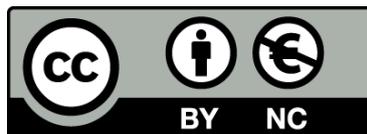




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Impacto de una intervención enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos

Cecilia Cuzco Cabellos



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial 4.0. Espanya de Creative Commons**.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial 4.0. España de Creative Commons**.

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Spain License**.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

Impacto de una intervención enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos

Cecilia Cuzco Cabellos

TESIS DOCTORAL
Barcelona, 2022

CECILIA
CUZCO
CABELLOS
- DNI
43560447B

Firmado digitalmente por
CECILIA CUZCO
CABELLOS - DNI
43560447B
Fecha: 2021.12.31
00:09:32 +01'00'

Impacto de una intervención enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos

Doctoranda:
Cecilia Cuzco Cabellos

Directores de tesis:
Dra. M. Pilar Delgado Hito
Dr. Pedro Castro Rebollo

Tutora de tesis:
Dra. M. Pilar Delgado Hito

Departamento de Enfermería
Fundamental y Médico-quirúrgica
Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Barcelona

Programa de Doctorado Enfermería y Salud
Línea de Investigación: Biomedicina, Epidemiología y
Práctica clínica avanzada
Barcelona, 2022

A Max, Liam, Leo y David

A todos los pacientes y familiares de las UCI que han colaborado en esta investigación.

Al equipo investigador (Pilar, Pedro, Ana, Raquel, Marta, M.^a Antonia y Gemma), por todo el esfuerzo y las horas dedicadas.

Me gustaría reconocer y agradecer a varias personas su continuo apoyo y su ayuda durante este viaje del doctorado. En primer lugar, un agradecimiento profundo a mis directores, que han estado a mi lado en todo momento. A la Dra. Pilar Delgado Hito, mi tutora y directora; inspiradora, extraordinaria y amable, gracias por creer en mí y por guiarme. Ha sido un honor ser su alumna. Al Dr. Pedro Castro Rebollo, director y compañero de trabajo en el Área de Vigilancia Intensiva (AVI). No podría haber hecho esto sin su gran ayuda, sabiduría y paciencia. Me gustaría expresar mi profunda gratitud por su supervisión.

Un agradecimiento a mis compañeras de UCI: Raquel Marín Pérez, gracias por ayudarme a realizar este proyecto y por encargarte de uno de los hospitales participantes del estudio. A Ana Núñez Delgado, gracias por ayudarme con este proyecto desde otro de los grandes hospitales de Barcelona. Gracias a las dos por la dedicación durante estos años, a pesar de los contratiempos, y por la paciencia infinita. Quisiera agradecer a todo el equipo del AVI: a la Sra. Inmaculada Carmona, al Dr. José María Nicolás, a la Sra. Montse Canalias, así como también a la Dra. Adelaida Zabalegui y a la Sra. Gemma Martínez Estalella, directora de Enfermería del Hospital Clínic. A todos mis compañeros y compañeras del AVI, que han contribuido enormemente a la realización de esta tesis; sin su participación este estudio no podría haberse llevado a cabo. A Emma, la enfermera clínica, por sus comentarios y sus palabras de ánimo, tan necesarias en estos últimos meses.

Por último, pero no menos importante, me gustaría dar las gracias a mi familia. A mi madre, Nila, y a mis hermanas, Flor Elizabeth, Juliana y Deysi, por su aliento y su paciencia y por comprender mi ausencia.

A toda mi familia por sus palabras de admiración. Gracias por creer siempre en mí. Agradecimiento eterno a mi tío Guille, que me enseñó a luchar y que esperaba con mucha ilusión leer esta tesis pero que no pudo sobrevivir a la UCI. Finalmente, a David, ¿qué puedo decir? ¿Qué palabras podría encontrar para expresar mi agradecimiento por su amor y su sacrificio, que ha hecho que pudiera terminar este viaje tan laborioso? Un compañero que me ha brindado un apoyo constante e imaginable. Evidentemente, no me ha sorprendido, ya que siempre ha estado allí. Siempre a mi lado, ha sido un gran ejemplo y un estímulo exigente, incansable cuidando de los niños. A mis hijos, Max, Leo y Liam, les agradezco su comprensión por mi ausencia. Todo esto ha sido posible gracias a vosotros: ver vuestras sonrisas es lo que me hace seguir adelante y lo que me hace esforzarme por mejorar. Aprovecho esta oportunidad para agradecer al Hospital Clínic de Barcelona por haberme proporcionado un gran apoyo con la beca de intensificación para poder dedicarle tiempo a esta tesis. Del mismo modo, quiero dar las gracias a la Fundació Infermeria i Societat, que me proporcionó apoyo económico. Estoy en deuda para devolver todo este apoyo brindado.

Índice de figuras	12
RESUMEN	14
Listado de acrónimos	18
1. INTRODUCCIÓN	20
1.1. Las Unidades de Cuidados Intensivos	22
1.1.1. Pasado y presente de las Unidades de Cuidados Intensivos	22
1.1.2. El paciente crítico y el principio de autonomía	24
1.1.3. El alta del paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos	26
1.2. Humanización de los cuidados intensivos	27
1.2.1. Líneas de investigación	29
1.3. Síndrome post cuidados intensivos	31
1.3.1. Problemas fisiológicos: la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos	32
1.3.2. Problemas cognitivos: disfunción cognitiva o cerebral	33
1.3.3. Problemas de salud mental	33
1.4. Teoría de las transiciones de Afaf Ibrahim Meleis	43
1.4.1. Características de las transiciones	43
1.4.2. Principales conceptos y definiciones	45
1.4.3. Principales premisas de la teoría de las transiciones	48
1.4.4. Fundamentos teóricos	48
1.5. Mejorando la transición de la UCI a través del empoderamiento del paciente	49
1.5.1. Definición y análisis del empoderamiento	49
1.5.2. Empoderamiento en salud	51
1.5.3. Empoderamiento del paciente durante el alta de la UCI	54
1.6. Justificación del estudio	57

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	60
2.1. Hipótesis	61
2.1.1. Hipótesis conceptual	61
2.1.2. Hipótesis operativa	61
2.2. Objetivos	61
2.2.1. Objetivos generales	61
2.2.2. Objetivos específicos	61
3. METODOLOGÍA	64
3.1. Diseño del estudio	65
3.1.1. Diseño secuencial exploratorio.	66
3.2. Fase 1: fase cualitativa del estudio	66
3.2.1. Posición paradigmática de la investigadora	67
3.2.2. Método	68
3.2.3. Ámbito de estudio	70
3.2.4. Participantes del estudio	71
3.2.5. Técnicas para la obtención de la información	74
3.2.6. Análisis de los datos	74
3.3. Fase 2: fase cuantitativa del estudio	79
3.3.1. Método	79
3.3.2. Ámbito de estudio	79
3.3.3. Sujetos del estudio	80
3.3.4. Variables del estudio	81
3.3.5. Escalas de valoración	82
3.3.6. Procedimiento y recogida de datos	83
3.3.7. Intervención enfermera de empoderamiento	84
3.3.8. Análisis estadístico	84

3.4. Integración de los datos cualitativos y cuantitativos	85
3.5. Aspectos éticos	85
3.6. Rigor	86
4. RESULTADOS	88
4.1. Artículo 1: <i>Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit</i>	90
4.2. Artículo 2: <i>Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward</i>	102
4.3. Artículo 3: <i>Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A Systematic Review.</i>	114
4.4. Artículo 4: <i>Teoría de las Transiciones y Empoderamiento: una alternativa para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos</i>	130
4.5. Artículo 5: <i>Impact of a nurse-driving patient empowerment intervention in the reduction of patients' anxiety and depression after Intensive Care Unit discharge: results of a randomized clinical trial.</i>	144
5. DISCUSIÓN	160
5.1. Discusión de los resultados obtenidos	161
5.1.1. Discusión de la fase 1 (fase cualitativa)	161
5.1.2. Discusión de la fase 2 (fase cuantitativa)	167
5.2. Limitaciones	169
5.3. Propuestas para la práctica profesional y otras investigaciones	170
5.3.1. Implicaciones para la práctica clínica	170
5.3.2. Implicaciones para la docencia	170
5.3.3. Implicaciones para la gestión	170
5.3.4. Implicaciones para la investigación	171
6. CONCLUSIONES	172
7. BIBLIOGRAFÍA	176
8. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	194
9. ANEXOS	198
Tabla de anexos	199

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual del Proyecto HU-CI	28
Figura 2. Síndrome Post-UCI.	32
Figura 3. Patrones de respuesta.	44
Figura 4. Teoría de las Transiciones.	45
Figura 5. Modelo de proceso para conceptos de empoderamiento del paciente, participación del paciente y cuidados centrados en el paciente.	52
Figura 6. Dimensiones de conocimiento necesarias para el empoderamiento del paciente.	53
Figura 7. Esquema del estudio. Fase cualitativa y fase cuantitativa.	65
Figura 8. Características de los participantes de la unidad de cuidados intensivos.	72
Figura 9. Teoría de la interpretación de Ricoeur (arco hermenéutico).	75

R E S U M E N

Introducción: Los trastornos psicológicos, como la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés postraumático, son comunes en los pacientes que sobreviven a un ingreso en una unidad de cuidados intensivos. La transición o alta de la unidad de cuidados intensivos es un factor que contribuye a la aparición de estos trastornos psicológicos. Se necesitan intervenciones enfermeras destinadas a reducir el impacto de la transición de la unidad de cuidados intensivos en la salud mental de los pacientes.

Objetivos: a) Analizar la experiencia vivida de los pacientes durante la transición de la unidad de cuidados intensivos; y b) Evaluar el impacto de una intervención enfermera con empoderamiento en los niveles de ansiedad y depresión durante la transición de la unidad de cuidados intensivos.

Diseño: Se aplicó un enfoque de métodos mixtos.

Métodos: En la fase cualitativa se utilizó el método fenomenológico hermenéutico. Los participantes fueron pacientes de tres hospitales universitarios, seleccionados mediante muestreo intencional. Los datos se recopilaron a través de 48 entrevistas en profundidad y se analizaron mediante el análisis de contenido, tomando como base la teoría de la interpretación de Ricoeur. Los datos cualitativos obtenidos se utilizaron para desarrollar la intervención enfermera con empoderamiento. Posteriormente se aplicó un diseño experimental multicéntrico, de grupos paralelos, pretest/postest con un grupo control para medir la efectividad de la intervención a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. En esta fase se incluyeron 178 pacientes mediante muestreo probabilístico aleatorio.

Resultados: Del análisis surgieron un tema principal, el impacto en el bienestar emocional del paciente; cuatro categorías: necesidad de estar informado, experiencia de mezcla de sentimientos, expectación durante la transición y factores relacionados con la transición; y seis subcategorías: falta de información, emociones negativas, preocupación por el cuidado, esperanza, facilitadores y barreras durante la transición de la unidad de cuidados intensivos. La transición de la unidad de cuidados intensivos es una transición múltiple y compleja. De los 178 pacientes, 49 presentaron ansiedad (27,5%) y 35 (19,7%) depresión. Los participantes del grupo intervención tuvieron una mejora estadísticamente significativa del nivel de ansiedad después de la intervención (8,2 pre vs. 5,5 postintervención; $p < 0,001$), y 77 participantes (91,7%) acabaron la intervención sin presencia de ansiedad. Se observó una mejora del nivel de ansiedad de una media de 1,46 puntos (IC 95% = 0,32-2,59) superior en el grupo intervención comparado con el grupo control. En relación con el nivel de depresión, 76 participantes (90,5%) del grupo intervención acabaron la intervención sin presencia de depresión, con una mejora en el nivel de depresión de casi dos puntos más que el grupo control (diferencia media 1,98 con un IC 95% = 0,86-3,09).

Conclusiones: Los pacientes manifestaron múltiples sentimientos, preocupaciones y expectativas durante la transición de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización general. Esta situación puede tener un impacto potencial en su bienestar y en su recuperación emocional y debería ser abordada. La administración de una intervención enfermera de empoderamiento en pacientes críticos durante la transición de la unidad de cuidados intensivos se asoció a una reducción en los niveles de ansiedad y depresión.

Trial registration: NCT04527627. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04527627>

Palabras clave: Ansiedad, depresión, método mixto, intervención enfermera, transición de la unidad de cuidados intensivos, síndrome post cuidados intensivos.

R E S U M

Introducció: Els trastorns psicològics, com l'ansietat, la depressió i el trastorn per estrès postraumàtic, són comuns en els pacients que sobreviuen a un ingrés en una unitat de cures intensives. La transició o alta de la unitat de cures intensives és un factor que contribueix a l'aparició d'aquests trastorns psicològics. Es fan necessàries les intervencions infermeres destinades a reduir l'impacte de la transició de la unitat de cures intensives en la salut mental dels pacients.

Objectius: a) Analitzar l'experiència viscuda dels pacients durant la transició de la unitat de cures intensives; i b) Avaluar l'impacte d'una intervenció infermera amb apoderament en els nivells d'ansietat i depressió durant la transició de la unitat de cures intensives.

Disseny: Es va aplicar un enfocament de mètodes mixtos.

Mètodes: En la fase qualitativa es va utilitzar el mètode fenomenològic hermenèutic. Els participants van ser pacients de tres hospitals universitaris seleccionats mitjançant mostreig intencional. Les dades es van recopilar a través de 48 entrevistes en profunditat i es van analitzar mitjançant l'anàlisi de contingut, prenent com a base la teoria de la interpretació de Ricoeur. Les dades qualitatives obtingudes es van utilitzar per desenvolupar la intervenció infermera amb apoderament. Posteriorment es va aplicar un disseny experimental multicèntric, de grups paral·lels, pretest/postest amb un grup control per mesurar l'efectivitat de la intervenció a través de l'Escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària. En aquesta fase es van incloure 178 pacients mitjançant mostreig probabilístic aleatori.

Resultats: De l'anàlisi van sorgir un tema principal, l'impacte en el benestar emocional del pacient; quatre categories: necessitat d'estar informat, experiència de barreja de sentiments, expectació durant la transició, factors relacionats amb la transició; i sis subcategories: manca d'informació, emocions negatives, preocupació per la cura, esperança, facilitadors i barreres durant la transició de la unitat de cures intensives. La transició de la unitat de cures intensives és una transició múltiple i complexa. Dels 178 pacients, 49 van presentar ansietat (27,5%) i 35 (19,7%) depressió. Els participants del grup intervenció (van tenir una millora estadísticament significativa del nivell d'ansietat després de la intervenció (8,2 pre vs. 5,5 postintervenció; $p < 0,001$), i 77 participants (91,7%) van acabar la intervenció sense presència d'ansietat. Es va observar una millora del nivell d'ansietat d'1,46 punts (IC 95% = 0,32-2,59) superior al grup intervenció comparat amb el grup control. Pel que fa al nivell de depressió, 76 participants (90,5%) del grup intervenció van acabar la intervenció sense presència de depressió, amb una millora en el nivell de depressió de gairebé dos punts més que el grup control (diferència mitjana 1,98 amb un IC 95% = 0,86-3,09).

Conclusions: Els pacients van manifestar múltiples sentiments, preocupacions i expectatives durant la transició de la unitat de cures intensives a la sala d'hospitalització general. Aquesta situació pot tenir un impacte potencial en el seu benestar i recuperació emocional i hauria de ser abordada. L'administració d'una intervenció infermera d'apoderament en pacients crítics durant la transició de la unitat de cures intensives es va associar a una reducció en els nivells d'ansietat i depressió.

Trial registration: NCT04527627. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04527627>

Paraules clau: Ansietat, depressió, intervenció infermera, mètode mixt, transició de la unitat de cures intensives, síndrome post cures intensives.

A B S T R A C T

Introduction: Psychological disorders, such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder, are common in patients who survive an admission to an intensive care unit. Transition or discharge from the intensive care unit is a contributing factor to the appearance of these psychological disorders. Interventions aimed at reducing the impact of the intensive care unit on patients' mental well-being are needed.

Objectives: a) To understand patients' lived experience at intensive care unit discharge; and b) To evaluate the impact of a nursing empowerment intervention on patients' anxiety and depression levels at intensive care unit discharge.

Design: A mixed methods approach was applied.

Methods: In the qualitative phase, the hermeneutic phenomenological method was used. Participants were patients from three university hospitals who were selected by purposive sampling. Data was gathered through 48 in-depth interviews and analyzed using content analysis. The qualitative data obtained was employed to develop the nursing intervention. Subsequently, a multicenter, parallel-group, experimental pre-test/post-test design with a control group was used to measure the effectiveness of the nursing empowerment intervention in the quantitative phase by means of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Simple random probabilistic sampling with 178 patients in this phase.

Results: From the analysis emerged a main theme, the impact on the emotional well-being of the patient; four categories: the need to be informed, experience of mixed feelings, expectation during the transition, factors related to the transition; and six subcategories: lack of information, negative emotions, concern for care, hope, facilitators, and barriers during the intensive care unit transition. The intensive care unit transition is a multiple and complex transition. Of the 178 patients, 49 had anxiety (27.5%) and 35 (19.7%) had depression. The intervention group participants had a statistically significant improvement in anxiety level after the intervention (8.2 pre vs. 5.5 post-intervention; $p < 0.001$), and 77 (participants 91.7%) finished the intervention without the presence of anxiety. An improvement in the anxiety level of a mean of 1.46 points (95% CI 0.32-2.59) was observed higher in the intervention group compared to the control group. Regarding the level of depression, 76 intervention group participants (90.5%) finished the intervention without the presence of depression with an improvement in the level of depression of almost two points more than the control group (mean difference 1.98 with a 95% CI = 0.86-3.09).

Conclusions: The patients expressed multiple feelings, concerns and expectations during the transition from the intensive care unit to the general hospitalization ward. This situation can have a potential impact on their well-being and emotional recovery and should be addressed. The administration of an empowering nursing intervention in critically ill patients during the intensive care unit transition was associated with a reduction in levels of anxiety and depression.

Trial registration: NCT04527627. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04527627>

Keywords: Anxiety, depression, intensive care unit discharge, mixed method, nursing intervention, post intensive care syndrome.

L I S T A D O D E A C R Ó N I M O S

ABCDEFGH: *A: Airway management, B: Breathing trials, C: Coordination of care and communication, D: Delirium assessment, E: Early mobility, F: Family involvement, Follow-up referrals and Functional reconciliation, G: Good handoff communication, and H: Handout materials on PICS and PICS-F.*

AMA: American Medical Association

AANCOVA: análisis de covarianza

APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*

AVI: Área de Vigilancia Intensiva

BDI: *Beck Depression Inventory*

BPS: *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU: *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos)

CONSORT: Consolidate Standards of Reporting Trials

CPOT: *Critical Care Pain Observation Tool*

DAU: debilidad adquirida en la UCI

ESCID: Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

ESICM: European Society of Intensive Care Medicine

GC: grupo control

GI: grupo intervención

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)

ICDSC: *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (lista de verificación del delirio en UCI)

ICULN: *Intensive Care Unit Liaison Nurse* (enfermera de enlace de la UCI)

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NEI: *Nursing empowerment intervention* (intervención enfermera de empoderamiento)

OMS: Organización Mundial de la Salud

PICS: *post-intensive care syndrome* (síndrome post cuidados intensivos)

PICS-F: *post-intensive care syndrome-family* (síndrome post cuidados intensivos en familiares)

PICS-p: *post-intensive care syndrome-paediatric* (síndrome post cuidados intensivos pediátricos)

RASS: escala de agitación-sedación Richmond

SAS: escala Riker de sedación-agitación

SCCM: Society of Critical Care Medicine

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

STAI: *State-Trait Anxiety Inventory* (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

TEPT: trastorno por estrés postraumático

UCI: unidad de cuidados intensivos

UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos

I N T R O D U C C I Ó N

1

Cada año, más de 200.000 pacientes son admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en España (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) y en el año 2020 estos ingresos aumentaron debido a la pandemia de la COVID-19, cuando se tuvo que aumentar la capacidad de camas de UCI hasta en un 300% (Miró et al., 2021). El incremento del número de pacientes críticamente enfermos hace que la demanda de camas de cuidados críticos sea elevada, lo que provoca un rápido y a veces repentino traslado de los pacientes recuperados desde la UCI hasta otros niveles de cuidados. Existe conciencia de que las camas de cuidados intensivos son un recurso escaso. En consecuencia, la decisión de trasladar a los pacientes a una sala general depende no solo de su condición física, sino también de la demanda de camas (Gibson, 1997).

Este traslado de pacientes desde la UCI a otro nivel de cuidados se ha descrito como un proceso complejo y multidisciplinar (Lin, Chaboyer y Wallis, 2009) que ocurre regularmente y que forma, por tanto, parte importante del trabajo habitual de la UCI y, más concretamente, de las enfermeras. En este sentido, Meleis, en su teoría de las transiciones, sostiene que la transición es uno de los conceptos fundamentales de la disciplina enfermera. El paciente y la enfermera se encuentran constantemente en situaciones transicionales de inestabilidad, debido a los cambios en la situación de salud del paciente. Además, la naturaleza de esta transición puede facilitar o dificultar los patrones de respuesta de las personas (Meleis, 2010; Schumacher y Meleis, 1994).

Por lo tanto, la transición de un nivel de cuidados a otro, como la transición de la UCI a las salas de hospitalización general, es un proceso complejo que requiere una rigurosa planificación, organización y preparación del paciente antes, durante y después de la transición o alta (Wendy Chaboyer, James y Kendall, 2005; Whittaker y Ball, 2000). Así mismo, está descrito como un procedimiento que debería garantizar la continuidad de los cuidados durante todo el proceso, y por ello es importante llevar a cabo la preparación del traslado del paciente a la sala general correctamente y con precisión (Whittaker y Ball, 2000). La transición desde la UCI debería ser una experiencia positiva, ya que significa que el paciente se ha recuperado; sin embargo, hay estudios que demuestran que los pacientes manifiestan estrés y ansiedad (Myhren, Ekeberg y Stokland, 2010). La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) también ha descrito entre las principales características definitorias del diagnóstico «Síndrome de estrés del traslado (00114)» la ansiedad y la depresión (Kamitsuru y Herdman, 2019). La preparación del paciente para la transición desde la UCI, además de contribuir a la disminución de los reingresos en UCI y de garantizar la seguridad del paciente (Vázquez Calatayud y Portillo, 2013), debería evitar, o al menos minimizar, la aparición de ansiedad en el paciente y en la familia.

Desde la experiencia personal, dedicada a cuidar pacientes ingresados en la UCI durante veinte años, constantemente me he preguntado: «¿Qué siente el paciente ahora que ya tiene que salir de la UCI?», «¿Cuáles son sus preocupaciones en este momento?», «¿Cuáles son sus necesidades ahora que ya no está grave?», «¿Cómo desearía el paciente que fuese esta transición a otra unidad?» y «¿Cómo podemos ayudarlo?». Todas estas dudas me llevaron a plantear el presente estudio para profundizar en la vivencia de los pacientes en relación con este traslado de la UCI a la sala de hospitalización general, con el objetivo de analizar sus necesidades, preocupaciones y perspectivas para poder desarrollar con estos hallazgos una intervención enfermera centrada en el paciente y, de este modo, ayudar a mitigar los efectos negativos que presentan algunos de estos pacientes cuando abandonan la UCI y poder contribuir a su bienestar emocional.

Las enfermeras tenemos un papel importante dentro del equipo multidisciplinar de la

UCI para garantizar que este proceso de transición desde la UCI a una sala de hospitalización general se convierta en una experiencia positiva para el paciente. Por lo tanto, la preparación del paciente durante la transición o alta de la UCI necesita de una intervención enfermera. En este sentido, se ha realizado esta tesis con el objetivo de explorar las vivencias de los pacientes durante la transición de la UCI y desarrollar una intervención enfermera para mejorar la experiencia de estos pacientes durante esta transición y contribuir a disminuir las complicaciones post-UCI. La introducción se presenta en seis apartados. En el primer apartado se describe la UCI, al paciente crítico y el alta de la UCI. En el segundo apartado se explica la humanización de los cuidados intensivos y las principales líneas de investigación. El tercer apartado se centra en las complicaciones que sufre el paciente cuando abandona la UCI, el síndrome post cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés) y los problemas que conlleva (afectación física, cognitiva y mental del paciente y de su familia). En el cuarto apartado se hace una reseña, dentro de las teorías del cuidado, de la teoría de las transiciones desarrollada por Afaf Meleis como marco teórico para el desarrollo de esta tesis. En el quinto apartado se incluye el empoderamiento como una propuesta de intervención enfermera para mejorar la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización general. En el último apartado de la introducción se reflexiona sobre la justificación de la realización de la presente tesis.

1.1. LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

En este primer apartado se describen las UCI como el escenario donde se ha realizado esta tesis, su evolución y sus principales características y definiciones. Posteriormente se describe al paciente crítico, y por último se detalla la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización general, motivo de esta tesis.

1.1.1 Pasado y presente de las unidades de cuidados intensivos

Se podría afirmar que la atención a pacientes críticos empezó con la aportación de la enfermera Florence Nightingale durante la guerra de Crimea (1853-1856). Para poder atender mejor a los pacientes heridos, Nightingale los reunió en unas salas con mayores recursos y asignó sus cuidados a ciertas enfermeras. Este hecho sería el principio de la atención de los pacientes en una unidad especializada como son actualmente las unidades de cuidados intensivos (Nicolás, Ruiz, Jiménez y Net, 2011).

Posteriormente se fueron creando salas especializadas en EE. UU. En 1923 se creó en el Hospital Johns Hopkins (Baltimore, Maryland, EE. UU.) la primera sala de cuidados a enfermos neuroquirúrgicos. En 1927, en el Sarah Morris Hospital for Children (Chicago, Illinois, EE. UU.) se creó una sala para neonatos prematuros. Entre 1945 y 1950 se inauguraron salas de recuperación en la Clínica Mayo de Rochester (Minnesota, EE. UU.), en el Strong Memorial Hospital de Rochester (Nueva York, EE. UU.) y en la Ochsner Clinic de Nueva Orleans (Luisiana, EE. UU.). El año 1950 fue crucial en la historia de las unidades de cuidados intensivos, ya que se creó en el Hospital Peter Bent Brigham de Boston la primera unidad de cuidados críticos como las que tenemos actualmente. Durante los siguientes años se fueron abriendo más salas especiales, hasta el año 1958, en el que en EE. UU. ya existía una unidad de cuidados intensivos en el 25% de los hospitales con más de trescientas camas. En España, la primera UCI se creó en el

año 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid, y en Cataluña se creó en el año 1969 la primera unidad coronaria española en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Nicolás et al., 2011). En 1970, en EE. UU. se creó la Society of Critical Care Medicine (SCCM) y en 1982 en Europa se fundó la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). En 1971 se creó en España la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) como asociación científica, multidisciplinaria y de carácter educativo con el objetivo de promover la mejora en la atención al paciente críticamente enfermo (Junta Directiva de la Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias [SEMICYUC], 2011). Posteriormente, en 1978, se reconoció la especialidad de Medicina Intensiva en la Ley de especialidades médicas (Real Decreto 2015/1978, 1978).

Actualmente las UCI están presentes prácticamente en todos los hospitales de media y alta complejidad, públicos y privados, de España. Estas UCI cuentan con aproximadamente un total de 3.500 camas, donde son acogidos unos 240.000 pacientes cada año, con una mortalidad de cerca de un 11% (Olaechea et al., 2016). Dentro del hospital estas unidades deben localizarse en una zona claramente diferenciada y con acceso controlado. Las UCI requieren una conexión funcional, de fácil acceso y más directa con otros servicios del hospital, tales como el bloque quirúrgico, urgencias, la unidad de radiodiagnóstico, la unidad de pruebas funcionales, el laboratorio o el banco de sangre, entre otros (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Las enfermeras tienen un papel importante en el equipo multidisciplinar de estas unidades, con una ratio variable, pero mayoritariamente de 1:2 (una enfermera por cada dos pacientes) (Arias-Rivera et al., 2020).

Como hemos podido observar en las últimas décadas, la demanda de las UCI ha crecido rápidamente por distintos motivos, como el envejecimiento de la población, el desarrollo científico y el avance tecnológico. Últimamente estas unidades han cobrado mayor importancia, ya que han sido lugares donde se han admitido pacientes gravemente enfermos debido a la pandemia de la COVID-19, por lo que se han convertido en servicios imprescindibles para la práctica sanitaria habitual (Goh et al., 2020). En cualquier caso, estas unidades ocupan un rol fundamental en el proceso asistencial de muchos pacientes.

Sin embargo, para la mayoría de las personas estas unidades son un mundo desconocido, extraño, con mucha gente, pero a la vez solitario, y con muchos ruidos y olores diferentes a los que no están acostumbrados. El ingreso en una UCI significa para ellos la afirmación de la máxima gravedad que puede alcanzar la enfermedad de un paciente (Pallarès Martí, 2010).

Iraburu, en su libro *Con voz propia*, dice de las UCI:

«Sin duda, son recintos de hospitalización que concentran el mayor número de profesionales y de aparatos por paciente. En ningún otro sitio un enfermo goza de tanta atención. Simultáneamente, en ningún otro lugar el paciente va a verse sometido a tantas técnicas invasivas, tanta medicación, ni va a tener tan pocas posibilidades de tomar sus propias decisiones... Se beneficiará de todos los avances de la ciencia, pero también los padecerá. Su dependencia además será absoluta, se verá inevitablemente aislado de sus seres queridos y en un recinto donde el ritmo natural del día y la noche no existe, porque la actividad es continua durante las 24 horas, 365 días al año. Creo que no exagero al decir que esta

situación podría ser calificada de tortura, si no estuviera justificada por unas circunstancias de salud críticas y reversibles.» (Iraburu, 2005).

En estas unidades que salvan tantas vidas pero que tienen una complejidad y un coste tan alto, tanto material como emocional, solo deben ingresar y permanecer en ellas los pacientes que realmente puedan salir beneficiados. Se dice, con sabiduría, que la UCI es el mejor sitio para un paciente que necesita una UCI, pero es el peor sitio para el que ya no la necesita (Malagón, 2005, extraído de Boladeras, 2015).

Es evidente que este ambiente lleno de tomas de aire, de oxígeno y de vacío, con muchos monitores de todos los tamaños, bombas de perfusión, incontables cables, luces que intentan simular el día y la noche y alarmas continuas que se graban en la memoria de cualquier persona que pase por allí acogen a pacientes gravemente enfermos para ayudarlos a recuperarse, pero, al mismo tiempo, son lugares que harán perder el sentido de la realidad y el control de la situación.

1.1.2 El paciente crítico y el principio de autonomía

El paciente crítico está descrito como aquel paciente afectado de un proceso fisiopatológico crítico potencialmente recuperable que además requiere asistencia especializada y continuada en un área tecnificada. Son características de un paciente crítico: a) el nivel de gravedad, b) la reversibilidad potencial de la enfermedad, c) la necesidad de una asistencia y de cuidados enfermeros continuos y d) la necesidad de un área tecnificada (UCI o similar) (Nicolás et al., 2011). Estos pacientes se encuentran al límite de sus posibilidades de vida.

Un paciente crítico, además, es aquel que ha sido despojado del control de su vida, de su familia, de sus recuerdos, y, si ha necesitado sedación, ha sido inmerso en una esfera inexplicable y ha terminado siendo una persona totalmente dependiente. Desde este momento se convierten en objeto de atenciones y cuidados por parte del equipo multidisciplinar de la UCI, pero especialmente de las enfermeras. Ser un paciente de cuidados intensivos se ha descrito como una sensación de estar atrapado en una situación que amenaza la vida en la que el sistema de cuidados asume el control de la propia vida (Torheim y Kvangarsnes, 2014).

Al ingresar en la UCI, los pacientes son conectados a monitores y a diversos sistemas de vigilancia y se les practican diversas técnicas, algunas aún invasivas y dolorosas, mientras dependen de sistemas de sustitución renal, cardíaca, respiratoria, etc. y corren el riesgo de terminar casi desaparecidos detrás de las máquinas, sin voluntad y en un lugar donde lo más importante será el resultado que ofrezcan los monitores y otros sistemas de control sobre su estado de salud (Malagón, 2005, extraído de Boladeras, 2015).

Para un paciente grave y su familia, desde que se les comunica que será ingresado en una UCI empieza la angustia y la incertidumbre ante lo desconocido. Los testimonios de pacientes ingresados o dados de alta de la UCI muestran similitudes: miedo a lo desconocido y la percepción de que sus vidas dependen de otros (médicos, enfermeras) y de la tecnología que hay en las UCI (Pallarès Martí, 2010).

«Al despertar de aquella borrosa aventura en la UVI estaba crucificado, aislado de todo y de todos, y sin previo aviso ni explicación, no tenía dolor alguno; los viales aplicados a los brazos y a la femoral ya no eran novedad. Sí lo era la intubación, que dificultaba el hablar. La sonda nasointestinal era aparatosa e impresionaba a los visitantes. Psicológicamente era mejor olvidarla, expeler del pensamiento la noticia de su presencia, que se hacía sentir, como un estorbo y un ligero dolor al tragar saliva, pero facilitaba la respiración.» (Extraído de Pallarès Martí, 2010).

Despertar en un lugar desconocido, sin poder moverse ni hablar, y no tener una persona conocida alrededor es una experiencia única y confusa. La enfermera se convierte en la primera persona de referencia en ese momento, y el paciente se dejará cuidar por ella sin ni siquiera preguntar ni opinar, por miedo o por incapacidad de comunicarse.

Para garantizar que el paciente no pierda su estatus de persona y asegurar su derecho a recibir información y a decidir, se plantea el Informe Belmont (1978), que, junto con los principios de bioética de Beauchamp y Childress (2001), postula los cuatro principios éticos: 1) beneficencia: el deber de ayudar a los pacientes siempre que sea posible; 2) no maleficencia: obligación de evitar el daño; 3) respeto a la autonomía: el derecho de los pacientes a la libre determinación, que permite que expresen y prioricen sus intereses; y 4) justicia: asignación equitativa de los recursos sanitarios que sitúa a los pacientes dentro de la sociedad, señalando la importancia de tratarlos a todos de la misma manera.

El principio de autonomía tiene sus inicios con Florence Nightingale, enfermera reconocida a nivel mundial que modificó las prácticas del cuidado de la salud de los pacientes durante la guerra de Crimea y consiguió disminuir la mortalidad de estos. En uno de los trabajos que realizó sobre la promoción de la salud, Nightingale ya sostenía la necesidad de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos para mantener su autonomía (Velázquez Aznar y Dandicourt Thomas, 2010). Del mismo modo, Ernest Codman, médico conocido por su gran aportación a la recopilación y el análisis de datos de las intervenciones quirúrgicas, también consideraba que toda información era importante para que los pacientes pudiesen guiarse en la toma de decisiones en su proceso de salud (Donabedian, 1984). Estas afirmaciones ya consideraban el principio bioético de respeto a la autonomía del paciente que actualmente tiene aceptación universal.

En 1847 se publicó en EE. UU. el primer principio ético de la American Medical Association (AMA), basado principalmente en los principios de beneficencia y no maleficencia (Bell y Heys, 1999). En 1947 se publicó el Código de Núremberg y en 1964 la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), en la que se incluyó el principio de autonomía en la investigación biomédica. En España, la SEMICYUC también ha definido un código ético para cumplir con los objetivos de sus estatutos, de manera razonable y con base moral o ética, teniendo en cuenta tanto al paciente como al médico intensivista (Cabré Pericas et al., 2006). El principio de autonomía se entiende como el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso por el hecho de estar enferma (Gafo, 2003).

A partir de la inclusión de un modelo más horizontal, dejando atrás el modelo paternalista o maternalista en la relación médico-paciente o enfermera-paciente, se tiene en cuenta el derecho del paciente a ser informado suficientemente para poder

intervenir en la toma de decisiones en relación con su salud y a mantener su autonomía (Tonelli y Misak, 2010). De este modo, la información al paciente adquiere una dimensión importante y se convierte en una de las intervenciones enfermeras clave para promover su autonomía.

La autonomía del paciente no puede dejarse de lado en una UCI. El paciente no debe perder por ello su estatus de *sujeto* moral o persona; es decir, aunque el individuo no muestre signos de conciencia, aunque no pueda comunicarse con los demás ni sea capaz de ejercer su autonomía, no debe quedar reducido a una realidad somática, un cuerpo o una patología, porque hacerlo degrada su humanidad (Piperberg y Malagón Gutiérrez, 2015). En este sentido, hay que tener en cuenta que, mientras el paciente no tenga la capacidad para decidir, existe la norma de aplicar los mejores intereses de los pacientes, teniendo en cuenta las preferencias, los valores y las perspectivas expresadas por el paciente cuando era autónomo (Beauchamp y Childress, 2009). Sin embargo, Molina (2013), en un estudio realizado en nuestro contexto, revela que sigue existiendo el dilema entre el modelo paternalista protector y el modelo horizontal con participación del paciente. En su investigación afirma que el paciente no es autónomo en la toma de decisiones sobre sus cuidados debido a dos motivos: la institucionalización de la atención, que marca las decisiones, y las características de las relaciones enfermera-paciente y enfermera-familia. Evidenció que los profesionales son los que deciden sobre la atención del paciente, y, analizando los registros de historias clínicas, constató que solo se registraba la situación clínica del paciente, pero no encontró constancia de sus decisiones, mientras que en las entrevistas que llevó a cabo las decisiones se basaron en la confianza que deposita el paciente en la enfermera. Tanto en los registros como en las entrevistas quedó evidenciado el silencio del paciente en la toma de decisiones (Molina Mula, 2013).

1.1.3 El alta del paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos

Cuando el motivo del ingreso en una UCI se ha resuelto, el paciente crítico deja de ser crítico y empieza un nuevo recorrido, el de la recuperación. Necesitará más o menos días para recuperarse dependiendo de la situación de salud individual y de las características propias de cada paciente. Durante este tiempo de recuperación llega el momento en el que se produce la transición de la UCI a otro nivel de cuidados. La transición de la UCI a la sala de hospitalización general es un proceso que se produce antes, durante y después del «alta de la UCI». Meleis define la transición como un punto de partida identificable que empieza con los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés y llega a un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad (Meleis et al., 2000). Esta transición es una de las transiciones de atención más desafiantes, de alto riesgo e ineficiente, porque los pacientes se encuentran entre los más enfermos del sistema de atención de salud y están siendo transferidos de unidades de alta tecnología a entornos menos agudos, en un proceso en el que están involucrados muchos profesionales en el intercambio de información y responsabilidades (De Grood et al., 2018).

Así mismo, la evidencia sugiere que el mismo proceso de transición de la UCI a la sala de hospitalización también provoca en el paciente emociones negativas, como sentimientos de pérdida de control y de autonomía, que se asocian a un mayor índice

de ansiedad y de depresión (Cullinane y Plowright, 2013; Myhren, Ekeberg y Stokland, 2010; Tonelli y Misak, 2010). Otros factores, como la incertidumbre, la falta de información, la falta de continuidad de los cuidados y la disponibilidad o no de camas en la sala de destino, entre otros, son también situaciones que aumentan el riesgo de sufrir ansiedad y depresión en el proceso de transición, mientras que el seguimiento por parte de la enfermera de la UCI, la información y la educación al paciente y a su familia y la humanización de los cuidados ayudan a reducir estas complicaciones (De Grood et al., 2018; Stelfox et al., 2015).

1.2. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Algunos autores afirman que humanizar significa proteger las emociones y buscar una atención centrada en las personas, en un proceso del cual todos formamos parte: paciente, familia y profesional, con un abordaje holístico (Correa Zambrano, 2016). Existe la controversia entre la humanización y la tecnificación de los cuidados (Piperberg y Malagón Gutiérrez, 2015). La UCI, como ya hemos dicho anteriormente, es una unidad altamente tecnificada, pero es indiscutible que la investigación clínica y la innovación tecnológica han mejorado enormemente la supervivencia después de ingresar en ella, de manera que actualmente alrededor del 90% de los pacientes son dados de alta. La tecnología progresa y brinda tantas oportunidades como amenazas, y la mayor es la deshumanización de los cuidados (Cypress, 2011). Por lo tanto, la tecnificación y la humanización son dos conceptos esenciales para el cuidado de los pacientes y deberían recorrer el camino juntos para conseguir resultados inmejorables. Este objetivo, una vez más, se convierte en un desafío para las enfermeras.

En este sentido, en España se inició en 2016 un nuevo proyecto, el Proyecto Internacional de Investigación para la Humanización de los Cuidados Intensivos (Proyecto HU-CI), con el objetivo de «devolver» la humanización a los cuidados intensivos adaptándose a las necesidades de las personas. Esta propuesta sugiere un cambio en todas las partes del sistema sanitario que integran una UCI, como son los pacientes, los familiares y los profesionales. Dentro de este proyecto se diseñó un marco conceptual (Figura 1) con el objetivo de implementar intervenciones que consideren la humanización como una dimensión transversal de la calidad de los cuidados (Heras La Calle, Martín y Nin, 2017).



Figura 1. Marco conceptual del Proyecto HU-CI. Traducido y adaptado de Heras La Calle, Martín y Nin, 2017.

Se definieron unas líneas estratégicas para asegurar el logro del objetivo del proyecto. Además, se establecieron un total de 160 medidas (Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, 2019), en las que se definieron las líneas de actuación que hay que cumplir dentro de los cuidados intensivos y que van destinadas a mejorar la atención a los pacientes, centrándose en el bienestar y en la satisfacción, en el cuidado físico y emocional, y entendiendo a las personas en su dimensión integral (física, psíquica, social y espiritual). Se enfoca también en mejorar los cuidados al final de la vida, aceptando la muerte y humanizando el proceso de morir, integrando incluso los cuidados paliativos como una parte esencial del trabajo en la UCI.

Casualmente, la presente tesis se inició al mismo tiempo que el proyecto HU-CI, y comparte el objetivo de contribuir al bienestar emocional de los pacientes ingresados en la UCI, dentro de la línea de investigación del bienestar del paciente.

1.2.1. Líneas de investigación

1.2.1.1. UCI de puertas abiertas: presencia y participación familiar en el cuidado

La política restrictiva de visitas de familiares a los pacientes ingresados en la UCI, ampliamente aceptada, está cambiando debido a las reflexiones actuales y a la evidencia de investigaciones realizadas (Escudero et al., 2015). Actualmente la flexibilización de horarios o la instauración de la «UCI de puertas abiertas» ha demostrado un beneficio para los pacientes, los familiares y los profesionales (Cappellini, Bambi, Lucchini y Milanese, 2014). Esta línea estratégica tiene como objetivo la sensibilización y la formación del equipo asistencial sobre la importancia de la flexibilidad de las visitas, la accesibilidad, el contacto, la presencia de las familias en la realización de procedimientos y los cuidados a los pacientes y el soporte a las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares. Los familiares de los pacientes ingresados en la UCI muchas veces desearían estar al lado del paciente y ayudar en sus cuidados, pero su presencia actualmente está restringida. Las barreras para la inclusión de la familia en la UCI se han centrado en los posibles daños psicológicos y en la interferencia en los procedimientos, aunque no se ha demostrado que esto último esté asociado a consecuencias negativas. Por el contrario, la presencia de familiares podría contribuir a mejorar el bienestar emocional del paciente y su familia (Cypress y Frederickson, 2017; Kentish-Barnes, Degos, Viau, Pochard y Azoulay, 2021) y también a una mayor satisfacción en los familiares.

1.2.1.2. Comunicación

La comunicación efectiva (Curtis et al., 2006) y el traspaso de la información, situaciones en las que no solo se intercambia información sino también responsabilidades, exigen procedimientos estructurados para llevar a cabo estas intervenciones de manera efectiva y segura.

La necesidad de información es una de las principales preocupaciones manifestadas por los pacientes y los familiares en las UCI (Alonso-Ovies, Álvarez, Velayos, García y Luengo, 2014; Velasco Bueno, Alonso-Ovies, Heras La Calle y Zaforteza Lallemand, 2018). La pandemia actual ha puesto de manifiesto la importancia de la información y ha influenciado en la creación de nuevas intervenciones para poder informar a pacientes y familiares y así favorecer un clima de confianza y respeto. Esta línea de investigación está dirigida a mejorar la comunicación con el paciente y el equipo multidisciplinario de la UCI y la comunicación y la información a la familia.

1.2.1.3. Bienestar del paciente

Son varios los factores que pueden alterar el bienestar del paciente en la UCI. El aislamiento, la falta de información, la soledad, la inmovilidad, el exceso de ruido y la iluminación artificial pueden contribuir a su sufrimiento y su falta de

confort. Esta línea estratégica está encaminada a conseguir el bienestar físico y psicológico del paciente, a la promoción de su autonomía, a favorecer el bienestar ambiental y al logro del descanso nocturno.

1.2.1.4. Cuidados al profesional

Los cuidados que se brindan al paciente crítico exigen un gran compromiso y una implicación importante por parte de los profesionales (Moreira y Lucca, 2020; Lima da Silva et al., 2015), lo cual proporciona una enorme satisfacción profesional cuando las cosas van bien. Sin embargo, cuando los resultados no son favorables se produce un desgaste considerable de los profesionales que puede provocar efectos negativos en su salud. Las estrategias para disminuir el desgaste de los profesionales van encaminadas a sensibilizar sobre esta problemática y sus factores asociados y a la prevención del síndrome del desgaste y la promoción del bienestar de los profesionales.

1.2.1.5. Detección, prevención y manejo del síndrome post-UCI

El objetivo principal es la prevención, el manejo y el seguimiento del síndrome post cuidados intensivos (Needham et al., 2012), tanto en el paciente como en su familia, ya que sus consecuencias a medio y largo plazo impactan en la calidad de vida de estos pacientes.

1.2.1.6. Cuidados al final de la vida

Una de las características de los pacientes críticos es que su situación de gravedad sea reversible, pero algunas veces esto no es posible y debe modificarse de forma que se garantice el confort y evitar de este modo el sufrimiento del paciente. Las estrategias para conseguirlo sugieren la aplicación de protocolos de cuidados al final de la vida, soporte de síntomas físicos, acompañamiento en situaciones al final de la vida, soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales, protocolo de limitación de tratamientos de soporte vital e implicación multidisciplinar en la decisión y el desarrollo de medidas de limitación de tratamientos de soporte vital.

1.2.1.7. Arquitectura e infraestructura humanizadas

El entorno físico de las UCI debe asegurar que el proceso asistencial se lleve a cabo en un ambiente saludable que contribuya a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, familiares y profesionales. Estas intervenciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones, favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las UCI. Esta línea promueve la privacidad del paciente, el confort ambiental, la orientación en espacio, tiempo y lugar del paciente, el confort en el espacio para familiares, el confort y la funcionalidad en las habitaciones para el cuidado del paciente con luz, temperatura, acústica, materiales, mobiliario y decoración adecuados, el confort en el

área administrativa del equipo, promover la distracción del paciente y la habilitación de espacios en jardines o patios.

Como bien sabemos, la recuperación del paciente ingresado en una UCI puede ser larga y complicada, y los problemas de salud post-UCI no solo suelen ser físicos, sino también psicocognitivos, y pueden persistir, incluso, un tiempo después de que el paciente regrese a casa, y algunos pueden que no se recuperen nunca. Estas complicaciones se han descrito como el PICS.

1.3. SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS

Sobrevivir a una enfermedad aguda grave que implique el ingreso en una UCI puede relacionarse con una morbilidad considerable. Aunque las UCI han logrado disminuir la mortalidad de los pacientes admitidos (Olaechea et al., 2016), cuando estos pacientes abandonan estas unidades pueden presentar complicaciones a largo plazo relacionadas con el motivo de ingreso y con los tratamientos (Desai, Law y Needham, 2011). Es importante comprender que este no es un estado de enfermedad único y ni siquiera se limita a los expacientes de la UCI, sino que también se extiende a sus cuidadores o familiares (Needham et al., 2012).

Posiblemente uno de los primeros documentos de resultados que incluyó un seguimiento de los sobrevivientes durante el primer año después del alta de la UCI fue un artículo especial publicado en 1976, a partir de un estudio realizado en la Harvard Medical School entre 1972 y 1973 en el que se analizó la supervivencia y los costes de los pacientes que sobrevivieron a la UCI (Cullen, Ferrara, Briggs, Walker, y Gilbert, 1976). Desde entonces surgió el interés por investigar el seguimiento de los sobrevivientes de la UCI. No está claro dónde y cuándo apareció el nombre PICS, pero este término se utilizó en una conferencia multidisciplinaria organizada por la SCCM en 2010, y las conclusiones y los acuerdos se publicaron en 2012 (Needham et al., 2012). A partir de entonces el PICS ha sido adoptado por la comunidad de cuidados críticos en todo el mundo como la amplia gama de problemas que a menudo ocurren en los pacientes después del alta de la UCI (Flaatten y Waldmann, 2020) y el énfasis en la investigación del PICS ha cambiado durante la última década, y especialmente en el último año.

Se han descrito varios factores de riesgo para el desarrollo del PICS, entre ellos los relacionados con el propio paciente, como trastornos neuromusculares, demencia, menor edad, menor nivel de educación, género femenino, enfermedades psiquiátricas previas al ingreso en UCI y otros factores específicos de la UCI, como la ventilación mecánica, el delirio, la sepsis, el distrés respiratorio, el uso de corticoides, la hiperglucemia, la inmovilidad, la sedación o la hipoxia. Asimismo, existen también factores de riesgo adicionales que incluyen los recuerdos traumáticos o delirantes en la UCI y las restricciones físicas (Needham et al., 2012).

