplicar criterios de exclusión: 85	32
<b>Cinahl</b>	<i>Intensive care unit, discharge patient</i> y <i>qualitative research</i>	166	46
<b>Cochrane</b>	<i>Intensive care unit, discharge patient</i> y <i>qualitative research</i>	38	5
<b>Total</b>		289	81

Figura 1. Diagrama de selección de artículos



Fuente: Elaboración propia.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 9.1 Unidad de cuidados intensivos

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)<sup>21</sup>, la UCI se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio, o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, pudiendo atender también a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

La UCI debe localizarse, dentro del hospital, en una zona claramente diferenciada y con acceso controlado. Las UCI requieren de una conexión espacial y funcional más directa con otros servicios del hospital como el bloque quirúrgico, urgencias, radiodiagnóstico y gabinetes de exploraciones funcionales centrales (hemodinámica, electrofisiología...), por lo que topológicamente su posición difiere respecto a la de las unidades de hospitalización polivalentes<sup>21</sup>.

Según el documento del MSPS<sup>21</sup>, la estructura física de la unidad debe responder a las necesidades y actividades de cada uno de los usuarios principales de la misma (pacientes, personal sanitario y visitantes) y deberá disponer de espacios adecuados para: acceso y recepción de la familia, sala de UCI: box de paciente y control de enfermería, apoyos generales de la unidad y personal.

En España, la primera UCI se creó en 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid, seguida en 1969 por la primera Unidad Coronaria en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Florence Nighthindale fue la primera en agrupar a los enfermos críticos en un área común dotada de recursos para un mejor aprovechamiento de estos durante la Guerra de Crimea (1853-1856), estableció un área hospitalaria separada y próxima a la estación de enfermería para atender a los soldados más lesionados<sup>22</sup>.

Según el MSPS<sup>21</sup>, el equipo multidisciplinar en una UCI debe componerse de médicos, enfermeros, celadores, auxiliares, personal administrativo, personal

de limpieza y otros profesionales que trabajan colaborando en la unidad como el farmacéutico, el dietista, el radiólogo, el psicólogo, el fisioterapeuta y los profesionales de otros servicios con pacientes ingresados en la UCI.

Si nos centramos en el equipo de enfermería, el mismo documento del MSPS<sup>21</sup> afirma que la valoración de las necesidades de personal de enfermería debe tener en cuenta, al menos, los siguientes factores: la carga de trabajo y competencias para satisfacer las necesidades del paciente, incluyendo el nivel de dependencia, las funciones de la enfermera de la UCI, las categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional, la contribución del personal auxiliar de enfermería, la presencia de la responsable de enfermería de la UCI, las actividades distintas a la atención directa al paciente y los patrones de organización de la UCI. Se debe tomar en consideración el solapamiento de tiempo necesario para hacer el traslado de responsabilidad en cada cambio de turno. Estos factores pueden variar notablemente entre las UCI de distintos niveles asistenciales, por lo que se estiman las siguientes necesidades:

- UCI de nivel asistencial III: 1 paciente por enfermera.
- UCI de nivel asistencial II: 1,6 pacientes por enfermera.
- UCI en nivel asistencial I: 3 pacientes por enfermera.

Las enfermeras que trabajan en unidades de críticos inequívocamente deben estar formadas en todos los cuidados específicos que se realizan en estas unidades y en toda la tecnología que existe en las unidades donde trabajan<sup>23-25</sup>.

Referente al alta del paciente que está ingresado en la UCI, la guía del MSPS<sup>21</sup> recomienda unificar la comunicación entre profesionales en el momento de la transición entre las distintas unidades de atención en el transcurso del traslado de un paciente a otra unidad o a otro ámbito asistencial. El traspaso de información supone un riesgo en su seguridad cuando la transición no incluye toda la información esencial del paciente o cuando se da una interpretación errónea. Se debe garantizar que entre los dos prestadores de cuidado se pasa la información específica de los pacientes a efectos de garantizar la continuidad y la seguridad de cada paciente. Aumentar la efectividad de la

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

comunicación entre profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario para grupos líderes en seguridad como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Joint Commission (JCI) y el National Quality Forum (NQF)<sup>26,27</sup>.

Las recomendaciones generales que propone la guía<sup>21</sup> son las siguientes:

1. Se recomienda estandarizar la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial. Para ello se recomienda el uso de la técnica SBAR (modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados): *S, Situation* (situación); *B, Background* (antecedentes); *A, Assessment* (evaluación); *R, Recommendation* (recomendación); y la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones.
2. Se recomienda también estandarizar el alta mediante el uso de listas de comprobación (*checklists*) para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria referente al diagnóstico al alta, el plan de tratamiento y los cuidados, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

## 9.2 Experiencias de transición de alta de la UCI

Los avances en medicina han ayudado a disminuir la mortalidad de los pacientes ingresados en la UCI<sup>28-30</sup> y con ello, en los últimos años ha crecido el interés por conocer la vivencia de los pacientes al salir de la UCI, sus implicaciones, la calidad de vida a largo plazo y el diseño de intervenciones que puedan mejorar su bienestar físico, emocional y social<sup>1,28,31-36</sup>.

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE)<sup>37</sup> publicó en 2009 una guía donde se proporcionan recomendaciones consensuadas sobre el cuidado a pacientes tras sufrir una enfermedad crítica e

información sobre las herramientas y las necesidades de apoyo para su rehabilitación. La última revisión de la presente guía se realizó en 2018. El Reino Unido tiene como particularidad que muchos de sus hospitales tienen consultas especializadas en seguimiento post UCI integradas por médicos y enfermeras que también trabajan en la UCI, y que, por tanto, entienden mejor el contexto de las historias de los pacientes<sup>38,39</sup>. La guía<sup>37</sup> abarca recomendaciones desde que el paciente está ingresado en la UCI hasta meses después del alta hospitalaria. Tiene en cuenta la rehabilitación física y psicológica del paciente, tanto a corto como a largo plazo, da importancia a la información y evalúa a los pacientes de forma individualizada y, siempre que ellos estén de acuerdo, con la participación de la familia o cuidador principal.

En nuestro contexto, no es hasta diciembre de 2016 que el Hospital Universitario La Paz, en Madrid, pone en marcha la primera consulta en España dedicada a la detección y seguimiento del síndrome post cuidados intensivos (SPCI)<sup>40</sup>. El SPCI se define como la aparición de alteraciones en el estado físico, cognitivo o de salud mental que afectan a la vida de los supervivientes de una enfermedad crítica que han estado ingresados en una UCI<sup>41-43</sup>. Los componentes de este proyecto<sup>40</sup> incorporan medidas preventivas durante la estancia en la UCI, seguimiento en la sala de hospitalización y revisión en consulta externa para el seguimiento de pacientes a los tres meses del alta hospitalaria. Actualmente, no es una práctica extendida, pero en Cataluña existe también una consulta post UCI en el Hospital Joan XXIII de Tarragona, desde 2021.

Estamos frente a un fenómeno que, a pesar de haberse estudiado, genera aún mucha insatisfacción por parte de pacientes y familiares. Recuperarse de una estancia en la UCI puede llevar un período prolongado de tiempo<sup>44-46</sup> y el uso continuado de tecnología en un ambiente tan tecnificado como es una UCI ha hecho que las necesidades humanas y emocionales de pacientes, familiares y profesionales queden en muchas ocasiones en un segundo plano<sup>47</sup>.

A continuación, para facilitar la lectura de este subcapítulo, se presenta la tabla 3 con las referencias bibliográficas más relevantes sobre el tema «Experiencia de transición de alta de la UCI».

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

Tabla 3. Resultados más relevantes de las referencias bibliográficas sobre las experiencias de transición de alta de la UCI

Autor/Año	País	Tipo de estudio	Técnica recogida de datos/ Participantes	Resultados más relevantes para este trabajo de investigación
<b>Abdalrahim 2014</b>	Jordania	Cualitativo	Entrevistas abiertas 18 participantes	Necesidad de atención individualizada al alta. Necesidad de desarrollar servicios nacionales de seguimiento con el objetivo de identificar a los pacientes que sufren de estrés posttraumático ofreciéndoles apoyo.
<b>Allum 2018</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas 12 pacientes (alta de UCI 6 meses a 9 años)	Ansiedad, vulnerabilidad y soledad durante todas las transiciones desde la UCI al domicilio. Falta de información sobre los procesos de alta. No continuidad de los cuidados en el domicilio, personal que los visitaba en casa muchas veces no conocía las características propias de la persona a la cual atendían. Los servicios de seguimiento les facilitaron las visitas con psicología, por ejemplo, pero estos servicios de seguimiento no son accesibles a toda la población, por ejemplo, por su dificultad de movilidad. Apoyo social importante para dar soporte, cuidados, proveer de información y ayuda psicológica.
<b>Backman 2018</b>	Reino Unido	Cualitativo	Reuniones grupales 17 participantes	Las reuniones grupales ayudaron a los participantes a compartir experiencias y comprender el proceso de recuperación después de una enfermedad crítica.
<b>Bench 2011</b>	Reino Unido	Cualitativo	Grupos focales 11 pacientes 8 familiares 23 profesionales	Importancia de la información. Ansiedad e insatisfacción de pacientes y familiares cuando la información no es adecuada y concreta.

<b>Bench 2016</b>	Reino Unido	Cualitativo	Grupos focales 15 pacientes 4 familiares 20 profesionales de atención primaria	Falta de continuidad en los cuidados entre el hospital y los centros de atención primaria por falta de comunicación entre ellos. Falta de conocimientos por parte del personal de atención primaria sobre los efectos de una enfermedad crítica.
<b>Chaboyer 2005</b>	Australia	Cualitativo	Grupos focales 7 pacientes 6 familiares	Se describen sentimientos de abandono, vulnerabilidad, impotencia y ambivalencia. Necesidad de que las enfermeras de UCI, sala de hospitalización y otros profesionales brinden apoyo durante todas las transferencias. Necesidad de desarrollar e implantar estrategias para lograr brindar apoyo.
<b>Cognet 2014</b>	Australia	Cualitativo	Grupos focales enfermeras de sala de hospitalización	Mala comunicación entre enfermeras de la UCI y de la sala de hospitalización: falta de información concreta sobre el estado real del paciente. La familia necesita ser preparada para el alta del paciente crítico con información al respecto. Altas rápidas y desorganizadas: ansiedad y miedo en los familiares.
<b>Cuzco 2021</b>	España	Cualitativo	Entrevistas 46 pacientes	Felicidad al comunicar el alta de la UCI y posteriormente miedo, nerviosismo, ira, angustia y decepción. Miedo, soledad, tristeza. Las visitas del personal de sala a la UCI antes de la transición generan seguridad. Traslados durante el turno de noche o durante los cambios de turno pueden contribuir a mayor ansiedad. Mala comunicación entre el personal de UCI y de sala. Enfermeras de sala muy ocupadas para cubrir las necesidades de los pacientes UCI.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

<b>Czerwonka 2015</b>	Canadá	Cualitativo	Entrevistas 5 pacientes 7 familiares	Poca asistencia por parte del sistema de salud una vez son dados de alta del hospital. La familia es la provisor de cuidado. Necesidad de educar al personal sanitario de los sistemas de atención primaria sobre temas referentes a pacientes post críticos a largo plazo.
<b>Daniels 2018</b>	EEUU	Mixto	Pre-post intervención	Los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica están en riesgo de sufrir síndrome post UCI y, asociado a ello, verse afectada su calidad de vida. La falta de apoyo emocional al alta genera aislamiento y dificultad para buscar ayuda y asesoramiento.
<b>Demoro 2020</b>	Italia	Mixto	116 pacientes	Alta incidencia de secuelas a largo plazo (a los 6 meses): Ansiedad (28,4%) Depresión (27,6%) Dolor crónico (20,7%) Factores de riesgo: >60 años, >10 días de estancia en la UCI y >7 días de VM. Cuanto mayores secuelas a largo plazo, menor puntuación en calidad de vida.
<b>Engström 2008</b>	Suecia	Cualitativo	18 pacientes	Las visitas de seguimiento revelaron la importancia de la información y ayudaron a normalizar la recuperación que estaban teniendo los expacientes de UCI en sus domicilios. La familia es el apoyo fundamental para los pacientes de UCI. Es un pilar fundamental durante la estancia en UCI y durante las transiciones que se realizan hasta la rehabilitación completa.
<b>Ewens 2014</b>	Australia	Cualitativo	Entrevistas 18 pacientes	Miedo relacionado con la falta de información sobre el proceso de alta. Ansiedad de traslado por la separación del personal de UCI. Los diarios (escritos durante la estancia en la UCI por las enfermeras y los familiares) pueden ser de gran utilidad para ayudar a los pacientes a comprender la situación de gravedad atravesada en la UCI y contribuir a que los objetivos marcados por los propios pacientes referentes a su recuperación sean más realistas.

<b>Ewens 2017</b>	Australia	Cualitativo	Diarios autobiográficos y entrevistas	Los métodos biográficos pueden ayudar a los familiares y a los profesionales de la salud a entender mejor las vivencias de los pacientes después de superar una enfermedad crítica.
<b>Ferguson 2017</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas	Se describen secuelas físicas tras el alta de la UCI y sentimientos de depresión y soledad, entre otros. En cuanto a la efectividad de un programa de ejercicios para pacientes dados de alta del hospital después de una enfermedad crítica, describen que fue de ayuda para su posterior rehabilitación en sus domicilios.
<b>Field 2008</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas 40 pacientes	Ansiedad de reubicación por la enfermedad, el tratamiento, dejar de sentirse protegido en el entorno UCI y preocupación sobre: comunicación, nutrición, cuidados y apoyo de las enfermeras.
<b>Fumis 2015</b>	Brasil	Cuantitativo	Escala IES y HADS 471 familiares 289 pacientes	Síntomas de estrés, ansiedad y estrés posttraumático a largo plazo en familiares y pacientes.
<b>Hanifa 2018</b>	Dinamarca	Cualitativo	Observaciones y entrevistas	La familia es clave para la rehabilitación de los pacientes dados de alta de la UCI. En la consulta enfermera post UCI se describieron trastornos sensoriales, patrones alimenticios alterados, dificultad para concentrarse, irritabilidad, llanto sin razón aparente, pérdida de memoria, ansiedad y pesadillas. La consulta de seguimiento les ayudó a sentirse aliviados al saber que eran síntomas normales después de haber sufrido una enfermedad crítica.
<b>Haraldsson 2015</b>	Suecia	Cualitativo	Entrevistas 12 pacientes	Las sesiones de seguimiento son una forma valiosa de proporcionar un enfoque holístico a los pacientes dados de alta de la UCI, pero requiere educación continua para que el personal garantice que haya un apoyo adecuado para todos los participantes.
<b>Hashem 2016</b>	EEUU	Revisión sistemática	Estudios cualitativos	Se describen síntomas de trastorno de estrés posttraumático, ansiedad, depresión, soledad e irritabilidad. Importancia de la familia en el proceso de recuperación.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

<b>Herling 2020</b>	Dinamarca	Cualitativo	Entrevistas 10 pacientes 4 familiares	<p>Los pacientes refieren dificultad para ser independientes en la UCI (sedación, intubación...).</p> <p>En la sala todo se centra en el autocuidado, esperando que el paciente sea independiente.</p> <p>Soledad y miedo en la sala.</p> <p>Transición de alta de UCI como cambio brusco que se avisa con pocas horas de antelación y cuyo seguimiento no se reduce gradualmente.</p> <p>El cambio brusco a dejar de estar monitorizados 24h causó inseguridad en algunos pacientes.</p> <p>Personal de la sala muy ocupado, con mucho trabajo y falta de comprensión.</p>
<b>James 2013</b>	Nueva Zelanda	Cualitativo	Cuestionarios 45 enfermeras de UCI 47 enfermeras de sala	<p>Personal de la UCI frustrado por el poco tiempo que tenían para preparar el alta del paciente.</p> <p>Importancia de la comunicación entre el equipo de UCI y el de la sala de hospitalización.</p> <p>Necesidad de información específica del paciente, incluso de un plan de cuidados para el paciente dado de alta de la UCI.</p> <p>Demanda de un formulario con la información más importante del paciente dado de alta.</p> <p>Necesidad de preparar a los pacientes para el alta de la UCI.</p>
<b>Kang 2018</b>	Corea del Sur	Cualitativo	Entrevistas	<p>Vulnerabilidad física, psicológica y social después de la enfermedad crítica. Mayor vulnerabilidad cuanto menos apoyo social percibido.</p> <p>Necesidad de un programa de rehabilitación para estos pacientes.</p>
<b>Kean 2017</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas 17 pacientes	<p>La incertidumbre inherente a la estancia y salida de la UCI crea espacio y oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal, el deseo principal de estos pacientes es recuperarse para volver a como uno era antes de la enfermedad crítica.</p> <p>Sobrevivir a la UCI toma significado de «seguir adelante».</p> <p>Actualmente no existen sistemas de seguimiento para estos pacientes.</p>

<b>King 2019</b>	Reino Unido	Revisión sistemática (2000-2017)	Estudios cualitativos	Falta de comunicación entre la UCI y la sala de hospitalización para garantizar la continuidad en los cuidados. Pérdida de seguridad y familiaridad al pasar del entorno seguro de la UCI a la sala de hospitalización. Ansiedad ante la reubicación/traslado a la sala. Dificultad para adaptarse a la ratio enfermera-paciente de planta. Abandono y vulnerabilidad al perder contacto con las enfermeras de la UCI.
<b>Leith 1999</b>	Canadá	Cualitativo	Entrevistas 53 pacientes 35 familiares	Transferencia de la UCI a la sala de hospitalización como síntoma de mejora, pero, a su vez, preocupación por la disminución repentina de los cuidados. Sentimientos de mayor seguridad en la UCI respecto a la sala de hospitalización
<b>Lin 2010</b>	China	Cualitativo	Entrevistas 20 pacientes	Importancia de la información sobre la recuperación después de un trasplante cardíaco e ingreso en la UCI. Incertidumbre sobre la nueva condición física.
<b>Lof 2008</b>	Suecia	Cualitativo	Entrevistas (a los 3 y 12 meses del alta de la UCI) 8 pacientes	Sensación de incapacidad, humillación, inutilidad y resignación al ser dados de alta de la UCI por la falta de autonomía y la necesidad de ayuda para actividades cotidianas como comer. Miedo y ansiedad ante la posibilidad de no recuperación de la fuerza física y la salud. Seguridad y buen cuidado en la UCI. La información aporta control de la situación.
<b>Major 2019</b>	Países Bajos	Cualitativo	Entrevistas 22 pacientes 13 familiares	Percepción de una mala comunicación entre la UCI y la sala de hospitalización. Inseguridad al alta hospitalaria (pacientes y familiares). Empoderamiento cuando sintieron que estaban siendo escuchados, o participaban activamente en el proceso de toma de decisiones del alta. Sensación de control.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

<b>Olsen 2017</b>	Noruega	Cualitativo	Entrevistas (post alta de UCI y a los 3 meses del alta hospitalaria) 29 pacientes	Importancia de la continuidad en los cuidados post alta de UCI. Familia como elemento clave de apoyo y de provisión de información. Valoración positiva a un folleto con información sobre qué esperar después de haber sufrido una enfermedad crítica. Los servicios de seguimiento post UCI satisfacen las necesidades de los pacientes.
<b>Pattison 2015</b>	Reino Unido	Mixto	Entrevistas Cuestionarios (a los 6 y 12 meses del alta hospitalaria)	Los pacientes dan importancia del seguimiento post alta hospitalaria. Sentimientos de abandono por parte de los pacientes que no podían acceder a sistemas de seguimiento al alta hospitalaria.
<b>Prinjsa 2009</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas 34 pacientes	Comparación entre intervención compleja post UCI (fisioterapia, nutrición e información sobre el proceso) y cuidados habituales. Mayor satisfacción y calidad percibida de los pacientes en el grupo intervención.
<b>Ramsay 2016</b>	Reino Unido	Mixto	Grupos focales 14 pacientes 8 familiares Cuestionarios 182 pacientes	Cuidadores que sintieron que su familiar no estaba preparado para ser dado de alta de la UCI relacionado con falta de información, educación y seguimiento. Necesidad de preparar a pacientes y familiares antes de que se produzca el alta de UCI. Aquellos pacientes con mayor requerimiento de cuidados al salir de la UCI y aquellos con estancias más largas en la UCI fueron los que informaron de una mayor insatisfacción de los cuidados ofrecidos al alta de la UCI.
<b>Rath 2020</b>	EEUU	Cualitativo	Entrevistas (3 a 6 meses post alta de UCI) 61 pacientes o cuidadores	

<b>Strahan 2005</b>	Reino Unido	Cualitativo	Entrevistas (alta de UCI) 10 pacientes	Sentimientos positivos y negativos cuando se produce el alta de UCI. Alta como progreso, deseo de ser independiente. Ansiedad, depresión, soledad. Importancia apoyo familiar. Necesidad de información sobre el alta.
<b>Svenningsen 2017</b>	Dinamarca	Revisión sistemática (hasta 2013)	Cualitativos y cuantitativos	Necesidad de volver a ser independientes como antes de su ingreso en la UCI. Ansiedad y depresión. Importancia de los servicios de seguimiento llevados a cabo por enfermeras. Es necesario preparar tanto a familiares como a pacientes para las transiciones que suponen el alta de la UCI e informar de que la recuperación puede prolongarse durante mucho tiempo.
<b>Thurston 2020</b>	Australia	Cualitativo	Entrevistas 35 pacientes	Experiencias de cuidado negativas referentes a las transiciones, sobre todo de la hospitalaria a atención primaria. Frustración de no poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria por pérdida de autonomía. Vulnerabilidad durante las transiciones.
<b>Van Mol 2017</b>	Países Bajos	Cualitativo	Entrevistas a pacientes y familiares Reuniones grupales enfermeras Creación de un protocolo de alta	Necesidad de información al recibir el alta de la UCI con material escrito de apoyo. Información insuficiente entre profesionales de la UCI y la sala de hospitalización. Falta de información sobre las consecuencias de haber estado ingresado en una UCI.
<b>Van Sluiseveld 2017</b>	Países Bajos	Mixto	4 grupos focales (pacientes, enfermeras, médicos, gerentes) 23 participantes Entrevistas y cuestionarios	Necesidad de una <i>checklist</i> de preparación del alta. Necesidad de mejorar la comunicación del traspaso de pacientes. Importancia de considerar si el paciente puede ser dado de alta a la sala de hospitalización según la capacidad real de esta de poder acogerlo con seguridad.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 9.2.1 Vivencias de transición

Los pacientes ingresados en una UCI sufren transiciones a lo largo de toda su rehabilitación: el ingreso en la UCI, el traslado a la sala de hospitalización convencional, a veces incluso a servicios intermedios antes de ir a la sala de hospitalización y el alta hospitalaria al domicilio o a centros de rehabilitación.

Concretamente, en este apartado del capítulo nos centraremos en las transiciones de alta de UCI a las salas de hospitalización o a servicios intermedios y el alta hospitalaria a sus domicilios o a centros de rehabilitación. Las consecuencias de estar ingresados en una UCI no solo afectan en el momento del alta de UCI a la sala de hospitalización, sino que pueden tener un efecto a largo plazo, de incluso años<sup>31,35,45,48-52</sup>

La Real Academia Española<sup>53</sup> define el concepto de «transición» como: «Acción y efecto de pasar de un modo de ser o estar a otro distinto». El período de transición de la UCI a la sala de hospitalización se ha definido como un cambio en la ubicación<sup>54</sup>, en el nivel de cuidado prestado por las enfermeras<sup>55</sup> y en la aparición de nuevas necesidades por parte de los pacientes y sus familiares<sup>11</sup>. Los cuidados asociados a la transición son todos aquellos destinados a coordinar y dar continuidad a la atención al paciente durante todas las transferencias que este deberá soportar en el sistema de salud, desde el ingreso en la UCI hasta el domicilio, incluyendo el seguimiento en atención primaria (AP)<sup>56</sup>.

Los pacientes, cuando son dados de alta, expresan gratitud<sup>57</sup> y dan valor a continuar vivos<sup>35,36,58-60</sup>. Superar una enfermedad crítica evoca emociones positivas relacionadas con la motivación y la fuerza de superación<sup>49,58,61</sup>, y pensar que han estado cerca de la muerte les hace ver la vida de forma más positiva<sup>58,62</sup>. La vida toma para ellos un significado distinto: por un lado, están agradecidos por haber logrado sobrevivir, pero por otro, luchan contra sentimientos negativos, con la dificultad añadida de intentar volver a su vida cotidiana anterior<sup>12,58,63</sup>. La conciencia sobre la supervivencia a una enfermedad crítica fomenta estrategias de afrontamiento activo, replanteamiento positivo, optimismo, humor, aceptación e intento de continuar con las actividades al aire libre<sup>63,64</sup>. La incertidumbre inherente a la estancia y salida de la UCI<sup>65</sup> crea

espacio y oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal, el deseo principal de estos pacientes es recuperarse para volver a como uno era antes de la enfermedad crítica<sup>44,66</sup>.

Aunque es cierto que la salida de la UCI provoca todas las emociones descritas anteriormente, la realidad es que numerosos trabajos relacionados con la transferencia de alta del paciente de UCI describen sentimientos y vivencias negativos relacionados con dicha transición y estos no benefician a la rehabilitación y recuperación de las personas que han estado ingresadas en una UCI<sup>29,32,33,58,67</sup>.

Los pacientes dan valor a tener suficiente independencia para volver a hacer actividades tan cotidianas como caminar o comer<sup>58,67,68</sup>. El trabajo de Abdalrahim<sup>58</sup> afirma que los pacientes entrevistados tres meses después del alta hospitalaria aún sienten cansancio físico, miedo a volver a enfermar<sup>58,60</sup> y pérdida del rol dentro de la propia familia<sup>58</sup>. Los relatos del estudio realizado por Kang<sup>29</sup> reflejan la vulnerabilidad física, emocional y social que padecen las personas que han estado en la UCI. Identifica también sintomatología asociada al alta de UCI ya descrita en la literatura como dolor, insomnio, depresión, ansiedad, miedo, disminución de la memoria y de la concentración<sup>29,32,48,51</sup>. El trabajo de Kang<sup>29</sup> relaciona la vulnerabilidad con el apoyo social; cuanto menor es la percepción de apoyo, mayor es la vulnerabilidad. La respuesta a esta condición vulnerable reduce las actividades cotidianas, la independencia y las relaciones sociales.

Algunos de los síntomas que sufren los pacientes tras el alta de la UCI resultan inexplicables para ellos. Los informantes del estudio que llevó a cabo Hanifa<sup>32</sup> sobre los beneficios de una consulta enfermera post UCI describieron trastornos sensoriales, patrones alimenticios alterados, dificultad para concentrarse, irritabilidad, llanto sin razón aparente, pérdida de memoria, ansiedad y pesadillas. Los pacientes de la consulta explicaron que ocuparon mucho tiempo especulando sobre la razón de dichos síntomas e intentando identificar sus causas. Sintieron alivio al saber que eran síntomas normales después de haber sufrido una enfermedad crítica. En este mismo estudio emerge la estigmatización percibida al volver a la vida cotidiana. Los pacientes se sintieron

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

estigmatizados cuando requerían ayuda para sus actividades cotidianas, cuando sus cicatrices eran visibles o cuando, inevitablemente, mostraban sus sentimientos públicamente.

Un estudio cuantitativo<sup>4</sup> realizado en el mismo ámbito que el presente trabajo midió los niveles de ansiedad al alta del paciente crítico con la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en cuatro momentos distintos (cuando el enfermo presentaba condiciones clínicas para ser dado de alta de la UCI, cuando el enfermo había sido informado de que sería dado de alta de la UCI en las siguientes horas, a las 24 horas efectivas después del alta de la UCI y 72 horas después del alta de la UCI). Los resultados de este estudio demostraron que la evolución de los niveles de ansiedad aumentó a lo largo de las cuatro determinaciones de ansiedad en los pacientes médico-quirúrgicos. Los niveles más altos de ansiedad se relacionaron con las variables: días de ventilación mecánica, días de estancia en UCI y soporte social percibido de los pacientes.

La falta de apoyo emocional al alta está descrita en la literatura<sup>31,33</sup> y genera, según esta, aislamiento y dificultad para buscar ayuda y asesoramiento<sup>31</sup>. La realidad es que los pacientes sufren ansiedad, depresión, miedo y estrés postraumático a corto y largo plazo tras salir de la UCI<sup>12,51,52,58,61,64,69</sup>, y sin duda, el apoyo emocional es imprescindible.

El trabajo de Van Mol<sup>33</sup> para crear una intervención de seguimiento al alta del paciente de UCI describió sentimientos al alta de cansancio, debilidad, depresión, aislamiento, alucinaciones, soledad, ansiedad, dependencia e inseguridad relacionados con la continuidad del cuidado. Estos sentimientos han sido evidenciados por varios trabajos<sup>3,38,68</sup>. Además, destaca la falta de apoyo por parte de las instituciones sanitarias, tanto en la sala de hospitalización como en los centros de atención primaria (CAP)<sup>33</sup>. La falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios la relaciona con la falta de conocimiento de estos sobre las implicaciones de haber estado ingresado en una UCI<sup>33,39,70</sup>.

La enfermedad crítica en sí y el paso por la UCI ya están descritos como experiencias emocionales y físicas traumáticas<sup>60,71</sup>. Las secuelas de la enfermedad crítica pueden incapacitar a los pacientes para volver a realizar actividades que anteriormente al ingreso realizaban y esto puede hacerles sentir personas

discapacitadas y generarles ansiedad<sup>35</sup> y depresión<sup>1</sup>. La movilidad deficiente tras el alta hospitalaria tiene un impacto directo sobre su bienestar<sup>1,35,44,45,57</sup>, y el miedo y la preocupación al inicio de la enfermedad crítica, por la incertidumbre de la misma, puede persistir una vez el paciente vuelve a su domicilio<sup>60</sup>.

La salida de la UCI a la sala de hospitalización puede ser una oportunidad para hacer las actividades de forma más autónoma. Algunos pacientes sienten que las salas de hospitalización les permiten ganar independencia para hacer algunas actividades que en la UCI no se podían llevar a cabo debido a su infraestructura u organización<sup>60</sup>, pero también puede ser un episodio frustrante hacer frente al cambio de rutinas a las que estaban acostumbrados, por el cambio de los equipos de atención y por la disminución de la monitorización<sup>17,71,72</sup>. Aparecen, según Lin<sup>72</sup>, la soledad, el miedo, el sentirse en un agujero y la necesidad, de nuevo, de apoyo emocional. Además, cuando se produce el alta de UCI a la sala de hospitalización convencional existe un deterioro percibido por los pacientes en la calidad de la atención después de la transferencia<sup>72</sup> y aparece una dificultad para adaptarse a las nuevas ratios enfermera-paciente<sup>1</sup>. Ramsay<sup>49</sup> comparó la experiencia de pacientes y familiares post UCI adheridos o no a una intervención compleja multidisciplinar post hospitalaria que constaba de seguimiento de nutrición, fisioterapia, psicoterapia y provisión de información, y tanto en pacientes con intervención como sin ella, describen un deterioro percibido en la calidad de la atención después de la transferencia a la sala de hospitalización. Los participantes en este estudio atribuyeron el deterioro de la calidad en los cuidados recibidos a la escasez de personal, a la alta carga de trabajo y a la dependencia de otros pacientes.

Field<sup>17</sup> analizó las experiencias de pacientes de la UCI y del estrés asociado con la reubicación a la sala de hospitalización. Los pacientes señalaron que, además de la parte física, existían dificultades emocionales relacionadas con la enfermedad y la atención en UCI, comunicación, alimentación, cuidados de enfermería y apoyo. También describieron las diferencias entre la UCI y las salas de hospitalización haciendo referencia a la diferencia en los cuidados ofrecidos por las enfermeras<sup>1,17</sup>. Las causas que generaron ansiedad según este trabajo fueron menos cuidados básicos que en la UCI, organización

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

y ambiente no adecuado para paciente post crítico, falta de recursos, falta de capacitación del personal y transferencia inadecuada de la UCI a la sala, refiriéndose de nuevo a cuidados básicos no ofertados en sala. Field<sup>17</sup> reafirma que las transferencias de la UCI a la sala de hospitalización deben ir más allá de lo clínico e incluir detalles respecto a las limitaciones y necesidades sobre el cuidado del paciente. La mayoría de pacientes entendió estas diferencias y las asoció a la falta de personal y a la capacitación de este. La falta de continuidad de los cuidados enfermeros se asoció también a la mala transferencia de información entre profesionales de UCI y sala de hospitalización. Algunos informantes vieron este hecho como una oportunidad para ser más independientes, pero otros sintieron que no se tenían en cuenta sus necesidades psicológicas y emocionales o, al menos, no de la misma forma que en la UCI, donde la atención era totalmente personalizada.

Además de la ansiedad de traslado, Field<sup>17</sup> describe en su trabajo otros síntomas propios de la salida de la UCI. Según algunos pacientes entrevistados, el paso por la unidad deja en ellos patrones de sueño alterados, ansiedad, depresión, desorientación, cambios de humor, pérdida de memoria y de concentración. Algunos continúan teniendo pesadillas y alucinaciones incluso después del alta hospitalaria<sup>6,10,11,17</sup>. La ansiedad puede empeorar en pacientes que son dependientes, sobre todo cuando se quedan solos por la noche y no tienen fuerza suficiente, por ejemplo, ni para llamar al timbre<sup>17</sup>. Según Field<sup>17</sup>, la ansiedad de los pacientes después de la transferencia de la UCI no solo debe atribuirse a la dificultad de abandonar un entorno protegido como este; cuando la atención no es planificada en la sala general, tanto los pacientes como sus cuidadores pueden angustiarse y deprimirse. La no disponibilidad de cuidados específicos en la sala (una dieta específica, por ejemplo) puede provocar ansiedad en los pacientes. Las principales razones de estrés por reubicación descritas en este estudio fueron el cuidado insuficiente y el entorno. La transferencia les provocó ansiedad y estrés.

La salida de la UCI también está relacionada con la pérdida de relaciones cercanas que se establecen en ella entre el personal y el paciente y la familia. Se describen sentimientos de abandono y vulnerabilidad por parte de pacientes y familia relacionados con la pérdida de relaciones establecidas en la UCI<sup>1,71</sup>.

En aquellos casos donde existieron servicios de seguimiento a los pacientes y a sus familias, los pacientes se sintieron más apoyados y fue más fácil para ellos hacer frente a la nueva situación<sup>71</sup>.

Las consultas de seguimiento después del alta hospitalaria proporcionaron mucha información sobre las secuelas de un ingreso en la UCI. Los pacientes en la consulta relataban problemas de sueño, de concentración, de memoria y de inseguridad, pero se sintieron más tranquilos cuando en estas consultas médicos o enfermeras contaron experiencias similares a las suyas de otros pacientes de UCI y cuando les informaban de eventos que podrían ocurrir en el futuro asociados a su paso por una<sup>71</sup>. Además, Prinjha<sup>60</sup> afirma que aquellos pacientes que no tuvieron acceso a la atención de seguimiento a menudo se sintieron abandonados o decepcionados porque no tuvieron la oportunidad de ser controlados y de obtener mayor información sobre su proceso.

En la misma línea, Ferguson<sup>39</sup> analiza la experiencia de pacientes sometidos a un programa individualizado de ejercicios después del alta de UCI y del alta hospitalaria a través de entrevistas a los seis meses del alta hospitalaria. Los pacientes en las entrevistas proporcionaron información referente a las secuelas físicas y mentales que habían experimentado después de su paso por la UCI. En cuanto a secuelas físicas, los entrevistados explicaron pérdida de masa muscular, debilidad, pérdida de peso, dificultad para caminar, dificultad para respirar y fatiga. Las secuelas mentales que emergen de los discursos de los informantes son depresión, aislamiento, pérdida de autoconfianza, cambios de humor, pérdida de memoria, alucinaciones y pesadillas. Los pacientes sintieron que tanto en las salas de hospitalización como en los CAP hubo pérdida de apoyo para sus necesidades específicas<sup>39,70</sup>.

Los diarios de campo pueden ser de gran utilidad para ayudar a los pacientes a comprender la situación de gravedad atravesada en la UCI y contribuir a que los objetivos marcados por los propios pacientes referentes a su recuperación sean más realistas<sup>61</sup>. Los diarios utilizados en una UCI de Australia eran rellenados por las enfermeras y los familiares mientras el paciente no estaba consciente. En el diario se incluían fotografías sobre su estancia en la unidad. Cuando los pacientes estaban despiertos y estables, se les mostraban los

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

diarios para que conocieran su experiencia. Cuando se les daba el alta hospitalaria, los pacientes se llevaban el diario a casa y podían leerlo y escribir en él. Ewens<sup>61</sup> en su trabajo describe la ansiedad de traslado de UCI a sala por la separación del personal y recomienda el uso de diarios para reducir sus efectos.

## 9.2.2 La familia, pilar fundamental en la transición

La literatura revisada coincide en que la familia es el apoyo fundamental para los pacientes de UCI. Es un pilar fundamental durante su estancia en ella y durante las transiciones que se realizan hasta la rehabilitación completa<sup>38,45,49,50,63</sup>.

Durante la estancia en la UCI los pacientes aumentan su motivación por vivir cuando sienten la presencia de sus familiares más cercanos<sup>59,63</sup>. Pocos pacientes pueden recordar los eventos ocurridos en la unidad<sup>31,36,49,61,66,71</sup> y confían en sus familiares para llenar los vacíos de memoria de la enfermedad aguda durante su estancia en ella<sup>50,71</sup>. Les otorga seguridad saber que sus familiares estuvieron presentes en momentos que ellos ahora no recuerdan<sup>50</sup>.

Si nos referimos a la sala de hospitalización, la familia suele ser la fuente de cuidado y en los casos de pacientes con dificultad para comunicarse la familia suplente la comunicación con la enfermera<sup>17</sup>. Para los pacientes es positivo poder tener a la familia todo el tiempo en la sala de hospitalización<sup>71</sup>, dan un valor positivo a la familia y al apoyo que reciben de ella durante su estancia en la UCI y después. Especialmente después de la UCI, los familiares destacan por ser agentes de información para los pacientes<sup>38,49</sup>.

Para que la familia pueda ofrecer apoyo durante la recuperación del paciente crítico es necesario que comprendan la experiencia sufrida por su familiar. El estudio de Olsen<sup>50</sup> revela que el folleto estandarizado que ellos utilizan al alta de UCI es útil tanto para pacientes como para sus familias. El folleto desempeña un papel clave para las familias ya que les ayuda a comprender mejor la experiencia de estar ingresado en una UCI y, de esta manera, pueden ofrecer el apoyo necesario durante toda su recuperación. El hecho de que la

información se dé por escrito es relevante porque ayuda a recordarla tanto a los pacientes como a sus familias.