Los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica pueden tener una afectación física, cognitiva y mental (Figura 2). La afectación física puede aparecer en forma de debilidad muscular que se percibe fácilmente, conocida como debilidad adquirida en la UCI, malnutrición, úlceras por presión, pérdida de masa ósea; la afectación cognitiva, como problemas en el pensamiento y el juicio y alteraciones en la memoria y en la atención; y la afectación en la salud mental, en forma de ansiedad, depresión o trastorno por estrés postraumático (TEPT), además de los problemas de tipo socioeconómico que conlleva (Needham et al., 2012).

Además de afectar al paciente, la enfermedad crítica es una crisis familiar. Sentirse preocupado y confundido puede hacer que los miembros de la familia dejen de cuidar su propia salud. Además, el equipo de la UCI puede pedirle a la familia que tome decisiones sobre asuntos importantes, a veces abrumadores. Debido a esto, el 30% de los miembros de la familia pueden experimentar también problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y TEPT; un fenómeno descrito como síndrome post cuidados intensivos en familiares (PICS-F, por sus siglas en inglés) (Harvey y Davidson, 2016) (Figura 2).



Figura 2. Síndrome post-UCI. Traducido y adaptado de Needham et al., 2012.

Describiremos a continuación los tres principales problemas dentro del PICS.

1.3.1. Problemas fisiológicos: la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos

La Sociedad Americana del Tórax define la debilidad adquirida en la UCI (DAU) como un síndrome de debilidad de las extremidades generalizado que se desarrolla mientras el paciente está gravemente enfermo, provocado por la propia enfermedad crítica. Este síndrome puede causar alteraciones en la función de los nervios y ocasionar una polineuropatía, o una alteración en los músculos y originar una miopatía o una neuromiopatía del paciente crítico (Tipping et al., 2017). Este es un problema común de los pacientes críticamente enfermos y ocurre en un 33% de todos los pacientes con ventilación mecánica invasiva, en un 50% de todos los pacientes ingresados con infección grave o sepsis y hasta en el 50% de los pacientes que permanecen en la UCI durante al menos una semana (Hermans y Van den Berghe, 2015; Vincent y Norrenberg, 2009).

Los pacientes que desarrollan DAU pueden tardar más de un año en recuperarse por completo (Iwashyna, 2012) y en algunos casos incluso pueden no llegar a recuperarse del todo (Herridge et al., 2011). La DAU dificulta las actividades de la vida diaria, incluido el aseo personal, el vestirse, la alimentación, ir al baño y caminar, y puede retrasar en gran medida que el paciente realice las actividades de la forma en que solía hacerlas antes de su ingreso en la UCI, lo cual provoca un aumento de los costos de atención sanitaria y un deterioro de la calidad de vida de los pacientes (Herridge et al., 2016).

1.3.2. Problemas cognitivos: disfunción cognitiva o cerebral

Son problemas relacionados con la memoria, la atención, la resolución de problemas y la organización y realización de tareas complejas (Pandharipande et al., 2013) que afectan a un porcentaje de entre el 30% y el 80% de los pacientes después del alta de la UCI (Harvey y Davidson, 2016; Pandharipande et al., 2013). El deterioro cognitivo es un problema menos común pero importante y potencialmente prevenible después de una enfermedad crítica. Las comorbilidades crónicas y los días de estancia en la UCI aumentan el riesgo de disfunción cognitiva post-UCI, independientemente de la edad del paciente (Sakusic et al., 2018).

1.3.3. Problemas de salud mental

El bienestar está estrechamente relacionado con la salud de una persona. La definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un «estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de enfermedad» y también define la salud mental como un «estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (World Health Organization, 2019). Jones y O'Donnell (1994) ya indicaban que el cuidado del paciente crítico es incompleto si no consideramos el impacto psicológico que conlleva (Strahan y Brown, 2005). Los problemas de salud mental afectan hasta a un 57% de los pacientes que sobreviven a un ingreso en la UCI (Harvey y Davidson, 2016) y la mayoría de estos pacientes podrán volver a trabajar durante el primer año tras el alta, pero es posible que algunos no puedan recuperar su vida laboral (Griffiths et al., 2013).

Los problemas que pueden presentar estos pacientes son dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormidos, o tener pesadillas y recuerdos no deseados. Los recuerdos de su enfermedad pueden producir sentimientos intensos o imágenes claras, fuertes y desagradables. Las reacciones a estos sentimientos pueden ser físicas o emocionales. Se han relacionado varias causas con la alta incidencia de problemas de salud mental en los sobrevivientes de la UCI. Por un lado, estos pacientes están expuestos a muchos factores estresantes, incluido el motivo de ingreso y especialmente la amenaza de muerte inminente (Desai et al., 2011). Los pacientes también pueden sentirse deprimidos y ansiosos y pueden tener síntomas de TEPT (Harvey y Davidson, 2016). De hecho, el National Institute for Clinical Excellence (2009) resaltaba ya hace más de diez años la necesidad de la valoración psicológica de los pacientes dados de alta de la UCI y describía unas recomendaciones, como la necesidad de evaluar a los

pacientes en riesgo de desarrollar morbilidad física o psicológica antes del alta de la UCI, durante la estancia en la sala de hospitalización, antes del alta hospitalaria y de dos a tres meses después del alta de la UCI (NICE, 2009).

Debido a la alta incidencia de problemas de salud, la OMS ha planteado una «Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023): Cobertura Universal de Salud para la Salud Mental», con el reto de empoderar a las comunidades y a las personas para que alcancen el más alto nivel de salud, que solo se puede lograr cuando se garantiza su salud mental y su bienestar y se respetan sus derechos. La visión de esta iniciativa para la salud mental de la OMS es que todas las personas logren el más alto nivel de salud mental y de bienestar (World Health Organization, 2019).

Los principales problemas mentales descritos en el PICS son el TEPT, la ansiedad y la depresión.

1.3.3.1. Trastorno por estrés postraumático

Antes de mediados del siglo XIX, poetas, dramaturgos y novelistas ya registraron el impacto psicológico de la exposición al estrés traumático (Trimble, 2013).

El TEPT en un inicio se había relacionado con causas traumáticas como la violencia en el contexto militar, la violencia sexual y los ataques terroristas (Purtle, Lynn y Malik, 2016).

Posteriormente, las investigaciones han identificado una serie de factores de riesgo y protección que afectan de manera diferencial la susceptibilidad de diferentes individuos para desarrollar TEPT después de una exposición traumática. Su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático (Pai, Suris y North, 2017).

En los supervivientes de una enfermedad crítica se ha relacionado la sedación y los recuerdos de experiencias aterradoras en la UCI con la presencia de TEPT (Parker et al., 2015). El TEPT constituye una enfermedad psiquiátrica debilitante debido a un trauma o un factor de estrés. Su diagnóstico se basa en la presencia de varios síntomas (incluida la intrusión, la evitación y la hiperactivación) después de la exposición a lesiones graves o a la muerte y con persistencia de los síntomas de más de un mes después del trauma (American Psychiatric Association, 2013). El TEPT puede volverse crónico y asociarse con frecuencia a comorbilidades psiquiátricas graves, que incluyen depresión, trastornos de ansiedad, adicciones o tendencias suicidas (Lee, Liverant, Lowmaster, Gradus y Sloan, 2014; Panagioti, Gooding y Tarrier, 2012; Wawer et al., 2020).

Dos revisiones sistemáticas sugieren que el TEPT después de una enfermedad crítica tiene una incidencia del 18-20% (Parker et al., 2015; Wade, 2013). Dada la asociación entre los síntomas del TEPT y una peor calidad de vida en los sobrevivientes de la UCI, la identificación de los factores de riesgo es importante para desarrollar intervenciones de prevención, tratamiento y motivar cambios en las prácticas de la UCI que se asocian con los síntomas posteriores del TEPT (Parker et al., 2015). Por ejemplo, una intervención psicológica temprana dentro de la UCI se ha asociado con menos síntomas de TEPT (Peris et al., 2011).

1.3.3.2. Ansiedad en la unidad de cuidados intensivos

La última década ha sido testigo de un mayor interés en la investigación de los trastornos de ansiedad, en gran parte debido a un aumento de la incidencia y a las implicaciones asociadas. Los trastornos de ansiedad se definen por un exceso de preocupación, hiperactividad y miedo que es contraproducente y debilitante, y son unas de las afecciones psiquiátricas más comunes en el mundo occidental (Simpson, Neria, Lewis-Fernandez y Schneier, 2010). Según la OMS, los trastornos de ansiedad en la población general se encuentran dentro de las afecciones mentales más prevalentes, entre el 3,8% y el 25% (World Health Organization, 2019) y las tasas más altas las presentan mujeres, adultos jóvenes y personas con enfermedades crónicas (Remes, Brayne, Van der Linde y Lafortune, 2016). Estos autores también encontraron que la presencia de un trastorno de ansiedad es un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y del abuso de sustancias (Remes et al., 2016). Otras investigaciones, como el metaanálisis realizado a partir de 27 estudios con 2.880 sobrevivientes de UCI generales, encontraron que al menos un tercio de los supervivientes de UCI experimentan síntomas de ansiedad, que estos persisten durante el primer año después de una enfermedad crítica (Nikayin et al., 2016) y se relacionan con consecuencias negativas, como el aumento de las readmisiones, el incremento de la mortalidad (Won y Son, 2020) y la disminución de la calidad de vida (Petrinec y Martin, 2018).

A pesar de las consecuencias negativas de la ansiedad en los pacientes que sobreviven a la UCI, se sabe poco sobre las intervenciones enfermeras en la UCI para evaluar la ansiedad. En un estudio realizado en enfermeras en EE. UU. (Frazier, 2002), casi tres cuartas partes de las encuestadas (71,3%) pensaban que la evaluación de la ansiedad era muy importante. Treinta y nueve indicadores calificados como importantes incluyeron principalmente cambios fisiológicos mensurables y comportamientos observables. Los cinco indicadores principales de ansiedad fueron la agitación, el aumento de la presión arterial, el aumento de la frecuencia cardíaca, la verbalización de la ansiedad por parte de los pacientes y la inquietud. Los indicadores importantes de ansiedad incluyeron comportamientos observables y cambios fisiológicos medibles. Los autores concluyeron que se necesita una herramienta de valoración de la ansiedad integral y sistemática para una evaluación válida y reproducible del trastorno en los pacientes sobrevivientes de la UCI. En la misma línea, en otro estudio realizado entre los miembros de la American Association of Critical Care Nurses, un total de 2.500 enfermeras que trabajaban en cuidados intensivos para adultos fueron seleccionadas al azar y se les envió por correo una encuesta diseñada para determinar cuáles eran los atributos importantes de la ansiedad en sus pacientes y qué intervenciones usaban comúnmente para controlar la ansiedad. Un total de 593 enfermeras contestaron a la encuesta (31,6%), en la que identificaron 70 indicadores individuales de ansiedad y 61 estrategias de manejo, que se clasificaron en cuatro y tres categorías principales, respectivamente. Las cuatro categorías principales de evaluación de la ansiedad fueron: 1) física/fisiológica; 2) conductual; 3) psicológica/cognitiva; y 4) social. Las tres principales estrategias de manejo de la ansiedad fueron: 1) técnicas de cuidado; 2) mejorar el conocimiento y la comunicación; y 3) apoyo emocional al paciente y a la familia. Los autores con-

cluyeron que hacen falta estudios para evaluar exactamente cuán apropiados y efectivos son estos indicadores de evaluación y las estrategias de gestión de la ansiedad de los pacientes en la UCI (Moser et al., 2003). Asimismo, en una revisión realizada por Gómez-Carretero et al., en nuestro contexto, sobre las alteraciones emocionales y las necesidades psicológicas de los pacientes en la UCI, se concluyó que: 1) el estado emocional de los pacientes previo al ingreso en la UCI parece influir en su recuperación; 2) las alteraciones emocionales, como ansiedad o depresión, y el PICS pueden ocurrir durante la estancia en la UCI; 3) el traslado de la UCI a la sala general puede provocar ansiedad; 4) el impacto emocional puede estar presente incluso meses después del alta hospitalaria; y 5) se considera necesaria la integración de profesionales de salud mental en el equipo multidisciplinar de la UCI para la atención integral del paciente (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2007). En la misma línea, Ricart Basagaña realizó una investigación para evaluar la ansiedad de los pacientes durante el alta de la UCI y los resultados destacaron que dos de cada diez pacientes ingresados en las UCI padecen ansiedad y que los factores relacionados encontrados fueron los días de estancia en la UCI, el nivel de gravedad al ingreso y el soporte social percibido por los pacientes al alta de la UCI (Ricart Basagaña, 2015).

A pesar de la relevancia de la ansiedad que pueden padecer los sobrevivientes de la UCI, no se han encontrado estudios con intervenciones enfermeras para disminuir los niveles de ansiedad de los pacientes en este contexto.

1.3.3.3. Depresión en la unidad de cuidados intensivos

Los trastornos depresivos afectan a más de trescientos millones de personas en el mundo y constituyen una de las principales causas de discapacidad, con peor calidad de vida de los pacientes, riesgo de suicidio y dificultad para volver al lugar de trabajo (World Health Organization, 2020). En España, la depresión es la novena enfermedad crónica más frecuente en la población y tiene mayor presencia en mujeres que en varones (Ministerio de Sanidad, 2019). Los síntomas de depresión ocurren en un porcentaje de entre el 8% y el 57% de los pacientes supervivientes de la UCI general y pueden afectar negativamente a la calidad de vida de estos pacientes (Davydow, Gifford, Desai, Bienvenu y Needham, 2009; Rabiee et al., 2016). En una revisión sistemática, los autores concluyeron que la presencia de síntomas depresivos tempranos post-UCI son un factor de riesgo importante para desarrollar una depresión (Davydow et al., 2009).

La ansiedad y la depresión son dos de las enfermedades mentales más comunes en nuestra sociedad y afectan al bienestar emocional de las personas. No solo tienden a coexistir, sino que sus síntomas están altamente correlacionados y muchas veces aparecen juntos, manifestándose en forma de tristeza, ansiedad, soledad, irritabilidad y falta de motivación (Jacobson y Newman, 2017). Se han descrito la ansiedad (Nikayin et al., 2016), la depresión (Rabiee et al., 2016) y el TEPT (Parker et al., 2015) como los principales problemas psicológicos que presentan los pacientes que sobreviven a un ingreso en una UCI. Varios estudios han demostrado que uno de cada tres pacientes que sobreviven a un ingreso en una UCI experimentan ansiedad (Hatch et al., 2018; Nikayin et al., 2016) y depresión (Proffitt y Menzies, 2019; Rabiee et al., 2016) y que estos síntomas persisten

hasta un año después del alta (Hatch et al., 2018; Nikayin et al., 2016) y producen complicaciones a largo plazo (Cutler, Hayter y Ryan, 2013; Desai et al., 2011). Sin embargo, en comparación con otros tipos de pacientes, se ha prestado poca atención a la salud mental, y especialmente a los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes sobrevivientes de la UCI.

Es importante hacer hincapié en que los problemas psicopatológicos que presentan los supervivientes de la UCI son potencialmente tratables (Davydow, Gifford, Desai, Needham y Bienvenu, 2008) y la detección y el tratamiento temprano de estas condiciones puede resultar en una mejor calidad de vida del paciente (Sofko, Currier y Drescher, 2016).

1.3.3.4. Escalas de valoración de la ansiedad y la depresión en la unidad de cuidados intensivos

A continuación, se describen las escalas de valoración de la ansiedad y la depresión más comúnmente utilizadas.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

La escala HADS (Zigmond y Snaith, 1983), adaptada y validada al español por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986) presenta índices adecuados de fiabilidad y validez para la población española. Concretamente presenta un alfa de Cronbach que oscila entre 0,81 y 0,86 para la ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para la depresión. Está compuesta por dos subescalas de siete ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad/frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de cuatro puntos. Para cada subescala, el rango de puntuación es de 0 a 21, y se consideran los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso/posible problema clínico; >11 Probable problema clínico. Es una medida de estado, ya que explora la situación en la última semana. Ideada para ser administrada a sujetos con enfermedades orgánicas, se han eliminado los aspectos físicos que pueden acompañar a la ansiedad o a la depresión y se ha incidido solo en los emocionales. Además de la valoración cuantitativa, puede estratificarse en «no ansioso» o «no deprimido» si los valores de HADS son inferiores a 8, posible o dudoso si se encuentran entre 8 y 10, y probable o afirmativo si son de 11 o superiores. Los autores consideran que, a efectos de la investigación, si se desea obtener una baja proporción de falsos positivos debe usarse el límite superior con valores de 10 o de 11, mientras que valores de 8 o 9 evitarían falsos negativos (Tejero, Guimera, Farré y Peri, 1986).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S y STAI-T)

Esta escala fue diseñada en 1982 por Spielberger, Gorsuch y Lushene para medir la ansiedad. El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés) se basa en la teoría de que la ansiedad tiene dos facetas. El STAI-S fue diseñado para medir el estado transitorio de tensión, aprensión y excitación experimentado subjetivamente como ansiedad; en otras palabras, cómo se siente el individuo en ese momento (ansiedad-estado), mientras que la escala de rasgos STAI-T fue diseñada para medir la presencia duradera de esta emoción; en otras palabras, cómo se siente el individuo *en general* (ansiedad-rasgo). La más utilizada es el STAI-S, por encima del STAI-S y el STAI-T juntos. En España, la más utilizada es la escala original de Spielberger (STAI-E) adaptada y validada

para la población española con una consistencia interna de entre 0,9 y 0,93 en la ansiedad-estado y de entre 0,84 y 0,87 en la ansiedad-rasgo. Está compuesta por cuarenta ítems, veinte correspondientes a la ansiedad-estado y otros veinte para la ansiedad-rasgo. El STAI-E6 es la versión corta de la STAI-E y consta de seis ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert de menos (0) a más intensidad (3). La puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem y puede oscilar entre 0 y 18 puntos (Perpiñá-Galvañ, Cabañero-Martínez y Richart-Martínez, 2013).

Beck Depression Inventory (BDI)

Creada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaughm (1961) y adaptada en español por Sanz y Vázquez (1998), es una de las escalas más utilizadas para evaluar los síntomas de depresión. Esta escala está integrada por 21 ítems con cuatro alternativas de respuestas que van de menos (0) a más intensidad (3). En ella se evalúan aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales del estado de ánimo. La puntuación total varía entre 0 y 63, y se establecen diferentes valores de corte (Beck, Steer y Garbin, 1988). Así, una puntuación total de 0 a 9 indicaría ausencia de depresión, de 10 a 18 indicaría depresión leve, de 19 a 29 depresión moderada y, por último, una puntuación mayor de 30 indicaría depresión grave. Las propiedades psicométricas de esta escala han demostrado ser adecuadas tanto en la versión original (Beck et al., 1988) como en la versión española (Sanz y Vázquez, 1998).

1.3.3.5. Estrategias para disminuir el síndrome post-UCI

Harvey y Davidson (2016) afirman que existen tres conceptos emergentes clave que impulsan las estrategias para disminuir el PICS: 1) un enfoque en las transiciones y transferencias seguras; 2) un énfasis en la atención centrada en la familia; y 3) la aceptación de que la atención a un paciente crítico se define por todo el episodio de atención, no solo por la estancia en la UCI, sino también después del alta de la UCI (Harvey y Davidson, 2016). De esta manera, las estrategias para disminuir la aparición del PICS están encaminadas a disminuir los factores de riesgo. Estos factores de riesgo, como hemos dicho anteriormente, incluyen la inmovilidad, la ventilación mecánica, los días de estancia en la UCI, la sedación, el delirio, la sepsis, el distrés respiratorio agudo, la hipoglicemia y la hipoxia (Desai et al., 2011; Elliott, Page y Worrall-Carter, 2014; Needham et al., 2012). Podemos encontrar varias estrategias para disminuir la prevalencia del PICS en pacientes y familias (Harvey y Davidson, 2016; McPeake et al., 2019). En relación con el paciente, se han desarrollado programas de movilidad temprana o movilización precoz en la UCI, programas de seguimiento después del alta, una intervención psicológica temprana, la introducción de los diarios de UCI y el paquete ABCDEFGH (Davidson, Harvey, Bemis-Dougherty, Smith y Hopkins, 2013; Davidson et al., 2013). ABCDEFGH hace referencia, por sus siglas en inglés, a **A: Airway management**, **B: Breathing trials**, **C: Coordination of care and Communication**, **D: Delirium assessment**, and **E: Early mobility**, **F: Family involvement, Follow-up referrals and Functional reconciliation**, **G: Good handoff communication**, y **H: Handout materials on PICS and PICS-F**. Este paquete aborda los riesgos de la sedación, el delirio y la inmovilidad (Devlin et al., 2018).

Por otro lado, las estrategias en las familias se centran en programas de atención a la familia, comunicación frecuente y comprensible sobre la atención y el estado de los pacientes, ayuda en la toma de decisiones compartida, intervención y apoyo psicológicos tempranos, presencia y participación de la familia en los programas de atención, participación del trabajador social en la atención y la planificación de los cuidados al paciente, capacitación de la familia en las habilidades necesarias para cuidar al paciente en el hogar, implementación de los diarios de UCI y educación sobre cómo usarlos, lista de verificación de conciliación funcional, información sobre PICS y recursos disponibles y coaching a la familia sobre la importancia de cuidarse a sí mismos (Ely, 2017).

Con el objetivo de guiar la práctica clínica, en el año 2013 la SCCM definió la implementación de unas guías para el manejo del dolor, la agitación, el delirio y la movilidad para mejorar la atención de los pacientes críticamente enfermos (Davidson et al., 2013). Estas guías y recomendaciones han sido actualizadas y se han añadido dos temas de atención clínica relacionados, rehabilitación/movilización y sueño, incluyendo a los pacientes como colaboradores y coautores (Devlin et al., 2018).

A continuación describiremos las principales medidas incluidas en el paquete ABCDEF.

A: Evaluación, prevención y tratamiento del dolor

La falta de evaluación y seguimiento del dolor puede originar otras complicaciones, como el delirio. Por ello es necesaria la valoración del dolor en el paciente crítico a través de escalas validadas y probadas para pacientes críticos en nuestro contexto. Existen escalas como la Behavioral Pain Scale (BPS), la Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) y la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID). En un estudio realizado en nuestro entorno se observó que la escala ESCID es la más utilizada, posiblemente por haber sido creada y validada en español (Latorre-Marco et al., 2016), mientras que la BPS y la CPOT no han sido validadas en población española (Arias-Rivera et al., 2020).

B: Pruebas de despertar y respiración espontánea

Las interrupciones momentáneas de los sedantes producen despertares y respiración espontánea en los pacientes con ventilación mecánica invasiva. Esta estrategia ha demostrado mejores resultados en relación con la disminución de los días de ventilación mecánica, la duración de la estancia en la UCI, la duración de la sedación, el riesgo de traqueotomía y el riesgo de neumonía asociada al ventilador (Chen et al., 2021).

C: Analgesia y sedación

Con el objetivo de mantener unos niveles de analgesia y de sedación óptimos en el paciente, se plantea un objetivo diario de sedación en el paciente crítico y se monitorizan los niveles de analgesia y de sedación mediante escalas de valoración validadas (Arias-Rivera et al., 2020). Entre las escalas disponemos de las dos que recomiendan las guías internacionales: la escala de agitación-sedación Richmond (RASS, por sus siglas en inglés) y la escala Riker de sedación-agitación (SAS, por sus siglas en inglés).

D: Evaluar, prevenir y tratar el delirio

El delirio es un trastorno de la conciencia con una inatención acompañada de un

cambio en la cognición o una perturbación de la percepción que se desarrolla durante un corto periodo de tiempo (de horas a días) y que fluctúa con el tiempo. Ocurre en un porcentaje de entre un 10% y un 83% de los pacientes ventilados mecánicamente y es uno de los factores de riesgo más potentes relacionado con la aparición del PICS, pues provoca el aumento de la duración de la estancia, la disminución de la supervivencia y el incremento de la disfunción cognitiva del paciente (Davidson et al., 2013). En este sentido, las intervenciones no farmacológicas para prevenir y manejar el delirio se convierten en un elemento clave para las enfermeras. Se dispone de escalas validadas como el método adaptado para evaluar el delirio en UCI (CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) (Tobar et al., 2010) y la lista de verificación del delirio en UCI (ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist) (Gusmao-Flores, Figueira Salluh, Chalhub y Quarantini, 2012) para la monitorización del delirio en los pacientes en la UCI. Estas dos escalas de medida de la gravedad del delirio están estrechamente correlacionadas (Krewulak, Rosgen, Ely, Stelfox y Fiest, 2020).

E: Ejercicio y movilización precoz

Los pacientes en la UCI que reciben movilización precoz tienen más probabilidades de preservar las capacidades físicas (por ejemplo, la fuerza) y el funcionamiento (por ejemplo, la capacidad para caminar), al mismo tiempo que reducen la DAU que se desarrolla durante una enfermedad crítica (Devlin et al., 2018). La movilización precoz en los pacientes en la UCI está relacionada con menos días de delirio, una disminución de los días en que es necesaria la ventilación mecánica, menos días de estancia en la UCI y una mejora del estado funcional (Bartolo et al., 2017; Glaspey, Roberts, Mazzarelli, Trzeciak y Roberts, 2017; Koukourikos et al., 2020; McWilliams et al., 2018; Roberts et al., 2018; Tipping et al., 2017), así como una disminución de los niveles de ansiedad y de depresión (Parker, Sricha-roenchai y Needham, 2013).

En nuestro contexto se ha desarrollado un algoritmo de movilización precoz para el paciente crítico en general y se han descrito unas recomendaciones para la movilización precoz en subpoblaciones específicas de pacientes críticos con más riesgo para la movilización: neurocríticos, traumáticos, pacientes sometidos a terapias continuas de depuración renal y con dispositivos de asistencia ventricular o membrana de oxigenación extracorpórea (Raurell-Torredà et al., 2021).

F: Compromiso y empoderamiento familiar

Esta estrategia está dirigida a mejorar la comunicación con la familia y su empoderamiento.

1.3.3.6. Seguimiento del síndrome post-UCI del paciente y su familia

El Plan de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid (Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2017) propone que el seguimiento de estos pacientes se debería realizar en el mismo hospital, en una consulta de PICS. El equipo debería estar formado por un médico intensivista y una enfermera de UCI y tener posibilidad de interconsultas a otros servicios: rehabilitación, psiquiatría, fisioterapia, psicología o trabajo social. Se recomienda que las visitas sean antes de los 2-3 meses posteriores al alta de la UCI.

El seguimiento post-UCI se empieza en la UCI antes de la transición del paciente, con la valoración del riesgo potencial de desarrollar el PICS. La siguiente valoración del paciente se realiza después del alta de la UCI, en la sala de destino para detectar el PICS y asegurar la continuidad de los cuidados. Antes del alta hospitalaria del paciente se lleva a cabo otra valoración integral física, psicológica y social. Y, por último, la valoración al alta hospitalaria, donde se concretan los seguimientos posteriores dependiendo de la situación del paciente y la de su familia.

En Estados Unidos se creó uno de los primeros centros de cuidados postintensivos: el centro de recuperación post-UCI Vanderbilt. Inaugurado en 2012, el *ICU Recovery Center* es un recurso innovador que se dedica a abordar las necesidades de recuperación multidimensional de las personas que han sobrevivido a una enfermedad crítica. Este centro fue fundado por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt, y destaca la existencia de importantes desafíos neuropsicológicos, de salud mental, físicos y funcionales entre los sobrevivientes de enfermedades críticas después del alta de la UCI. Este centro se esfuerza por minimizar el PICS y maximizar la recuperación (Sevin et al., 2018).

En España, el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario La Paz (Madrid) ha puesto en marcha el programa para la detección y el seguimiento del PICS. Los pacientes son citados a los tres meses del alta hospitalaria. En la consulta de seguimiento se llevan a cabo una anamnesis y una revisión de la situación del paciente desde el alta hospitalaria, una exploración física, una evaluación de la función respiratoria, la fuerza muscular y la calidad de vida, una valoración psicológica y cognitiva, y una valoración familiar. En función de las características de cada paciente, se le cita nuevamente a los tres, seis y/o doce meses o bien se procede al alta si no presenta alteraciones que precisen consultas sucesivas. Asimismo, en función de las alteraciones encontradas, los pacientes pueden ser derivados a los especialistas correspondientes: al servicio de psiquiatría y al servicio de rehabilitación (Extremera, Añón y García de Lorenzo, 2018). En la misma línea, la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del mismo hospital también ha puesto en marcha la primera consulta en España dedicada a la detección y el seguimiento del síndrome post cuidados intensivos pediátricos o PICS-p, por sus siglas en inglés. El objetivo de esta consulta es la identificación de los pacientes con riesgo de desarrollar PICS-p durante la estancia en la propia unidad, el seguimiento de sus secuelas en la salud física, neurocognitiva, mental y social y el desarrollo madurativo del niño y del adolescente. A su vez, permite hacer un seguimiento de la repercusión de los síntomas que pueden desarrollarse en la salud de los padres y hermanos del paciente (Hospital Universitario La Paz, 2019).

En el mismo sentido, el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario de Alicante ha puesto en marcha un programa piloto para la detección y la asistencia integral de los pacientes que presentan el PICS. El programa empieza en la UCI, con la detección de los pacientes que van a necesitar este seguimiento y el diagnóstico del PICS, que se determina a través de una serie de escalas avaladas por las sociedades científicas. A continuación se realiza una primera visita al paciente en la planta de hospitalización, transcurrida una sema-

na del alta de la UCI, y la periodicidad de las siguientes será determinada por su evolución. El seguimiento ambulatorio se produce al mes del alta hospitalaria, y las consultas sucesivas se van graduando según la situación y las necesidades de cada paciente. Es un programa multidisciplinar, de modo que esta consulta post-UCI pretende servir de eslabón y se desarrolla en colaboración con otras especialidades del hospital y de los centros de atención primaria, derivando a los pacientes cuando sea necesario (Hospital General Universitario de Alicante, 2021).

Otro proyecto es el del servicio de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, que ha puesto en funcionamiento en el Hospital del Rosell una consulta para la detección y el seguimiento del PICS tanto para los pacientes como para sus familiares y cuidadores. La consulta tiene lugar un día a la semana, con una media de ocho pacientes (cuatro enfermos y cuatro familiares). Desde que se puso en marcha esta consulta, a principios del año 2020, han sido 150 personas las que han recibido ayuda de los miembros del equipo para hacer frente al PICS y al PICS-F. El objetivo del proyecto en el que las enfermeras tienen un papel fundamental, es cuidar al paciente dentro y fuera de la UCI y ayudarlo a él y a su familia a superar las secuelas que esta puede llegar a dejar (Posadas, 2021).

En Cataluña, el Hospital Universitario de Bellvitge también se ha sumado a esta iniciativa y ha puesto en marcha una Unidad Funcional Multidisciplinaria Post-COVID-19 para responder a las necesidades asistenciales que se prevé que puedan tener los pacientes que han pasado una infección por SARS-CoV-2. El equipo multidisciplinar de la Unidad Post-COVID-19 está integrado por médicos y enfermeras de los servicios de Neumología, Rehabilitación, Urgencias, Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Farmacia y Radiodiagnóstico del hospital y de la atención primaria. El seguimiento se inicia con una consulta telemática a los pacientes treinta días después del alta, en la cual se hace un primer balance global de su estado. Posteriormente, a los dos meses, se realiza un control del paciente con pruebas radiológicas y funcionales (neumología y rehabilitación) para ver la evolución y la presencia de posibles secuelas. Finalmente, a los seis meses, un último control establece si el paciente está en condiciones de recibir el alta definitiva o si necesita derivación a una unidad o servicio específico. La otra parte fundamental del circuito es la atención primaria, con interconsultas virtuales entre los médicos de familia y diferentes profesionales de la nueva Unidad Funcional COVID-19, para la detección y el seguimiento de los pacientes que no hayan sido atendidos en el centro, incluidos los que viven en las residencias de ancianos (Hospital Universitari de Bellvitge, 2020).

Estas iniciativas se enmarcan dentro del programa de humanización de los cuidados intensivos y cuentan con un equipo multidisciplinar coordinado por las UCI para tratar a estos pacientes y a sus familiares (Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2017).

Sin embargo, el desafío para los investigadores dentro del PICS será desarrollar una comprensión detallada no de lo que funciona en el tratamiento del PICS, sino más bien de qué intervención funciona, para quién y en qué circunstancias; es decir desarrollar una intervención individualizada para poder obtener los re-

sultados deseados (Flaws, Patterson, Fraser, Tronstad y Scott, 2020).

Como hemos podido observar, los principales enfoques descritos para disminuir el PICS están siendo muy bien abordados, pero consideramos que el que hace referencia a las transiciones de los pacientes desde una UCI necesita ser más explorado y que podría aportar mejoras para el manejo del PICS. En este sentido, en esta tesis se explora la experiencia del paciente durante la transición de la UCI para confirmar si este es uno de los factores que contribuyen al desarrollo del PICS y poder identificar una intervención adecuada. Así, dentro de las teorías del cuidado en enfermería, la teoría de las transiciones nos ofrece un marco teórico para investigar las transiciones e integra las experiencias de las transiciones de los pacientes con la terapéutica enfermera.

1.4. TEORÍA DE LAS TRANSICIONES DE AFAF IBRAHIM MELEIS

La transición es un concepto central en enfermería, dada su relevancia en una variedad de cuestiones clínicas y sustantivas en relación con la salud y la enfermedad (Schumacher y Meleis, 1994). La transición, según Meleis, es un proceso de paso desde una fase de la vida, condición o estatus hacia otro durante el cual los cambios en el estado de salud, la relación de roles, las expectativas y las habilidades provocan un periodo de vulnerabilidad (Meleis, 2010). La teoría de las transiciones fue planteada y desarrollada a través del método inductivo utilizando la literatura existente y los resultados de las investigaciones realizadas por su autora. En un principio fue desarrollada como un concepto central de la enfermería y más tarde como una teoría de nivel medio. La teoría proporciona un marco formal para comprender los resultados de las investigaciones sobre las transiciones y para proponer conceptos para estudios futuros (Meleis, 2015; Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011).

1.4.1. Características de las transiciones

Según Chick y Meleis (1986), las características de una transición incluyen el proceso, la percepción de desconexión y los patrones de respuesta. Se entiende que las transiciones son procesos relacionados con el cambio y el desarrollo que experimentan las personas, los cuales son temas de gran relevancia para la enfermería. De este modo, pertenecen al ámbito de la enfermería cuando se refieren a la salud o a la enfermedad o cuando la respuesta a la transición se manifiesta con comportamientos relacionados con la salud. En el primer caso, la condición de salud-enfermedad es la variable independiente, y la transición la variable dependiente. Por ejemplo, un paciente hospitalizado por una enfermedad aguda, un paciente que es dado de alta o un paciente ingresado para una cirugía son ejemplos de condiciones o situaciones en estado de transición. En el segundo caso, la transición es la variable independiente que puede predisponer a los seres humanos a problemas de salud, como por ejemplo la inmigración (Chick y Meleis, 1986). La transición, por lo tanto, según afirma la autora, es un fenómeno personal, no estructurado. Los procesos y los resultados de las transiciones están relacionados con las definiciones y redefiniciones del yo y de la situación. Tal definición y redefinición puede ser realizadas por la persona que experi-

menta la transición o por otras personas del entorno. Sin embargo, la autora sostiene que, para estar en transición, una persona debe tener cierta conciencia de los cambios que están ocurriendo.

Los patrones de respuesta de los pacientes surgen de los comportamientos observables y no observables durante el proceso de transición. Los comportamientos incorporan patrones que reflejan tanto la estructura y los procesos intrapsíquicos como los del contexto sociocultural más amplio (Chick y Meleis, 1986). La Figura 3 muestra las etiquetas más comunes que se aplican a algunos de estos patrones.

Patrones de respuesta	
Desorientación	Distrés
Irritabilidad	Cambios en el autoconcepto
Ansiedad	Cambios en el desempeño de roles
Depresión	Cambios en la autoestima

Figura 3. Patrones de respuesta. Adaptado y traducido de Chick y Meleis, 1986.

En los años sesenta, Meleis desarrolló la teoría de las transiciones y enfocó sus investigaciones en las transiciones no saludables de las personas. Describió la transición no saludable o ineficaz como «aquella que conduce a un desempeño insuficiente del rol de las personas, entendido como cualquier dificultad en el conocimiento o en los sentimientos y objetivos asociados al comportamiento según la percepción de uno mismo o de otras personas». Esta autora también sostiene que «las experiencias vividas durante las transiciones en la salud y enfermedad están profundamente influenciadas por la diversidad cultural, por el nivel de gravedad de la enfermedad, por su duración (aguda o crónica), por las diferentes especialidades (salud mental, cuidados quirúrgicos o paliativos) y también por el momento de la vida de las personas (diferentes edades) en que ocurre la transición» (Meleis, 2015).

1.4.2. Principales conceptos y definiciones

En 1994, Schumacher y Meleis describieron los principales conceptos y definiciones de la teoría de las transiciones: a) tipos y patrones de las transiciones; b) propiedades de la experiencia de la transición; c) condiciones de la transición (facilitadores e inhibidores); d) patrones de respuesta (o indicadores de proceso y de resultado); y e) terapéutica enfermera (Schumacher y Meleis, 1994) (Figura 4).



Figura 4. Teoría de las transiciones. Traducido y adaptado de Schumacher y Meleis, 1994.

a) Tipos y patrones de las transiciones

Existen diferentes tipos de transiciones que ocurren durante el desarrollo de las personas, en procesos de salud y enfermedad, y transiciones situacionales y organizacionales. Durante el desarrollo de las personas se producen transiciones en el momento de nacer, en la adolescencia, en la menopausia, en la vejez y en la muerte. Las transiciones de salud y enfermedad comprenden procesos de recuperación, procesos de alta y diagnóstico de enfermedad crónica. Las transiciones organizativas se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan a la vida de los pacientes y de los profesionales.

Los patrones de las transiciones incluyen multiplicidad y complejidad. De este modo, las personas pueden presentar múltiples transiciones al mismo tiempo, por lo que es importante considerar si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas, el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de la relación entre los diferentes fenómenos que las desencadenan.

b) Propiedades de la experiencia de la transición

Se han identificado propiedades esenciales de la experiencia de la transición, tales como: 1) conciencia; 2) compromiso; 3) cambios y diferencias; 4) tiempo; y 5) puntos críticos y acontecimientos. Meleis et al. (2000) sostienen que estas propiedades no están necesariamente aisladas, sino que también pueden estar interrelacionadas como un proceso complejo.

- **Conciencia.** Se define como «percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición». El nivel de conciencia se refleja a menudo en el «grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares» (Meleis et al., 2000).
- **Compromiso.** Se refiere al «grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición». Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso, ya que este no sucede sin conciencia. Meleis propone que el nivel de compromiso de una persona que es consciente de los cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno es diferente del de una persona que no es consciente de esos cambios (Meleis et al., 2000).
- **Cambios y diferencias.** Los cambios en los roles, las relaciones, las habilidades y los patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y también externos. Meleis también afirma que todas las transiciones comportan un cambio, pero que no todos los cambios se relacionan con la transición. Sugiere asimismo que para entender bien un proceso de transición es necesario descubrir y describir los efectos y los significados de los cambios implicados y sus dimensiones (por ejemplo, la importancia o gravedad percibida o las expectativas personales, familiares y sociales) (Meleis et al., 2000).
- **Tiempo.** Todas las transiciones son fluidas y se mueven en el tiempo. La transición se define como un tiempo con un punto de partida identificable, que se

inicia con los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad (Meleis et al., 2000).

- **Los puntos críticos y acontecimientos.** Estos se definen como puntos que marcan en la vida, como nacer, morir, la menopausia o el diagnóstico de una enfermedad (Meleis et al., 2000).

c) Condiciones de las transiciones

Schumacher y Meleis (1994) afirman que las condiciones de la transición son «circunstancias que facilitan o impiden lograr una transición saludable». Estas condiciones están influenciadas por factores personales, comunitarios o sociales. Las condiciones personales están afectadas por los significados, las creencias y las actitudes culturales, el estatus socioeconómico, la preparación y los conocimientos (Schumacher y Meleis, 1994).

d) Patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado

Los indicadores de transiciones saludables fueron reemplazados por los patrones de respuesta en la teoría de las transiciones (Schumacher y Meleis, 1994). Los patrones de respuesta se contextualizaron como indicadores de proceso y de resultado. Estos indicadores de proceso y de resultado caracterizan las respuestas saludables. Los indicadores de proceso que mueven a las personas en dirección a la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo permiten una valoración y una intervención precoz de las enfermeras para facilitar resultados saludables. Los indicadores de proceso incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y un afrontamiento eficaz. Los indicadores de resultados son dos: el dominio de nuevas habilidades necesarias para gestionar una transición y el desarrollo de una identidad integradora. Estos pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no.

e) Terapéutica enfermera

Schumacher y Meleis (1994) conceptualizaron la terapéutica enfermera en tres intervenciones ampliamente aplicables durante las transiciones.

En primer lugar, propusieron valorar la preparación de las transiciones dentro de la terapéutica enfermera. La valoración de la preparación para la transición debe ser multidisciplinar y requiere una comprensión global del paciente, así como valorar cada condición de la transición para crear un perfil individual de la preparación del paciente y permitir identificar varios patrones de la experiencia de la transición. En segundo lugar, la preparación de la transición incluye la educación como herramienta principal para crear las condiciones óptimas para la transición. Por último, la suplementación del rol como parte de la terapéutica enfermera (Schumacher y Meleis, 1994).

1.4.3. Principales premisas de la teoría de las transiciones

Las premisas de la teoría de las transiciones, elaboradas por Meleis et al., están relacionadas con los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero: enfermera, persona, salud y entorno. En relación con el concepto de *enfermera*, estos autores afirman que las enfermeras son las principales cuidadoras de los pacientes y las familias durante la transición y que las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio. El concepto de *persona* incorpora tres premisas: a) las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en los patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos; b) la transición puede causar cambios de identidad, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta; y c) la vida diaria de los pacientes, sus entornos y sus interacciones se modelan por la naturaleza, las condiciones, los significados y los procesos de sus experiencias de transición. En referencia al concepto de *salud*, los autores describen que las transiciones son complejas y multidimensionales, que todas se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo y que el cambio y la diferencia no son intercambiables ni sinónimos de transición. Los autores vinculan el concepto de *entorno* con la vulnerabilidad que está relacionada con las experiencias, las interacciones y las condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento ineficaz (Meleis et al., 2000; Schumacher y Meleis, 1994)

1.4.4. Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos en la teoría de las transiciones se infirieron de las investigaciones realizadas por la autora (Meleis et al., 2000; Schumacher y Meleis, 1994): suplementación del rol (Meleis, 2007), el marco de las transiciones de Schumacher y Meleis (1994) y la teoría intermedia de las transiciones de Meleis et al. (2000). Estos fundamentos se resumen en las siguientes afirmaciones teóricas:

- Las transiciones de desarrollo, salud y enfermedad son básicas en la práctica enfermera.
- Los patrones de transición incluyen: a) si el paciente sufre una o múltiples transiciones; b) si las transiciones múltiples son secuenciales o simultáneas; c) el grado de superposición entre transiciones; y d) la naturaleza de la relación entre los diferentes acontecimientos que desencadenan las transiciones en un paciente.
- Las propiedades de la experiencia de la transición son partes interrelacionadas de un proceso complejo.
- El grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que este no sucede sin conciencia.
- Las percepciones humanas y los significados unidos a situaciones de salud y enfermedad están influidos y a su vez influyen en las condiciones en las que se produce la transición.

- La transición saludable se caracteriza por indicadores de proceso y de resultado.
- Negociar las transiciones satisfactorias depende del desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y paciente (terapéutica enfermera). Esta relación es un proceso recíproco que afecta a ambas personas.

La investigación de la transición de los pacientes también debe estar en concordancia con los desafíos de la práctica enfermera contemporánea: la complejidad de los pacientes ingresados en una UCI, las limitaciones de las UCI, como la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo, y la medida en que estas afectan a la terapéutica enfermera para facilitar transiciones saludables en los pacientes. Por otro lado, habría que reflexionar sobre la total aplicación del modelo transversal en las UCI con la participación activa del paciente para contribuir a una óptima transición. Esta reflexión también implica el papel de la enfermera frente a las decisiones del paciente. Brindar información y educación al paciente sería una manera de ayudarlo en la toma de decisiones, promoviendo su participación a través del empoderamiento.

1.5. MEJORANDO LA TRANSICIÓN DE LA UCI A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

Con base en los patrones de respuesta de los pacientes durante una transición, descritos por Meleis (Schumacher y Meleis, 1994), y teniendo en cuenta que estos patrones están supeditados a la experiencia vivida por el paciente durante las transiciones, el empoderamiento podría ayudar a mejorar la transición de los pacientes de la UCI. Antes de determinar qué significa empoderar a los pacientes durante la transición de la UCI es necesario aclarar conceptos relacionados con el empoderamiento.

1.5.1. Definición y análisis del empoderamiento

El empoderamiento tuvo sus orígenes en la educación, con el desarrollo de la pedagogía liberadora de Freire en 1970 (Freire, 1970). Desde entonces ha recibido aportaciones teóricas de otras disciplinas, como la psicología comunitaria, con el modelo establecido por Julian Rappaport en 1987 (Rappaport, 1987), las ciencias políticas, con estudios del poder realizados por Max Weber en 1977 (Weber, 1985) o del empoderamiento en las mujeres, desde una perspectiva de género, llevados a cabo, entre otras, por Jo Rowlands (Rowlands, 1997).

El empoderamiento fue descrito por Rappaport en 1984 como un proceso mediante el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren el control de sus vidas (Rappaport, 1984). La definición de empoderamiento para otros autores incorpora la importancia de los recursos de los que dispone el paciente. Hasenfeld (1987) lo describe así: «El empoderamiento es un proceso a través del cual los clientes obtienen recursos personales, organizacionales y comunitarios que les permiten obtener un mayor control sobre su entorno y alcanzar sus aspiraciones» (Hasenfeld, 1987) y Gibson (1991) sostiene que el empoderamiento es un proceso social de reconocimiento, promoción y mejora de las capacidades de las personas para satisfacer sus propias necesidades, resolver sus propios problemas y movilizar los recursos necesarios para sentir que controlan sus vidas. En definitiva, el empoderamiento es un proceso que

ayuda a las personas a ejercer control sobre los factores que afectan a su salud (Gibson, 1991). Zimmerman, unos años más tarde, en 1995, describió el empoderamiento a nivel individual como «empoderamiento psicológico» y distinguió el empoderamiento como proceso y resultado. El empoderamiento como proceso se refiere a cómo las personas, organizaciones y comunidades se empoderan, mientras que el empoderamiento como resultado se refiere a las consecuencias de esos procesos. Zimmerman, en colaboración con Warschausky (1998), proporcionó una definición más detallada de los procesos de empoderamiento: «Los procesos de empoderamiento son los mecanismos a través de los cuales las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren dominio y control sobre los problemas que les conciernen, desarrollan una conciencia crítica de su entorno y participan en las decisiones que afectan sus vidas» (Zimmerman y Warschausky, 1998). Se incluyeron en los resultados del empoderamiento tres componentes: el componente intrapersonal (grado de control percibido individualmente), el componente interaccional (comprensión del contexto de las opciones y elecciones de uno mismo) y el componente del comportamiento (acciones particulares tomadas) (Zimmerman, 1995). Los resultados del empoderamiento son las consecuencias o los resultados de los procesos de empoderamiento. Estos pueden incluir tener mayor confianza, mejores habilidades sociales, mayor conocimiento de los recursos, tomar decisiones en una situación particular o cualquier otro resultado que facilite la capacidad del individuo para ejercer poder e influencia sobre su vida. Los resultados del empoderamiento se pueden clasificar según si reflejan o no el objetivo final de un individuo. Los resultados a largo plazo son la condición final deseada o el estado que se busca. Alternativamente, los resultados a corto plazo son los que facilitan alcanzar el objetivo a largo plazo o son condiciones previas para ello (Zimmerman, 1995).

En 1997, Rowland señaló que el empoderamiento tiene tres dimensiones: a) la dimensión *personal*, como desarrollo del sentido del yo, de la confianza y la capacidad individual; b) la de las *relaciones próximas*, como capacidad de negociar e influir en la naturaleza de las relaciones y las decisiones, y c) *la colectiva*, en forma de participación en las estructuras políticas y acción colectiva basada en la cooperación.

Como hemos visto, el empoderamiento puede referirse tanto a un proceso como a un resultado o una ideología. La ideología del empoderamiento tiene sus raíces en movimientos sociales en los que se asoció con los intereses de la comunidad y con los intentos de aumentar el poder y la influencia de grupos oprimidos como los trabajadores, las mujeres y las minorías étnicas (Kuokkanen y Leino-Kilpi, 2000). Es una palabra compleja y difícil de definir, y su significado depende del contexto y del autor. La manera en que se interpreta este término en Estados Unidos, Canadá o Inglaterra tiene que ver fundamentalmente con los trabajadores de una organización, pero en muchos países de Latinoamérica se vincula con la capacidad de lucha y de liberación de las comunidades y, sobre todo, de las mujeres de estas comunidades para resolver sus problemas (Cornwall, 2016; Jenkins, 2007), especialmente los de salud (Baker, 2000). En este sentido, la dirección que sigue el empoderamiento es dotar a las personas de autoridad y conocimiento y, en función de ello, otorgarles poder de decisión sobre la actividad que realizan (Rappaport, 1984).

Otra perspectiva del empoderamiento incorpora la interconexión entre los individuos y su entorno y sostiene que son mutuamente dependientes (Rappaport, 1987; Zimmerman, Kramer y Knaus, 2013).

Un concepto inherente a la definición de empoderamiento es que los individuos se empoderan a través de su capacidad para controlar o influir en aspectos de su entorno. Son ejemplos de tal influencia las personas que dirigen su propio tratamiento, eligen la comunidad en la que viven o influyen en la política social con su participación en una organización de defensa. La relación entre los individuos y su entorno tiene que ser recíproca. Por lo tanto, las familias, los grupos, las organizaciones y las comunidades pueden, en diversos grados, apoyar o impedir el empoderamiento de las personas. Entre otras cosas, estas entidades brindan a las personas recursos y oportunidades de empoderamiento (Rappaport, 1987).

Como hemos observado, este término, que se empezó a utilizar en el ámbito social y posteriormente en la gestión y en la administración de empresas, continúa extendiéndose y hace unos años se está observando su aplicación en salud.

1.5.2. Empoderamiento en salud

En el ámbito de la salud, el empoderamiento ha sido descrito como una ideología (Tengland, 2016), un paradigma (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus y Van Hecke, 2016; Funnell, 2016) y una filosofía (Spence Laschinger, Gilbert, Smith y Leslie, 2010). Según Castro et al. (2016), el empoderamiento del paciente es un concepto mucho más amplio que los cuidados centrados en el paciente. Es un paradigma que trata las cuestiones del paciente de una manera fundamentalmente diferente. El hecho de centrar los cuidados en el paciente sería una condición previa al empoderamiento. Al incluir la participación del paciente como estrategia, los cuidados estarán centrados en el paciente, lo que a su vez facilitará el empoderamiento (Castro et al., 2016) (Figura 5). En este mismo sentido, Holmström y Röing (2010) opinan que los cuidados centrados en el paciente serían el objetivo dentro del proceso del empoderamiento. En todo caso, los conceptos de cuidados centrados en el paciente y de empoderamiento del paciente estarían conectados y ofrecen oportunidades para que los pacientes aumenten la autonomía y la participación en la toma de decisiones de su atención y tratamiento (Holmström y Röing, 2010).



Figura 5. Modelo de proceso para conceptos de empoderamiento del paciente, participación del paciente y cuidados centrados en el paciente. Traducido y adaptado de Castro et al., 2016.

Leino-Kilpi (1998) añade que el empoderamiento, como concepto complejo y multidimensional, abarca siete dimensiones del conocimiento (Figura 6): biofisiológica, funcional, cognitiva, social, experimental, ética y económica. Se refiere a la dimensión biofisiológica como aquella que implica el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, sus síntomas, sus tratamientos y sus complicaciones. El área funcional debe incluir conocimientos sobre la movilidad y el descanso. El área cognitiva tiene que ver con el conocimiento del problema de salud. El área social implica interactuar con otras personas y ser parte igual de la comunidad social. La experiencia comprende los conocimientos sobre experiencias y emociones de enfermedades previas. El área ética incluye el conocimiento de los derechos y las responsabilidades de los pacientes. Y, finalmente, el área económica presta atención al conocimiento de los costes ocasionados por la enfermedad y los recursos disponibles de que dispone el paciente en la sociedad (Heikkinen et al., 2007; Leino-Kilpi, Luoto y Katajisto, 1998).

Kuokkanen y Leino-Kilpi (2000) le pusieron más énfasis al papel activo que el paciente debe desempeñar. Estos autores afirman que el empoderamiento es un proceso individual en el que la persona está interactuando con el entorno, persiguiendo un impacto en su vida (Kuokkanen y Leino-Kilpi, 2000). Por otro lado, Anderson y Funnell (2010) sustentan que el empoderamiento es un proceso que facilita el autocuidado y el cambio de conducta del paciente (Anderson y Funnell, 2010).



Figura 6. Dimensiones de conocimiento necesarias para el empoderamiento del paciente (Leino-Kilpi et al., 1998).

Fumagalli et al. (2015), en una revisión del concepto del empoderamiento, identificaron tres formas principales en las que el empoderamiento del paciente se ha utilizado dentro de la literatura: 1) *estados emergentes* en los que los pacientes tienen las habilidades, los conocimientos o la motivación para comprometerse y tomar el control de su propia atención médica; 2) *procesos* que llevan a los pacientes a llegar a tales estados emergentes; y 3) *conductas* con las que los pacientes participan en la autogestión y la toma de decisiones compartida (Fumagalli, Radaelli, Lettieri, Bertele' y Masella, 2015).

En términos generales, el empoderamiento en la salud de las personas tiene como propósito proporcionar conocimientos, habilidades y una mayor conciencia de sí mismas, teniendo en cuenta a la persona en su globalidad, conociendo sus fortalezas, sus necesidades y las metas que quiere conseguir (Aujoulat, D'Hoore y Deccache, 2007). Además, existe evidencia científica de que el empoderamiento contribuye a mejorar la calidad de vida (Ryhänen et al., 2012) y disminuye la ansiedad y la depre-

sión (Etemadifar, Heidari, Jivad y Masoudi, 2018).

En otra revisión de la literatura del concepto del empoderamiento, las autoras concluyeron que el empoderamiento puede verse como un proceso habilitador mediante el cual los profesionales de la salud colaboran con los pacientes para ayudarlos a adquirir conocimientos y recursos, y cuyo resultado es un paciente con mayor capacidad para ejercer control, manejar su condición y tomar decisiones informadas (Garcimartín-Cerezo, Juvé-Udina y Delgado-Hito, 2016). Tal y como afirman Christensen y Hewitt-Taylor (2007), el empoderamiento del paciente es un objetivo casi obligatorio en todas las áreas de la atención en salud, pero no es fácil de lograr. Implica que aquellos que «tienen» el poder estén dispuestos a restablecer el equilibrio de poder a favor de los demás, que aquellos que deben empoderarse estén listos y dispuestos a aceptarlo y que los que buscan empoderar a los pacientes estén en condiciones de hacerlo (Christensen y Hewitt-Taylor, 2007).

Además de la información y la educación al paciente, el fortalecimiento y la estimulación de la propia alegría inherente a la vida y la voluntad de luchar del paciente, podría facilitarse creando un entorno positivo donde el paciente se sienta seguro, fomentando sentimientos de motivación y proporcionando la oportunidad de influir en su atención en la medida de lo posible (Wåhlin, Ek y Idvall, 2006).

El cualquier caso, el empoderamiento implica un cambio de paradigma en la asistencia y el reto está en cómo aplicarlo (Garcimartín-Cerezo et al., 2016).

1.5.3. Empoderamiento del paciente durante el alta de la UCI

Aunque las estrategias del empoderamiento se han incrementado en los últimos años, principalmente en el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes (Lambrinou, Hansen y Beulens, 2019) o el cáncer (Jørgensen et al., 2018; Ryhänen et al., 2012) y en otros escenarios clínicos (Etemadifar et al., 2018; Heikkinen et al., 2011; Sakellari, Sourander, Kalokerinou-Anagnostopoulou y Leino-Kilpi, 2014; Yang et al., 2012), su papel en la UCI y específicamente durante el alta de la UCI es menos conocido.

Bench et al. (2015) llevaron a cabo una intervención con información en la que se combinó la información verbal con la escrita. La intervención escrita incluía dos folletos, uno centrado en el paciente y otro con información para la familia. El folleto para el paciente incluía un resumen del alta redactado por las enfermeras de la UCI. La información tenía la finalidad de preparar a los pacientes y a los familiares para el traslado de la UCI a la sala general. Se fomentó la participación activa del paciente proporcionando espacios para que pudiera expresar sus preocupaciones y dudas. También incluía un diario en el que los familiares podían escribir sus pensamientos y sentimientos. Los cambios en la sensación de bienestar psicológico de los pacientes después de la intervención se evaluaron mediante la puntuación de la escala HADS. Se compararon los resultados entre los tres grupos del estudio: grupo control (sin ninguna intervención), grupo experimental (con intervención) y otro grupo control en el que se utilizó un folleto de información que proporcionaba una organización benéfica del Reino Unido, dirigida a expacientes de UCI y a sus familias, para mejorar la atención y el apoyo a los pacientes después de una enfermedad crítica y que es accesible para todo el mundo vía web (<https://icusteps.org>). En los resultados de este estudio

no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y de control (Bench et al., 2015).

Bérubé et al. (2014) realizaron una intervención dirigida a pacientes con lesión medular dados de alta de una UCI de traumatología. La intervención constaba de tres partes: (a) información sobre la dinámica de la unidad y los objetivos asistenciales dirigidos a pacientes y familiares; (b) vigilancia reducida gradualmente antes del alta de la UCI; y (c) mejora de la comunicación mediante un plan de cuidados enfermeros entre la UCI y las enfermeras de la sala de hospitalización general. La viabilidad y la aceptabilidad de las intervenciones enfermeras se evaluó mediante entrevistas a pacientes y familias y grupos focales de enfermeras. Los autores concluyeron de las entrevistas realizadas a los participantes que las intervenciones destinadas a proporcionar información sobre el funcionamiento de la UCI y la disminución gradual de la vigilancia eran fácilmente aplicables. Las intervenciones relativas al desarrollo de un plan de cuidados específico para ayudar a la continuidad y la mejora de los cuidados fueron menos aceptadas. Los pacientes y las familias consideraron útil el programa y aprobaron la información sobre las diferencias en la intensidad de la atención en ambas unidades. Las enfermeras también encontraron que la información proporcionada facilitó la transición de los pacientes. Los pacientes y la familia identificaron como áreas de mejora la información más temprana sobre el alta, una mejor continuidad de los cuidados, las iniciativas educativas al paciente y el desarrollo de habilidades para brindar atención de mejor calidad a los pacientes de la UCI en el momento del alta (Bérubé et al., 2014).

En un ensayo clínico se evaluó la utilidad de una intervención enfermera en la UCI con el objetivo de establecer los criterios del alta de la UCI en pacientes mayores de 65 años. El estudio se realizó mediante un Cuestionario de Planificación del Alta de 51 ítems. El grupo de estudio o experimental se evaluó utilizando el cuestionario 24-48 horas después de la admisión en la UCI, y los resultados se comunicaron a la enfermera que se encargaba de la planificación del alta del paciente de la UCI. Con esta información preliminar se desarrolló una comunicación estructural y formal que permitió identificar problemas iniciales en los pacientes en los que podría ser necesaria una planificación más específica al alta. El grupo control recibió el plan de cuidado general del alta sin detección de necesidades. En ambos grupos (experimental y control) se evaluó la planificación del alta dos semanas después del alta hospitalaria mediante un formulario de calificación de adecuación al alta que constaba de 14 preguntas que evaluaban el plan de cuidados y la información que se brindó a los pacientes. En los resultados se encontró que los pacientes del grupo experimental estaban mejor preparados para el alta; afirmaron que habían recibido información correcta y estaban menos preocupados por la gestión de la atención domiciliaria. También tenían un mejor conocimiento de su medicación pautada y supieron identificar las señales de peligro que indican posibles complicaciones (Kleinpell, 2004).

Existen estudios en los que se describe la función de la enfermera de práctica avanzada de la UCI, casi siempre identificada como la enfermera de enlace de la UCI (ICULN, por sus siglas en inglés). Dos de estos estudios (Alberto et al., 2017; Barbetti y Choate, 2003) describen las intervenciones realizadas por la ICULN, y existe otro estudio experimental de grupo control pretest y posttest (Chaboyer, Thalib, Alcorn y Foster, 2007). Alberto et al., reportaron un estudio descriptivo, el primero realizado en Argentina sobre la descripción de las intervenciones de la ICULN, desarrollado para brindar un mejor apoyo a los pacientes hospitalizados que habían salido de la UCI

con necesidades complejas y ayudar a la educación de las enfermeras de la sala de hospitalización general. Las ICULN eran enfermeras de UCI con experiencia y capacitadas en comunicación y gestión. Sus intervenciones incluyeron la evaluación de todos los pacientes dados de alta de la UCI una vez por turno y la provisión de cuidados directos complejos cuando fuera necesario. Todos los pacientes fueron dados de alta del servicio de la ICULN cuando mejoraron clínicamente o cuando fueron trasladados a niveles de atención superiores. En este estudio no se evaluó el efecto de las intervenciones de las ICULN (Alberto et al., 2017). En el mismo sentido, Barbetti et al. definieron a la ICULN como una enfermera experta que formaba parte de los equipos de atención a pacientes de críticos, con objetivos similares a los de los equipos de emergencias médicas, los equipos de cuidados postoperatorios y los equipos de pacientes en riesgo, que son dirigidos por médicos, mientras que este servicio de extensión de las ICULN fue dirigido por enfermeras de UCI con experiencia apoyadas por médicos cuando fuese necesario. Las ICULN proporcionaron recursos de enfermeros adicionales para seguir a los pacientes dados de alta de la UCI y ayudar en el cuidado de estos en la sala general. El servicio de las ICULN estuvo disponible de 8:00 a 18:00 horas los siete días de la semana. Se describieron cinco intervenciones clave de las ICULN: (a) visitas de seguimiento para pacientes recientemente dados de alta de la UCI; (b) apoyo a pacientes y familiares para disminuir la ansiedad provocada por la transición; (c) consultas de enfermería avanzada; (d) manejo de traqueostomías; y e) facilitación de intervenciones oportunas en la UCI. En este estudio tampoco se evaluó el impacto de esta intervención enfermera (Barbetti y Choate, 2003). El estudio de Chaboyer et al. (2007) sí evaluó la influencia de las ICULN en la ansiedad de los pacientes y sus familias durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización general. Las ICULN realizaron dos intervenciones principales. En primer lugar, se comunicaron con las enfermeras de la sala para prepararlas para el traslado de pacientes de la UCI, evaluaron el estado de disponibilidad de la cama, aseguraron la provisión de apoyo de los médicos y de recursos para las enfermeras de la sala y brindaron educación y asesoramiento para recibir y tratar a los pacientes de la UCI. En segundo lugar, administraron apoyo emocional y educación a los pacientes y a sus familiares antes y después del alta. Las ICULN estaban disponibles durante ocho horas diarias de lunes a viernes y hasta cuatro horas los fines de semana, y el equipo estaba compuesto por una enfermera a tiempo completo y otra a tiempo parcial que seguía las pautas escritas y, para la educación, empleaba un folleto de la UCI. Utilizaron el STAI-T para medir la ansiedad inmediatamente antes de la transferencia a la sala general y después de la intervención de las ICULN. En los resultados no se encontraron diferencias significativas en la ansiedad de los pacientes o familiares entre los grupos pre y postintervención (Chaboyer et al., 2007).

Si bien estos estudios son principalmente descriptivos y exploratorios, muestran datos interesantes; especialmente que estas intervenciones se basan, principalmente, en la información y la educación al paciente, así como en el desarrollo de nuevos roles enfermeros. Curiosamente, existe una falta significativa de evidencia de la efectividad de las intervenciones enfermeras, principalmente por la falta de evaluación de su impacto. También se ha observado la falta de testimonio de los participantes que expresen o describan las necesidades.

1.6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se centra en la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización. Como hemos visto, diferentes estudios han demostrado que los pacientes que han estado ingresados en una UCI pueden presentar numerosos problemas de salud después del alta de la UCI, que se engloban dentro del PICS. Los problemas físicos, como el deterioro en la función respiratoria de pacientes ventilados de forma prolongada, los trastornos neuromusculares y la disfunción derivados de un ingreso prolongado (poli-neuropatía, miopatía, atrofia...) son los más visibles, pero también son frecuentes y han sido motivo de numerosos estudios y de preocupación constante las complicaciones que afectan al área cognitiva (amnesia, delirio y pérdida de memoria y atención) y al área psicológica (TEPT, depresión, ansiedad), todas ellas con repercusión directa en la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares. Por tal motivo, las investigaciones recientes se han centrado en desarrollar estrategias dirigidas básicamente a los factores de riesgo para poder disminuir las complicaciones negativas que podrían presentar estos pacientes después del alta de la UCI. Además, tal y como se ha descrito anteriormente, los sobrevivientes de la UCI experimentan sentimientos de impotencia, falta de información, falta de conocimientos e incertidumbre durante la transición de la UCI. La transición de niveles de cuidados, como el traslado de la UCI, por lo tanto, es un factor que contribuye a que los pacientes desarrollen trastornos.

Por otro lado, el cambio de un modelo de cuidados paternalista a uno transversal en la UCI, con la participación del paciente y de su familia, podría resultar positivo, pero este cambio está siendo complicado y lento. El motivo podría ser la falta de recursos, como la falta de tiempo por parte de la enfermera y la sobrecarga de trabajo en la UCI, el arraigado pensamiento de que los pacientes que están en la UCI no son aptos para recibir información y educación para poder participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud actual, o la idea de que la participación de la familia interrumpe la administración de cuidados a los pacientes. Sin duda alguna, nadie está mejor situado que el paciente mismo a la hora de aprehender su propio punto de vista sobre la experiencia y el resultado de unos cuidados o unas intervenciones (Romero-García y Trujols-Albet, 2015). Este modelo de participación activa del paciente también incluye investigar cuáles son sus necesidades y qué cuidados esperan recibir durante el alta de la UCI, y de esta manera se podrían crear intervenciones reales y eficaces.

Considerando que el conocimiento sobre las necesidades de transición, la información y la educación del paciente son temas importantes para facilitar las transiciones, se hace necesaria la búsqueda de intervenciones enfermeras que puedan ofrecer una ayuda a los pacientes durante el complejo proceso de transición de la UCI.

La introducción del empoderamiento de los pacientes ha demostrado ser beneficioso a nivel clínico y asistencial. La literatura muestra que los pacientes, al ser empoderados, contribuyen de manera activa dentro de su proceso de recuperación de la salud e intervienen en la toma de decisiones, ya que tienen la sensación de haber recuperado el control de sus vidas. La educación al paciente incrementa la confianza, promueve la recuperación y mejora el funcionamiento, disminuye las complicaciones del tratamiento y hace posible aprender conductas de comportamiento saludables. Como hemos observado anteriormente, existe evidencia científica de que el empoderamiento basado en la información y la educación efectiva contribuyen a mejorar la calidad de vida, al descenso de los niveles de ansiedad y de depresión, a la disminución de los días de estancia hospi-

talaria y a la reducción de la tasa de readmisiones hospitalarias. Sin embargo, existen pocos estudios centrados en el paciente crítico y menos aún sobre programas basados en el concepto del empoderamiento que mejoren el proceso de transición de la UCI a la sala de hospitalización en los pacientes. En este sentido, las enfermeras podemos y debemos desarrollar e implementar intervenciones que ayuden al paciente a vivir esta experiencia de manera positiva. Una intervención enfermera de empoderamiento (NEI, por sus siglas en inglés) del paciente podría ser una herramienta barata, útil y de fácil aplicación que contribuyese a disminuir la ansiedad y la depresión asociadas a la transición de la UCI. Por este motivo, se hace necesaria la implementación de este estudio.

Por otro lado, existen escasos estudios con metodología mixta que analicen la experiencia de la transición de la UCI del paciente y a partir de los cuales se haya desarrollado y analizado con los hallazgos encontrados una NEI al paciente. La metodología mixta nos permite la posibilidad de realizar estudios cualitativos para generar conocimiento y de llevar a cabo estudios cuantitativos para la implementación y la evaluación de una intervención.

La justificación de este estudio se basa en dos puntos fundamentales. Por un lado, la exploración de las vivencias de los sobrevivientes de la UCI durante la transición a otro nivel de cuidados, con el objetivo de crear una intervención ajustada a las necesidades y expectativas de estos pacientes y poder contribuir de esta manera a la disminución del PICS. Y, por otro lado, el planteamiento de un estudio con metodología mixta que contribuirá a la investigación enfermera aportando resultados y proporcionando un acercamiento a un «tercer tipo de metodología», después de la investigación cuantitativa y cualitativa.

2

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. HIPÓTESIS

La hipótesis conceptual y operativa planteada en esta tesis es la que se expone a continuación.

2.1.1. Hipótesis conceptual

Una intervención enfermera de empoderamiento (NEI) dirigida al paciente durante el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) disminuye los niveles de ansiedad y de depresión en comparación con los pacientes que no han recibido la intervención.

2.1.2. Hipótesis operativa

Una NEI dirigida al paciente durante el alta de la UCI disminuye el porcentaje de pacientes con ansiedad y depresión a un 27% en comparación con los pacientes que no reciben la intervención.

2.2. OBJETIVOS

A continuación se describen los objetivos generales y específicos de esta tesis.

2.2.1. Objetivos generales

1. Comprender la experiencia vivida de los pacientes durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización.
2. Evaluar el impacto de una NEI sobre el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Explorar los principales temas que preocupan a los pacientes durante el alta de la UCI.
2. Describir los principales problemas relacionados con la información que se le brinda al paciente durante el alta de la UCI.
3. Identificar los sentimientos que se generaron en los pacientes durante el alta de la UCI.
4. Identificar los elementos facilitadores y las barreras durante la transición de la UCI.

5. Explorar las implicaciones teóricas de la teoría de las transiciones de Afaf Meleis en la experiencia de los pacientes durante la transición de la UCI.
6. Determinar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes durante el proceso de alta de la UCI.
7. Comparar el nivel de ansiedad y de depresión entre el grupo control y el grupo experimental pre y postintervención.

M E T O D O L O G Í A

3

En este apartado se aborda el diseño del estudio y los métodos utilizados para recoger, analizar e interpretar los datos de la fase cualitativa y de la fase cuantitativa. Los datos se recopilaban para abordar principalmente la transición de los pacientes del entorno de cuidados intensivos a la sala de hospitalización general.

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se presenta un estudio mixto con un diseño exploratorio secuencial en el que los resultados del primer estudio, con metodología cualitativa, permitirán ayudar a desarrollar el segundo estudio, con metodología cuantitativa. Así, para la primera fase del estudio se utilizó el método fenomenológico hermenéutico y para la segunda fase el experimental pre y posttest con grupo control (Figura 7). El protocolo del estudio mixto ha sido publicado (Cuzco et al., 2021).

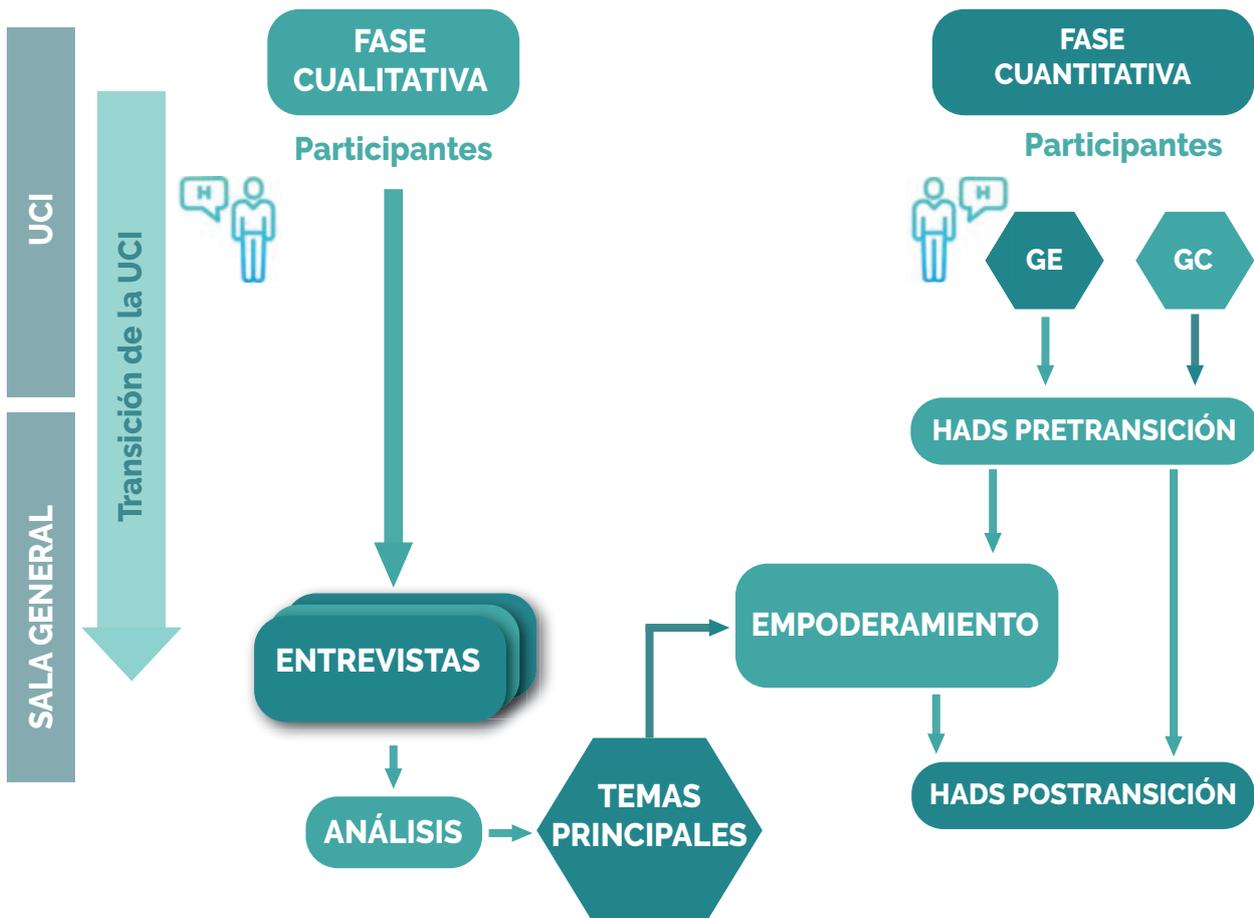


Figura 7. Esquema del estudio. Fase cualitativa y fase cuantitativa.

GE: grupo experimental; GC: grupo control; HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. UCI: unidad de cuidados intensivos.

3.1.1. Diseño secuencial exploratorio

Existen varios diseños de métodos mixtos: métodos mixtos concurrentes o paralelos, métodos mixtos secuenciales exploratorio y métodos mixtos secuenciales explicativo (Creswell y Plano Clark, 2007).

Para este estudio se empleó el diseño secuencial exploratorio, en el que los resultados del primer método (cualitativo) permitieron ayudar a desarrollar el segundo método (cuantitativo) (Tashakkori y Teddlie, 2003). El supuesto en el cual se basa el uso de este diseño es que la exploración es un requisito necesario para la segunda fase del estudio. Este estudio se inició con la obtención de datos cualitativos para explorar el fenómeno, y después se construyó una etapa cuantitativa, cuyos resultados sirvieron para desarrollar la NEI en la fase cuantitativa. Se eligió este tipo de diseño porque había que explorar y obtener información directa de la experiencia de los pacientes y posteriormente desarrollar una intervención teniendo en cuenta las necesidades desconocidas de estos. Además, con los hallazgos cualitativos se logró informar con el mismo lenguaje en el planteamiento de la intervención, de manera que tuvieran un significado idéntico a través de palabras que los pacientes comprenden y usan de forma común.

3.2. FASE 1: FASE CUALITATIVA DEL ESTUDIO

Esta parte de la investigación se inspira en la fenomenología y en la filosofía hermenéutica, cuyo interés es la comprensión de la experiencia vivida de los pacientes durante la transición de la UCI, lo cual es el primer objetivo general de esta tesis.

3.2.1. Posición paradigmática de la investigadora

Esta fase 1 del estudio se enmarcó dentro del enfoque cualitativo. El conocimiento alcanzado en esta fase se consiguió a través de la interacción con los sujetos estudiados, es decir, los pacientes sobrevivientes de la UCI, quienes expresaron sus vivencias del proceso de transición de la UCI, atribuyendo significados particulares y construyendo una realidad. La investigadora desempeñó en esta fase de la tesis un rol esencial al describir, comprender e interpretar esta realidad, inmersa en el contexto de la UCI.

Después de enmarcar esta primera fase del estudio dentro del enfoque cualitativo, y considerando la perspectiva del estudio, llegamos al punto paradigmático. Como afirman Guba y Lincoln (1994) es importante tener una percepción clara y un conocimiento de qué paradigma direcciona la aproximación que tiene el investigador hacia el fenómeno de estudio (Guba y Lincoln, 1994). El paradigma marca la concepción epistemológica del investigador en la relación sujeto-objeto y en la selección de todos los elementos que subyacen en un proceso de investigación, y también establece los criterios para la percepción y comprensión de los significados del mundo. Para ello intervendrán no solo elementos intelectuales y racionales, sino también factores subjetivos como los valores y las actitudes tanto del investigador como del fenómeno que se desea investigar (Rojas Huérfano, 2014). En este sentido, el paradigma de un estudio nos servirá de guía y fijará el camino de la investigación. También nos ayudará a percibir la realidad que vamos a estudiar, cómo nos acercaremos a los sujetos y cómo será nuestra relación con ellos y, finalmente, nos proporcionará un conjunto de técnicas y procedimientos para poder acceder a la información que necesitamos. Los paradigmas de investigación ayudan al investigador a definir qué es lo que está haciendo y cuáles son los límites de la investigación (Guba y Lincoln, 2002). Dentro del paradigma científico, encontramos los supuestos o dimensiones ontológica, epistemológica y metodológica. La dimensión ontológica responde a la inquietud sobre cuál es la naturaleza del objeto de estudio o de la realidad que hay que estudiar; la dimensión epistemológica define cómo es la relación entre el sujeto y aquello que se busca conocer; y la dimensión metodológica se refiere a las técnicas o instrumentos que utilizamos como investigadores para conocer el fenómeno, lo cual nos llevará a utilizar una metodología determinada (Guba y Lincoln, 2002).

La fase 1 de esta tesis se enmarcó dentro del paradigma científico del constructivismo y, en consecuencia, en un posicionamiento ontológico. Nuestra investigación está dirigida a comprender la realidad de los pacientes en transición de la UCI de forma relativista, de manera que esta realidad se va construyendo desde la perspectiva de los pacientes estudiados y será producto de su experiencia vivida y de su conocimiento propio e individual, no como algo externo o ajeno a ellos. Epistemológicamente, es decir, en lo que se refiere a la naturaleza de la relación de la investigadora de esta tesis y lo que pretende conocer mediante una interpretación subjetiva de los significados que estas personas le dan a esta realidad, el objetivo es describir, comprender y analizar las necesidades, percepciones, expectativas e interacciones de los pacientes en un contexto como es la UCI. Nunca podremos tener un conocimiento objetivo del significado de un texto o de cualquier otra expresión de la vida psíquica, ya que siempre estaremos influenciados por nuestra condición de seres históricos: por nuestro modo de ver, nuestras actitudes y los conceptos ligados a la lengua, los valores, las normas culturales y los estilos de pensamiento y de vida. Debido a ello, la

interpretación implica una «fusión de horizontes», una interacción dialéctica entre las expectativas del intérprete y el significado del texto o el acto de las personas (Martínez Miguélez, 2002).

En el posicionamiento metodológico, dentro de los métodos de investigación en concordancia con el paradigma constructivista interpretativo se ha elegido el método fenomenológico-hermenéutico, porque permite comprender e interpretar desde la perspectiva del paciente la experiencia vivida relacionada con la transición de la UCI.

3.2.2. Método

Principios y características de la fenomenología

La fenomenología es una corriente filosófica desarrollada por Edmund Husserl (1970), considerada como una filosofía, un enfoque y un método. El enfoque fenomenológico se sustenta en el estudio de las experiencias de vida de las personas relacionadas con un suceso, desde la perspectiva de la propia persona. Según Husserl (1998), la fenomenología descriptiva, o fenomenología eidética, buscaba la esencia universal, sus estructuras y relaciones; es un paradigma que pretende explicar la naturaleza, la esencia y la veracidad de los fenómenos (Fuster Guillen, 2019). Posteriormente, Heidegger, alumno y crítico de Husserl, propuso la fenomenología hermenéutica como el método interpretativo que extrae la mirada investigadora de los seres, cuyo objetivo es descubrir el significado que no se manifiesta de inmediato a nuestra intuición, analizándolo y describiéndolo (Morse y Bottorff, 2003).

La fenomenología como método de investigación

La fenomenología hermenéutica de Heidegger, si bien proporciona un fundamento filosófico adecuado para la investigación en las ciencias sociales que busca indagar en el significado de la experiencia vivida, no aporta claridad de proceso, lo cual dificulta la asignación del grado de rigor al trabajo exigido en una época dominada por el paradigma positivista. Debido a esto, Ricoeur (1981) desarrolló aún más las ideas de Heidegger en las áreas de método e interpretación de la investigación fenomenológica hermenéutica, en una dirección que ha abordado esta dificultad (Tan, Grief, Couns, Wilson y Olver, 2009). En primer lugar, hay que tener en cuenta que la fenomenología como método de investigación tiene dos enfoques: descriptivo y hermenéutico o interpretativo. Es importante discutir sobre el enfoque de nuestra investigación y saber si el estudio que queremos realizar es un estudio descriptivo, interpretativo o de ambos tipos. Y lo que deberíamos tener presente siempre es que debemos captar el significado de la experiencia de las personas y llegar a él, y que existen diferentes maneras para llegar a comprender y captar ese significado (Morse y Bottorff, 2003).

Fenomenología hermenéutica o interpretativa

Los términos *fenomenología* y *hermenéutica* se están haciendo familiares en la investigación enfermera (Morse y Bottorff, 2003). La tradición *fenomenológica-hermenéutica* o el enfoque interpretativo es una manera de estar en el mundo sociohistórico en la que la dimensión fundamental de toda la conciencia humana es histórica y socio-cultural y se expresa por medio del lenguaje (o texto) (Morse y Bottorff, 2003). Dilthey (1990), uno de los principales exponentes del método hermenéutico en las ciencias humanas, define la hermenéutica como «el proceso por medio del cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación». Es decir, que la hermenéutica tendría como misión descubrir los significados de las cosas e interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto del que forma parte. También subraya que la hermenéutica es un método de comprensión (Martínez Miguélez, 2002).

La fenomenología interpretativa de Ricoeur

Ricoeur sostiene que el método básico de toda ciencia es la observación de los datos o hechos y la interpretación (hermenéutica) de su significado. La observación y la interpretación son inseparables: resulta inconcebible que una se obtenga en total aislamiento de la otra. Toda ciencia trata de desarrollar técnicas especiales para efectuar observaciones sistemáticas y garantizar la interpretación (Ricoeur, 1976). De esta forma, la credibilidad de los resultados de una investigación dependerá del nivel de precisión terminológica, de su rigor metodológico, de la sistematización con que se presente todo el proceso y de la actitud crítica que la acompañe.

Ricoeur es el autor más importante que propone la hermenéutica como el método más apropiado para las ciencias humanas. Estudió de manera profunda las ideas más perennes y trascendentes y los aportes más valiosos de la fenomenología, del psicoanálisis, del estructuralismo, de las teorías del lenguaje y de la acción y de la hermenéutica. También sostiene que la investigación de la acción humana no puede proceder como si su autor fuera completamente consciente de lo que significa. Sus estudios acerca de Freud le enseñaron que los procesos conscientes a veces encubren o disfrazan las razones que tiene una persona para actuar de una determinada manera. Así, la introspección, como toda técnica que de una u otra manera se base en ella (encuestas, cuestionarios, etc.), deberá ser complementada con una buena interpretación (Martínez Miguélez, 2002; Ricoeur, 1981).

La fenomenología hermenéutica de Ricoeur es consistente con el paradigma de la enfermería, que ve a la persona como alguien que está en constante interacción con el entorno, interpretando impresiones y atribuyendo un significado personal a la experiencia. La teoría de la interpretación de Ricoeur nos despliega un modelo de análisis novedoso y potente, puesto que nos permite un punto de partida estructural que ha sido muy recurrente en los análisis de discurso en investigaciones sociales y educativas (Charalambous, 2014).

3.2.3. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en tres hospitales universitarios y de tercer nivel del área metropolitana de Barcelona: el Hospital Clínic de Barcelona, con 819 camas y 47 camas de UCI, el Hospital Vall d'Hebron, con 1.146 camas y 182 camas de UCI, y el Hospital de Bellvitge, con 619 camas y 97 camas de UCI. El ámbito específico fueron tres UCI: el Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, la UCI de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron y la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge.

El Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona atiende a pacientes médicos y quirúrgicos de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de trece camas, ocho de UCI y cuatro de cuidados intermedios, distribuidas en dos ubicaciones: la escalera 1, planta 4 (E014), y la escalera 1, Planta 5 (E015). La sala de espera para los familiares es única y está ubicada en la E015. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, además del equipo multidisciplinar (dietista y farmacéutico, entre otros). El equipo médico está formado por tres adjuntos y tres residentes y realizan un horario presencial de 9:00 a 17:00 de lunes a viernes, con guardias de 17:00 a 9:00 y los fines de semanas. El equipo enfermero está formado por una coordinadora, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, y enfermeras asistenciales, con una ratio de una enfermera por cada dos pacientes, en turnos de mañana (8:00-15:00), de tarde (15:00-22:00), y de noche (22:00-8:00). Existen dos equipos enfermeros para cubrir las veinticuatro horas los 365 días del año: el equipo A y el equipo B. Además, hay un técnico auxiliar de enfermería para los ocho pacientes, con el mismo horario de trabajo que las enfermeras. El fisioterapeuta trabaja en horario de lunes a sábado de 9:00 a 14:00. El horario de visita es restringido, de 7:15 a 7:45, de 13:00 a 14:00 y de 20:00 a 21:00, pero se convierte en flexible dependiendo de la necesidad de cada paciente y familia.

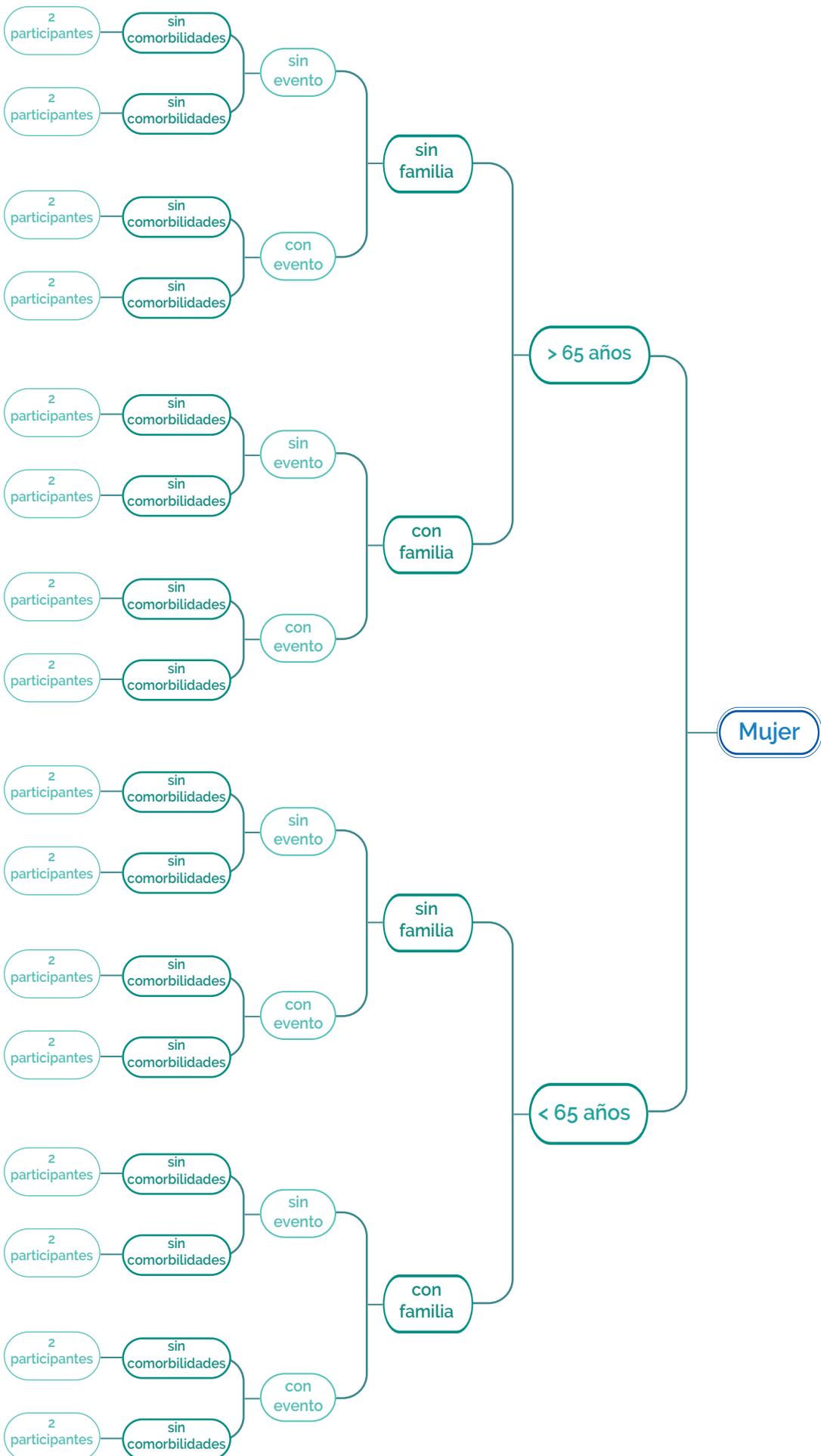
La UCI de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron atiende a pacientes quirúrgicos de traumatología de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de diez camas de UCI y ocho de semicríticos. La UCI se encuentra en la planta -1 y la unidad de semicríticos se localiza en la tercera planta. La sala de espera para los familiares está ubicada al lado de la entrada de cada unidad. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares, fisioterapeuta y auxiliares sanitarios. También forman parte de este equipo multidisciplinar un dietista y un farmacéutico, entre otros. El equipo médico está formado por nueve adjuntos y seis residentes y realizan un horario presencial de 8:00 a 15:00 de lunes a viernes con guardias de 15:00 a 8:00 de la mañana siguiente. La guardia de los fines de semana es de 9:00 a 9:00 (veinticuatro horas). El equipo enfermero tiene turnos de doce horas cada uno. Cada turno empieza a las 8:00 y acaba a las 20:00. Los turnos son fijos: uno lunes, miércoles y viernes, y el otro martes, jueves y sábado. Los domingos son alternos. La UCI de Traumatología también dispone de un médico jefe clínico y una supervisora de enfermeras con horario de lunes a viernes de 7:00 a 15:00. El horario de visita para los familiares es de 13:00 a 15:00. Pueden acceder dos familiares y se pueden ir intercambiando. La información médica se da durante el horario de visita del mediodía.

La Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge cuenta con diez camas de UCI donde habitualmente ingresan pacientes con problemas cardíacos agudos (infarto agudo de miocardio, síndrome coronario, arritmia, etc.). La unidad es circular, con diez habitaciones individuales, de la 213 a la 222. La sala de espera para los familiares es una zona pequeña, ubicada fuera de la unidad y compartida con los pacientes que vienen citados para implante de marcapasos. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, además del equipo multidisciplinar (dietista y farmacéutico, entre otros). El equipo médico está formado por tres adjuntos y cinco residentes que realizan un horario presencial de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes, con guardias de 17:00 a 8:00 y de veinticuatro horas los fines de semana. El equipo enfermero está formado por un supervisor, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, cinco enfermeras, dos auxiliares de enfermería y un celador, que hacen turnos de siete horas de mañana, tarde y noche. La ratio enfermera/paciente es de una enfermera por cada dos pacientes. El horario de visita es restringido, de 13:00 a 14:00 y de 19:30 a 20:30, pero, del mismo modo que en las otras UCI del estudio, se convierte en flexible dependiendo de la necesidad de cada paciente y familia.

3.2.4. Participantes del estudio

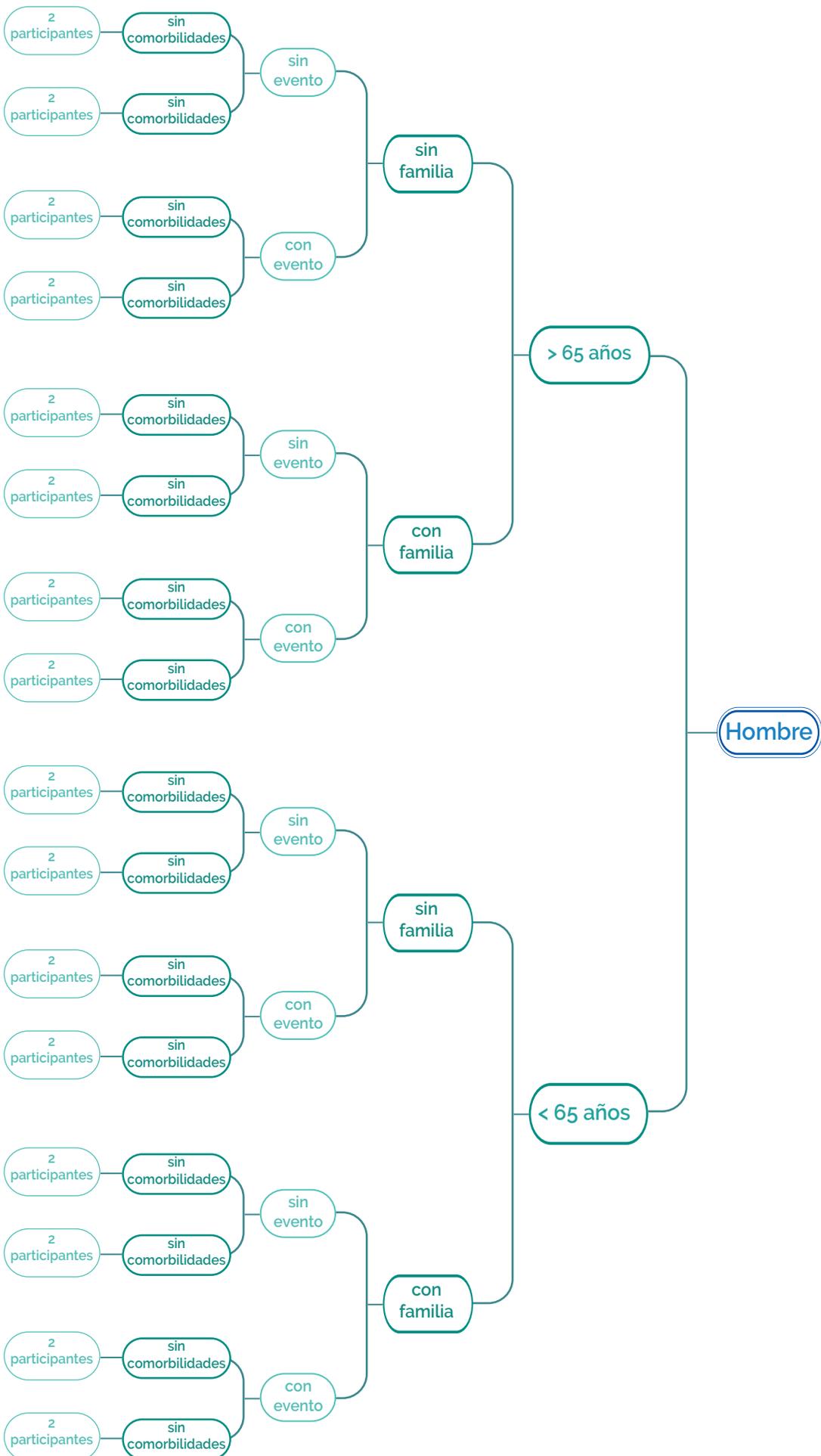
La población del estudio fueron todos los pacientes que ingresaron en las diferentes UCI a partir de septiembre de 2016 y hasta enero de 2017. Los participantes del estudio fueron pacientes mayores de 18 años, con más de 48 horas de estancia en la UCI, que hablaban español y con capacidad para realizar una entrevista personal y completar y contestar los instrumentos de medida y el consentimiento informado. (Anexo 1 y 2) No se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico de patología mental previo al ingreso en la UCI.

Teniendo en cuenta que el muestreo en investigación cualitativa no pretende la representación estadística, sino la representación tipológica correspondiente a los objetivos del estudio, el muestreo utilizado fue el teórico o intencionado de variación máxima con base en las siguientes características estructurales: género, edad, presencia o no de familia, presencia o no de eventos (reanimación cardiopulmonar, broncoscopia, hemodiálisis, ventilación no invasiva, ventilación mecánica invasiva, autoextubación, reintubación, posición de prono) y presencia o no de comorbilidades (Figura 8). Así, se crearon 64 perfiles basándose en estas características, lo cual dio lugar a una muestra estimada de entre 128 y 192 participantes. Sin embargo, el tamaño final de la muestra se determinó con base en las necesidades de información, teniendo en cuenta el principio de saturación de datos de los diferentes perfiles; es decir, se entrevistaron pacientes hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información (Strauss y Corbin, 2002). Las enfermeras investigadoras de cada una de las UCI se encargaron de la captación de pacientes mediante la lista de pacientes ingresados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión en el estudio.



Comorbilidades: hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad oncológica, etc. (al menos una de ellas). Evento sufrido en la UCI: ventilación mecánica no invasiva, oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica invasiva, autoextubación, reintubación, posición en pronó, terapia de sustitución renal, balón de contrapulsación intraaórtica, membrana de oxigenación extracorpórea, reanimación cardiopulmonar, broncoscopia, hemodiafiltración (al menos una de ellas).

Figura 8. Características de los participantes de la unidad de cuidados intensivos.



Comorbilidades: hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad oncológica, etc. (al menos una de ellas). Evento sufrido en la UCI: ventilación mecánica no invasiva, oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica invasiva, autoextubación, reintubación, posición en prono, terapia de sustitución renal, balón de contrapulsación intraaórtica, membrana de oxigenación extracorpórea, reanimación cardiopulmonar, broncoscopia, hemodiafiltración (al menos una de ellas).