Cuando se produce el alta hospitalaria, la familia es la clave para una transición exitosa del hospital al domicilio<sup>38,70</sup>. Los pacientes reconocen la importancia de familiares y amigos más cercanos como ayuda para la recuperación completa<sup>35,45,60</sup>. El estudio llevado a cabo por Czerwonka<sup>45</sup> en Toronto afirma que los participantes describen poca asistencia por parte del sistema de salud y que fue la familia la provisora de cuidado hasta que pudieron hacerlo por sí mismos. Los resultados destacan la necesidad de educar al personal sanitario, sobre todo a médicos generalistas, sobre temas referentes a pacientes post críticos a largo plazo para que estos puedan abordar la necesidad no satisfecha de apoyo tanto a pacientes como a sus familias. Este trabajo resalta la importancia de proporcionar una intervención temprana y apoyo para poder disminuir el temor a lo desconocido que supone la transición de alta tanto para la familia como para los supervivientes.

La familia, además de ser la provisora de cuidados cuando se produce el alta al domicilio, también es la provisora de información<sup>38</sup>. Los pacientes cuando se produjo el alta hospitalaria se sintieron mal informados por parte de los profesionales de la salud<sup>49,50,59</sup>. La falta de información referente a la enfermedad crítica sufrida, los límites del proceso de recuperación y el largo plazo de recuperación de su enfermedad crítica generan ansiedad<sup>49</sup>.

La vivencia y las percepciones de las familias en la transición de alta de los pacientes ingresados en la UCI también han sido exploradas. En muchas ocasiones los cuidadores de los pacientes dados de alta sintieron que su familiar no estaba preparado para ser dado de alta de la UCI. Esta percepción se relaciona con la falta de información, educación y seguimiento sobre el proceso de alta<sup>73</sup>. Además, se debe tener en cuenta, que, en muchas ocasiones, debido a la presión asistencial sobre las camas de los hospitales, el alta del paciente crítico puede ser un proceso rápido e, incluso, desordenado, lo que se traduce muchas veces en familiares que sienten miedo y ansiedad ante la transición<sup>74</sup>. Como indica la literatura revisada, es necesario preparar para la transición de alta de la UCI tanto a los pacientes como a sus familiares<sup>73-75</sup>. Además, esta

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

preparación debe iniciarse en la UCI<sup>73</sup> e informar de aspectos relevantes sobre el proceso de alta y sobre la posible prolongación en el tiempo de la recuperación completa del paciente<sup>75</sup>.

### 9.2.3 La información. Una necesidad básica

La necesidad de saber es reportada por numerosos estudios cuando nos referimos a las transiciones de alta del paciente crítico hasta su rehabilitación completa<sup>33,36,50,76</sup>. La evidencia determina que la información debe ser concreta, adecuada y oportuna, tanto a los pacientes como a sus familiares<sup>2,71</sup>. No facilitar información puede producir ansiedad, aumentar los niveles de insatisfacción con la atención posterior al alta e incluso afectar en la capacidad de rehabilitación de la enfermedad crítica<sup>45,49,50,71</sup>.

La literatura consultada defiende que la información referente a la transición de alta del paciente crítico debe centrarse inicialmente en que la persona comprenda y sepa realmente lo que sucedió durante su estancia en la UCI<sup>36,45,49,71</sup>. Es importante dar información sobre la enfermedad y el pronóstico en la UCI<sup>71</sup>.

Siendo conocedores de toda la experiencia referente al ingreso en la UCI, es relevante también la información referente al alta. Esta no debería ser genérica, los pacientes dan valor a que la información sea individualizada y en función de sus necesidades<sup>49,60,71</sup>. Ramsay<sup>49</sup> llevó a cabo un estudio en dos hospitales de Escocia donde comparó los efectos de dos intervenciones al alta de UCI y al alta hospitalaria. La primera intervención fue la habitual en esos hospitales, y la segunda, una intervención multidisciplinar donde se llevaban a cabo actividades de fisioterapia, nutrición y de información del proceso de rehabilitación. El hallazgo clave fue el valor que los pacientes dieron a la información y a que la intervención fuera individualizada y según sus necesidades. Este estudio reveló que la intervención propuesta generó en los pacientes que se beneficiaron de ella mayores niveles de satisfacción. A su vez, estos pacientes se sintieron también más informados sobre temas referentes a su estancia en la UCI y al alta de esta. En cambio, una vez se producía el alta hospitalaria, no había diferencias entre el grupo que había recibido la intervención y el que no. En el caso de este estudio, a pesar de la intervención llevada a cabo,

persistía la necesidad de información al alta hospitalaria. En este mismo estudio, los pacientes manifestaron que sus familiares fueron los máximos proveedores de información cuando se sintieron mal informados por el sistema sanitario.

Un estudio llevado a cabo para evaluar la efectividad de un folleto informativo<sup>50</sup> sobre los efectos físicos y emocionales más habituales cuando se produce el alta del paciente crítico hasta su recuperación demostró que cuando la información, además de darse de forma verbal, se da también por escrito, permite comprender mejor las etapas por las que pasa habitualmente un paciente dado de alta de una enfermedad crítica. A pesar de que la información incorporada en el folleto era genérica, los pacientes y sus familiares reportaron que, durante el período de rehabilitación, contar con información sobre las etapas de recuperación y ver que este era el proceso normal les ayudó. Los participantes en este estudio dieron valor a que la información sobre el alta se diera por escrito<sup>50</sup> pero manifestaron que sería necesario que en dicho folleto pudiera añadirse información específica e individualizada sobre la recuperación de cada paciente<sup>60</sup>.

El valor de la información escrita también lo evidencia un estudio neerlandés<sup>33</sup> publicado que realizó entrevistas semiestructuradas a pacientes que habían estado ingresados en una UCI, a sus familiares y a grupos focales a enfermeras. A través de las entrevistas, se extrajo la importancia de la información referente al proceso de alta y la necesidad de que esta se diera por escrito. Este estudio hace hincapié en la importancia de que la información se dé por escrito porque después los pacientes no recuerdan haber recibido información referente al alta o no recuerdan el contenido de la misma.

Una vez el paciente es dado de alta de la UCI a la sala de hospitalización las necesidades de información se centran en el progreso médico y en los tratamientos necesarios para garantizar la continuidad de la recuperación. Necesitan información enfocada en el evento ocurrido, en el pronóstico y en sus necesidades de atención futuras. Lin<sup>72</sup> llevó a cabo un estudio en Taiwán con pacientes trasplantados de corazón en el que se confirma la necesidad inicial de información sobre diagnóstico y pronóstico, seguida, posteriormente,

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

a medida que se avanza en la recuperación, de demandas dirigidas a cómo acceder al cuidado de la comunidad.

Cuando los pacientes salen de la UCI a otros entornos de atención no existe la información disponible de la misma forma en que se proporciona en la UCI y esto puede disminuir la confianza sobre el equipo asistencial, porque los pacientes y sus familiares sienten que los profesionales de la salud no entienden su condición de paciente superviviente de UCI. El estudio de Czerwonka<sup>45</sup> propone educar a estos profesionales en necesidades de apoyo a pacientes y familiares, pero la realidad es que si las altas se producen con retraso o excesivamente rápidas no permiten al personal garantizar una comunicación efectiva referente al alta. Uno de los estudios llevados a cabo por Bench<sup>71</sup> comparó dos actividades informativas distintas en dos hospitales diferentes de Inglaterra. El primero proporcionaba la información a familiares y pacientes de forma escrita, el segundo únicamente proporcionaba la información de forma oral. Los resultados de este estudio revelaron que el personal de UCI y de sala de hospitalización estaba demasiado ocupado para dar información referente al alta. Además, algunos profesionales refirieron no estar capacitados para dar dicha información. Esta última afirmación reafirma la importancia de que se debe formar al personal de UCI y de sala de hospitalización para que puedan ofrecer un mayor apoyo a estos pacientes y a sus familiares<sup>50,71</sup>. Olsen<sup>50</sup>, concretamente, proponía al personal de las instituciones donde se implantaron los folletos informativos al alta que los leyeran para estar informados de las implicaciones que tiene la salida de la UCI, y así poder brindar un mejor apoyo emocional a los pacientes.

La realidad es que la información que se da a los pacientes suele ser insuficiente. El estudio llevado a cabo por Czerwonka<sup>45</sup> en dos hospitales de Toronto, donde no es habitual hacer un seguimiento de pacientes de UCI al alta hospitalaria, dejó entrever esta misma idea. Cuando los supervivientes eran dados de alta del hospital no sabían dónde proveerse de información referente a su recuperación. Muchos participantes necesitaban conocer más información sobre su estancia en la UCI para entender lo que les estaba ocurriendo en el presente, y tanto familiares como pacientes reclamaban más información referente a su rehabilitación, concretamente información referente a:

su recuperación a largo plazo, lo que se considera una recuperación normal o habitual, qué actividades son seguras de practicar y si es posible una recuperación física completa, es decir, el estado físico anterior al ingreso. Los familiares, además, demandaban información referente a la asistencia que debían proporcionar a su familiar dado de alta del hospital después de una enfermedad crítica.

Cuando los pacientes y familiares se sienten apoyados por el personal sanitario es más fácil hacer frente a la transición de alta y se facilita también un entorno más fácil para que los profesionales administren la información de forma más adecuada. El estudio realizado por Bench<sup>71</sup> reafirma la importancia de dar la información referente al alta por escrito, pero añade que esta debe estar acompañada de información oral que pueda aclarar todas las dudas que surjan a los pacientes y a sus familiares. Esta información debería contemplar información específica sobre la transferencia de UCI a la sala de hospitalización, información sobre los problemas físicos y emocionales posteriores a la UCI y, además, con objetivos realistas de lo que se espera en la sala de hospitalización. Asimismo, se debe contemplar que los pacientes necesitan un tiempo para poder hacer preguntas y obtener respuestas sobre su estancia en la UCI y sobre todo aquello referente al alta de esta. El mismo autor afirma que la información proporciona seguridad y hace referencia a las dificultades que podrían tener la comunicación con los pacientes traqueostomizados.

La necesidad de información puede prolongarse más allá del alta hospitalaria. El estudio de Czerwonka<sup>45</sup> revela que las necesidades de información eran más altas al año y a los dos años del alta hospitalaria en aquellos pacientes que no recibían seguimiento. Para estos pacientes era necesario saber si lo que les estaba ocurriendo entraba dentro de los parámetros normales de recuperación después de una enfermedad crítica. Las enfermeras de seguimiento post alta mejoran la seguridad y el afrontamiento del paciente crítico al alta<sup>71</sup>. La información de salud y sobre cuidados es muy importante para la recuperación general de los pacientes que han estado en una UCI, concretamente información específica sobre nutrición, ejercicio, tiempos de recuperación, medicación y regreso al trabajo eran de mucha importancia para los supervivientes de UCI<sup>60</sup>.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Es necesario que el personal sanitario que atiende a pacientes que han estado ingresados en una UCI comprenda la enfermedad crítica y sus repercusiones. Bench<sup>70</sup> llevó a cabo un estudio para conocer las necesidades informativas tanto de pacientes y familiares como de su médico de AP, y los resultados dejaron entrever que el personal sanitario externo a las UCI necesita una mejor comprensión de la enfermedad crítica y sus repercusiones, por la falta de formación evidente en este terreno y por la falta de información relevante en los informes de alta de UCI. Sugirió también que tanto familia como paciente deberían estar siempre presentes en cualquier intercambio de información entre profesionales, para una mayor comprensión de la información sobre su salud.

Las consultas de seguimiento son más comunes en los países del norte de Europa. Engström<sup>59</sup> llevó a cabo en Suecia un estudio también sobre la experiencia de las consultas de seguimiento al alta hospitalaria, en este caso a pacientes y familiares. Las visitas de seguimiento revelaron la importancia de la información y ayudaron a normalizar la recuperación que estaban teniendo los pacientes de UCI una vez fueron dados de alta a sus domicilios. Comprendieron por ejemplo que las alucinaciones y los sueños que habían tenido estando ingresados en la UCI eran experiencias normales en pacientes ingresados en estas unidades. En la misma línea, Prinjha<sup>60</sup> llevó a cabo en el Reino Unido un estudio sobre la experiencia de pacientes dados de alta y que estaban en un programa de seguimiento post UCI. Para los pacientes entrevistados, la información sobre su recuperación física y emocional fue importante y les ayudó a dar sentido a su experiencia en la UCI. Las necesidades de información reportadas son las referidas a cura de cicatrices, movilidad, debilidad, sexo, probabilidad de volver a enfermar y recuperación completa. Obtuvieron, además, más información sobre su enfermedad, tratamientos, pruebas y progreso, incluyendo fechas. Los pacientes valoraban poder hacer preguntas al respecto, ya que algunos no recordaban su paso por la UCI. Esta información disminuyó la ansiedad que sufrían y les ayudó a seguir adelante. Para ellos fue importante que la información proviniera de parte de expertos.

Además de informar a los pacientes, estos también reclaman ser escuchados y participar activamente en la planificación del alta, sobre todo cuando nos referimos al alta a domicilio. Permitir que los pacientes participen en el

proceso los empodera, contribuye a recuperar la sensación de control y suaviza la transición<sup>76,77</sup>.

## 9.3 Intervenciones al alta

Los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica continúan estando en riesgo de sufrir SPCI y, asociado a ello, ver afectada su calidad de vida<sup>31,48</sup>. Las intervenciones para ayudar a los supervivientes de una UCI deberían ser multidisciplinarias y abarcar tanto la esfera física como la emocional y social<sup>29</sup>.

### 9.3.1 Intervenciones al alta de UCI

Ser dado de alta de la UCI a una sala de hospitalización es en muchas ocasiones pasar de un entorno seguro y de buen cuidado a otro no percibido como tal<sup>1,77</sup>. Este hecho se traduce en pérdida de seguridad y familiaridad. Si a este hecho le sumamos la falta de apoyo emocional que experimentan muchos pacientes cuando son dados de alta de la UCI, la transición a las salas de hospitalización difícilmente será saludable<sup>39,70</sup>.

Esta falta de apoyo emocional la reafirmó Van Mol<sup>33</sup>, el cual implementó intervenciones planificadas para acompañar el alta de la UCI. Las estrategias descritas en el protocolo incluían intervenciones previas al alta: una visita de los familiares a la sala de hospitalización, una *checklist* que garantizara todas aquellas cosas a dialogar con el paciente y la familia y además, intervenciones dirigidas a formar a las enfermeras de UCI para capacitarlas en el apoyo emocional a pacientes y familias durante la desmonitorización progresiva de la UCI y durante la transición a las salas de hospitalización, pudiéndoles ofrecer a pacientes y familiares información sobre las consecuencias físicas y emocionales del delirio y del propio ingreso de la UCI. Las intervenciones para preparar para el alta deben darse de forma temprana; dar apoyo durante la transición de alta puede disminuir el temor que muchos pacientes tienen a enfrentarse a lo desconocido que supone una transición y deben tener en cuenta a la familia, ya que los afectados de las transiciones no son solo los pacientes de UCI, sus familias también sufren este temor<sup>45</sup>.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Referente a la interrupción brusca de la monitorización, varios estudios reportan la necesidad de disminuir gradualmente el seguimiento y soporte del paciente crítico ajustándolo a sus necesidades<sup>33,68,78</sup>. El cambio brusco, al dejar de estar monitorizados 24 horas al día en la UCI, se traduce en muchas ocasiones en inseguridad<sup>68</sup>.

En cuanto a la autonomía, es necesario que desde la UCI se anime a los pacientes a ser cada vez más autónomos<sup>78</sup>. De esta forma, cuando los pacientes llegan a las salas de hospitalización, pueden ser más independientes y afrontar mejor la transición. Las salas de hospitalización son, según la literatura, un lugar donde se requiere ser más independiente y donde se fomenta el autocuidado, en la medida de sus posibilidades, principalmente por la carga de trabajo y las ratios enfermera-paciente<sup>1,68</sup>. La problemática surge cuando el paciente no es suficientemente independiente para asumir su autocuidado. Esta dificultad causa impotencia<sup>57</sup>, incapacidad, humillación, inutilidad y resignación<sup>77</sup>, así como una mayor insatisfacción con los cuidados recibidos al alta de la UCI<sup>73</sup>, y es una barrera para una transición de alta saludable<sup>3</sup>. Además, pensar en la posibilidad de no recuperar la movilidad y autonomía está relacionado con sentimientos de miedo y ansiedad<sup>77</sup>.

Los profesionales de la salud encargados de dar el alta creen que un proceso de alta bien organizado incluye la decisión de dar el alta, la planificación, la preparación para el alta, el transporte seguro y dar atención después del alta. Van Sluisveld<sup>79</sup> valoró las barreras y los facilitadores de poner en práctica actividades que favorecieran un proceso de alta bien organizado, y la mayoría de los encuestados sugirió que debían mejorar la comunicación entre el personal de UCI y el de sala. Aportó también que sería de gran utilidad una lista de verificación que garantizara todas aquellas actividades a realizar referentes al alta. Además, es importante, según este trabajo, considerar si el paciente puede ser dado de alta a la sala de hospitalización teniendo en cuenta la capacidad real de la sala de poder acogerlo con seguridad. Valorar la capacidad de las salas de hospitalización para acoger a los pacientes dados de alta de la UCI según la ratio enfermera-pacientes, la carga de los otros pacientes ingresados en ese momento en dicha sala de hospitalización y la capacitación del equipo enfermero para el cuidado de pacientes complejos son variables que,

según Van Sluisveld, se deberían tener en cuenta para acordar el ingreso del paciente procedente de la UCI a la sala de hospitalización.

Se llevó a cabo también un estudio cualitativo que entrevistó a enfermeras de sala y de UCI. Los resultados de este afirman que las enfermeras de UCI se sienten muchas veces frustradas por el poco tiempo del que disponen para preparar el alta del paciente, y, a su vez, las enfermeras de sala demandan información específica del paciente y un plan de cuidados para cada uno de ellos. Este mismo trabajo señala la importancia de la comunicación entre el equipo de UCI y el de la sala de hospitalización y deja entrever que, en muchas ocasiones, las enfermeras de sala no están preparadas para recibir y cuidar a estos pacientes, por la gran carga de trabajo que tienen y por la falta de material y soporte<sup>78</sup>. La información entre las enfermeras de la UCI y la sala de hospitalización a la que se trasladará el paciente es necesaria. Diversos estudios afirman que esta no se produce en condiciones óptimas, lo que se traduce en una discontinuidad de los cuidados individualizados de los pacientes en el entorno receptor<sup>1,38,68,74,76,78,79</sup>.

Es necesario que exista información específica sobre el paciente dado de alta y Cagnet<sup>74</sup>, por ejemplo, propone que esta se transfiera de forma oral y escrita entre enfermeras, a pie de cama. Además, la literatura revisada sustenta que las enfermeras de sala deberían visitar al paciente en la UCI antes de que se produjera el alta; esta actividad otorgaría mayor seguridad a los pacientes. Además, la organización de traslados durante la noche o los cambios de turno puede añadir mayor ansiedad a la transición<sup>3</sup>.

Continuando con el cuidado del paciente al alta de la UCI a la sala de hospitalización, aparece el concepto de enfermera de enlace o de seguimiento<sup>11,71,80</sup>. Bench<sup>71</sup> hace referencia a las enfermeras de seguimiento sin describir el papel que adoptan en dicha transición, pero sí remarca que mejoran la seguridad y el afrontamiento del paciente al alta porque consiguen que la información del paciente se transmita de forma más eficaz. Chaboyer<sup>80</sup>, unos años antes, ya hizo referencia a la que llamó «enfermera enlace», pero no demostró que hubiera diferencias en lo que a ansiedad se refiere entre los pacientes del grupo intervención (con enfermera enlace) y los del grupo control (alta

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

convencional). Czerwonka<sup>45</sup>, en cambio, afirmó que en los casos donde se lleva a cabo un seguimiento de un equipo post UCI la ansiedad disminuyó. Es importante, por tanto, una intervención de apoyo a familiares y pacientes a corto y largo plazo a medida que hacen la transición por los distintos niveles de atención<sup>45,71</sup>. Según este estudio<sup>45</sup>, los supervivientes de la UCI detectan discontinuidad de cuidados en la atención posterior a la UCI, de modo que el seguimiento de sus profesionales de la salud durante y después de las transiciones disminuiría el miedo y la ansiedad.

### 9.3.2 Intervenciones al alta hospitalaria en pacientes que han sufrido un ingreso de UCI

Una vez que los pacientes que han sufrido un ingreso en la UCI son dados de alta del hospital, los servicios de seguimiento pueden contribuir a su recuperación física y emocional<sup>38,60</sup>. Ramsay<sup>49</sup> afirmó que los pacientes adheridos a una intervención compleja de fisioterapia, psicoterapia, nutrición y provisión de información al alta hospitalaria obtuvieron mayor satisfacción que aquellos que no la recibieron. Los pacientes dieron mucha importancia a la fisioterapia cuando se referían a la rehabilitación, y también al personal de apoyo que les ayudó a preparar el alta al domicilio. La realidad es que ambos grupos sintieron que existía falta de información del proceso de alta, pero el grupo no adherido a intervención, concretamente, agravó la situación al ver que no existía seguimiento ninguno después del alta hospitalaria. Este estudio concluyó la importancia de un acceso mejorado a los servicios de fisioterapia, atención nutricional e información, y siempre de forma individualizada y según las necesidades de cada paciente.

Backman<sup>63</sup> entrevistó a pacientes que participaron en reuniones grupales de pacientes que habían sido dados de alta de UCI. Estas reuniones permitieron que los participantes compartieran sus experiencias y comprendieran mejor el proceso de supervivencia tras una enfermedad crítica. Dar y recibir apoyo de los otros participantes les ayudó a entender que la recuperación tras una enfermedad crítica es, en muchas ocasiones, un proceso lento y largo. Los participantes de este estudio estuvieron de acuerdo en que el momento óptimo para las reuniones grupales sería a los seis meses de su estancia en la UCI.

Hanifa<sup>32</sup> evaluó las consultas de seguimiento post UCI dirigidas por enfermeras en un hospital universitario de Dinamarca. Estas consultas ayudaron a los pacientes a comprender los síntomas físicos, emocionales y sociales tras sufrir una enfermedad crítica. Las enfermeras de estas consultas, además de ofrecer apoyo a los pacientes, deben saber identificar si estos necesitarán más seguimiento y por parte de qué profesionales.

Haraldsson<sup>36</sup> también describió la experiencia de pacientes dados de alta de la UCI que participaron en una sesión de seguimiento en un hospital de Suecia. Estas sesiones de seguimiento se llevaban a cabo en la UCI, con la posibilidad de visitarla durante la sesión. La sesión de seguimiento permitió que los pacientes conocieran lo que realmente les había ocurrido durante su estancia en la unidad, y así comprender mejor los aspectos de su rehabilitación y normalizar la situación que estaban viviendo en cuanto a su recuperación de la enfermedad crítica. Algunos participantes vivieron de forma beneficiosa la visita a la UCI, otros experimentaron recuerdos y sentimientos desagradables, pero ninguno se negó a volver a entrar en la UCI. Algunos pacientes de este estudio estaban a su vez en un programa de rehabilitación física, para ellos fue importante también la sesión de seguimiento, pero para los que no estaban dentro de este programa, la sesión de seguimiento fue la primera vez que pudieron hablar con un profesional de la salud de su experiencia en la UCI, de sus preocupaciones, y eso les otorgó seguridad. Las sesiones ayudaron a procesar y comprender las experiencias vividas y dejar de preocuparse por aquellas que no veían claras. Algunos participantes afirmaron que, gracias a estas sesiones, evitaron la depresión. El uso de sesiones de seguimiento permite a muchos pacientes enfrentar el sufrimiento que han padecido y ser más conscientes de la realidad por la que han pasado, ayudándoles a procesar mejor la información. Los resultados de este estudio muestran la importancia de que una persona que ha estado ingresada en una UCI comprenda y sepa más sobre lo que le sucedió durante su estancia. Este estudio ha demostrado también que ser un paciente de UCI impacta en la vida futura de la persona, y con las sesiones de seguimiento estas personas pueden encontrar de nuevo el significado de su vida. Este viaje de búsqueda de significado muestra la necesidad de seguimiento de los pacientes de UCI, así como la oportunidad y posterior apoyo para permitir que diferentes pacientes hablen entre ellos de sus experiencias

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

vividas. Las sesiones de seguimiento son una forma valiosa de proporcionar un enfoque holístico a estos pacientes, pero requieren de educación continua para que el personal garantice que haya un apoyo adecuado para todos los participantes.

La formación del personal es imprescindible. Los pacientes describen la falta de apoyo en las salas de hospitalización y en los CAP, y lo asocian a la falta de conocimientos de los profesionales que los atienden<sup>39,70,81</sup>. Bench<sup>70</sup> afirma la existencia de falta de apoyo tras el alta hospitalaria, cree que el personal de AP necesita información referente a los eventos ocurridos en la UCI y formación específica sobre las consecuencias físicas y emocionales que suponen un ingreso en UCI. Una recuperación efectiva, según Bench, pasa por que se aborde el tema de forma coordinada y con un enfoque integral y multidisciplinar entre los centros hospitalarios y los CAP. Deben atenderse necesidades que surgen posteriores al alta, por ejemplo, el manejo de heridas y la necesidad de nutricionistas y fisioterapeutas<sup>70,71</sup>.

Las consultas de seguimiento suponen una importante contribución a la recuperación física, emocional y psicológica de los pacientes en términos de continuidad de la atención, recepción de la información y tranquilidad<sup>32,59,60</sup>. Los pacientes sienten que existe una continuidad en los cuidados porque tras el alta hospitalaria se les continúa haciendo pruebas y monitorizando en las consultas de seguimiento hasta su recuperación completa. Además, estas consultas permiten hacer derivaciones a otros especialistas que pueden ayudarles en su recuperación, un fisioterapeuta o un psicólogo, por ejemplo. La consulta de seguimiento es un lugar donde los pacientes pueden expresar sus preocupaciones y garantizan que los problemas que puedan presentarse durante la recuperación podrán detectarse y tratarse lo antes posible. Aquellos pacientes que no tuvieron acceso a las consultas de seguimiento a menudo se sintieron abandonados o decepcionados porque no tuvieron la oportunidad de obtener mayor información sobre el proceso de recuperación física y emocional. Esta información es importante para los pacientes y les ayuda a dar sentido a su experiencia como pacientes de UCI<sup>60</sup>. Los pacientes del estudio llevado a cabo por Prinjha<sup>60</sup> sugirieron que las visitas de seguimiento deberían hacerse en las primeras semanas del alta hospitalaria

y que hubiera sido muy positivo una llamada telefónica después del alta para comentar aspectos que les preocuparan. Las citas de seguimiento fueron de mucho valor para poder hablar de sus problemas físicos, emocionales y psicológicos y sobre su recuperación. Además, podían hablar de su experiencia en UCI y hacer preguntas al respecto. Aun así, algunos pacientes detectaron que en estas citas se ocupaban más de las deficiencias físicas que de los aspectos emocionales. El seguimiento también fue una oportunidad para ver al personal de UCI nuevamente y agradecerles la atención y el apoyo brindado en su momento<sup>59,60</sup>. Los servicios de seguimiento post UCI están recomendados por la política sanitaria del Reino Unido<sup>37,60</sup>.

Engström<sup>59</sup> también afirmó que las visitas de seguimiento ayudaron a los pacientes en la comprensión de la experiencia de estar ingresado en una UCI y a normalizar las alucinaciones y los sueños que tuvieron durante su estancia en ella. Les permitió, además, reencontrarse con el personal que les había atendido, ya que las visitas de seguimiento las llevaban a cabo el médico y la enfermera que habían tratado al paciente en la UCI, y pudieron mostrar su gratitud por el tratamiento y los cuidados enfermeros haciendo sugerencias de mejora.

El desafío de los profesionales de la salud en este tema es desarrollar y establecer servicios de seguimiento efectivos para los supervivientes de la UCI con riesgo de comorbilidad psicológica. A medida que los profesionales sean más conscientes de los factores de riesgo asociados, los pacientes en riesgo podrían identificarse en la UCI y dirigirlos a programas de rehabilitación intensiva<sup>61</sup>.

## 9.4 Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel

Merle Mishel desarrolló la Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad en 1988. Define la incertidumbre como la incapacidad para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, y aparece cuando el sujeto no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o cuando no es capaz de predecir con precisión los resultados que se obtendrán. La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad debido a la falta

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

de claves suficientes, y puede presentarse en diferentes formas: ambigüedad, complejidad, falta de información, información no consistente e imprevisibilidad<sup>82-84</sup>.

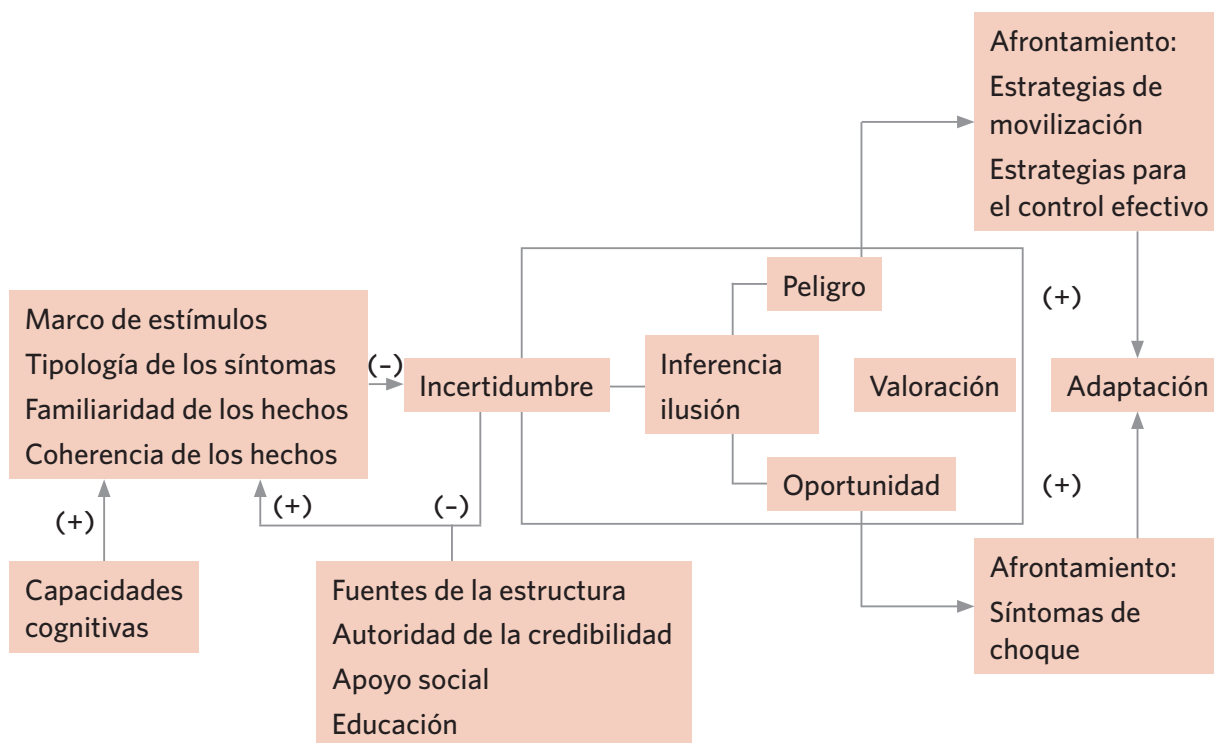
Cuando Mishel empezó a investigar sobre la incertidumbre, esta aún no se había utilizado en el contexto de la salud y de la enfermedad. Su teoría se basó en modelos ya existentes procedentes de la psicología que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo de una situación determinada. Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman en cuanto al estrés, valoración, afrontamiento y adaptación<sup>82,83,85</sup>.

Mishel aporta una mirada enfermera desde el paradigma de la transformación. Es exclusivo de su teoría, la aplicación de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Considera a la persona líder de su vida, ella decide sobre su salud y sobre lo que es importante y adecuado para sí misma. Sin embargo, las decisiones deben tomarse con suficiente información presente y futura. La teoría original sustenta que es esencial controlar la incertidumbre para conseguir adaptarse durante la enfermedad<sup>82-84,86</sup>.

En 1990, Mishel conceptualiza de nuevo la teoría aportando la idea de que es posible que la incertidumbre en sí puede no tener solución. Según Mishel, el individuo tiene que aceptar la incertidumbre como parte de la realidad donde vive. Aceptándola, puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca la oportunidad de alcanzar un buen estado de ánimo pudiendo cambiar su enfoque de la vida<sup>82,84</sup>.

La Teoría de la incertidumbre explica cómo los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y cómo construyen el significado de esta. Cuando el paciente no es capaz de formar un esquema cognitivo sobre los eventos de la enfermedad, aparece la incertidumbre. Un esquema cognitivo es la interpretación subjetiva que hace la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización. Como aparece en la figura 2, la incertidumbre está precedida del marco de estímulos, y estos, a su vez, de las capacidades cognitivas y de las fuentes de estructura<sup>83</sup>.

Figura 2. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad



Fuente: Mishel, M. *Teorías intermedias*. Cap. 28: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, pp. 634-643.

El marco de estímulos constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo. Mishel define tres componentes para el marco de estímulos: el patrón de síntomas, la familiaridad de los eventos y la coherencia de los eventos. Estos tres componentes proporcionan los estímulos para que los pacientes estructuren su esquema cognitivo, lo que genera menor incertidumbre<sup>83</sup>.

El patrón de síntomas hace referencia al grado en que los síntomas se presentan con suficiente consistencia para que se perciba que tienen un patrón o una configuración. La familiaridad de los eventos se refiere al grado en el que la situación es habitual, repetitiva o con señales reconocibles para la persona. Cuando los eventos son reconocidos como familiares, se asocian a la memoria y podemos así otorgarles un significado. El último componente, la coherencia de los eventos, se refiere a la consistencia entre lo esperado y lo experimentado.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Esta consistencia implica confiabilidad y estabilidad de los eventos que ocurren y facilita la interpretación y comprensión de estos<sup>83</sup>.

Los tres componentes del marco de estímulos (patrón de síntomas, familiaridad de los eventos y coherencia de los eventos) están influenciados por dos variables: la capacidad cognitiva y las fuentes de estructura<sup>83,84</sup>.

La capacidad cognitiva es la habilidad de la persona en procesar la información que le permitirá percibir los patrones de síntomas, la familiaridad de los eventos y la coherencia de estos. La segunda variable que influye en el marco de estímulos son las fuentes de estructura, que son, según Mishel, los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos y, por tanto, estas fuentes reducirán la incertidumbre. Estos recursos llamados fuentes de estructura son: la autoridad con credibilidad, el apoyo social y la educación. Estos tres conceptos podrán reducir la incertidumbre de forma directa o indirecta. La incertidumbre se reduce directamente cuando la persona confía en los proveedores de estructura para entender los eventos que le ocurren, e indirectamente cuando los proveedores de estructura le ayudan a determinar los patrones de síntomas, la familiaridad y la coherencia de los síntomas<sup>83</sup>.

El concepto autoridad con credibilidad hace referencia al grado de confianza que la persona tiene con el personal sanitario que la atiende. Puede aplicarse a médicos, a enfermeras y a cualquier personal sanitario. La autoridad con credibilidad fortalece el marco de estímulos proporcionando información sobre las causas y las consecuencias de los síntomas<sup>83</sup>.

El apoyo social tiene una influencia directa e indirecta sobre la incertidumbre. De forma directa puede modificar la ambigüedad sobre el estado de la enfermedad, la complejidad percibida sobre el tratamiento y la imprevisibilidad sobre el futuro<sup>83,87</sup>. De forma indirecta puede clarificar el patrón de síntomas del marco de estímulos. Compartir información con la red social puede ayudar a los pacientes a evaluar los síntomas que sufren<sup>83</sup>.

La educación, según Mishel, también puede tener una influencia directa o indirecta sobre la incertidumbre. Indirecta cuando los conocimientos del paciente

influyen en la comprensión del marco de estímulos proporcionándole significado y contexto. De forma directa cuando, según el grado de educación, puede existir una mayor complejidad percibida en relación con el tratamiento y la comprensión del sistema de atención<sup>83,84</sup>.

Cuando la incertidumbre existe, esta es una experiencia neutral. Hasta que no se le otorga un significado no podemos decir si es una experiencia positiva o negativa. El afrontamiento a la enfermedad será diferente en cada caso y la evaluación de dicha situación incierta implicará dos procesos: la inferencia y la ilusión<sup>83</sup>. Estos dos conceptos se describen a continuación.

La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias pasadas. Se construye a partir de disposiciones de la personalidad, de las creencias sobre uno mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente. Utiliza recursos aprendidos, destreza o dominio y el locus de control.

Las personas dan significado a los hechos, en parte, a partir de experiencias vividas y, también, a partir de estrategias de afrontamiento utilizadas con anterioridad. Cuando la evaluación de los hechos se realiza a través de los recursos aprendidos y de la destreza o dominio, es difícil que puedan adaptarse a la nueva situación de salud porque los eventos que les están ocurriendo ahora no corresponden a situaciones similares pasadas. Cuando hablamos de enfermedades, habitualmente la persona nunca antes ha sufrido tal enfermedad y, por tanto, no existe un aprendizaje pasado.

En cuanto al locus control, la disposición de la personalidad del locus control es importante durante el proceso de evaluación. En aquellas personas con un locus de control interno, la incertidumbre se valorará seguramente como controlable y, por tanto, como una oportunidad. En cambio, aquellas personas que ponen el locus de control de forma externa evaluarán los eventos inciertos como un peligro, sobre todo en aquellas situaciones en las que la autoridad con credibilidad no está presente<sup>83</sup>.

La ilusión se refiere a las creencias que nacen de la propia incertidumbre. Cuando se genera ilusión a partir de la incertidumbre es cuando esta se valora

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

como una oportunidad. En el pasado, la construcción de la ilusión se comparaba con la de negación y se juzgaba como desadaptativa, pero en la actualidad se cree que la ilusión puede ser fomentada por personas significativas en un intento de mantener la esperanza. Los profesionales pueden ayudar a los pacientes a crear ilusiones de apoyo<sup>83</sup>.

Tras la evaluación, la incertidumbre puede verse como un peligro o como una oportunidad.

Cuando la incertidumbre se evalúa como un peligro, la posibilidad de un resultado dañino está determinado por la inferencia. Una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. Es entonces cuando la incertidumbre puede asociarse a una visión negativa sobre el futuro y cuando se asocia a altos niveles de ansiedad y depresión<sup>83</sup>.

Cuando la incertidumbre se evalúa como una oportunidad, la posibilidad de resultados positivos surge en respuesta a la valoración. Esta opción puede surgir de la inferencia o de la ilusión, aunque la mayoría de las veces ocurre por la ilusión. La naturaleza extraña y vaga de una situación incierta permite que las personas transformen la situación incierta en positiva. Poder ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse más de lo positivo que de lo negativo<sup>83</sup>.

La teoría nos ayuda a explicar los factores estresantes asociados a la enfermedad, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente ante una experiencia de enfermedad y la importancia de los profesionales para proporcionar información y apoyo para manejar la incertidumbre<sup>82</sup>. El colectivo de enfermería puede identificar el fenómeno de la incertidumbre basándose en experiencias con anteriores pacientes para ayudarles a fomentar un método eficaz de afrontamiento dando soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que están evolucionando<sup>82,83,86</sup>.