Figura 8. Características de los participantes de la unidad de cuidados intensivos.

3.2.5. Técnicas para la obtención de la información

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas en profundidad y como instrumento de apoyo se utilizó una grabadora para facilitar y garantizar la fiabilidad de la transcripción de los datos y el diario de campo de la investigadora. Además, se recogieron también variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, situación familiar y estado civil) y variables clínicas (nivel de gravedad, valorado a través del APACHE II [*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation III*] motivo de ingreso en la UCI y días de estancia en la UCI). (Anexo 3)

La entrevista en profundidad se llevó a cabo desde los dos días hasta los siete días después del alta de la UCI en la sala de destino y la dirigió la enfermera investigadora de cada una de las UCI. Las entrevistas tuvieron una duración de 30 a 60 minutos. Toda la entrevista se grabó solo en audio para garantizar que no se perdiera ningún comentario y facilitar el posterior análisis de los datos. Se siguieron las recomendaciones de Valles (2014), tanto en cuanto al procedimiento como a los aspectos que hay que tener en cuenta en la relación entrevistador-participante (Valles Martínez, 2014). Se elaboró un guion específico de preguntas a partir de los objetivos del estudio (Anexo 4).

Además de la entrevista en profundidad, cada investigadora utilizó un diario de campo con la finalidad de aumentar la calidad de la investigación. En este diario se registraron notas metodológicas (número de participante entrevistado, fecha, lugar y duración de los encuentros, problemas encontrados y modificaciones introducidas en el proyecto inicial, entre otras notas importantes que pudieran surgir), notas descriptivas (los sujetos, la naturaleza de la relación, los acontecimientos que se producen, el aspecto físico de los lugares), notas teóricas (el proceso de interpretación y comprensión durante todo el proceso de recogida de datos) y notas personales (las vivencias, las percepciones, los sentimientos y las reacciones de las investigadoras) (Delgado-Hito, 2012).

3.2.6. Análisis de los datos

Los datos se analizaron tomando como base la teoría de la interpretación de Ricoeur (Ricoeur, 1976) y el análisis de contenido determinando unidades de significado, códigos, subcategorías, categorías y temas (Graneheim y Lundman, 2004). En un primer paso para el proceso de codificación se utilizó como herramienta de soporte el software de análisis de datos cualitativos NVivo (QSR International Petty Ltd., versión 11, 2015), de acuerdo con el diseño del estudio cualitativo. Esta herramienta fue de gran ayuda, ya que se introdujeron en el programa todas las entrevistas, se identificaron los textos y se crearon los códigos. El programa asignó un número de identificación a cada entrevista y a cada texto. En el momento de asignar un código a cada texto, el programa nos ofreció la opción de crear un código nuevo o de asignarle un código ya existente. De esta manera, al hacer la búsqueda por códigos se observaron todos los textos agrupados dentro de un código determinado, lo cual nos permitió realizar el posterior análisis.

Una descripción simplificada del proceso general de interpretación de los datos tal como lo propuso Ricoeur (1981) se presenta en forma de diagrama en la Figura 9. Los conceptos clave de distanciamiento, apropiación, explicación e interpretación que se muestran en este diagrama se discuten con más detalle a continuación.



Figura 9. Teoría de la interpretación de Ricoeur (arco hermenéutico). Traducido y adaptado de Charalambous, 2014.

Distanciamiento. Al analizar las transcripciones de las entrevistas con los participantes no es posible reproducir completamente la entrevista realizada. Lo que queda es solo una impresión del lenguaje de la entrevista. Algunas de las inflexiones de tono y matiz pueden ser recapturadas al escuchar la grabación de audio, pero las señales no verbales ciertamente están ausentes, por lo que las transcripciones de la entrevista quedan como el único vínculo concreto con la expresión de los participantes. Para llegar a interpretar la experiencia del participante, por lo tanto, el investigador depende del texto del que, hasta cierto punto, se ha producido un distanciamiento, incluso cuando se han realizado las entrevistas personalmente (Tan et al., 2009).

Apropiación. Ricoeur definió el término apropiación como la interpretación del texto que culmina en la autointerpretación de un sujeto (el intérprete), que a partir de entonces se comprende mejor a sí mismo de manera diferente, o simplemente comienza a comprenderse a sí mismo. Argumentó que, si la objetivación del significado es una mediación necesaria entre el escritor y el lector, entonces esta mediación requiere un proceso, lo que él llama «apropiación de sentido», que es un procedimiento de comprensión que incluye apropiación; es un evento fijado en un marco de tiempo particular. Este conocerse a uno mismo es lo que emerge de un nuevo yo, comparado con el viejo yo que existía antes del encuentro con el texto. Por tanto, comprender no es proyectarse en el texto, sino más bien abrirse a un yo ampliado, que incorpore en su mundo otros mundos posibles como los que describe el texto (Tan et al., 2009).

Explicación, interpretación y comprensión. Los conceptos discutidos hasta ahora forman el paradigma de la interpretación de textos. Se trata de un nuevo enfoque de la relación entre explicación y comprensión, el desarrollo que implica el movimiento de ida y vuelta entre las partes del texto y una vista del conjunto durante el proceso de interpretación. Ricoeur (1981) utilizó el término arco hermenéutico para describir este movimiento de ida y vuelta entre una interpretación ingenua y profunda. En relación con la Figura 9, este arco está representado por un movimiento de ida y vuelta entre el mundo del texto y una nueva comprensión del discurso. El proceso de análisis fenomenológico, según Ricoeur, es dinámico, y la interpretación «final» es el resultado de varias repeticiones del arco hermenéutico (Tan et al., 2009).

Lindseth y Norberg describieron el método hermenéutico fenomenológico para interpretar textos de entrevistas inspirado en la teoría de la interpretación presentada por Ricoeur. Estos autores describieron todo el proceso de interpretación en tres etapas: interpretación, análisis estructural y comprensión global (Lindseth y Norberg, 2004). En la primera fase se hace una lectura inicial de todo el texto para hacer una interpretación preliminar. En la segunda fase el texto se divide en unidades de significado que se condensan y se abstraen para formar subtemas, temas y, posiblemente, temas principales, que se comparan para su validación. Por último, el texto se lee de nuevo en su conjunto. La interpretación y los temas son reflejados en relación con el significado de la experiencia vivida y se formula una comprensión global (Lindseth y Norberg, 2004).

1. Interpretación

El texto se lee varias veces, con el fin de captar su significado. Para ello es necesario que seamos lo suficientemente abiertos como para permitir que el texto «nos hable». Se tiene que percibir la sensación de ser «tocados y movidos» por el texto. Durante la lectura el intérprete tiene que pasar de una actitud natural a una fenomenológica. La interpretación debe ser formulada en un lenguaje fenomenológico. Se tiene que hacer una primera conjetura del texto y luego tiene que ser validada o invalidada por el análisis estructural posterior. Así, la interpretación guiará el análisis estructural. Por ejemplo, la sensación de estar en casa significa sentirse cómodo, relajado, libre de exigencias y solo disfrutando de los recuerdos de una infancia feliz. También significa disfrutar del contacto con la naturaleza y de una sensación de ser amado por Dios.

Esta primera etapa del proceso de interpretación progresa hacia la identificación de patrones de conexión significativa de la segunda etapa de interpretación, que se conoce como «análisis estructural» (Lindseth y Norberg, 2004).

2. Análisis estructural

Esta etapa está destinada a descartar o validar las primeras conjeturas derivadas de la primera etapa del análisis. Existen varios tipos de análisis estructural. A efectos de este estudio, se adoptará el análisis de contenido temático, es decir, una manera de tratar de identificar y formular temas. El método de análisis temático implica que todo el texto se lee y se divide en unidades de significado. Una unidad de significado es una parte del texto que transmite un solo sentido. Las unidades de significado pueden ser parte de una oración, una oración, varias oraciones o un párrafo; es decir, una frase de cualquier longitud que transmita un sentido. Al dividir el texto en unidades de significado habrá algunas partes que no parecen estar relacionadas con la pregunta de investigación. Estas partes del texto se tienen en cuenta durante el análisis, pero no pueden contribuir a la formulación de temas. Las unidades de significado se leen y son reflejadas en el contexto de la interpretación. A continuación se condensan; es decir, el significado esencial de cada unidad de significado se expresa en palabras cotidianas de la forma más concisa posible. Luego se clasifican, y todas las unidades de significado que son similares se condensan más, e incluso a veces se resumen para formar subtemas, que constituirán los temas, que a veces forman los temas principales. Durante el análisis estructural tratamos de ver el texto lo más objetivamente posible. Se tienen que descontextualizar las unidades de significado del texto en su conjunto; es decir, tendremos en cuenta las partes de texto lo más independientemente posible de su contexto. Esto puede hacerse si las unidades de significado son lo suficientemente largas para contener un significado esencial. A veces nos encontramos con que una unidad de significado contiene más de un significado esencial, lo que implica una división más. Los temas se reflejan en relación con la interpretación adquirida en la primera fase del análisis, con el fin de verificar si los temas validan o invalidan la primera interpretación del texto. Cuando el análisis estructural invalida la interpretación, el proceso de análisis se repite; es decir, todo el texto se lee de nuevo y se formula una nueva interpretación, que se comprueba mediante un nuevo análisis

estructural. Se repite este proceso hasta que la interpretación haya sido validada a través del análisis estructural. Como el texto es multidimensional y los significados son infinitos, se pueden realizar varios análisis estructurales con el fin de divulgar diversos significados. En la práctica, una unidad de significado puede contener una página entera de texto (Lindseth y Norberg, 2004).

3. Comprensión global

Los temas principales, los temas y los subtemas se resumen y se reflejan en relación con la pregunta de investigación y el contexto del estudio, es decir, el campo de la vida humana investigado. El texto se lee de nuevo como un todo haciendo una primera interpretación y se valida teniendo la mente tan abierta como sea posible. Interpretamos fuera de nuestro conocimiento previo, aunque no podamos liberarnos de este. Solo tenemos que ser conscientes de ello. A través de la reflexión crítica podemos revisar, ampliar y profundizar nuestra conciencia. Comentar el tema con otras personas y/o leer otros textos, en especial aquellos ajenos a nosotros, también puede ayudarnos a tomar conciencia de los aspectos de nuestro conocimiento previo; por ejemplo, fenómenos que damos por sentado, como los relacionados con nuestra cultura y nuestra historia pasada. En esta fase final del análisis, el autor adquiere un conocimiento global, conseguido en las dos primeras fases. Esta fase de la interpretación de la totalidad del texto nos invita a reflexionar sobre la lectura inicial, junto con la interpretación inicial, para asegurar una comprensión global de los resultados. En la formulación de la comprensión global, los significados del texto se han convertido en una dialéctica fundamental entre la interpretación previa del autor y el conjunto del texto. Esta comprensión será consultada mediante la literatura relevante para profundizar y ampliar el entendimiento del texto (Lindseth y Norberg, 2004). Ricoeur describe el círculo hermenéutico, como un «círculo virtuoso» donde el «movimiento del pensamiento va del todo a las partes y de las partes al todo», de manera que en cada movimiento se aumenta el nivel de comprensión de los datos (Martínez Miguélez, 2002).

3.3. FASE 2: FASE CUANTITATIVA DEL ESTUDIO

Esta fase 2, la fase cuantitativa de la investigación, se inspira en el paradigma del positivismo para analizar el impacto de la intervención de empoderamiento en los pacientes en transición de la UCI, con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y de depresión, el segundo objetivo general de esta tesis.

3.3.1. Método

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, prospectivo y multicéntrico. Se desarrolló el protocolo del estudio de esta fase y fue registrado en el Clinicaltrials.gov (NCT04527627) (Anexo 5). Los resultados del análisis estadístico de los datos se informaron utilizando los criterios de Consolidate Standards of Reporting Trials (CONSORT) (Moher et al., 2010) (Anexo 6).

3.3.2. Ámbito de estudio

Esta fase 2 se llevó a cabo en los mismos hospitales que la fase 1: el Hospital Clínic de Barcelona, con 819 camas y 47 camas de UCI, el Hospital Vall d'Hebron, con 1.146 camas y 182 camas de UCI, y el Hospital de Bellvitge, con 619 camas y 97 camas de UCI. Los ámbitos específicos fueron el Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, con ocho camas, la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge, con dieciocho camas de UCI, y la UCI General del Hospital Vall d'Hebron, con cuarenta camas de UCI.

El Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona atiende a pacientes médicos y quirúrgicos de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de trece camas, ocho de UCI y cinco de cuidados intermedios, distribuidas en dos ubicaciones: la escalera 1, planta 4 (E014), y la escalera 1, planta 5 (E015). La sala de espera para los familiares es única y se ubica en la E015. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, además del equipo multidisciplinar (dietista y farmacéutico, entre otros). El equipo médico está formado por tres adjunto y 3 residentes, con un horario presencial de 9:00 a 17:00 de lunes a viernes, con guardias de 17:00 a 9:00 y los fines de semanas. El equipo enfermero está formado por una enfermera coordinadora, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, y enfermeras asistenciales, con una ratio de una enfermera por cada dos pacientes en turnos de mañana (8:00-15:00), de tarde (15:00-22:00), y de noche (22:00-8:00). Existen dos equipos enfermeros para cubrir las veinticuatro horas los 365 días del año: el equipo A y el equipo B. Además, forman parte del equipo multidisciplinario de la UCI un técnico auxiliar de enfermería para los ocho pacientes, con el mismo horario de trabajo que las enfermeras, y un fisioterapeuta, con horario de lunes a sábado de 9:00 a 14:00. El horario de visita es restringido: de 7:15 a 7:45, de 13:00 a 14:00 horas y de 20:00 a 21:00 horas, pero se convierte en flexible dependiendo de la necesidad de cada paciente y familia.

La Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge cuenta con diez camas de UCI y habitualmente ingresan pacientes con problemas cardíacos

agudos (infarto agudo de miocardio, síndrome coronario, arritmia, etc.). La unidad es circular, con diez habitaciones individuales, de la 213 a la 222. La sala de espera para los familiares es una zona pequeña, ubicada fuera de la unidad y compartida con los pacientes que vienen citados para implante de marcapasos. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, además del equipo multidisciplinar (dietista y farmacéutico, entre otros). El equipo médico está formado por tres adjuntos y cinco residentes, con un horario presencial de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes, con guardias de 17:00 a 8:00 y de veinticuatro horas los fines de semana. El equipo enfermero está formado por un supervisor, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, cinco enfermeras, dos auxiliares de enfermería y un celador, que hacen turnos de siete horas de mañana, tarde y noche. El horario de visita es restringido, de 13:00 a 14:00 y de 19:30 a 20:30, pero, del mismo modo que en las otras UCI del estudio, se convierte en flexible dependiendo de la necesidad de cada paciente y familia.

La UCI General del Hospital Vall d'Hebron atiende a pacientes médicos y quirúrgicos de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de cuarenta camas distribuidas en dos unidades, D1 y D3, ubicadas en la tercera planta. La sala de espera para los familiares es única y está situada en la entrada de la UCI. El equipo asistencial está formado por médicos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares, fisioterapeuta y auxiliares sanitarios. También forman parte de este equipo multidisciplinar un dietista y un farmacéutico, entre otros. El equipo médico está formado por 36 adjuntos y 13 residentes, con un horario presencial de 8:00 a 15:00 de lunes a viernes. A partir de las 15:00 llegan los médicos de guardia, que se quedarán hasta las 8:00 de la mañana siguiente. Los fines de semana la guardia es de 9:00 a 9:00 (veinticuatro horas). Las enfermeras tienen turnos de doce horas. Cada turno empieza a las 8:00 y acaba a las 20:00. Los días son fijos: un turno lunes, miércoles y viernes, y el otro martes, jueves y sábado. Los domingos son alternos. Además, hay un médico jefe de servicio y dos jefes clínicos, uno para cada unidad, y una enfermera supervisora y una enfermera clínica, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 15:00. El horario de visita para los familiares es de 7:00 a 7:30, de 14:00 a 17:00 y de 20:30 a 21:00. Pueden acceder dos familiares y se pueden ir intercambiando. La información médica se brinda durante el horario de visita del mediodía.

3.3.3. Sujetos del estudio

La población de estudio fueron todos los pacientes críticos adultos ingresados en las UCI desde septiembre de 2019 hasta enero de 2021. Se incluyeron pacientes ingresados en las UCI participantes del estudio, mayores de 18 años, con más de 48 horas de estancia en UCI y que sobrevivieron al alta de la UCI. En el momento de inclusión (prealta) los pacientes debían tener capacidad para completar y contestar los instrumentos de medida y el consentimiento informado; es decir, no debían presentar delirio (evaluado mediante CAM-ICU), debían tener un adecuado nivel de conciencia (escala de coma de Glasgow igual a 15), poder expresarse, leer y escribir en catalán o español (idiomas oficiales) y proporcionar consentimiento para participar en el estudio. Fueron excluidos del estudio los pacientes con discapacidad mental y con dificultad para comunicarse.

Aleatorización de la muestra

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple y se reclutó a los pacientes a estudio mediante la lista de ingresos en la UCI, que fueron asignados al azar al grupo intervención (GI) y al grupo control (GC) en ratio 1:1. Las enfermeras investigadoras de cada UCI realizaron el reclutamiento de los pacientes.

Cálculo de la muestra

Para garantizar un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%, en un análisis unilateral y estimando un porcentaje de pacientes que presentan ansiedad y depresión al alta de la UCI del 50% según la literatura previa (Hatch et al., 2018; Nikayin et al., 2016), se calculó una muestra de 172 pacientes (86 en el GC y 86 en el GI), para detectar diferencias >20% (para el GC se estimó un 0,5 y para el GI, un 0,28), asumiendo unas pérdidas del 15%.

3.3.4. Variables del estudio

Variable independiente

- Intervención enfermera de empoderamiento del paciente durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización.

Variable dependiente

- Nivel de ansiedad y depresión (HADS) pre y postalta de la UCI.

Variables sociodemográficas

- Género (hombre/mujer).
- Edad (en años).
- Nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, superiores).
- Situación familiar (vive solo/a, con familia o con amigos).
- Estado civil (soltero/a, casado/a o en pareja, viudo/a, divorciado/a).

Variables clínicas

- Nivel de gravedad evaluado a través del APACHE II.
- Motivo de ingreso en la UCI.
- Días de estancia en la UCI.

Para las variables sociodemográficas y clínicas se diseñó una hoja de recogida de datos (Anexo 3).

3.3.5. Escalas de valoración

Escala de coma de Glasgow

La escala de coma de Glasgow (Anexo 7) es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de conciencia en los pacientes. El examen neurológico incluye la valoración del nivel de conciencia y la observación del tamaño y los reflejos pupilares, así como descartar déficits motores y sensitivos. La importancia de esta escala radica en su valor pronóstico: es objetiva y fácilmente reproducible. Se utiliza ampliamente en el ámbito nacional e internacional y se usó para garantizar que el paciente se encontraba en condiciones óptimas para poder participar en nuestro estudio (Teasdale y Jennett, 1974).

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

El *delirium* es frecuente y relevante en los enfermos críticos. Algunos estudios estiman que hasta el 80% de los enfermos críticos desarrollan delirio, aunque en la mayoría de las ocasiones pasa inadvertido. El diagnóstico del delirio es clínico y se basa en la utilización de escalas específicas como la CAM-ICU (Anexo 8). Esta escala tiene una sensibilidad (93-100%) y una especificidad (89-100%) elevadas. Es una escala diseñada originalmente por Ely et al. (Ely et al., 2001) y en España ha sido adaptada y traducida por Tobar et al. (2010) y recomendada y validada para la detección del delirio. Se evalúan los cuatro criterios que caracterizan el delirio con cuatro preguntas por área: cambio en el estado mental fluctuante, inatención, alteración de la conciencia y pensamiento desorganizado (Tobar et al., 2010).

Estas escalas fueron utilizadas para garantizar que el paciente se encontraba en condiciones óptimas para poder participar en nuestro estudio.

Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)

Para medir y evaluar la gravedad del enfermo crítico, Knaus elaboró la escala APACHE II en 1981 en la George Washington University (Washington D. C., Estados Unidos). La primera versión comprendía 34 ítems, que se redujeron a 14 en su segunda versión, APACHE II, en 1985. Es un sistema de clasificación de la gravedad de la enfermedad a partir de doce medidas fisiológicas habituales, del estado de salud previo y de la edad, con unos márgenes posibles de 0 a 71 puntos (Knaus, Draper, Wagner y Zimmerman, 1985) (Anexo 9).

El siguiente contacto con el paciente se llevó a cabo en la sala de hospitalización, durante la semana posterior al alta de la UCI. Las enfermeras investigadoras de las tres UCI realizaron la segunda valoración de la escala HADS a los dos grupos (GC y GI).

3.3.6. Procedimiento y recogida de datos

Cada enfermera investigadora realizó un primer contacto con el paciente en cada una de las UCI participantes del estudio. Explicaron a cada paciente el estudio, los objetivos y el desarrollo. Se les proporcionó el consentimiento informado por escrito y se les explicó también verbalmente, así como también se les informó de la garantía del anonimato, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Algunos pacientes respondieron durante el primer contacto y otros confirmaron en un segundo contacto si participaban o no en el estudio. Tras la aceptación por parte del paciente de participar en el estudio, de la misma manera que en el estudio cualitativo previo antes de la entrevista, se recogieron los valores del CAM-ICU y de la escala de coma de Glasgow de la historia clínica del paciente, recopilados por la enfermera asistencial en cada turno de la UCI. Las enfermeras investigadoras recogieron también datos sobre las variables sociodemográficas y clínicas y administraron la escala HADS a ambos grupos (GI y GC).

Posteriormente, los pacientes del GI recibieron la NEI. El momento (día y hora) de la administración de la intervención lo decidió el paciente de acuerdo con la enfermera investigadora. También se le manifestó que podía solicitar información añadida cuando lo precisara.

Los pacientes del GC recibieron la información verbal habitual que las enfermeras asistenciales responsables de cada paciente brindan durante el proceso de alta de la UCI, que consiste básicamente en la información del momento del alta y la sala de destino.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Los problemas de salud como la ansiedad y la depresión, una vez demostrada su prevalencia en los sobrevivientes de la UCI, deberían ser evaluados para un diagnóstico rápido antes del alta de la UCI. De este modo se podrá hacer un seguimiento en la sala de destino y brindar al paciente los cuidados pertinentes.

La escala más utilizada en diferentes estudios para evaluar el nivel de ansiedad y depresión es la HADS (Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016). Esta escala, adaptada y validada en español por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986) presenta unos índices adecuados de fiabilidad y validez para la población española. Concretamente presenta un alfa de Cronbach que oscila entre 0,81 y 0,86 para la ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para la depresión. Está compuesta por dos subescalas de siete ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad/frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de cuatro puntos. Para cada subescala, el rango de puntuación es de 0 a 21, y se consideran los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso/posible problema clínico; >10 Probable problema clínico. Es una medida de estado, ya que explora la situación en la última semana. Ideada para ser administrada a sujetos con enfermedades orgánicas, se han eliminado los aspectos físicos que pueden acompañar a la ansiedad o a la depresión, incidiendo solo en los emocionales. Además de la valoración cuantitativa, puede estratificarse en «no ansioso» o «no deprimido» si los valores de HADS son inferiores a 8, posible o dudoso entre 8 y 10, y probable o afirmativo si son de 11 o superiores. Los autores consideran que, a efectos

de investigación, si se desea obtener una baja proporción de falsos positivos debe usarse el límite superior con valores de 10 o de 11, mientras que los valores de 8 o 9 evitarían falsos negativos. Es una escala fácilmente aplicable e incluso está diseñada para poder ser autoadministrada (Tejero et al., 1986) (Anexo 10).

3.3.7. Intervención enfermera de empoderamiento (NEI)

La NEI fue administrada por las enfermeras investigadoras en cada UCI a cada paciente del GI durante 30-60 minutos. Esta intervención tuvo como apoyo una «Guía de información al paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos» estructurada y elaborada según las necesidades expresadas por los pacientes y descritas en los hallazgos de la fase 1 del estudio (Cuzco et al., 2021) y la literatura previa. Para su estructuración se consideraron las dimensiones del empoderamiento (Leino-Kilpi et al., 1998) y la guía para familiares del Proyecto HU-CI (De la Cueva-Ariza, 2017). La guía desarrollada incluye información del motivo de ingreso del paciente en la UCI, características de la UCI, información general del equipo asistencial, descripción de la UCI, dinámica y recomendaciones para las visitas de familiares, material de las habitaciones, técnicas y principales procedimientos. Por otro lado, también explica la dinámica del día a día en la UCI, la preparación del alta del paciente y un apartado sobre la información del traslado a otra unidad, el funcionamiento y el equipo asistencial de la sala de destino y las diferencias entre las dos unidades. Esta guía fue revisada por expertos en la elaboración de guías de información para pacientes y familiares (médicos y enfermeras) y también por pacientes sobrevivientes de la UCI. La guía se envió vía email al equipo de expertos y también a los pacientes, y posteriormente la investigadora de la tesis se reunió personalmente con cada uno de los revisores para discutir, añadir o cambiar el contenido según las aportaciones y sugerencias. Hay que resaltar en este punto que los pacientes se sintieron identificados y agradecidos por su participación en la elaboración de estas guías, en las cuales quedan reflejadas sus aportaciones. Los dos pacientes revisores expresaron que todas las intervenciones dirigidas a pacientes deberían ser valoradas por los propios pacientes, ya que son los beneficiarios directos. Finalmente, cada guía fue adaptada a cada UCI participante del estudio según sus características (Anexo 11, 12, 13).

3.3.8. Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media y la desviación estándar. Las características sociodemográficas y clínicas basales del GC y del grupo GI se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado en el caso de las variables categóricas y la prueba t de Student para muestras independientes en el caso de las variables continuas. Se utilizó la prueba t de Student para muestras repetidas en el caso de las variables continuas y la prueba de McNemar en el caso de las variables categóricas para la comparación pre y postintervención del nivel de ansiedad y de depresión entre el GC y el GI. La comparación de las diferencias entre los grupos se llevó a cabo mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Se estudió también la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y los cambios en los niveles de ansiedad y de depresión. Para ello, primero se calcularon los coeficientes de

correlación de Pearson entre las variables continuas y los cambios en los niveles de ansiedad y de depresión. Posteriormente, con el objetivo de determinar los factores independientes asociados con los cambios, se construyeron modelos de regresión lineal múltiple, basados en un enfoque de análisis de covarianza (ANCOVA), considerando como variable respuesta las diferencias entre post y preintervención y como variable que ajustar los valores de preintervención (Clifton y Clifton, 2019). En los modelos se incluyeron las interacciones entre las covariables con un efecto significativo en la variable respuesta. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC 95%). El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico R versión 4.1.0. para Windows.

3.4. INTEGRACIÓN DE LOS DATOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

Sin la integración de los datos, el resultado es equivalente al de un estudio cualitativo y un estudio cuantitativo realizados de forma independiente, en lugar de lograr un «total mayor que la suma de las partes» (O’Cathain, Murphy y Nicholl, 2010), lo cual sería la razón de ser de los métodos mixtos. Como hemos visto, el análisis de los datos en una investigación con método mixto consiste en analizar por separado, con métodos de análisis cualitativos y métodos de análisis cuantitativos, respectivamente. Posteriormente al análisis y la interpretación de los datos de ambos análisis se realiza la combinación o integración de ambos resultados.

El proceso de integración de los datos cuantitativos y cualitativos en los métodos mixtos puede ocurrir de tres formas: 1) fusionando los datos (*Triangulation protocol*); 2) conectando los datos (*Following a thread*); o 3) incorporándolos (*Mixed methods matrix*) (O’Cathain et al., 2010).

Para este estudio se propuso la integración de los datos a través de la conexión de los datos cualitativos y cuantitativos.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La realización del estudio fue autorizada por la Dirección de Enfermería de cada hospital participante y aprobada por los Comités de Ética e Investigación Clínica de cada hospital: Hospital Clínic de Barcelona, HCB/2016/0484 (Anexo 14), Hospital Universitario de Bellvitge, PR209/16/070716 (Anexo 15), y Hospital Universitario Vall d’Hebron, PR(A-TR)197/2016 (Anexo 16). Así mismo, para su desarrollo obtuvo la valoración favorable de la Comisión Académica del Programa de Doctorat en Infermeria i Salut de l’Escola Universitària d’Infermeria de la Universitat de Barcelona.

Todos los participantes en esta investigación aceptaron formar parte de este estudio y firmaron el consentimiento informado (Anexo 1). Se garantizó el anonimato de los participantes, la confidencialidad y la voluntariedad según el informe de Helsinki (World Medical Association, 2013) y, siguiendo las recomendaciones del Informe Belmont, los investigadores garantizaron el valor científico y social de esta investigación, y la prevalencia de los intereses de los participantes sobre los del equipo investigador con absoluto respeto hacia su persona. Los datos solo estarán disponibles para la autora de la tesis.

3.6. RIGOR

La investigación con métodos mixtos tiene desafíos metodológicos, particularmente con respecto al rigor (Wisdom, Cavaleri, Onwuegbuzie y Green, 2012). Los estudios cuantitativos generalmente se basan en criterios de calidad, incluida la validez interna, la generalización y la confiabilidad (Campbell, 1957; Messick, 1995; Onwuegbuzie, 2003; Onwuegbuzie y Daniel, 2004). Sin embargo, los estudios cualitativos utilizan criterios de calidad que son aproximadamente comparables con los de los estudios cuantitativos (Lincoln y Guba, 2000): criterios de saturación, significado en contexto y credibilidad (Leininger, 1990, 1991) y reflexión ética (Gastaldo y McKeever, 2000). Finalmente, la triangulación de los datos de los investigadores reforzó el análisis de los datos (Denzin, 1989; Farmer, Robinson, Elliott y Eyles, 2006). Para mejorar la confiabilidad de los hallazgos del estudio se aplicaron los criterios de credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad de Lincoln y Guba (Lincoln y Guba, 1985). La fortaleza metodológica de este estudio radica en que, para aumentar la representatividad, la credibilidad y la transferibilidad de los resultados se incluyeron pacientes con diferentes características basadas en la bibliografía y definidas al inicio del estudio. Para garantizar la autenticidad, los resultados se reconocieron como reales cuando se estableció una relación entre los datos obtenidos por los investigadores y la realidad del participante.

R E S U L T A D O S

4

Publicaciones:

1. *Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit*
Publicado en *Nursing Open 2021*
Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 1,762
Quartil 3 (Nursing 68/122)
2. *Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward*
Publicado en *Nursing in Critical Care 2021*
Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 2.325
Quartil 2 (Nursing 35/122)
3. *Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A Systematic Review.*
Publicado en *International Journal of Environmental Research and Public Health 2021*
Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 3,389
Quartil 1 (Public, environmental & occupational health 42/176)
4. *Teoría de las Transiciones y Empoderamiento: una alternativa para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos*
En revisión
Enviado a *Enfermería Intensiva*
SCImago Journal Rank (SJR) 2020. Impact Factor: 0.239
5. *Impact of a nurse-driving patient empowerment intervention in the reduction of patients' anxiety and depression after Intensive Care Unit discharge: results of a randomized clinical trial.*
En revisión
Enviado a *Critical Care Medicine*
Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 7.598
Quartil 1 (Critical Care Medicine 6/36)

1. *Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit*

Publicado en *Nursing Open* 2021

Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 1,762
Quartil 3 (Nursing 68/122)

Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit

Cecilia Cuzco RN, MSc, PhD^{1,2,3}  | Pedro Castro Rebollo MD, PhD^{1,3,4} |
 Raquel Marín Pérez RN, MSc⁵ | Ana Isabel Núñez Delgado RN, MSc⁶ |
 Marta Romero García RN, MSc, PhD^{2,7}  | M. Antonia Martínez Momblan RN, MSc, PhD²  |
 Dolors Estrada Reventós RN, MSc, PhD^{1,2,3} | Gemma Martínez Estalella RN, MSc^{1,2,7}  |
 Pilar Delgado-Hito RN, MSc, PhD^{2,7} 

¹Hospital Clinic, Barcelona, Spain

²Faculty of Medicine and Health Sciences, School of Nursing, Department of Fundamental and Medical-Surgical Nursing, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

³Biomedical Research Institute August Pi Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, Spain

⁴School of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

⁵Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

⁶Hospital Valle d'Hebron, Barcelona, Spain

⁷Nursing Research Group (GRIN), Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Spain

Correspondence

Pedro Castro Rebollo, Medical Intensive Care Unit, Hospital Clínic Barcelona, Villarroel, 170, Esc 1. Plan 1. 08036, Barcelona, Spain.
 Email: pcastro@clinic.cat

Funding information

Nurse and Society Foundation, Grant/Award Number: PR-248 /2017

Abstract

Aim: (a) To understand patients' lived experience at intensive care unit (ICU) discharge and (b) to evaluate the impact of a nursing empowerment intervention (NEI) on patients' anxiety and depression levels at ICU discharge.

Design: A mixed-methods approach will be applied.

Methods: In the qualitative phase, the hermeneutic phenomenological method will be used. Participants will be patients from three university hospitals who will be selected by purposive sampling. Data will be gathered through in-depth interviews and analysed using content analysis. The qualitative data obtained will be employed to develop the nursing intervention. Subsequently, a multicenter, parallel-group, experimental pre-test/post-test design with a control group will be used to measure the effectiveness of the nursing empowerment intervention in the quantitative phase by means of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Simple random probabilistic sampling will include 172 patients in this phase.

KEYWORDS

ICU discharge, mixed-method design, nursing intervention, post-intensive care syndrome

Abbreviations: APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; CAM-ICU, Confusion Assessment Method; GCS, Glasgow Coma Score; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; ICU, Intensive Care Units; NEI, Nursing Empowerment Intervention; PICS, Post-intensive Care Syndrome; PTSD, Post-traumatic Stress Disorder.

Pedro Castro Rebollo and Pilar Delgado-Hito are senior authors and contributed equally to this work.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2021 The Authors. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

1 | INTRODUCTION

Surviving a severe acute illness entailing intensive care unit (ICU) admission may be associated with considerable morbidity. Health problems remaining after critical illness are known as post-intensive care syndrome (PICS) (Needham et al., 2012). The most obvious components are probably those related to reduced respiratory function in long-term ventilated patients and neuromuscular disorders and physical dysfunction due to prolonged admission (polyneuropathy, myopathy, atrophy) (Harvey & Davidson, 2016). However, psycho-cognitive health problems occur in 30%–80% of cases (Desai et al., 2011; Needham et al., 2012) and have a direct impact on the quality of life (QoL) of patients and caregivers (Desai et al., 2011; Myhren et al., 2010) even several years after ICU discharge (Harvey & Davidson, 2016; Parker et al., 2015). Post-ICU patients often have mental health problems, including post-traumatic stress disorder (PTSD) (Cox et al., 2017; Davydow, 2015; Milton et al., 2017; Svenningsen et al., 2017), which includes pain, fatigue, weight loss and sleep disorders (Cox et al., 2017), anxiety and depression (Myhren et al., 2011; Rattray et al., 2010; Sevin et al., 2018), and worsened QoL (Da Costa et al., 2019; Ferrand et al., 2019; Mckinley et al., 2016; Thomas & Mehrholz, 2018).

The high incidence of post-ICU mental health problems has various causes. ICU patients experience many stress factors, including the motive for admission, invasive and painful procedures, lack of sleep, unnatural noise and light, inability to communicate, feelings of impotence and loss of control and, above all, the threat of imminent death (Cox et al., 2017; Garrouste-Orgeas et al., 2012; Ullman et al., 2015). ICU discharge may also be stressful, as patients are transferred from an environment rich in resources to one with fewer resources, which is a genuinely challenging care transition (De Grood et al., 2018; Stelfox et al., 2015). According to the well-documented Transitions Theory (Meleis, 2010), a transition is a process of passing from one phase of life, condition or status to another during which changes in the health status, the relationship of roles, expectations and abilities involve a period of vulnerability. It causes instability and may induce feelings of displacement and lack of control (Häggström & Bäckström, 2014), anxiety (Bench et al., 2011) and depression (McKinney & Melby, 2002). This phenomenon is also known as “transfer anxiety” and “relocation stress” (Carpenito-Moyet, 2006; McKinney & Melby, 2002; Won & Son, 2020). Therefore, ICU discharge may be a modifiable risk factor associated with PICS that could benefit from interventions, especially by nurses.

2 | BACKGROUND

Most interventions and efforts aimed at reducing PICS are focused on the ICU stay or post-ICU follow-up. Interventions proposed to prevent the psychological, cognitive and physical consequences of ICU admission (Colbenson et al., 2019; Devlin et al., 2018) include the Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit (ICU PAD guidelines) of the American College of Critical Care Medicine and

the Society of Critical Care Medicine, updated in 2018 (Devlin et al., 2018). They emphasize preventing and treating delirium, daily interruption of sedatives and early mobilization (Kress & Hall, 2014). Studies have shown differing results for interventions to decrease PICS. The Early Psychologic Intervention (Peris et al., 2011) has been shown to cut the prevalence of anxiety, depression and PTSD by half. Another programme that included a complex, preventive psychological intervention (Lee et al., 2020) found self-reported PTSD symptom severity did not fall at six months. Some reports have shown a favourable impact of the ICU diary in patients and families (Garrouste-Orgeas et al., 2012; Knowles & TARRIER, 2009). However, a systematic review (Ullman et al., 2015) of randomized controlled trials (RCTs) that used ICU diaries to address PICS concluded that there was insufficient evidence of their effectiveness in improving psychological recovery after critical illness. A systematic review (Lewis et al., 2018) that assessed the effectiveness of information or educational interventions in improving outcomes in ICU patients and their carers found no evidence of an effect on PTSD. Some interventions are based on peer support: the Thrive Collaborative identified six general models: community-based, psychologist-led outpatient, ICU follow-up clinic, online, intra-ICU and peer mentor (McPeake et al., 2019). Other postdischarge follow-up programmes include the ICU structured nurse-led follow-up (Jónasdóttir et al., 2018), which did not improve post-ICU psychological recovery. A systematic review (Schofield-Robinson et al., 2018) of follow-up services found it was unclear whether they reduced depression, cognitive or physical function, or increased work and educational attendance. The ABCDE bundle on the prevention of PICS (Lee et al., 2020) reduced deep sedation and immobilization. A Spanish trial found that a visit before hospital admission did not influence anxiety or depression (González-Martín et al., 2019).

Despite these initiatives, discharge from the ICU has been little studied. Assessing patient experience during ICU discharge may be useful in understanding patient concerns and needs during this transition. By listening to patients, nurses could improve their care and help lessen these negative effects at this transition point.

The aims of this study are:

1. To understand patients' lived experience at ICU discharge.
2. To evaluate the impact of a nursing empowerment intervention (NEI) on patients' anxiety and depression levels at ICU discharge.

3 | METHODS

The study protocol was drafted according to the SPIRIT (Chan et al., 2013) checklist.

3.1 | Design

We will use a mixed-methods design with two sequential phases (Zhang & Creswell, 2013): phase I, with a qualitative

phenomenological approach, and phase II, with a quantitative experimental method (Figure 1). Mixed-methods research combines the strengths of qualitative and quantitative methodologies to increase understanding (Johnson et al., 2007) and provide more complete answers to the research question (O’Cathain et al., 2010, 2014).

3.2 | Phase I. Qualitative research study design

3.2.1 | Methods

A hermeneutic phenomenological approach based on Ricoeur’s theory (Ricoeur, 1976).

3.2.2 | Setting and participants

We will include patients from three tertiary hospital ICUs with 151 level 3 ICU beds and a nurse/patient ratio of 1:2 that admit around 2,000 patients annually, mainly with medical, cardiology and trauma diagnoses.

Bearing in mind that qualitative sampling is not intended for statistical representation, but rather for typological representation, corresponding to the objectives of the study, purposive sampling will be used to recruit participants. Based on various characteristics that have shown greater clinical relevance and have been cited in studies as influencing the lived experience of critical patients (Romero García et al., 2013), 32 profiles will be created (Figure 2): (a) age (<65 years, >65 years), (b) sex (male, female), (c) family (yes, no), (d) comorbidities (yes, no) and (e) events (cardiopulmonary resuscitation, bronchoscopy, haemodialysis, non-invasive ventilation, invasive mechanical ventilation, self-extubation, reintubation, prone position) (yes, no). Although we will try to include at least two participants per profile, the sample size will be always guided by the theoretical saturation of data principle until no new data are found (Mason, 2010).

Box 1 lists the inclusion and exclusion criteria.

CAM-ICU, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit.

3.2.3 | Qualitative data collection

Data will be collected by individual in-depth interviews (Curry et al., 2009; Denzin & Lincoln, 2005) that will take place two to five days after ICU discharge to the general ward. In their narratives, patients will be encouraged to think about the effect of their ICU discharge on their health, feelings, concerns, needs and expectations. Three researchers (CC, RM and AN) will carry out the interviews in each participating ICU and will make transcripts of the interviews. Interviews will be recorded and transcribed, including verbal and non-verbal language that reveals significant emotions and expressions of diverse feelings (McLellan et al., 2003). In addition to the in-depth interview, a field diary will be used with notes collected throughout the interview that will include descriptive and interpretive data based on patients’ comments (Delgado-Hito, 2012).

In addition, sociodemographic (age, sex, educational level, occupation, family situation and civil status) and clinical variables (APACHE II score, motive for admission to the ICU, days of ICU stay) will be collected.

3.2.4 | Qualitative data analysis

Qualitative data will be analysed using descriptive analysis and interpretive analysis (Aujoulat et al., 2007):

Descriptive analysis: The descriptive analysis will start with data encoding using NVivo 11.0 software (QSR International Pty Ltd., 2012). Once the analysis of the first interviews is completed, two independent reviewers will verify the definition and content of the common categories and subcategories; subsequently, the definition

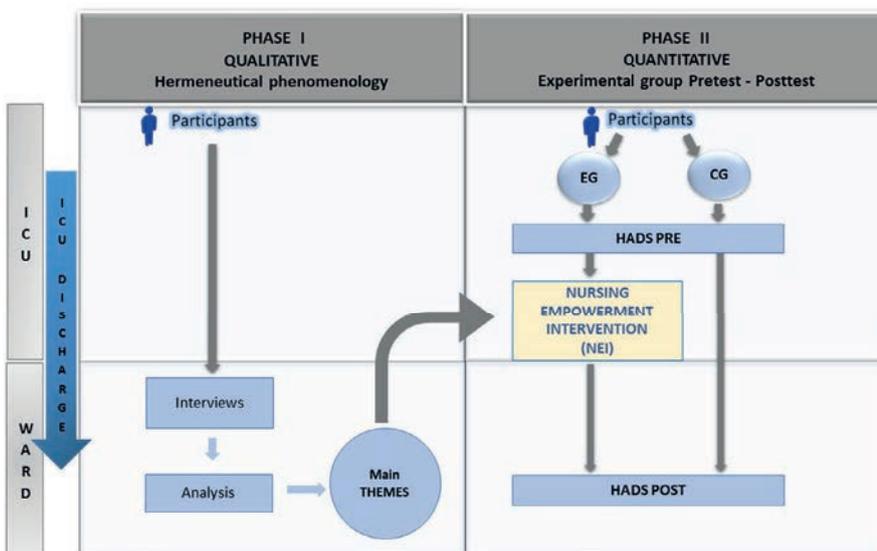
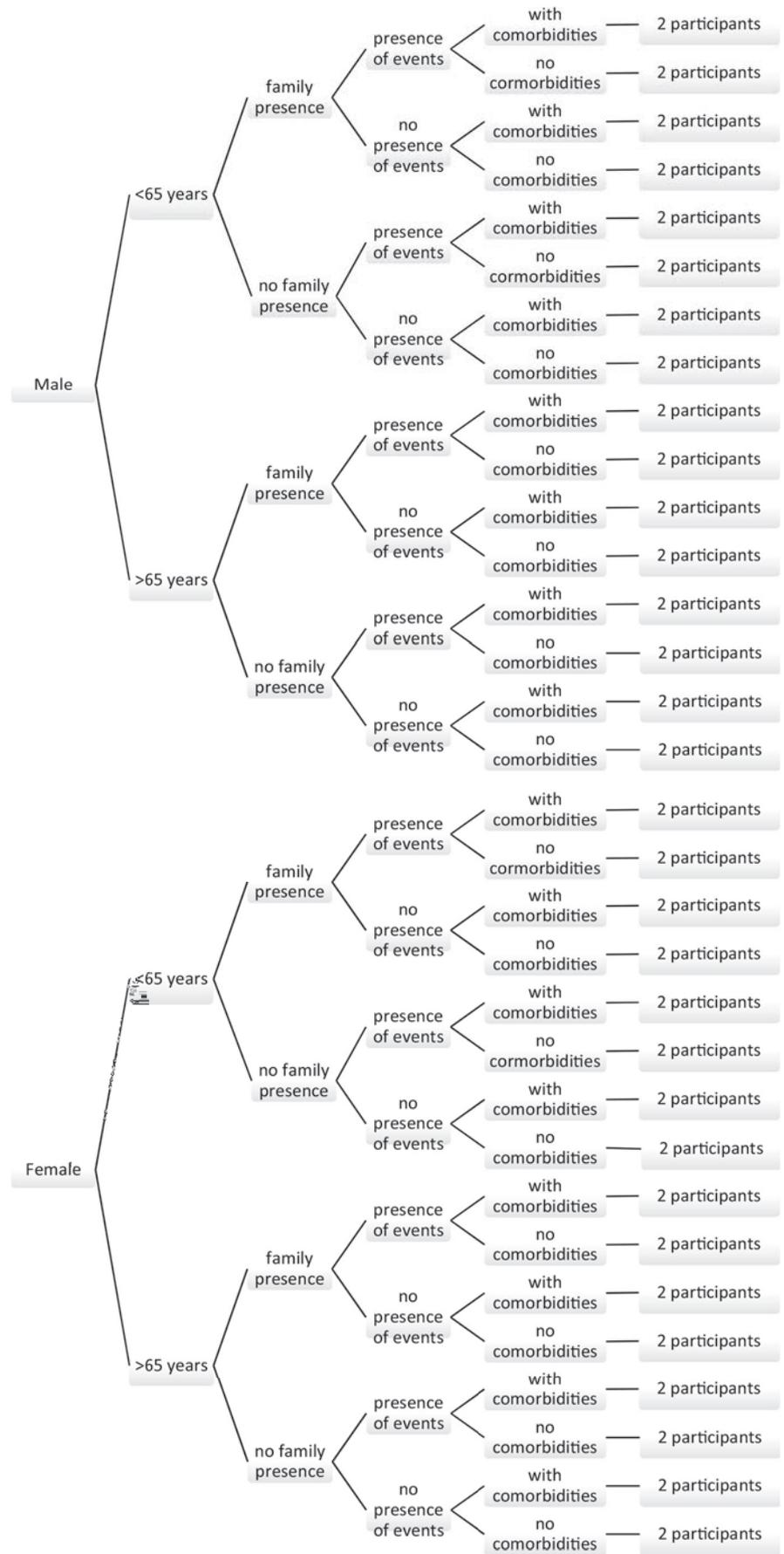


FIGURE 1 Mixed method study design. The structure of the study design is presented, with a qualitative approach in the phase I and a quantitative approach in phase II

FIGURE 2 Participants profiles



of some of the categories already described will be refined. Each definition will be supported by a quote from one of the interview transcripts. Every time a new topic comes up in an interview, it will be checked against previous transcripts. This will allow the general categorization to evolve until the end of the analysis.

Interpretative analysis: The categories obtained in the descriptive analysis will be interpreted to develop conceptual categories, that is categories that go beyond the mere description of the phenomenon being studied to begin to assign an interpretive meaning to the thematic descriptions that will emerge from the transcripts of the interviews. At this point, Ricoeur's Theory of Interpretation will be used for deeper analysis of the interviews (Ricoeur, 1976).

The interpretation will be in three phases: initial reading, structural analysis and integral comprehension (Lindseth & Norberg, 2004). First, preliminary comprehension of the text after an initial reading will consist of an initial interpretation of the total text and will lead to a first interpretation. The text will be read various times to understand its overall meaning. Secondly, structural analysis will discard or validate the first initial reading. Then, the text will be divided into units of meaning that will be condensed to form sub-themes and subjects, which will be compared with the preliminary comprehension for validation. Subsequently, the whole text will be read, and the initial comprehension and the subjects will be assessed with respect to the literature on the significance of the lived experience. The final step will be comprehensive understanding, which will assess the initial and the interpretive readings (Lindseth & Norberg, 2004). The process

will be dynamic, and the final interpretation will be the result of circular repetitions of the three methodological phases (Ricoeur, 1976). The analysis based on Ricoeur's Theory of Interpretation will allow a comprehensive, structured understanding and formulation of the main themes reflected in the interviews.

Two researchers (CC and PD) will perform individual analysis of the interviews, followed by a joint final analysis. Two co-investigators (MR and MAM) will verify the interpretation of the interviews.

3.3 | Phase II. Quantitative research study design

3.3.1 | Methods

In a mixed-methods study, quantitative data collection is built on the findings from the initial, qualitative approach (Zhang & Creswell, 2013). In phase II, a multicenter, parallel-group, experimental pre-test/post-test design will be used. The study timeline, schedule of enrolment, intervention and assessment are presented in Figure 3

3.3.2 | Setting and participants

We will include patients from three tertiary hospital ICUs in Barcelona, with 151 level 3 ICU beds and a nurse/patient ratio of

Time Point	Study Period				
	Enrollment	Allocation	Postallocation		Closeout
	ICU admission	48 hours of ICU admission	ICU stay	ICU discharge	2 to 5 days of general ward
Enrolment:					
Eligibility screen			X		
Informed consent			X		
Patient information			X		
Allocation		X			
Interventions:					
Experimental group: Nursing Empowerment Intervention				X	
Control group: Usual nursing information				X	
Assessments:					
A Demographic Questionnaire			X		
APACHE II score	X				
Glasgow Score			X		
CAM-ICU			X		
SCALE HADS			X		X

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
 CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
 HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

FIGURE 3 Study timeline, schedule of enrollment, intervention and assessment

BOX 1 Inclusion and exclusion criteria in the study (phase I and phase II).