La literatura revisada sobre la incertidumbre evidencia los efectos físicos y emocionales negativos de esta, entre ellos ansiedad, estrés, miedo y vulnerabilidad<sup>88-96</sup>. La incertidumbre en muchas ocasiones está presente a lo largo

de todo el proceso de la enfermedad. Si bien es cierto que Chevalier<sup>89</sup> afirmó que, con el paso de los días, la provisión de información sobre la enfermedad y el proceso que esta conlleva, se reduce la ansiedad y la incertidumbre causante de esta<sup>89,97</sup>, en la mayoría de la literatura se refieren a una incertidumbre que perdura a lo largo de todo el proceso de la enfermedad<sup>93,95,98-105</sup>.

La necesidad de ser informado para reducir los niveles de incertidumbre y, en consecuencia, los niveles de síntomas asociados a esta, ha sido reportada por numerosos estudios<sup>91,106-109</sup>. Es necesario que la información sea individualizada y que tenga en cuenta que las necesidades de los pacientes pueden ser cambiantes a lo largo de la enfermedad<sup>93,97,110</sup>.

La incertidumbre por la falta de información sobre el futuro se asocia con ansiedad. Gray-Renfrew<sup>88</sup> realizó entrevistas para conocer la experiencia de personas con enfermedad hepática avanzada y los informantes revelaron sentir incertidumbre ante el pronóstico de la enfermedad. Se asoció ansiedad y miedo a la incertidumbre por la falta de información sobre su futuro. Proporcionar información no solo puede ayudar a reducir la incertidumbre, sino que mejora la experiencia de los pacientes, la satisfacción, y permite hacerlos partícipes de las decisiones pertinentes a su enfermedad. Además, aquellas personas que habían sufrido ingresos previos tenían menos incertidumbre y ansiedad<sup>89</sup>.

Karlsson<sup>111</sup> también hace referencia a la incertidumbre sobre el futuro incierto de pacientes con linfedema intervenidas de cáncer de mama, las cuales creyeron que el personal sanitario no tenía suficiente conocimiento sobre el linfedema, el tratamiento y el pronóstico de este. La falta de información generó ansiedad y sufrimiento. Lo mismo ocurrió con el trabajo de Hurst<sup>112</sup> sobre experiencias de pacientes sometidos a intervención de esclerosis peritoneal encapsulante en el Reino Unido, los participantes percibieron que los profesionales de la salud no sabían suficiente sobre la enfermedad y, por tanto, no podían proporcionarles la información necesaria.

Los tiempos de espera prolongados añaden incertidumbre por la falta de previsibilidad del futuro<sup>90,100,113</sup>. Husson<sup>90</sup> exploró la calidad de vida de pacientes con fibromatosis desmoide (FD) en un hospital de Inglaterra; los pacientes experimentaron una larga trayectoria hasta el diagnóstico de la enfermedad,

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

lo que les provocó incertidumbre y frustración. La incertidumbre acerca de la elección del mejor tratamiento provocó ansiedad<sup>90,96</sup> y pérdida de confianza en el equipo de profesionales de la salud, ya que, al ser una enfermedad rara, estos disponían de poca información acerca de los mejores tratamientos. Para esta enfermedad concreta, los profesionales de la salud recomiendan un período de espera de vigilancia de síntomas, y solo en caso de progresión una actuación terapéutica multidisciplinar. El tiempo de espera de vigilancia de síntomas provocó en los pacientes una mayor incertidumbre, desencadenando miedo, estrés y ansiedad<sup>90,113</sup>. Asimismo lo afirmó Henry<sup>114</sup>, que exploró la experiencia de pacientes con cáncer de tiroides en un hospital de Canadá; dado que los tiempos de espera hasta el tratamiento de esta enfermedad fueron más largos de lo que son habitualmente en otro tipo de diagnóstico, se prolongaba el tiempo de incertidumbre hasta el punto de volverse psicológicamente traumático y cronificar el estrés asociado a la incertidumbre. Este último estudio afirma que las enfermeras deben trabajar para satisfacer las necesidades de información y apoyo a los pacientes y propone que sean las mismas enfermeras las que estén presentes durante todo el proceso desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la recuperación, proporcionando siempre información del proceso y garantizando la continuidad de la atención<sup>106,114,115</sup>. Lewis<sup>100</sup> exploró la experiencia de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde que eran derivados a rehabilitación pulmonar hasta que la iniciaban. Dada la incertidumbre que ocasionó la espera y el miedo, pánico y cercanía de la muerte secundarios a la incertidumbre, sugirió al menos una sesión informativa durante la espera para reducir la incertidumbre y los efectos asociados a esta. Una mayor comprensión de los profesionales de la salud sobre la incertidumbre de los pacientes con EPOC permitiría desarrollar intervenciones dirigidas a reducir la incertidumbre.

En la misma línea que el estudio sobre la FD<sup>90</sup>, Whiteley<sup>95</sup> analizó la experiencia de mujeres embarazadas con una ileostomía previa al embarazo, siendo ambos temas de los cuales existe poca información en la literatura. Las gestantes portadoras de ileostomía hicieron referencia en las entrevistas a la incertidumbre que sintieron durante todo el proceso por la falta de información recibida. A su vez, los médicos que las atendieron también sintieron incertidumbre, por la escasez de información que existe sobre el tema, así que poco

podieron ayudar en este aspecto a sus pacientes durante el proceso. El trabajo de Whiteley<sup>95</sup> concluyó que el seguimiento de la enfermera experta en estas cosas podría reducir la incertidumbre de las gestantes y aumentar la confianza de estas de poder tener un embarazo y un parto seguros.

En ocasiones, la falta de información no se debe a que exista poca literatura al respecto, lo que ocurre es que existe poca certeza sobre lo que ocurrirá. Es el caso de los pacientes en programa de diálisis que esperan ser trasplantados de un riñón de donante fallecido. Burns<sup>113</sup> realizó una revisión al respecto y reportó la incertidumbre que describían los pacientes causada por la falta de información sobre cuándo se produciría el trasplante y respecto a la intervención en sí. Aunque es cierto que esa información no está disponible ni para pacientes ni para profesionales, Burns recomendó proporcionar toda la información que sí estuviera disponible para reducir el estrés y la ansiedad del proceso de espera, brindar apoyo y tranquilidad, y poner en contacto a los pacientes con otros en su misma situación por los beneficios que podría aportar que compartieran sus experiencias<sup>113</sup>. El trabajo de Nanton<sup>110</sup> sobre la experiencia de pacientes con cáncer de próstata se centró en la información recibida y en la incertidumbre durante el proceso de la enfermedad, y también reportó la idea de compartir experiencias. Los pacientes asociaron la incertidumbre a ansiedad y estrés; el futuro incierto sobre su enfermedad fue el causante de la incertidumbre. En la misma línea que Burns, Nanton afirmó que los pacientes que utilizaron la información que provenía de los profesionales y su propia experiencia para ayudar a otros en su misma situación en grupos de apoyo, por ejemplo, consiguieron dar una dimensión positiva a la incertidumbre y redujeron la ansiedad sintiéndose útiles durante el proceso.

Fitchett<sup>91</sup> realizó una revisión de estudios que habían explorado la vivencia de pacientes que recibieron radioterapia curativa. Identificó la incertidumbre en todos los trabajos analizados y encontró la asociación según la información recibida sobre la enfermedad. Aquellos pacientes que no habían recibido una información adecuada, o, simplemente, no habían recibido información tenían más incertidumbre y ansiedad. En cambio, en aquellos pacientes que recibieron una información clara, la incertidumbre y la ansiedad se vieron reducidas. Además, identificó que la responsabilidad de elección del propio tratamiento

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

también reducía la incertidumbre y mejoraba la capacidad de afrontamiento. La revisión concluyó el papel tan importante que desempeñan los profesionales de la salud en la reducción de la incertidumbre y la ansiedad si proporcionan información de calidad y estrategias de afrontamiento.

Goutzamanis<sup>92</sup>, por su parte, añadió que la información aportada a los pacientes debe ser clara y simple<sup>92,116</sup>, y da importancia a las iniciativas educativas que ayuden a entender la enfermedad. Además, la gravedad de la enfermedad crea un futuro más incierto y eso conduce a aún más ansiedad y estrés<sup>92</sup>. Es también importante que los profesionales den información adecuada y consistente, porque, de no hacerlo, los pacientes buscarán otras fuentes de información, por la necesidad de ser informados y escuchados<sup>109</sup>.

La simplicidad, en cuanto a información médica se refiere, fue reportada por Samuelsson<sup>93</sup>, que realizó entrevistas a pacientes con cáncer colorrectal antes, durante y después de la cirugía en un hospital de Suecia. Este trabajo afirma que el uso de terminología médica puede generar errores en la interpretación y la comprensión de la información recibida y, por tanto, que a los pacientes les falte información en sí. Es necesario que la información sea individualizada y con un tiempo para hacer preguntas. Cuando existe falta de comprensión de la información, aumenta la incertidumbre, y esto genera ansiedad, sensación de pérdida de control, y puede llegar a ser un obstáculo en la recuperación de los pacientes. Cuando los pacientes se refirieron al alta hospitalaria, describieron falta de información referente a su autocuidado y eso generó también incertidumbre que se transformó en insatisfacción y sensación de abandono. Rosa<sup>94</sup>, por su parte, añadió que, además de planificar el alta y permitir que los pacientes expresen sus inquietudes y dudas, deben asegurarse de que los servicios de seguimiento al alta o servicios de rehabilitación pongan a los pacientes en contacto con profesionales de la salud que les permitan reducir la incertidumbre que les genera su enfermedad sobre lo que pueden o no hacer en sus vidas cotidianas. Es el caso del trabajo llevado a cabo por Roysland<sup>117</sup> con pacientes con dolor torácico cuya etiología no había sido diagnosticada, que llevaron a cabo entrenamientos con enfermeras y fisioterapeutas tres veces por semana. Los pacientes, además del ejercicio

realizado, tuvieron oportunidades para llenar el vacío de su desconocimiento sobre qué actividades de vida diaria podían realizar o no.

Los estados iniciales de incertidumbre relacionados con el manejo de una enfermedad pueden verse reemplazados por la confianza y el afrontamiento cuando los pacientes se sienten apoyados y cuando reciben la información necesaria para afrontar la nueva situación. El trabajo de Dager<sup>97</sup> con pacientes con patología reumatológica en programa de rehabilitación así lo corroboró. Los pacientes se sintieron apoyados por el personal de rehabilitación durante las sesiones a las que acudieron. El apoyo y la información aumentaron su confianza y dignidad, siendo muy importante para ellos toda la información que recibieron. Adquirieron conocimientos sobre la enfermedad y factores desencadenantes de los síntomas que padecían. Dager afirmó que garantizar un entorno seguro y de apoyo ayuda en el proceso individual de aprender estrategias de afrontamiento. Troughton<sup>118</sup> también corroboró la necesidad de apoyo y de educación cuando exploró la vivencia de pacientes diabéticos en el Reino Unido y concluyó la necesidad de crear sesiones educativas sobre diabetes.

Es importante aprender sobre la enfermedad que uno padece, ello contrarrestará la incertidumbre, pero es igualmente importante tener la oportunidad de conocer las limitaciones que causará la enfermedad en lo que a la vida cotidiana se refiere. Karlsson<sup>101</sup> realizó entrevistas a pacientes con cáncer gastrointestinal para conocer los significados de la incertidumbre. Los informantes describieron incertidumbre cuando no obtuvieron suficiente información sobre cómo reaccionarían sus cuerpos a consecuencia de la enfermedad. La incertidumbre disminuyó cuando tuvieron oportunidad de aprender sobre su enfermedad y las limitaciones que causaría en su vida diaria. Karlsson hace referencia a la importancia del apoyo social y en cómo este reduce la incertidumbre. La incertidumbre generó miedo en los pacientes, pero también fue una oportunidad de crecimiento personal y de plantearse las cosas que son importantes en la vida. El autor enfatiza de nuevo la importancia del apoyo a los pacientes para manejar la incertidumbre y la conciencia de que esta puede pasar por momentos de mayor certeza o no en el transcurso de la enfermedad<sup>101</sup>.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Cuando a la falta de información se le suma la inexistencia de sintomatología, aumenta aún más la incertidumbre. En el caso del estudio que llevó a cabo Masuda<sup>119</sup> a pacientes con aneurismas cerebrales diagnosticados mediante imagen y sin sintomatología asociada, la incertidumbre de los informantes la causaron la falta de información y la no existencia de sintomatología de la propia patología. Para los pacientes fue difícil elegir tratarse o no del aneurisma por la incapacidad de predecir el futuro. A esta dificultad se sumaron la falta de información de los profesionales y la información contradictoria. Masuda en este trabajo hace referencia al importante papel de las enfermeras frente a la incertidumbre, recomienda que estas den apoyo para mejorar la calidad de vida de los pacientes proporcionando qué sintomatología podría producir el aneurisma y qué tratamientos son más efectivos, es decir, proporcionar estrategias para aceptar la incertidumbre inherente a la enfermedad; asimismo, para poder dar realmente un apoyo integral a estos pacientes, las enfermeras deber ser expertas en el tema y adaptarse a cada situación de toda la trayectoria de la enfermedad, tanto para los que eligen ser intervenidos como para los que deciden no hacerlo.

La confianza de los pacientes en los profesionales de la salud, a lo que Mishel llamó «autoridad con credibilidad», aporta control sobre la situación que se está viviendo y reduce la incertidumbre<sup>83,105</sup>. Maher<sup>105</sup> conoció la experiencia de pacientes diagnosticados de mieloma múltiple recidivante en un hospital de Londres. El elemento central de los discursos de los informantes fue la incertidumbre y, aunque las visitas al hospital les causaron en muchas ocasiones incertidumbre, preocupación y aprensión por conocer los resultados de las pruebas, fueron precisamente la confianza en los profesionales sanitarios y la información precisa y adecuada sobre la enfermedad las que redujeron la incertidumbre.

Diferentes autores están de acuerdo con que las enfermeras pueden disminuir el grado de incertidumbre de los pacientes proporcionando información adecuada a su estado y dando soporte educativo y estructural para conocer y comprender el nuevo entorno y ayudándoles a poner en marcha mecanismos de afrontamiento<sup>93,95,106,113,115,118</sup>. Esta afirmación podemos, y debemos sin ninguna duda, reportarla a la transición de alta de UCI a las salas de hospitalización.

## 10. Metodología

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 10.1 Investigación cualitativa, ¿por qué?

La metodología seleccionada para este estudio es la investigación cualitativa. Esta solo se puede entender dentro del paradigma naturalista. Este paradigma plantea que la realidad es construida por las personas que viven en ella, y utiliza el lenguaje como fuente esencial de conocimiento. El investigador se centra en descubrir en vez de en comprobar. Este tipo de metodología permite comprender el fenómeno de estudio que se quiere explorar interactuando con los sujetos que viven una situación particular, en este caso la transición de ser dados de alta de la UCI a la sala de hospitalización. Es la metodología que mejor responde a los objetivos del estudio y nos permite analizar el fenómeno de forma más profunda. Diversos autores corroboran la idoneidad de esta metodología para producción de conocimiento válido y relevante en cuanto a las ciencias de la salud se refiere<sup>120,121</sup>.

## 10.2 Perspectiva fenomenológica

El enfoque de esta investigación es fenomenológico. La fenomenología nos permite estudiar las características esenciales de los fenómenos y la vivencia de las personas en distintas situaciones, y a su vez el significado que tiene para cada una de ellas todo ello, a través del análisis de las descripciones que dan del fenómeno. La fenomenología ha sido explicada por diferentes autores. Husserl desarrolló el objetivo de la misma como adquirir una comprensión de las estructuras esenciales de fenómenos sobre la base de ejemplos mentales proporcionados por la experiencia o la imaginación<sup>122-125</sup>.

## 10.3 Diseño

Estudio cualitativo y descriptivo con un enfoque fenomenológico. La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, es por tanto de gran utilidad en la profundización de fenómenos de gran interés y complejidad como son las interrelaciones que se establecen en las unidades de críticos, desde la propia vivencia del paciente.

## 10.4 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona. Este hospital cuenta con 644 camas de hospitalización y cada año ingresa más de 35.000 pacientes. Concretamente en la UCI, en los años 2017 y 2018 (coincidiendo con la recogida de datos), ingresaron un total de 565 y 605 pacientes, respectivamente. En cuanto a las altas, en 2017 se produjo un total de 407 altas (89 a la sala de hospitalización y 318 a la unidad de semicríticos), y en 2018, 409 altas (157 a la sala de hospitalización y 252 a la unidad de semicríticos [o de intermedios, UCIM]).

El contexto específico donde se realizó el estudio es la unidad polivalente de cuidados intensivos con patología medicoquirúrgica, cirugía cardíaca y cardiovascular y patología coronaria. La UCI consta de 32 boxes individuales con una ratio enfermera/paciente de 1:2. Las enfermeras están divididas en cuatro turnos distintos, dos diurnos y dos nocturnos. El turno de día consta de un equipo de turno mañana que trabaja de 7h a 14:15h y el turno tarde de 14h a 21:15h. El turno de noche trabaja en horario de 21h a 7:15h. De esta manera, todos los turnos son solapados durante 15 minutos entre ellos para garantizar la transferencia de información referente a los pacientes. El equipo de los cuatro turnos consta de 16 enfermeras en total, garantizando así la ratio enfermera/paciente de 1:2.

La toma de decisión de que un paciente se considere en condiciones óptimas para ser dado de alta de la UCI es decisión estrictamente médica. Una vez el médico responsable toma la decisión, esta información se transmite al supervisor de enfermería y al administrativo de la unidad, y estos informan a la enfermera responsable del paciente. El administrativo y el supervisor gestionan el alta administrativa y la asignación de cama en la unidad de hospitalización correspondiente. Dependiendo del índice de ocupación del momento y de la disponibilidad, la asignación de cama puede demorarse entre horas y días.

La unidad específica donde se realiza este trabajo no cuenta con ningún protocolo específico sobre cómo afrontar el alta de UCI, por tanto, cada enfermera

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

se ocupará del alta de su paciente según su experiencia y el tiempo del cual disponga. La realidad es que, en muchas ocasiones, las altas se producen a las pocas horas de pedir una cama en la unidad de destino correspondiente y la preparación que se hace al paciente y a su familia es escasa o nula. El paciente es informado por su médico o enfermera responsable de su posible alta a la sala de hospitalización, siendo en la mayoría de ocasiones una transmisión de información escueta y que carece de detalles sobre cuándo y cómo se producirá el alta y el nuevo entorno al que irán el paciente y su familia.

La transmisión de información entre profesionales de enfermería se lleva a cabo por dos vías, la primera a través de un formulario escrito que contempla las 14 necesidades básicas descritas por Virginia Henderson (Anexo 1). Este formulario hace especial hincapié en la esfera y manifestaciones de dependencia física del paciente, sin profundizar en aspectos emocionales y sociales del paciente. La segunda vía de provisión de información es la transmisión oral a través de una llamada telefónica. Durante esta llamada, esencialmente se explican datos relevantes sobre el motivo de ingreso del paciente y el transcurso de su enfermedad. Cabe decir que esta llamada se realiza minutos antes del alta del paciente y con ambas enfermeras atendiendo al resto de pacientes a su cargo, por tanto suelen ser llamadas de corta duración y que nunca se realizan delante del paciente.

El paciente es dado de alta en una silla de ruedas o en una cama según lo considere la enfermera responsable y es acompañado siempre por un celador. La familia del paciente también podrá acompañarlo hasta la puerta de entrada de la sala de hospitalización si el paciente así lo desea. El paciente únicamente realiza la transición a la sala de hospitalización acompañado del personal sanitario de la UCI (un médico y una enfermera) cuando este requiere, por su patología, monitorización continua. Esta situación descrita ocurre en muy pocas ocasiones.

Una vez el paciente es dado de alta a la sala de hospitalización, o a semicríticos en el caso de necesidad de cuidados intermedios o por necesidad de liberar una cama de UCI, no existen programas de seguimiento de pacientes que hayan estado ingresados en UCI. Igualmente pasa cuando se produce el alta

hospitalaria, nuestro centro carece de servicios de seguimiento para este tipo de pacientes.

## 10.5 Características de la población de estudio

Los participantes del estudio son pacientes ingresados en la UCI por patología medicoquirúrgica durante el período de estudio hasta la saturación de los datos. Se eligieron únicamente los ingresados por patología medicoquirúrgica porque un estudio previo realizado en el mismo contexto<sup>4</sup>, que midió los niveles de ansiedad cuando se producía el alta de la UCI, reveló que estos presentaban niveles significativos de ansiedad relacionados con el proceso de alta, más altos que los ingresados por patología coronaria o poscirugía cardíaca o cardiovascular.

El muestreo es teórico. Los pacientes se seleccionaron para que cumplieran alguno de los ocho perfiles definidos según las siguientes características definitorias: a) tiempo de estancia (corta, media, prolongada), b) tiempo de ventilación mecánica (corta, larga) y c) soporte social percibido (bajo, alto). Ubicarlos en alguno de los ocho perfiles permite garantizar la heterogeneidad de la muestra.

A continuación, se detallan las características definitorias y su clasificación:

### A) Tiempo de estancia en UCI

Tiempo estancia corto: 3 a 4 días en UCI

Tiempo de estancia medio: 5 a 21 días en UCI

Tiempo de estancia prolongado: más de 22 días en UCI

### B) Tiempo de ventilación mecánica (VM)

Tiempo VM corto: de 0 a 7 días

Tiempo VM largo: 8 días o más

### C) Soporte social percibido (SSP)

(medido mediante escala de SSP MOSS-SS)

SSP alto: más de 57 puntos

SSP bajo: 57 puntos o menos

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Estas características definitorias se seleccionaron a partir del estudio que realizó Ricart<sup>4</sup>, en el cual identificó los factores relacionados con niveles de ansiedad más elevados de pacientes de la UCI del HSCSP. Una vez seleccionadas las tres características definitorias más relevantes, se entrecruzaron surgiendo ocho perfiles de informantes diferentes, que se clasificaron conforme aceptaban participar en el estudio. Los perfiles eran los siguientes:

1. Pacientes con estancia en UCI corta, tiempo de ventilación mecánica corta y soporte social percibido bajo.
2. Pacientes con estancia en UCI corta, tiempo de ventilación mecánica corta y soporte social percibido alto.
3. Pacientes con estancia en UCI media, tiempo de ventilación mecánica corta y soporte social percibido bajo.
4. Pacientes con estancia en UCI media, tiempo de ventilación mecánica corta y soporte social percibido alto.
5. Pacientes con estancia en UCI media, tiempo de ventilación mecánica larga y soporte social bajo.
6. Pacientes con estancia en UCI media, tiempo de ventilación mecánica larga y soporte social alto.
7. Pacientes con estancia en UCI prolongada, tiempo de ventilación mecánica larga y soporte social percibido bajo.
8. Pacientes con estancia en UCI prolongada, tiempo de ventilación mecánica larga y soporte social percibido alto.

Se estima un tamaño muestral de 20 informantes. No obstante, el tamaño de la muestra final se alcanzará por la saturación de datos y perfiles.

## 10.6 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes ingresados por patología medicoquirúrgica (se excluyen postoperados de cirugía cardíaca y pacientes con patología coronaria).
- Pacientes con estancia mínima en la UCI de 48 horas.
- Pacientes con capacidad para testimoniar su experiencia del alta de UCI aportando datos válidos y completos para el interés de la investigación. Se valorará el estado cognitivo a través de la escala Confusional Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)<sup>126</sup> (Anexo 2) para descartar la presencia de delirio.
- Pacientes con nivel de conciencia medido con escala de Glasgow (Glasgow Coma Score, GCS, Anexo 3) con puntuación 15 en las últimas 48 horas previas al alta.
- Pacientes con voluntad de participar en el estudio y dar consentimiento por escrito.
- Pacientes que mantienen estabilidad hemodinámica (pacientes sin requerimiento de fármacos vasoactivos y ritmo cardíaco estable), estabilidad respiratoria (ventilación espontánea y no sensación de disnea) y sin dolor incapacitante medido mediante escala de valoración del dolor numérica (EVN) (Anexo 4) en el momento de la entrevista.
- Personas que puedan expresarse, leer y escribir en alguno de los dos idiomas oficiales de Cataluña.

## 10.7 Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica o delirante.
- Pacientes con ingreso previo en una UCI.
- Pacientes asignados a la investigadora principal durante el ingreso en la UCI.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 10.8 Reclutamiento de pacientes

Las entrevistas se realizaron entre febrero de 2017 y mayo de 2018. La recogida de datos finalizó cuando se obtuvo la saturación de datos, y coincidió a su vez con la apertura de las puertas a las familias de los pacientes críticos 24 horas al día. Este hecho no permitía continuar con la recogida de datos porque hubiera cambiado probablemente el discurso de los pacientes en cuanto a las subcategorías relacionadas con el apoyo social.

Para detectar a los posibles participantes se valoró el GCS cuando los pacientes cumplían, según el equipo médico, criterios de alta de UCI. El registro del GCS lo llevaba a cabo el profesional de enfermería responsable del paciente en cada turno. A los pacientes que no presentaban alteraciones cognitivas y estaban conscientes y orientados, se les pedía el consentimiento de manera verbal y por escrito (Anexos 5 y 6). Durante este contacto individual, los investigadores informaron del objetivo del estudio y del método e invitaron a participar al paciente. Si el paciente daba su consentimiento, se le informaba de que una vez dada el alta a la sala de hospitalización un miembro del equipo investigador lo visitaría para conocer su estado de salud y, en el caso de sentirse bien y mantener un GCS de 15, se acordaban con él el día, la hora y el lugar que mejor le conviniera para la realización de la entrevista. El día de la entrevista se valoraba de nuevo la ausencia de delirio mediante la escala CAM-ICU<sup>126</sup>, la escala GCS, la escala de soporte social percibido MOS-S<sup>127</sup> (Anexo 7), la estabilidad hemodinámica, la respiratoria y la ausencia de dolor incapacitante.

Para este trabajo se decidió programar las entrevistas entre 48 y 96 horas después del alta de la UCI, por recomendación de varios autores<sup>128-130</sup> y por el interés de conocer la experiencia de alta de UCI y no mezclar percepciones de momentos distintos como son el alta de la UCI y el alta hospitalaria.

## 10.9. Muestra

A continuación, en la tabla 4, se muestran las características sociodemográficas y de ingreso en UCI de los 20 informantes a los que se les realizó la entrevista en profundidad completa.

Tabla 4. Características sociodemográficas y de ingreso en UCI

Fuente: Elaboración propia.

I	Perfil	Edad	Sexo	Días de estancia en la UCI	Días de ventilación mecánica	MOSS	Motivo del ingreso	Unidad de destino
1	8	33	M	25	22	95	Me	UCIM
2	4	65	H	14	2	95	Q	SH
3	4	39	M	10	0	89	Me	UCIM
4	8	51	H	47	43	95	Me	SH
5	3	72	H	10	1	56	Q	SH
6	6	61	M	15	10	85	Me	SH
7	1	65	M	3	2	49	Me	SH
8	6	27	M	13	10	95	Me	SH
9	7	61	H	24	17	52	Me	SH
10	8	79	H	53	47	95	Me	UCIM
11	6	64	H	15	12	95	Me	UCIM
12	2	60	H	3	0	95	Me	SH
13	2	54	M	4	3	85	Me	SH
14	8	55	H	22	21	91	Me	UCIM
15	4	54	M	6	6	95	Me	UCIM
16	6	69	H	14	12	89	Me	UCIM
17	3	58	H	5	0	40	Q	UCIM
18	6	56	H	14	13	73	Me	SH
19	4	47	H	14	1	95	Q	SH
20	8	33	M	22	18	95	Me	SH

Leyenda:

I: Informante

MOSS: Puntuación en la escala de soporte social MOSS (se considera apoyo social es-  
caso una puntuación por debajo de 57)

Q: Motivo de ingreso postquirúrgico

Me: Motivo de ingreso médico

SH: Sala de hospitalización

UCIM: Unidad de intermedios (servicio de semicríticos)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 10.10 Instrumento de recogida de datos

La técnica de recogida de datos para este estudio fue la entrevista en profundidad<sup>131</sup>. Se realizaron entrevistas con una máxima duración de una hora, las cuales fueron grabadas en audio (Anexo 8). Las entrevistas las realizó siempre la investigadora principal del estudio. Esta persona nunca atendió directamente a los pacientes entrevistados. Se eligió conjuntamente con el paciente un lugar tranquilo y confortable para la realización de la entrevista. Posteriormente, el equipo investigador analizó las grabaciones y las anotaciones aportadas.

La recogida de datos finalizó en mayo de 2018 cuando se produjo la saturación de datos de un primer análisis hecho por la investigadora principal y coincidiendo con la apertura de las puertas 24 horas al día para las familias de los pacientes ingresados. Creímos que este hecho podría modificar el discurso de los pacientes, al ser un tema recurrente en las entrevistas.

## 10.11 Análisis de datos

Las entrevistas realizadas fueron grabadas y se transcribieron literalmente. Tras varias lecturas de las transcripciones, se segmentaron los párrafos asignando etiquetas siguiendo una estrategia inductiva para los resultados de sentimientos y significado de ser dado de alta, y deductiva (según la perspectiva teórica de Merle Mishel) para los resultados referentes a la incertidumbre y las fuentes de estructura.

Para la codificación se utilizó el programa informático de análisis de datos Atlas Ti v. 8.3. Tras la revisión de todos los códigos asignados, se eliminaron errores y se fundieron códigos redundantes entre sí. Se introdujeron códigos nuevos hasta la saturación de datos. Los códigos se organizaron por temas y formaron redes hasta obtener las categorías principales y sus subcategorías relacionantes.

El análisis lo realizaron cuatro investigadores en total. Dos de ellos analizaron el contenido a la vez consensuando las categorías y las redes que surgieron de

estas. A su vez, los otros dos trabajaron por separado el análisis del contenido, que *a posteriori* consensuaron con los dos primeros.

## 10.12 Criterios de rigor

Para garantizar la validez interna de este trabajo se utilizó la triangulación para aumentar la fortaleza y calidad del estudio. Los datos fueron analizados, como se ha dicho, por cuatro investigadores diferentes, dos de ellos expertos en este tipo de metodología y los cuatro conocedores de las características del paciente crítico y de las UCI. Todos los temas y subtemas fueron consensuados por los cuatro integrantes del equipo.

Se utilizó también la estrategia de devolver las transcripciones a cada uno de los entrevistados para que validaran el contenido y se les pidió que lo ampliaran si lo creían oportuno.

## 10.13 Consideraciones éticas

El estudio se inició una vez aprobado por la dirección médica y de enfermería del HSCSP y por el Comité de Ética e Investigación (Anexo 9) del mismo (Noviembre 2016, Ref: 16/176).

Se garantizó la confidencialidad y anonimato de todos los participantes y los datos proporcionados por estos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Los participantes firmaron el consentimiento informado escrito y conocían que podían abandonar la investigación en cualquier momento y por cualquier motivo sin ninguna consecuencia desfavorable para los mismos.

Las grabaciones de las entrevistas realizadas fueron destruidas una vez fueron transcritas y analizado su contenido. Las transcripciones de las entrevistas las realizó un miembro del equipo investigador garantizando su confidencialidad. Los participantes del estudio pudieron acceder a sus propias grabaciones, transcripciones y a los resultados del estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 11. Resultados

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

En este capítulo se exponen los resultados de esta investigación. Para ayudar al lector en la comprensión de los mismos, se presentan en tres subcapítulos con los resultados agrupados en tres grandes temas:

El primero, *Transición de alta de UCI a la sala de hospitalización: sentimientos que emergen de la experiencia de transición*, muestra una visión general de la experiencia de alta de UCI a través de la descripción de los sentimientos que emergen de los informantes asociados a la experiencia de ser dado de alta de la UCI.

El segundo, *Significado de «ser dado de alta de la UCI»*, expone las experiencias vividas por los informantes durante el proceso de alta, y que constituyen la base de creación del significado de la transición de alta de la UCI a la sala de hospitalización.

El tercero, *La mirada de Mishel: incertidumbre y fuentes de estructura*, describe qué sucesos generan incertidumbre en los pacientes dados de alta de la UCI y qué cuidados enfermeros reducen la incertidumbre disminuyendo los síntomas asociados a esta y mejorando el afrontamiento de la transición de la UCI a las salas de hospitalización.

## 11.1 Transición de alta de UCI a la sala de hospitalización: sentimientos que emergen de la experiencia de transición

En este subcapítulo se exploran los sentimientos y emociones que emergen de la experiencia de los informantes durante la transición de alta de la UCI. Para cada persona su experiencia de alta de la UCI es y será siempre diferente y única. Cada uno de ellos experimenta sentimientos diferentes según su vivencia de transición y según su forma de ser y sus experiencias de vida previas.

Los resultados que emergen del análisis de los discursos de los pacientes nos permiten diferenciar con claridad que la experiencia de transición provoca sentimientos que en algunos casos ocasionan bienestar, y en otros, malestar.

Para facilitar al lector la comprensión de todos los sentimientos que emergen se describen a continuación los significados que otorgamos a cada uno de ellos:

### **Sintiendo alegría**

La alegría es una emoción agradable que surge al sentir satisfacción con uno mismo o con los demás, y que genera la motivación de compartir y/o trascender. Se incluyeron aquellos relatos donde los pacientes tuvieron una sensación agradable que hizo que estuvieran contentos, de buen humor o con ganas de sonreír.

### **Sintiendo satisfacción**

La satisfacción surge cuando una persona considera cumplido un objetivo o expectativa. Se añadieron aquellas narraciones donde existió un sentimiento de bienestar cuando había sido cubierta una necesidad, un deseo o una queja.

### **Sintiendo seguridad**

El sentimiento de seguridad aparece cuando la necesidad de sentirse seguro se satisface, es un sentimiento que genera bienestar y tranquilidad. Se añadieron aquellos relatos en los cuales era plausible la tranquilidad y protección que había generado una situación o cuidado concreto.

### **Sintiendo ansiedad**

La ansiedad se define como el estado mental de alerta que se siente cuando anticipamos un peligro o amenaza que no está bien definido. Se incluyeron las narraciones que se caracterizaban por un estado de inquietud, excitación o angustia.

### **Sintiendo tristeza**

La tristeza es una emoción que aparece cuando las personas aceptamos la pérdida que un límite nos impone, sea por pérdida de nuestras capacidades

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

físicas y/o mentales, sea la pérdida de personas a nuestro alrededor. Se incorporaron aquellos relatos donde como consecuencia de una pérdida hubo un decaimiento del estado emocional.

### Sintiendo miedo

El miedo es una emoción que surge cuando no sentimos seguridad, tanto por lo que respecta a nuestra supervivencia como en relación con nuestra seguridad afectiva. Se incluyeron aquellas narraciones que transmitían una sensación de angustia o desconfianza provocada por un peligro real o imaginario claramente identificado.

### Sintiendo rabia

La rabia es una emoción que aparece cuando sentimos que la necesidad de respeto y/o de justicia hacia nosotros o hacia los otros no se está cumpliendo; puede ser real o interpretativo, pero la persona siente que es injusto el trato o cuidado recibido. Se añadieron aquellos discursos que mostraron una alteración del ánimo que provocó indignación o ira.

### Sintiendo desprotección

El sentimiento de desprotección aparece cuando la persona no tiene la certeza de estar seguro, cuando duda de los cuidados recibidos o cuando los mensajes son confusos y se pierde la confianza. Se incorporaron aquellos relatos donde los informantes percibieron una pérdida o inexistencia de seguridad.

### Sintiendo ambivalencia de sentimientos

En muchas ocasiones conviven sentimientos agradables y desagradables. La recuperación y los cambios nos producen sentimientos de esperanza, que se nutren de sensaciones agradables junto con miedo a la incertidumbre del futuro o a las renuncias que los cambios conllevan. Se añadieron aquellas narraciones donde convivieron sentimientos que generaron bienestar y, a su vez, malestar. La coexistencia de ambas familias de sentimientos en un mismo

momento se incluyó también, dentro de la familia de sentimientos que causan malestar.

### Sintiendo incertidumbre

La incertidumbre es la incapacidad para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad y aparece cuando el sujeto no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o cuando no es capaz de predecir con precisión los resultados que se obtendrán<sup>82,83</sup>. En muchas ocasiones, el lector podrá observar que la incertidumbre se esconde bajo otros sentimientos, como son el miedo o la desprotección. Dada la importancia de este concepto en cuanto a la experiencia del proceso de alta, dedicamos íntegramente el apartado 11.3 a este sentimiento, por lo que en el presente capítulo no será desarrollado.

A continuación, en la tabla 5, el lector puede visualizar los sentimientos hallados en las entrevistas realizadas y los cuidados que los originaron según los pacientes:

Tabla 5. Sentimientos que emergen de la experiencia de ser dado de alta de la UCI.

Familia	Sentimiento	Agentes causales
Sentimientos causantes de BIENESTAR	Sintiendo alegría	Cambio entorno físico: luz natural Percepción de mejora del estado de salud Compañero sala de hospitalización
	Sintiendo satisfacción	Trato recibido por el personal Visita de los profesionales de la UCI Autonomía Confianza del equipo en la persona Poder llevar a cabo actividades cotidianas
	Sintiendo seguridad	Traslado acompañado de la enfermera de UCI Continuidad en la monitorización Autoridad con credibilidad

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

Familia	Sentimiento	Agentes causales
Sentimientos causantes de MALESTAR	Sintiendo ansiedad	Incertidumbre Posibilidad de que vuelva a ocurrir algún evento similar al de la UCI Falta de información del proceso de alta Posibilidad de cambio de planes en el proceso de alta Falta de continuidad de los cuidados Interrupción brusca de la monitorización
	Sintiendo tristeza	Pérdida de contacto con los profesionales de la UCI Alta rápida y sin traspaso de información entre profesionales
	Sintiendo miedo	Desconocimiento sobre el nuevo entorno Desconocimiento sobre el cuidado que recibirá por parte de los profesionales de la nueva ubicación Percepción de mal estado de salud Dificultad en la comunicación Posibilidad de que vuelva a ocurrir algún evento similar al de la UCI
	Sintiendo rabia	Abandono Dejadez de los cuidados en la SH Trato recibido
	Sintiendo desprotección	Desconocimiento sobre la nueva ubicación Alta rápida y sin planificación Interrupción brusca de la monitorización No presencia enfermera
	Sintiendo ambivalencia de sentimientos	Salir de la UCI significa seguir viviendo Pérdida de contacto con los profesionales de la UCI Incertidumbre

Fuente: Elaboración propia.

### 11.1.1 Sentimientos causantes de bienestar

En este apartado se describen aquellos sentimientos que provocan bienestar en el informante. Los sentimientos que emergieron de los discursos de los pacientes fueron: alegría, satisfacción y seguridad.

### 11.1.1.1 Sintiendo alegría

Algunos informantes coinciden en que el alta de la UCI provoca un estado de alegría, el cual provoca bienestar en el paciente.

El cambio de entorno físico puede ser motivo de alegría. Recordemos que la UCI, por su estructura, no tiene ventanas en los boxes y solo cuatro de los 32 boxes existentes cuentan con entrada de luz natural. Volver a ver la luz natural desde la ventana de la habitación fue la razón de sentir alegría para los siguientes informantes:

«Lo que me gustó mucho fue la ventana, que era una ventana soleada, y eso me da mucha alegría». (I17)

«Bueno, primero la luz es alegría. Luz igual a alegría». (I9)

«Yo tenía ganas de ver la luz, fundamentalmente». (I12)

«Y lo que te digo, fue llegar a la habitación y ver la luz exterior, para mí fue vida, pero vida, vida». (I11)

En otros pacientes en los que el alta genera sentimientos de alegría, lo hace porque el paciente asocia el alta a una mejora del estado de salud, y la mejora de este con un esfuerzo por salir de la situación. La alegría se genera de dos fuentes distintas, una externa y objetiva, corroborada por la decisión médica: alta por mejoría de la patología, y una interna: la percepción de autoeficacia:

«Bueno, pues me dio alegría, *coño*, si me voy es señal de que yo personalmente he colaborado con los médicos (tose) para dar un paso adelante y ellos han visto el esfuerzo y han colaborado más, pues es importante, para mí era muy importante salir de allí. Y todos los médicos, o sea, todos los enfermeros y enfermeras contentísimos, o sea que...» (I16)

También es motivo de alegría para algunos de los informantes tener un compañero de habitación en la sala de hospitalización:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«También es agradable tener un compañero o compañera que está bien, y algún momento puedes hablar, o sea que te sientes bien». (I6)

Para el siguiente informante, además, el compañero era conocido y había sufrido una situación similar a la propia:

«Ha sido una casualidad tremenda y muy bonita, el coincidir con un compañero que ya abajo hicimos buenas migas, no sé por qué, porque tampoco nos conocíamos de antes y tal, pero son cosas que surgen tal y cual. Subo yo y a las dos horas dicen: mira, vamos a traer al compañero de habitación; y claro, hay dos, pues tal y cual, y suben y dicen: “Mira, que me parece que lo vas a conocer”. Joder, cuando veo quién es, el compañero de abajo, con el que he estado abajo». (I18)

### 11.1.1.2 Sintiendo satisfacción

La satisfacción es también un estado agradable que provoca bienestar en las personas. Aparece en el discurso de los informantes como una satisfacción externa cuando se refiere al trato recibido por el personal sanitario, e interna cuando se refiere a una satisfacción propia.

En cuanto a la satisfacción por el trato recibido, los siguientes informantes se sintieron agradecidos y satisfechos por los cuidados recibidos:

«No sé cómo expresar la gratitud que tenemos hacia el equipo de enfermeros y de doctores de la UCI». (I20)

«Quiero valorar el trato, es excelente, tanto en la UCI, excelentísimo, como aquí también, excelente, la gente es súper profesional, muy profesional, y muy agradables, por tanto, no tengo ninguna queja. [...] Quiero daros las gracias, felicitaros a todos y a todas e, insisto, muchas gracias por todo». (I4)

También produce satisfacción sentirse valorado por los profesionales. En el siguiente relato la paciente recibe la visita de las enfermeras de la UCI y este gesto la hizo sentir especial e importante:

«Ayer noche vinieron dos compañeras a verme, qué necesidad tienen de perder diez minutos de un café que hacemos todos en nuestro trabajo,

diez minutos de parón o cinco, qué necesidad tienen de venir a verme, ¿sabes? De subir expresamente, ¿no? Dices, con todos los pacientes que hay, no sé, habrá habido un vínculo muy especial». (I3)

La siguiente informante expresa también satisfacción por el trato recibido y, además, satisfacción propia al sentirse reconocida por el equipo y por la autonomía y confianza que los profesionales le otorgaron:

«No, no, muy bien, agradecía abajo muchísimo que, dado que no me sedaron por la intubación, confiaran en mí que no me sacarían el tubo, no lo intentarían y que no me ligaran, no. Cuando me sedaron porque me hicieron una punción, y no sé qué, no tiene importancia y me intubaron y todo, cuando me desperté me encontré ligada, y el *dete* «no, es que si no, no, en ningún momento me dijeron no, esto es porque queremos que no te saques», me entendieron que yo no me lo pensaba sacar, y me soltaron y esto también me ayudó para controlar, es decir, cuando me cambiaban yo misma me cogía (se refiere al tubo) para que al moverme no se moviera el tubo y esto lo agradecí muchísimo, me hizo sentir persona, ¿sabes? Muy bien, muy bien. Excelentes, empatizaron con lo que yo iba sintiendo y me dieron cancha para, muy bien, muy bien. No es recomendable lo que me ha pasado, lo que me está, no, lo que me está pasando, pero es toda una experiencia de buen trato, muy bien». (I6)

Los cambios en las rutinas y la estructura de las salas de hospitalización permiten a los pacientes llevar a cabo actividades que para ellos son agradables y todo ello es motivo de satisfacción para algunos pacientes. Así lo refleja la siguiente informante:

«Entonces claro, aquí se te abre el mundo, se te abre el cielo, ostras... luz, gente, hablas, paseas, te puedes duchar». (I3)

### 11.1.1.3 Sintiendo seguridad

Sentirse seguro y protegido son sentimientos que generan bienestar en las personas. Los cambios no siempre garantizan que se mantenga la protección hasta ahora percibida, pero algunos informantes experimentan la transición de alta de forma segura.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

La siguiente informante justifica la seguridad que siente con el hecho de que el traslado de unidad lo realiza acompañada de su enfermera habitual en la UCI:

«Iban a mi lado las dos, iban a mi lado, una agarrándome la mano, la más jovencita, agarrándome la mano, y al otro pues claro, los camilleros y desto, e iba una a, en cada lado, en cada lado iban, en cada lado. Y decía: "Tú no te preocupes de nada, tú solo de esto, de esto de respirar, tú tranquila que estamos aquí nosotros, estamos aquí, tú no te preocupes, tú solo de respirar tranquila, de respirar tranquila, tú no te preocupes"». (I15)

A continuación, un informante relata cómo se produjo el alta de la UCI y como la continuidad en la monitorización y la proximidad al lugar donde habitualmente están las enfermeras refuerza su seguridad ante el cambio de entorno:

«Entonces cuando subí aquí me dieron una habitación que era la más lejana del control de, digamos que, de recepción de la enfermería, y como la doctora me vio bastante mal, pidió el cambio aprovechando que había cambio de paciente y tal, para que me pusiesen en esta y así estuviera un poco más monitorizado, con más seguridad, como lo que es la UCI, ¿vale? Por tanto, la idea de la doctora fue establecer una pequeña UCI dentro de esta planta». (I4)

La confianza en el profesional sanitario refuerza la seguridad del paciente sobre las acciones o el momento que está ocurriendo. Las siguientes informantes experimentan el alta de UCI de forma segura por la confianza depositada en los profesionales sanitarios sobre la decisión de ser dadas de alta de la UCI en ese momento:

«Si confío, confío y ya está, no me planteo si está bien o no está bien, si estaré bien o no estaré bien. Ellos dicen que esto es lo mejor, pues esto es lo bueno y ya está». (I6)

«Confiaba en que aquellas personas pensaban más que yo, porque yo no sé nada de medicina, si decían que estaba para irme, estaba para irme y pasar a planta [...]. He pensado que esa gente sabía lo que hacía, estos profesionales que hacían lo que sabían hacer y me lo hacían bien porque yo me sentía bien». (I7)

## 11.1.2 Sentimientos causantes de malestar

En este apartado se describen todos aquellos sentimientos que provocan malestar en las personas. Los sentimientos que emergen de los discursos de los informantes son: ansiedad, tristeza, miedo, rabia, desprotección y ambivalencia de sentimientos.

### 11.1.2.1 Sintiendo ansiedad

La ansiedad es uno de los sentimientos que más se repite en los discursos de los informantes de este trabajo.

Se observa que en muchas ocasiones los pacientes experimentan sintomatología ansiosa atribuida a la incertidumbre global sobre el alta de UCI:

«Yo me acuerdo cuando iba en la camilla que me llevaban para el otro sitio, yo iba en la camilla, y decía: “¡Ay madre!, ¿dónde voy ahora?”. Yo me notaba el corazón *tucu, tucu, tucu*. ¿Sabes? ¡Ay madre!, ¿dónde me llevaban?, ¿me encontrarán luego mi familia?, ¿dónde estaré?, a ver que..., ¿cómo serán allí?, ¿me tratarán igual?, ¿se preocuparán? Claro, yo me preguntaba y decía, o ya me van a dejar ahí, no sé, decía: “¿Estoy preparada?, ¿realmente estoy curada para que me saquen de aquí?, ¿estoy limpia?”». (I1)

Se observa una relación directa entre incertidumbre y ansiedad. En la siguiente informante, relacionada con la posibilidad de que le vuelva a ocurrir algo similar a lo que le ocurrió en la UCI:

«Es un cúmulo de situaciones que te llevan a..., pues a..., a mí me ha llevado a un estrés porque incluso ahora, que estoy aquí sola (en planta), la noche me crea un poquito de ansiedad..., de decir, ostras, me ha quedado un poco de ansiedad, dentro de lo tranquila que estoy porque estoy muy feliz ahora, me ha creado ansiedad de decir, ostras la noche, ¿qué me va a pasar en la noche?, como ¿voy a volver a vivir todo lo que he vivido estos diez días? y bueno, esos sentimientos, oscuros, negros, no sé». (I3)

En la misma línea de la incertidumbre, la falta de información sobre el proceso de alta causa en muchos pacientes sintomatología ansiosa:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Me puse nerviosa pero no en el sentido de que por dejar al equipo y todo, es porque yo no sabía si era, volvía a retroceder, yo eso de semicríticos me sonaba un poco a, no sé, estaba en la UCI, sí ya, pero ahora semicríticos no sé, pensaba yo que porque a lo mejor como estoy un poco, como tuve la gripe y todo eso, un poco aislada y todo eso, pues no sé, los cambios a mí me, me resultan un poco, en, en todos los aspectos me resultan un poco (tose) extraños, me pongo, me pongo yo nerviosa, me pongo nerviosa, me pongo nerviosa». (17)

En otros casos, a pesar de recibir información sobre el alta, no se advierte de la posibilidad de un eventual cambio de planes debido a circunstancias imprevisibles. En el caso que se presenta, la frustración de unas expectativas que se ha dado por sentado que iban a ser inamovibles ha provocado, también, un impacto emocional importante que se ha presentado en forma de crisis de ansiedad:

«Me dijo que intentaría pasarme a planta por la tarde, que era casi seguro; el problema fue que no pudo ser, y entonces, después de 17 días, añadido a la sesión de plasmaféresis que me tocaba y no se pudo llevar a cabo porque me cayó el fibrinógeno de manera importante, pues fue un momento bastante crítico para mí, tuve una crisis de ansiedad. Al día siguiente hasta que me lo comunicaron, que costó mucho, que había una cama, tuve otra crisis de ansiedad, hasta que, hacia las dos, entró una compañera vuestra y me dijo que ya me iba. Entiendo que el hospital está colapsado, ¿eh? Pero es un poco duro para el paciente». (19)

Muy similar al caso anterior, la paciente advierte de la posibilidad de sufrir ansiedad si finalmente no se hubiera producido el alta:

«Cuando me dijeron “a lo mejor tenemos...”, como me dijeron “a lo mejor tenemos habitación”, me llegan a decir primero que sí y después que no, ¡bua! Ataque de ansiedad total seguro. Claustrofobia, cuatro paredes, no ves nada, no sabes si es de día, no sabes si es de noche, no sabes nada. Aquí es diferente, viene gente a verte». (18)

La diferencia entre los cuidados ofrecidos en la UCI y en la sala de hospitalización y, en definitiva, la no continuidad de los cuidados, también genera malestar en forma de ansiedad:

«Yo les llamo y que me pongan la cuña porque no puedo, y aquí lo que te hacen es que te chillan por el altavoz, claro yo el primer día no podía ni hablar, y yo, la cuña (susurra), claro, no se me oía, y “qué quiere, qué quiere”, la cuña (susurra), y yo decía, [...] que estoy muy afónica, que no puedo, “vale, vale, ya vendremos directamente”. Y aquí en planta, pues, ya entiendo que es diferente, pero yo mi angustia la sigo teniendo igual».

(I1)

De la misma forma que la falta de continuidad en los cuidados genera malestar, la interrupción brusca de la monitorización y el soporte también genera ansiedad:

«Yo entiendo que no puede estar aquí un médico 24 horas mirándome a mí, que yo tenga los pulmones limpios, el corazón y todo correcto [...] sí ayer, mira, ayer fue el primer día que me quitaron el oxígeno, para, para estar, y tenía que dormir, dormir sin el oxígeno, no me quería dormir, no me quería dormir, porque pensaba “a ver si te vas a dormir, te vas a quedar sin aire o lo que sea, y te quedas aquí tiesa”, y no me quería dormir de la angustia que tenía [...] ¡Ay madre! A ver si me va a dar, y no me entero y me quedo sin oxígeno, porque quieras o no, eso te... pues aquello te da un poco de seguridad». (I1)

### 11.1.2.2 Sintiendo tristeza

En contraposición con la alegría que experimentan algunos pacientes al ser dados de alta, algunos informantes describen sufrir tristeza durante la transición.

Se experimenta en ocasiones tristeza por la pérdida de contacto con los profesionales que le cuidaron durante la enfermedad crítica:

«Insisto eh, la pérdida de gente que me atendió, porque además han hecho mucho por mí. Era más la pérdida de contacto, ¿sabes?, que el miedo a ¿ahora qué?, pero porque no lo pensé». (I6)

O, tal y como relata la siguiente informante, un mal cuidado fruto del desconocimiento del profesional sanitario, que no estaba al tanto del déficit de movilidad de la paciente. La paciente experimenta tristeza por la situación vivida,

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

relacionada con un mal cuidado por un alta, según ella, precipitada y, por tanto, sin transferencia de información sobre los cuidados y necesidades de la paciente en cuestión. Puede intuirse, además, que la paciente también experimenta enfado:

«Fue muy rápido todo, pero que antes de venir a mí, hubieran sabido en qué situación estaba yo, para no meter la pata como la de la pierna, que metió la pata, porque me hizo llorar, me cayó el alma al suelo». (I1)

### 11.1.2.3 Sintiendo miedo

El miedo es una sensación desagradable que aparece en el discurso de los informantes por una percepción de peligro presente o futuro.

La siguiente informante expresa desconocimiento sobre el nuevo entorno, sobre el cuidado que recibirá por parte de los profesionales de la nueva ubicación, e incluso duda sobre el estado actual de su propia salud. Todo ello le genera una experiencia que describe como ansiosa y con miedo:

«Yo pensaba “a ver dónde me van a llevar, a ver si realmente me van a cuidar como aquí me han cuidado, me van a descuidar, porque igual que me ha venido esto de golpe y me ha pasado esto de golpe, igual me pasa cualquier otra cosa y yo no estoy en un sitio donde me tengan vigilada al 100% y me pasa cualquier cosa”, entonces yo tenía miedo, yo tenía angustia y la sigo teniendo.”» (I1)

Los pacientes portadores de traqueotomía experimentan dificultad en la comunicación. En el caso del siguiente informante la transición de alta la realiza con la dificultad en la comunicación sumada al desconocimiento del nuevo entorno. La suma de estos dos factores le ocasiona miedo:

«La verdad es que no, porque estaba acobardado, acobardado porque no sabía dónde podía ir, no podía hablar, no podía decir nada, tenía que escribirlo todo». (I10)

Igual que pensar que pueda volver a ocurrir un evento similar al de la UCI genera ansiedad, en otros informantes genera miedo:

«Tengo un miedo constante de que me pase cualquier cosa, como ahora me he dado cuenta de que te puede pasar cualquier cosa en cualquier momento, que no porque seas joven, ni porque, que no que no, que te pasa y te pasa, pues hasta que yo me pueda quitar este miedo y si yo salgo de aquí, y veo que sigo teniendo miedos». (I1)

#### 11.1.2.4 Sintiendo rabia

Sentir rabia forma parte de algunas experiencias de la transición de alta. Habitualmente están relacionadas con situaciones de impotencia o de injusticia en las que la persona que las experimenta cree que los hechos o actitudes deberían haberse producido de otra forma, y todo ello genera malestar.

En el discurso de la siguiente informante se halla la emoción de la rabia. La paciente expresa que la han abandonado en un momento que, según ella, debería haber estado acompañada. Emerge también de su discurso el miedo a estar sola, el enfado y la injusticia ante la situación ocurrida. A juzgar por el relato, se percibe dejadez en los cuidados:

«Pues que fue a las 6 de la mañana, o sea, mi traslado fue en un momento a las 6 de la mañana, rápidamente: “Venga te dejamos allí”. Me dejaron allí, me dejaron con todas las luces abiertas, se fueron, allí no vino nadie, yo allí un montón de horas esperando, luego vino un médico». (I1)

El siguiente paciente pone de manifiesto sentimientos de abandono e inseguridad ante el nuevo entorno y el trato recibido. Experimenta enfado ante la situación vivida:

«Me encontré una situación muy desagradable, mucho, mucho, la más desagradable, la experiencia peor que tengo desde que, que he estado en este hospital. Me encontré en un lugar frío, vacío, sin ventana, con una atención poco cariñosa, me encontré con lo peor, lo peor, es así de claro, y lo pasé muy mal. Son dos días que estuve, horribles [...]. No te diré abandonado porque sé que tenía a la familia, pero no era capaz de entender que eso existiera, una sala o una habitación sin una mierda de ventana, perdón eh, donde cuando llamabas no te atendían, así de claro. No sé si es que todas son así o es que tuve mala suerte con la gente que me tocó, no lo sé. Además, me trasladaron al atardecer, llegué allí y me dijeron “Bueno, a dormir”; no sé, me estresé mucho». (I14)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

### 11.1.2.5 Sintiendo desprotección

La falta de protección y seguridad genera malestar en las personas entrevistadas. Generalmente este sentimiento se acompañó de miedo por la situación vivida.

El siguiente relato expresa desprotección y vulnerabilidad por desconocimiento. El mismo informante refiere que nadie le ha explicado nada sobre su nueva ubicación. La unidad de semicríticos es desconocida para él y no se siente seguro:

«Allí, ¿quién hay? Independientemente de donde te vas, la zona post UCI (refiriéndose a semicríticos), ¿quién hay allí que pueda ayudarme? No lo he estudiado, no me lo han explicado, ¿vale? ¿Tendré alguien que...? ¿Tendré un timbre? ¿Estaré seguro? Si a mí me pasan algunas de las mil carencias que tengo, porque yo tenía mil, ahh, supondré que me atenderán igual que aquí, pero bueno, es un grado menos, con lo cual, no es planta, porque en planta sé que habrá muchos, muchos enfermeros y muchísimos auxiliares que, pues bueno, me atenderán, pero este paso intermedio, ay, es un poco, y quizá es una figura que no existe en muchos hospitales, vamos, yo no había estado nunca en un servicio como ese». (I14)

La siguiente informante manifiesta también inseguridad que le genera pánico. En este caso, la desprotección se genera tras producirse el alta de forma rápida y sin planificación y producto de dejar de estar monitorizada todo el tiempo y creer que no recibirá asistencia si le ocurre algo:

«Si que como fue todo tan de sopetón, igual sí me sentó un poco..., me asusté, es que yo me asusté, yo estaba acojonada, estaba acojonada, yo pensaba "ya verás cómo me pase algo y aquí no se entere nadie", solo pensaba eso, que no me pase nada». (I1)

Ocurre algo muy parecido con los siguientes discursos que relatan pasar de la sensación de estar protegidos en el entorno UCI a no estarlo en el entorno sala de hospitalización:

«Yo aquí estoy seguro en la UCI, ahora estoy seguro, tengo a David, tengo a Joan que sé que me apoyan 24 horas al día, ¿dónde voy ahora?, ¿dónde voy ahora?» (I14)

«Era, era pasar de extremos a extremos, de me siento súper protegida a me siento que aquí no hay nadie, que me pasa algo y, ¿sabes?, era, no sé, una sensación extraña». (I8)

«Yo no me sentía tan protegida, tan, no sé, tan resguardada, yo con la UCI me sentía tranquila de “sé que cualquier cosa que me pase, enseguida vienen”, enseguida, y allí era “que no te pase nada, que no te pase nada”, sabes, era más..., más intranquilidad, más angustiada, angustiada es la palabra, sí, sí, angustiada, de decir “que no me pase nada”». (I1)

En la misma línea que el resto de experiencias donde emerge el sentimiento de desprotección, se observa en el siguiente relato que la paciente experimenta inseguridad en la sala de hospitalización y, consecuentemente, miedo. La distancia entre la habitación de la paciente y el control de enfermería (más distante de lo que podría llegar a estar en una UCI) y la retirada de la monitorización tras el alta de la UCI, generan en la paciente una experiencia de desconfianza e inseguridad:

«No me daba la confianza para yo estar tranquila, me..., no me quería ni dormir la siesta, no quería dormir porque pensaba “no te duermas, que a ver si te va a dar algo y allí no se va a enterar nadie”, te lo juro, tenía miedo, tenía un poco de angustia, de (sopla) “a ver si te va a pasar algo y aquí no se entera nadie”, era mi miedo, “igual pico y aquí me encuentran yo qué sé”, sabes. Y lo sigo teniendo ese miedo, de decir (sopla) “que no te pase nada”, que es lo único que tengo». (I1)

### 11.1.2.6 Sintiendo ambivalencia de sentimientos

La ambivalencia de sentimientos está ubicada entre los sentimientos que generan malestar porque conviven sentimientos que causan malestar y bienestar al mismo tiempo, y esta expresión dubitativa es desagradable como tal.

En el relato del siguiente informante se halló miedo, fragilidad, inseguridad y, a su vez, felicidad por salir de la UCI. Es interesante la asociación que hace el paciente sobre que salir de la UCI es igual a vivir y a futuro. A su vez se enfrenta al miedo que le provoca la situación. Se observa también en su discurso resignación ante la decisión de alta tomada por los profesionales responsables:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Por un lado aliviado porque a ver, salir de la UCI, y salir de la UCI quiere decir que vives, ¿vale? Porque no salir de la UCI es que te vas abajo, salir de la UCI es que vives, que hay futuro, pero por otra, con miedo. Porque yo no me veía con fuerzas de, de ir con otro, a ver, me parecía demasiado atrevido, pero bueno, tampoco podía hacer nada, si me dicen “vas a se-micríticos”, pues...» (I14)

Se hallaron también felicidad por el proceso y a su vez sentimientos de pérdida y tristeza por la separación del personal que los había tratado. Los siguientes informantes hacen referencia a esta duplicidad:

«Sí, sí, porque para mí era, era saber que el período más crítico ya había pasado. Entonces estaba deseando ya avanzar, salir de la UCI porque para mí es un progreso en la enfermedad, pero, por otro lado, le dije a mi madre por ejemplo que iba a extrañar, a echar de menos a todo el equipo, y eso es verdad, que después de pasar de, pues, después de salir de la UCI, ahora los echo de menos, los echo de menos, pero porque, por las personas, creo que aquí hacen un buen trabajo también pero, pero no es un cuidado intensivo. Entonces yo estaba, estaba preparada, estaba deseando salir, pero por otro lado dejas a gente atrás y bueno, son muy buenos, son muy buenos todos». (I4)

«Sí, la duplicidad, pero no por, no por falta de protección, por la pérdida de gente que los aprecio, que, además, me han cuidado y me han salvado. Más por la pérdida que no duplicidad porque sabe mal esto, pero por otro lado qué alegría que están valorando que estoy mejor. Yo lo siento que estoy mejor, pero ellos, que los profesionales valoran que estoy mejor como para soltarme, bien, bien, y además la luz ha sido maravillosa». (I6)

En el discurso de la siguiente informante conviven el miedo y la inseguridad con la intencionalidad de confiar en el profesional que la atiende y que toma la decisión de dar el alta de la UCI. La paciente justifica la aparición de miedo con el proceso de cambio y se percibe, a juzgar por el relato, incertidumbre por desconocimiento:

«Es que, en ese momento, no sé, no, yo lo que me dijeran ellos, yo lo que me dijeran ellos, no, buf, me, me asustaba porque no sabía si era para mejor o era para peor, no, no sabía, si era para mejor o peor, y, pero yo lo

que ellos me decían, pues, hombre, te pones nerviosa porque un cambio es de nervios y eso, pero también todo bien, todo bien». (I15)

## 11.2 Significado de «ser dado de alta de la UCI»

Una vez el lector ha podido conocer una visión general de la experiencia de ser dado de alta a través de la descripción de los sentimientos que emergen de dicha experiencia, nos adentramos en el fenómeno exponiendo las experiencias vividas por los informantes durante el proceso de alta para construir el significado de ser dado de alta de la UCI.

El significado de ser dado de la UCI comprende los siguientes subtemas: *Alta como indicador de mejora de la salud, Alta como generador de autonomía, Volver a empezar, Pérdida de control, Deseo marchar de la UCI, Alta como necesidad organizativa del centro sanitario, No estoy preparado y Marcharé pronto.*

Para facilitar al lector la comprensión de todos los significados que emergen de los discursos de los informantes, se describe a continuación la definición que otorgamos a cada uno de ellos:

### Alta como indicador de mejora de la salud

Se otorgó a la experiencia de alta este significado cuando los pacientes relacionaron el hecho de ser dados de alta con una percepción de mejora del estado de salud, una mejora real, pero en la que, además, al producirse el alta, se potencia la idea de mejora de la salud.

### Alta como generador de autonomía

Se incorporaron aquellos relatos donde el alta de UCI supuso para los pacientes un aumento en su independencia y su movilidad.

### Volver a empezar

Se añadieron a este significado aquellas narraciones donde los pacientes asociaron el alta de UCI a tener que establecer nuevas relaciones con el personal

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

de sala y a tener que facilitarles información sobre su patología o cuidados necesarios.

### **Pérdida de control**

Se otorga este significado cuando el alta de UCI se relacionó con una pérdida de la seguridad y el control que sí tenían en la UCI.

### **Deseo marchar de la UCI**

Se incorporaron a este significado aquellos discursos donde los pacientes manifestaron querer salir de la UCI.

### **Alta como necesidad organizativa del centro sanitario**

Se añadieron aquellos relatos donde los pacientes verbalizaron que el alta se producía por una necesidad de liberar espacio en la UCI o cuando las enfermeras cuidaban a los pacientes supeditando el cuidado al momento del alta.

### **No estoy preparado**

Se otorgó este significado a aquellos pacientes que verbalizaron no sentirse preparados para ser dados de alta de la UCI.

### **Marcharé pronto**

Se incorporaron aquellos discursos donde por información explícita del personal o la familia, por una percepción de mejora o por los cuidados recibidos, los pacientes se convencían de que el alta de la UCI se produciría de forma cercana en el tiempo.

Este subcapítulo explora el significado que los pacientes dan al hecho de ser dados de alta de la UCI. La transición del alta del paciente crítico, además de generar los sentimientos que se presentan en el capítulo anterior, desencadena razonamientos asociados al proceso vivido que dan significado a este.

A continuación, se exponen los subtemas presentados para, unidos, dar significado a la transición de alta de la UCI.

### 11.2.1 Alta como indicador de mejora del estado de salud

Es evidente que el ingreso en una UCI está asociado a un empeoramiento en el estado de salud; entendemos, por tanto, que la salida de dicha unidad debería estar vinculada siempre a una percepción propia de una mejora del estado de salud, pero no siempre es así.

En el siguiente relato, el informante explica que puede otorgar significado al alta a partir de la información que recibió del profesional. Puesto que el profesional transmitió que el paciente recibía el alta porque su estado había mejorado, el paciente interpretó lo mismo:

«Ya me avisaron de que iba a pasar a otro, a otro sitio, que ya para estar en la UCI estaba muy bien, entonces que me iban a dar de alta, pero no sabían muy bien si pasarme a semicríticos o directamente a planta, a la sala». (I20)

Además, que el profesional afirme que ha mejorado el estado de salud respalda la idea que tiene el paciente de sentirse mejor:

«Yo lo siento que estoy mejor, pero ellos, que los profesionales valoren que estoy mejor como para soltarme, bien, bien». (I6)

Y, aun cuando el paciente no está convencido de sentirse mejor, que el profesional afirme y explique que sí está mejor puede ayudar al paciente en la comprensión de su mejora del estado de salud:

«Era eso, pero bueno, entiendo que es un miedo innato a la forma de hacer las cosas, que yo no me veía preparado y el otro sí (el médico) [...]. Si un montón de médicos dicen que puedo, es que puedo, ¿no?» (I14)

Se entiende, por tanto, que el alta del paciente de UCI está condicionada a la decisión médica de la mejora del estado de salud, pero, además, son los

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

mismos pacientes los que en muchos casos relacionan el alta con una progresión o evolución favorables de su enfermedad. Esta idea se ejemplifica en los siguientes relatos de diferentes informantes:

«Las ganas de progresar, de salir, de evolucionar, de ver que poco a poco hacía mejores movimientos todos los días. Salir de la UCI es porque estás bien, no es porque estás mal». (I20)

«Llegué y pensé “bueno, si estamos aquí es porque estamos bien”». (I1)

«Bien, es un progreso, ¿no?». (Refiriéndose a cuando le informan de que va a ser dado de alta de la UCI) (I17)

«Eres más consciente de que estás mejor, de la mejoría, ¿no?». (Refiriéndose a la llegada a la sala de hospitalización) (I2)

Un paciente que vivió el alta de UCI con muchas barreras de dependencia física, aun siendo consciente de la magnitud del camino que quedaba por recorrer para la recuperación completa, también vivió el proceso de alta como una progresión:

«Estás vivo, tienes que tirar adelante, te queda muchísimo camino, bueno, es más como un salto de estatus, que no, más que un cambio de sitio es un salto de estatus que te va diciendo, ¡adelante!». (I14)

No obstante, encontramos dos casos de pacientes que cuando llegan a planta no reconocen su mejora del estado de salud. El primero describe cómo se adapta la atención recibida en la planta de hospitalización para atenderlo acorde a su aún deficiente estado de salud:

«Entonces cuando subí aquí me dieron una habitación que era la más lejana del control de, digamos que de recepción de la enfermería, y como la doctora me vio bastante mal, pidió el cambio aprovechando que había cambio de paciente y tal, para que me pusiesen en esta y así estuviera un poco más monitorizado, con más seguridad, como lo que es la UCI, ¿vale? Por tanto, la idea de la doctora fue establecer una pequeña UCI dentro de esta planta». (I3)

El segundo informante, en cambio, refleja su aún deficiente estado de salud percibido:

«Yo pensaba que, sí que estoy tan mal, que hace dos días que me han quitado el tubo, que sabes, que, aunque tú me veas, que vale que soy un cadáver andando, que me veas, que no estoy bien, estoy muy floja». (I1)

Respaldando la idea de que salir de la UCI está relacionado con una percepción de la mejora del estado de salud, puede interpretarse también como una percepción de avanzar. El siguiente informante lo asocia al símil de subir escalones:

«El saber que ya no estás en la UCI es como si hubiese pasado un nuevo escalón de los diez escalones o quince que te quedan, has pasado otro y te quedan menos; honestamente, ahora que ya no estoy en la UCI, ahora estoy en planta, el próximo peldaño, o el próximo objetivo será, yo que sé, irse, o ir a otra planta o lo que sea». (I4)

Se entiende, por tanto, que el alta del paciente crítico va asociada en muchos casos con una mejora del estado de salud percibido, una mejora que es real pero que, además, el hecho de salir de la UCI potencia la idea de mejora de salud. Muchos de los pacientes entrevistados vivieron el alta como una progresión y un paso adelante.

### 11.2.2 Alta como generador de autonomía

Un aspecto muy mencionado por los informantes es la asociación del alta a un aumento de autonomía respecto a los niveles de autonomía que tenían en la UCI. Los pacientes entrevistados hacen referencia a un aumento de la movilidad y de la independencia cuando son dados de alta a las salas de hospitalización como un refuerzo a la sensación de progresión:

«Entonces claro, el cambio, evidentemente, es a mejor, porque aquí tienes luz, puedes andar, te puedes mover, ¿sabes? Puedes recibir a tu familia, bueno, eres más consciente de que estás mejor, de la mejoría, ¿no? [...] He avanzado muchísimo porque ya puedo hacer mis paseos».

(I2)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Estar ingresado en la UCI genera, por la propia patología, por la monitorización o por la disposición arquitectónica de la unidad, disruptores de confort que limitan la autonomía. El siguiente informante relata la necesidad de ser más autónomo; en este caso, por la ubicación del baño (fuera de la UCI), la monitorización y la falta de cultura de fomentar la autonomía en este tipo de pacientes que son totalmente autónomos, no se le permite ir hasta el baño:

«¿Sabes lo que pasa? Que quizá, la diferencia que hay, que noto yo más, que en planta eres más, no independiente, sino que te permiten más cosas porque lógicamente ya la responsabilidad que hay abajo, a ver, yo abajo quería incluso yo a última hora, porque era una cosa, porque bueno, yo siempre he querido ser muy autónomo en estas cosas, ¿no? Y quería ir al lavabo solo, quería hacer estas cosas, y me decían: “Ni hablar” [...]. No podías hacer ni incluso dar un paso sin nadie contigo, eso tiene sus ventajas y sus inconvenientes». (I18)

De la misma forma, el siguiente informante relata su enfado por la privación de autonomía en la UCI, la cual comprende, pero le genera malestar:

«Puf, muy bien, muy muy bien, con sus cosas que a mí no me..., me cabreaban, tenía ganas de hacer pipí, de estar de pie, de esas cosas y no me dejaban evidentemente; por lo demás, como..., una maravilla, vamos, además de verdad, no estoy haciendo, no estoy haciendo comedia, en absoluto, o sea». (I12)

Relacionado con la recuperación de la propia independencia al ser dado de alta a una sala de hospitalización, aparece el concepto «valerse por sí mismo»:

«Cuando te pasan de la UCI a aquí (a planta) es un cambio radical [...], yo ahora me valgo por mí sola, por mí misma, abajo no». (I3)

Muchos de los pacientes entrevistados afirman ser más independientes en las salas de hospitalización, ya sea por la progresión favorable de la enfermedad o porque en la UCI, por rutina o por barreras arquitectónicas, no se les deja ser todo lo independientes que podrían ser; además, el hecho de ser más independientes y valerse por sí mismos les genera felicidad:

«Que quizá, la diferencia que hay, que noto yo más, que en planta eres más..., no independiente, sino que te permiten más cosas. [...] Lo que aquí sí que he ganado y es que además por inercia propia de la naturaleza o de la mejora de la enfermedad es que he podido ya levantarme, bueno, pues donde me has visto tú (se refiere a la salita del fondo de la sala de hospitalización),irme para allá y tal, hoy he podido asearme, he podido ir al lavabo solo, he podido hacer pis, o sea, me he levantado y esto pues también. Me he duchado, iuf! Que la primera ducha, que te llegue el agua, porque claro abajo pues te lavan, maravillosamente, pero claro. Pues eso lo he empezado a notar ya desde aquí en planta. Pero ya te digo, no es más que nada, no es tanto por la ubicación o por la gente o por no sé qué, sino que es por la propia mejora o por la propia *desto* que tal. Con lo cual ahora estoy muy contento». (I18)

«Al llegar a planta enseguida pude empezar a caminar y poder dar una vueltita por aquí, eso siempre anima mucho». (I17)

«Entonces claro, aquí se te abre el mundo, se te abre el cielo, ostras... luz, gente, hablas, paseas, te puedes duchar». (I3)

Y además de generar felicidad, la siguiente informante asocia poder ser independiente a poder marchar de la UCI. Nuevamente la progresión en la autonomía se asocia a la idea de progresión y mejora en el estado de salud:

«Para marchar de la UCI sí (estaba preparada), sí, sí, porque ya estaba despierta, controlaba la cama y como la UCI es más limitada [...]. Pero eso que dices, bueno ya, ya puedoirme de aquí (de la UCI). Ya no necesito que me mimen tanto. Puedo estar en una habitación y ser un poco más independiente». (I13)

La siguiente informante expresa que la sala de hospitalización exige y pretende que el paciente sea más autónomo. Esta realidad percibida por ella la vive como una situación normal y agradable:

«El trato es agradable, claro, algo más exigente porque pretende que vayas siendo más autónoma, pero ya me parece bien. Me parece básicamente bien. Me siento cómoda, bien. Bien. [...] al estar aquí, estoy afortunadamente mejor y estoy bien. Ahora quizá sería agobiante que

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

estuvieran entrando con frecuencia y viendo qué me hace falta. Está bien.

Es adecuado». (I06)

Pero lo cierto es que la libertad que muchos pacientes pueden sentir cuando llegan a las salas de hospitalización por el aumento de la independencia y autonomía, puede no siempre vivirse de una forma positiva. La disminución de la intensidad de los cuidados, ya sea por el aumento de ratios o porque, en general, en las salas de hospitalización los pacientes no requieren cuidados tan exhaustivos, es vivida por el siguiente informante de forma negativa:

«No. Es un poco “apáñate”. Haz estos ejercicios, para luego poder ir tú solo, tú mismo, cuando tú quieras, hostia, pensaba que..., bueno, aquí sí que he notado un poco la diferencia, la falta de, de cariño no, de ayuda o de diligencia, que te dirijan, que te ayuden a conseguir algo, en esto sí que lo estoy notando». (I4)

### 11.2.3 Volver a empezar

El alta de la UCI a una sala de hospitalización en muchas ocasiones adquiere el significado de «volver a empezar». Los pacientes entrevistados se refieren a establecer nuevas relaciones con personal diferente o a tener que explicar a estos profesionales que ahora les atienden información sobre su patología o cuidados necesarios, información que en la UCI ya era conocida y no era necesario explicarla de nuevo.