Inclusion criteria

Age ≥ 18 years
 >48 hr in the critical care unit
 Spanish- or Catalan-speaking
 Ability to communicate orally
 Able to provide informed consent
 Glasgow Coma Scale Score = 15
 Without delirium (CAM-ICU negative)
 > 48 hr in the general ward after ICU discharge

Exclusion criteria

Pre-existing chronic cognitive impairment, such as dementia
 Pre-existing psychotic illness, such as schizophrenia
 End-of-life care

1:2 that admit around 2,000 patients annually, mainly with medical, cardiology and trauma diagnoses. Box 1 lists the inclusion and exclusion criteria. To reduce the potential confounding effects of medications or procedures, only patients who meet the inclusion criteria will be included, thus ensuring a relatively homogeneous sample of the three participating ICUs. To reduce potential confounding effects of the clinical condition in the ICU, the patient will be evaluated using the Glasgow and Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) scales to assess whether the patient is able to be assessed using the HADS scale. The Glasgow Coma Score (Teasdale & Jennett, 1974) is an objective and easily reproducible scale designed to evaluate the level of consciousness. The CAM-ICU scale has high sensitivity (93%–100%) and specificity (89%–100%) for the diagnosis of delirium in the ICU and a Spanish version has been adapted and validated (Tobar et al., 2010).

Simple random probabilistic sampling will be used. Patients will be included using the list of ICU admissions and randomly assigned to experimental (EG) and control groups (CG). The 1:1 randomization will be stratified by the investigating nurses (CC, RM and AN) in each ICU. The sample size calculation will be made according to a statistical power of 80% and 95% confidence intervals in a unilateral analysis. The percentage of patients with high anxiety at ICU discharge will be estimated at 50% (between 30%–75% according to previous reports) (Hatch et al., 2018; Nikayin et al., 2016). Assuming a rate of losses of 15% per group, 86 patients per group will be required to detect a difference of >20% as significant (expected to be 0.5 for the CG and 0.28 for the EG).

3.3.3 | Nursing empowerment intervention

The intervention will be made during planning for ICU discharge. Based on the literature review on patient empowerment during the transition from the ICU to the general ward, the findings in our study of individual interviews with patients, the collaboration of patients

who survived the ICU and experts in the development of patient information guides were taken into account in developing an informative guide for patients at ICU discharge, which will support the implementation of the NEI in the quantitative phase. The informative guide will be divided into sections that will provide information on ICU admission and education on basic patient needs. Information will be added according to the areas of knowledge required to ensure empowerment: biophysiological, functional, cognitive, social, experimental, ethical and economic (Leino-Kilpi et al., 1998). It will also contain information on the main procedures carried out and the care that will be needed on the general ward, the general ward characteristics and the differences with the ICU.

The aim of the NEI is to prepare patients for discharge from the ICU and assist them during the early ward stay and reduce anxiety and depression levels during the transition from the ICU to the general ward. The introduction of empowerment in patients has proven to be beneficial clinically and in care (Jørgensen et al., 2018; Lambrinou et al., 2019). Reports show that empowered patients actively contribute to their health recovery and participate in decision-making (Castro et al., 2016) since they feel they are in control of their lives, especially taking into account the manifest loss of autonomy and lack of control during this transition. The information and education provided the basis for empowerment, increases confidence, promotes recovery, reduces treatment complications and allows healthy behaviours to be learned. In intensive care, empowerment has been found to generate dominance over the anxiety felt (Wählin, 2017) and contribute to satisfaction (Fitzpatrick et al., 2011; Hauck et al., 2011).

The NEI will be administered by the investigating nurses (CC, RM and AN) in the participating ICUs, starting the day the decision to transfer the patient to the general ward is made. The NEI will include a written booklet as a guideline and will be verbally explained to the patient. The research nurse will ensure that the patient has acquired the knowledge and information necessary for the moment of transition from the ICU to the ward by asking feedback questions. They will also offer the possibility of requesting more information or clarification of doubts at any other time.

3.3.4 | Quantitative variables and data collection

Variables

1. Independent variable: NEI carried out during discharge from the ICU.
2. Dependent variable: Anxiety and depression measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) before and after discharge from the ICU.
3. Sociodemographic variables will include sex, age in years, level of education (basic, primary, secondary, higher), profession, family situation (living alone, with family or friends) and civil status (single, married or cohabiting, widow/er, divorced).
4. Clinical variables: severity level at ICU admission (assessed using the APACHE II score), reason for ICU admission and days of ICU stay.

The investigating nurses will collect the data during the ICU stay, where the objectives of the study will be explained, and informed consent obtained.

Instruments

1. *Glasgow Coma Score* (Teasdale & Jennett, 1974): The Glasgow scale is designed to assess the level of consciousness and includes the assessment of the ocular, verbal and motor responses. It is simple, objective and easily reproducible.
2. *The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)* (Ely et al., 2001; Inouye,) adapted and translated to Spanish by Tobar et al., (2010), which is recommended and validated for the detection of delirium. The four criteria that characterize delirium are evaluated using four questions for each area (change in mental status, inattention, altered consciousness and disorganized thinking).
3. The HADS (Zigmond & Snaith, 1983): Adapted and validated in Spanish by Tejero et al., (1986), it comprises two 7-item subscales for anxiety and depression. The intensity/frequency of symptoms is evaluated on a four-point Likert scale. For each subscale, the score ranges between 0–21: 0–7 normal; 8–10 doubtful/possible clinical problem; and >10 likely clinical problem. It measures the status during the last seven days. Designed for patients with organic disease, the physical aspects of anxiety or depression were eliminated, leaving only the emotional factors. As well as the quantitative assessment that may be stratified into not anxious or not depressed when the scores are below 8, possible / doubtful when the scores are between 8–10, and anxious and depressed when the scores are ≥ 11 . The authors suggest that an upper limit of 10/11 may be used when the rate of false positives is low and a limit of 8/9 to prevent false positive. We used a value of 10 as a cut-off point to measure anxiety and depression.
4. *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II* (Knaus et al., 1985): The original version used 34 items to measure the severity of critical illness. This was reduced to 14 in the 1985 revised version. Disease severity is measured using twelve common physiological measures, the pre-existing health status and age. The score ranges between 0–71 points.

The HADS will be administered in the EG and CG groups before administration of the NEI. Two to five days later, in the general ward, the HADS will be administered again to assess the impact of the intervention on patients' anxiety and depression during ICU discharge.

Once the measuring instruments have been collected, the same sociodemographic and clinical variables as in phase I will be collected.

3.3.5 | Quantitative data analysis

The statistical analysis will be made using SPSS v23. Values will be expressed as means (standard deviation) for continuous variables with a normal distribution, or medians and interquartile range, and frequencies and percentages will be used for categorical variables.

Linear correlations will be assessed using Pearson's correlation coefficient.

Between-group differences will be analysed through parametric and non-parametric tests (Kruskal–Wallis for groups exceeding 2, ANOVA in homogenous samples and Student's *t* test for dichotomous variables, with frequencies, mean and SD). Statistical significance will be established as $p < .05$.

The results will be reported using the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) criteria.

3.3.6 | Data triangulation

Triangulation is a methodological approach that will contribute to the validity of the research results by linking qualitative and quantitative data. Data will be collected and analysed separately for each phase of the study, obtaining two sets of findings. Subsequently, the data will be triangulated. Preliminary findings from the interviews will be checked against quantitative data. The Triangulation Protocol for Health Research Studies will be used to aid data integration (Farmer et al., 2006).

3.4 | Rigour of the study

Mixed-methods research has methodological challenges, particularly with respect to rigour (Wisdom et al., 2012). Quantitative studies usually rely on quality criteria, including internal validity, generalizability and reliability (Campbell, 1957; Campbell & Stanley, 2015; Messick, 1995; Onwuegbuzie, ; Onwuegbuzie & Daniel, 2002; Onwuegbuzie & Daniel,). However, qualitative studies use roughly comparable quality criteria (Lincoln & Guba, 2000), saturation criteria, meaning in context and credibility (Leininger, 1990) and ethical reflection (Gastaldo & McKeever, 2000). All will be taken into account. Finally, investigator triangulation will reinforce the data analysis (Denzin, 1978, 1989; Farmer et al., 2006).

3.5 | Ethical approval and informed consent

Ethical approval was obtained from the Clinical Research Ethics Committees of the study hospitals (HCB/2016/0484, PR209/16/070716, PR(ATR)197/2016). All participants will be required to sign an informed consent form containing the study details and guaranteeing anonymity and confidentiality, which will be carried out according to the Declaration of Helsinki (The World Medical Association, 2013). The study complies with the recommendations of the Belmont Report. Participation in the study will be totally voluntary. If any participant decides not to participate or not continue the study, they may withdraw consent at any time without altering their relationship with the bedside nurse or causing any harm to their care. The treatment, communication and transfer of personal data of all participating subjects will comply with the provisions of Spanish Law

(3/2018) on the protection of personal data and development regulations. The data collected in the study will be identified by a code and only the study researchers/collaborators will be able to relate said data to the participant. This material will be destroyed 5 years after the end of the study. None of the three researchers who will conduct the interviews and administer the intervention in each ICU will be involved in the usual ICU care of patients.

Date and version identifier of Protocol Study: "Issue date: 20 Jul 2017. Protocol version number 3" Revision chronology: 04 April 2016 Original. 28 June 2016: Amendment No 2: At the request of the Ethics Committee, information was added to better clarify the Patient Information Sheet. 20 Jul 2017. Amendment No 3: At the request of the university, the title of the study was modified.

The study results will be sent to a peer-reviewed nursing journal and presented to the local intensive care community and other stakeholders.

4 | DISCUSSION

Nurses need to improve their understanding of patients' experiences during ICU discharge to assist them in therapeutic interventions. Listening to patients' lived experiences will help determine what their real needs, concerns, feelings and expectations during transfer from the ICU are.

The implementation of a nursing intervention, through a specific "Patient Information Guide for Intensive Care Unit patients," aims to inform in a consensual, structured manner and to meet the information needs expressed by ICU patients during the ICU stay. Likewise, it will help to provide information during the transfer from the ICU to the general ward and clarify any doubts patients may have. The intervention is intended to be easy to apply in ICU and general ward patients.

The application of the HADS scale will help detect patients with possible anxiety and depression disorders related to PTSD and PICS and is easily applicable to patients in the ICU and general wards. It will be administered by the investigating nurse or by the patient themselves, as the scale was designed for self-administration.

The results will permit better understanding of the anxiety and depression due to transfer from the ICU and will facilitate comparison with international studies their results that have implemented nursing interventions during this transition to help and treat patients and improve care.

The results will also contribute to increased translational knowledge to lines of research such as the empowerment of the ICU patient and the humanization of the ICU and the need to incorporate other professionals such as mental health nurses and psychologists into the multidisciplinary ICU team. Finally, the study may advance mixed-methods research in nursing science.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the Head Nurses of each participating hospital for their faith in this project. The study underwent peer review and was

awarded a Nursing and Society Foundation grant (PR-248/2017) and an MSD 2019 research grant (Hospital Clinic of Barcelona).

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare they have no competing interests.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

CC is the principal investigator of the project, whose design and development are directed by PDH and PCR. RMP and AND recruited participants. PDH, MRG and MAMM contributed specifically to the qualitative analysis plan. GME contributed specifically to the design of the budget impact analysis and also oversaw the study logistics. DER involved in drafting the intervention, which was analysed and supplemented by all other authors. PCR contributed specifically to the statistical analysis plan. All authors have revised and approved the submitted manuscript.

TRIAL REGISTRATION

NCT04527627. Registered: 08/22/2020. "retrospectively registered" <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04527627>

DATA AVAILABILITY STATEMENT

All data related to the present mixed-method research protocol can be obtained by sending requests to the corresponding author.

ORCID

Cecilia Cuzco  <https://orcid.org/0000-0003-2201-4879>

Marta Romero García  <https://orcid.org/0000-0002-7093-5982>

M. Antonia Martínez Momblán  <https://orcid.org/0000-0002-5364-5270>

[org/0000-0002-5364-5270](https://orcid.org/0000-0002-5364-5270)

Gemma Martínez Estalella  <https://orcid.org/0000-0002-5742-8919>

Pilar Delgado-Hito  <https://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

REFERENCES

- Ajoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research*, 17, 772–785. <https://doi.org/10.1177/1049732307302665>
- Bench, S. D., Day, T., & Griffiths, P. (2011). Involving users in the development of effective critical care discharge information: A focus group study. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 443–452. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011829>
- Campbell D. T. (1957). Factors relevant to the validity of experiments in social settings. *Psychological Bulletin*, 54(4), 297–312. <http://dx.doi.org/10.1037/h0040950>
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2015). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Ravenio Books.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*, 11th ed, Lippincott Williams & Wilkins.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Chan A. W., Tetzlaff J. M., Gotzsche P. C., Altman D. G., Mann H., Berlin J. A., Dickersin K., Hrobjartsson A., Schulz K. F., Parulekar W. R., Krleza-Jeric K., Laupacis A., Moher D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and

- elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346, (15), 7586–7586. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Colbenson, G. A., Johnson, A., & Wilson, M. E. (2019). Post-intensive care syndrome: Impact, prevention, and management. *Breathe*, 15(2), 98–101. <https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>
- Cox R. C., Tuck B. M., Olatunji B. O. (2017). Sleep Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder: Epiphenomenon or Causal Factor?. *Current Psychiatry Reports*, 19, (4), <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-017-0773-y>
- Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, 119(10), 1442–1452. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.742775>
- da Costa J. B., Taba S., Scherer J. R., Oliveira L. L. F., Luzzi K. C. B., Gund D. P., Sartori G., Porto I. R. P., Jorge A. C., Duarte P. A. D. (2019). Psychological disorders in post-ICU survivors and impairment in quality of life.. *Psychology & Neuroscience*, 12, (3), 391–406. <http://dx.doi.org/10.1037/pne0000170>
- Davydow D. S. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors. *Critical Care Medicine*, 43, (5), 1151–1152. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000000896>
- de Grood C., Leigh J. P., Bagshaw S. M., Dodek P. M., Fowler R. A., Forster A. J., Boyd J. M., Stelfox H. T. (2018). Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 190, (22), E669–E676. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.170588>
- Delgado-Hito, P. (2012). In *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, tesina y tesis* (Ed.), Métodos de investigación cualitativa (pp. 97–105). Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: Atheoretical Introduction to Sociological Methods* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Denzin, N. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methodes* (3rd ed, pp. 235–247). New York: McGraw Hill.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. *The SAGE handbook of qualitative research*, (3rd ed, 1–32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical Care Medicine*, 39(2), 371–379. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*. 46, (9), 825–873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(21), 2703–2746. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16(3), 377–394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>
- Ferrand, N., Zaouter, C., Chastel, B., Faye, K., Fleureau, C., Roze, H., Dewitte, A., & Ouattara, A. (2019). Health related quality of life and predictive factors six months after intensive care unit discharge. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 38(2), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2018.05.007>
- Fitzpatrick, J. J., Campo, T. M., & Lavandero, R. (2011). Critical care staff nurses: Empowerment, Certification, and Intent to leave. *Critical Care Nurse*, 31(6), 12–17. <https://doi.org/10.4037/ccn2011213>
- Garrouste-Orgeas, M., Coquet, I., Périer, A., Timsit, J.-F., Pochard, F., Lancrin, F., Philippart, F., Vesin, A., Bruel, C., Blel, Y., Angeli, S., Cousin, N., Carlet, J., & Misset, B. (2012). Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2033–2040. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31824e1b43>
- Gastaldo, D., & McKeever, P. (2000). Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética?. *Index de Enfermería (edición digital) Consultado el 17 de abril de 2021*, http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulol_9-10.php
- González-Martín, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., Angulo-Carrere, M. T., Iglesias, M.-L., Martínez-Jiménez, E. M., Casado-Hernández, I., López-López, D., Calvo-Lobo, C., & Rodríguez-Sanz, D. (2019). Effects of a visit prior to hospital admission on anxiety, depression and satisfaction of patients in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.001>
- Hägström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*, 2014.
- Harvey, M. A., & Davidson, J. E. (2016). Postintensive care syndrome. *Critical Care Medicine*, 44(2), 381–385. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001531>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 1–13.
- Hauck, A., Quinn Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 269–276. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01205.x>
- Inouye, S. K. (1994). The dilemma of delirium clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *American Journal of Medicine*, 97(3), 278–288.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). "Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 2, 112–133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Jónasdóttir, R. J., Jónsdóttir, H., Gudmundsdóttir, B., & Sigurdsson, G. H. (2018). Psychological recovery after intensive care: Outcomes of a long-term quasi-experimental study of structured nurse-led follow-up. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.001>
- Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., Rasmussen, C. L., & Johnsen, A. T. (2018). What facilitates "patient empowerment" in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), 292–304. <https://doi.org/10.1177/1049732317721477>
- Knaus W. A., Draper E. A., Wagner D. P., Zimmerman J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818–829. <http://dx.doi.org/10.1097/00003246-198510000-00009>
- Knowles R. E., Tarrier N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial*. *Critical Care Medicine*, 37(1), 184–191. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e31819287f7>
- Kress J. P., Hall J. B. (2014). ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. *New England Journal of Medicine*, 370, (17), 1626–1635. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1209390>
- Lambrinou E., Hansen T. B., Beulens J. W. J. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26, (2_suppl), 55–63. <http://dx.doi.org/10.1177/2047487319885455>

- Lee Y., Kim K., Lim Ch., Kim J-S. (2020). Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: A retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 588–599. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14267>
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(2), 40–51. <https://doi.org/10.1177/104365969000100206>
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., & Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(2), 116–123. <https://doi.org/10.1097/01376517-199804000-00005>
- Lewis S. R., Pritchard M. W., Schofield-Robinson O. J., Evans D. JW., Alderson, P., & Smith, A. F. (2018). Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012471>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research* (2nd ed). (pp. 1065–1122). Sage.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). <https://doaj.org/article/2657f6fdbcb8d4873b9f03b81307524ad>
- McKinley S., Fien M., Elliott R., Elliott D. (2016). Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Intensive Care Unit Survivors 6 Months After Discharge. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 52–58. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016995>
- Mc Kinney A. A., Melby V. (2002). Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 149–157. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00577.x>
- McLellan E., MacQueen K. M., Neidig J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, 15(1), 63–84. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822x02239573>
- McPeake, J., Hirshberg, E. L., Christie, L. M., Drumright, K., Haines, K., Hough, C. L., Meyer, J., Wade, D., Andrews, A., Bakhr, R., Bates, S., Barwise, J. A., Bastarache, J., Beesley, S. J., Boehm, L. M., Brown, S., Clay, A. S., Firshman, P., Greenberg, S., ... Iwashyna, T. J. (2019). Models of peer support to remediate post-intensive care syndrome. *Critical Care Medicine*, 47(1), 21–27. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003497>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York: Publishing Company.
- Messick S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741–749. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.50.9.741>
- Milton A., Brück E., Schandl A., Bottai M., Sackey P. (2017). Early psychological screening of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Critical Care*, 21, (1). <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-017-1813-z>
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1554–1561. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1>
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2011). Satisfaction with communication in ICU patients and relatives: Comparisons with medical staffs' expectations and the relationship with psychological distress. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.11.005>
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., & Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823275>
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>
- O' Cathain A., Goode J., Drabble S. J., Thomas K. J., Rudolph A., Hewison J. (2014). Getting added value from using qualitative research with randomized controlled trials: a qualitative interview study. *Trials*, 15, (1). <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-15-215>
- O' Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ (Online)*, 341(7783), 1147–1150. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4587>
- Onwuegbuzie, A. J., & Daniel, L. G. (2002). A framework for reporting and interpreting internal consistency reliability estimates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 89–103. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069052>
- Parker A. M., Sricharoenchai T., Raparla S., Schneck K. W., Bienvenu O. J., Needham D. M. (2015). Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors. *Critical Care Medicine*, 43, (5), 1121–1129. <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000000882>
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bondoni, E., Bacchi, I., Giovannini, V., & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15(1), R41. <https://doi.org/10.1186/cc10003>
- Rattray J., Crocker C., Jones M., Connaghan J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*, 15, (2), 86–93. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00387.x>
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. (pp. 71–88). Texas: Texas Christian University Press.
- Romero-García M., de la Cueva-Ariza L., Jover-Sancho C., Delgado-Hito P., Acosta-Mejuto B., Sola-Ribo M., Juandó-Prats C., Ricart-Basagaña M.T., Sola-Sole N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24, (2), 51–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
- Schofield-Robinson O. J., Lewis S. R., Smith A. F., McPeake J., Alderson P. (2017). Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012701>
- Sevin C. M., Bloom S. L., Jackson J. C., Wang L., Ely E. W., Stollings J. L. (2018). Comprehensive care of ICU survivors: Development and implementation of an ICU recovery center. *Journal of Critical Care*, 46, 141–148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jccr.2018.02.011>
- Stelfox H. T., Lane D., Boyd J. M., Taylor S., Perrier L., Straus S., Zygun D., Zuege D. J. (2015). A Scoping Review of Patient Discharge From Intensive Care. *Chest*, 147, (2), 317–327. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-2965>
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., & Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212–220. <https://doi.org/10.1111/nicc.12165>
- Teasdale G., Jennett B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. *The Lancet*, 304, (7872), 81–84. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Tejero, A., Guimera, E. M., & Farre, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Del Departamento De Psiquiatría De La Facultad De Medicina De Barcelona*, 13(5), 233–238.

- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research. Involving Human Subjects. *JAMA*, 310, (20), 2191. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Thomas S., Mehrholz J. (2018). Health-related quality of life, participation, and physical and cognitive function of patients with intensive care unit-acquired muscle weakness 1 year after rehabilitation in Germany: the GymNAST cohort study. *BMJ Open*, 8, (7), 020163. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020163>
- Tobar E., Romero C., Galleguillos T., Fuentes P., Cornejo R., Lira M.T., de la Barrera L., Sánchez J.E., Bozán F., Bugedo G., Morandi A., Wesley Ely E. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Medicina Intensiva*, 34, (1), 4–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2009.04.003>
- Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., & Hull, A. M. (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A Cochrane Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1243–1253. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.020>
- Wåhlin I. (2017). Empowerment in critical care - a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, (1), 164–174. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12331>
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M. A., Onwuegbuzie, A. J., & Green, C. A. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health Services Research*, 47(2), 721–745. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x>
- Won, M. H., & Son, Y. J. (2020). Development and psychometric evaluation of the relocation stress syndrome scale-short form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, 102800. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102800>
- Zhang W., Creswell J. (2013). The Use of "Mixing" Procedure of Mixed Methods in Health Services Research. *Medical Care*, 51, (8), 51–57. <http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0b013e31824642fd>
- Zigmond A. S., Snaith R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, (6), 361–370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

How to cite this article: Cuzco RN C, Castro Rebollo P, Marín Pérez R, et al. Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit. *Nurs Open*. 2021;8:3666–3676. <https://doi.org/10.1002/nop2.894>

2. *Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward*

Publicado en *Nursing in Critical Care 2021*

Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 2.325

Quartil 2 (Nursing 35/122)

RESEARCH

Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward

Cecilia Cuzco RN, MSc, PhD^{1,2,3,4} | Pilar Delgado-Hito RN, MSc, PhD^{2,4,5,6} |
 Raquel Marín Pérez RN, MSc^{5,7} | Anna Núñez Delgado RN, MSc⁸ |
 Marta Romero-García RN, MSc, PhD^{2,4,5,6} |
 María Antonia Martínez-Momblan RN, MSc, PhD^{2,4} |
 Gemma Martínez Estalella RN, MSc^{1,2,4,5} | Inmaculada Carmona Delgado RN, MSc¹ |
 José María Nicolas MD, PhD^{1,3,4} | Pedro Castro MD, PhD^{1,3,4}

¹Medical Intensive Care Unit, Hospital Clinic, Barcelona, Spain

²Department of Fundamental and Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

³Biomedical Research Institute August Pi Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, Spain

⁴Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

⁵Nursing Research Group (GRIN), Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

⁶International Research Project: Proyecto HU-CI, Madrid, Spain

⁷Department of Cardiology, Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

⁸Intensive Care Unit, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

Correspondence

Pilar Delgado-Hito, Department of Fundamental and Medical-Surgical Nursing, School Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Feixa Llarga s/n 08907, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.
 Email: pdelgado@ub.edu

Funding information

Nursing and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects, Grant/Award

Abstract

Background: Intensive care unit (ICU) patients can experience emotional distress and post-traumatic stress disorder when they leave the ICU, also referred to as post-intensive care syndrome. A deeper understanding of what patients go through and what they need while they are transitioning from the ICU to the general ward may provide input on how to strengthen patient-centred care and, ultimately, contribute to a positive experience.

Aim: To describe the patients' experience while transitioning from the ICU to a general ward.

Design: A descriptive qualitative study.

Method: Data were gathered through in-depth interviews and analysed using a qualitative content analysis. The qualitative study was reported in accordance with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research guidelines.

Findings: Forty-eight interviews were conducted. Impact on emotional well-being emerged as a main theme, comprising four categories with six subcategories.

Conclusion: Transition from the ICU can be a shock for the patient, leading to the emergence of a need for information, and an impact on emotional well-being that has to be planned for carefully and addressed prior to, during, and following transition from the ICU to the general ward.

Relevance to clinical practice: It is essential that nurses understand patients' experiences during transfer, identifying needs and concerns to be able to develop and implement new practices such as ICU Liaison Nurse or Nurse Outreach for the follow-up of these patients, the inclusion of a consultant mental health nurse, and the application of patient empowerment during ICU discharge.

Pilar Delgado-Hito and Pedro Castro Rebollo contributed equally to this study.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2021 The Authors. *Nursing in Critical Care* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Association of Critical Care Nurses.

Number: PR-248/2017

KEYWORDS

content analysis, ICU discharge, ICU transfer, ICU transition, post-intensive care syndrome, post-traumatic stress disorders, qualitative research, relocation stress

1 | BACKGROUND

Being admitted to an intensive care unit (ICU) can be a traumatic experience. A multitude of studies have shown that patients who leave the ICU present sleep disturbance,^{1,2} fear,³ traumatic memories,⁴ anxiety,⁵⁻⁷ depression,^{6,7} and post-traumatic stress disorder (PTSD).^{8,9} Around 50% to 70% of ICU survivors suffer from long-term physical, cognitive, and psychological impairments.¹⁰ Some of these symptoms have been grouped into “post-intensive care syndrome” (PICS)¹¹⁻¹³ and can also affect the patient’s family (PICS-F).^{14,15} The incidence of psychological disorders in adult patients 3-month post-ICU is high, and these may persist during the first year following ICU discharge and are strongly associated with a reduction in the quality of life.¹⁶⁻¹⁸

Although much effort is made to reduce PICS by intervening during the ICU stay and post hospital discharge,¹⁹⁻²¹ little attention has been paid to the transition process and the understanding of the experiences and expectations of ICU patients during the transition from ICU to a general ward.

The ICU is a highly specialized area in the hospital designed and intended for those patients with life-threatening conditions and/or vital organ dysfunction. It requires specialized continuous care in a technical area, with specialist health care professionals and life support devices.²² With an increasingly aging population and advances in medicine, the demand for critical care beds is high and there is an acute awareness that they are a finite resource.²³ This means that patients, as soon as ICU care is not indicated, have to be transferred from a resource-rich environment to one with fewer resources, which is a genuinely challenging care transition.²⁴⁻²⁶

According to the well-documented Transitions Theory,²⁷⁻²⁹ a transition is a process of passing from one phase of life, condition, or status to another during which changes in health status, the relationship of roles, expectations, and abilities undergo a period of vulnerability. Patient anxiety associated with this transfer from the ICU is known as transfer anxiety or relocation stress.³⁰ This situation is also defined by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) as when “a person experiences physiological and/or psychological disturbances as a result of transfer from one environment to another.”³¹ In line with NANDA, the defining characteristics of relocation stress include anxiety and depression, as well as a range of other physical and psychological symptoms such as feelings of insecurity, lack of trust, dependency, increased need for reassurance, concerns about being transferred, and an unfavourable comparison of pre-and post-transfer staff.³¹

To prevent PICS, the multidisciplinary team should pay attention to modifiable risk factors³² such as patients’ ICU experience.³³ This is

What is known about this topic

- Intensive care unit (ICU) survivors suffer from long-term physical, cognitive, and psychological impairments.
- Studies have shown that patients who leave the ICU present anxiety, depression and post-traumatic stress disorder. These symptoms have been grouped into “post-intensive care syndrome”.
- Patient anxiety associated with the transfer from the ICU is also known as “transfer anxiety” or “relocation stress.”

What this paper adds

- Negative patient experience of transition from the intensive care unit (ICU) can be a modifiable risk factor.
- Person-centred care in the ICU also has to consider the transition process as including a need for information, emotional well-being, and expectations, which have to be addressed.
- Nurses need to improve their understanding of patients’ experiences during the transition from the ICU to a general ward to assist them in therapeutic interventions.

a point where nursing intervention could be essential. Active listening means understanding beyond the message that the patient wants to convey to us: taking into account even non-verbal language and making the patients feel that nurses are really listening.^{34,35} Also, patients can express their needs, concerns, and expectations. A deeper understanding of what patients go through and what they need while they are transitioning from the ICU to the general ward may provide input on how to strengthen patient-centred care and, ultimately, contribute to a positive experience.

2 | AIM

The aim of this study was to describe the experiences lived by patients who have transferred from the ICU to the ward.

3 | METHODS

This was a qualitative descriptive study.^{36,37} A qualitative content analysis was performed.³⁸ The qualitative study was reported in

accordance with the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research guidelines.³⁹

3.1 | Settings and participants

The study took place in the medical, trauma, and cardiac ICU of three University hospitals in Barcelona, which cover a total of 151 beds: level 3 ICU. The ICUs admit approximately 2000 patients per year with an average patient length of stay (LOS) of 10.6 days and a nurse/patient ratio of 1:2.

The respective ICU managers were contacted to request permission to recruit potential participants and to obtain help in identifying possible participants. Three of the researchers (CC, RMP, AND) were responsible for patient recruitment; and one researcher in each ICU. Purposive sampling was used. Based on various characteristics that have shown greater clinical relevance and have frequently been cited in studies that contemplate the lived experienced of the critical patient, 32 features were defined. The final sample size was guided by the principle of theoretical saturation of data until no new data were found.⁴⁰

Inclusion criteria were as follows: age over 18 years; more than 48 hours of ICU stay; able to speak one of the two official languages; able to conduct a personal interview; and able to provide signed informed consent.

3.2 | Data collection

Data were collected between November 2016 and January 2018. Individual, in-depth face-to-face interviews⁴¹⁻⁴³ of 30 to 60 minutes each were performed. Interviews were carried out by three trained researchers. All interviews were conducted in the general ward in the first week following transfer from the ICU. Each interview was conducted with the main question: "Could you tell me how you experienced the transition from the ICU to the general ward?" The interviews were audiotaped and transcribed verbatim, including verbal and non-verbal language that revealed significant emotions and expressions of diverse feelings,⁴⁴ for subsequent anonymous analysis and processing. In addition to the in-depth interview, a field diary was used with notes collected throughout the interview process and included both descriptive and interpretive data based on patients' comments.⁴⁵ Moreover, sociodemographic data and ICU patient-related features were collected to describe participants' characteristics.

3.3 | Data analysis

Data were analysed using qualitative content analysis method by determining meaning units, condensed meaning units, codes, subcategories, categories, and theme.³⁸ The encoding process was conducted using the NVivo software (NVivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 11, 2015) in accordance with the qualitatively descriptive study design.

TABLE 1 Participant demographics

Characteristics	No (%)
Gender	
Male	34 (70.8)
Female	14 (29.2)
Age (years)	
Median	58
Min	22
Max	89
Level education	
University	19 (39.58)
Secondary school	8 (16.7)
Primary school	10 (20.8)
Less	11 (22.9)
Marital status	
Single	14 (29.2)
Married	27 (56.3)
Widowed	5 (10.4)
Divorced/separated	2 (4.2)

The interviews were read through several times to obtain a sense of the whole. The text was divided into meaning units that were condensed. The condensed meaning units were abstracted and labelled with a code. The codes were compared on the basis of differences and similarities and ordered into subcategories. Similar subcategories together formed categories. The tentative categories were discussed by two researchers (CC and PD-H) and revised. Finally, the content of the categories was formulated in a theme.³⁸ The derived theme and related codes, subcategories, and categories are presented in Table 1.

4 | ETHICAL AND RESEARCH APPROVALS

Ethical approval was obtained from each of the Clinical Research Ethics Committees at the three participating hospitals (HCB/2016/0484, PR209/16/070716, PR(ATR)197/2016). The study conformed to the principles of the Helsinki Declaration.⁴⁶ All participating patients received verbal and written information on the study and provided informed consent to participate. They were guaranteed anonymity in the findings report and research analysis.

5 | FINDINGS

Forty-eight interviews were conducted. Participants' demographics are summarized in Table 1, and the ICU patient-related features are described in Table 2.

A main theme, four categories with six subcategories emerged from the data (Table 3).

TABLE 2 ICU patient-related features

Characteristics	No (%)
Diagnosis ICU admission	
Acute myocardial infarction	10 (20.8)
Sepsis	7 (14.6)
Failure respiratory	7 (14.6)
Pneumonia	4 (8.3)
ICU events	
Yes	31 (64.6)
No	17 (35.4)
Patient comorbidities	
Yes	41 (85.4)
No	7 (14.6)
Illness severity by APACHE II score	
Median	15.2
Min	6
Max	45
ICU LOS (days)	
Median	10.6
Min	2
Max	44
No visited by family	13 (27.1)
Family presence	33 (68.89)
Friend presence	2 (4.2)

Note: Comorbidities: hypertension, diabetes, dyslipidaemia, chronic obstructive pulmonary disease, haematologic disease, oncological disease, at least one of these. Family presence: patients visited by his/her family during stay and discharge from ICU at least once. ICU events: non-invasive mechanical ventilation, invasive mechanical ventilation, self-extubation, reintubation, prone position, high-flow oxygen therapy, renal replacement therapy, extracorporeal membrane oxygenation vascular device, intra-aortic balloon counterpulsation, cardiopulmonary resuscitation, bronchoscopy, haemodialysis, non-invasive ventilation; at least one of these. Abbreviations: APACHE II, acute physiology and chronic health evaluation; ICU, intensive care unit; LOS, length of stay.

5.1 | Impact on emotional well-being

5.1.1 | Need to be informed

Participants reflected their experiences by describing a general lack of information about their health status and the ICU discharge process. Participants demanded it be accurate, consensual, appropriate, and correct:

A little more information but more than information that they had agreed among themselves to give me the information because one of them tells you one thing then probably the next day someone comes and tells you something else...the next day the guard comes and

tells you something very similar but it ends up not being the same (participant 17).

In most cases you don't know where you are...you are simply there because you are and you don't know why...in many cases, you don't even have the awareness to know (participant 25).

Some participants even claimed that no one had informed them of the expenses incurred by their stay in the ICU.

I would have liked to have some information about my health...in addition to the financial information to be able to manage the payment of the expenses incurred in time (participant 6).

In addition, participants considered it important that the family be provided with information about the situation of ICU discharge.

And I would have liked to have been told when my family was present (participant 15).

5.1.2 | Experience of mixed feelings

When participants were informed of their transfer from the ICU to the general ward, they manifested happiness. Later, however, they demonstrated feelings such as fear, nervousness, anger, distress, and disappointment.

And I'm still afraid that something will happen again (participant 8).

The thing is that everything makes you feel very afraid after being there (ICU) as so many things have happened to me and I thought I would have to go through more or go through some things again and I am still afraid that I will have to go through some things again (participant 10).

I was a little bit scared a feeling of not knowing what was going to happen (participant 34).

Humiliation was one of the feelings expressed by some participants in a specific situation.

The only problem has been the humiliation of when you poop and have to be washed (participant 4).

It makes you very uncomfortable when you have to ask them to clean your behind when they come in to clean you in bed (participant 30).

TABLE 3 Subcategories, categories, and theme from content analysis

Theme	Impact on emotional well-being			
	Need to be informed Lack of information	Experience of mixed feelings	Expectations during transitioning Hope for the future	Factors involved in the transition
Categories				
Subcategories	Negative emotions	Worrying about caring for myself		
Codes	Fear Anxiety Insecurity Distress Depression Nervousness Anger Distress Humiliation Disappointment Frustration Nostalgia Loneliness Sadness Indifference Resignation Being overwhelmed Suffocated	Autonomy Loss of control Burden on family Being alone	Receive personalized care Flexible visiting hours Feeling protected Continuity of care Be treated as a patient Go back to doing things they did previously Be able to go home Accompanied Leave the closed environment To be independent	Facilitators Being with the family Recovering from the illness Sensation of feeling better Knowing the time of day Previous experience Humane treatment Receiving considerable help in breathing Maintaining blood pressure Pain control Appropriate transfer Entertainment and good atmosphere Barriers Nightmares Inability to stop thinking Not remembering Denial of current health situation Lack of experience Lack of psychological and emotional support Low nurse/patient ratio Lack of continuity of care Lack of beds Perceived unsafe Wasted time on the ward Inequality in treatment from professionals: knowledge/experiences

Other participants described their sense of being a burden.

It lasted many days...I felt like I was being a burden (participant 20).

Participant survivors often stated that after receiving the information on the transfer from the ICU, it caused them to feel nostalgia, loneliness, sadness, indifference, and resignation.

And they say prepare yourself because when you go to the general ward...and it's not that I don't want to...it's that I can't my legs won't hold me up and since they told me that it makes me afraid (participant 31).

Nobody told me what I was doing here, what it would be like, what treatment I would have to follow or how long I would be staying...they gave no explanations of any kind (participant 5).

The participants thought about recovering their autonomy, recovering from the illness. They worried about the family, having to return home and being alone, and not knowing where they would go after the transfer.

I was worried about the family being able to organize themselves and I didn't know what information to give them (participant 9).

Look what happened to me and of course me going back to my village I can't go and what will I do at home alone...I need a lot of help (participant 31).

5.1.3 | Factors involved in the transition

Participants described some factors involved in the transition from ICU as facilitators. In contrast, others were experienced as barriers.

Patient, professional factors, and institutional factors, which helped the transition from the ICU, were also apparent in the findings.

The aspects that patients identified as facilitators were: being with the family, feeling better, knowing the time of day, together with previous experience.

It seemed good to me that the family was there because the family can give you a little bit of warmth... although they are dedicated and willing there is something that cannot be conveyed to you and that's the warmth of your family (participant 23).

I was glad when I left because I knew a little bit about what was coming after having been there various times before (participant 2).

The professional aspects described as helpful were as follows: dealing with patients in an appropriate, humane way; treatment and care; dedication to their jobs, and the ward nurses' visits in the ICU.

A nurse came introduced herself and told me that she had a report about me and that I was going to be admitted as they already had a room (participant 46).

Conversely, participants identified aspects as a hindrance to transfer from the ICU: feelings of distress, fear, depression, nightmares, not remembering certain moments they experienced, frustration, denial of current health situation, lack of experience, and lack of autonomy, as well as physiological responses such as suffocation, fever, or pain.

It is a different fear could be related to the same illness...when I closed my eyes I saw things that I was trapped in a place that I couldn't get out and I felt like I was suffocating (participant 20).

A participant shared their experiences of inability to stop thinking:

A very strange feeling that was like my head didn't know how to be on 'stand-by' with constant thoughts...I felt like a scratched record that made it feel like my rest wasn't long it was very short (participant 30).

Concerning professional aspects that acted as obstacles, a young woman identified a lack of information and a lack of psychological and emotional support.

There are things that are necessary...for instance in my case, for young people psychological and emotional support and information about what's happening (participant 5).

Some participants revealed institutional aspects that acted as barriers: a closed environment with much noise; light, limited space and strict schedules; organization of patient care in the ICU not done according to patient needs.

I saw it was not organized according to the patients or patient priority but rather the patient had to adapt to the organization of the ICU...there were days when it was real hell...when I got there the first thing I did was sit down...four more days there and I don't know what would have happened (participant 18).

It was very boring there with that closed door at least here I see the people and it entertains me a bit (participant 21).

More than one participant recognized the principal cause for transfer delay was the lack of beds in the destination ward not being taken into account.

The main reason for transfer delay was not my health status but the lack of beds on the ward where they were taking me (participant 9).

As institutional barriers on the general ward, participants especially highlighted the low nurse/patient ratio, a sensation of a lack of continuity of care, and wasted time.

They can't pay attention to you here because there is one nurse for a lot of patients (participant 10).

One participant reported feeling unsafe leaving the ICU to go to the ward:

I would have stayed there (ICU)...I didn't want to go because I felt very safe there...when they start to unplug things you think something is going to happen to me...I don't want to leave here (participant 10).

Concerning the transfer conditions, participants referred to the time it took and when it happened.

The transition from the ICU from when they told me they were going to discharge me was a long process because various days went by from when they told me until it happened (participant 9).

Perhaps it shouldn't be at meal times because everyone is moving to-and-fro and in the end it's uncomfortable because you don't know whether you're going to eat here or there and it makes you nervous...me anyway (participant 27).

5.1.4 | Expectations during transitioning

In the ICU discharge process, participants want to receive personalized care.

A young man said that not all patients are in the same state of health.

There should be different degrees that the same protocol shouldn't be used for patients that need to be closely monitored and for patients who are more or less ok...I could use the bathroom...they put too much importance on changing the sheets it's probably more important to deal with what the patient needs for their well-being (participant 30).

The participants also requested flexible visiting hours to feel more accompanied during discharge from the ICU.

I would have liked the visiting hours to be more flexible...the timetable is very restricted and just when you are in this

situation is when it makes you comfortable to have visitors and someone to talk to so that you are distracted and the distraction helps you to avoid feeling pain (participant 30).

On the general ward, participants hope to have care continuity and planning; they wanted to be treated as patients:

What I would have liked more would be to have had a link a little more continuity with the ICU and to feel a bit more covered in this respect...from both the medical and nursing teams to have a little more contact after spending a bit more than a month there (participant 2).

A common topic expressed by the participants was to go back to doing the things they did previously, be able to go home, to be accompanied at home, to be able to leave the closed environment, to be transferred with the family, and, especially, to be independent and recover their autonomy.

...go to a place where they make me rehabilitation to be independent as before, well, if it is not like before, at least I can walk (participant 20).

I hoped to get autonomy back because when you are in the ICU you feel that not only is your movement limited but also your capacity to lead a bit of a normal life (participant 30).

6 | DISCUSSION

Based on experts' experience of qualitative research, sample size is varied.^{40,47} This study had a large diverse sample, recruited through a range of locations with reference to features that were intrinsic to the study, and used in-depth interviews, which enhance the richness and generalizability of the results.

The aim of this study was to get a deeper understanding of the experiences of ICU patients during the transition from the ICU to the general ward. The findings suggest an impact on emotional well-being is experienced when a patient is transferred from ICU to a general ward.

Need for information, expressed as a lack of information about the transition, was an important issue in our findings and is consistent with the results found by Cullinane and Plowright.⁴⁸ According to Meleis et al²⁸ preparation and knowledge is facilitating and empowering for people in transition, whereas lack of preparation is an inhibitor. However, not enough quality information is provided to patients and their relatives during transition from the ICU. This could be because we have always thought that, after waking up from sedation, patients will manage by themselves with the information we provide. Information is vital throughout the transitional processes and nurses have an important pedagogical role in facilitating patient transition from the ICU in this regard. In fact, information provided during the ICU transitional process has been shown to diminish anxiety and contribute to patient

empowerment,⁴⁹ as well as improving perceptions regarding abandonment or lack of continuity of care.^{50,51} We believe that effective transition information can also help in the process of psychological recovery.

Feelings of fear, occasionally terror, loneliness, and sadness are reported in this study. These have also previously been mentioned by numerous authors.^{50,52,53} Patients expressed fear and anxiety about what would happen next and what ICU discharge meant.⁵⁴ Before ICU discharge, a sense of lack of control due to concern over loss of autonomy and independence is associated with anxiety, depression, and PTSD, and should therefore be assessed.⁸ Feelings of unimportance have been also revealed in this study, in line with the findings of other authors,^{54,55} related to perceptions of being ignored by staff who were too busy to listen to their concerns, both in the ICU and in the general ward.

Facilitators versus barriers to the transition from the ICU have also been previously reported.^{24,25,51} Closeness to staff and the prospect of getting immediate help made patients feel calm and secure, whereas the gap between the highly technological ICU and the general ward affects patients. Patients stated that visits by the ward staff to the patient in the ICU before transition helped to increase the sense of safety.

Barriers related to professionals included lack of information, while the most common barrier related to the institution was the lack of beds in the general ward. Other authors have reported similar findings and even direct transfer home, when feasible, has been proposed to improve this matter.⁵⁶ Some patients also stated, as an institutional barrier, that the care provided was not always patient-centred and adjusted to their needs. The imbalance between patient needs and available organizational resources leads to situations that do not necessarily serve the patients' best interests or consider their individual expectations and needs.⁴⁹ Timing of transfers has been also reported as a barrier to improving transitions. Transfers during the night shift or shift changes can contribute to increasing patient anxiety, as well as transfers programmed at short notice or delayed transfers, as reported by other authors.⁵⁷

Regarding patients' expectations during ICU discharge, little has been published. In the present work, continuity of care and personalization were important expectations. In line with other studies,⁵⁸ some patients attributed what they perceived as a lack of basic care to one of two things, nurses on the general ward being too busy to pay them much attention, or poor communication between staff from the ICU and the general ward. Recovering independence and autonomy were also significant hopes. This was especially important in trauma patients, who are often younger, have less pre-existing morbidity, and are usually more reluctant than medical and surgical patients to compare their functional status before and after ICU discharge.⁹ Analysis and knowledge of patients' expectations are essential in improving care. Underpinning any intervention strategy regarding patient choices and enhancing patient empowerment to recover autonomy is health care professionals' capacity to view patients as experts in recognizing and managing their own needs. All the issues mentioned can influence patient recovery and addressing them before discharge can improve patient outcomes. Some authors have suggested, and demonstrated, that PTSD may be preventable in critical care survivors,

and that early interventions may be more effective than interventions initiated after ICU discharge.^{16,59,60}

ICU nurses are an important factor in the transition of critically ill patients. One study focusing on ICU nurses concluded that nurses need improved understanding of critically ill patients' transition experiences from the ICU to assist them in therapeutic interventions for these patients.⁶¹ The nurses' role in this stage is essential in that they are in a unique position to cope with the patients' feelings during ICU discharge, identifying and reducing fears and adjusting patients' expectations through information and education, and offering anticipatory guidance. It is crucial to incorporate patients' experience and expectations into this process to improve care as modifiable risk factors and beneficial interventions are increasingly being identified that reduce the negative effect impact on emotional well-being after ICU discharge.

7 | STRENGTHS AND LIMITATIONS

To improve the trustworthiness of the study findings, Lincoln and Guba⁶² credibility, transferability, dependability, and confirmability criteria were applied. The methodological strength of this study is that to increase representativeness, credibility, and transferability of results, patients were included with different features based on the bibliography and defined at the beginning of the study. To ensure authenticity, results were recognized as real when a relationship was established between the data obtained by the researchers and the participant's reality.

This study also has some limitations. The physical and/or psychic state of patients discharged from the trauma ICU made it difficult to cope with in-depth, face-to-face interviews. Therefore, few patients from this site were included. Purposive sampling led to a variation in gender, age, and comorbidities. However, recruitment of participants with particular characteristics, such as those <65 years, women, or patients without comorbidities, was difficult due to their low incidence in the different ICUs, and increased the duration of recruitment and the study.

8 | IMPLICATIONS AND RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

It is important that ICU nurses take into account the experiences of patients during the transfer from the ICU to the general ward so that they can help patients to have a positive ICU transfer experience and reduce the negative effects. Implementing new practices in the ICU, including nursing empowerment interventions, the role of advanced practice nurse that follows patients after ICU discharge, and a mental health nurse such as a consultant nurse would be important in patient care during the transfer from the ICU to the general ward.

9 | CONCLUSIONS

Patients have multiple feelings, concerns, and expectations when they are discharged from the ICU to the general ward. All of these

can potentially have an impact on their emotional well-being and recovery and need to be addressed. Giving information on the process to patients and relatives seems to be a principal issue. Patients want to understand and know more about the differences they will find regarding their care after being transferred to the general ward.

Encouraging patients to express their experience during the transfer from the ICU to the general ward can help to identify possible warning signs and increase their sense of control over their lives.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank all those participants interviewed and also the head of nursing in each ICU at the three participating hospitals.