Los siguientes informantes relatan la experiencia de tener que establecer relación con diferentes profesionales a los hasta ahora conocidos:

«Al principio cuesta porque ves a mucha, mucha gente, te toca siempre cada ocho horas un enfermero nuevo, le tienes que explicar, intentar explicar cómo, cómo te sientes, cómo, dónde te duele, cómo..., entonces cuesta al principio, pero después es todo, es todo súper fácil, todo súper fácil. [...] Cuando llegué aquí a planta pues, acostumbrarse al nuevo equipo, que he visto que me sonreían mucho, que estaban contentos de acogerme: “Hola Morgan”. Tienes que volver a familiarizarte con el nuevo equipo, explicarles un poco dónde te duele, tal, pero muy bien de momento». (I20)

«Hay una enfermera con la que tengo que establecer un código de relación nuevo. O sea, en la UCI, cuando llevas diecisiete días, conoces a muchísima gente y aprendes a comunicar lo que puedes y lo que quieres. Cuando llegas aquí [a planta], no te conocen de nada y es volver, para mí, volver a empezar una relación con la dificultad que yo tengo para hablar, y eso me costó un poco». (I9)

La vivencia de este último informante (I9) deja patente que, en algunos casos, volver a establecer una relación nueva y con necesidad de explicar de nuevo aspectos sobre la propia salud puede generar malestar o dificultades en pacientes con, por ejemplo, dificultad para comunicarse. Este mismo informante añade en el siguiente relato la demanda de que cierta información del paciente, la más relevante, debería llegar al personal de la sala de hospitalización de forma escrita. De esta manera, se podría disminuir el impacto emocional que provoca la falta de continuidad en los cuidados. Sobre este tema se profundizará en el capítulo 11.3. La mirada de Mishel: incertidumbre y fuentes de estructura:

«Todo esto, comer, estamos en este punto. Aquí no sabían nada, no sabían nada de cómo deglutía, me empezaron a preguntar todo de nuevo, claro, ahora, a lo mejor vienes por la tarde y yo hablo normal, pero cuando entré aquí hablaba peor que ahora mismo, claro, si les coge de nuevo, es casi imposible, entonces me provocó una reacción de rabia de decir “cojones, esto lo tienes que poner por escrito, cuál es mi estado actual”, ¿sabes que quiero decirte? Y entonces pensé en el parte con anotaciones, de los puntos de enfermería claves, y otro sobre qué puede necesitarse por la mañana. Hay pacientes que tienen que esperar tres horas a que les pongan cualquier cosa, hay gente muy machacada y necesitan que no se trastornen mucho los horarios». (I9)

#### 11.2.4 Pérdida de control

Para algunos pacientes salir de la UCI es perder la seguridad que tenían en ella. Sienten que pierden el control de la situación y se manifiesta en forma de preguntas sobre su propia seguridad y sobre quién los cuidará y ayudará. El siguiente informante, que tuvo una estancia prolongada en la UCI, relata las

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

preguntas que se hizo cuando supo que sería dado de alta, dudas que deberían haber sido resueltas antes de que esta se produjera:

«Allí, ¿quién hay? Independientemente de donde te vas, la zona post UCI (refiriéndose a semicríticos), ¿quién hay allí que pueda ayudarme? No lo he estudiado, no me lo han explicado, ¿vale? ¿Tendré alguien que...? ¿Tendré un timbre? ¿Estaré seguro? Si a mí me pasan algunas de las mil carencias que tengo, porque yo tenía mil, ahh, supondré que me atenderán igual que aquí, pero bueno, es un grado menos, con lo cual, no es planta, porque en planta sé que habrá muchos, muchos enfermeros y muchísimos auxiliares que, pues bueno, me atenderán, pero este paso intermedio, ay, es un poco, y quizá es una figura que no existe en muchos hospitales, vamos, yo no había estado nunca en un servicio como ese».

(I14)

La pérdida de control también puede manifestarse verbalizando sentir nervios. La siguiente informante, por la misma razón que el informante anterior, verbalizó una pérdida de control a causa de desconocer las razones por las que el alta de la UCI se producía a un servicio de intermedios:

«Me puse nerviosa pero no en el sentido de que por dejar al equipo y todo, es porque yo no sabía si era, volvía a retroceder, yo eso de semicríticos me sonaba un poco a, no sé, estaba en la UCI, sí ya, pero ahora semicríticos no sé, pensaba yo que porque a lo mejor como estoy un poco, como tuve la gripe y todo eso, un poco aislada y todo eso, pues no sé, los cambios a mí me, me resultan un poco, en, en todos los aspectos me resultan un poco (tose) extraños, me pongo, me pongo yo nerviosa, me pongo nerviosa, me pongo nerviosa». (I15)

Partimos de la base de que la UCI, en buena parte de los casos, genera seguridad en los pacientes. A pesar de estar ingresados por una patología crítica y, por tanto, en muchas ocasiones con un riesgo vital, muchos informantes relataron sentirse seguros en la UCI:

«Yo aquí estoy seguro en la UCI, ahora estoy seguro, tengo a David, tengo a Joan, que sé que me apoyan las 24 horas del día». (I14)

«Sí, sufrí mucho. Porque era una cosa nueva, aún llevaba la traqueo, no hablaba y en la UCI estaba bien, o sea, al hacer el cambio, tuve, tuve miedo, o sea, no sabía, iba a una cosa nueva». (I10)

También genera pérdida de control la retirada de la monitorización. El alta de la UCI supone una suspensión de la monitorización continua y la retirada de algunos fármacos o dispositivos por la progresión favorable de la enfermedad. La siguiente informante estuvo en la UCI durante una estancia prolongada y relata la disminución de la monitorización y cómo le afectó la retirada del oxígeno una vez en la sala de hospitalización impidiéndole dormir:

«Yo entiendo que aquí no me van a tener con máquinas, ni me van a mirar el corazón cada dos por tres, ya vienen y me miran las constantes y todo esto, pero yo creo que ya viene conmigo el miedo. Que, por mucho, no puedo tener a alguien aquí todo el rato, mirándome, ¿sabes? [...] Yo entiendo que no puede estar aquí un médico 24 horas mirándome a mí, que yo tenga los pulmones limpios, el corazón y todo correcto, pero yo creo que ya está conmigo el miedo, y que me costará de quitármelo, si ayer, mira, ayer fue el primer día que me quitaron el oxígeno, para, para estar, y tenía que dormir, dormir sin el oxígeno, no me quería dormir, no me quería dormir, porque pensaba "a ver si te vas a dormir, te vas a quedar sin aire o lo que sea, y te quedas aquí tiesa" [...], aquello te da un poco de seguridad, que vale que no lo necesito ya, porque oxígeno muy bien y todo esto, pero me da un poco de seguridad de decir, tengo el oxígeno aquel [...], tengo un miedo constante de que me pase cualquier cosa. [...] igual que hoy, he andado con el andador hasta la sala, unas taquicardias, y claro yo ahora me asusto, cuando me noto que el corazón me va tan, yo me asusto y pienso, a ver si me va a explotar, yo qué sé, ya me va, que sé que no puede pasar, pero me lo pienso». (I1)

### 11.2.5 Deseo marchar de la UCI

Muchos pacientes anhelan poder ser dados de alta de la UCI. Al preguntarles sobre este tema aparecen diferentes razones. La primera, todos los considerados disruptores del confort; la segunda, el aislamiento que sufren por estar en una unidad cerrada a las familias y sin posibilidad de salir de la habitación, y la

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

tercera, porque el tiempo en la UCI consideran que pasa de forma más lenta que en la vida cotidiana.

Los pacientes son conscientes de que ser dados de alta de la UCI va ligado a una mejora de su estado de salud, y aun deseando salir de ella entienden que deben recuperarse antes:

«Evidentemente, se ha hecho largo porque, bueno, soy consciente de que no podía subir si no estaba bien, porque no es lo mismo estar 24 horas motorizada y con enfermeras, auxiliares a tu disposición constantemente, cualquier cosa al segundo lo tienes allí. [...] Si hubiera subido antes sin estar recuperada, yo creo que incluso hubiéramos ido a peor, no por los cuidados sino porque a lo mejor no estás tan vigilada, pero no por otra cosa, quizá era más el..., las ganas que tenía yo de subir, porque entonces yo sabía que estaría bien [...], si estás en la UCI, como me decía mi familia, es que estás controlada, estás cuidada y cuando estés bien ya subirás. Es lo que bueno, me decían, me costaba verlo porque yo quería estar bien». (I3)

Los pacientes entrevistados describieron diferentes disruptores de confort: luz molesta y continua, dificultad para conciliar el sueño, espacio frío y sin ventanas, dificultad para satisfacer la necesidad de ir al baño y ruido.

En cuanto a la luz, refieren que la UCI es un lugar donde casi siempre hay luces encendidas, y estas son molestas para ellos:

«Exactamente, no se descansa bien (en la UCI). Primero porque no para de entrar gente, de la calle, y todos con prisas y todos ehh; segundo porque está con luces por todas partes, eso también es malo, y eso que donde yo estaba era una habitación más o menos como esta, un poquito más pequeña, estaba yo solo, y yo les decía "cerradme la puerta", me entraba la luz a través de los cristales y el ruido era más amortiguado, y ni por esas descansaba. También los dolores y las molestias influían bastante; por lo demás, todo bien». (I16)

Referente al espacio, algunos informantes describen la UCI como un lugar frío, vacío, sin luz y desconectados del día y la hora que es:

«Cuando me dijeron “a lo mejor tenemos...”, como me dijeron “a lo mejor tenemos habitación”, me llegan a decir primero que sí y después que no, ¡buaah! Ataque de ansiedad total seguro. Claustrofobia, cuatro paredes, no ves nada, no sabes si es de día, no sabes si es de noche, no sabes nada. Aquí (en planta) [...] es muy diferente». (I8)

«Yo he sido consciente de que he estado en la UCI y que he estado en un sitio muy negro, muy oscuro, muy pequeño; luz, la luz yo creo que es lo peor de la habitación, la luz, es una luz que molesta, que, una luz muy fea, que no, es que no sé cómo explicarte (silencio), claro, a mí me gustaría que igual hubiera tenido ventanas, pero claro, porque yo algo de luz tenía, entonces me hubiera gustado tener un poquito de ventana, un poquito de luz, me he sentido en un agujero. [...] Yo puedo decir eso, que me faltó luz, mucha luz y todo más natural, no, aquello es una caja, es una caja totalmente. No podía tener la puerta cerrada, me cerraban la puerta y me faltaba el aire. [...] los diez días que estuve allí, como si estuviera en una caja encerrada, sin ver luz, luz artificial, una habitación muy pequeña, entonces claro, lo viví bastante mal». (I3)

Describen también deseo de marchar de la UCI por necesidades no satisfechas referentes al sueño y a ir al baño:

«Tenía ganas de irme, cada día tenía más ganas de irme de abajo, por no dormir, por no ir de vientre, también este es un tema importante, por ir de vientre, pero por lo demás yo estaba muy bien». (I2)

«La reacción mía (al conocer que va a ser dado de alta de la UCI) pues, cómo es, de maravilla, ¿no? Por aquello de decir, salgo ya de un sitio que, que en la UCI hay un problema (tose) que no se descansa bien». (I16)

Referente al ruido, se describen situaciones en la UCI donde el ruido es molesto, no permite un buen descanso:

«Las maquinas pitando, eeeh, los cuidados en las salas de al lado también de los pacientes de al lado, eeeh, dormir en la UCI no es lo más tranquilo, no es lo más tranquilo. [...] entonces a la noche lo pasaba un poco, un poco peor, sí, que no conseguía dormir porque quizá los enfermeros hacían también demasiado ruido, se veía el buen ambiente, que eso es bueno, pero no sé». (I20)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Cuando estás en la UCI el ambientillo ya es un poco depre, porque está toda la gente que está sufriendo por allí, entonces la gente se queja, hay los pitidos estos famosos del instrumental que, quieras que no, no te dejan dormir, y estás un poco angustiado del ambiente». (I17)

«Los pitidos, las máquinas, gritan, les da igual que la gente esté durmiendo, la puerta abierta, muchas cosas, aquí no (en planta), aquí yo cierro la puerta y como si estuviera en mi habitación. [...] los ruidos, es que, es que no sé cómo explicarte, eran muchas cosas y los ruidos y las máquinas no paran de pitar, lo de los dedos...» (I18)

Aun así, el siguiente informante justifica el ruido generado en la UCI como molesto pero necesario:

«A ratos sí que molestaba, pero se tiene que entender que aquí la gente está para hablar, para decir “hacemos esto”, “hacemos lo otro”, y a veces sin querer alzan la voz, pero es lógico, es lógico, a ti te molesta, pero aquella gente, eso, lo necesita hacer, no lo veo molesto por molestar, lo veo, es molesto, pero porque es necesario». (I17)

Existen también pacientes que, a pesar de no sentir las dificultades anteriormente descritas referentes al confort, también desean marchar de la UCI. Se observa que este tipo de reflexiones provienen de pacientes con estancias en UCI cortas (menos de cuatro días de ingreso en UCI):

«Allí (en la UCI) yo me sentía bien, la verdad es que bien, no me sentía abandonada ni, no. Me sentía muy bien, hombre, queriendo marchar de la UCI, pero muy bien. Me sentía relajada y que no tenía problemas, me sentía bien». (I13)

Muchos pacientes hacen referencia al paso del tiempo y a como en la UCI este pasa más lento de lo que para ellos es habitual. Esta sensación les crea también malestar y deseo de marchar de la UCI:

«Ha sido muy duro porque me intubaron, estuve diez días, me desperté con un tubo, no podía hablar y eso fueron, nada, dos días, pero para mí fueron dos meses, o sea, ha sido de lo más duro de mi vida. [...] No pegué ojo esa noche y aquí la noción del tiempo como que para un

paciente y tal es que no pasa el tiempo, es que está parado y pasa cuando yo qué sé, en fin». (I18)

«El tiempo pasa distinto en la UCI que aquí, en la UCI es más tiempo raro, me trajeron un reloj para que me fuera, digamos, para que tuviera referencias de la hora». (I6)

El siguiente informante añade que el paso del tiempo es distinto no solo en la UCI, sino en toda la estancia hospitalaria:

«La verdad es que el tiempo es distinto, ya no solo en la UCI, bueno, en el hospital, los tiempos son distintos, como todo es distinto». (I4)

Por último, algunos pacientes describen la UCI como un lugar aislado de sus familiares:

«Te meten en un sitio, allí, aislada con gente que sí y no, que no sabes si es de día o de noche, con horarios de visitas, es todo muy traumático, entonces claro, aquí (en planta), esto, para mí, es todo lo opuesto». (I8)

«Lo único, yo en la UCI yo pasaba mal las noches, no me gustaron las noches en la UCI porque pasas de estar muy rodeada, porque venían a verme también mi familia, a de repente estar sola». (I20)

### 11.2.6 Alta como necesidad organizativa del centro sanitario

El alta de UCI se produce cuando el paciente está en condiciones óptimas para ser trasladado a una sala de hospitalización o a un servicio de cuidados intermedios. Se ha detectado de forma puntual que algunos pacientes perciben que el alta de UCI se produce dependiendo no de su estado de salud, sino de las necesidades organizativas y de demanda de la UCI:

«Como desconocía una cosa y la otra, no sabía exactamente de qué iba el tema. Me sentí que aquello era una situación en que tenían a alguien que poner allá y yo, pues claro, estaba en un sitio que no me correspondía por organización industrial claro, y me subieron y ya está». (I5)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Yo entendí pasar a semicríticos porque es un paso para poder dejar libre un sitio en la UCI que es un sitio necesario y vital en un hospital». (I14)

«Semicríticos era solamente para hacer el transfer y liberar la plaza de la UCI». (I20)

En ocasiones, además, los pacientes perciben que los cuidados ofrecidos por las enfermeras se realizan supeditados a la previsión del alta. Es el caso de la siguiente informante, que afirma que estuvo levantada en el sillón durante toda la tarde esperando el alta a la sala de hospitalización. Al parecer, en un primer momento, se creyó que el alta se produciría al inicio de la tarde, pero al final no fue así. Ella estuvo sentada más tiempo del que le hubiera gustado o necesitado, esperando a ser trasladada a la sala de hospitalización, porque, como decíamos, el cuidado se supeditó al alta:

«A las cuatro de la tarde me dijo que ya me subían y me levantaron y estuve desde las cuatro hasta las nueve esperando, se me pusieron los pies así (señala con las manos la anchura de los pies), claro, de estar sentada, se me pusieron los pies así, y yo le decía, digo, pues me tumbo un rato, "no, es que ahora van a venir, que acabo de reclamar" (le dice su enfermera responsable), y yo bueno, pues me quedo, y claro, se me puso, se me pusieron los pies así, y claro, después de tantas horas ahí sentada, esperando, desde las cuatro que me levantó hasta las nueve».

(I1)

Por último, una única informante hizo referencia a la preocupación de estar en la UCI encontrándose bien y a la posibilidad de que hubiera alguien que necesitara su cama y no pudiera ingresar porque ella aún estaba allí. Esta idea surge tras escuchar una conversación entre profesionales sobre si había camas libres o no en la UCI:

«Al final quería marcharme porque me daba la sensación de que había alguien muy jodido esperando y yo estaba ocupando el espacio, porque escuchaba: "Es que si no, no opero si no tengo cama" (decía un médico), y yo pensaba, "este pobre hombre o mujer, o niño, y yo estoy aquí, isacadme fuera!"». (I7)

## 11.2.7 ¿Estoy preparado para marchar de la UCI?

En ocasiones medicamente el paciente tiene criterio para ser dado de alta de la UCI, pero al cuestionar a los pacientes sobre el tema, ellos no se sienten preparados. Esta sensación coincide en pacientes con estancia prolongada en la UCI (más de 21 días de ingreso en UCI). A la pregunta sobre si se sentían preparados para estar en planta:

«No, ni mucho menos. [...] Porque me veía poco, muy inválido. Yo salí de semicríticos que movía la mano, la mano, los dedos, y los dos pies, los dos pies. Que ni siquiera los talones. Entonces, ¿dónde vas así? A una planta, ¿no? Que una planta me la imaginaba como cualquier planta de un hospital. ¿Dónde vas así? Lo que necesitaba era tiempo». (I14)

«No, la verdad es que no, porque estaba acobardado, acobardado porque no sabía dónde podía ir, no podía hablar, no podía nada, tenía que escribirlo todo». (I10)

«Yo no estaba preparada, para coger y ya cambiar y dejar todo, como mi zona de confort, porque para mí la UCI era como, no sé, mi seguridad, allí estaba protegida. [...] Me suben a planta y aquí pues ya es, que se supone que tú tienes tu autonomía, que tal, pero yo no la tengo, sigo sin tenerla, para mí, mi autonomía es si yo pudiera andar, pudiera incorporarme de la cama y bajar e ir yo misma al lavabo, entonces yo no tengo que llamar a nadie, pero yo por las noches, por la noche y por el día, yo si no hay nadie que me coja las piernas, me las pone y me levanta y luego me acompaña y me trae y luego me levanta las piernas y me las pone, yo no puedo hacer esos movimientos. [...] no sé si estoy preparada para estar aquí todavía [...] Me hubiera quedado allí sin tubo y sin nada así una semana más, que me hicierais ejercicios de piernas». (I5)

La percepción de no sentirse preparado para ser dado de alta a las salas de hospitalización coincide no solo con estancias prolongadas de más de 21 días en la UCI, también con pacientes que son dados de alta con limitaciones en la movilidad y en la comunicación.

En contraposición a estos testimonios, los siguientes pacientes afirmaron sentirse preparados para ser dados de alta de la UCI:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Yo ya estaba preparado, porque es que no había más. Es que iba de la cama a la silla y de la silla a la cama, eso que dices, ganas de levantarte y de dar una vueltecita. O yo que sé, eso que es medianoche, te levantas y ostras, ahora no tengo sueño, y me siento en la silla y me leo un libro».  
(I19)

«¿Para marchar de la UCI? Sí, sí, porque ya estaba despierta, ya controlaba yo la cama y entonces, ya, como que la UCI es más limitada». (I13)

«Ah, sí, sí, yo estaba encantado de la vida». (I12)

Analizando los discursos, podemos observar que la propia percepción de sentirse preparado para ser dado de alta de la UCI coincide con el discurso de pacientes con estancias cortas o medias (nunca prolongadas). No se han encontrado manifestaciones de sentirse preparado para el alta en pacientes con estancias prolongadas en la UCI.

### 11.2.8 Marcharé pronto

Los pacientes de la UCI son capaces de detectar en muchas ocasiones que el alta a las salas de hospitalización se producirá en un futuro relativamente cercano. Las razones que les llevan a creer que serán dados de alta próximamente hacen referencia a la información reportada por los profesionales o los familiares, a una mejora en el estado de salud percibido o a una evolución favorable y a una disminución de la monitorización o de los dispositivos de soporte.

Los siguientes informantes describen como, gracias a la información ofrecida por sus familiares o por su equipo médico, conocen que el alta se producirá próximamente:

«La mujer como me iba diciendo que iba mejorando, que iba, que me estaba recuperando muy deprisa, pues si me lo dice ella que es del gremio, será que me estoy recuperando, no creo que me lo diga para, no sé *pa qué*». (I12)

«Fue bastante paulatino (ruido personal de limpieza), intuía que el proceso final era salir de la UCI, pero no tenía claro si me podrían sacar el tubo o no y eso, ese día no superé bien las pruebas de esfuerzo (ruido).

Entonces la mañana siguiente lo volvieron a intentar, por tanto, entendieron que podía continuar ya sin tubo e intentarlo con mascarilla, entonces ya se intuía. Al día siguiente, además, me sacaron la nasogástrica, luego hicieron la última plasmaféresis, con lo cual ya me pudieron sacar el, lo que tenía en la femoral, y entonces ya sí, se hablaba claramente de: "Pues mira, te vas a poder ir cuando haya una cama", y entonces ya fue únicamente menos de 24 horas viendo si había cama o no. Y entonces, cuando vine aquí, que fue ayer, a mediodía, ya por la mañana lo prepararon todo, tuve una mañana para irme acabando de hacer a la idea de que me iba de allí». (I9)

«Bueno, vino la doctora y me dijo que como me habían desconectado y que iba con oxígeno, el oxígeno ese, con flu flu (E: Optiflow). Sí, con el Optiflow. Empezaba a probar ya sin, y si aguantaba, pasarme a semicríticos». (I9)

Percibir una mejora en el estado de salud o una evolución favorable también condiciona conocer que el alta se producirá de forma próxima:

«Irme sabía que era cuestión de..., al cabo de un tiempo me di cuenta de que era cuestión de días, dos días, tres días, pero que me iba bien, porque me encontraba mucho mejor». (I14)

«Como todo estaba bien, ya no era enferma para UCI, porque estaba evolucionando muy bien». (I7)

«No. No fue precipitado, porque creo que tuve una recuperación bastante rápida, entonces fue mi estado de salud que lo hizo todo muy rápido, pero como yo veía con los días que iba a mejor, lo lógico era salir de la UCI, y como veía a los enfermeros y los médicos muy positivos viéndome progresar sorprendidos por mi estado, pues, eh, lo lógico es que me dieran de alta cuanto antes, y no fue precipitado porque yo me sentía bien. Yo me sentía muy bien, sí. No me hubiera quedado más tiempo, estaba deseando salir de la, de la UCI, porque es otra manera de demostrar que estoy progresando bien». (I20)

Por último, la disminución de la monitorización o de los dispositivos de soporte también es un indicador para los pacientes ingresados en la UCI de que serán dados de alta próximamente:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Claro, me iban sacando tubos, poco a poco, haciendo pruebas, viendo que ya podía sacar incluso la máscara, únicamente con eso ya funcionaba e ir sacando, me dejaron estas dos cosas, por si acaso (señala las vías)». (I16)

«Como me estaban quitando las cosas poco a poco y cada vez tenía menos cosas y tal, supongo que ya, ya te lo decías». (I19)

«A medida que había estado en la UCI me habían ido quitando vías y todo eso, cada vez más libre». (I17)

## 11.3 La mirada de Mishel: incertidumbre y fuentes de estructura

En este subcapítulo se exploran todos aquellos sucesos referentes al alta de UCI donde se expresa explícitamente la incertidumbre. Este concepto, descrito por Merle Mishel en el marco de la enfermedad y conceptualizado en el apartado de introducción, emerge en muchos relatos de los pacientes entrevistados en este trabajo. De una forma u otra, la incertidumbre se asocia al proceso de alta del paciente crítico.

A través de los relatos de los informantes analizados desde la perspectiva teórica utilizada en esta tesis, se pueden extraer, en primer lugar, aquellas situaciones que provocan incertidumbre en el paciente. En segundo lugar, se presentan las fuentes de estructura, que son todos aquellos cuidados que ayudan a los pacientes a reducir la incertidumbre y, en consecuencia, a reducir los efectos que esta produce. Por último, se presenta el apartado: valoración de la incertidumbre.

### 11.3.1 Incertidumbre

Se refiere a aquellas circunstancias asociadas al proceso de alta que por razones diversas causan incertidumbre en el sujeto. A partir de la definición de Mishel, se consideran «incertidumbre» aquellos relatos que expresan dificultad para interpretar y dar sentido a un hecho determinado. Esta dificultad se expresa explícitamente a través de los hechos cuando los pacientes

describen experiencias de desconocimiento, e implícitamente a través de relatos de miedo o ansiedad que el informante atribuye inequívocamente a la incertidumbre. La incertidumbre hallada en los discursos de los informantes se atribuyó, según los participantes, a las siguientes circunstancias: *Falta de información, Falta de familiaridad: comportamientos no reconocibles, Falta de coherencia: discontinuidad en los cuidados y cambio en el entorno y en las rutinas, Déficit de autonomía y autocuidado en un entorno de soporte decreciente y Expectativas frustradas.*

### 11.3.1.1 Falta de información

En ocasiones el alta del paciente crítico a la sala de hospitalización ocurre sin que este disponga de información sobre el proceso de alta. El siguiente informante describe falta de conocimiento sobre el lugar donde iba a ser trasladado y la falta de información sobre el proceso en sí y sobre las razones de la decisión de ser dado de alta:

«No te explican lo que verás, por qué te vas, no te explican: “pues vas a ir allí”, tampoco nunca había estado aquí [en planta]». (I2)

Coincide con el discurso de la siguiente informante, la cual también desconoce el lugar al que será trasladada:

«Entonces que me iban a dar de alta, pero no sabían muy bien si pasarme a semicríticos o directamente a planta, a la sala. Entonces, yo no sabía muy bien lo que era la sala, me decían “la sala, la sala”, y yo no sabía lo que era». (I20)

En el siguiente caso, el alta se produjo a la unidad de semicríticos. La paciente desconoce el significado de esta unidad y no saber nada sobre el lugar de destino le produce miedo, no es capaz de interpretar y dar sentido a este hecho:

«Me asustaba porque no sabía si era para mejor o era para peor, no, no sabía, si era para mejor o peor». (I15)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

El siguiente informante realiza la demanda explícita de información sobre el proceso relacionando la falta de información con poder sufrir una crisis de ansiedad:

«Que me hubiesen dado información para darme a mí. Ellas [las enfermeras], si primero los médicos no estuvieran tan desligados de la UCI, que no informan de los temas clave de los que hay una desconexión muy grande a veces entre enfermería y el médico. Si el médico me dice “te vas a la habitación” y se va... A mí me pasó, me lo dijo, y la enfermera no sabía nada. No sabe nada, no le dicen nada, y pregunta y no se le ponen al teléfono. Tú, yo puedo tener una crisis de ansiedad». (I18)

Haciendo referencia a la seguridad, el siguiente informante, que tuvo una estancia en la UCI prolongada, se hace preguntas sobre el lugar donde será dado de alta y sobre si se sentirá seguro allí:

«Allí, ¿quién hay? Independientemente de donde te vas, la zona post UCI (refiriéndose a semicríticos), ¿quién hay allí que pueda ayudarme? No lo he estudiado, no me lo han explicado, ¿vale? ¿Tendré alguien que...? ¿Tendré un timbre? ¿Estaré seguro? Si a mí me pasan algunas de las mil carencias que tengo, porque yo tenía mil, ahh, supondré que me atenderán igual que aquí, pero bueno, es un grado menos, con lo cual, no es planta, porque en planta sé que habrá muchos, muchos enfermeros y muchísimos auxiliares que, pues bueno, me atenderán, pero este paso intermedio, ay, es un poco, y quizá es una figura que no existe en muchos hospitales, vamos, yo no había estado nunca en un servicio como ese». (I14)

### 11.3.1.2 Falta de familiaridad: comportamientos no reconocibles

Algunos informantes describen el alta de la UCI como un proceso precipitado y extraño. Aun así, únicamente un informante reconoció explícitamente un cambio en la forma de cuidar cuando se conoció que se iba a producir el alta, una forma de cuidar que no se corresponde con las experiencias previas de cuidado recibidas en la UCI. Un cambio en el comportamiento habitual de las enfermeras de la UCI dificulta la comprensión de los hechos generando incertidumbre y malestar, haciendo que el paciente se cuestione su derecho a continuar siendo un paciente de UCI:

«Fue lo peor de todo. Me arrancaron todo lo que llevaba rápidamente, llevaba un par de vías, me las arrancaron, pam, pam, fuera, fuera, fuera, apósitos y poca cosa más, siempre se me había tratado con un cariño excelente y parecía que había prisa aquí, de golpe pasé a ser una persona fuera del lugar que me correspondía». (15).

### 11.3.1.3 Falta de coherencia: discontinuidad de los cuidados y cambio en el entorno y en las rutinas

A menudo los informantes, una vez en el destino, sienten que los cuidados recibidos son deficientes y discordantes con su estado de salud, y lo relacionan con una mala transmisión de información entre profesionales. El alta de la UCI implica un cambio de rutinas, de personal y de ubicación física, y la falta de referencias sobre la unidad de destino puede generar falsas expectativas sobre el nuevo escenario y dificultad para interpretar el entorno en términos de seguridad.

La siguiente informante relata una situación en que los profesionales que la atendían no conocían sus limitaciones físicas, justifica este hecho por la rapidez con la que se produjo el alta (en este caso, el traslado de esta paciente se lleva a cabo a las seis de la mañana y por necesidad de ingresar un paciente en la UCI):

«Como fue todo tan rápido en mi caso, tampoco se preocuparon de saber lo que me había pasado y yo llegue allí y... “¡Que sí que puedes levantar la pierna!” “¡Que sí, que...!” Y yo decía: “Es que no puedo”. Y había cosas que yo no podía, y que ellos, al no saber, no estar informados —supongo que por la rapidez o por lo que fuera de mi situación— pues para mí me angustiaba». (11).

Aunque existen informantes que sí relatan que existe una continuidad en los cuidados ofrecidos por las enfermeras, detectan un cambio de ratios enfermera/pacientes que no permite que los cuidados se ofrezcan de la misma forma que se realizaban en la UCI. El siguiente informante relata la diferencia entre la UCI y la sala de hospitalización cuando él avisa al timbre. En este caso, el paciente consigue dar significado e interpretar los hechos:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«A ver, hay una continuidad. Sí, hay una continuidad, lo que pasa es, es lo que te he dicho al principio, [...] me da la sensación de que aquí hay mucha más gente, mucho más enfermo que gente tratando; claro, a veces llamas, aquí llamas y te preguntan qué te pasa. Allí no te preguntaban, allí venían, y dices “oye es que”, “tenía que”, “a ver si me podías”, no sé, acostar o..., entonces me decían: “Espérate un momento que ahora voy a buscar un compañero y vuelvo”. Entonces, el tiempo que pasa desde que dices esto hasta que viene alguien, a veces puede ser más largo de lo que uno quisiera, a veces cuando uno tiene ganas de echarse en la cama o de levantarse es por un motivo. Yo porque no puedo, si no, muchas veces me hubiera bajado de la cama. Porque llega un momento, por ejemplo, cuando se hace de día, que has despertado, aunque no me cambien, no me limpien, no me hagan lo que me tengan que hacer, antes de irme a duchar, si me hubieran sentado en la silla, hubiera estado más tranquilo que no sentado en el, estirado, quería decir estirado, ¿Por qué? Porque se me ha hecho una herida en el, en la parte de atrás de la rabadilla del *dedo* y esto me duele mucho, según qué posición cojo me duele mucho, entonces, solución, o estar de pie, o estar sentado, porque si te sientas, siempre puedes encontrar la posición más adecuada para poder poner el culete, en cambio aquí en la cama, si no te giras, no te puedes girar, la posición es siempre la misma, siempre es la misma, esto para mí era importante por el dolor, no por otra cosa». (12)

La coherencia y familiaridad que aporta la continuidad asistencial en función de los cambios en el estado de salud de los pacientes ayudaría a controlar la incertidumbre inherente al cambio de ubicación del paciente crítico. Para ello, la transmisión de información entre los profesionales es fundamental:

«Ojo, sepsis. Tal cosa. Infección. Todo esto: Comer. Aquí no sabían nada, no sabían nada de cómo deglutía, me empezaron a preguntar todo de nuevo [...] entonces, me provocó una reacción de rabia, de decir “cojones, esto lo tienen que poner por escrito”». (19)

La siguiente informante crea falsas expectativas creyendo que la unidad de semicríticos pueda ser igual que la UCI:

«Yo pensaba que aquello era como la UCI, y claro yo vi que no, y entonces, al ver que no, pues yo me angustio porque digo “ay, si a mí no me vigilan, yo no sé si estoy bien», porque yo no sé lo que hay aquí [señala el pecho],

si realmente estoy curada del todo. No sé. ¿Sabes? Tengo, tengo miedo de que me pase algo, es miedo de... sí, de, de... [resopla] psicológico». (I1)

Es evidente en este relato que el alta de la UCI supone un cambio no solo en el entorno físico, sino también, en la forma en que se organizan los equipos y las rutinas que estos establecen, y estas producen en la informante angustia y miedo.

#### 11.3.1.4 Déficit de autonomía y autocuidado en un entorno de soporte decreciente

Algunos pacientes tras un ingreso prolongado en la UCI o por la propia patología que han sufrido son dados de alta de la unidad con un nivel de autonomía por debajo de la habitual en ellos. La incertidumbre sobre quién suplirá estos déficits de autocuidado en un entorno de soporte inferior al de la UCI es motivo habitual de preocupación en estos pacientes:

«Siempre tienes este miedo, a ver quién me encuentro o a ver cómo lo hago yo solo ahora». (I19)

#### 11.3.1.5 Expectativas frustradas

En otros casos, a pesar de haber recibido información sobre el alta, no se ha advertido de la posibilidad de un eventual cambio de planes debido a circunstancias imprevisibles. En el caso de este informante, la frustración de unas expectativas que se ha dado por sentado que iban a ser inamovibles altera las previsiones y genera malestar emocional ante un cambio de planes:

«Al día siguiente, hasta que me comunicaron que había una cama, que costó mucho, tuve otra crisis de ansiedad, hasta que, hacia las dos, entró una compañera vuestra y me dijo que ya me iba. Entiendo que el hospital está colapsado, ¿eh?, pero es un poco duro para el paciente». (I9)

### 11.3.2 Fuentes de estructura

Se refiere a los recursos que, a juicio de los pacientes, fomentan la interpretación y la comprensión de los hechos y, por consiguiente, según el modelo de Mishel, disminuyen la incertidumbre. Las fuentes de estructura halladas en

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

los relatos de los informantes fueron: *Información del proceso de alta, Planificación del proceso de alta, Autoridad con credibilidad, Continuidad de los cuidados y Apoyo social.*

### 11.3.2.1 Información del proceso de alta

Los pacientes demandan información sobre el proceso de alta para comprender la nueva situación. Una información que ayude a interpretar el alta en sentido positivo y evite los pensamientos erróneos derivados de la incertidumbre ante un futuro todavía no bien definido. Las fuentes de estructura (la provisión de información, por ejemplo) aportan seguridad y confianza. El siguiente informante pasó 53 días en la UCI y de su discurso emerge la necesidad de información sobre el proceso de alta como una estrategia de control de la incertidumbre:

«Faltaría una persona que cuando te vinieran a dar el alta de la UCI te explicara que vas a ese sitio, a un sitio, que quizá no será tan bueno como la UCI pero que es para mejorar, no para empeorar». (I10)

La siguiente informante, tras 25 días en la UCI, al preguntarle sobre cómo le hubiera gustado que se produjera el alta de la UCI, contesta lo siguiente:

«Para mí, más con la calma, más tranquilidad, más poco a poco; pues esto, que alguien me explicara “aquí se trata así, es esto, quizá no tienes la atención 24 horas que tenías aquí, pero se preocupan igual por ti”. Que alguien me hubiera dado la seguridad de que yo al llegar allí iba a estar igual de cuidada que estaba en la UCI». (I1)

La información otorga seguridad a la paciente y a su vez, contrarresta la incertidumbre asociada a la transición.

### 11.3.2.2 Planificación del proceso de alta

La planificación del alta no puede desvincularse de la información sobre la misma y los informantes piden recibir información sobre el momento del alta, la planificación del tiempo durante el proceso, el lugar de destino, el tipo de

cuidados que recibirán en la nueva ubicación y, además, exigen que se informe de la posibilidad de eventos inesperados que puedan alterar dicha planificación.

El siguiente informante relata cómo le hubiera gustado que se planificara el alta de la UCI. Demanda, a su vez, información sobre la hora a la que se producirá el alta, asumiendo que quizá no es una información que pueda saberse desde el inicio, pero considera oportuno que cuando se conozca, se le informe a él también. Todo ello para anticipar la experiencia y generar una expectativas realistas y asumibles:

«Coger la historia médica, recopilarla, hablar con el paciente, “lo vamos a cambiar, posiblemente sea esta tarde, no lo sabemos, pero en cuanto lo sepamos se lo diremos. Allí recibirá unos cuidados con, mmm, que no son tan exhaustivos como los de aquí...”» (I5)

El siguiente informante también relata cómo le hubiera gustado que se produjera el alta; este añade la necesidad de saber los tiempos, las personas que lo acompañarán a la sala de hospitalización y, en definitiva, la falta de planificación sobre el proceso de alta:

«“Hombre, quizá, el jueves a las diez subes a planta, te queda hoy y mañana y vamos a hacer esto, esto, esto, el miércoles por la tarde te quitamos la tráquea”. ¡Ay, la tráquea! “Te quitamos la traqueo y el jueves por la mañana a las diez ya subes a la habitación”. Bueno, sí, siempre te gusta tener más información, [...] es muy, muy difícil ajustarlo, entonces, tampoco fue un desastre, pero bueno, sí que es verdad, que me hubiese gustado: “Mira el médico tal vendrá a las cinco el miércoles y te sacará”, o sea que, “a las seis vendrá el médico tal, o la enfermera tal, y van a intentar o te van a enseñar, intenta descansar”, y al día siguiente la enfermera o el ayudante o quien sea, “te llevarán a la planta 2 y allí empezará este tratamiento”. Quizá sí que te falta información». (I4)

En definitiva, es importante dar a conocer a los pacientes el máximo de información de la que dispongamos referente a los tiempos en los que se producirá el alta y sobre el lugar donde el paciente ingresará para continuar con su estancia hospitalaria.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

### 11.3.2.3 Autoridad con credibilidad: confianza en el personal sanitario

El personal sanitario ha sido identificado como una figura que genera autoridad con credibilidad. La confianza en las decisiones del personal sanitario mantiene bajo control las fuentes de incertidumbre evitables. La siguiente informante denota una confianza absoluta en el equipo que la atiende y eso se traduce en una transición más saludable:

«Confiaba en que aquellas personas pensaban más que yo, porque yo no sé nada de medicina. Si decían que estaba para marchar, estaba para marchar y pasar a planta. [...] No ha sido ningún trauma, he pensado que aquí (en la planta) también me cuidarían [...]. Yo confiaba, yo confiaba, si ellos decían que podía marchar... Tranquilamente, no, nunca, no, miedo no, no porque pensé que esta gente..., yo veía y creía en ellos y que me lo hacían muy bien, y yo entiendo que una UCI es para una persona que está jodida, no como yo ahora». (17)

En los siguientes relatos se describe también la confianza en el personal sanitario:

«No, porque confiaba en la medicina, en lo que decían los análisis, y si el médico considera que está bien... Yo no soy, yo no he estudiado medicina, yo soy carpintero». (112)

«Además todo esto es una tontería, pero, desde el primer momento eh, mi actitud ha sido de aceptar, o sea, confiar en lo que decían, en los que están decidiendo, por tanto, si lo deciden ellos, está bien, punto, final. No me he resistido a nada, seguramente es lo que hace todo el mundo, pero yo, para mí es una situación nueva, qué puedo decir, saben y ya está, tengo familiares, hermanos que me quieren, y ellos también confían, pues confío en lo que digan, pues está bien. [...] si confío, confío y ya está, no me planteo si está bien o no está bien, si estaré bien o no estaré bien. Ellos dicen que esto es lo mejor, pues esto es lo bueno y ya está». (16)

«“Mira, no te dejo ir por esto (pulmones aún con exceso de líquido), hasta mañana no te vas a ir.” Pues claro, dices, pues bueno, si este es el motivo nos esperaremos un poco». (12)

En ocasiones la actitud puede sonar más conformista pero igualmente denotar confianza en los profesionales. Es el caso del siguiente informante, que se describe a sí mismo como una persona conservadora, y probablemente él hubiera esperado más tiempo para salir de la UCI, pero clarifica que confía en los profesionales y en su decisión, eso sí, en forma de pregunta, buscando la aprobación de la investigadora:

«Yo soy más conservador, y sé que mi familia es mucho más atrevida, mi mujer. Pero bueno, al final no era decisión de ella, entiendo, era..., si los médicos decían que sí, es porque podía ir a semicríticos, ¿no? [...] Si un grupo de médicos me dicen que puedo, es que puedo, ¿no? Pero claro, la sensación es que claro, no movía ni..., no me tocaba ni la nariz, claro, es eso de decir, yo había pasado en un día de venir de trabajar a no ser nada, a ser un plátano, así, así de..., es muy duro, es muy duro». (I14)

En ocasiones en que la familia es también personal sanitario, esta actúa también como autoridad con credibilidad. La mujer de este paciente había trabajado de enfermera y de su discurso emerge la misma autoridad con credibilidad que podría darse a los profesionales que lo atienden:

[E: ¿Usted sabía que marcharía pronto, se lo imaginaba?] «No tenía ni idea, pero la mujer, como me iba diciendo que iba mejorando, que iba..., que me estaba recuperando muy deprisa, pues si me lo dice ella, que es del gremio, será que me estoy recuperando, no creo que me lo diga para, no sé *pa qué*». (I12)

Para buena parte de los informantes, los profesionales de la salud son personas referentes y confiables. La confiabilidad, a su vez, es un valor muy apreciado por los pacientes y un estímulo para la toma de decisiones en situaciones inciertas porque intensifica la percepción de seguridad.

#### 11.3.2.4 Continuidad de los cuidados: enfermera referente

La coherencia y familiaridad que proporciona la continuidad de los cuidados acorde a los cambios en el estado de salud de los pacientes contribuye a controlar la incertidumbre inherente al cambio de ubicación del paciente crítico. Para ello, la transmisión de la información entre profesionales es esencial.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

La continuidad de los cuidados que reivindican los pacientes va más allá del alta a planta, extendiéndose hasta el alta hospitalaria, y se basa en un profesional de referencia que aporta un marco de estímulos familiar, puesto que acompaña al paciente en este transitar y lo cuida de manera integral. Así lo describe la siguiente informante:

«Sí, hay algo que podéis hacer, quizá es como coger a un enfermero de referencia que siga tanto en la entrada de..., en la entrada de cualquier servicio, y te lleve hasta el final. Desde cuando se ingresa a un paciente hasta que salga, para que esta persona sea como la referencia, desde el principio hasta el final, como un acompañante. Yo creo que sería una buena idea, porque tener una cara, eh, que conoces y que te lleve de un sitio a otro, pues es como cogerte de la mano cuando, cuando vas la primera vez a la escuela o a cualquier..., te sientes mejor. Que sabes que te vienen a recoger, que te llevan y que te..., y que estarán aquí cuando salgas y cualquier cosa. Estaría muy bien. Yo creo». (I20).

La enfermera referente se propone como una profesional que es responsable de sus cuidados, que realiza un acompañamiento emocional y que potencia sus propios recursos favoreciendo la confianza y la seguridad. El siguiente informante resalta también la necesidad de la figura de la enfermera referente:

«Lo que si hecho mucho en falta es una conexión, quizá falte una conexión más vital, más fuerte, entre el paciente UCI y una enfermera que sea responsable de ese enfermo, porque aunque no te acompañe, si tienen alguna duda o algo, el médico o la enfermera: "Oye es que no sabemos", "Pues..., llamad a la UCI y hablad con la enfermera María, que ella era mi responsable"». (I4)

La enfermera que describe este informante no es necesario, según él, que acompañe de forma física al paciente, pero sí que sea una figura a la cual acudir como referente en los cuidados que el paciente pueda necesitar una vez ha sido dado de alta de la UCI. Es importante que la enfermera referente haga un seguimiento global, hasta el alta hospitalaria, y que tenga en cuenta la esfera psicológica del paciente, la cual, según la percepción de la siguiente informante, no queda registrada en ningún caso:

«Hasta salir del hospital. De cualquier, de cualquier servicio. Todo el recorrido, desde ingresar hasta dar el alta al final, estaría muy bien tener a esa persona, porque creo que a nivel médico todos los informes pasan de un servicio a otro, pero a nivel psicológico esto no queda grabado [...]. El paciente se siente, pues, quizá movilizado de un centro a otro como, no sé, un producto, y hay que hacer seguimiento psicológicamente».

(I20)

Esta figura de enfermera referente fomentaría el bienestar de los pacientes haciéndoles sentir acompañados durante todo el ingreso hospitalario. La siguiente informante así lo refleja:

«Entonces, poder tener también a una persona así que te pueda acompañar y decir, tomar las medidas, las acciones correctivas necesarias en estos momentos. Estaría muy bien porque es que el mental es un..., es una parte enorme de la recuperación de los pacientes; entonces, cuanto

más acompañados, mejor». (I20)

Las funciones de la enfermera referente se describen en los siguientes relatos y hacen referencia al acompañamiento físico y al emocional, al seguimiento del proceso de enfermedad, y se demanda como una persona distinta al personal de la UCI, que se ocupe del alta del paciente crítico:

«Pues me explica..., me explica, bueno, te vuelve a explicar por qué, por qué estabas en la UCI. Ejem, cuál va a ser el proceso; qué enfermeros te van a tocar, eh; cuál es tu medicación, eh; si tienes dolor o no; si eh, no sé, si necesitas algún no sé, no sé..., que se avise a alguien, tener todos los números de contactos para no volver a tener que dar los contactos en cada servicio quizá. Yo he vuelto a dar mi número de teléfono, ahora el de mi madre y el de mi marido entrando aquí, que no es ningún problema, pero esas cosas para hacer seguimiento... y luego qué más, no sé, acompañar, saber si el paciente está bien, si está, si está depresivo o no después de pasar por la UCI. Yo creo que estaría bien, y también serviría creo, para mejorar el servicio que da la UCI, los enfermeros, porque hay pacientes que son conscientes, otros no, pero yo que he podido vivir conscientemente la experiencia en la UCI pues puedo ayudar a que se mejore el servicio, entonces, poder hablar de esta experiencia con alguien que va a tomar notas y luego va a ver qué se puede corregir, qué no

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

hay que corregir, qué se puede agradecer también, que lo hacemos muy bien, pues estaría súper. Mejoraría muchísimo, el ambiente y el pasar por el hospital. No sería tan traumático». (I20)

«Necesitaríamos una persona aparte... Que te fuera explicando que la cosa no es tan grave, que estás mejor y que lo que hacen es para mejorar y no para empeorar; lo que pasa es que eso vale dinero y no hay [...]. Por eso, por eso te he dicho que faltaría una persona que cuando vinieran a darte el alta te contara y te hiciera hablar, que vas un sitio, a un sitio, que quizá no es tan bueno como la UCI pero que es para mejorar, no para empeorar». (I10)

«Iban a mi lado las dos, iban a mi lado, una agarrándome la mano, la más jovencita, agarrándome de la mano, y al otro pues claro, los camilleros y *desto*, e iba una a, en cada lado, en cada lado iban, en cada lado. Y decía: "Tú no te preocupes de nada, tú solo de esto, de esto de respirar, tú tranquila que estamos aquí nosotros, estamos aquí, tú no te preocupes, tú solo de respirar tranquila, de respirar tranquila, tú no te preocupes [...]. Yo sí, yo creo que les..., que les hace mucho. Yo creo que, a una persona, en las circunstancias que he estado yo, eso hace mucho». (I15)

«Para evitar estos miedos, utilices un..., no sé..., una forma, "la Mónica", "la Mónica siempre con"; no siempre puede evidentemente, Mónica, también a veces no está, pero tú con Mónica a muerte; entonces, te vas a planta, pam, pam, un referente que te ayude; eso sería, al menos para mí, sería importante, tener ese, ese tipo referente donde poder cogerte durante y después, en planta, para poder decir, "habla con Mónica y ella te ayudará", lo que hicimos, lo que hemos hecho, lo que no he hecho, fisio». (I4)

En definitiva, una figura enfermera que realice un seguimiento holístico del paciente desde que es dado de alta de la UCI hasta que es dado de alta del hospital. Además, la enfermera referente del alta del paciente crítico también tendría funciones de atención a la familia del paciente crítico:

«Eso sí, en la UCI habría que tener algún rincón, alguna salita o alguna zona donde haya alguna persona como tú, un poquito preparada, para atender a los familiares de los que ingresan, porque claro, ellos llegan y a esperar... Y dónde está, y quiero verlo..., y son los momentos más malos.

Tiene que haber alguien que tranquilice, que relaje a la gente, eso falta, pero no falta aquí, yo creo que falta en todos los hospitales, y con los recortes más. [...] Esa enfermera quedaría, digamos, como un *pen drive* con piernas, estaría en la UCI, y en cualquier momento, pues, depende, la enfermera de aquí, o quien sea que tenga una duda, tendría que hablar con Mónica y le dice: "Oye, ¿habéis hecho fisio con Xavi?" "¿O alguna vez esto?". "Voy a buscar; pues sí, le hice una vez, pero le hice muy poco, un día intentamos esto, pero no hubo oportunidad", esa sería un poco la función». (I16)

Es importante destacar que los informantes siempre se refieren a la persona referente del alta como una figura enfermera. Los pacientes resaltan como profesionales importantes e imprescindibles a las enfermeras.

### 11.3.2.5 Apoyo social

La familia de los pacientes ingresados en la UCI en muchas ocasiones desempeña un papel importante durante la transición, ya que provee al paciente de cuidado y de acompañamiento. La siguiente informante fue dada de alta de la UCI con ciertas limitaciones de movilidad a causa de un ingreso prolongado y muchos días de sedación, analgesia y curarizantes. Su madre es una figura clave de apoyo en las necesidades físicas que surgen a causa de su estancia y patología en la UCI:

«Durante el día están mi madre y mi familia, mi familia; mi madre ya sabes que está aquí todo el día, la pobre mujer..., mi hermana y mis amigos ahora vienen más, mi hermano, mi padre. Pero es mi familia. Mi madre es la que me baña, eh, cada mañana, aquí no me bañan. Me baña ella, me levanta ella, me baña ella, todo ella. Todo, todo. Me cambia, todo. Lo que haga falta». (I1).

Además, cuando la familia integra el doble rol de familiar y profesional puede aportar apoyo social y ejercer, a la vez, de autoridad con credibilidad. En el siguiente caso, la hija del informante es enfermera y, además de proporcionar un ejemplo de fuente de estructura doble, muestra el valor de promocionar el alta a planta como un acontecimiento de sentido positivo para la salud:

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

«Sí que es cierto que mi hija me hizo entender (silencio, se emociona)  
—“claro, ella es enfermera”, me dice—: «Papá, cuanto antes marches de  
aquí (de la UCI), mejor». (I11).

La familia y los amigos, en definitiva, son, según los relatos de los pacientes,  
importantes y hacen sentir bien a los pacientes:

«Yo les dije: llamad a mi casa, llamad a mis compañeras... Llamaron a mi  
casa, se lo dijeron a mi madre, mi madre al poco ya vino, entonces ya me  
sentía mejor». (I1)

«Qué la gente pueda venir a verte es mucho; ahora estaban mis amigas,  
es media vida, me voy a dormir pletórica. Abajo [refiriéndose a la UCI]  
son horarios». (I8)

«El hecho de poder ver a mi hija..., esto me ha dado, me ha dado la vida.  
Ha sido, ha sido espectacular; después de tres semanas, me han escu-  
chado y creo que entendieron que psicológicamente y moralmente era  
un enorme apoyo para mí, y supieron ceder un poquito a las normas y los  
protocolos, así que esto lo agradezco mucho». (I20)

«Ha sido un punto de referencia (refiriéndose a su hija), punto de refe-  
rencia desmesurado, porque ella siempre me dice: “Siempre que salgas  
de un sitio y vayas a otro, es que mejoras, papá”». (I11)

### 11.3.3 Evaluación de la incertidumbre

La experiencia de incertidumbre es un estado neutral que adquiere un sentido  
de peligro o de esperanza, a partir del momento en que la persona hace una  
valoración. En este apartado acoplamos los mecanismos de valoración de la  
incertidumbre utilizados por los informantes de este trabajo a los mecanismos  
descritos por Mishel en su teoría:

#### 11.3.3.1 La inferencia

Según Mishel, la inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre a  
partir de las disposiciones de la personalidad, la experiencia general, los co-  
nocimientos y las pistas contextuales. La personalidad ha sido uno de los

principales argumentos de los informantes para controlar la incertidumbre asociada al proceso de alta de la UCI. Tener voluntad o verse como una persona resignada, confiada u optimista y con ganas de vivir son rasgos de personalidad que han ayudado a mejorar las expectativas sobre una situación incierta:

«No, el traslado estuvo muy bien [...], no me puedo quejar de nadie en ningún sitio porque he estado muy bien en todas partes, también es cierto que tengo una forma de ser, tengo una forma de ser, que me va bien todo, entonces, cualquier cosa es una broma, cualquier cosa es una alegría». (12)

La experiencia de haber sufrido situaciones similares también supone una ayuda en la transición a la sala de hospitalización:

«He tenido a mi padre ingresado, a mi madre ingresada, amigos que han estado..., es decir, que la vida de lo que puede ser estar en planta más o menos sé lo que...» (16)

O por situaciones de alta exigencia:

«Tengo una serie de problemas como todo el mundo, pero me he tenido que espabilar desde los quince años». (17)

Finalmente, ver el entorno como un medio amable y seguro. Amable porque ha sabido personalizar los cuidados a través del soporte emocional o de muestras de interés percibidas como discrecionales:

«Que cuando subí de la UCI me estaban esperando. Es que me sentí como..., como alguien importante [...], porque me recibieron, vinieron aquí las enfermeras: "Hombre ya teníamos ganas de que estuvieras en planta, hemos estado muy pendientes de ti, sabemos de tu caso, enhorabuena, felicidades". Claro, y dices: "Pero, ¿quién soy yo? ¡Si soy una paciente, jolines, que recibimiento!"» (13)

Y seguro porque es capaz de ofrecer criterios objetivos en los que basar la toma de decisiones:

«Que estaba estabilizada, ya no hacía falta que estuviera intubada, que me habían quitado todo y que podía subir a planta». (13)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Por el contrario, cuando la persona percibe que el entorno es incapaz de argumentar la decisión con argumentos creíbles, la incertidumbre se hace más fuerte:

«El no saber o no tener claro adónde voy, pero sobre todo, no tener claro el paso. A ver, yo lo que he tenido es miedo de precipitarme, o no, miedo a que me precipitasen, ¿vale?» (I14)

### 11.3.3.2 La ilusión

Si bien es cierto, según Mishel, que la incertidumbre es inevitable, también es cierto que según sea su valoración puede abrir una ventana a la oportunidad. Los informantes de este trabajo han destacado dos estrategias de las enfermeras para crear ilusión sobre aquello que está sin definir, y que no tiene por qué ser malo que sea así.

Una de las estrategias ha sido crear una situación de bienestar inesperada, capaz de dar fuerza y ánimos para encarar situaciones futuras de incertidumbre. Una paciente explicaba los efectos de la decisión de una enfermera de sacarla del box de la UCI y llevarla al control de enfermería para que pudiera ver la luz natural:

«Me han dado todo lo que me ha podido quitar los días de UCI malos, compensa el ver un poquito de sol [...] Estuve llorando de emoción. [...] Este aire, este sol, lo que he sentido... me hizo ponerme muy zen; decir, bueno, no tengo tele, no pasa nada, parece que estoy mejor, me estoy recuperando». (I18)

La otra ha sido pedir que se refuerce el sentido positivo de la experiencia:

«Debería haber alguien que cuando venga a darte el alta de la UCI te explique que vas para allá, a un lugar que puede que no sea tan bueno como la UCI, pero es para bien, no para mal». (I10)

Insistir en esta valoración evita pensamientos erróneos derivados de la incertidumbre sobre el futuro aún no bien definido. En cambio, no hacerlo anticipa el sufrimiento y cierra el paso a la ilusión:

«Me puso nerviosa, pero no en el sentido de que puede dejar al equipo y todo, es porque yo no sabía si era..., [si] volvía a retroceder». (I15)

## 12. Discusión

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Esta tesis doctoral se centra en la vivencia de ser dado de alta de la UCI abordando el tema de forma cualitativa para poder profundizar en el fenómeno de la transición. El estudio surge a raíz de la tesis doctoral que realizó la Dra. Maite Ricart<sup>4</sup> en la UCI del HSCSP, donde llevó a cabo una investigación cuantitativa para medir los niveles de ansiedad de los pacientes dados de alta de la UCI y los factores relacionados con mayores puntuaciones de ansiedad. A partir de este trabajo, se plantea la idea de profundizar en la transición del alta del paciente crítico a las salas de hospitalización y conocer la experiencia de salida de la UCI.

El tema del alta del paciente crítico de la UCI a las salas de hospitalización ha sido un tema de interés en los últimos años<sup>29,39,50,51,70</sup> y supone una gran responsabilidad y un gran desafío<sup>132</sup>. Aun así, este trabajo demuestra que existe malestar, insatisfacción y necesidades no cubiertas por parte de los pacientes cuando se refieren a la experiencia de alta, por lo que es necesario seguir trabajando para abordar y mejorar la experiencia de transición de alta de la UCI a las salas de hospitalización. Diversos estudios afirman que los profesionales de la salud de fuera de la UCI carecen de información suficiente sobre los síntomas y necesidades que tienen los pacientes después de haber sufrido una enfermedad crítica<sup>32,81,132</sup>, así que este trabajo puede ayudar a mejorar el conocimiento de los profesionales que intervienen en la experiencia del paciente crítico, especialmente por lo que respecta a su traslado desde la unidad de críticos a la planta de hospitalización e, incluso, hasta su recuperación completa.

## 12.1 Discusión sobre los sentimientos que emergen de la experiencia de transición

Los hallazgos de este estudio permiten comprender los sentimientos que emergen durante el proceso de transición de la UCI a la sala de hospitalización. De nuestro trabajo se extraen sentimientos que provocan bienestar (alegría, satisfacción y seguridad) y sentimientos que provocan malestar (ansiedad, tristeza, miedo, rabia, desprotección y ambivalencia de sentimientos). Si comparamos estos resultados con los de la literatura sobre el tema, estos describen sentimientos de ansiedad, desprotección y miedo relacionados

---

con la transferencia de la UCI a las salas de hospitalización<sup>5,6,9,12,13,15,17,51,80,133</sup> y la incertidumbre sobre el proceso de alta de UCI.

Solo algunos estudios afirman que el proceso de alta provoca sentimientos de alegría<sup>3,8,9</sup>. Odell<sup>9</sup> describe en su trabajo la felicidad que emerge del alta de la UCI y la relaciona con una percepción de mejora del estado de salud. En nuestro caso, además de relacionarse con una mejora del estado de salud, muchos de los pacientes la relacionan también con la presencia de las familias y la luz natural. Es necesario recordar que la UCI donde se realiza el presente estudio no tiene luz natural y las familias tienen restringidas las visitas a horarios determinados (un total de tres horas al día). Desconocemos la ubicación de la UCI donde Odell realizó el estudio y su política de visitas familiares. Es evidente que la ubicación actual de la UCI del HSCSP no puede cambiarse, pero esta afirmación tan plausible sobre la importancia de la luz natural en las UCI y la cantidad de informantes que relacionaron la luz natural con la alegría sería importante a tener en cuenta para futuros diseños de UCI.

Satisfacción y seguridad son sentimientos que también emergen de nuestro estudio y que no aparecen en la literatura revisada sobre el alta del paciente crítico. Estos están relacionados con el trato y los cuidados recibidos, con poder llevar a cabo actividades agradables en la sala de hospitalización como pasear o ducharse, con el acompañamiento de una enfermera durante el proceso de alta, con mantener la monitorización si fuese necesario, con la proximidad al control de enfermería y con la autoridad con credibilidad. Este hallazgo es importante para poder garantizar una transición saludable emocionalmente al producirse el alta de la UCI. Precisamente, donde los pacientes se sienten seguros es estando en la UCI<sup>8,15,77,134</sup>, donde sienten que hay mayor vigilancia y observación<sup>8</sup>. Pero, ¿es la UCI el lugar más seguro para los pacientes cuando ya no tienen criterios de estar ingresados en ella? Ciertamente, no. Para ayudar a los pacientes en la comprensión de este hecho, es necesario adoptar criterios de alta objetivos y consensuados por un equipo multidisciplinar y con la participación formal de las enfermeras (las de UCI y las de planta) en la toma de decisiones del proceso de alta<sup>135</sup>, iniciándolo desde el momento del ingreso<sup>136,137</sup> y garantizando la disponibilidad de recursos para afrontar la transición<sup>135</sup>. Todo ello reduciría previsiblemente la incidencia de altas no

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

planificadas, mejoraría la experiencia del traslado y facilitaría la gestión de la incertidumbre que se le asocia.

Por lo que se refiere a los sentimientos que generan malestar, la ansiedad emerge de las experiencias de alta de UCI de muchos de los pacientes entrevistados. Esta aparece en la literatura sobre el tema de forma repetida<sup>3,38,64,68</sup>, refiriéndose como ansiedad de transferencia. El trabajo del que parte esta investigación<sup>4</sup> revela que dos de cada diez pacientes presentan ansiedad al alta en la primera determinación (cuando tienen condiciones clínicas para ser dados de alta de la UCI) y tres de cada diez pacientes en la determinación 4 (a las 72 horas de ser dados de alta de la UCI), es decir, muestran una evolución ascendente, de forma que el porcentaje de pacientes con ansiedad alta es superior en la cuarta determinación respecto a la primera, lo cual constata la presencia de pacientes que incrementan niveles de ansiedad relacionada con el alta de UCI. El estudio de Ricart<sup>4</sup> añade que un estado de salud percibido bajo, una estancia prolongada en la UCI y el soporte social percibido bajo aumentan la ansiedad en los pacientes dados de alta de la UCI. Comparando estos resultados con los del presente trabajo, se observa en los resultados de este estudio que cuando nos referimos a sentimientos que provocan malestar, estos suelen emerger de pacientes con estancias en la UCI medias o prolongadas y, además, estos pacientes asocian estos sentimientos a, entre otras muchas cosas, una percepción de salud no óptima para ser dados de alta de la UCI.

En cuanto al miedo, aparece en muchas de las entrevistas realizadas en este trabajo. Los informantes lo relacionan con la incertidumbre del proceso de alta y con la dificultad para comunicarse, este último factor en pacientes que fueron dados de alta con traqueotomía. La dificultad en la comunicación con los profesionales en pacientes portadores de traqueotomía ya ha sido reportada por otros trabajos<sup>71</sup>. El miedo ya ha sido mencionado en la literatura revisada relacionado con la falta de información sobre el proceso<sup>2,3,11,12,17,60,61,138,139</sup>. Es importante destacar que el miedo podría retrasar la recuperación de los pacientes que han sufrido una enfermedad crítica<sup>17</sup>.

La tristeza y la rabia se mencionaron en pocos discursos de los informantes. La primera aparece por la separación del personal de la UCI. La emoción

«tristeza» únicamente se ha encontrado en un trabajo de toda la literatura revisada sobre el paciente crítico<sup>3</sup>, pero sí se ha hallado en muchos trabajos la depresión a largo plazo<sup>29,39,48,52,69,133</sup> (más allá del alta hospitalaria) y también, como el presente estudio, la depresión se ha hallado en entrevistas en las salas de hospitalización<sup>6,17</sup>. La depresión a largo plazo se ha relacionado, asimismo, con mayor riesgo de fallecimiento en los primeros dos años post UCI<sup>133</sup>. La rabia aparece en nuestros informantes ante situaciones en las que experimentan abandono, ya sea durante el proceso de alta en sí o al llegar al lugar de destino, donde son atendidos de forma diferente a la que esperaban y las situaciones vividas les generan rabia. La dejadez del personal en los cuidados ofrecidos rompe la confianza del paciente en el equipo que lo atiende y genera también rabia. Este fenómeno tampoco lo encontramos descrito en la literatura revisada sobre el alta del paciente crítico. Sí encontramos el sentimiento de abandono después del alta de la UCI<sup>11,71</sup>, relacionado con la pérdida de contacto con el personal de la unidad, con el que se establecen relaciones estrechas<sup>71</sup>. La pérdida de contacto con el personal de la UCI está descrita en la literatura también como causante de ansiedad<sup>61</sup>. Podríamos plantearnos entonces visitas programadas a las salas de hospitalización, a fin de reducir el malestar que causa la pérdida de contacto con el personal de la UCI.

La inseguridad o desprotección descrita por los informantes durante el proceso de alta está relacionada con la falta de información sobre el proceso de alta, procesos de alta urgentes por necesidad de ocupar el box, altas no planificadas y retirada de la monitorización continua. Van Mol<sup>33</sup>, en su trabajo para crear una intervención de seguimiento del paciente crítico, describe la inseguridad relacionada con la falta de continuidad de los cuidados en la sala de hospitalización. Apoyando la idea de la información sobre el proceso de alta, Bench<sup>70</sup> también afirma que esta puede mejorar la seguridad de los pacientes cuando son dados de alta, y como las enfermeras referentes del seguimiento post UCI o post alta a domicilio pueden mejorar la inseguridad descrita por los pacientes. Aun así, no describe las funciones que desempeñan estas enfermeras. Otros autores también afirman que la inseguridad descrita se perpetúa incluso cuando se produce el alta al domicilio, y que las enfermeras de las consultas de seguimiento post alta hospitalaria mejoran la seguridad de los pacientes<sup>36,60</sup>. En definitiva, las enfermeras podemos brindar apoyo a

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

los pacientes, tanto cuando se produce el alta de la UCI a la sala de hospitalización, como cuando se produce el alta hospitalaria a domicilio. Ofreciendo apoyo durante todo el proceso de enfermedad podremos mejorar su confort emocional y su seguridad durante todo el proceso, hasta la recuperación completa. Además, deberíamos plantearnos, en nuestro contexto, las consultas de seguimiento, que la literatura describe como necesarias<sup>36,60,70</sup>. Es necesario reducir de forma precoz, paulatina y según las necesidades reales de monitorización continua de los pacientes<sup>33,68,78</sup> y aportar a estos, y a sus familiares, información sobre el proceso de alta.

La ambivalencia de sentimientos aparece en el discurso de algunos informantes en los cuales convive la alegría con sentimientos que generan malestar (miedo o tristeza). Esta expresión dubitativa de sentimientos surge en muchas ocasiones por la incertidumbre experimentada durante el proceso de alta. Esta expresión como tal aparece en la literatura menos reciente<sup>10,11,17</sup>, pero no aparece en la literatura de los últimos años. El alta del paciente crítico tiene la característica de provocar muchos sentimientos distintos y fácilmente contrapuestos como describimos en el presente trabajo, pero, por alguna razón que desconocemos, el análisis de los trabajos más recientes que hacen referencia a los sentimientos que genera el alta del paciente crítico no categorizan la ambivalencia de sentimientos.

Existen pocos trabajos que profundicen en los sentimientos que emergen de la experiencia de los pacientes<sup>6</sup>, lo que pone en valor el presente trabajo, que profundiza en el tema. Lo que conocemos por la literatura publicada es que los sentimientos que generan malestar emocional no benefician la rehabilitación y recuperación de las personas que han estado ingresadas en una UCI<sup>29,32,33,58,71,133</sup>; por tanto, parece razonable y necesario intentar reducir todos aquellos sentimientos que generan malestar a través de cuidados que promuevan el bienestar de los pacientes.

Observando las características de ingreso en UCI de los informantes que han relacionado su experiencia de alta con sentimientos de bienestar, se pone de manifiesto que estas expresiones provienen de pacientes con ingresos de UCI tanto cortos como medios y prolongados. Por tanto, podemos decir que

experimentar sentimientos positivos durante la transición del alta del paciente crítico no parece que dependa del tiempo de estancia, pero sí, según los informantes, de los siguientes factores: existencia de luz natural, asociación del alta a una mejora del estado de salud percibido, apoyo social, trato y cuidados recibidos, poder llevar a cabo actividades agradables en la sala de hospitalización (pasear, ducharse...), acompañamiento de la enfermera al alta, disminución progresiva de la monitorización y autoridad con credibilidad.

Cuando nos referimos a sentimientos que provocan malestar, observamos que estos suelen emerger de pacientes con estancias en UCI medias o prolongadas. Además, los pacientes los asocian a: pérdida de contacto con el personal de la UCI, falta de continuidad e información de los cuidados necesarios al alta, falta de información al paciente sobre el proceso de alta, percepción de un estado de salud no óptimo para ser dado de alta de la UCI, dificultad en la comunicación, alta rápida y no planificada, retirada abrupta de la monitorización o soporte y distancia de la habitación al control de enfermería excesivamente alejada.

Es necesaria una reflexión sobre el gran número de sentimientos que evoca el alta de la UCI a la sala de hospitalización y cuáles son los desencadenantes que los provocan, para poder trabajar en ellos y propiciar un alta de la UCI emocionalmente saludable.

## 12.2 Discusión sobre el significado «ser dado de alta de la UCI»

Este trabajo ha compilado todos aquellos significados que dan los pacientes al hecho de ser dados de alta de la UCI a la sala de hospitalización. Se extrajeron un total de ocho temas que dan significado a la transición de alta de la UCI: *Alta como indicador de mejora del estado de salud, Alta como generador de autonomía, Volver a empezar, Pérdida de control, Deseo marchar de la UCI, Alta como necesidad organizativa del centro sanitario, ¿Estoy preparado? y Marcharé pronto.*

El alta de la UCI es una decisión médica. Para algunos de los pacientes entrevistados, el alta está relacionada con una mejora de su estado de salud, una

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

mejora que es real y, además, el hecho de salir de la UCI potencia la propia percepción de mejora del estado de salud. Sabemos también que este significado está relacionado con la felicidad, y que hace sentir bien a los pacientes. Esta idea, como ya hemos visto anteriormente, la respalda Odell<sup>9</sup>, que relacionó la percepción de mejora del estado de salud con una mayor felicidad. Pattison<sup>12</sup> también hace referencia a que el traslado a planta adquiere el significado de mejora y recuperación para los pacientes. Debemos tener en cuenta a todos aquellos pacientes que, por diferentes circunstancias, no lo perciban de tal manera para poder abordar la situación de forma individualizada. A la luz de los resultados, deberíamos plantearnos incluir información sobre el estado de salud percibida del paciente. De esta manera, se podrían detectar aquellos pacientes que no atribuyen un sentido de mejora al alta a planta y habilitar intervenciones para modificar esta percepción y, con ello, optimizar las posibilidades de una experiencia de alta saludable.

En cuanto a los familiares del paciente que es dado de alta de la UCI, este trabajo no ha explorado su experiencia, pero la literatura revisada advierte que, en ocasiones, los familiares pueden sentir que su familiar no está preparado para el alta, y eso, sumado al nulo seguimiento y apoyo a los pacientes una vez son dados de alta, está relacionado con miedo e inseguridad<sup>140</sup>; además, destacan la necesidad de información que tienen los familiares de pacientes críticos<sup>141</sup>.

La autonomía de los pacientes se ve reducida durante su estancia en la UCI, esto es una realidad. En muchas ocasiones por la propia patología, y en otras, por la monitorización o por la disposición arquitectónica de la unidad. Estos disruptores de confort limitan la autonomía de los pacientes ingresados en la UCI. Para algunos pacientes, sobre todo para aquellos que conservan independencia suficiente para realizar las actividades de la vida diaria, el alta está relacionada con una recuperación de su anterior autonomía. Según Field<sup>17</sup>, estos pacientes ven la reducción en los cuidados en la sala de hospitalización como una oportunidad. Aun así, existen pacientes que no viven de forma positiva el alta de la UCI; la libertad que muchos pacientes sienten al llegar a las salas de hospitalización puede traducirse en malestar cuando los pacientes, por miopatía o por otras secuelas de la propia enfermedad de UCI, no son

suficientemente autónomos para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y por la disminución de la intensidad de los cuidados, ya sea por aumento de ratios o porque, en general, en las salas de hospitalización los pacientes no requieren de cuidados tan exhaustivos como los ingresados en la UCI, los cuidados recibidos no son suficientes para ellos, generando en ocasiones ansiedad por la disminución en los cuidados en la sala de hospitalización<sup>17</sup>. En estos casos es necesario planificar intervenciones enfermeras para ayudar a estos pacientes, pero debemos reflexionar si actualmente las enfermeras de las salas de hospitalización y de la UCI pueden, por disponibilidad de tiempo, ratios y carga de trabajo, asumir más intervenciones de las que ya realizan. Entra aquí la figura de la enfermera referente de alta del paciente crítico, de la cual discutiremos más adelante. La disminución en la intensidad de los cuidados en la sala de hospitalización se ha descrito como un deterioro en la calidad de los cuidados y se asocia a: escasez de personal, alta carga de trabajo y dependencia de pacientes<sup>49</sup>.

Rushton<sup>142</sup> propone intervenciones que permitan evaluar las necesidades individualizadas de cada paciente aumentando su confianza y su autocuidado, lo que resultará beneficioso a nivel físico y emocional para los pacientes; además, propone planificar el alta, en su caso, de los pacientes post operados de cirugía cardíaca, conjuntamente enfermera-paciente, incluso, familiar-cuidador, lo que podríamos extrapolar a nuestros pacientes dados de alta de la UCI; y es que actividades tan cotidianas como comer o caminar tienen mucho valor para los pacientes<sup>58</sup> que, durante un tiempo, por su estancia en la UCI, carecieron de autonomía para la realización de estas actividades tan corrientes para las personas.

Respecto a la autonomía, es necesaria una reflexión de las enfermeras de críticos. La cuestión es, ¿Dejamos ser independientes a nuestros pacientes? En muchas ocasiones los hacemos dependientes, pero, ¿por qué? ¿Por qué es nuestra forma habitual de cuidarlos o es que realmente necesitan que suplamos todas sus necesidades? Es necesaria esta reflexión para poder ayudar a los pacientes a llegar al alta de UCI con una mayor capacidad y percepción de autocuidado, lo que les permitirá tener una transferencia a la sala de hospitalización más autónoma y consciente<sup>1,68,78</sup>. Esta idea aparece también en

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

la literatura sugiriendo que los modelos de cuidado centrados en la persona tienen el potencial de capacitar a los pacientes para que se vuelvan más autónomos, dejando atrás los modelos paternalistas que no permiten que sean participantes activos de su autocuidado<sup>142,143</sup>. De hecho, promover la autonomía fomentando la movilización precoz tiene beneficios en la salida de los pacientes críticos del hospital. El trabajo de Pandullo<sup>144</sup> así lo demuestra: los pacientes que consiguieron deambular en la UCI tuvieron estancias significativamente más cortas que aquellos que no lo hicieron, y los programas de rehabilitación y fisioterapia en las salas de hospitalización también acortan las estancias hospitalarias de los pacientes de UCI, mejoran la recuperación funcional y son rentables a nivel económico<sup>145</sup>.

Para muchos informantes, el alta de UCI es sinónimo de «volver a empezar». El alta de UCI es vivida como una interrupción en los cuidados recibidos hasta ahora, un cambio del personal que habitualmente les atendía y un cambio en el espacio físico donde hasta ahora estaban situados. Para poder vivir esta transición como una continuidad y no como un punto y aparte son necesarias diferentes intervenciones. Es una realidad que el espacio y el personal cambiarán, pero la información y el acompañamiento pueden ayudar a ver el alta de UCI como una continuación y no como un volver a empezar. La importancia de la información ya ha sido revelada en numerosos estudios sobre el tema<sup>3,6,17,37,60,71,72</sup> y el acompañamiento es otra herramienta vital para los pacientes dados de alta de UCI. Esta práctica está extendida sobre todo en el Reino Unido, donde existen tanto consultas post alta hospitalaria, como un seguimiento en la sala de hospitalización<sup>37</sup>. Sería interesante adoptar este modelo de cuidado en nuestro contexto por los múltiples beneficios que tiene en el paciente<sup>32,36,59,60</sup>.

En ocasiones la sensación de volver a empezar ocurre porque algunos pacientes cuando ingresan en las salas de hospitalización refieren tener que explicar de nuevo aspectos de su propia salud. Esto no ocurriría si las altas de UCI se produjeran tras una buena comunicación entre las enfermeras de UCI y de sala. Esta idea la respalda Van Mol<sup>33</sup>, que afirma que la información transmitida entre profesionales de la UCI y planta es insuficiente. La guía del MSPS<sup>21</sup> sobre estándares y recomendaciones en las unidades de críticos refleja la necesidad

de estandarizar las altas de UCI con *checklists* y personalizarlas garantizando la comunicación entre profesionales durante la transferencia.

El alta del paciente crítico toma el significado de pérdida de control para algunos participantes. Este hecho se traduce en una disminución de la seguridad que sentían cuando estaban en la UCI. La inseguridad que suele acompañar la transición del paciente crítico a la sala de hospitalización está descrita en la literatura revisada<sup>3,33,60,71</sup>, y la forma de reducirla y mejorar la experiencia de los pacientes pasa por aportar suficiente información a los pacientes sobre el proceso de alta<sup>36,60,71</sup>. Además, la información dada a los pacientes debe incluir detalles sobre las diferencias de dotación personal<sup>81</sup>.