CRedit STATEMENT

Cecilia Cuzco: Conceptualization; methodology; formal analysis; data curation; writing – original draft; writing – review & editing; visualization. **Raquel Marín Perez:** Conceptualization; investigation; resources; data curation. **Anna Núñez Delgado:** Conceptualization; investigation; resources; data curation. **Marta Romero-García:** Conceptualization; methodology; writing – review & editing. **María Antonia Martínez-Momblan:** Conceptualization; methodology; writing – review & editing. **Gemma Martínez Estalella:** Investigation; resources. **Inmaculada Carmona Delgado:** Conceptualization; methodology; writing – review & editing. **Pilar Delgado-Hito:** Conceptualization; methodology; formal analysis; data curation; writing – original draft; writing – review & editing; visualization; validation; supervision; project administration. **José María Nicolás:** Investigation; resources. **Pedro Castro:** Conceptualization; methodology; formal analysis; data curation; writing – original draft; writing – review & editing; visualization; validation; supervision; project administration.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The full data set from this study can be obtained by sending requests to Pilar Delgado Hito.

ETHICS STATEMENT

Ethical approval was obtained from each of the Clinical Research Ethics Committees at the three participating hospitals (HCB/2016/0484, PR209/16/070716, PR(ATR)197/2016). The study conformed to the principles of the Helsinki Declaration. All participating patients received verbal and written information on the study and provided informed consent to participate. They were guaranteed anonymity in the findings report and research analysis.

ORCID

Cecilia Cuzco  <https://orcid.org/0000-0003-2201-4879>

Pilar Delgado-Hito  <https://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

Marta Romero-García  <https://orcid.org/0000-0002-7093-5982>

María Antonia Martínez-Momblan  <https://orcid.org/0000-0002-5364-5270>

Gemma Martínez Estalella  <https://orcid.org/0000-0002-5742-8919>

Pedro Castro  <https://orcid.org/0000-0002-6118-8970>

REFERENCES

- McKinley S, Aitken LM, Alison JA, et al. Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med.* 2012;38(4):627-633.
- Parsons E, Kross EK, Caldwell ES, et al. Post-discharge insomnia symptoms are associated with quality of life impairment among survivors of acute lung injury. *Sleep Med.* 2012;13:1106-1109.
- Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia LV. Acute psychological trauma in the critically ill: patient and family perspectives. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017;47:68-74.
- Corrigan I, Samuelson KAM, Fridlund B, Thomé B. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23(4):206-215.
- Castillo MI, Cooke ML, Macfarlane B, Aitken LM. In ICU state anxiety is not associated with posttraumatic stress symptoms over six months after ICU discharge: a prospective study. *Aust Crit Care.* 2016;29(3):158-164.
- Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;43:23-29.
- 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.
- Milton A, Brück E, Schandl A, Bottai M, Sackey P. Early psychological screening of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2017;21:273.
- Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care.* 2017;22(4):212-220.
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-509.
- Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. *Breathe.* 2019;15(2):98-101.
- Society of Critical Care Medicine, "THRIVE". <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE>. Accessed August 19, 2020.
- Flaatten H, Waldmann C. The post-ICU syndrome history and definition. In: Herridge J-CPM, Azoulay E, eds. *Post-Intensive Care Syndrome*. Brussels: Springer; 2020:3-12.
- Delgado-Hito P, Romero-García M & Heras G El síndrome post-UCI. En G. Heras la Calle Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. Colombia; 2017.
- 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.
- da Costa JB, Taba S, Scherer JR, et al. Psychological disorders in post-icu survivors and impairment in quality of life. *Psychol Neurosci.* 2019;12(3):391-406.
- González-Martín S, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Angulo-Carrere MT, et al. Effects of a visit prior to hospital admission on anxiety, depression and satisfaction of patients in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;54:46-53.
- Proffitt T, Menzies V. Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: an integrative literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;53:60-67.
- McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, et al. Models of peer support to remediate post-intensive care syndrome. *Crit Care Med.* 2019;47(1):21-27.
- Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. (2018). Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018;(11):cd012701. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012701.pub2>.
- Bloom SL, Stollings JL, Kirkpatrick O, et al. Randomized clinical trial of an ICU recovery pilot program for survivors of critical illness. *Crit Care Med.* 2019;47(10):1337-1345.

22. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2017;37:270-276.
23. Spragg R, Bernard GR, Checkley W, et al. Beyond mortality: future clinical research in acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:1121-1127.
24. De Grood C, Leigh JP, Bagshaw SM, et al. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *CMAJ*. 2018;190(22):669-676.
25. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, et al. A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*. 2015;147(2):317-327.
26. Watts R, Pierson J, Gardner H. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *J Clin Nurs*. 2007;16:194-202.
27. Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York: S. P. Company; 2010.
28. Meleis A, Sawyer L, Im E-O, Hilfinger M, DeAnne K, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23:12-28.
29. Meleis A, Trangensten P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In: Meleis A, ed. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2010:65-72.
30. Won MH, Son YJ. Development and psychometric evaluation of the relocation stress syndrome scale-short form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;58:102800.
31. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2010.
32. Fagerdahl AM, Knudsen VE, Egerod I, Andersson AE. Patient experience of necrotising soft-tissue infection from diagnosis to six months after intensive care unit stay: a qualitative content analysis. *Aust Crit Care*. 2020;33(2):187-192.
33. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2020;33(3):287-294.
34. Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. Communication when patients are conscious during respirator treatment—a hermeneutic observation study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(4):197-207.
35. Fredriksson L. Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *J Adv Nurs*. 1999;30(5):1167-1176.
36. Sandelowski M. Focus on research methods: whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Heal*. 2000;23(4):334-340.
37. Sandelowski M. What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Heal*. 2010;33(1):77-84.
38. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-112.
39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349-357.
40. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qual Sozialforsch*. 2010;11(3):19-11.
41. Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*. 2009;119(10):1442-1452.
42. Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
43. Morse J. *Qualitative Health Research*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.
44. McLellan E, MacQueen KM, Neidig JL. Beyond the qualitative interview: data preparation and transcription. *Field Methods*. 2003;15(1):63-22.
45. Delgado-Hito P. Métodos de investigación cualitativa/ Técnicas para la obtención de datos cualitativos. *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, tesina y tesis*. Barcelona, Spain, 97/179-106/96: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona; 2012.
46. The World Medical Association. Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects; 2013. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>. Accessed August 5, 2019.
47. Page RL, Montalvo-Liendo N, Nava A, Chilton J. 'Now my eyes are open': Latina women's experiences in long-term support groups for intimate partner violence survivors. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(3):715-723.
48. Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nurs Crit Care*. 2013;18(6):289-296.
49. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? a grounded theory of nursing. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012;28(4):224-233.
50. Bench S, Day T. The user experience of critical care discharge: a meta-synthesis of qualitative research. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):487-499.
51. Forsberg A, Lindgren E, Engström Å. Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *Int J Nurs Pract*. 2011;17(12):110-116.
52. Myhren H, Ekeberg Ø, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Post-traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care*. 2010;14(1):2-13.
53. Rattray J, Crocker C, Jones M, Connaghan J. Patients' perception of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre survey. *Nurs Crit*. 2010;15(2):86-93.
54. Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care*. 2005;18(4):138-145.
55. Op't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, Vermeulen H, Vloet LCM. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: a qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020;33(6):526-532.
56. Johnson DW, Schmidt UH, Bittner EA, Christensen B, Levi R, Pino RM. Delay of transfer from the intensive care unit: a prospective observational study of incidence, causes, and financial impact. *Crit Care*. 2013;17(4):1-5.
57. McCairn AJ, Jones C. Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30(4):219-225.
58. 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):R21.
59. Roberts MB, Glaspey LJ, Mazzarelli A, et al. Early interventions for the prevention of posttraumatic stress symptoms in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2018;46(8):1328-1333.
60. Warlan H, Howland L. Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: importance of nurses' involvement. *Crit Care Nurse*. 2015;35(3):44-52.
61. Ludin SM, Arbon P, Parker S. Patients' transition in the intensive care units: concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(4):187-192.
62. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1985.

How to cite this article: Cuzco C, Delgado-Hito P, Marín Pérez R, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nurs Crit Care*. 2021;1-10. <https://doi.org/10.1111/nicc.12697>

3. *Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: A Systematic Review.*

Publicado en *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021

Journal Citation Report 2020. Impact Factor: 3,389

Quartil 1 (Public, environmental & occupational health 42/176)



Review

Nursing Interventions for Patient Empowerment during Intensive Care Unit Discharge: A Systematic Review

Cecilia Cuzco ^{1,2} , Rodrigo Torres-Castro ^{3,4}, Yolanda Torralba ^{3,5}, Isabel Manzanares ^{6,7}, Pilar Muñoz-Rey ⁸, Marta Romero-García ⁹, Ma. Antonia Martínez-Momblan ⁹ , Gemma Martínez-Estalella ¹⁰, Pilar Delgado-Hito ^{9,*} and Pedro Castro ¹



Citation: Cuzco, C.; Torres-Castro, R.; Torralba, Y.; Manzanares, I.; Muñoz-Rey, P.; Romero-García, M.; Martínez-Momblan, M.A.; Martínez-Estalella, G.; Delgado-Hito, P.; Castro, P. Nursing Interventions for Patient Empowerment during Intensive Care Unit Discharge: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 11049. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>

Academic Editors: Beata Dobrowolska, Alvisa Palese and Dorota Ozga

Received: 12 September 2021
Accepted: 17 October 2021
Published: 21 October 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

- ¹ Department of Medical Intensive Care Unit, Hospital Clinic of Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona, 08036 Barcelona, Spain; ccuzco@clinic.cat (C.C.); pcastro@clinic.cat (P.C.)
- ² Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Nursing School of Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, 08036 Barcelona, Spain
- ³ Department of Pulmonary Medicine, Hospital Clinic–Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona, 08036 Barcelona, Spain; rhtorres@clinic.cat (R.T.-C.); yotorra@clinic.cat (Y.T.)
- ⁴ Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago 8380453, Chile
- ⁵ Biomedical Research Networking Centre on Respiratory Diseases (CIBERES), 28029 Madrid, Spain
- ⁶ Department of Epilepsy, Hospital Clinic of Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona, 08036 Barcelona, Spain; imanzana@clinic.cat
- ⁷ Epilepsy Study Group of the Catalan Neurological Society, Spanish Epilepsy Society, European Reference Network (ERN), 08036 Barcelona, Spain
- ⁸ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, 08916 Badalona, Spain; mpmunozr.germanstrias@gencat.cat
- ⁹ GRIN-IDIBELL—Nursing Research Group, Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Nursing School of Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, 08907 Barcelona, Spain; martaromero@ub.edu (M.R.-G.); mmartinezmo46@ub.edu (M.A.M.-M.)
- ¹⁰ GRIN-IDIBELL—Nursing Research Group, Nursing Direction, Hospital Clinic of Barcelona, 08036 Barcelona, Spain; gemma@clinic.cat
- * Correspondence: pdelgado@ub.edu

Abstract: Intensive care unit discharge is an important transition that impacts a patient's wellbeing. Nurses can play an essential role in this scenario, potentiating patient empowerment. A systematic review was conducted using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (the PRISMA Statement Embase), PubMed/MEDLINE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CUIDEN Plus, and LILACS databases; these were evaluated in May 2021. Two independent reviewers analyzed the studies, extracted the data, and assessed the quality of evidence. Quality of the studies included was assessed using the Cochrane risk-of-bias tool. Of the 274 articles initially identified, eight randomized controlled trials that reported on nursing interventions had mainly focused on patients' ICU discharge preparation through information and education. The creation of ICU nurse-led teams and nurses' involvement in critical care multidisciplinary teams also aimed to support patients during ICU discharge. This systematic review provides an update on the clinical practice aimed at improving the patient experience during ICU discharge. The main nursing interventions were based on information and education, as well as the development of new nursing roles. Understanding transitional needs and patient empowerment are key to making the transition easier.

Keywords: patient empowerment; patient education; patient information; intensive care unit discharge; intensive care unit transition; nursing interventions; systematic review

1. Introduction

The number of critically ill patients has increased during the last decades. In Spain, 240,000 adults are admitted into intensive care units (ICU) each year [1]. Patients with

potential life-threatening processes and vital organ dysfunction who require specialized and continuous care are admitted to the ICU [2], of whom >90% survive ICU admission [3]. Recently, ICUs have become essential in caring for seriously-ill patients admitted due to the COVID-19 pandemic [4]. The ICU plays an important role in the care process of many patients. Once patients are sufficiently stable and care can be stepped down, they can be discharged to the general ward, providing continuity of care.

Discharge or transition of the patient from the ICU to a general ward is one of the most challenging, high-risk, and inefficient care transitions because patients who are among the most seriously ill are transferred from high-tech units to less acute environments, which involves many professionals in the exchange of information and responsibilities [5]. ICU discharge is therefore a complex process, and patients' feelings and perspectives, including a sense of displacement, anxiety, and loss of autonomy, are crucial factors [6,7]. Patients feel powerless in this context, and the lack of medical knowledge and loss of control over one's body are seen as the main factors behind these thoughts [8].

Furthermore, these patients' feelings and perceptions during ICU discharge could increase the risk of post-ICU syndrome (PICS). PICS can develop due to mental and cognitive impairments, physical disabilities, and psychological factors (anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD)) [9]. Effective interventions in ICU survivors are essential to decrease negative outcomes and increase the quality of life. Needham et al. (2012) suggested that effective interventions in patients to improve long-term outcomes after ICU discharge should focus on early psychological intervention, early mobility programs, post-discharge follow-up programs, ICU diaries, healing care environments, functional reconciliation, and the ABCDEFGH bundle (Airway management, Breathing trials, Coordination of care and Communication, Delirium assessment, Early mobility bundle, Family involvement, Follow-up referrals and Functional reconciliation, Good handoff communication, and Handout materials on PICS and PICS in Family (PICS-F)) [10,11] which addresses the risks factors for PICS, sedation, delirium, and immobility. Therefore, preparation of the ICU discharge process to carry it out accurately and correctly could be the cornerstone of a decreased risk of PICS afterwards.

In this sense, the nurses within the multidisciplinary team of the ICU develop a fundamental role in the ICU transition planning process, as they are the ones who participate in, organize, and carry out the direct interventions of patient care during the transition [12]. Thus, it is the nurses' responsibility to assess the needs of patients during the transition and provide adequate information and education to the patient and family. To improve the efficiency of the role of ICU nurses in patients during the transition of ICU patients, some hospitals have even introduced a new nursing role called "liaison nurse" [13,14]. The competent role of ICU nurses in planning and directing the implementation of a multidisciplinary program during ICU transition that could reduce ICU readmission and hospital mortality has also been highlighted [15].

Another way in which nurses can begin to recover power to their patients is to be aware of signs and symptoms that indicate feelings of powerlessness [16]. Empowerment is a complex, multi-dimensional concept [17–22] that was introduced to allow patients to shed their passive role and play an active part in the decision-making process of their health and quality of life [20]. Successful empowerment occurs when patients come to terms with their threatened sense of security and identity, and they have a sense of control over their lives [8,23]. The benefits of improving empowerment are extensive, including decreased levels of distress and strain, an increased sense of coherence and control over the situation, and personal development and growth, together with increased comfort and inner satisfaction [24].

Patient empowerment could be a useful tool to reduce the stress associated with ICU discharge. Empowerment strategies have increased over recent years, mainly self-care in chronic illness such as diabetes [25], cancer, [26,27] and other clinical scenarios [28,29]. However, their role in ICU discharge is less well known. Although this is the responsibility

of the multidisciplinary healthcare team, this transition, including patient empowerment, is usually carried out by nurses [30,31].

We conducted a systematic review to provide evidence on patient empowerment interventions, identify remaining gaps, and suggest directions for future research and clinical practice during ICU discharge. The main aim was to determine the effects of nursing interventions to improve patient empowerment during ICU discharge in adult patients.

2. Materials and Methods

2.1. Design, Protocol, and Registration

We performed a systematic review using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) guidelines [32] (Supplementary Material File S1). The review was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) CRD42021254377 (Supplementary Material File S2).

2.2. Criteria for Inclusion and Exclusion in the Review

We included randomized controlled trials (RCTs) in adults of both sexes undergoing ICU discharge. The studies included aimed to determine the effect of nursing empowerment interventions on patient wellbeing. Studies were included according to the population, intervention, comparison, and outcome (PICO) criteria (P: adults during ICU discharge; I: patient's empowerment interventions performed by nurses; C: no intervention; O: physical and mental health symptom, patient satisfaction, and readmission). Accordingly, all studies had at least one group of patients with a nursing empowerment intervention and another with usual care during ICU discharge. The nursing empowerment intervention was defined as information, behavioral instructions, and advice on the management of ICU discharge by verbal, written, audio, or video-taped means. Studies in groups of adults at ICU discharge were also included.

We included studies if they fulfilled the following criteria, (1) original research; (2) patients' admission to the ICU; (3) reported impact of the nursing intervention; (4) full text available, without language restriction. We excluded studies with patients under 18 years of age. In addition, all observational studies, editorials, letters to the editor, review articles, systematic review, and meta-analysis, in vivo, and in vitro studies were excluded.

The main outcome was nursing empowerment interventions developed for ICU discharge in ICU survivors. The secondary outcomes were the effects of the nursing interventions in this process.

2.3. Search Strategies and Data Resources

We reviewed four databases, including Embase, PubMed/MEDLINE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CUIDEN Plus, and LILACS. The search was conducted on 17 May 2021 and was completed by selecting additional publications from the reference sections of the articles included using the search terms (Table 1). The terms selected were combined using Boolean logical operators (or, and, not). All references were analyzed using Rayyan software (<http://rayyan.qcri.org> accessed on 10 July 2021) a web-based tool [33]. To ensure thoroughness, we subsequently performed a cited-reference search ("reverse search") for each article using Google Scholar and reviewed all results of each search.

Table 1. Terms of searching in the different databases and results obtained.

Database and Keywords Combinations	Articles
PUBMED	
((empowerment patient OR patient education OR patient information) AND (ICU discharge OR ICU transfer OR ICU transition) AND (nursing interventions) AND (adults))	214
EMBASE	
((empowerment AND patient OR patient) AND (education OR patient) AND information AND ("ICU discharge" OR ICU AND ("discharge"/exp OR discharge)) OR "ICU transfer" OR ICU AND ("transfer"/exp OR transfer)) OR "ICU transition" OR (ICU AND ("transition"/exp OR transition))) AND ("nursing interventions" OR ("nursing"/exp OR nursing) AND ("interventions"/exp OR interventions))) AND ("adults"/exp OR adults)	27
CINAHL	
((empowerment patient OR patient education OR patient information) AND (ICU discharge OR ICU transfer OR ICU transition) AND (nursing interventions) AND (adults))	2
Cochrane Library	
((empowerment patient OR patient education OR patient information) AND (ICU discharge OR ICU transfer OR ICU transition) AND (nursing interventions) AND (adults))	30
CUIDEN Plus	
((empowerment patient OR patient education OR patient information) AND (ICU discharge OR ICU transfer OR ICU transition) AND (nursing interventions) AND (adults))	1
LILACS	
((empowerment patient OR patient education OR patient information) AND (ICU discharge OR ICU transfer OR ICU transition) AND (nursing interventions) AND (adults))	0
TOTAL	274

2.4. Review and Study Selection

The review was performed independently by two investigators (CC and RTC) with experience in literature reviews. Primarily, it consisted of reviewing the titles and abstracts of all references retrieved by the database searches (CC and RTC). We searched all articles deemed potentially eligible by one or both reviewers. Secondly, the retrieved full texts were evaluated, and a decision on inclusion or exclusion was made according to the predefined selection criteria (CC and RTC). Any disagreements were resolved by a consensus, and a third reviewer was not necessary. Studies that did not fulfill the predefined criteria were excluded, and their bibliographic details were listed with the specific reason for exclusion.

2.5. Data Extraction and Data Synthesis

Two authors (CC and RTC) extracted the data independently and used standardized protocol and reporting forms in duplicate. The following information was extracted from each study included: design, population characteristics, nursing intervention, and results. If relevant data were not included in the article, the researchers searched for more information in the supplementary data, or the author was contacted to request the information.

Narrative methods of synthesis were used to synthesize the included studies. The outcomes were not sufficiently similar enough to perform a meta-analysis. Each study was summarized and described with regard to participants', characteristics of interventions, the instrument used, and critical outcome results, and this was checked by another reviewer (RTC). One table was created (Table 2).

2.6. Methodological Quality Assessment

The risk-of-bias of the studies included was assessed independently using the Cochrane risk-of-bias tool [34]. To minimize bias, studies were graded independently by two reviewers (RTC and YT) and discrepancies were resolved by a consensus, and a third reviewer was not necessary.

Table 2. Main characteristics of the studies included.

Author, Year, Country	Population	Groups (n)	Intervention	Instrument *	Findings/Results
Bench 2015 UK	158 patients (aged >18 years) in two ICUs in England.	CG 1 (59) CG 2 (48) EG (51)	There were three groups; EG received UCCDIP, comprising two booklets, one for the patient with a personalized discharge summary, and one for the family, given prior to discharge to the ward. CG 1 received the usual information and CG 2 received the booklet produced by the ICU steps.	HADS BCOPE PEI	There were no significant differences in psychological well-being measured using HADS, assessed at 5 ± 1 days post unit discharge and at 28 days/hospital discharge among the 3 groups. There were no differences in the other scales after intervention.
Kleinpell 2004 USA	100 patients (aged 65–95 years) in two ICUs of two Midwestern University medical centers.	CG (53) EG (47)	A DPQ was performed to assess discharge needs and define an early discharge planning nurse intervention with formal structured communication to the discharge planning nurse when the patient was transferred from the ICU.	Discharge Adequacy Rating Form SF-36	Patients in the EG were more ready for discharge, more likely to report they had adequate information, and less concerned about managing their care at home than patients in the CG. They also better understood their medicines and danger signals indicating potential complications.
Knowles 2009 UK	36 patients (aged 18–85 years) discharged to medical/surgical wards at Royal Bolton Hospital, Lancashire.	CG (18) EG (18)	ICU diary, containing daily information about their physical condition, procedures and treatments, events occurring on the unit, and significant events from outside the unit.	HADS	Patients in the EG displayed significant decreases in both anxiety and depression compared to CG.
Kuchi 2020 Iran	84 patients (18–65 years of age) with coronary artery disease admitted to post-CCU wards in Tehran hospital.	CG (42) EG (42)	An information and education-based empowerment program following five stages: 1. Motivating patient self-awareness. 2. Assessing causes of problems. 3. Setting goals. 4. Developing personal self-care plans. 5. Assessing achievement of goals.	SAQ Perception of Risk of Heart Disease Scale.	There were significant differences between the two groups in total score of perceived risk and its subscales. The intervention changed patients' attitudes toward risk-motivating behavior change and improving physical health.
Wade 2019 UK	1458 patients (>18 years of age) in 24 general ICUs in UK	CG (789) EG (669)	Nurse-led preventive psychological intervention for critically ill patients, comprising three phases: 1. Creating a therapeutic environment in ICU. 2. Three stress support sessions for patients screened as acutely stressed. 3. Relaxation and recovery program for patients screened as acutely stressed.	PTSD Symptom Scale-Self-Report. STAI-6. HrQoL	There were no significant differences in PTSD symptom severity at 6 months among groups. There were no differences in the other scales after intervention.

Table 2. Cont.

Author, Year, Country	Population	Groups (n)	Intervention	Instrument *	Findings/Results
Ramsay 2016 UK	240 patients (>18 years of age) in Edinburgh, Scotland	CG (120) EG (120)	A complex intervention aimed towards post-ICU rehabilitation delivered between ICU and hospital discharge by dedicated rehabilitation assistants (RAs) working together with existing ward-based clinical teams. The intervention comprised: enhanced physiotherapy nutritional care information provision case-management	PEQ HRQoL SF-12 HADS Davidson's Trauma Scale	The PEQ revealed significant differences between groups, suggesting greater patient satisfaction in the EG. Focus group data strongly supported and helped to explain these findings. There were no differences in the other scales after intervention.
Demircelik 2015 Turkey	100 patients, Turkish coronary ICU	CG (50) EG (50)	Multimedia nursing educational intervention.	HADS	There were significantly higher decreases in HADS scores in the EG.
Bloom 2019 USA	232 patients (≥ 18 years of age) at Vanderbilt University Hospital.	CG (121) EG (111)	Interdisciplinary ICU recovery program, comprising: inpatient visit by a nurse practitioner an informational pamphlet a 24/7 phone number for the recovery team an outpatient ICU recovery clinic visit with a critical care physician, nurse practitioner, pharmacist, psychologist, and case manager	Death and readmission rate	Hospital readmission after discharge at 7 days (3.6% vs. 11.6%) and 30 days (14.4% vs. 21.5%), median time to readmission (21.5 (IQR 11.5–26.2) vs. 7 (4–21.2) days) and the composite outcome of death or readmission within 30 days of hospital discharge (18% vs. 29.8%) were significantly better in the ICU recovery program group than in the usual care group.

* Instrument used to assess the impact of the intervention. Abbreviations: BCOPE: Brief Coping Orientations to Problems Experienced, CG: Control group, DPQ: Discharge Planning Questionnaire, EG: Experimental group, HADS: Hospital Anxiety and Depression Score, HrQoL: Health-related Quality of Life, ICU: Intensive Critical Unit, ICU steps: Intensive care guide for patients and relatives, IQR: Interquartile range, SAQ: Seattle Angina Questionnaire, PEI: Patient Enablement Instrument; PEQ: patient experience questionnaire, PTSD: Post Traumatic Stress Disorder, SF-12: Short Form 12 Health Survey, STAI-6: State Trait Anxiety Inventory 6-item version, UCCDIP: User-Centered Critical Care Discharge Information Program, UK: United Kingdom.

3. Results

3.1. Study Selection

The flow chart of the study selection process is shown in Figure 1. The initial search found that 274 references and 259 studies remained after removing duplicates. After abstract and title screening, 238 studies were excluded. Twenty-one full texts remained, which were assessed for eligibility, leading to the exclusion of 13 studies due to wrong study design ($n = 7$), wrong population ($n = 4$), and wrong outcome ($n = 2$). Eight articles were finally included [35–42]. Therefore, the intervention of the third reviewer was not necessary. The reverse search did not return any additional references.

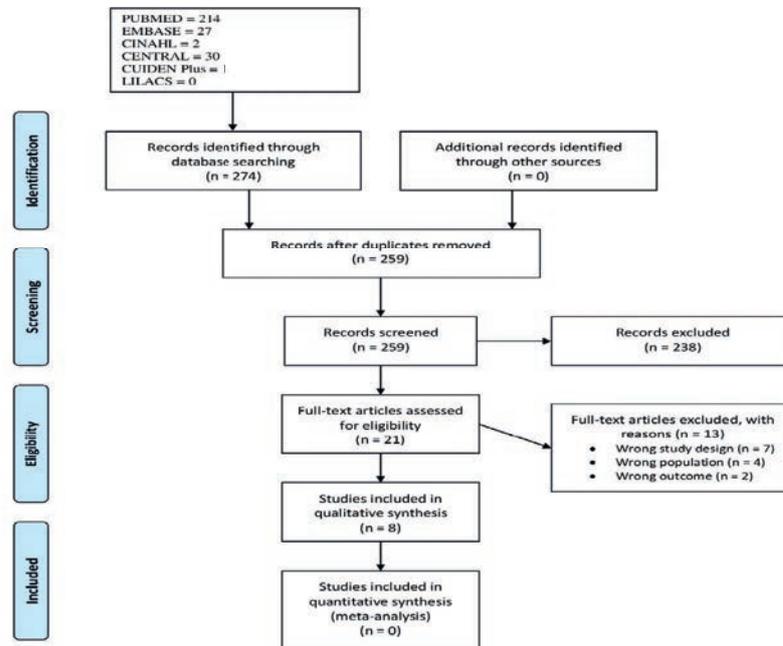


Figure 1. PRISMA Flowchart.

3.2. Characteristics of the Included Studies

Four studies were conducted in England [35,37,39,42], two in the USA [36,41], one in Iran [38], and one in Turkey [40]. Individual study characteristics, including the study design, sample and setting, interventions, and outcomes, are summarized in Table 2.

3.3. Participants

In total, 2408 patients were enrolled in the included studies. The sample size ranged from 36 [37] to 1458 [39], and 1108 (46%) of patients received the nursing intervention. The patients' age included in the studies ranged between 54.6 ± 7.9 [38] and 60.4 ± 15.0 [39] in the nursing intervention group. A summary of patient characteristics is shown in Table 2.

3.4. Risk-of-Bias Assessment

There were wide variations in bias in all articles included. The randomization method and allocation concealment were adequate in most trials. In one of the eight trials, participants were blinded to the treatment allocation [37], and in two studies, there was a blinded outcome assessor [35,42]. Most trials, however, lacked blinding of participants, personnel, or outcome assessment (Figure 2). However, close to half of the authors provided insufficient information to assess whether a critical risk of bias existed for other sources of bias. Therefore, the intervention of the third reviewer was not necessary. The results of the quality assessment are shown in Figure 3.



Figure 2. Risk of bias assessment summary.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Bench 2015	+	+	-	+	+	+	?
Bloom 2019	+	+	-	?	+	+	-
Demircelik 2016	?	?	?	?	+	?	-
Kleinpell 2004	+	?	?	?	+	?	?
Knowles 2009	+	?	+	?	+	?	-
Kuchi 2020	+	+	-	?	+	+	+
Ramsay 2016	+	+	-	+	+	+	?
Wade 2019	+	+	-	?	+	+	-

Figure 3. Quality assessment of studies included.

3.5. Main Findings

3.5.1. Primary Outcome

Various nursing interventions were made in the studies selected:

- Information/education interventions. Three RCTs included information skills training programs or educational programs [35,37,40] for patients and family and one “magic empowerment program” with information and education [38] only for patients.
- Discharge planning. One study assessed discharge needs and defined early discharge planning [36].
- ICU recovery/therapeutic environment and complex interventions. Three studies included a change in routine by the nurse-led preventive psychological intervention for critically ill patients [39], with hospital rehabilitation, comprising enhanced physiotherapy, nutritional care and information provision, case-management by a ward-based clinical team [42], and an interdisciplinary recovery program with a nurse practitioner and case manager [41].

3.5.2. Secondary Outcomes

- Anxiety and depression: Knowles et al. (2009) [37] found that a diary with daily information about patient health reduced anxiety and depression in the experimental group. In the same line, Kuchi et al. (2020) demonstrated changes in patient attitudes toward risk-motivated behavior, and they improved physical health with information and education. Demircelik et al. (2015) found less anxiety and depression in patients receiving nursing education through multimedia intervention
- Post-traumatic stress disorder: Wade et al. (2019) [39] performed an RCT in 1458 adults post ICU and found no significant differences in PTSD symptom severity at six months among groups.
- Perceived risk score: Kuchi et al., (2020) [38] in 84 cardiovascular patients, found significant differences between the intervention and control group in the total score of perceived risk and its subscales.
- Patient satisfaction: Ramsay et al. (2016) [42] assessed the patient satisfaction with the PEQ and revealed significant differences between groups suggesting greater patient satisfaction in the EG.
- Hospital readmission: Bloom et al. (2019) [41] found that after discharge, at seven days, the readmission rate was 3.6% and 11.6%, in the intervention and control group, respectively. At 30 days, the readmission rate was 14.4% vs. 21.5% in the intervention and control groups, respectively.

4. Discussion

We aimed to study nursing interventions based on patient empowerment during ICU discharge and analyze their effects. To the best of our knowledge, this study is the first to systematically review empowerment interventions in patients during ICU discharge.

Few studies to date have analyzed the impact of information and education on patients during their ICU stay and discharge, and most have limitations in the design, sample, and lack of randomization [43]. Patient empowerment studies in other fields have shown that nursing interventions improve patient stress, anxiety, and depression [44,45] (Figure 4). Patients’ emotional states should be evaluated to determine where, how, and when to intervene and ensure that the patient is emotionally prepared for the change between the ICU and the general ward. Situational control is one of the main goals of patient empowerment in this stage [21,23,46]. Patients admitted to the ICU usually feel that they have lost control of their lives, especially those with severe conditions who require sedation and mechanical ventilation, making them totally dependent and unable to decide. Faced with this situation, patients have to adapt to being dependent on others and accept how they carry out procedures, which results in a loss of control of the situation and feelings of helplessness. In addition, complications and slow recovery are, in turn, the cause of delays in transfer to the general ward, increasing daily the feeling of lack of control of the situation.

Meleis et al. (2000) found that preparation and knowledge make it easier to empower people for their transition, while a lack of preparation acts as an inhibitor [47]. Therefore, it is necessary to create an environment in which returning control of the situation to the patient is prioritized and in which nurses are responsible for ensuring that patients can receive knowledge according to their expectations [48,49].



Figure 4. Main findings of patient empowerment strategies performed by nurses.

In four out of eight studies, the main intervention was information and education for patients and relatives [37,38,40,50]. Various studies have demonstrated the importance of these issues [7,43] and have shown that, when they are lacking, it is more difficult for patients to participate actively during the transition [51].

Four of the evaluated studies explored the impact over patients' emotional well-being [35,37,38,40]. Knowles et al. (2009) found that a diary with daily information about patient health was beneficial. However, Bench and Day (2015) did not find that written and verbal information during discharge improved patients' emotional state, specifically anxiety and depression. This may be due, at least partly, to the late intervention; better results might have been achieved if it had been administered early, which could have helped patients to have a more informed perspective.

Other interventions in the review described the determination of patient needs through questionnaires, followed by development of an individualized recovery, and a discharge plan of care with nurse interventions specifically aimed at these needs. Constant evaluation of the needs of patients admitted to the ICU during their stay and transfer to the general ward is necessary to generate an updated and structured care plan that helps ensure the continuity of care, even though drawing up these plans takes time. Kleinpell et al. (2004) demonstrated that such an intervention was associated with patients being better prepared for both ICU and hospital discharge.

Complex interventions addressed towards patient recovery have demonstrated greater patient satisfaction [42] and reduced rates of ICU readmission and mortality [41]. However, Wade et al. (2019) found that nurse-led interventions were not associated with a decrease in PTSD after ICU discharge [39]. Therefore, it is necessary to improve the evaluation and measurement of the effectiveness of these nursing interventions to determine their real benefits and how they could contribute to positive results during ICU discharge.

The evaluation and follow-up of patients during ICU discharge by an advanced practice nurse in a multidisciplinary team was another of the interventions studied. This role appeared in three studies, with two different denominations, including nurse-led [39] and case management [41,42]. Although advanced practice nurses were introduced more than two decades ago as part of the multidisciplinary teams to care for patients with complex needs, they have only been involved in ICU discharge in the last few years. These new roles represent an opportunity to help patients and families regain their sense of control and to cope with the new situation outside the ICU environment.

In the studies included in this review, the term patient empowerment was not explicitly used, but concepts related to empowerment were studied. This result was also found in another systematic review related to empowerment in online communities [50] where 30% of the studies did not use the term empowerment for the intervention. This may be because, despite the various existing definitions of empowerment, the elements that intervene in the concept of power/empowerment and that include control, psychological coping, legitimacy, support, knowledge, and participation, as well as highlight the need for patient empowerment researchers to broaden their perspectives from individual to structural aspects of power and empowerment [51]. In another review of the empowerment concept, the authors proposed that improving the patient's empowerment would be necessary [Formatting Citation]. In this sense, to change the conceptual and operational ways of considering patient empowerment only as individual and interpersonal elements, but rather patients need a high level of self-efficacy and control of the health situation, and we must integrate the concept of autonomy and the perceived capacity of the patient [52].

Finally, the main contribution of this systematic review is the proposal of nursing interventions to apply the empowerment of the patient during the transition from the ICU. Future studies with designs using rigorous methodologies will increase the quality and credibility of these interventions. Therefore, it is necessary to improve the evaluation and measurement of the effectiveness of these nursing interventions to determine their real benefits and how they could contribute to positive results during ICU discharge.

4.1. Applicability of the Findings to the Review Question

Most interventions in this review were carried out by nurses to help ICU survivors. Nurses, when appropriately informed and educated, can apply empowerment interventions to improve the transition from the ICU to the general ward. Our results show the impact on patient empowerment during ICU discharge, with important clinical implications. It is important to detect psychological adverse effects in ICU discharge patients. We suggest that a routine evaluation of anxiety and depression in ICU patients at discharge should be mandatory, as it will permit to carry out a specific intervention to whom they will benefit and assess how beneficial it would be.

However, the concept of empowerment introduced into health should be assimilated and understood by ICU nurses to use it as such and intervene in the patient. In addition, patient dependence on care and needs are not conditions those nurses must automatically and equally assume for all patients transitioning from the ICU to the general ward. Each situation should be evaluated, and each patient's responses and expectations should be considered individually to ensure adequate care for their needs, taking decision-making and preferences into account. Likewise, the care provided by nurses on the general ward would be much easier if patients had more control of the situation and if they were informed of the changes between the ICU and the general ward [48].

4.2. Strengths of the Review

Our systematic review has some strength. We conducted a comprehensive search of the literature, including full-text publications, without language restrictions or filters in the search strategy. Although we included studies published between 2000 and May 2021, it is unlikely that previous relevant trials were missed. The process of the systematic review was rigorous, and all the reviewing authors were appropriately trained and have experience in reviewing manuscripts.

4.3. Limitations of the Review

This study has some limitations. The literature review included only articles that had the words "patient" and "empowerment" and "ICU discharge" in the title or abstract and may therefore have excluded some reported interventions on patient empowerment.

5. Conclusions

Various nursing interventions during ICU discharge that focused on empowerment were carried out in the studies selected, and this included information, determination of the discharge needs and outcomes of critically ill patients, nursing care plans and assessment, and follow-up by advanced practice nurse. In almost all the studies analyzed, the main intervention was information and education of patients and families. Most of them were associated with benefits from the perspective of controlling the situation and improving negative emotional effects.

Practice Implications

Nursing interventions using patient empowerment may have positive effects during ICU discharge. This review may help other projects in a similar context to implement new nursing interventions to empower the patient during ICU discharge. In particular, it is important to identify the nursing intervention to contribute to patient empowerment in critical care and, especially, to assess its impact on the different patient dimensions and outcomes.

Future research should focus on the most effective methods of information, education, and patient empowerment during ICU discharge. It would also be useful to conduct more research on interventions that aim to reduce negative effects following transfer, such as structured teaching and information programs. Further research on what the transfer experience means to critical care patients and what effects it has in the immediate post-transfer period is also required. A combination of qualitative and quantitative measures may be needed to evaluate the effect of nursing interventions on patient outcomes.

Supplementary Materials: The following are available online at <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph182111049/s1>, File S1: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews; PRISMA checklist, File S2: Systematic review registration: International Prospective Register of Systematic Reviews PROSPERO 2021 CRD42021254377.

Author Contributions: C.C. and R.T.-C.: responsible for the protocol, conceptualization, formal analysis, methodology, reviewing procedure and data extraction, writing—original draft, writing—review and editing. Y.T.: reviewing procedure and data extraction, writing—original draft, writing—review and editing. P.C.: resolve disagreements between C.C. and R.T.-C., conceptualization, writing—original draft, writing—review and editing. I.M. and P.M.-R.: formal analysis, methodology, writing—review and editing. M.R.-G., M.A.M.-M.: writing—review and editing. G.M.-E.: funding acquisition. P.D.-H. and P.C.: conceptualization, formal analysis, methodology, supervision, writing—original draft, writing—review and editing. All authors provided critical revision of the protocol and final manuscript. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by Nursing and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants; grant number PR-248/2017.

Institutional Review Board Statement: Not applicable as we only reviewed published studies.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Acknowledgments: Not applicable.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

References

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares y Recomendaciones para las Unidades de Cuidados Intensivos. 2010. Available online: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> (accessed on 25 January 2021).
2. Nicolás, J.M.; Ruiz, J.; Jiménez, X.; Net, A. *Enfermo Crítico y Emergencias*, 11th ed.; Elsevier: Barcelona, Spain, 2011.
3. Zimmerman, M.; Warschawsky, S. Teoría del empoderamiento para la investigación en rehabilitación: Cuestiones conceptuales y metodológicas. *Psicol. Rehabil.* **1998**, *43*, 3–16. [[CrossRef](#)]

4. Goh, K.J.; Wong, J.; Tien, J.-C.C.; Ng, S.Y.; Wen, S.D.; Phua, G.C.; Leong, C.K.-L. Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: Practical considerations and strategies. *Crit. Care* **2020**, *24*, 1–12. [[CrossRef](#)]
5. de Grood, C.; Leigh, J.P.; Bagshaw, S.M.; Dodek, P.M.; Fowler, R.A.; Forster, A.J.; Boyd, J.M.; Stelfox, H.T. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: A multicentre qualitative study. *CMAJ* **2018**, *190*, 669–676. [[CrossRef](#)]
6. Häggström, M.; Bäckström, B. Organizing Safe Transitions from Intensive Care. *Nurs. Res. Pract.* **2014**, *2014*, 11. [[CrossRef](#)]
7. Calatayud, M.V.; Portillo, M.C. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: Una revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva*. **2013**, *24*, 72–88. [[CrossRef](#)]
8. Aujoulat, I.; Luminet, O.; Deccache, A. The Perspective of Patients on Their Experience of Powerlessness. *Qual. Health Res.* **2007**, *17*, 772–785. [[CrossRef](#)]
9. Harvey, M.A.; Davidson, J.E. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now ... and Later. *Crit. Care Med.* **2016**, *44*, 381–385. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
10. Davidson, J.E.; Harvey, M.A.; Bemis-Dougherty, A.; Smith, J.M.; Hopkins, R.O. Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and Promoting Patient Mobility to Prevent Post-Intensive Care Syndrome. *Crit. Care Med.* **2013**, *41* (Suppl. 1), S136–S145. [[CrossRef](#)]
11. Davidson, J.E.; Harvey, M.A. Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it. *Am. Nurse Today* **2013**, *8*, 32–38.
12. Häggström, M.; Asplund, K.; Kristiansen, L. Important quality aspects in the transfer process. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2014**, *27*, 123–139. [[CrossRef](#)]
13. Alberto, L.; Gillespie, B.; Green, A.; Martínez, M.D.C.; Cañete, A.; Zotarez, H.; Díaz, C.A.; Enriquez, M.; Gerónimo, M.; Chaboyer, W. Activities undertaken by Intensive Care Unit Liaison Nurses in Argentina. *Aust. Crit. Care* **2017**, *30*, 74–78. [[CrossRef](#)]
14. Elliott, S.; Chaboyer, W.; Ernest, D.; Doric, A.; Endacott, R. A national survey of Australian Intensive Care Unit (ICU) Liaison Nurse (LN) services. *Aust. Crit. Care* **2012**, *25*, 253–262. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Christensen, M.; Hewitt-Taylor, J. Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? *Intensiv. Crit. Care Nurs.* **2007**, *23*, 156–161. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Bravo, P.; Edwards, A.; Barr, P.J.; Scholl, I.; Elwyn, G.; McAllister, M. Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Serv. Res.* **2015**, *15*, 1–14. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Funnell, M.M.; Anderson, R.M.; Arnold, M.S.; Barr, P.A.; Donnelly, M.; Johnson, P.D.; Taylor-Moon, D.; White, N.H. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *Diabetes Educ.* **1991**, *17*, 37–41. [[CrossRef](#)]
18. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. *J. Adv. Nurs.* **1991**, *16*, 354–361. [[CrossRef](#)]
19. Castro, E.M.; Van Regenmortel, T.; Vanhaecht, K.; Sermeus, W.; Van Hecke, A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ. Couns.* **2016**, *99*, 1923–1939. [[CrossRef](#)]
20. Aujoulat, I.; D’Hoore, W.; Deccache, A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ. Couns.* **2007**, *66*, 13–20. [[CrossRef](#)]
21. Leino-Kilpi, H.; Johansson, K.; Heikkinen, K.; Kaljonen, A.; Virtanen, H.; Salanterä, S. Patient Education and Health-related Quality of Life. *J. Nurs. Care Qual.* **2005**, *20*, 307–316. [[CrossRef](#)]
22. Cutler, L.R.; Hayter, M.; Ryan, T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensiv. Crit. Care Nurs.* **2013**, *29*, 147–157. [[CrossRef](#)]
23. Wählin, I. Empowerment in critical care—a concept analysis. *Scand. J. Caring Sci.* **2016**, *31*, 164–174. [[CrossRef](#)]
24. Lambrinou, E.; Hansen, T.B.; Beulens, J.W. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *Eur. J. Prev. Cardiol.* **2019**, *26*, 55–63. [[CrossRef](#)]
25. Jørgensen, C.R.; Thomsen, T.G.; Ross, L.; Dietz, S.M.; Therkildsen, S.; Groenvold, M.; Rasmussen, C.L.; Johnsen, A.T. What Facilitates “Patient Empowerment” in Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review of the Literature. *Qual. Health Res.* **2017**, *28*, 292–304. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Ryhänen, A.M.; Rankinen, S.; Siekkinen, M.; Saarinen, M.; Korvenranta, H.; Leino-Kilpi, H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients’ knowledge: A randomised control trial. *Patient Educ. Couns.* **2012**, *88*, 224–231. [[CrossRef](#)]
27. Sakellari, E.; Sourander, A.; Kalokerinou-Anagnostopoulou, A.; Leino-Kilpi, H. The impact of an educational mental health intervention on adolescents’ perceptions of mental illness. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2014**, *21*, 635–641. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Heikkinen, K.; Suomi, R.; Jääskeläinen, M.; Kaljonen, A.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S. The creation and evaluation of an ambulatory orthopaedic surgical patient education website to support empowerment. *Comput. Inform. Nurs.* **2011**, *28*, 282–290. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
29. Schumacher, K.L.; Meleis, A.L. Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image J. Nurs. Sch.* **1994**, *26*, 119–127. [[CrossRef](#)]
30. Whittaker, J.; Ball, C. Discharge from intensive care: A view from the ward. *Intensiv. Crit. Care Nurs.* **2000**, *16*, 135–143. [[CrossRef](#)]
31. Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann. Intern. Med.* **2009**, *151*, 264–269. [[CrossRef](#)]
32. Ouzzani, M.; Hammady, H.; Fedorowicz, Z.; Elmagarmid, A. Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Syst. Rev.* **2016**, *5*, 1–10. [[CrossRef](#)]

33. Higgins, J.P.T.; Thomas, J.; Chandler, J.; Cumpston, M.; Li, T.; Page, M.J.; Welch, V.A. (Eds.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6.0*; John Wiley & Sons: Chichester, UK, 2019.
34. Bench, S.; Day, T.; Heelas, K.; Hopkins, P.; White, C.; Griffiths, P. Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: A pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* **2015**, *5*, e006852. [[CrossRef](#)]
35. Kleinpell, R. Randomized trial of an intensive care unit-based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. *Am. J. Crit. Care* **2004**, *13*, 335–345. [[CrossRef](#)]
36. Knowles, R.E.; Tarriner, N. Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial. *Crit. Care Med.* **2009**, *37*, 184–191. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Kuchi, Z.G.; Zakerimoghaddam, M.; Esmaili, M.; Geraiely, B. The Effect of an Empowerment Program on the Perceived Risk and Physical Health of Patients With Coronary Artery Disease. *Holist. Nurs. Pract.* **2020**, *34*, 163–170. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
38. Wade, D.M.; Mouncey, P.R.; Richards-Belle, A.; Wulff, J.; Harrison, D.A.; Sadique, M.Z.; Grieve, R.D.; Emerson, L.M.; Mason, A.J.; Aaronovitch, D.; et al. Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder among Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA J. Am. Med. Assoc.* **2019**, *321*, E1–E11. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Demircelik, M.B.; Cakmak, M.; Nazli, Y.; Şentepe, E.; Yigit, D.; Keklik, M.; Arslan, M.; Cetin, M.; Eryonucu, B. Effects of multimedia nursing education on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit. *Appl. Nurs. Res.* **2016**, *29*, 5–8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Bloom, S.L.; Stollings, J.L.; Kirkpatrick, O.; Wang, L.; Byrne, D.W.; Sevin, C.M.; Semler, M.W. Randomized Clinical Trial of an ICU Recovery Pilot Program for Survivors of Critical Illness. *Crit. Care Med.* **2019**, *47*, 1337–1345. [[CrossRef](#)]
41. Ramsay, P.; Huby, G.; Merriweather, J.; Salisbury, L.; Rattray, J.; Griffith, D.; Walsh, T. 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*, e012041. [[CrossRef](#)]
42. Lewis, S.R.; Pritchard, M.W.; Schofield-Robinson, O.J.; Evans, D.J.; Alderson, P.; Smith, A.F. Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2018**, CD012471. [[CrossRef](#)]
43. Etemadifar, S.; Heidari, M.; Jivad, N.; Masoudi, R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* **2018**, *88*, 106–112. [[CrossRef](#)]
44. Yang, C.-L.; Tan, Y.-H.; Jiang, X.-X.; Meng, F.-Y.; Wu, Y.-L.; Chen, Q.-L.; Ma, L.-L.; Wang, L.-X. Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: A randomized and open-label study. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* **2012**, *11*, 284–288. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Wählin, I.; Samuelsson, P.; Ågren, S. What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met?—An empowerment questionnaire survey. *J. Crit. Care* **2017**, *40*, 83–90. [[CrossRef](#)]
46. Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E.-O.; Messias, D.K.H.; Schumacher, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv. Nurs. Sci.* **2000**, *23*, 12–28. [[CrossRef](#)]
47. Heikkinen, K.; Leino-Kilpi, H.; Hiltunen, A.; Johansson, K.; Kaljonen, A.; Rankinen, S.; Virtanen, H.; Salanterä, S. Ambulatory orthopedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *J. Adv. Nurs.* **2007**, *60*, 270–278. [[CrossRef](#)]
48. Leino-Kilpi, H.; Luoto, E.; Katajisto, J. Elements of Empowerment and MS Patients. *J. Neurosci. Nurs.* **1998**, *30*, 116–123. [[CrossRef](#)]
49. Bucknall, T.K.; Hutchinson, A.M.; Botti, M.; McTier, L.; Rawson, H.; Hitch, D.; Hewitt, N.; Digby, R.; Fossum, M.; McMurray, A.; et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: An integrative review. *Patient Educ. Couns.* **2020**, *103*, 1104–1117. [[CrossRef](#)]
50. Johansson, V.; Isliind, A.S.; Lindroth, T.; Angenete, E.; Gellerstedt, M. Online Communities as a Driver for Patient Empowerment: Systematic Review. *J. Med. Internet Res.* **2021**, *23*, e19910. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Agner, J.; Braun, K.L. Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Educ. Couns.* **2018**, *101*, 2054–2064. [[CrossRef](#)]
52. Náfrádi, L.; Nakamoto, K.; Schulz, P.J. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0186458. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

4. Teoría de las Transiciones y Empoderamiento: una alternativa para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos

En revisión

Enviado a **Enfermería Intensiva**

SCImago Journal Rank (SJR) 2020. Impact Factor: 0.239

Teoría de las Transiciones y Empoderamiento: una alternativa para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos

Resumen

Objetivos: 1) Reconocer los principales conceptos de la Teoría de las Transiciones de Enfermería de Afaf Meleis en la experiencia vivida del paciente durante la transición de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización; y 2) Identificar la terapéutica enfermera para facilitar la transición de los pacientes desde la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización.