Existe para muchos pacientes un deseo real de marchar de la UCI, en muchas ocasiones por todos los disruptores de confort que rodean la estancia hospitalaria en la UCI, y en otras, tal y como describen otros trabajos, por el deseo de recuperar su vida anterior<sup>58,66</sup>. El deseo de marchar de la UCI también emerge por la percepción de aislamiento que sienten los pacientes. Es necesario hacer hincapié en que las entrevistas se realizaron en un momento en que el horario de visitas estaba restringido a tres horas al día. Sí que, posteriormente, en mayo de 2018 se abren las puertas de la UCI a familiares 24 horas al día, pero ahora, a causa de la pandemia por SARS-CoV19, nos encontramos en una situación similar de visitas restringidas. Los familiares únicamente pueden visitar a los pacientes un total de dos horas al día (de 13 a 14h y de 18:30 a 19:30h). Esta situación vuelve a poner a pacientes y familiares en una situación de aislamiento.

Tristemente, en ocasiones ocurre que los pacientes sienten que el alta se produce como una necesidad organizativa del centro sanitario. Por ejemplo, por la necesidad de una cama libre en la UCI. Se detectó de forma puntual, pero no por ello menos importante, que algunos pacientes sintieron que recibían el alta de UCI no por su estado de salud más o menos favorable, sino por necesidad organizativa de la UCI. Como profesionales, no podemos permitir que esto ocurra. Es evidente que los pacientes son dados de alta cuando clínicamente así se considera, pero la sensación del paciente no puede quedar en que es dado de alta por necesidad de una cama en la UCI para otro, este

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

hecho puede tener repercusiones en la seguridad y la capacidad para afrontar el alta de UCI. Debemos trabajar de forma temprana con los pacientes para que conozcan y reconozcan sus progresos y mejora del estado de salud; si se producen altas repentinas, el paciente debe estar convencido de que su estado de salud es suficientemente favorable como para que se produzca su salida de la UCI con seguridad. Recordemos que el alta del paciente crítico provoca inseguridad inherente al proceso<sup>3,33,60,71</sup>, no podemos permitirnos que las altas rápidas empeoren aún más su sensación de pérdida de control de la situación.

Todas estas situaciones llevan a plantearse a los pacientes la siguiente pregunta: ¿Estoy preparado para marchar de la UCI? Analizando los discursos de los informantes de este estudio pudimos observar que aquellos con estancias prolongadas en la UCI (más de 21 días de ingreso)<sup>146</sup> y aquellos con restricciones en la movilidad y en la autonomía fueron los que admitieron en sus discursos no sentirse preparados para salir de la UCI. En contraposición a estos, los que sí se sintieron preparados encontraban la UCI un lugar limitado para ellos, donde tenían limitaciones, por ejemplo, en la movilidad o el acceso al baño. Es necesario trabajar intensamente con aquellos pacientes que no se sienten preparados para que se produzca el alta de UCI, porque hacerlo sin que ellos se sientan preparados está relacionado con miedo y pérdida de la seguridad. Para ello es necesario fomentar la confianza de los pacientes en los profesionales<sup>83</sup>, la promoción de la autonomía y la provisión de información a los pacientes<sup>3,17,37,60,71,72</sup>.

«Marcharé pronto» es un tema importante, porque deja entrever aquellas circunstancias que ayudan a los pacientes a comprender que el alta se aproxima y, de esta manera, dan tiempo a la aceptación y a la preparación para cuando ocurra la transición. Los pacientes son capaces de detectar que la salida de la UCI se aproxima en base a tres experiencias: la primera, la información recibida por el personal sanitario; la segunda, la mejora del estado de salud percibido, y la tercera, la disminución de la monitorización o de los dispositivos de soporte. Preparar a los pacientes y ponerles en conocimiento de la transición que van a llevar a cabo la facilitará, mientras que la falta de preparación actuará como inhibidor durante la transición según Meleis<sup>147</sup>.

El tema de la monitorización fue abordado por otros trabajos, donde los pacientes refirieron que la disminución de la monitorización y de la asistencia en las salas de hospitalización fue repentina, en ningún caso hubo un descenso paulatino<sup>10,72</sup>, lo cual debería ser un objetivo a abordar en nuestro trabajo diario, para favorecer una transición más saludable<sup>33,68,78</sup>. Enger<sup>132</sup> en su trabajo explica que los pacientes y sus familiares se acostumbran a la monitorización continua.

Este trabajo pone de manifiesto que no existe una reducción paulatina de la monitorización. Ningún paciente relató en este trabajo no estar monitorizado en el momento del alta (igualando la condición a la de la sala de hospitalización), lo que sugiere que probablemente se mantuvo la monitorización hasta justo el momento del traslado. Según la literatura revisada, mantener la monitorización continua hasta el momento del alta hizo que tanto pacientes como familiares esperaran que en la sala de hospitalización dicha monitorización continuara, y cuando observaron que no era así, este hecho se tradujo en pérdida de control e inseguridad<sup>132</sup>.

Pero ¿cuál es la realidad de las salas de hospitalización? En planta no existen recursos suficientes para mantener la monitorización de los pacientes de UCI<sup>74,148</sup>. Este hecho provoca en las enfermeras situaciones abrumadoras y la necesidad de capacitar a las salas de hospitalización de más personal y mayor equipamiento para la monitorización<sup>81</sup>. Además, la literatura advierte de la gran carga de trabajo que asumen las enfermeras de las salas de hospitalización<sup>13,30</sup>, y que, para estas enfermeras, cuidar de un paciente dado de alta de la UCI es un gran desafío, porque son pacientes vulnerables y por la falta de conocimientos que tienen sobre cómo cuidarlos<sup>81</sup>.

Retirar bombas de infusión continua, respiradores y otros dispositivos que ya no son necesarios para el tratamiento del paciente podría generar, tanto en pacientes como en sus familiares, reflexiones sobre la proximidad del alta del paciente. Así que esta iniciativa, conjuntamente con la retirada paulatina de la monitorización, podría ayudar a unos y otros a entender y reflexionar sobre la cercanía en el tiempo del alta de la UCI.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 12.3 Discusión sobre la incertidumbre y las fuentes de estructura

La incertidumbre es uno de los temas centrales de este trabajo, y es que la mayoría de sucesos que ocurren alrededor del fenómeno «ser dado de alta de la UCI» están asociados a la incertidumbre inherente o no al proceso y a todas aquellas fuentes de estructura que pueden ayudarnos a reducir la incertidumbre que sienten los pacientes cuando son dados de alta de la UCI, y así poder realizar la transición de alta de forma más saludable.

Como hemos podido observar en los resultados de este trabajo, la enfermedad crítica ya genera, por sí misma, incertidumbre. El concepto de incertidumbre asociado a la enfermedad lo describió Merle Mishel en su Teoría de la incertidumbre. Hasta entonces la incertidumbre no se había relacionado con la enfermedad desde un punto de vista clínico entre las teorías enfermeras existentes, es a partir de esta teoría cuando se describe como un factor estresante en el contexto de la enfermedad<sup>83,84</sup>. Para Mishel, es importante que la persona adopte el papel de líder durante el proceso de enfermedad. Para ello, debe contar con suficiente información sobre lo que está ocurriendo y sobre lo que ocurrirá. Controlar la incertidumbre será esencial para adaptarse a la enfermedad<sup>82-84,86</sup>.

Este trabajo demuestra que la incertidumbre no solo está presente durante la enfermedad crítica, sino que continúa durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización<sup>60,65</sup>, provocando en muchas ocasiones sentimientos causantes de malestar: ansiedad, miedo, desprotección y ambivalencia de sentimientos. Esta idea está respaldada por numerosos estudios (no dedicados al alta del paciente crítico) que evidencian los efectos físicos y emocionales negativos que causa la incertidumbre, entre ellos ansiedad, estrés, miedo y vulnerabilidad<sup>88,103,104,110,113,115,117,149,150</sup>. El presente estudio no realizó un seguimiento a largo plazo de los pacientes, se limitó a dar voz a estos a los pocos días de ser dados de alta de la UCI, pero, al parecer, la literatura revisada afirma que la incertidumbre acompañará a los pacientes durante toda la enfermedad<sup>93,95,98-100,102-105,111</sup>.

Una de las claves para reducir la incertidumbre, como ya contempló Mishel, es la información<sup>83</sup>. Así se afirma también en el presente estudio. La información sobre el proceso de alta es clave para los informantes. La necesidad de ser informado para disminuir los niveles de ansiedad y, en consecuencia, la sintomatología que esta provoca ha sido reportada por otros estudios<sup>92,103,106,107,116,151</sup>. Necesitamos, además, que esta información sea individualizada<sup>93,97,110</sup>.

No debemos desvincular la información sobre el proceso de alta de la planificación del alta del paciente crítico. Es necesario que los pacientes conozcan detalles sobre su nuevo lugar de ubicación, el tipo de cuidados que recibirán en la sala de hospitalización y los tiempos del proceso. Además, por los resultados de este estudio, creemos que es necesario informar a los pacientes de que dicha planificación puede ser cambiante si ocurren eventos inesperados o no planificados.

Reducir la incertidumbre y convertir el alta del paciente crítico en una transición saludable va ligado también a la continuidad en los cuidados que proporcionamos las enfermeras. Para ello, es necesaria una buena comunicación entre el equipo de UCI y el de planta; de esta forma, se podrá garantizar la continuidad de los cuidados que son necesarios para el paciente<sup>1,38,74,78,79</sup>. Trabajos llevados a cabo con otra tipología de enfermedad diferente a la de la enfermedad crítica reconocen esta afirmación, las enfermeras deben acompañar a los pacientes durante todo el proceso de enfermedad, hasta su recuperación, garantizando la continuidad en la atención<sup>106,114,115</sup>. Además, debemos considerar también que la información de traspaso entre unidades es un elemento crucial de seguridad de los pacientes. Se debe garantizar un intercambio de información específica sobre los pacientes entre los dos prestadores de cuidado (la enfermera de UCI y la de sala de hospitalización). Esta consideración está descrita como un objetivo de seguridad prioritario para grupos líderes en seguridad como la OMS, la JCI y el NQF<sup>26,27</sup>.

Además, se propone que el intercambio de información entre enfermeras pueda darse conjuntamente con el paciente, a pie de cama. De esta forma, si el paciente quisiera, podría aportar más información relevante para él. Esta propuesta de práctica esta descrita en la literatura en forma de presencia del

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

paciente en los cambios de turno<sup>152</sup> y podría ser de gran utilidad en la transición de alta de la UCI.

La continuidad en los cuidados va muy ligada al acompañamiento, a que los pacientes sientan cerca a las enfermeras. El presente trabajo manifiesta la necesidad de enfermeras que acompañen a sus pacientes a las salas de hospitalización, lo que se traduce en mayor seguridad durante el proceso de alta, y que dichas enfermeras estén presentes también durante toda la estancia hospitalaria. Esta figura enfermera durante el tránsito por el hospital ha sido descrita por algunos autores<sup>79,136</sup>, pero llama la atención que no sea una práctica extendida. En algunos centros sí existen consultas de seguimiento post UCI que visitan a pacientes que han sido dados de alta a sus domicilios<sup>32,49,60,63</sup>, pero el presente trabajo insiste en un acompañamiento más precoz, desde que se produce el alta de la UCI, incluso desde el ingreso en la UCI.

Las enfermeras referentes del alta del paciente crítico, según los pacientes entrevistados, cumplirían las siguientes funciones: cuidados durante el traslado a la sala de hospitalización, figura a la cual acudir cuando existan dudas por parte de las enfermeras de la sala sobre los cuidados a los pacientes y seguimiento global hasta el alta hospitalaria. En definitiva, una figura enfermera que realice un seguimiento holístico del paciente desde que es dado de alta de la UCI hasta que es dado de alta del hospital. Además, la enfermera referente del alta del paciente crítico también tendría funciones de atención a la familia del paciente crítico. Es importante destacar que los informantes siempre se refieren a la persona referente del alta como una figura enfermera. Las enfermeras son profesionales importantes y una figura imprescindible para los pacientes. La necesidad de una enfermera de enlace ya ha sido reportada<sup>79,80,136,153</sup>; aunque Chaboyer<sup>80</sup> no redujo la ansiedad al alta de UCI de los pacientes con la intervención de implantar una enfermera de enlace, Hall Smith<sup>153</sup> sí demostró que esta figura ayudaba a los pacientes a superar las transiciones hasta el alta domiciliaria y que actuaba como un facilitador. Es necesario realizar más estudios y de mayor rigor metodológico para conocer los posibles beneficios de la figura enfermera referente de altas de pacientes críticos.

Hay que tener en cuenta que una simple visita puntual a los pacientes a las salas de hospitalización, que en ocasiones realizamos cuando se establece una relación muy cercana con el paciente y su familia, ya sería muy beneficiosa para los pacientes a nivel emocional. Prinjha<sup>60</sup> describió en su trabajo que dicha visita suponía para los pacientes un alivio. En nuestras entrevistas solo una informante expresa la satisfacción de las visitas de las enfermeras de la UCI para verla y saber de su situación actual; no quedó registrada, en cambio, la satisfacción de los pacientes por las visitas a las salas de hospitalización que derivaron de las entrevistas, pero recuerdo que los pacientes se sentían agradecidos y satisfechos por las visitas que precedieron a la entrevista para rellenar los cuestionarios y validar su capacidad para testimoniar su experiencia. El mismo día de la entrevista muchos aprovechaban la oportunidad para agradecer los cuidados recibidos en la UCI y hacer llegar sus agradecimientos al personal que recordaban especialmente. Nuestra visita puede ser realmente beneficiosa para los pacientes. La pérdida de las relaciones cercanas que muchas veces se establecen en la UCI entre el personal y los pacientes y sus familiares puede llegar a generar sentimientos de abandono y vulnerabilidad<sup>1,71</sup>, incluso se ha descrito ansiedad por la separación del personal de la UCI<sup>61</sup>.

La autoridad con credibilidad fue descrita por Mishel como el grado de confianza que la persona tiene con el personal sanitario que la atiende. Puede aplicarse a médicos, enfermeras y cualquier personal sanitario<sup>83</sup>. Este trabajo identifica al personal sanitario como fuente de autoridad con credibilidad y permite objetivar cómo la confianza en el personal sanitario que atiende al paciente permite mantener bajo control las fuentes de incertidumbre evitables.

El apoyo social, ya provenga de familiares o de amigos, ha demostrado ser, tanto en nuestro trabajo como en la literatura revisada, un pilar fundamental para el afrontamiento durante la estancia en la UCI y durante las transiciones que se producen hasta la rehabilitación completa<sup>35,45,49,50,59,60,63</sup>. Según Olsen<sup>50</sup>, la familia no es solo una fuente de apoyo, sino también de provisión de información. Para Mishel<sup>83</sup>, la familia es el apoyo social que reduce la complejidad percibida por la nueva situación y puede ayudar a la persona en la interpretación del significado de los hechos, aunque es necesario recordar que la implicación de la familia en la planificación del alta debe abordarse desde

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

la convicción de que la familia es, también, objeto de cuidado y susceptible de sufrir estrés de relocalización, por lo que deberá recibir el soporte necesario para que no viva la implicación en el cuidado como una pérdida de seguridad y protección<sup>2,54</sup>. Es necesario, por tanto, volver a incluir a los familiares en las UCI el máximo tiempo posible; a poder ser, volver a las puertas abiertas a familiares de la UCI 24 horas al día.

A la luz de los resultados de este estudio, ¿cómo podemos entonces las enfermeras contribuir a mejorar la experiencia del alta del paciente crítico? Las claves de ello serían ayudar a disminuir la incertidumbre y mejorar el afrontamiento.

Para disminuir la incertidumbre se ha demostrado que la información al paciente<sup>15,154</sup>, incluyendo también información escrita<sup>33,136,155</sup>, la comunicación interprofesional estandarizada<sup>15,33,136,154,155</sup>, la planificación y protocolización del proceso<sup>33,37,79,136,155</sup> y la presencia de una enfermera de enlace durante el tránsito del paciente por el hospital son intervenciones útiles<sup>79,136</sup>, tal y como también han sugerido los informantes de este trabajo. Entre los factores de riesgo para desarrollar trastornos emocionales al alta de la unidad, cabe destacar, según la literatura publicada<sup>4,146</sup>, el ser mujer, tener bajo apoyo social y haber pasado por un ingreso de larga estancia en UCI, por lo que se recomienda focalizar las intervenciones en este segmento poblacional.

## 13. Propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

En este capítulo se describen las propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico extraídas de las experiencias de transición de los pacientes entrevistados y a partir de los resultados de los subcapítulos 11.1, 11.2 y 11.3. Se han identificado elementos que requieren cambios en la práctica enfermera y que es necesario añadir al protocolo de alta del paciente crítico.

A la luz de los resultados de este trabajo, podemos afirmar que los cuidados del proceso de alta deben iniciarse desde que el paciente ingresa en la unidad de críticos. Se proponen intervenciones a realizar en el momento de ingreso, en el momento del alta y/o en la sala de hospitalización.

A continuación, se detallan los cuidados propuestos a partir de los resultados de esta tesis doctoral, definiendo los objetivos, el momento en que deben llevarse a cabo y las intervenciones propias para cada cuidado.

Tabla 6. Propuesta de cuidado «Fomento de la autonomía»

Fomento de la autonomía	
<b>Objetivo</b>	Garantizar que el paciente sea dado de alta con el mejor estado funcional y físico.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implicar en la práctica enfermera la autonomía potencial del paciente permitiendo que el paciente pueda llevar a cabo el máximo de actividades de autocuidado.</li> <li>▪ Facilitar el autocuidado.</li> <li>▪ Implicación de la familia en el cuidado del paciente.</li> <li>▪ Movilización precoz.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 13. Propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico

Tabla 7. Propuesta de cuidado «Planificación del alta»

Planificación del alta	
<b>Objetivo</b>	Garantizar que el paciente se sienta preparado para ser dado de alta.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input type="checkbox"/> Durante el alta <input type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planificar el alta desde el momento del ingreso.</li> <li>▪ Aportar seguridad al paciente y señales de que mejora su estado de salud y, por tanto, el alta está más próxima, a través de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución paulatina de la monitorización hasta equipararla a la de la sala de hospitalización (nunca retirada brusca de la monitorización).</li> <li>- Retirada de aparataje de soporte no necesario para el paciente del box (ventilación mecánica, monitorización avanzada, terapia de reemplazo renal...).</li> </ul> </li> <li>▪ Anticipar la posibilidad de imprevistos.</li> <li>▪ Criterios objetivos de alta y consensuados por un equipo multidisciplinar con la participación formal de enfermeras (de UCI y de planta) que incluyan criterios de valoración de las necesidades de enfermería.</li> <li>▪ Incorporar a las enfermeras de sala y de UCI al equipo de toma de decisiones del alta a planta del paciente crítico.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar que la enfermera de planta puede recibir al paciente en ese momento con recursos personales y materiales suficientes.</li> <li>- Asegurar que se ha transferido toda la información entre la UCI y la sala.</li> <li>- Verificar que la nueva ubicación del paciente se adecúa a las necesidades de este (proximidad al control de enfermería, monitorización si fuera necesaria...).</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Tabla 8. Propuesta de cuidado «Información sobre el alta»

Información sobre el alta	
<b>Objetivo</b>	Garantizar que el paciente reciba toda la información necesaria sobre el proceso de alta y tenga espacio para poder responder sus dudas.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aportar información estándar al paciente y a la familia sobre el alta.</li> <li>▪ Aportar información personalizada sobre el proceso de alta al paciente y a la familia.</li> <li>▪ Dar espacio a dudas o necesidades que puedan surgir al paciente y a la familia.</li> <li>▪ Hacer hincapié en la posibilidad de cambios en los tiempos o los lugares de ubicación por necesidades organizativas del centro.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 13. Propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico

Tabla 9. Propuesta de cuidado «Continuidad de los cuidados»

Continuidad de los cuidados	
<b>Objetivo</b>	Garantizar el seguimiento y la prestación de cuidados individualizados que requiera el paciente en todas las fases de su estancia hospitalaria.
<b>Momento</b>	<input type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protocolizar un informe de alta del paciente crítico que tenga espacio a las necesidades individuales de este.</li> <li>▪ Seguimiento: Escenificar la entrega del paciente entre enfermeras.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas implicadas: enfermera UCI, enfermera planta, paciente y familia.</li> <li>- Acciones: Presentación de los implicados. Transmisión de la información en presencia del paciente y la familia. Oportunidad de paciente y familia de expresar dudas o necesidades. Acompañamiento de la enfermera de sala durante el traslado.</li> </ul> </li> <li>▪ Otros niveles de seguimiento (según recursos disponibles y compromiso institucional):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera de enlace o referente de altas.</li> <li>- Consultas externas de seguimiento post UCI.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Tabla 10. Propuesta de cuidado «Promoción de un entorno confiable y seguro»

Promoción de un entorno confiable y seguro	
<b>Objetivo</b>	Garantizar la percepción de seguridad de los pacientes cuando son dados de alta de la UCI.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantener la coherencia en el perfil de atención.</li> <li>▪ Soporte emocional a pacientes y familias.</li> <li>▪ Enfermera implicada en el bienestar del paciente y la familia más allá de las intervenciones «visibles» y «medibles».</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Propuesta de cuidado «Cuidar a la familia»

Cuidar a la familia	
<b>Objetivo</b>	Ofrecer apoyo y recursos a las personas que participan en el cuidado de los pacientes.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soporte emocional a la familia: liberarla de responsabilidades si lo necesitan y/o dar refuerzo positivo a los logros.</li> <li>▪ Educación sobre qué pueden hacer y/o cómo hacerlo.</li> <li>▪ Mostrar disponibilidad para acompañarlos durante el proceso de aprendizaje.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 13. Propuestas de cuidado para el proceso de alta del paciente crítico

Tabla 12. Propuesta de cuidado «Enfermera referente de altas»

Enfermera referente de altas	
<b>Objetivo</b>	Crear una figura enfermera que sea responsable y referente de que se lleven a cabo todas las intervenciones propuestas y realice seguimiento de los pacientes dados de alta.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seguimiento de los pacientes una vez son dados de alta de la UCI mediante visitas rutinarias a las salas de hospitalización.</li> <li>▪ Dar soporte al personal de la UCI y las salas en cuanto al alta del paciente crítico se refiere.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Propuesta de cuidado «Educar para interpretar las pistas contextuales»

Educar para interpretar las pistas contextuales	
<b>Objetivo</b>	Ayudar a pacientes y familiares a interpretar el entorno y lo que está ocurriendo en él.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayudar al paciente y a la familia a interpretar con honestidad y realismo las pistas contextuales.</li> <li>▪ Apoyo al paciente y a la familia en la toma de decisiones.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Tabla 14. Propuesta de cuidado «Incidir en la evaluación de la incertidumbre»

Incidir en la evaluación de la incertidumbre	
<b>Objetivo</b>	Ayudar a pacientes y familiares a evaluar la incertidumbre inherente al proceso de enfermedad y transición de alta de la UCI.
<b>Momento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Desde el ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Durante el alta <input checked="" type="checkbox"/> En la sala de hospitalización
<b>Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente y a la familia a identificar potencialidades personales y contextuales que aporten sensación de poder en el control de la incertidumbre.</li> <li>• Ayudar al paciente y a la familia a identificar experiencias previas de control de la incertidumbre aplicables al desafío del alta a planta.</li> <li>• Insistir en el sentido positivo de la experiencia.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Todas las propuestas de cuidado detalladas en el presente capítulo surgen de las experiencias narradas por los pacientes entrevistados y pueden mejorar la experiencia de transición de alta de los pacientes críticos. A la luz de los resultados obtenidos, se advierte la necesidad de poner el alta en el centro de los cuidados y crear grupos de trabajo que valoren todas estas propuestas de cuidado, que añadan nuevas si lo consideran, y que realicen un seguimiento de la aplicación de las propuestas consensuadas con el objetivo claro de mejorar las experiencias de transición de los pacientes.

## 14. Conclusiones

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

El estudio llevado a cabo ha permitido responder a las preguntas planteadas sobre el tema y presentar las siguientes conclusiones en base a los objetivos inicialmente planteados:

*Conocer y comprender la experiencia de transición de la UCI a las salas de hospitalización, y aplicar a dicha experiencia la perspectiva teórica de la incertidumbre de Merle Mishel.*

En respuesta al objetivo general planteado en esta tesis doctoral, este estudio ha permitido conocer y comprender la experiencia de los pacientes entrevistados dados de alta de la UCI. Estos resultados proporcionan a las enfermeras de la UCI, a las de planta y a todo el personal implicado en el proceso de alta del paciente crítico una visión global de lo que supone la transición a las salas de hospitalización en términos de sentimientos, significados, necesidades y propuestas de cuidado para mejorar la experiencia de alta del paciente crítico.

En cuanto a los objetivos específicos de este trabajo:

1. *Conocer los sentimientos que emergen de las experiencias de los pacientes que son dados de alta de la UCI.*

Este trabajo muestra los sentimientos que emergen de la transición de ser dado de alta de la UCI mostrando una visión muy personal y profunda sobre la experiencia. Cada historia de vida es diferente y única, pero hemos podido comprobar que ser dado de alta de la UCI es una transición importante y relevante en la vida de las personas que han estado ingresadas en la UCI, por todos los sentimientos que surgen de esta.

La descripción de los sentimientos que emergen de la experiencia de alta y los cuidados enfermeros a los que los pacientes han atribuido cada sentimiento permiten que las enfermeras puedan aumentar su agudeza por detectarlos y proporcionar cuidados que, para los pacientes, se asocian con sentimientos que generan bienestar.

2. *Conocer qué significado dan los pacientes al fenómeno «ser dado de alta de la UCI».*

El alta a las salas de hospitalización del paciente ingresado en la UCI ha demostrado ser una transición que evoca múltiples significados asociados a la

experiencia. Los resultados extraídos sobre los significados de ser dado de alta permiten aproximarnos al fenómeno de dicha transición aportando a las enfermeras la necesidad de anticipar y preparar el alta desde el ingreso de los pacientes en la UCI.

3. *Aplicar la Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel al fenómeno de ser dado de alta de la UCI.*

La incertidumbre forma parte de los procesos de enfermedad, como así demostró Mishel. Este trabajo muestra como el proceso de transición de alta de la UCI también se asocia en muchas ocasiones con incertidumbre. Aplicar la perspectiva teórica de la incertidumbre de Mishel para cuidar al paciente crítico en el proceso de alta a planta puede mejorar la experiencia. La preparación del alta debe hacerse desde el momento del ingreso porque la adaptación a la incertidumbre es un proceso gradual que se desarrolla sobre la base de una relación de confianza que crece día a día. Para ayudar al paciente crítico a afrontar la incertidumbre es necesario promover un cambio cultural en las unidades de críticos asumiendo la necesidad de fomentar la autonomía de los pacientes, empoderar a las enfermeras y aportar los recursos necesarios.

4. *A partir de los resultados obtenidos en relación con los objetivos 1, 2 y 3, identificar y proponer intervenciones orientadas a la mejora de la experiencia del paciente crítico en el proceso de alta.*

Los resultados obtenidos a través de las experiencias del proceso de alta de los pacientes entrevistados nos han permitido formular intervenciones para mejorar la experiencia de dicha transición. Son necesarios trabajos posteriores con todo el personal implicado en el proceso de alta, pero hemos podido identificar intervenciones que sería necesario aplicar y protocolizar.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL ALTA A PLANTA DEL PACIENTE CRÍTICO: VIVENCIAS DE SUPERVIVIENTES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mónica Romero Pastor

## 15. Limitaciones y futuras líneas de investigación

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 15.1 Limitaciones

En este apartado se presentan las limitaciones encontradas durante la ejecución del presente trabajo:

1. El agradecimiento que los informantes sienten hacia los profesionales que les han tratado en una circunstancia vital tan importante como es el ingreso en una UCI puede en ocasiones impedir un discurso totalmente libre sobre su experiencia de transición. Se detectó que, en muchas ocasiones, cuando se identificaba un déficit en el cuidado, acto seguido el informante buscaba una justificación. Esta acción nos hace pensar en la gratitud incondicional del paciente respecto a los profesionales o un miedo a incomodarlos. Desde el punto de vista humano es comprensible, pero como profesionales no debemos complacernos con una actitud acrítica sobre nuestro trabajo. Es necesaria la crítica para poder mejorarlo.
2. El hecho de que la investigadora principal hiciera las entrevistas, y la exigencia de que los pacientes entrevistados nunca hubieran sido tratados por la persona que realizaba las entrevistas por las razones comentadas en el punto 1, hizo que se perdieran informantes. Aun así, se consiguió la saturación de datos.
3. Se perdieron informantes también cuando se tomó la decisión de no contar con la observadora en las entrevistas. Las primeras entrevistas de este trabajo se realizaron con la presencia de una observadora; de forma casual, en tres entrevistas esa persona no pudo estar presente y se apreció que cuando solo estaba presente la investigadora principal durante el desarrollo de la entrevista, los pacientes tenían más facilidades para expresar sus sentimientos y vivencias que cuando estaban presentes dos enfermeras de la UCI. Cuando se tomó la decisión de anular la observadora, se descartaron las entrevistas anteriores realizadas en presencia de esta.
4. Este estudio ha demostrado la importancia de la familia durante el proceso de alta del paciente crítico; sin embargo, esta quedó al margen de nuestro estudio. Quizá sería interesante conocer la experiencia de los familiares de

## 15. Limitaciones y futuras líneas de investigación

---

los pacientes, lo cual se propone más adelante como una propuesta futura de mejora.

5. Existió una dificultad real para encontrar pacientes. Se observaron obstáculos en cuanto al estado de conciencia (escala de Glasgow  $< 15$ ), dificultad en la comunicación (traqueostomía), inestabilidad hemodinámica o dificultad respiratoria, no tener recuerdos de la estancia en la UCI o del alta de esta y la negativa de participar en el estudio. Este hecho no comprometió la investigación en cuanto a lograr la saturación de datos, únicamente comportó que se alargara el tiempo de recogida de datos.
6. Este trabajo describe el fenómeno de ser dado de alta de la UCI, pero por su misma naturaleza descriptiva no implanta cambios ni comporta ninguna intervención en la práctica enfermera. A pesar de ello, a raíz de los resultados, sí pueden hacerse propuestas de cambio.

### 15.2 Futuras líneas de investigación

Llevar a cabo esta tesis doctoral y los resultados obtenidos han aclarado algunos interrogantes sobre el tema tratado, pero a su vez ha generado nuevas incógnitas e ideas para llevar a cabo en el futuro.

A continuación, se exponen futuras líneas de investigación:

1. Replicar el mismo estudio en contextos distintos para conocer si en otros contextos los resultados son similares.
2. Redactar, implementar y evaluar un protocolo de alta del paciente crítico que contemple todas aquellas mejoras que surgen de los resultados del presente estudio. Para ello se propone diseñar un proyecto de Investigación Acción Participativa (IAP) con todos los profesionales implicados en el proceso de alta de UCI (enfermeras de UCI, enfermeras de planta, enfermeras gestoras, médicos de UCI, médicos de sala, celadores...). Este proyecto implica un proceso de reflexión para la mejora de la experiencia del alta del paciente crítico, el compromiso de todos los implicados, la propuesta e

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

implantación de intervenciones y siempre acompañado de un riguroso seguimiento para que este sea eficaz y eficiente.

3. Conocer la experiencia de transición del paciente crítico desde la mirada de la familia o red social.
4. Evaluar los actuales informes de alta de enfermería e implantar, si fuera necesario, un nuevo informe que contemple las necesidades de documentación detectadas en el presente trabajo.

## 16. Implicaciones para la práctica

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Los resultados de este trabajo pueden ser utilizados en diferentes vertientes de la práctica enfermera: Asistencial, Investigación y Gestión.

En primer lugar, a nivel asistencial es necesario hacer un cambio cultural en las UCI. Este cambio consiste en aprender a dejar marchar a nuestros pacientes y en fomentar su autonomía desde el ingreso en la UCI. El alta del paciente ingresado en críticos debe ser un elemento más a tener en cuenta como importante. La tecnificación de las UCI no debe hacer que se pierda la humanización en momentos tan importantes como ha demostrado ser el alta a las salas de hospitalización.

El alta debe prepararse siempre que sea viable, con la máxima antelación posible. Para ello, es necesario informar a pacientes y familiares sobre la proximidad del alta aportando información sobre el lugar de destino y sobre los pasos que se seguirán. Es importante también advertir de que, en ocasiones, estos pasos no pueden seguirse tal y como se han explicado, por necesidades externas al paciente y la enfermera. Además de la información, fomentar la autonomía de los pacientes y reducir la monitorización, ajustándonos a lo que realmente requiere la patología del paciente, ayudarán a que la transición de alta no se viva en forma de ruptura y desconexión de los cuidados. Se propone también que toda la información pueda darse por escrito, para que pacientes y familiares puedan consultarla en cualquier momento.

Siempre que sea posible, la enfermera informará al paciente de los pasos que se van produciendo sobre el alta. Es importante visibilizar todo el trabajo que realizan las enfermeras, ello dará seguridad a los pacientes. Por ejemplo, explicar al paciente que se ha contactado con la enfermera de la sala de hospitalización; incluso, si el trabajo lo permite, hacer la transferencia de información entre enfermeras (UCI-sala de hospitalización) en presencia del paciente, dándole a este la posibilidad de añadir información relevante para él, sobre sí mismo. Acompañar al paciente a la sala de hospitalización es también una medida para fomentar el bienestar de los pacientes.

En definitiva, es necesario individualizar los cuidados al alta para garantizar la máxima seguridad física y emocional.

Las altas rápidas —aquellas que se producen de forma precipitada porque no hay camas libres en la UCI y es necesario dar el alta de forma abrupta al paciente que está en condiciones médicas de ser dado de alta— siempre existirán, pero si las enfermeras trabajamos el alta del paciente crítico desde el ingreso en la UCI, fomentando su autonomía, ajustando los cuidados a su estado físico y aportando información valiosa para el paciente sobre el alta y lo que se espera de esta, es muy probable que las altas rápidas no sean vividas con tanto malestar como hemos podido observar en algunos relatos de nuestros informantes.

En cuanto a las salas de hospitalización, es necesario que estas transmitan seguridad. Es una realidad, la ratio enfermera-paciente es muy distinta. En este trabajo no se valora si la ratio es suficiente o mejorable, pero sí debemos tener en cuenta que el paciente que es dado de alta de la UCI, en algunos casos, necesitará que se le reafirme que la sala de hospitalización es un lugar seguro también.

Para ello, no es necesario igualar los cuidados que se realizaban en la UCI. Ni es necesario, ni es viable, por la diferencia de ratio. Lo que sí necesita el paciente post crítico es tener la seguridad de que donde está ahora su enfermera también lo conoce y su enfermera está. Es vital la transferencia de información entre enfermeras y la presencia, entendida no como una presencia continua pero sí la de disponibilidad a la llegada, por ejemplo, y para ello es necesario una buena coordinación entre enfermeras cuando se produce el alta. Además, para pacientes de mucha complejidad, se propone utilizar las habitaciones más cercanas al control de enfermería, siempre según el criterio del equipo asistencial de la sala de hospitalización. Esta estrategia no consume muchos recursos, sobre todo si puede planificarse con antelación y de esta manera evitar incluso cambios de habitación. Todas estas recomendaciones aportan seguridad a los pacientes.

En cuanto a las implicaciones en el ámbito de la investigación, este trabajo aporta información muy valiosa sobre la vivencia de los pacientes cuando son dados de alta de la UCI en nuestro contexto particular, pero es necesario continuar trabajando en el tema creando grupos de trabajo multidisciplinares

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

que incluyan todos aquellos profesionales implicados en el proceso de alta del paciente crítico y, por qué no, a familiares y pacientes para implantar intervenciones y hacer un seguimiento de ellas.

Finalmente, dentro de las implicaciones en gestión, si se pretenden hacer todos los cambios mencionados y dar mayor relevancia al alta del paciente crítico, será necesario trabajar para poder garantizar un cuidado individualizado, organizado y de calidad pudiendo disponer de todos los recursos necesarios para poder implantar cambios en la práctica.

## 17. Difusión y aportación a la comunidad científica

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Se presenta la difusión de resultados de este trabajo hasta el momento. El objetivo es continuar realizando nuevas aportaciones a la comunidad científica:

### Jornadas y Congresos:

Comunicación oral

Mónica Romero Pastor, María Teresa Ricart Basagaña, Albert Mariné Méndez, María del Mar Lomero Martínez, José Oriol Romaní Alfonso, María Lourdes Rubio Rico

«Incertidumbre al alta del paciente crítico: Propuestas de cuidado desde la perspectiva teórica de Mishel»

XLVIII Congreso Nacional de la SEEIUC

Málaga, 5 de junio de 2023

Póster y comunicación oral

2º Premio mejor póster/comunicación breve

Mónica Romero Pastor, María Teresa Ricart Basagaña, Albert Mariné Méndez, María del Mar Lomero Martínez, José Oriol Romaní Alfonso, María Lourdes Rubio Rico

«Percepción del paciente crítico sobre el alta de UCI»

4º Congreso de Investigación SATSE

Barcelona, 15 de marzo de 2023

Ponencia

Mónica Romero Pastor

«Percepción del paciente crítico al alta de UCI. Teoría de la incertidumbre de Merle Mishel»

Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería (URV)

Tarragona, 26 de enero de 2022

## 17. Difusión y aportación a la comunidad científica

---

### Ponencia

Mónica Romero Pastor

Ponencia en la «Càpsula 2: Tesis en línia de recerca Infermeria de Salut Mental i addiccions»

«Alta del pacient crític: Resultats preliminars»

II Workshop del programa de doctorat Infermeria i Salut de la URV

Tarragona, 14 de noviembre de 2019

### Comunicación oral

Mónica Romero Pastor, María Teresa Ricart Basagaña, Albert Mariné Méndez, María del Mar Lomero Martínez, José Oriol Romaní Alfonso, María Lourdes Rubio Rico

«Percepción del paciente crítico en relación al alta de UCI»

Congreso Nacional «Los nuevos retos de las enfermeras en el Siglo XXI»

Barcelona, 8 de noviembre de 2019

### Ponencia

Mónica Romero Pastor

«Cura Infermera a l'alta d'UCI»

EUI Hospital Sant Pau

Barcelona, 4 de octubre de 2019

### Comunicación oral

Mónica Romero Pastor, Maite Ricart Basagaña, Albert Mariné Méndez, Oriol Romaní Alfonso, Dolores García Campos, Lourdes Lourdes Rubio Rico

«Percepció del pacient crític en relació a l'alta de UCI»

I Jornada de Recerca EUI Sant Pau

Barcelona, 12 de julio de 2019

### Póster

Maite Ricart Basagaña, Mónica Romero Pastor, Albert Mariné Méndez

«Ansiedad en pacientes dados de alta de UCI»

Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras

Barcelona, 27 de mayo de 2017

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Comunicación oral

Mónica Romero Pastor, Maite Ricart Basagaña, Albert Mariné Méndez, Ana

López Pérez, María Ferreiro Gómez, Natalia Solà Solé y Mar Lleixà Fortuño

«Ansiedad y apoyo social en los pacientes dados de alta de la UCI»

Congreso nacional SEIUC

Tenerife, 12 de junio de 2012

## 18. Reflexiones finales

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

Un trabajo de investigación debe ser siempre riguroso, objetivo y metódico, y este trabajo ha tratado de serlo. Lo que puedo afirmar sin dudas es que este es un trabajo sobre todo humano, que ha tratado de profundizar en una experiencia vital para los pacientes que decidieron colaborar en este proyecto, para mejorar la experiencia de los que les sucederán en el tiempo. Puedo decir, después de realizarlo, que las investigaciones que se aproximan tanto a las experiencias vitales de las personas cambian la forma de mirar el fenómeno que uno tiene como objetivo estudiar, cambian al investigador y aportan información muy valiosa sobre experiencias humanas que pueden ayudar a las enfermeras a reflexionar y cambiar sus prácticas cotidianas.