Metodología: Los hallazgos de un estudio cualitativo descriptivo de las experiencias de los pacientes durante la transición de la unidad de cuidados intensivos, se volvieron a analizar en relación con los dominios de la Teoría de las Transiciones de Enfermería de Afaf Meleis. Los datos para el estudio original se generaron de 48 entrevistas cualitativas de pacientes que habían sobrevivido a una enfermedad crítica en 3 hospitales universitarios de nivel terciario.

Resultados: Los dominios de la Teoría de la Transición de Enfermería fueron respaldados por los hallazgos encontrados: 1) naturaleza de las transiciones, 2) condiciones de las transiciones, 3) patrones de respuesta y 4) la terapéutica enfermera. La terapéutica enfermera debería incluir información, educación, fomentar la autonomía del paciente y apoyo psicológico y emocional; estos conceptos se encuentran descritos dentro del empoderamiento.

Conclusiones: La Teoría de las Transiciones como marco teórico, ayuda a comprender la experiencia de los pacientes durante la transición de la unidad de cuidados intensivos. La terapéutica enfermera de empoderamiento, integra las dimensiones dirigidas a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes durante la transición de la unidad de cuidados intensivos.

Introducción

La Teoría de las Transiciones nos ofrece una perspectiva holística de la persona que experimenta una transición en su vida (1) y describe cuatro conceptos principales de las transiciones: la naturaleza de las transiciones, las condiciones de la transición, los patrones de respuesta y la terapéutica enfermera (2,3). La naturaleza de las transiciones incluye los tipos, patrones y las propiedades que caracteriza una transición, las condiciones de las transiciones son circunstancias que facilitan o impiden el logro de una transición saludable, los patrones de respuesta de los pacientes se conceptualizan como indicadores de proceso y resultado y la terapéutica enfermera constituye las intervenciones enfermeras aplicables durante las transiciones (2,3).

La transición es un proceso de paso desde una fase de la vida, condición, o estatus, hacia otra, durante la cual los cambios en el estado de salud, la relación de roles, las expectativas y habilidades provocan un periodo de vulnerabilidad en las personas (2). La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, a una recuperación problemática o larga, o a un afrontamiento nocivo (3). La transición de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a otro nivel de cuidados puede producir en los pacientes un periodo de vulnerabilidad (4–6). Esta circunstancia dará origen a diversos patrones de respuesta de los pacientes mediante comportamientos observables o no observables (4) como las alteraciones emocionales, ansiedad y depresión (7) motivado por la sensación de abandono (8), inseguridad (Chaboyer, James, &

Kendall, 2005). y vulnerabilidad (9). Por otro lado, la incertidumbre también puede desencadenar comportamientos en el paciente, ocasionado por el desconocimiento y confusión sobre el significado del entorno (10), sobre el significado de la salud (11–13) o cuando un evento no se puede definir o categorizar adecuadamente debido a la falta de información (14). La falta de información es un factor que influye durante la transición de la UCI (15–17). La literatura también identifica a la sensación de pérdida de control, como otra causa que influye en el comportamiento de los pacientes. El paciente en la UCI tiene la sensación de estar atrapado en una situación que amenaza la vida en la que el sistema de cuidados asume el control de su propia vida (18).

El papel de la enfermera en situaciones de transición es fundamental para la calidad de los cuidados y el empoderamiento de las personas que están en esta situación de fragilidad. El empoderamiento, es un proceso en el que los profesionales utilizan sus conocimientos para proporcionar a los pacientes las habilidades, los recursos, las oportunidades, el poder, necesarios para cambiar su propio estado o circunstancias (19) y desarrollar habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones de forma independiente (20). Existe varias definiciones del empoderamiento (21–25), y se ha ido adaptando cada vez más a la investigación en enfermería, incluso algunas definiciones se han convertido casi en sinónimo del concepto del cuidado enfermero (26). Las investigaciones han concluido que el empoderamiento en los pacientes mejora el bienestar (27), disminuye la ansiedad y la depresión (28), mejora el autocuidado (29) y la calidad de vida (30,31). Asimismo, los beneficios del empoderamiento en los pacientes de la UCI se ha relacionado con un menor nivel de angustia y tensión, mayor sentido de coherencia y control sobre la situación, desarrollo y crecimiento personal, y mayor comodidad y satisfacción (32).

Diversas transiciones experimentadas en la vida de las personas han sido analizadas recientemente en base a la Teoría de las Transiciones y se han focalizado en el proceso de divorcio (1), la inmigración (33), la maternidad (34), la transición de la UCI neonatal (35), la menopausia (36), transición del rol enfermero (37) o de personas mayores en residencias (38). Sin embargo, pocos estudios (39) se han centrado en analizar la experiencia de la transición de la UCI de los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica, desde la Teoría de las Transiciones. Este estudio presenta un marco integral que reconoce la importancia de la transición de la UCI, identifica las principales características y propone al empoderamiento como una alternativa a la terapéutica enfermera.

Objetivo

- 1) Reconocer los principales conceptos de la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis en la experiencia vivida del paciente durante la transición de la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización.
- 2) Identificar la terapéutica enfermera que facilita la transición de los pacientes desde la unidad de cuidados intensivos a la sala de hospitalización.

Metodología

Diseño

Se ha utilizado el método de análisis secundario (AS) de datos cualitativos (40). Este método de investigación tiene como objetivo el estudio de un fenómeno a partir de los datos recogidos en un estudio previo, proporcionando, por tanto, respuestas a preguntas de investigación adicionales, aquellas que no se han desarrollado en el primer estudio (40–43). Entre las diferentes tipologías de AS, se ha optado por la de expansión analítica que tiene como objetivo reinterpretar los datos recopilados por el mismo investigador que realizó el primer estudio

para responder a nuevas preguntas de investigación (42,43) que en este estudio están relacionadas con el análisis de las dimensiones propuestas por la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis para profundizar en las experiencias vividas de los pacientes que sobrevivieron a una enfermedad crítica (44).

Ámbito

El estudio se desarrolló en 3 UCI de tres hospitales universitarios de tercer nivel del área metropolitana de Barcelona: Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, UCI de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron y la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge. Con un total de 28 camas de UCI y una ratio enfermera/paciente de 1:2.

Participantes

Pacientes que ingresaron en las diferentes UCI a partir de septiembre de 2016 hasta enero de 2017. Los participantes del estudio fueron pacientes mayores de 18 años, con más de 48h de estancia en la UCI, que hablasen español o catalán y con capacidad para realizar una entrevista personal y completar y contestar los instrumentos de medida y el consentimiento informado. No se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico previo al ingreso en la UCI de patología mental.

Recogida de datos

Se realizaron entrevistas en profundidad (45), desde los 2 días hasta 7 días después del alta de la UCI en la sala de destino. Las entrevistas tuvieron una duración de 30 a 60 minutos y fueron realizadas por las enfermeras investigadoras que no habían atendido al paciente durante su estancia en la UCI. Todas las entrevistas fueron grabadas sólo en audio para garantizar que no se perdiera ningún comentario y facilitar el posterior análisis. Además, se utilizó el diario de campo del investigador en el que se hicieron anotaciones de sucesos importantes ocurridos durante la entrevista, que luego sirvieron como apoyo para el análisis (46). Posteriormente las entrevistas se transcribieron textualmente por cada una de las enfermeras investigadoras de cada UCI y se introdujeron en un programa de software de análisis de datos cualitativos (NVivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 11, 2015). Finalmente, el número total de participantes se determinó de manera progresiva por el criterio de saturación de la información (47).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis de contenido (46,48). Las entrevistas fueron analizadas por dos enfermeras investigadoras. Se dividió el texto en unidades de significado que se resumieron. Las unidades de significado se etiquetaron con un código. Los códigos se ordenaron en subcategorías, las subcategorías similares formaron categorías.

El AS de los datos se centró en analizar las dimensiones de la transición de la UCI en base a la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis.

Rigor

Se aplicaron los criterios de credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad de Lincoln y Guba (49). Para aumentar la representatividad, credibilidad y transferibilidad de los resultados, se incluyeron pacientes con diferentes perfiles definidos al inicio del estudio (44).

Resultados

Se realizaron 48 entrevistas y se identificaron las siguientes dimensiones de la Teoría de las Transiciones, durante la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización: 1) naturaleza de las transiciones, 2) condiciones de las transiciones, 3) patrones de respuesta y

4) la terapéutica enfermera (Figura 1). En este estudio se plantean las 3 primeras dimensiones extraído del análisis de las vivencias de los pacientes y manifestado por los propios pacientes. En la última dimensión se aborda las implicaciones de la terapéutica enfermera desde el punto de vista de los autores del estudio teniendo en cuenta las necesidades manifestadas por los pacientes.

Naturaleza de las transiciones

Según la Teoría de la Transiciones, durante la transición de la UCI, los pacientes experimentaron: una transición de tipo situacional y organizativa. Situacional, experimentado por la transición de salud-enfermedad desde la admisión a la UCI; el diagnóstico de salud crítico, el proceso de recuperación y rehabilitación y alta de la UCI a otro nivel de cuidados. Organizativa: por la transición entre dos unidades. Además, experimentaron una transición múltiple por la transición de la gravedad a la recuperación en la UCI y por la transición de la UCI a la sala; y compleja. Los pacientes son trasladados desde un nivel de cuidados con muchos recursos (UCI), el cual dispone de la más alta tecnología para la monitorización y vigilancia, con una ratio de 1 enfermera para 2 pacientes; a un nivel de cuidados con menos recursos. En relación con la transición entre las dos unidades los pacientes expresaron una sensación de seguridad en la UCI, y una sensación de abandono en la sala de hospitalización durante la transición de la UCI a la sala.

“Tampoco me podían acompañar y quedarse conmigo o venir cada día. Para mí hubiera sido más fácil, pero no puede ser eso, porque allí hay gente que está muy mal. No sé el hecho de irme ya fue horroroso. Dejarlos a ellos y dejar la seguridad; pero entiendo que no pueden hacer otra cosa” (participante 10).

Referente a las propiedades de la transición, se identificaron los siguientes conceptos:

Consciencia: Cuando el paciente ha superado el motivo agudo de ingreso en la UCI y se encuentra en periodo de recuperación y transición a otro nivel de cuidados, el paciente es consciente y manifiesta los cambios emocionales y las preocupaciones de la situación percibida durante la transición.

“Estoy un poco preocupado porque no sé cómo será allí, si voy a estar en una habitación un poco como la UCI, no sé si tendrán un tipo de sala, no con tanta vigilancia. Estoy un poco nervioso porque no sé a dónde voy y dónde me pondrán. Y además veo que me tienen que ayudar mucho y eso me hace estar más nervioso” (participante 27).

Compromiso: Los pacientes al ser conscientes que tienen que ser trasladados a otro nivel de cuidados, intentan comprometerse en la medida de sus posibilidades para realizar la transición a la sala de hospitalización.

“Una vez estaba bien y me comunicaron que podía ir a la planta fue como decir vale ahora ya no estoy en el sitio que me toca, sino que me toca ir a otro sitio que ya no necesito estar tan controlada y que ya puedo avanzar un poquito más” (participante 26).

Los cambios y diferencias: Los pacientes son conscientes de los cambios y expresaron sus expectativas personales y manifestaron preocupación por la continuidad de su cuidado y por la falta de información.

“Yo que no he estado nunca ingresada, en otros casos no hace tanta falta a lo mejor; pero sí explicar un poco que pasar a planta no es como estar allí arriba porque igual que allí, hubo una enfermera también que me dijo: “allí es mejor, te podrás mover, aquí en la UCI estas más agobiada porque es como un búnker”. Bueno, sí y no” (participante 5).

Dentro de las características sugeridas por la Teoría de la Transición, se identificó a la percepción de desconexión entre las dos unidades de cuidados UCI-sala de hospitalización como una falta de continuidad de los cuidados en la unidad de destino.

“Que hubiese un nexo un poco de contacto y colaboración entre los dos equipos para al fin y al cabo por lo menos para ver si el tema está bien encarrilado por unos y por otros. Porque a lo mejor lo que arriba prevén, el doctor de aquí o enfermería de aquí dicen que no, que de otra manera. Y claro entonces yo lo que querría sería un nexo y una continuidad” (participante 2).

Tiempo: Desde que los pacientes son comunicados de su recuperación en la UCI y del inminente traslado a otra unidad pasa un tiempo en el cual experimentan diversas emociones. En un primer momento experimentaron inestabilidad e incertidumbre que provocó en el paciente confusión, estrés y ansiedad. Posteriormente al llegar a la sala de destino algunos pacientes experimentaron incluso soledad y depresión:

“El tiempo se hace muy largo es mejor decir: “estamos pendientes de un informe para ver si te puedes ir. Ya hemos llamado, si no te vas hoy, te vas mañana”. Ese día parece que no, pero la cabeza se te puede girar. Te puedes levantar e irte en ese momento porque 24 horas son muy largas” (participante 19).

Puntos críticos y acontecimientos: El motivo de ingreso en una UCI, es un punto crítico que se produjo en el paciente en el momento de admisión en la UCI, los acontecimientos que se presentaron durante la estancia en la UCI y finalmente la transición de la UCI a la sala generaron en el paciente, inestabilidad y sensación de pérdida de autonomía.

“Es que te da todo mucho miedo después de estar allí, como me pasaron tantas cosas, y pensaba que aún me tenía que pasar más o repetirse. Y aún tengo miedo que se repita algo. Cuando me duele algo, ya les digo: “mírame la presión, mírame la temperatura rápido”. Y me dicen: “cuando cambiemos de turno”. Entonces te da miedo y lloro todos los días” (participante 10).

“El no tener autonomía, me lo hacían todo, la cama y todo. Era como agobiante y ahora pues sí, puedo ir al baño sola (participante 28).

Condiciones de las transiciones

En el análisis primario se identificaron los diferentes factores que actuaron como facilitadores y barreras durante la transición de la UCI (44).

En este AS se ha identificado a la incertidumbre como uno de los principales factores que actuaron como barrera produciendo emociones negativas como el miedo, ansiedad, preocupación y depresión. Asimismo, los pacientes señalaron como principal barrera de la transición de la UCI por parte de los profesionales a la falta de información y de apoyo psicológico y emocional durante la transición.

“Nadie me dijo que iba a hacer aquí, ni como lo iba a llevar aquí, qué tratamiento iba a seguir o cuánto tiempo me quedaba, no se me dio ningún tipo de explicación (...). Son cosas que tienes que saber antes de venir aquí abajo. Decir aquí, parecerá una tontería y te querrás ir abajo pero abajo (...) te vas a un sitio que vas a estar estupendísima, pues no realmente. Casi que prefiero usar la cuña y estar arriba otra vez sabes. Pues son cosas que se han de explicar y no afectarán tanto mentalmente” (participante 5).

“Estoy pensando en qué circunstancias estaré allí, cómo estaré allí.” (participante 27).

“Ahora me tengo que ir a otro sitio desconocido, no sé si me van a atender bien o no me van a atender bien (...) me da miedo, tengo mucho miedo (participante 31).

Patrones de respuesta

Estos patrones de respuesta se conceptualizaron en la Teoría de las Transiciones como indicadores de proceso y resultado.

Indicadores de proceso

De acuerdo con la Teoría de las Transiciones, los indicadores de proceso implica sentirse conectado, poder interactuar, estar situado y ubicado, desarrollar confianza y afrontamiento positivo (50). Sin embargo, en la transición de la UCI los pacientes describieron una sensación de abandono y desconexión.

“Es muy raro todo parece un sueño del cual no me despierto nunca. De repente me encuentro allí, ahora estoy aquí y estoy tan lejos de mi casa también. A veces estoy muchas horas sola todo el día y a las cinco ya me iría a dormir ni cenaría ni nada para que pase el tiempo y que se acabe para ir a casa y ya está. Ya no quiero hacer nada más. Ya está todo bien. Ahora ya lo veo todo muy diferente, es como que nada importa, porque en cualquier momento te vas” (participante 10).

“Ellos ya me dijeron: ya iremos a verte. Y venir, no ha venido nadie. Al único que sigo viendo es al chico de la grúa, el que iba a levantarme y es el único que he visto; pero ellas: ya iremos a verte, no te preocupes que ya iremos a verte; pero claro, (...). A él le digo dales recuerdos, dales recuerdos, diles que me acuerdo de ellas, dile a ver si vienen a verme. Están ellas muy liadas y tienen mucho trabajo...” (la paciente llora) (participante 31).

Algunos de los participantes manifestaron que tenían dificultades para aceptar y afrontar la nueva situación y que estaban preocupados por el futuro.

“Sólo de pensar que no podía caminar y qué podría pasar y ahora también tengo miedo porque no sé qué haré cuando me den el alta de aquí también tengo miedo” (participante 20).

Otros pacientes dijeron que la situación le provocaba impotencia e irritabilidad.

“Me provocaba sensación de impotencia algunas veces, cuando hablabas con el personal, te da la sensación como que no se te escucha, que hay un protocolo, que hay una forma de funcionar y tú no importas” (participante 30).

Indicadores de resultado

Estos indicadores comprenden el dominio de nuevas habilidades y el desarrollo de comportamientos integradores manifestados por el bienestar emocional y la satisfacción del paciente. Sin embargo, algunos pacientes manifestaron sentimientos de ansiedad.

“Quizás lo que más eché de menos es más información sobre mi proceso, como evolucionaría (...) si podré hacer la vida que llevaba (...) y eso todo es paciencia, y cuesta de asimilar. Hago rehabilitación, voy al logopeda (...) pero nadie me dijo pues tienes para un mes o tienes para dos. Es muy ambiguo y te angustia (...). (participante 35).

Terapéutica enfermera

Del AS de las entrevistas, los autores de este estudio identificaron dos intervenciones enfermeras que deberían ser aplicadas durante la transición de la UCI: 1) valoración del paciente en transición de la UCI, de manera integral, para identificar las principales necesidades y expectativas durante la transición, 2) y empoderamiento del paciente. Los pacientes reclaman unos cuidados centrados en el paciente de acuerdo a sus necesidades individuales, que deberían incluir información y educación, promover la autonomía y apoyo emocional antes, durante y después de la transición de la UCI a la sala de destino.

Discusión

La Teoría de las Transiciones (3) proporciona un marco útil para describir los hallazgos del análisis de las experiencias de los pacientes durante la transición de la UCI. Nuestros resultados son consistentes con las dimensiones propuestas por esta teoría y se reconocieron las

principales características de la transición de la UCI: naturaleza de las transiciones, condiciones de las transiciones, patrones de respuesta y la terapéutica enfermera.

En relación con los tipos y patrones de la transición de la UCI, los pacientes que están en transición de la UCI, sin duda experimentan múltiples transiciones simultáneas, complejas, situacionales y organizativas al ser transferidos a la sala de hospitalización. Este hallazgo es consistente con otro estudio. Vazquez-Calatayud (9) afirmó que la transición de la UCI es compleja y puede producir en el paciente inestabilidad y vulnerabilidad. Los resultados del AS en este estudio, reafirmaron esta tipología como representativa de la transición de la UCI. En este sentido, explorar más profundamente cada una de estas características ha sido esencial para resaltar la complejidad de la transición de la UCI.

Analizar las propiedades de la experiencia de la transición pueden ayudarnos a averiguar las causas de las respuestas de los pacientes. El cambio de un entorno donde el paciente crítico, ha sido admitido de manera urgente, vigilado, tratado, controlado y cuidado exhaustivamente a otro entorno donde probablemente exista una incongruencia entre las expectativas y las percepciones reales del paciente, o la incompatibilidad entre las necesidades y la disponibilidad y acceso a los medios para su satisfacción (4), provoca en el paciente un estado de inestabilidad generado por la incertidumbre. Nuestros hallazgos están en congruencia con otros autores (10–12) en que el desconocimiento de la situación de salud ocasionado por la falta de información, provocó incertidumbre, miedo y ansiedad en los pacientes. En este sentido, manejar la incertidumbre es fundamental para la adaptación del paciente a una nueva situación. Otro hallazgo importante ha sido la percepción de falta de continuidad de los cuidados, este dato concuerda con otro estudio (6) en que los pacientes experimentaron una desconexión total con la UCI. Todas estas percepciones experimentadas por los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica, nos llevan a reflexionar en el desarrollo de intervenciones enfermeras. La falta de continuidad de los cuidados podría tener como causa la falta de información y comunicación entre los profesionales estos resultados están en concordancia con otros autores (16,51).

En las condiciones de las Transiciones, la incertidumbre se reflejó como barrera durante la transición de la UCI y se identificó como falta de conocimientos e información de los pacientes para poder afrontar la transición de la UCI. Cuanto más alto es el nivel de conocimientos y habilidades adquiridas en una situación, mejor será la adaptación y la respuesta del paciente. Por lo tanto, el objetivo será buscar la satisfacción de las necesidades de información durante la transición de la UCI.

Los patrones de respuesta de los pacientes surgieron a consecuencia de lo conocido, la UCI, y lo desconocido, la unidad de destino. Los resultados del AS concuerdan con otros autores que los síntomas como ansiedad, irritabilidad, estrés y depresión son comunes en la transición de la UCI (7,8,44). Estas respuestas impedirán que el paciente se sienta conectado, ubicado y situado en la unidad de destino. De acuerdo con los resultados encontrados por Fernández-Araque y cols. (13) los pacientes demandan información sobre las consecuencias físicas y mentales posteriores a la enfermedad.

La identificación de indicadores de proceso en los pacientes permitirá una evaluación e intervención tempranas por parte de las enfermeras para facilitar la obtención de indicadores de resultados saludables (2) como el bienestar emocional y la satisfacción del paciente que están fuertemente relacionado con recibir una adecuada información (16).

La terapéutica enfermera contribuye a que los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica, afronten adecuadamente las complicaciones que puedan experimentar durante la transición de la UCI. De acuerdo con Mishell, el desarrollo e implementación de una intervención con información y educación durante la transición de la UCI, permitirá ayudar a los pacientes a desarrollar el significado de la experiencia de la transición que ayudará a disminuir la incertidumbre y por consiguiente la ansiedad (11).

Meleis afirma que la intervención enfermera se tiene que enfocar en facilitar el proceso de transición del individuo, y consiste en ayudar al paciente a adaptarse a una nueva condición y ayudarlo a vivir con ella (3). En concordancia con Mckinney y Deny (52) no todos los pacientes experimentan una transición negativa, por lo tanto, las enfermeras necesitan, comprender los patrones de respuesta del paciente durante la transición además de identificar las principales características de una transición para poder intervenir y llevar a cabo un plan de cuidados con una atención individualizada y centrada en el paciente durante el proceso de transición. Involucrar, habilitar y fomentar la autonomía a los pacientes son elementos clave para lograr una transición saludable. Finalmente, con el objetivo que la terapéutica enfermera pueda ser optimizada, debería tener en cuenta aspectos psicológicos del paciente; es decir además de brindar los conocimientos necesarios promover y fomentar la autonomía del paciente, se ha observado, la demanda de apoyo psicológico y emocional estos resultados apoyan la evidencia encontrada en otros estudios (34,44) y se sugiere como una intervención esencial durante la transición de la UCI. Estos conceptos están descritos dentro de las dimensiones del empoderamiento, por lo tanto, una intervención enfermera de empoderamiento, sería una alternativa a la terapéutica enfermera durante la transición de la UCI.

Conclusiones

Se han identificado los principales conceptos de la Teoría de las Transiciones en la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización. Esta teoría ofrece un marco teórico necesario para comprender la complejidad de la transición de la UCI.

Identificar las características inherentes al proceso de transición de la UCI, conducirá al desarrollo de intervenciones enfermeras congruentes con las experiencias únicas de los pacientes, promoviendo así respuestas saludables.

El empoderamiento, como alternativa a la terapéutica enfermera, administrado a los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica integra la información, educación, promoción de la autonomía y apoyo psicológico y emocional, identificados como las principales intervenciones enfermeras durante la transición de la UCI.

¿Qué se conoce o qué aporta?

La teoría de las Transiciones de Meleis, tiene una gran importancia porque ayuda a identificar y explicar aspectos de la experiencia del paciente durante una transición. El reconocimiento de estos aspectos contribuye a aumentar y facilitar una respuesta saludable durante las transiciones.

La transición es un evento importante en la vida, es una experiencia de vida, con posibles consecuencias psicológicas y fisiológicas para los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica.

La Teoría de las Transiciones se utiliza como marco para comprender el tipo, multiplicidad y complejidad de las transiciones experimentadas por los pacientes desde la UCI.

Implicaciones del estudio

Comprender los patrones de respuesta de los pacientes e identificar las características de la transición de la UCI, contribuirá al desarrollo de intervenciones enfermeras, protocolos y planes de cuidados individualizados para prevenir una transición no saludable y contribuir a disminuir las complicaciones post UCI.

Extender la aplicación de la Teoría de las Transiciones más allá de la transición situacional de la UCI a la sala, nos permite realizar una exploración robusta y holística de la experiencia de la transición.

La transición es una experiencia de vida universal y mantener la Teoría de las Transiciones a

la vanguardia en la transición de las personas, es importante para construir conocimientos y promover la práctica enfermera.

Consideraciones Éticas

La aprobación ética para este estudio se obtuvo de los Comités de Ética de investigación y medicamentos de los tres hospitales participantes donde se realizó el estudio. Los participantes fueron informados verbalmente y por escrito de los objetivos del estudio y de la necesidad de la grabación en audio de las entrevistas. Se les informó también que el estudio era voluntario y confidencial y que podían retirarse en cualquier momento sin que ello perjudique su proceso asistencial. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito antes de que comenzaran las entrevistas.

Limitaciones del estudio

Se destaca la falta de investigaciones encontradas acerca de la transición de la UCI en base a la Teoría de las Transiciones, lo que ha dificultado la discusión y comparación de resultados. El AS realizado en este estudio podría dificultar la comprensión de las conclusiones, para disminuir esta limitación se ha hecho referencia al análisis primario de los datos.

Bibliografía

1. Larrosa Domínguez M, López Estela S, Tejada Musté R, Vives Relats C. Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*. 2019;(54).
2. Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *IMAGE J Nurs Scholarsh*. 1994;26(2):119-27.
3. Meleis A, Sawyer L, Im E-O, Hilfinger Messias A, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci [Internet]*. 2000 Sep [cited 2021 May 23];23(1):12-28. Available from: <http://journals.lww.com/00012272-200009000-00006>
4. Chick N, Meleis A. Transitions : A Nursing Concern. Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication. *Nurs Res Methodol [Internet]*. 1986;237-57. Available from: <http://repository.upenn.edu/nrs/9%0ACopyright>
5. Ludin SM, Arbon P, Parker S. Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2013;29(4):187-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>
6. Cline DD. A Concept Analysis of Vulnerability during Transitions. *Nurs Educ Perspect*. 2016;37(2):91-6.
7. Ricart Basagaña MT. Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2015 Nov 5 [cited 2018 May 15]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/399533>
8. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva [Internet]*. 2007;31(6):318-25. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74830-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74830-1)
9. Calatayud MV, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización : una revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva*. 2013;24(2).
10. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1996. 1996.
11. Mishel MH. Uncertainty in Acute Illness. *Annu Rev Nurs Res [Internet]*. 1997 Jan;15(1):57-80. Available from: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/0739-6686.15.1.57>
12. McCormick KM. A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *J Nurs Scholarsh [Internet]*. 2002 Jun;34(2):127-31. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2002.00127.x>

13. Fernandez-Araque A, Gomez-Castro J, Giaquinta-Aranda A, Verde Z, Torres-Ortega C. Mishel's model of uncertainty describing categories and subcategories in fibromyalgia patients, a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
14. Hilton B. Perceptions of uncertainty: its relevance to life-threatening and chronic illness. *Crit Care Nurse [Internet]*. 1992 Feb 1;12(2):70–3. Available from: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/12/2/70/4852/Perceptions-of-uncertainty-its-relevance-to>
15. 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 [Internet]*. 2015;147(2):317–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-2965>
16. Stelfox HT, Leigh JP, Dodek PM, Turgeon AF, Forster AJ, Lamontagne F, et al. A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Med*. 2017;43(10):1485–94.
17. De Grood C, Leigh JP, Bagshaw SM, Dodek PM, Fowler RA, Forster AJ, et al. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: A multi-centre qualitative study. *CMAJ*. 2018;190(22):669–76.
18. Torheim H, Kvangarsnes M. How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2014 Dec 9;28(4):741–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12106>
19. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*. 1996;23:305–13.
20. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs*. 1998;30(2):116–23.
21. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2015;15(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
22. Funnell MM. Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):1921–2.
23. Gibson C. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*. 1991;16(3):354–61.
24. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns [Internet]*. 2016;99(12):1923–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
25. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13–20.
26. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *J Adv Nurs*. 2000;31(1):235–41.
27. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*. 1991;17(1):37–41.
28. Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav [Internet]*. 2018;88:106–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.08.030>
29. Koekenbier K, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Istomina N, Stark ÅJ, Katajisto J, et al. Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life: A cross-cultural study. A concise and informative title: Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life. *Appl Nurs Res [Internet]*. 2016;29:211–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.004>
30. Ryhänen AM, Rankinen S, Siekkinen M, Saarinen M, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: a randomised control trial. *Patient Educ Couns [Internet]*. 2012 Aug [cited 2015 Oct 10];88(2):224–31. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112000869>
31. Londoño AMM, Schulz PJ. Influences of health literacy, judgment skills, and empowerment on asthma self-management practices. *Patient Educ Couns*. 2015;98(7):908–17.

32. Wåhlin I. Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(1):164–74.
33. Korkmaz M, Avci I. Change in health perceptions during immigration process a group of Syrian refugee women: analysis within the framework of transition theory of Meleis. *Prog Heal Sci.* 2019;2(2):6–12.
34. Korukcu O, Deliktaş A, Kukulcu K. Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *Int Nurs Rev.* 2017;64(4):593–601.
35. Orr E, Ballantyne M, Gonzalez A, Jack SM. The Complexity of the NICU-to-Home Experience for Adolescent Mothers. *Adv Nurs Sci [Internet].* 2020 Oct;43(4):349–59. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/ANS.000000000000299>
36. Öztürk Eyimaya A, Tezel A. The effect of nursing approaches applied according to Meleis' Transition Theory on menopause-specific quality of life. 2021;42(1):107–26. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uhcw20>
37. Pilat M, Merriam DH. Exploring the Lived Experiences of Staff Nurses Transitioning to the Nurse Manager Role. *JONA J Nurs Adm [Internet].* 2019 Oct;49(10):509–13. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/NNA.0000000000000795>
38. Fitzpatrick JM, Tzouvara V. Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long-term care facility: A systematic review. *Heal Soc Care Community.* 2019;27(3):e57–81.
39. Ramsay P, Huby G, Thompson A, Walsh T. Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *J Clin Nurs.* 2014;23(5–6):605–15.
40. Heaton J. *Reworking qualitative data.* SAGE Publications; 2004.
41. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research.* New York: Springer Publishing Company; 2007.
42. Thorne S. Secondary Analysis in Qualitative Research: Issues and Implications. In: Morse DJM, editor. *Critical Issues in Qualitative Research Methods.* SAGE. London; 1994. p. 263–79.
43. Thorne S. Ethical and Representational Issues in Qualitative Secondary Analysis. *Qual Health Res [Internet].* 1998 Jul 1;8(4):547–55. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239800800408>
44. Cuzco C, Delgado-Hito P, Pérez Marín R, Núñez Delgado A, Romero-García M, Martínez Momblan MA, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nurs Crit Care.* 2021;(June):1–10.
45. Valles Martínez MS. *Entrevistas cualitativas [Internet].* 2nd ed. Centro de Investigaciones Sociológicas, editor. ProQuest Ebook Central; 2014. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/ub-ebooks/reader.action?docID=3226750>
46. Delgado-Hito P. Métodos de investigación cualitativa/ Técnicas para la obtención de datos cualitativos. In: *Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona*, editor. *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, tesina y tesis.* Barcelona; 2012. p. 97/179–106/96.
47. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qual Sozialforsch.* 2010;11(3).
48. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
49. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* SAGE, editor. CA: Thousand Oaks; 1985.
50. Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice.* Springer, editor. New York: Publishing Company; 2010.
51. 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.
52. 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.

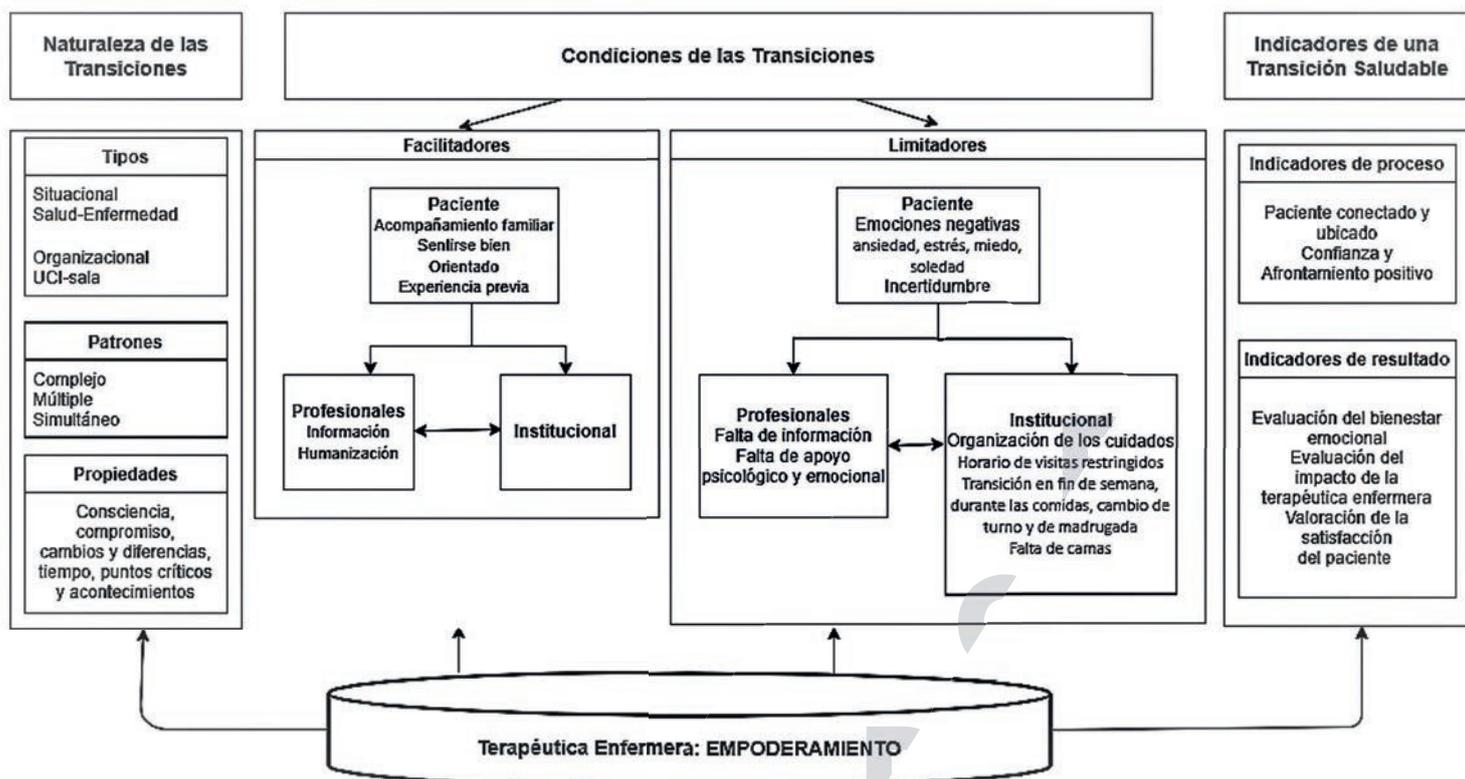


Figura 1: Representación del marco teórico a partir de los datos analizados. Facilitadores y Barreras extraído de Cuzco y cols. (44).

5. *Impact of a nurse-driving patient empowerment intervention in the reduction of patients' anxiety and depression after Intensive Care Unit discharge: results of a randomized clinical trial.*

En revisión

Enviado a **Critical Care Medicine**

Journal Citation Report 2020. Impact Factor:7.598

Quartil 1 (Critical Care Medicine 6/36)

Impact of a nurse-driven patient empowerment intervention on the reduction in patients' anxiety and depression after intensive care unit discharge: a randomized clinical trial

Abstract

Objectives: The primary outcome was a reduction in anxiety and depression in patients discharged from the intensive care unit (ICU) to the general ward, measured using the Hospital Anxiety and Depression Score (HADS).

Design: A prospective, multi-center, randomized clinical trial.

Setting: Was carried out in adult patients admitted to the ICU medical, medical and surgical and one coronary of three tertiary hospitals.

Patients: Adults admitted to the ICU aged > 18 years for ≥ 48 hours with preserved consciousness, the ability to communicate and without delirium, who were randomized to receive the nursing empowerment intervention (NEI) (intervention group (IG) or standard of care (control group CG)) before ICU discharge.

Intervention: The NEI consisted of the administration of an "Information Guide for patients admitted to the intensive care unit", which was designed according to a previous analysis to individualize the intervention.

Measurements and Results: Patients after intensive care unit discharge completed the Hospital Anxiety and Depression Scale. IG (n=91) and CG (n=87) patients had similar baseline characteristics. The NEI was associated with a significant reduction in anxiety and depression ($p < 0.001$) and the presence of depression ($p = 0.006$). Patients with comorbidities and those without family or friends had greater reductions in anxiety and depression after the NEI. The interaction between the intervention and female sex showed a decrease in the level of depression and the interaction between the intervention and higher education levels showed a decrease in the level of anxiety.

Conclusions: We found that a NEI before ICU discharge can decrease anxiety and depression in critically-ill survivors. The long-term effect of this intervention should be assessed in future trials.

Trial registration: NCT04527627.

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04527627>

Keywords: Anxiety, depression, patient empowerment, patient education, intensive care unit discharge, nursing intervention, mixed methods, sequential design.

Introduction

Studies have shown that 30-50% of patients who survive admission to an intensive care unit (ICU) have anxiety (1,2) and depression (3,4), which may be associated with long-term complications (5-8), such as difficulties returning to work, increased suicide risk (9), worse quality of life (10) and increased mortality (11), in what is known as post-ICU syndrome (12).

Various factors have been identified as a cause of anxiety and depression in these patients, some associated with the patient (female sex, younger age, lower educational level, unemployment, previous psychiatric symptoms, personality, etc.) and others related to ICU admission (reason for admission, traumatic memories during ICU stay, delirium, sedation, deterioration of physical function, and duration of mechanical ventilation, among others) (5). Evidence suggests that ICU discharge to the general ward provokes negative emotions, such as feelings of loss of control and loss of autonomy that are associated with increased anxiety and depression (13-15).

Therefore, in 2009 the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), made recommendations for ICU survivors, including the need to evaluate patients at risk of physical or mental morbidity before ICU discharge and offer them information about the process (16). Likewise, one strategy to reduce anxiety and depression associated with ICU discharge is patient empowerment, a concept based on information and education provided to guide decision-making (17,18). This intervention, especially when nurse led, has proved useful in other health areas (19,20). However, the evidence for these interventions in the context of the critical patient and their transfer to the ward is limited (21–24).

Therefore, the aim of this study was to assess the impact of a nurse-driven patient empowerment intervention (NEI) on anxiety and depression in patients discharged from the ICU to the general ward.

Methods

Study design

Patients' needs at ICU discharge (25) were used to develop a NEI that was administered in a multicenter, parallel-group randomized clinical trial (RCT). The RCT was registered at clinicaltrials.gov (NCT04527627) and the results are reported using the Consolidate Standards of Reporting Trials (CONSORT) criteria (26).

Setting

The trial was conducted in three ICUs of three tertiary hospitals in Barcelona, Spain: one mainly medical, one general (medical and surgical) and one coronary unit. The three units have 49 ICU beds and admit around 2000 patients annually. All three have a registered nurse/patient ratio of 1:2.

Participants

We included patients admitted to the ICU aged > 18 years, with an ICU stay of ≥ 48 hours, who survived ICU discharge between September 2019 to April 2021. At inclusion (pre-discharge) exclusion criteria were delirium (assessed by the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (27), an inadequate level of consciousness (Glasgow Coma Score < 15) (28), inability to express, read and write in Catalan or Spanish and provide consent to participate, mental disability and difficulty communicating, and patients admitted for COVID-19.

Randomization

Simple random probabilistic sampling was carried out. Patients were recruited using the ICU admission list and randomly assigned to the intervention group (IG) or the control group (CG) in a 1:1 ratio.

Data collection

The variables collected included sociodemographic data (sex, age, educational level, living with family and marital status), comorbidities, clinical variables related to ICU admission (reason for admission, days of stay, level of severity at admission evaluated using the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II (29), events in the ICU (need for non-invasive mechanical ventilation, high-flow oxygen therapy, invasive mechanical ventilation, self-extubation, reintubation, prone position, renal replacement therapy, intra-aortic balloon pump counter pulsation, extracorporeal oxygenation membrane, cardiopulmonary resuscitation, bronchoscopy, hemodiafiltration), level of consciousness (measured using the CGS), delirium (measured using the CAM-ICU), and the level of anxiety and depression at inclusion

and after discharge measured by the validated Spanish version (30) of the Hospital Anxiety and Depression Score (HADS), a scale widely used in critical care (2,3). The HADS includes two subscales: anxiety and depression, with 7 items each, which assess the intensity of each item with a Likert scale of 0-4. The score ranges from 0-21 on each subscale, with scores of 0-7 being normal, and a score ≥ 8 on any of the subscales as symptoms of anxiety or depression. Each research nurse first contacted patients when ICU discharge was considered, and the objectives and development of the study were explained, and informed consent was obtained. At that time the HADS scale was administered for the first time, the NEI was administered, and patients were assigned to the IG or CG groups.

Intervention

The NEI consisted of administering an "Information guide for patients admitted to the intensive care unit" prepared according to the needs expressed by patients in the first phase of a previously published study (25) and the literature, considering the dimensions of empowerment (31) and the Guide for family members of the International Network "HUCI Project: Humanizing Intensive Care" (32). The guide included information on the reason for ICU admission, ICU characteristics, general information on the care team, description of the ICU, dynamics and recommendations for family visits, room material, techniques and main procedures, the ICU day-to-day, the preparation of ICU discharge and information of the transfer, operation of the general ward and differences between the two units. The guide was reviewed by experts in developing information guidelines for patients and family members (doctors and nurses) and by ICU survivors. Finally, it was adapted to each participating ICU. The content of the guide is described in the supplementary material.

The NEI was administered to each IG patient for 30-60 minutes. The CG received usual care, consisting of administering usual verbal information about the destination ward and the time of transfer, without the NEI.

In the first week post-ICU discharge, the research nurses in each ICU visited patients from both groups in the general ward and administered the HADS scale for a second time.

Statistical analysis

Qualitative variables were described using absolute frequencies and percentages and quantitative variables as means and standard deviation (SD). Between-group baseline sociodemographic and clinical characteristics were compared using the chi-square test for categorical variables and the t-test for independent samples for continuous variables. The t-test for repeated samples was used for continuous variables and McNemar's test for categorical variables in the pre- vs. post-intervention between-group comparison of the level of anxiety and depression. Between-group differences were compared using a t-test for independent samples. The relationship between sociodemographic and clinical variables and changes in anxiety and depression was studied using Pearson's correlation coefficients between continuous variables and changes in anxiety and depression were first calculated. Subsequently, to determine the independent factors associated with the changes, multiple linear regression models were constructed, based on covariance analysis (ANCOVA), considering the pre- and post-intervention differences as a response variable and the pre-intervention values as a variable to adjust (33). In the models, interactions between covariates with a significant effect on the response variable were included. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. We calculated the 95% confidence intervals (95% CI). The statistical analysis was performed using the R statistical program version 4.1.0. for Windows.

Primary Outcome

Reduction in anxiety and depression in patients discharged from the ICU to the general ward measured by Hospital Anxiety and Depression Scale.

Secondary Outcome

Association between sociodemographic and clinical variables and changes in anxiety and depression.

Sample size

To ensure a statistical power of 80% and a confidence level of 95% in a unilateral analysis, and estimating a percentage of patients with anxiety and depression at ICU discharge of 50% (1–3), a sample of 172 patients (86 in each group) was calculated to be necessary to detect differences of >20% (CG 0.5 and IG 0.28), assuming a loss of 15%.

Results

Baseline characteristics

Of the 1581 potential participants, 1403 were excluded due to death (n=219), COVID-19 (n=289) and non-compliance with the inclusion criteria (n=895) (Figure 1). Therefore, 178 patients were randomly assigned to the IG (n=91) and CG (n=87). Table 1 describes the baseline characteristics of participants, of whom 64.6% were male, with a mean age (SD) of 60.8 (14.8) years; 52.8% had primary or no education, 62.9% were married, and 77.3% had ≥ 1 comorbidity. At admission, the mean APACHE II was 15.5 (6.4) and 60.8% had an event during the ICU stay. The mean ICU stay was 11.9 (14.7) days. No significant between-group differences were found in the main variables at ICU admission, except for APACHE II, which was 14.5 in the CG vs. 16.6 in the IG (p=0.030) (Table 1).

Twelve patients were lost to the study during the follow-up (IG=7 and CG=5), of which 7 were due to death (IG=4 and CG=3), 3 patients were discharged to home before the second HADS assessment and 2 patients refused to continue in the study. No adverse effects associated with the intervention were recorded.

Primary outcomes

Baseline anxiety and depression and effect of the intervention

Of the 178 patients, in the first evaluation (pre-ICU discharge) 49 patients (27.5%) presented anxiety and 35 (19.7%) depression. The results of the pre- vs. post-intervention comparison are shown in table 2. Both groups showed a significant reduction in anxiety and depression between pre-discharge and post-discharge (p<0.001). However, the IG showed a significantly greater reduction in levels, with a mean of 1.46 points difference (95% CI 0.32-2.59) for anxiety and 1.98 (95% CI 0.86-3.09) for depression (p<0.05) (Figure 2). Similarly, the reduction in the percentage of patients who did not present anxiety or depression after discharge was greater in the IG (a reduction of 74.1 and 63.7%, respectively, vs. 50% and 38.4% in the CG).

Secondary outcomes

Association between sociodemographic and clinical variables and changes in anxiety and depression

Only comorbidities were associated with a greater reduction in anxiety (in the IG) and depression (in both groups) ($p < 0.05$). Patients who lived alone (compared with those who lived with family or friends) also had a significantly greater reduction in anxiety in the IG ($p = 0.047$). The remaining variables were not associated with significant differences in the reduction of anxiety or depression. The correlations between the degree of change in anxiety and depression on the HADS scale and the continuous variables (age, APACHE II and ICU stay) were not significant (Table 3).

In the ANCOVA model, comorbidities (beta estimate -2.889 and -1.870 for anxiety and depression, respectively, $p < 0.01$), receiving the intervention (beta estimate -1.101 and -1.538 for anxiety and depression, respectively, $p < 0.01$) and baseline level of anxiety (beta estimate -0.471 , $p < 0.001$) and depression (beta estimate -0.454 , $p < 0.001$) were independently significantly associated with a reduction in anxiety and depression (Table 4).

An interaction analysis was made to determine independent factors associated with changes in anxiety and depression pre- and post-intervention. There was an interaction between depression and female sex, indicating that the NEI significantly decreased depression in females ($p = 0.045$). Likewise, an interaction between the educational level and the IG was found, with a higher level of education correlating with a significantly lower level of anxiety ($p = 0.008$) (Supplementary table).

Discussion

This trial investigated the impact of an NEI on patients' anxiety and depression during ICU discharge. The results show a positive impact of the NEI on anxiety and depression compared with usual care. Patient loss of control and autonomy caused by dependence during the acute situation of ICU admission and by uncertainty during ICU discharge have been associated with anxiety and depression (13,15,34).

We found that at least 27.5% of patients presented symptoms of anxiety and 19.7% of depression. These data are in accordance with the results of other studies on the prevalence of anxiety and depression in ICU survivors (1,3,4), and are higher than the prevalence in the general population (35).

However, through information, the basis of empowerment (17,18), and of fostering feelings of motivation and providing the opportunity for patient participation in their care, patients can understand their current health status, what happened to them, the planning of continuity of care during the transition to the general ward and what is expected to happen. Thus, patients may feel they regain control of their lives and autonomy and consequently reduce anxiety and depression.