Llevar a cabo el presente trabajo ha sido muy gratificante a nivel personal y profesional. Escuchar a los pacientes, sin duda, ha sido muy satisfactorio. Agradezco enormemente el esfuerzo que hicieron, tanto físico como emocional. Dedicar una hora a hablar de sus experiencias, para muchos de ellos fue liberador. Pero también fue una experiencia que les removi6, y donde afloraron sentimientos que necesitaron de un abrazo, una mano y alguna que otra pausa para tomar aire y continuar. Fue también, para algunos pacientes, un esfuerzo físico en un momento, para muchos de ellos, de gran vulnerabilidad en todas las esferas, y yo solo puedo estar agradecida de la generosidad que prestaron cada uno de ellos.

Escuchar, transcribir y analizar cada una de las entrevistas ha sido un punto de inflexión en mi vida, como persona y como enfermera. Me han cambiado, y han cambiado también mi forma de mirar y actuar cuando un paciente sale por la puerta de la UCI. Siempre he pensado que las enfermeras tenemos una sensibilidad especial para cuidar y hacerlo bien, pero trabajos como este nos aproximan a la realidad más humana y pueden hacernos cuidar aún mejor.

Ha sido muy gratificante también escuchar la admiración y el respeto que tienen los pacientes por el trabajo que desempeñamos las enfermeras. Los pacientes se sintieron agradecidos de todas mis visitas previas a la entrevista, agradecidos también de que les diera voz, muchas veces asombrados de que alguien les hiciera sentir tan importantes. Sabían que sus relatos podían generar cambios en nuestra práctica y aunque les costó ser críticos con las enfermeras, cuando contaron experiencias de mal cuidado enfermero, casi siempre añadieron una justificación a dichos actos. Mi admiración y respeto hacia ellos.

## 19. Bibliografía

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

1. King J, O'Neill B, Ramsay P, Linden MA, Darweish Medniuk A, Outtrim J, et al. Identifying patients' support needs following critical illness: A scoping review of the qualitative literature. *Crit Care*. 2019;23(1):1-12.
2. Bench S, Day T. The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):487-99.
3. Cuzco C, Delgado P, Marín R, Núñez A, Romero M, Martínez MA, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):419-28.
4. Ricart M. Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados. Universitat Rovira i Virgili; 2015.
5. Coyle MA. Transfer anxiety: Preparing to leave intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17(3):138-43.
6. Strahan EHE, Brown RJ. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005;21(3):160-71.
7. Gómez P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31(6):318-25.
8. Mckinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: A phenomenological study of the patients' experience. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18(6):320-31.
9. Odell M. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):322-9.
10. Leith BA. Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 1999;28(3):210-8.
11. Chaboyer W, Kendall E, Foster M. Transfer out of intensive care : a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care*. 2005;18(4):138-45.
12. Pattison NA, Dolan S, Townsend P, Townsend R. After critical care: A study to explore patients' experiences of a follow-up service. *J Clin Nurs*. 2007;16(11):2122-31.

13. Vázquez M, Portillo MC. Exploración vivencias pacientes área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva*. 2016;24(2):72-8.
14. Gutiérrez B, Alvariño B, Pérez L. Clínica Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. 2007;1-14.
15. Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nurs Crit Care*. 2013;18(6):289-96.
16. Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*. 2013;24(2):51-62.
17. Field K, Prinjha S, Rowan K. "One patient amongst many": A qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Crit Care*. 2008;12(1):1-9.
18. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Quality statement 2: Transfer from critical care to a general ward | Rehabilitation after critical illness in adults | Quality standards | NICE. 2017 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs158/chapter/Quality-statement-2-Transfer-from-critical-care-to-a-general-ward>
19. Burns M, Bally J, Holtslander L, Peacock S. Influences of the culture of science on nursing knowledge development: Using conceptual frameworks as nursing philosophy in critical care nursing. *Nurs Philos*. 2020;21(4):e12310.
20. Schaffer M, Sandau K, Missal B. Demystifying Nursing Theory: A Christian Nursing Perspective. *J Christ Nurs*. 2017;34(2):102-7.
21. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones [Internet]. 2010. p. 130. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
22. Ochoa M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2017;17(4):258-68.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

23. Jover MC. La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico: Liderazgo de los cuidados. Universitat de Barcelona; 2015.
24. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *Am J Nurs.* 1984;1479-80.
25. Acebedo MS. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras «expertas» en UCI. Once relatos y veintitantas historias. Universitat Rovira i Virgili; 2012.
26. World Health Organization. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. 2007. p. 12-4. Available from: <http://www.jcipatientsafety.org/14685/%0D%0AJoint%0D%0AComission%0D%0A>
27. Haig K, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Com J Qual patient Saf.* 2006;32(3):167-75.
28. Dinglas VD, Faraone LN, Needham DM. Understanding patient-important outcomes after critical illness: A synthesis of recent qualitative, empirical, and consensus-related studies. *Curr Opin Crit Care.* 2018;24(5):401-9.
29. Kang J, Jeong YJ. Embracing the new vulnerable self: A grounded theory approach on critical care survivors' post-intensive care syndrome. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;49:44-50.
30. Elliott M, Worrall-Carter L, Page K. Intensive care readmission: A contemporary review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(3):121-37.
31. Daniels LM, Johnson AB, Cornelius PJ, Bowron C, Lehnertz A, Moore M, et al. Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2018;2(4):359-69.
32. Hanifa ALB, Glæemose AO, Laursen BS. Picking up the pieces: Qualitative evaluation of follow-up consultations post intensive care admission. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;48:85-91.

33. Van Mol M, Nijkamp M, Markham C, Ista E. Using an intervention mapping approach to develop a discharge protocol for intensive care patients. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-13.
34. Ewens B, Hendricks J, Sundin D. Implications for research and practice of the biographic approach for storytelling. *Nurse Res.* 2017;24(3):19-24.
35. Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, Nunna K, Nausran U, Robinson KA, et al. Patient outcomes after critical illness: A systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Crit Care.* 2016;20(1):1-10.
36. Haraldsson L, Christensson L, Conlon L, Henricson M. The experiences of ICU patients during follow-up sessions - A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(4):223-31.
37. Rehabilitation after critical illness in adults [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence. 2009. p. 21. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>
38. Allum L, Connolly B, McKeown E. Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives. *Nurs Crit Care.* 2018;23(6):316-23.
39. Ferguson K, Bradley JM, McAuley DF, Blackwood B, O'Neill B. Patients' Perceptions of an Exercise Program Delivered Following Discharge From Hospital After Critical Illness (the Revive Trial). *J Intensive Care Med.* 2019;34(11-12):978-84.
40. Extremera P, Añon J, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? *Med Intensiva.* 2018;42(2):110-3.
41. Mikkelsen M, Jackson J, Hopkins R, Thompson C, Andrews A, Netzer G, et al. Peer support as a novel strategy to mitigate post-intensive care syndrome. *AACN Adv Crit Care;* 2016;27(2):221-9.
42. McPeake J, Mikkelsen M., Quasim T, Hibbert E, Cannon P, Shaw M, et al. Return to Employment after Critical Illness and Its Association with Psychosocial Outcomes. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2019;16(10):1304-11.
43. Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. *Breathe.* 2019;15(2):98-101.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

44. Ågård AS, Egerod I, Tønnesen E, Lomborg K. Struggling for independence: A grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;28(2):105-13.
45. Czerwonka AI, Herridge MS, Chan L, Chu LM, Matte A, Cameron JI. Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: A qualitative pilot study of Towards RECOVER. *J Crit Care.* 2015;30(2):242-9.
46. Harvey MA, Davidson J. Uest Ditorial. October. 2011;31(5):12-6.
47. Heras La Calle G, Oviés AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017;43(4):547-9.
48. Demoro G, Damico V, Murano L, Bolgeo T, D'Alessandro A, A DM. Long term consequences in survivors of critical illness. Analysis of incidence and risk factors. *Ann Ist Super Sanità.* 2020;56(1):59-65.
49. Ramsay P, Huby G, Merriweather J, Salisbury L, Rattray J, Griffith D, et al. Patient and carer experience of hospital-based rehabilitation from intensive care to hospital discharge: Mixed methods process evaluation of the RECOVER randomised clinical trial. *BMJ Open.* 2016;6(8):1-10.
50. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;43:61-7.
51. Fumis RRL, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One.* 2015;10(1):1-12.
52. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A meta-analysis. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1121-9.
53. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española [Internet]. 2023. p. versión 23.6 en línea. Available from: <https://dle.rae.es>
54. Lee S, Oh HS, Suh Y, Seo WS. A tailored relocation stress intervention programme for family caregivers of patients transferred from a surgical intensive care unit to a general ward. *J Clin Nurs.* 2017;26(5-6):784-94.

- 
55. Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *J Nurs Sch.* 1994;26(2):119-27.
  56. Li J, Miller J, Brock J, Adu A, Vundi N, MV W. Effects of different transitional care strategies on outcomes after hospital discharge. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2022;48(1):40-52.
  57. Nelderup M, Simonsson A, Samuelson K. Intensive care survivors' experiences of recovery after hospital discharge: A qualitative interview study. *Nord J Nurs Res.* 2018;38(4):196-203.
  58. Abdalrahim MS, Zeilani RS. Jordanian survivors' experiences of recovery from critical illness: A qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2014;61(4):570-7.
  59. Engström Å, Andersson S, Söderberg S. Re-visiting the ICU. Experiences of follow-up visits to an ICU after discharge: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(4):233-41.
  60. Prinjha S, Field K, Rowan K. What patients think about ICU follow-up services: A qualitative study. *Crit Care.* 2009;13(2):1-10.
  61. Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks JM. ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: A qualitative descriptive study. *Aust Crit Care.* 2014;27(1):28-35.
  62. Alexandersen I, Haugdahl HS, Stjern B, Paulsby TE, Lund SB, Haugan G. 'I want to get back!' A qualitative study of long-term critically ill patients' inner strength and willpower: Back home after long-term intensive care. *J Clin Nurs.* 2021;30(19-20):3023-35.
  63. Bäckman CG, Ahlberg M, Jones C, Frisman GH. Group meetings after critical illness—Giving and receiving strength. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;46:86-91.
  64. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care.* 2015;30(3):599-605.
  65. Rijal J, Sae-Sia W, Kitrungrrote L. Psychosocial Factors Associated with Transfer Anxiety among Open Heart Surgery Patients Transferred from the Intensive Care Unit to the General Ward. *Health. Sci Res an Acad Publ.* 2020;12(12):1583-97.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

66. Kean S, Salisbury LG, Rattray J, Walsh TS, Huby G, Ramsay P. 'Intensive care unit survivorship' – a constructivist grounded theory of surviving critical illness. *J Clin Nurs*. 2017;26(19-20):3111-24.
67. Thurston LM, Milnes SL, Hodgson CL, Berkovic DE, Ayton DR, Iwashyna TJ, et al. Defining patient-centered recovery after critical illness – A qualitative study. *J Crit Care*. 2020;57:84-90.
68. Herling SF, Brix H, Andersen L, Jensen LD, Handesten R, Knudsen H, et al. Patient and spouses experiences with transition from intensive care unit to hospital ward – qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(1):206-14.
69. 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*. 2005;171(9):987-94.
70. Bench S, Cornish J, Xyrichis A. Intensive care discharge summaries for general practice staff: A focus group study. *Br J Gen Pract*. 2016;66(653):e904-12.
71. Bench BSD, Day T, Griffiths P. Involving users in the development of effective critical care discharge information: a focus group study. 2011;20(6):443-52.
72. Lin CS, Wang SS, Chang CL, Shih FJ. Dark-recovery experiences, coping strategies, and needs of adult heart transplant recipients in Taiwan. *Transplant Proc*. 2010;42(3):940-2.
73. Rath K, Kreitzer N, Schlichter E, Lopez O, Ferioli S, Ngwenya LB, et al. The Experience of a Neurocritical Care Admission and Discharge for Patients and Their Families: A Qualitative Analysis. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(4):179-85.
74. Cognet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30.
75. Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care*. 2017;22(4):212-20.

- 
76. Major ME, Van Nes F, Ramaekers S, Engelbert RHH, Van Der Schaaf M. Survivors of Critical Illness and Their Relatives A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. Vol. 16, *Annals of the American Thoracic Society*. 2019. 1405-1413 p.
  77. Löf L, Berggren L, Ahlström G. ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: Follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(2):108-21.
  78. James S, Quirke S, McBride-Henry K. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nurs Crit Care*. 2013;18(6):297-306.
  79. Van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, Van der Hoeven JG, Wollersheim H, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1-12.
  80. Chaboyer W, Thalib L, Alcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(6):362-9.
  81. Kauppi W, Proos M, Olausson S. Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nurs Crit Care*. 2018;23(3):127-33.
  82. Bailey D, Stewart J. Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad. In: *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7th ed. Elsevier Inc; 2011. p. 599-615.
  83. Mishel M. Uncertainty in Illness. *State Sci*. 1988;20(4):225-32.
  84. Mishel M. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *State Sci*. 1990;22(4):256-62.
  85. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York Springer. 1984;
  86. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*. 2013 Jun;22(1-2):60-4.
  87. Mishel M, Braden C. Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *West J Nurs Res*. 9:43-57.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

88. Gray-Renfrew A, Kimbell B, Finucane A. Emotional experience of people with advanced liver disease: Secondary data analysis. *Chronic Illn*. 2018;16(4):284-95.
89. Chevalier A, Ntala E, Fung C, Priebe S, Bird VJ. Exploring the initial experience of hospitalisation to an acute psychiatric ward. *PLoS One*. 2018;13(9):1-17.
90. Husson O, Younger E, Dunlop A, Dean L, Strauss DC, Benson C, et al. Desmoid fibromatosis through the patients' eyes: time to change the focus and organisation of care? *Support Care Cancer*. 2019 Mar 28;27(3):965-80.
91. Fitchett RC, Aldus EJ, Fitchett LR, Cross J. The lived experience of head and neck cancer patients receiving curative radiotherapy: A systematic review and meta-ethnography. *Psychooncology*. 2018;27(9):2077-86.
92. Goutzamanis S, Doyle JS, Thompson A, Dietze P, Hellard M, Higgs P. Experiences of liver health related uncertainty and self-reported stress among people who inject drugs living with hepatitis C virus: A qualitative study. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):1-8.
93. Samuelsson KS, Egenvall M, Klarin I, Lökk J, Gunnarsson U, Iwarzon M. The older patient's experience of the healthcare chain and information when undergoing colorectal cancer surgery according to the enhanced recovery after surgery concept. *J Clin Nurs*. 2018;27(7-8):e1580-8.
94. Rosa F, Bagnasco A, Ghirotto L, Rocco G, Catania G, Aleo G, et al. Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):e1110-9.
95. Whiteley I, Gullick J. The embodied experience of pregnancy with an ileostomy. *J Clin Nurs*. 2018;27(21-22):3931-44.
96. Whiteley D, Whittaker A, Elliot L, Cunningham-Burley S. Hepatitis C in a new therapeutic era: Recontextualising the lived experience. *J Clin Nurs*. 2018;27(13-14):2729-39.
97. Dager TN, Kjekken I, Fjerstad E, Hauge MI. "It is about taking grips and not let myself be ravaged by my body": A qualitative study of outcomes from

- in-patient multidisciplinary rehabilitation for patients with chronic rheumatic diseases. *Disabil Rehabil.* 2012;34(11):910-6.
98. Chiaranai C. The Lived Experience of Patients Receiving Hemodialysis Treatment for End-Stage Renal Disease: A Qualitative Study. *J Nurs Res.* 2016;24(2):101-8.
99. Coventry PA, Dickens C, Todd C. How does mental-physical multimorbidity express itself in lived time and space? A phenomenological analysis of encounters with depression and chronic physical illness. *Soc Sci Med.* 2014;118:108-18.
100. Lewis A, Bruton A, Donovan-Hall M. Uncertainty prior to pulmonary rehabilitation in primary care: A phenomenological qualitative study in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis.* 2014;11(3):173-80.
101. Karlsson M, Friberg F, Wallengren C, Öhlén J. Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: A life-world phenomenological study. *BMC Palliat Care.* 2014;13(1).
102. Saito N, Taru C, Miyawaki I. Illness experience: living with arrhythmia and implantable cardioverter defibrillator. *Kobe J Med Sci.* 2012;58(3):72-81.
103. Boucher NA, Johnson KS, LeBlanc TW. Acute Leukemia Patients' Needs: Qualitative Findings and Opportunities for Early Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2):433-9.
104. Pauling JD, Domsic RT, Saketkoo LA, Almeida C, Whitey J, Jay H, et al. A multi-national qualitative research study exploring the patient experience of Raynaud's phenomenon in systemic sclerosis. *Arthritis Care Res.* 2017;70(9):1373-84.
105. Maher K, De Vries K. An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed Multiple Myeloma. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20(2):267-75.
106. Ahn S, Lee JH, Chu SH, Sohn YH. Uncertainty and depression in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Nurs Heal Sci.* 2017;19(2):220-7.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

107. Ozzane A, Graneheim UH. Ozzane2018. Scand J Caring Sci. 2018;32(2):663-71.
108. Mittoo S, Frankel S, LeSage D, Strand V, A. Shah A, Christopher-Stine L, et al. Patient Perspectives in OMERACT Provide an Anchor for Future Metric Development and Improved Approaches to Healthcare Delivery in Connective Tissue Disease Related Interstitial Lung Disease (CTD-ILD). Curr Respir Med Rev. 2015;11(2):175-83.
109. Barker KL, Toye F, Lowe CJM. A qualitative systematic review of patients' experience of osteoporosis using meta-ethnography. Arch Osteoporos. 2016;11(1):33.
110. Nanton V, Docherty A, Meystre C, Dale J. Finding a pathway: Information and uncertainty along the prostate cancer patient journey. Br J Health Psychol. 2009;14(3):437-58.
111. Karlsson K, Biguet G, Johansson K, Nilsson-Wikmar L. Perceptions of lymphoedema treatment in patients with breast cancer - a patient perspective. Scand J Caring Sci. 2015;29(1):110-7.
112. Hurst H, Summers A, Beaver K, Caress AL. Living with ): The patient's perspective. Perit Dial Int. 2014;34(7):758-65.
113. Burns T, Fernandez R, Stephens M. The experiences of adults who are on dialysis and waiting for a renal transplant from a deceased donor: a systematic review. JBI database Syst Rev Implement reports. 2015;13(2):169-211.
114. Henry M, Chang YX, Frenkiel S, Chartier G, Payne R, MacDonald C, et al. Feelings of disenfranchisement and support needs among patients with thyroid cancer. Oncol Nurs Forum. 2018;45(5):639-52.
115. Iles-Smith H, Deaton C, Campbell M, Mercer C, McGowan L. The experiences of Myocardial Infarction patients readmitted within six months of Primary Percutaneous Coronary Intervention. J Clin Nurs. 2016;26(21-22):3511-8.
116. Lindgreen P, Rolving N, Nielsen CV, Lomborg K. Interdisciplinary cognitive-behavioral therapy as part of lumbar spinal fusion surgery

- rehabilitation experience of patients with chronic low back pain. *Orthop Nurs*. 2016;35(4):238-47.
117. Røysland I, Friberg F, Støre Brinchmann B, Nordeide Svello S, Valborgland T, Larsen A. Confronting one's Vulnerability - Patients with Chest Pain Participating in a High Intensity Exercise Programme. *J Clin Nurs*. 2017;26:13-4.
118. Troughton J, Jarvis J, Skinner C, Robertson N, Khunti K, Davies M. Waiting for diabetes: Perceptions of people with pre-diabetes: A qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2008;72(1):88-93.
119. Masuda M, Oishi H, Yamamoto M. Uncertainty in patients with unruptured intracranial aneurysms undergoing endovascular surgery: A qualitative and inductive study. *Nurs Res*. 2014;63(5):366-74.
120. Vallés M. Técnicas cualitativas en investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis S. Madrid; 2000.
121. Dezin NK, Lincoln Y. *The SAGE handbook of Qualitative Research*. 3th Ed. Th. 2005.
122. Csordas T. Embodiment and Cultural Phenomenology. In: Weiss G, Haber H, editors. *Perspectives on Embodiment: The intersections of Nature and Culture*. New York: Rotledge; 1999. p. 143-62.
123. Zarco J, Ramasco M, Pedraz A, Palmar AM. Investigación cualitativa en Salud. In: Cuadernos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2019. p. 229-42.
124. Husserl E. *La idea de la fenomenología - Edmund Husserl*. Herder Editorial; 2012.
125. De Souza MC. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
126. Wesley E, Truman B. *El Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI (CAM-ICU)*. Nashville: Vanderbilt University Medical Center; 2002. p. 16.
127. Requena GC, Salamero M, Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(18):687-91.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

128. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. San Vicent. 2005.
129. Johansson P, Olèni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literatura study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(4):337-44.
130. Morse J, Field P. *Qualitative research methods for health professionals.* Publicaciones SAGE; 1995.
131. Valles M. Entrevistas cualitativas. In: Cuadernos metodológicos Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
132. Enger R, Andershed B. Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):186-94.
133. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Crit Care.* 2018;22(1):1-13.
134. Forsberg A, Lindgren E, Engstrom A. Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *Int J Nurs Pract.* 2011;117(2):110-6.
135. Hiller M, Wittmann M, Bracht H, Bakker J. Delphi study to derive expert consensus on a set of criteria to evaluate discharge readiness for adult ICU patients to be discharged to a general ward-European perspective. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):773.
136. Cypress BS. Transfer out of intensive care: An evidence-based literature review. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013;32(5):244-61.
137. Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from intensive care. *Nurs Res Pract.* 2014;175314.
138. Rattray J, Crocker C, Jones M, Connaghan J. Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: Results from a multicentre study. *Nurs Crit Care.* 2010;15(2):86-93.
139. Rattray JE, Hull AM. Emotional outcome after intensive care: Literature review. *J Adv Nurs.* 2008;64(1):2-13.

- 
140. Ågård AS, Hofhuis JGM, Koopmans M, Gerritsen RT, Spronk PE, Engelberg RA, et al. Identifying improvement opportunities for patient- and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. *J Crit Care*. 2019;49:33-7.
  141. Bernal D, Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Univ*. 2014;11(4):154-63.
  142. Rushton M, Howarth M, Grant MJ, Astin F. Person Centred Discharge Education Following Coronary Artery Bypass Graft: A Critical Review. *J Clin Enfermeras*. 2017;26(23-24):5206-15.
  143. Surribas MB. La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero. *Nurs (Ed española)*. 2004;22(6):58-65.
  144. Pandullo SM, Spilman SK, Smith JA, Kingery LK, Pille SM, Rondinelli RD, et al. Time for critically ill patients to regain mobility after early mobilization in the intensive care unit and transition to a general inpatient floor. *J Crit Care*. 2015;30(6):1238-42.
  145. Gruther W, Pieber K, Steiner I, Hein C, Hiesmayr J, Paternostro-Sluga T. Can Early Rehabilitation on the General Ward After an Intensive Care Unit Stay Reduce Hospital Length of Stay in Survivors of Critical Illness? A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2017;96(9):607-15.
  146. Brodsky M, DeKeyser F. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):510-8.
  147. Meleis A, Trangenstein P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*. 2010;42(6):255-9.
  148. Oerlemans A, Van Sluisveld N, Van Leeuwen E, Wollersheim H, Dekkers W, Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Med Ethics*; 2015;16:1-10.
  149. Bjork IT, Naden D. Patients' experiences of waiting for a liver transplantation. *Nurs Inq*. 2008;15(4):289-98.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

150. Palacios D, Talavera B, López P, Gutiérrez Á, Palacios M, Arias JA, et al. Living With Cluster Headache: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Headache*. 2016;56(7):1171-82.
151. Baker A, King D, Marsh J, Makin A, Carr A, Davis C, et al. Understanding the physical and emotional impact of early-stage ADPKD: Experiences and perspectives of patients and physicians. *Clin Kidney J*. 2015;8(5):531-7.
152. Forde MF, Coffey A, Hegarty J. Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2020;29(19-20):3731-42.
153. Hall-Smith J, Ball C, Coakley J. Follow-up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997;13(5):243-8.
154. Brooke J, Hasan N, Slark J, Sharma P. Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2012;27(4):425.e9-425.e15.
155. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, et al. A Scoping Review of Patient Discharge From Intensive Care: Opportunities and Tools to Improve Care. *Chest*. 2015;147(2):317-27.

## 20. Anexos

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

## 20.1 Documento de alta del paciente crítico (HSCSP)



**HOSPITAL DE LA  
SANTA CREU I  
SANT PAU**  
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

### INFORME D'ALTA D'INFERMERIA

**ESPAI IDENTIFICATIU  
DEL MALALT**

Unitat de Crítics a: .....  
 Data d'ingrés: ..... Data d'alta: .....  
 Diagnòstic Mèdic: .....  
 Procediment Reutilitzat: .....  
 Familiar de Referència: .....  
 Telèfon: ..... Al·lèrgies: .....

**1.- RESPIRAR:**  Autònom  Ajuda Parcial  Ajuda Total  Ventilació invasiva  No invasiva

- Situació Hemodinàmica: ..... Ritme: ..... Arrítmies presentades: .....
- Oxigenoteràpia: ..... Sat. O<sub>2</sub>: .....
- Característiques de la Respiració: .....
- Fisioteràpia respiratòria: .....
- Tos – Secrecions bronquials: Característiques: .....
- Expectoració espontània/Aspiració de secrecions: .....
- Coloració pell i mucoses: .....
- Pulsos: .....

Observacions: .....

**2.- MENJAR i BEURE:**  Menja Sol  Cal ajudar-lo  Cal donar-li  N. Enteral/parenteral/mixta

- Via d'administració: Oral – Enteral (SNG–Jejunostomia–Gastrostomia) - Parenteral (NPT/NPP)
- Dieta: .....
- Ingesta: Completa / Incompleta  Suplements  **PES:**
- Deglució segura / disfàgia (a sòlids – líquids)
- Ingesta líquida: ..... Forçar líquids / Restringir líquids
- Control glicèmic: ..... Tractament insulínic: ..... Antidiabètics orals: .....

Observacions: .....

**3.- ELIMINAR:**  Autònom  Incontinència Urinària  Sonda Vesical/Colostomia

- Índex diürètic d'ahir: ..... Balanç últimes 24 h: ..... Característiques de l'orina: .....
- Sondatge vesical (data d'implantació: .....) – Urostomia – Nefrostomia
- Pendent micció espontània:  SI  NO
- Edemes: .....
- Última deposició: ..... Característiques de la deposició: .....
- Requereix laxants – enemes
- Diàlisi: .....
- Portador de colostomia /ileostomia

Observacions: .....

**4.- MOURE'S**  Autònom  Ajuda instrumental  Ajuda en la mobilització i transferències  Ajuda Total


- Deambulació: estable / inestable / amb dispositius: .....
- Sedestació: estable /amb subjeccions
- Repòs absolut /canvis posturals
- Fisioteràpia: .....

Observacions: .....

**5.- DORMIR i DESCANSAR:**  Sense dificultat  Precisa ajuda  Insomni

- Alteració de la son:  SI  NO / Precisa tractament

Observacions: .....



**HOSPITAL DE LA  
SANTA CREU I  
SANT PAU**

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

## INFORME D'ALTA D'INFERMERIA

---

**6.- TEMPERATURA**     Reconeix i avisa canvis tèrmics     Precisa ajuda per a mantenir-la

- Normotèrmia - Hipotèrmia - Hipertèrmia
- Mesures aplicades: .....

Observacions: .....

**7.- HIGIENE/CURES DE LA PELL/VESTITR-SE:**     Autònom     Precisa supervisió     Precisa ajuda parcial     Ajuda Total

- Norton
- Risc de lesions per pressió - Cures de prevenció: tipus .....
- Presenta lesions:  SI     NO

1. Localització: ..... / Grau: ..... / Tractament: .....
2.  Ferides: .....  Tractament: ..... Data última cura: .....
3.  Drenatges: .....  Tractament: ..... Data última cura: .....

**8.- EVITAR PERILLS**     Conscient i orientat     Confús     Desorientació temporo i/o espacial. Perill pe ell     Coma

- Risc d'augment de sagnat per: .....
- Vies venoses - arterials: VVP - VVC (data d'implantació i data retirada): .....
- Perfusions: .....
- Risc de caiguda:  SI     NO
- Dolor: ..... Intensitat: ..... Localització: ..... Tractament: .....
- Dèficit Neurològic: ..... Glasgow.....E.Canadencia.....
- Recolzament familiar:  SI     NO

Observacions: .....

**9.- COMUNICAR-SE**     Sense dificultat     Amb dificultat     No entén ni pot expressar-se     Desconeixement de l'idioma / cultura

- Adaptació al medi  SI     NO

**10.- VALORS i CREENCES**     No necessita ajuda     Precisa suport religiós     Experimenta apatia/còlera

Actitud desesperançada

**11.- OCUPAR-SE PER REALITZAR-SE**     Te recursos     Precisa ajuda

**12.- RECREAR-SE**     Autònom     Precisa estimulació     Precisa companyia     Rebutja suport/ajuda

**13.- APRENDRE**     Demana el que no sap o coneix     Dificultats aprenentatge     Incapacitat     Rebuig/negació

**14.- EXPLORACIONS, PROCEDIMENTS i ANALÍTIQUES PENDENTS**

.....

.....

**15.- DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA**

.....

.....

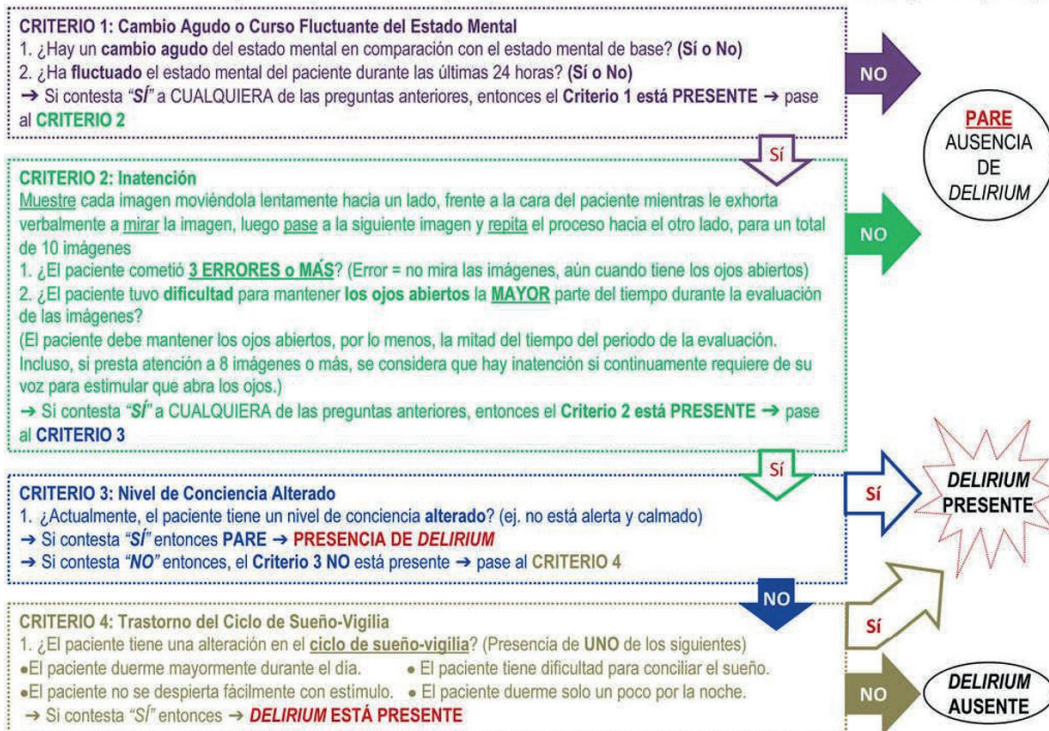
Firma: ..... , Barcelona a ..... de ..... de 20

Fuente: UCI Hospital Santa Creu i Sant Pau.

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

## 20.2 Escala CAM-ICU

**PreSchool CAM-ICU-Spanish (psCAM-ICU-S): DELIRIUM = Presencia de CRITERIOS 1 + 2 + ya sea (3 o 4)**

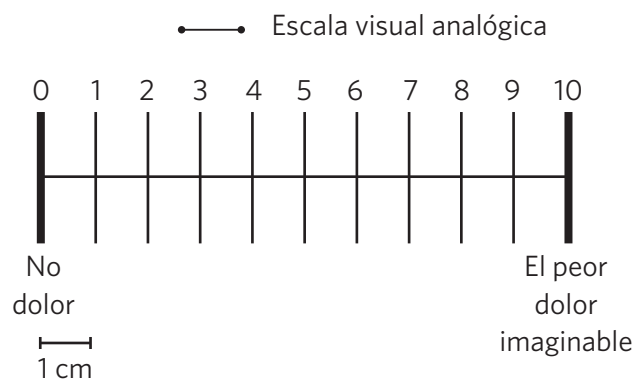


Med Intensiva. 2020;44:453-6

## 20.3 Escala de coma de Glasgow (GCS)

Parámetro	Descripción	Valor
<b>Abertura ocular</b>	Espontánea	4
	Voz	3
	Dolor	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropiada	3
	Sonidos	2
	Ninguna	1
<b>Respuesta motriz</b>	Obedece	6
	Localiza	5
	Retirada	4
	Flexión	3
	Extensión	2
	Ninguna	1

## 20.4 Escala de valoración del dolor numérica (EVN)



El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 20.5 Hoja de información al paciente

### ESTUDIO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN RELACIÓN AL ALTA DE UCI

#### HOJA INFORMATIVA

**Investigadora principal:** Mónica Romero Pastor

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

**Informador/a:** \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación diseñado por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona conjuntamente con la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Le agradecemos que lea la siguiente información:

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

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal explorar y comprender las percepciones y vivencias de los pacientes ingresados en la UCI polivalente de un hospital de nivel III en relación con los aspectos relacionados con el proceso de alta a las salas de hospitalización convencional.

Su participación supone para usted contestar una serie de preguntas que le realizaremos referentes a su experiencia del alta de UCI a la sala de hospitalización para conocer de qué forma ha vivido dicho proceso. La entrevista será grabada (audio).

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

Este estudio permitirá conocer el modo en que los pacientes dados de alta de la UCI viven y perciben dicho proceso y así poder desarrollar acciones que optimicen la calidad en los cuidados proporcionados al alta de UCI.

**Riesgos e incomodidades:**

Únicamente deberá dedicar un máximo de 2 horas tras el alta a la sala de hospitalización a contestar una serie de preguntas. La entrevista será grabada.

**Aclaraciones:**

- Su decisión de participar en el estudio es totalmente voluntaria.
- De acuerdo con la Ley orgánica de protección de datos (1999) se garantizarán el honor, la intimidad personal y familiar de todos sus datos.
- Se mantendrá de manera estricta su anonimato y confidencialidad de los datos que usted nos proporcione.
- En el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información actualizada al investigador.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, por el motivo que sea y sin necesidad de dar ninguna explicación.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar participar en el estudio. Los cuidados que recibirá durante su hospitalización serán los mismos independientemente de que usted decida participar o no en el estudio.
- No recibirá ninguna compensación económica por la participación en el estudio.
- La entrevista que le realizaremos será grabada y transcrita. Usted podrá acceder a sus propias grabaciones y transcripciones.
- La transcripción de las entrevistas las realizará un miembro del equipo investigador garantizando su confidencialidad. Una vez finalizada la transcripción y análisis del contenido de la grabación, esta será destruida.
- Deberá firmar el consentimiento informado una vez aclaradas todas las dudas que pueda tener.

En caso de tener dudas respecto a su participación en el estudio, contacte con: Mónica Romero 935537244 o 935537246, [mromeropa@gmail.com](mailto:mromeropa@gmail.com)

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 20.6 Consentimiento Informado

### ESTUDIO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN RELACIÓN AL ALTA DE UCI

#### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

---

**Firma del participante**

**Fecha**

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

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

---

**Firma del familiar del participante**

**Fecha**

## 20.7 Escala de soporte social MOSS

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

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

**Escriba el nº de amigos y familiares**

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

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

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

El alta a planta del paciente crítico:  
vivencias de supervivientes de la UCI de un hospital de tercer nivel

---

## 20.8 Guía entrevistas

### **Pregunta general:**

Si está preparado para empezar..., ¿podría explicarme con sus propias palabras cuál ha sido su experiencia durante su estancia en la UCI?

### **Preguntas ejemplo referentes a la estancia en la UCI:**

¿Podría ponerme ejemplos de cuidados que ha recibido en la UCI?

¿Cómo se ha sentido mientras le cuidaban los enfermeros de la UCI?

### **Preguntas ejemplo referentes a la llegada a la sala de hospitalización:**

¿Podría explicarme su experiencia al llegar a la sala de hospitalización?

¿Quién le cuida en la sala de hospitalización?

¿Podría ponerme ejemplos de cuidados que recibe en la sala de hospitalización?

### **Preguntas ejemplo referentes al alta de UCI:**

Explíqueme todo lo que recuerde en cuanto al alta de UCI, desde el momento en que conoce que será dado de alta hasta el momento en que llega a la sala de hospitalización.

¿Recuerda quién le comunicó que marcharía de la UCI?

¿Cómo se sintió cuando supo que marchaba de la UCI?

¿Se sentía preparado para marchar de la UCI? ¿Qué cosas hacían que se sintiera preparado/no preparado?

### **Expectativas referentes al proceso de alta:**

¿Cómo esperaba que fuera el alta de UCI?

¿Qué cambiaría de la forma en que se realizó el alta a la sala de hospitalización?

¿Qué podríamos mejorar?

## 20.9 Aceptación comité de ética



HOSPITAL DE LA  
SANTA CREU I  
SANT PAU  
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

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

### DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**Doña Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació de Gestió Sanitària del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona,

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

TÍTULO: Percepción del paciente crítico en relación al alta de UCI.			
PROMOTOR: UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (TARRAGONA)			
CÓDIGO	Nº EudraCT	VERSIÓN	Ref. HSCSP
ANSIETAT QUALI	NO PROCEDE	no consta	16/176 (OTROS)
-Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado, no consta			

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- La capacidad de los investigadores y las instalaciones y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como el plan de reclutamiento de los sujetos, así como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el ensayo.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en el **Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)** por la investigadora principal M. Romero.

Lo que firmo en Barcelona, a 13 de octubre de 2016

  
Dra. Milagros Alonso Martínez

FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE  
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU  
COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA



Paula 2023