In our case, the NEI consisted of giving information using a leaflet as a support. This information took into account the needs expressed by the patients found in a first phase of a previously published study (25) and the literature, considering the dimensions of empowerment (31). Patient empowerment should follow the patient's preferences and learning abilities. Some patients preferred the NEI first thing in the morning, others after eating, and others before dinner. The choice of the topics of most interest is also important: some preferred to receive more information about the disease evolution, others wanted education on how to administer heparin or insulin or how to place oxygen masks; others needed motivation to recover and information about their rehabilitation and the resources available outside the hospital; and, for some foreign patients, their biggest concern was how to pay for admission. New technologies can aid the development of innovative interventions, such as guides in digital format, videos or the creation of an interactive portal, always taking into account patient capabilities.

The results showed that anxiety and depression were also reduced in some patients in the CG. The transition from the ICU to the general ward may, for some patients, mean having overcome the acute reason for ICU admission, recovering limited mobility in the ICU, and being able to communicate and spend more time with the family, all factors that may justify this reduction. However, the reduction was much greater in the IG, both quantitatively, with a reduction in the HADS scale, and also in the reduction of the proportion of patients with pathological levels of anxiety or depression. This suggests that the NEI may, therefore, contribute to lower levels of post-ICU anxiety and depression.

We found no direct relationship between factors related to ICU admission, such as the reason for admission, the level of severity and the days of stay, and age with depression and anxiety levels (2,3,12,36). However, we did find, in contrast, that comorbidities and living alone were associated with a greater reduction in anxiety. Studies have shown that people with chronic diseases are at higher risk of anxiety (37), as their diseases are difficult to diagnose and treat, contributing to low rates of remission, a poor prognosis and the risk of suicide (38). The greater decrease in anxiety and depression in these patients could be associated with previous experience of similar situations, which would act as a facilitating factor in the transition. However, comorbidities should be taken into account from the admission of these patients to the ICU for an early assessment and early care of post-ICU anxiety and depression. It is known that the presence of family members in the ICU can have positive effects on the emotional well-being of the patient and family (39,40). Our results do not contradict this, but suggest that, in patients who live alone, the reduction in anxiety and depression is greater at ICU discharge than in those who live accompanied. A possible explanation is that people living with family are concerned about them during the ICU transition; in fact, the interviews conducted in the first phase of the study to design the NEI suggested this (25). Patients might be "prepared" to face the transfer due to their lifestyle. Further study of this aspect is required.

We found that women who received the NEI had a greater decrease in depression than men. There is evidence that sex is not a risk factor for post-ICU depression (2, 3, 36). However, a study which found a higher incidence of post-traumatic stress in women than in men who survived an ICU admission (41), also showed that women responded better to a follow-up intervention. We also observed that patients with higher educational levels had a better response to the NEI in reducing anxiety. A greater ability to understand the informational intervention due to their prior knowledge could help explain this finding.

Our results provide information in favor of empowerment during ICU discharge. Patient empowerment should be a goal of all areas of health care, although it is not easy to achieve. It implies that those who "hold" power are willing to restore the balance of power in favor of others, those who must empower themselves are ready and willing to accept being empowered, and those who seek to empower patients are in a position to do so (41).

Patient empowerment during ICU discharge should begin in the ICU, continue during the transition to the general ward and, subsequently, to hospital discharge.

Considering the emotional and physical burden of ICU nurses, we suggest that the inclusion of advanced practice nurses and consulting mental health nurses in the ICU is key to this type of intervention. The creation of a post-ICU follow-up team for the early detection and intervention of anxiety and depression would help to improve the quality of life of ICU survivors.

Limitations

The study has some limitations. Firstly, we assessed the impact of the NEI in a fairly short time frame (up to one week after ICU discharge). However, longer-term problems are also described (5,7). Even so, studies have shown that the data on the prevalence of anxiety, depression and PTSD at one week of ICU discharge correlate with those obtained at 3 months (8,42). This shows the need to assess these symptoms early, in order to intervene in a timely manner, although long-term post-discharge assessments are required to confirm the impact of the NEI. Second, all patients came from the metropolitan area of Barcelona, thus limiting

the generalization of the results. Third, the complexity and communication problems presented by some patients at ICU discharge made it difficult to include patients, lengthening the recruitment period. Fourth, the COVID-19 pandemic occurred during the study, limiting the inclusion of patients and extending its duration.

Conclusions

A NEI administered in critically-ill patients during ICU discharge was associated with reductions in anxiety and depression. Nurses can assess and optimize factors influencing the level of anxiety and depression in ICU survivors through interventions to help them achieve better health outcomes, overcome adverse situations related to ICU discharge and adapt to their current health situation.

Further studies are needed to demonstrate the long-term impact of an NEI in reducing levels of anxiety and depression among ICU survivors during ICU discharge.

Abbreviations

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. **CAM-ICU:** Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. **CONSORT:** Consolidated Standards of Reporting Trials. **GCS:** Glasgow Coma Score. **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale. **ICU:** Intensive Critical Unit. **NEI:** Nursing Empowerment Intervention. **RCT:** Randomized Clinical Trial. **PTSD:** Post Traumatic Stress Disorder

Acknowledgements

Not applicable

Funding

This study was partially funded through a grant from the Nursing and Society Foundation (PR-248/2017) and was sponsored by the Hospital Clinic Barcelona.

Availability of data and materials

The datasets used and analyzed during the study are available from the corresponding author on reasonable request.

Authors' contributions

CC: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Data curation, Writing - original draft, Writing - review & editing, Visualization. RMP and AND: participated in data collection and are co-leaders of the study at each hospital. SR: participated in data collection. MRG: Conceptualization, Methodology, Writing - review & editing. MAMM: Conceptualization, Methodology, Writing - review & editing. ICD: Writing - review & editing the Information Guide for Patients. GME: Investigation, Resources and Networking. MCR: Investigation, Resources. JMN: Critical revision of the Guide and the manuscript for important intellectual content. PDH: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Data curation, Writing - original draft, Writing - review & editing, Visualization, Validation, Supervision, Project administration. PC: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Data curation, Writing - original draft, Writing - review & edi-

ting, Visualization, Validation, Supervision, Project administration. All authors read and approved the manuscript.

Ethical Considerations

The Ethics and Clinical Research Committees of the participating hospitals (HCB/2016/0484, PR209/16/070716, PR(ATR)197/2016) approved the project in each hospital. Written consent was obtained from all patients who agreed to participate. Participants' anonymity, confidentiality and voluntariness were guaranteed according to the Helsinki report (43). The scientific and social value of this research was guaranteed, and the prevalence of the interests of the participants over those of the research team through absolute respect for their person, following the recommendations of the Belmont Report.

Consent for publication

Not applicable

Competing interests

The authors declare they have no competing interests.

References

1. 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.
2. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;43:23–9.
3. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive Symptoms after Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2016;44(9):1744–53.
4. Proffitt T, Menzies V. Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: An integrative literature review. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2019;53:60–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.02.004>
5. Desai S V, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011;39(2):371–9.
6. Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2013;29(3):147–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001>
7. Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, Dinglas VD, Sepulveda KA, Mendez-Tellez P, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Med [Internet]*. 2018 Jan 26 [cited 2021 Jun 19];44(1):38–47. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-017-5009-4>
8. Milton A, Brück E, Schandl A, Bottai M, Sackey P. Early psychological screening of intensive care unit survivors: A prospective cohort study. *Crit Care*. 2017;21:273.
9. World Health Organization. No Title [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
10. Petrinc AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):719–24.

11. Won MH, Son YJ. Development and psychometric evaluation of the Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020;58:102800. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102800>
12. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Crit Care Med*. 2012 Feb;40(2):502–9.
13. Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. Vol. 18, *Nursing in Critical Care*. 2013. p. 289–96.
14. Myhren H, Ekeberg Ø, Stokland O. Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Crit Care Med*. 2010;38(7):1554–61.
15. Tonelli MR, Misak CJ. Compromised autonomy and the seriously ill patient. *Chest*. 2010;137(4):926–31.
16. NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Rehabilitation after critical illness. NICE clinical guideline. [Internet]. London: The Stationery Office; 2009. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg83
17. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13–20.
18. Wade D. Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 11];79(8). Available from: <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/638f2461dad9530a429e33ef7e14166e>
19. Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2018;88:106–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.08.030>
20. Jørgensen CR, Thomsen TG, Ross L, Dietz SM, Therkildsen S, Groenvold M, et al. What Facilitates "Patient Empowerment" in Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review of the Literature. *Qual Health Res*. 2018;28(2):292–304.
21. Lewis SR, Pritchard MW, Schofield-Robinson OJ, Evans DJ, Alderson P, Smith AF. Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(10).
22. Bench S, Day T, Heelas K, Hopkins P, White C, Griffiths P. Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2015;5(11):e006852.
23. Castillo MI, Mitchell M, Davis C, Powell M, Le Brocque R, Ullman A, et al. Feasibility and acceptability of conducting a partially randomised controlled trial examining interventions to improve psychological health after discharge from the intensive care unit. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020;33(6):488–96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.002>
24. Kuchi ZG, Zakerimoghadam M, Esmaeili M, Geraiely B. The effect of an empowerment program on the perceived risk and physical health of patients with coronary artery disease. *Holist Nurs Pract*. 2020;34(3):163–70.
25. Cuzco C, Delgado-Hito P, Pérez Marín R, Núñez Delgado A, Romero-García M, Martínez Momblan MA, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nurs Crit Care*. 2021;(June):1–10.
26. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2010 Aug [cited 2021 Jun 22];63(8):e1–37. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435610001034>
27. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira M., et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español (Method for the assessment of confusion in the intensive care unit to diagnose). *Med Intensiva*. 2010;34(1):4–13.

28. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81–4.
29. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13(10):818–29.
30. Leino-Kilpi H, Luoto E, Katajisto J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs*. 1998;30(2):116–23.
31. de la Cueva-Ariza L. Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. 2017. Available from: https://proyectoहुci.com/wp-content/uploads/2017/06/guia_familiares_general_definitiva2.pdf
32. Clifton L, Clifton DA. The correlation between baseline score and post-intervention score, and its implications for statistical analysis. *Trials* [Internet]. 2019 Dec 11 [cited 2021 Jul 4];20(1):43. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-3108-3>
33. Myhren H, Ekeberg Ø, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care*. 2010;14(1):2–13.
34. Villagrasa B, Olaya B, Lopez-Anton R, de la Cámara C, Lobo A, Santabárbara J. Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;246(November 2018):408–17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.087>
35. Davydow DS, Gifford JM, Desai S V., Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: A systematic review. *Intensive Care Med*. 2009;35(5):796–809.
36. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7):e00497.
37. Simpson HB, Neria Y, Lewis-Fernandez R, Schneier F. *Anxiety disorders – theory, research and clinical perspectives*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
38. Kentish-Barnes N, Degos P, Viau C, Pochard F, Azoulay E. “It was a nightmare until I saw my wife”: the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. *Intensive Care Med* [Internet]. 2021 Jul 11;47(7):792–4. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00134-021-06411-4>
39. Cypress BS, Frederickson K. Family Presence in the Intensive Care Unit and Emergency Department: A Metasynthesis. *J Fam Theory Rev* [Internet]. 2017 Jun;9(2):201–18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jftr.12193>
40. Christensen M, Hewitt-Taylor J. Patient empowerment: does it still occur in the ICU? *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2007 Jun [cited 2014 Sep 25];23(3):156–61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339706000383>
41. Wawer E, Viprey M, Floccard B, Saoud M, Subtil F, Wafa H, et al. Early detection of patients at risk of developing a post-traumatic stress disorder after an ICU stay. *Crit Care Med*. 2020;48(11):1572–9.
42. The World Medical Association. Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. 2013 [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 5]. Available from: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Legend of Appendices

Figure 1. Flow diagram of sample recruitment.

Figure 2. Levels of anxiety and depression in the intervention and control groups.

Table 1. Sociodemographic and clinical variables of the control and intervention groups.

Table 2. Pre- and post-intervention comparison of the level of anxiety and depression in the control and intervention groups

Table 3. Changes in the levels of anxiety and depression (post-pre) according to sociodemographic and clinical variables and control and intervention groups

Table 4. Multiple linear regression models to determine factors associated with changes in anxiety and depression (post-intervention - pre-intervention)

Supplementary 1. Multiple linear regression models to determine independent factors (interaction) associated with changes in anxiety and depression (post-intervention - pre-intervention)

Supplementary 2. Information sheet and consent informed

Supplementary 3. Guide for patients admitted to the Intensive Care Area of the Hospital Clínic de Barcelona

Supplementary 4. Guide for patients admitted to the General ICU of Vall d'Hebron Hospital

Supplementary 5. Guide for patients admitted to the Coronary Intensive Care Unit of Bellvitge Hospital.

Supplementary 6. CONSORT 2010 checklist of information to reporting a randomized trial.

Table 1. Sociodemographic and clinical variables of the control and intervention groups.

Variables	Total (n=178)	Control (n=87)	Intervention (n=91)	P-value†
Sex, female	63 (35.4)	33 (37.9)	30 (33.0)	0.592
Age, years	60.8 ± 14.8	61.9 ± 14.8	59.7 ± 14.9	0.323
Educational level				0.315
No studies	12 (6.7)	9 (10.3)	3 (3.3)	
Primary	82 (46.1)	38 (43.7)	44 (48.4)	
Secondary	48 (27.0)	23 (26.4)	25 (27.5)	
Superior	36 (20.2)	17 (19.5)	19 (20.9)	
Marital status				0.305
Live alone	31 (17.4)	19 (21.8)	12 (13.2)	
Family	137 (77.0)	63 (72.4)	74 (81.3)	
Friends	10 (5.6)	5 (5.7)	5 (5.5)	
Marital status				0.187
Unmarried	32 (18.0)	17 (19.5)	15 (16.5)	
Married	112 (62.9)	53 (60.9)	59 (64.8)	
Couple	4 (2.2)	1 (1.1)	3 (3.3)	
Widow/er	17 (9.6)	12 (13.8)	5 (5.5)	
Divorced	13 (7.3)	4 (4.6)	9 (9.9)	
APACHE II	15.5 ± 6.4	14.5 ± 5.3	16.6 ± 7.2	0.03
ICU days of stay	11.9 ± 14.7	12.3 ± 18.5	11.5 ± 9.7	0.725
Event in ICU	107/176 (60.8)	48 (55.2)	59/89 (66.3)	0.175
Comorbidities	136/176 (77.3)	67/86 (77.9)	69/90 (76.7)	0.987

Values are expressed as mean ± standard deviation or n (%).

† Chi-square test for categorical variables and t-test for independent samples for continuous variables.

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. ICU: Intensive Care Unit.

Table 2. Comparison of the level of anxiety and depression between the control and intervention groups pre- and post-intervention

Variables	Control (n=82)			Intervention (n=84)			Difference (Intervention - Control)	
	Pre-ICU Discharge	Post-ICU discharge	P-value‡	Pre-interv.	Post-interv.	P-value‡	Mean [95% CI]	P-value‡
Anxiety (HADS)	7.4 ± 4.5	6.1 ± 3.9	<0.001	8.2 ± 4.5	5.5 ± 4.2	<0.001	1.46 [0.32 - 2.59]	0,012
Presence of anxiety¶	22 (26,8)	11 (13,4)	0,006	27 (32,1)	7 (8,3)	<0.001		
Depression (HADS)	6.6 ± 4.0	5.5 ± 3.8	0,001	7.9 ± 4.8	4.9 ± 3.8	<0.001	1,98 [0,86 - 3,09]	0,001
Presence of depression¶	13 (15,9)	8 (9,8)	0,228	22 (26,2)	8 (9,5)	0,006		

The values are expressed as mean ± standard deviation or n (%). ¶For this study, a value of 10 was decided as the cut-off point between the presence or absence of anxiety and depression. †T-test for independent samples. ‡T-test for repeated samples for continuous variables and McNemar test for categorical variables. Interv.: intervention. CI 95%: 95% confidence interval. HADS: Anxiety and Depression Scale. ICU: Intensive Care Unit.

Table 3. Changes in the levels of anxiety and depression (post-pre) according to sociodemographic and clinical variables in control and intervention groups

Variables	Control (n=82)		Intervention (n=84)	
	Anxiety (HADS)	Depression (HADS)	Anxiety (HADS)	Depression (HADS)
Gender				
Male	-1.3 ± 2.9	-1.3 ± 2.8	-2.5 ± 4.3	-2.6 ± 4.7
Female	-1.3 ± 3.3	-0.6 ± 2.5	-3.4 ± 4.1	-3.8 ± 3.7
P-value	0.937	0.280	0.361	0.243
Age, years†	0.020	-0.014	-0.119	-0.088
Educational level				
No Studies/Primary	-1.7 ± 3.6	-1.2 ± 2.7	-2.2 ± 4.5	-2.7 ± 4.7
Secondary/Higher	-0.8 ± 2.2	-0.8 ± 2.7	-3.4 ± 3.9	-3.4 ± 4.0
P-value	0.218	0.515	0.187	0.488
Marital status				
Live alone	-1.2 ± 3.5	-0.7 ± 3.7	-5.0 ± 4.2	-5.1 ± 5.3
Family/Friends	-1.3 ± 2.9	-1.1 ± 2.3	-2.4 ± 4.2	-2.7 ± 4.2
P-value	0.845	0.524	0.047	0.075
Marital status				
Single/Widowed/Divorced	-1.2 ± 3.1	-1.1 ± 3.2	-2.7 ± 3.6	-3.1 ± 4.7
Married/Couple	-1.4 ± 3.1	-1.0 ± 2.3	-2.8 ± 4.6	-3.0 ± 4.3
P-value	0.805	0.852	0.903	0.916
APACHE III†	-0.037	-0.115	0.110	0.176
ICU stay days†	0.072	0.025	0.011	-0.009
Event in ICU				
No	-1.5 ± 3.0	-1.2 ± 2.6	-1.8 ± 4.2	-2.8 ± 4.7
Yes	-1.1 ± 3.1	-0.8 ± 2.7	-3.2 ± 4.3	-3.1 ± 4.2
P-value	0.557	0.505	0.158	0.794
Comorbidities				
No	-0.4 ± 0.8	0.6 ± 1.2	-0.6 ± 2.8	-0.9 ± 3.3
Yes	-1.6 ± 3.4	-1.5 ± 2.8	-3.5 ± 4.4	-3.7 ± 4.5
P-value	0.139	0.003	0.007	0.011

The values are expressed as mean ± standard deviation in the case of categorical variables or correlation coefficient in the case of continuous variables (†).

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Table 4. Multiple linear regression models to determine factors associated with changes in anxiety and depression (post-intervention - pre-intervention)

Variables	Anxiety (HADS)			Depression (HADS)		
	β Estimator	Standard error	P-value	β Estimator	Standard error	P-value
Intercept	5.084	1.435	0.001	2.061	1.405	0.145
Pre-intervention value	-0.471	0.054	<0.001	-0.454	0.055	<0.001
Intervention group	-1.101	0.485	0.025	-1.538	0.501	0.003
Gender, female	0.220	0.504	0.663	0.210	0.510	0.682
Age, years	0.002	0.020	0.915	0.013	0.020	0.518
Secondary or higher education	-0.582	0.522	0.267	0.058	0.532	0.913
Family situation: lives alone	-1.365	0.804	0.092	-0.331	0.819	0.686
Marital status married or in a couple	-1.189	0.672	0.079	-0.405	0.685	0.555
APACHE II	0.038	0.040	0.347	0.059	0.041	0.148
ICU days of stay	-0.003	0.017	0.841	0.000	0.017	0.993
Event in ICU	-0.116	0.558	0.835	-0.103	0.559	0.854
Comorbidities	-2.889	0.616	<0.001	-1.870	0.633	0.004
R2 adjusted	0.387			0.378		

Supplementary table 1. Multiple linear regression models to determine independent factors associated with changes in anxiety and depression (post-intervention - pre-intervention)

Variables	Anxiety (HADS)†			Depression (HADS)‡		
	β Estimator	Standard error	P-value	β Estimator	Standard error	P-value
Intercept	4.369	1.431	0.003	1.816	1.396	0.195
Pre-intervention value	-0.481	0.053	<0.001	-0.455	0.055	<0.001
Intervention group	0.108	0.655	0.870	-0.857	0.599	0.155
Female	0.336	0.495	0.499	1.188	0.699	0.092
Age, years	0.006	0.019	0.775	0.011	0.020	0.584
Secondary or higher education	0.707	0.702	0.316	0.106	0.528	0.842
Family situation: lives alone	-1.380	0.788	0.082	-0.519	0.816	0.526
Marital status married or in a couple	-1.304	0.660	0.050	-0.601	0.685	0.382
APACHE II	0.032	0.039	0.419	0.070	0.041	0.087
ICU days of stay	0.001	0.017	0.969	-0.004	0.017	0.823
Event in ICU	-0.176	0.548	0.749	-0.136	0.554	0.807
Comorbidities	-2.776	0.606	<0.001	-1.781	0.628	0.005
Interaction	-2.491	0.929	0.008	-2.047	1.012	0.045
R2 adjusted	0.411			0.390		

† Interaction: Intervention group*secondary or higher education

‡ Interaction: Intervention group* female sex

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

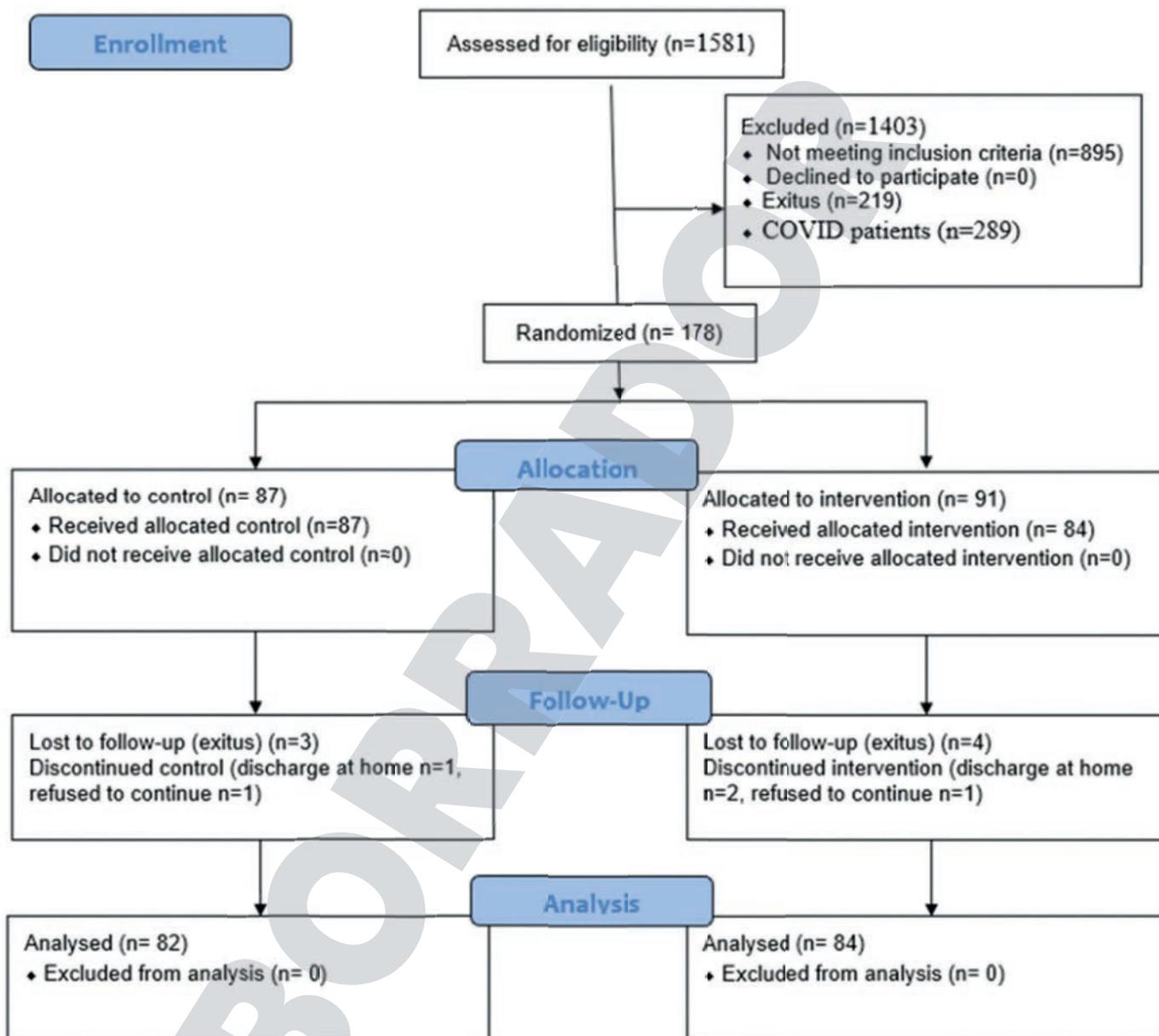


Figure 1. CONSORT Flow diagram of sample recruitment.

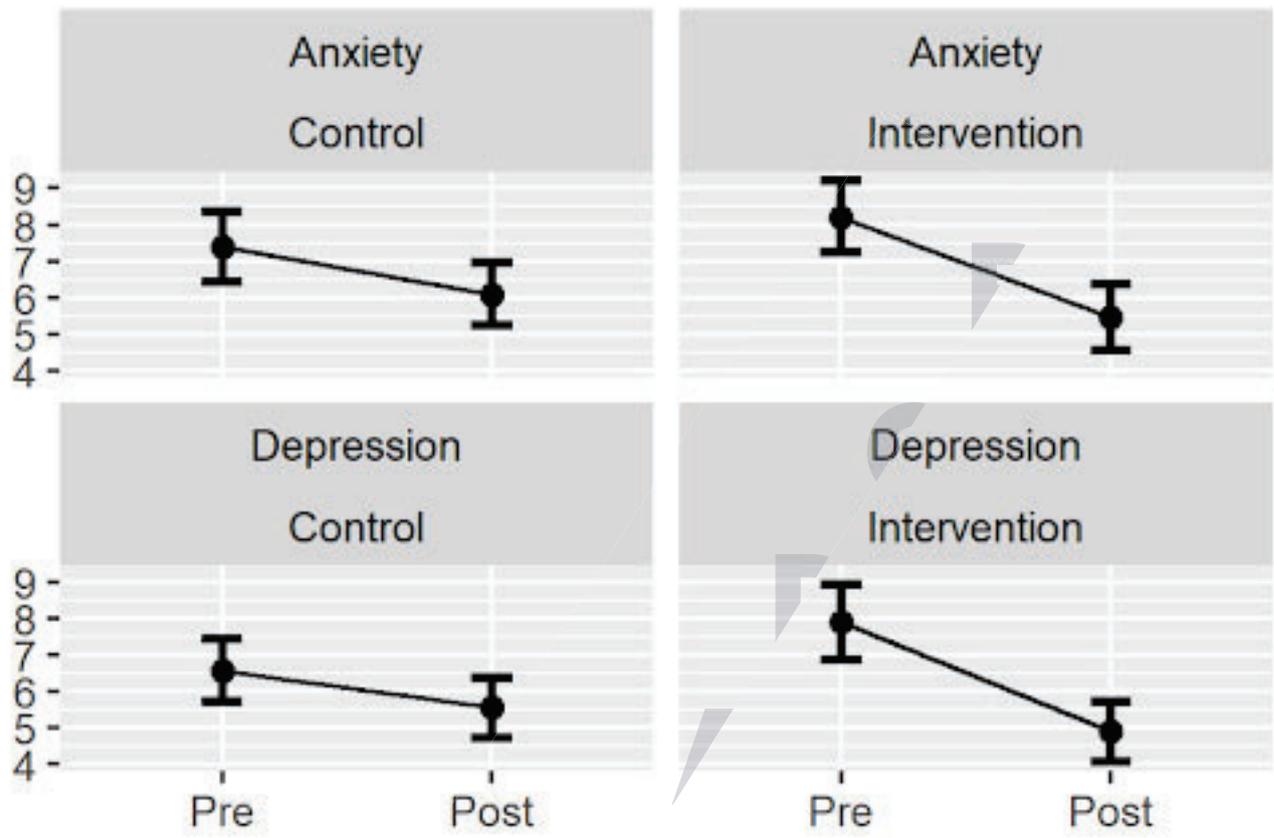


Figure 2. Effect of the intervention on the level of anxiety and depression.

D I S C U S I Ó N

5

En este apartado se discuten los resultados encontrados en la fase 1 (fase cualitativa) y en la fase 2 (fase cuantitativa) del estudio. Además, se incluyen las limitaciones del estudio encontradas durante la investigación y las sugerencias para la práctica clínica, la gestión, la docencia y la investigación enfermera.

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Aunque se ha demostrado previamente la utilidad de intervenciones encaminadas a empoderar los pacientes en diferentes escenarios sanitarios, no existen datos sobre ello en pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica.

El motivo de esta tesis es comprender la experiencia vivida y describir las necesidades de los pacientes para desarrollar una NEI durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización y comprobar su efecto.

Para ello se describieron siete objetivos específicos. Los cinco primeros se encuentran dentro del desarrollo de la fase cualitativa y los otros dos en la fase cuantitativa de la investigación.

5.1.1. Discusión de la fase 1 (fase cualitativa)

El primer objetivo específico de esta investigación fue **explorar los principales temas que preocupan a los pacientes durante el alta de la UCI**.

Existe evidencia de que los pacientes experimentan un impacto en el bienestar emocional cuando son trasladados de la UCI a la sala de hospitalización, pudiendo desarrollar problemas físicos, psicológicos y cognitivos posteriormente al alta de la UCI (Needham et al., 2012). Nuestros hallazgos añaden que la transición de la UCI después de la experiencia de una enfermedad crítica desencadena en el paciente síntomas que impactan en su bienestar emocional. Una revisión de la literatura previa demostró incluso que el impacto emocional puede estar presente después de meses y que puede llegar a desarrollarse un TEPT (Gómez-Carretero et al., 2007).

Por ello, es necesario la investigación de intervenciones que incluyan las dimensiones no solo físicas sino también psicológicas de los pacientes, con valoraciones previas antes de la transición de la UCI para detectar el riesgo de desarrollar alguna complicación que impacte en el bienestar emocional de los pacientes.

El segundo objetivo específico de esta investigación fue **describir los principales problemas relacionados con la información que se le brinda al paciente durante el alta de la UCI**.

La necesidad de información, expresada como falta de información sobre la transición de la UCI, fue un tema importante en nuestros hallazgos y es consistente con los resultados encontrados por Cullinane y Plowright (2013). Según Meleis, la preparación y el conocimiento facilitan la transición de las personas, mientras que la falta de preparación es un factor que actúa como limitador (Meleis et al., 2000). Sin embargo, las narraciones de los pacientes describen que no se les proporciona suficiente infor-

mación durante la transición de la UCI. Esto podría deberse al arraigado pensamiento de que los pacientes en la UCI no son aptos para recibir toda la información necesaria, o a la falta de tiempo a causa de la sobrecarga de trabajo de las enfermeras en la UCI. La información es vital a lo largo de todo el proceso de transición, no solamente en el momento del traslado, sino también durante y después de la transición entre unidades. Además, de acuerdo con las demandas de los pacientes, la información debe tener un contenido suficiente, que satisfaga las necesidades de los pacientes, y no solo referirse al momento del alta y el lugar de destino. Se ha demostrado que la información adecuada proporcionada durante la transición de la UCI disminuye la ansiedad que genera esta situación (Häggström, Asplund y Kristiansen, 2012), además de mejorar las percepciones sobre el abandono o la falta de continuidad de los cuidados que experimentan estos pacientes (Bench et al., 2015; Forsberg, Lindgren y Engström, 2011). Por lo tanto, creemos que una información eficaz durante la transición de la UCI también puede ayudar en el proceso de recuperación psicológica post-UCI y que las enfermeras tienen un papel esencial para facilitar esta transición del paciente.

El tercer objetivo específico de esta investigación fue **identificar los sentimientos que se generaron en los pacientes durante el alta de la UCI.**

Los participantes del estudio describieron sentimientos de miedo y ocasionalmente de terror, soledad y tristeza. Chaboyer et al., en un estudio realizado en un hospital de Australia, también hallaron que los pacientes expresaron temor y ansiedad sobre lo que sucedería a continuación y lo que significaba la transición de la UCI (Chaboyer, Kendall, Kendall y Foster, 2005). Hallazgos similares también han sido encontrados por otros investigadores (Bench y Day, 2010; Myhren, Ekeberg, Tøien, Karlsson y Stokland, 2010; Rattray, Crocker, Jones y Connaghan, 2010).

Algunos pacientes también han experimentado una sensación de falta de control antes de la transición de la UCI, debido a la pérdida de autonomía e independencia, resultado también descrito con anterioridad en la literatura (Cullinane y Plowright, 2013; Myhren, Ekeberg y Stokland, 2010; Tonelli y Misak, 2010). Esta sensación de pérdida de control y de autonomía se ha relacionado con la ansiedad, la depresión y el TEPT, motivo por el cual algunos autores recomiendan la valoración psicológica de estos pacientes antes de la transición de la UCI (Milton, Brück, Schandl, Bottai y Sackey, 2017).

Finalmente, otro sentimiento experimentado por los pacientes es "sentirse como un estorbo". También descrito con anterioridad (Chaboyer, James y Kendall, 2005; Op 't Hoog, Dautzenberg, Eskes y Vermeulen Vloet, 2020), estos sentimientos están relacionados con la percepción de ser ignorados por las enfermeras, que están demasiado ocupadas para escuchar las inquietudes de los pacientes, tanto en la UCI, antes de la transición, como en la sala de hospitalización. Algunos autores que han descrito hallazgos similares incluso han propuesto el traslado directo de la UCI a casa, cuando sea factible, para mejorar el estado emocional de los pacientes (Johnson et al., 2013).

El cuarto objetivo específico de esta investigación fue **identificar los elementos facilitadores y las barreras durante la transición de la UCI.**

Durante el análisis de las narraciones también se encontraron factores facilitadores y otros que actuaron como barrera durante la transición de la UCI. Los factores facilitadores y las barreras pueden ser propios del paciente, de los profesionales o de la institución. Nuestros resultados concuerdan con los de otros autores en que la

disponibilidad de las enfermeras y saber que obtendrán ayuda inmediata hace que los pacientes se sientan tranquilos y seguros en la UCI, y solo imaginar que esto no sucederá en la sala de hospitalización les afecta en su bienestar emocional. Asimismo, los pacientes declararon que las visitas de las enfermeras de la sala al paciente en la UCI antes de la transición ayudaron a aumentar esa sensación de seguridad. Por el contrario, las barreras relacionadas con los profesionales incluyeron la falta de información. Estos hallazgos se alinean con el trabajo de Stelfox et al. (2015) en una revisión de 224 artículos en la que analizaron facilitadores y limitadores relacionados con la atención de calidad durante el alta de la UCI, encontrando que los facilitadores más comunes relacionados con los pacientes y sus familias incluían la comunicación entre los profesionales y el paciente, la educación para el alta a los pacientes y a sus familias y el apoyo familiar al paciente, mientras que la ansiedad del paciente y la familia en relación con el alta fue la barrera más comúnmente informada. La enfermera de enlace de la UCI, la colaboración entre unidades y la experiencia de los profesionales también actuaron como facilitadores. Otros estudios previos también están en concordancia con nuestros hallazgos (De Grood et al., 2018; Forsberg et al., 2011).

Algunos pacientes también manifestaron, como limitador institucional, que la atención brindada no siempre estaba centrada en el paciente y ajustada a sus necesidades. Esto podría tener como causa la falta de enfermeras, la falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo en la UCI o simplemente el hecho de que siempre se han seguido los protocolos sin tener en cuenta la participación del paciente. El desequilibrio entre las necesidades de los pacientes y los recursos organizativos disponibles conduce a situaciones que no necesariamente están en concordancia con los intereses de los pacientes ni tienen en cuenta sus expectativas y necesidades individuales (Häggs tröm et al., 2012). Ante esta situación haría falta una cultura organizacional donde las políticas, los programas de salud y las intervenciones dirigidas a los pacientes se organicen con la participación de los pacientes y sus familias.

Entre los resultados encontrados también se ha informado como una barrera el momento temporal en el que se lleva a cabo el traslado. Así, los traslados durante el turno de noche o durante los cambios de turno de las enfermeras pueden contribuir a aumentar la ansiedad del paciente, así como los traslados programados con poca antelación, los repentinos o los que se retrasan. Estos hallazgos también han sido encontrados por otros autores (McCairn y Jones, 2014). Es innegable que las camas de UCI son un recurso escaso y, debido a esta necesidad, muchas veces se hace el traslado a la sala de hospitalización sin tener en cuenta el momento en que se realiza. No obstante, hay que considerar que los pacientes que son trasladados en esta situación probablemente tendrán un impacto emocional e incluso físico: existen evidencias de que los pacientes trasladados desde la UCI en turno de noche tienen mayor tasa de readmisión a la UCI y mortalidad (Vollam et al., 2018; Yang, Wang, Liu, Wang y Ma, 2016).

Existen pocos estudios publicados en relación con las expectativas de los pacientes durante el alta de la UCI. El análisis de las narrativas de los participantes describe la continuidad y la individualización de los cuidados como expectativas esenciales durante la transición de la UCI. En un estudio previo, algunos pacientes atribuyeron sus malas experiencias a la falta de continuidad de los cuidados, a que las enfermeras de la sala de hospitalización estaban demasiado ocupadas para prestarles atención, o a la mala comunicación y transferencia de la información entre las enfermeras de la UCI y las de la sala de hospitalización (Field, Prinjha y Rowan, 2008). La continuidad de

los cuidados y la individualización del plan de cuidados son dos aspectos sumamente relacionados con la calidad de la atención y con la satisfacción de los pacientes. Además, hemos observado en nuestros resultados que también están relacionados con el bienestar emocional de los pacientes.

La recuperación de la autonomía también fue otra de las expectativas importantes manifestadas por los participantes, y fue especialmente enfatizada por los pacientes de la UCI de Traumatología. Una revisión de la literatura publicada previamente (Svenningsen, Langhorn, Ågård y Dreyer, 2017) también refirió hallazgos similares, concluyendo que los pacientes de la UCI de Traumatología a menudo suelen ser jóvenes que tienen menos morbilidad preexistente y suelen ser más reacios a aceptar la disminución funcional antes y después del alta de la UCI que los pacientes crónicos y quirúrgicos. Además, no han tenido una experiencia previa de ingreso en UCI y muchas veces son ingresados de manera repentina. Esto contrasta con los pacientes crónicos que han estado ingresados en la UCI en otras ocasiones, que son sobre todo mayores de 65 años con presencia de morbilidades y aceptan la limitación funcional. El análisis y el reconocimiento de las expectativas de los pacientes son fundamentales para mejorar la atención. La capacidad de los profesionales para ver a los pacientes como expertos en el reconocimiento y la gestión de sus propias necesidades es la base de cualquier estrategia de intervención con respecto a la mejora de la atención del paciente para que recupere la autonomía.

Todos los problemas mencionados pueden influir en la recuperación del paciente y pueden ser abordados antes del alta de la UCI para contribuir a disminuir las complicaciones post-UCI. Algunos autores han sugerido y demostrado que, por ejemplo, el TEPT puede prevenirse en los sobrevivientes de la UCI y que las intervenciones tempranas pueden ser más eficaces que las iniciadas después del alta de la UCI (Da Costa et al., 2019; Roberts et al., 2018; Warlan y Howland, 2015). En este sentido, las enfermeras de la UCI son un factor importante en la transición de los pacientes de la UCI. En un estudio que se centró en explorar las experiencias de las enfermeras de la UCI, los autores concluyeron que las enfermeras de las salas de hospitalización necesitan una mejor comprensión de las experiencias de transición de los pacientes críticamente enfermos procedentes de la UCI para ayudarlas en las intervenciones terapéuticas dirigidas a estos pacientes (Ludin, Arbon y Parker, 2013). El papel de las enfermeras en esta etapa es imprescindible, ya que se encuentran en una posición única para hacer frente a los sentimientos de los pacientes durante la transición de la UCI, identificando y reduciendo los miedos y ajustando sus expectativas a través de la información y la educación, ofreciendo una orientación anticipada. Y es fundamental incorporar la experiencia y las expectativas de los pacientes en este proceso para mejorar la atención, puesto que se identifican cada vez más factores de riesgo modificables e intervenciones beneficiosas que reducen el impacto negativo en el bienestar emocional después del alta de la UCI.

El quinto objetivo específico de esta investigación fue **explorar las implicaciones teóricas de la teoría de las transiciones de Afaf Meleis en la experiencia de los pacientes durante la transición de la UCI.**

La teoría de las transiciones (Meleis et al., 2000) proporciona un marco útil para describir los hallazgos del análisis de las experiencias de los pacientes durante la transición de la UCI. Nuestros resultados son consistentes con las dimensiones incluidas en la teoría y se reconocieron las principales características de la transición de la UCI:

la naturaleza de las transiciones, las condiciones de las transiciones, los patrones de respuesta y la terapéutica enfermera.

En relación con los tipos y patrones de la transición de la UCI, los pacientes que están en transición de la UCI, sin duda, experimentan múltiples transiciones simultáneas, complejas, situacionales y organizativas al ser transferidos a la sala de hospitalización. Este hallazgo es consistente con el estudio de Vázquez Calatayud y Portillo, (2013), quienes afirmaron que la transición de la UCI es compleja y puede producir en el paciente inestabilidad y vulnerabilidad. Los resultados del análisis secundario en este estudio reafirmaron esta tipología como representativa de la transición de la UCI. En este sentido, explorar más profundamente cada una de estas características ha sido esencial para resaltar la complejidad de la transición de la UCI.

Analizar las propiedades de la experiencia de la transición puede ayudarnos a averiguar las causas de las respuestas de los pacientes. El cambio de un entorno donde el paciente crítico ha sido admitido de manera urgente y en el que ha sido vigilado, tratado, controlado y cuidado exhaustivamente a otro donde probablemente exista una incongruencia entre las expectativas y las percepciones reales del paciente, o una incompatibilidad entre sus necesidades y la disponibilidad y el acceso a los medios para su satisfacción (Chick y Meleis, 1986) provoca en el paciente un estado de inestabilidad generado por la incertidumbre. Nuestros hallazgos están en congruencia con los de otros autores (Lazarus y Folkman, 1996; McCormick, 2002; Mishel, 1997) en el hecho de que el desconocimiento de la situación de salud ocasionado por la falta de información provoca incertidumbre, miedo y ansiedad en los pacientes. En este sentido, manejar la incertidumbre es fundamental para la adaptación del paciente a una nueva situación.

Otro hallazgo importante ha sido la percepción de falta de continuidad de los cuidados. Este dato concuerda con otro estudio (Cline, 2016) en que los pacientes experimentaron una desconexión total con la UCI. Todas estas percepciones experimentadas por los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica nos llevan a reflexionar sobre el desarrollo de las intervenciones enfermeras. La falta de continuidad de los cuidados podría tener como causa la falta de información y comunicación entre los profesionales, como otros han apuntado anteriormente (Stelfox et al., 2017; Van Sluisveld et al., 2017).

En las condiciones de las transiciones, la incertidumbre se reflejó como un limitador durante la transición de la UCI y se identificó como falta de conocimientos y de información de los pacientes para poder afrontarla. Cuanto más alto es el nivel de conocimientos y de habilidades adquiridas en una situación, mejor será adaptación y la respuesta del paciente. De acuerdo con los resultados encontrados por Fernández-Araque et al. (2020), los pacientes demandan información sobre las consecuencias físicas y mentales posteriores a la enfermedad. Por lo tanto, el objetivo será buscar la satisfacción de las necesidades de información durante la transición de la UCI para disminuir la incertidumbre manifestada por los pacientes.

Patrones de respuesta de los pacientes, como la ansiedad, la irritabilidad, el estrés y la depresión, son comunes en los pacientes durante la transición de la UCI (Gómez-Carretero et al., 2007; Ricart Basagaña, 2015), impidiendo que ésta sea saludable. Se han propuesto indicadores de proceso (Meleis et al., 2000) como «sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento». Si los pacientes en transición de la UCI están en contacto con sus familiares se sentirán conectados,

y también el contacto con la enfermera en la sala de destino hará que el paciente se sienta conectado durante la transición. Por otro lado, que el paciente se sienta ubicado en espacio y tiempo también será importante para que experimente una transición saludable. La identificación de indicadores de proceso en los pacientes permitirá una evaluación y una intervención tempranas por parte de las enfermeras para facilitar la obtención de indicadores de resultados saludables (Schumacher y Meleis, 1994), como el dominio de nuevas habilidades y comportamientos (Meleis et al., 2000), lo cual se reflejará en el bienestar emocional y la satisfacción del paciente. Éstos están fuertemente relacionados con el hecho de recibir una adecuada información durante la transición de la UCI (Stelfox et al., 2017).

La terapéutica enfermera contribuye a que los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica afronten adecuadamente las complicaciones que puedan experimentar durante la transición de la UCI. De acuerdo con Mishel, el desarrollo y la implementación de una intervención con información y educación durante la transición de la UCI ayudará a los pacientes a desarrollar el significado de la experiencia de la transición, lo cual contribuirá a disminuir la incertidumbre y, por consiguiente, la ansiedad (Mishel, 1997). La intervención enfermera se tiene que enfocar en facilitar el proceso de transición del individuo, y consiste en ayudar al paciente a adaptarse a una nueva condición y a vivir con ella (Meleis et al., 2000). Sin embargo, no todos los pacientes experimentan una transición negativa (McKinney y Deeny, 2002) y, por lo tanto, las enfermeras necesitan comprender los patrones de respuesta del paciente durante la transición, además de identificar las principales características de una transición para poder intervenir y llevar a cabo un plan de cuidados con una atención individualizada y centrada en el paciente durante todo el proceso. Involucrar y habilitar al paciente y fomentar su autonomía son elementos clave para lograr una transición saludable. Finalmente, con el objetivo de que la terapéutica enfermera pueda ser optimizada, deberían tenerse en cuenta aspectos psicológicos del paciente; es decir, además de brindarle los conocimientos necesarios y promover y fomentar su autonomía, se ha observado también la importancia de la demanda de apoyo psicológico y emocional. Estos resultados apoyan la evidencia encontrada en otros estudios (Korukcu, Deliktaş y Kuku- lu, 2017) y se sugiere como una intervención esencial durante la transición de la UCI. Estos conceptos están descritos dentro de las dimensiones del empoderamiento. Por lo tanto, una intervención enfermera de empoderamiento sería una alternativa a la terapéutica enfermera durante la transición de la UCI.

5.1.2. Discusión de la fase 2 (fase cuantitativa)

El sexto objetivo específico de esta investigación fue **determinar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y los niveles de ansiedad y de depresión que presentan los pacientes durante el proceso de alta de la UCI.**

En relación con las características demográficas y clínicas de los pacientes, no se evidenció una relación directa entre el género, la edad, el motivo de ingreso y el nivel de gravedad. En la literatura previa existen datos controvertidos al respecto. La mayoría de los estudios han concluido que el género y la edad no son factores de riesgo para desarrollar depresión post-UCI (Davydow et al., 2009; Rabiee et al., 2016), ni tampoco ansiedad (Nikayin et al., 2016), pero, en cambio, en otros han asociado ser mujer y tener menor edad a un mayor riesgo de padecer ansiedad en pacientes post-UCI (Desai et al., 2011) o en la población general (Remes et al., 2016). Por otro lado, y en concordancia con otros autores (Davydow et al., 2009; Needham et al., 2012; Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016), no se encontró asociación entre los factores relacionados con la UCI, como el motivo de ingreso, el nivel de gravedad y los días de estancia, y los niveles de ansiedad y de depresión en nuestro estudio.

Y, por último, el séptimo objetivo específico de esta investigación fue **comparar el nivel de ansiedad y de depresión entre el GC y el GI pre y postintervención.**

En el estudio incluimos 178 sobrevivientes de una UCI general, médica y coronaria, y encontramos que al menos el 27,5% presentaron síntomas de ansiedad y el 19,7% de depresión, datos en concordancia con otros estudios en pacientes sobrevivientes de la UCI (Hatch et al., 2018; Proffitt y Menzies, 2019; Rabiee et al., 2016) y mayor que los datos encontrados en la población general (Villagrasa et al., 2019).

La NEI consistió en brindar información utilizando una guía como soporte. Esta información tenía en cuenta las necesidades expresadas por los pacientes encontradas en la fase 1 del estudio (Cuzco et al., 2021) y en la literatura previa, considerando las dimensiones del empoderamiento (Leino-Kilpi et al., 1998). Se tuvo en cuenta que la manera de empoderar a los pacientes debe ajustarse a las preferencias y capacidades de aprendizaje de éstos. Algunos pacientes prefirieron la NEI a primera hora de la mañana, otros después de comer, y otros antes de cenar. La elección de los temas de mayor interés también es importante: unos prefirieron tener más información de la evolución de la enfermedad; otros necesitaron educación sobre cómo administrarse la heparina o la insulina o cómo colocarse el oxígeno; otros necesitaron motivación para recuperarse e información sobre su rehabilitación y los recursos disponibles fuera del hospital; y para algunos pacientes extranjeros, la mayor preocupación era cómo pagar el ingreso. Hay que valorar también que las nuevas tecnologías pueden ser útiles en el desarrollo de nuevas intervenciones como guías en formato digital, vídeos o la creación de un portal interactivo, siempre teniendo en cuenta las capacidades del paciente.

El resultado más relevante es que observamos que la NEI se asoció a un descenso en los niveles de ansiedad y depresión post-UCI (desde el punto de vista cuantitativo, con una reducción en la escala HADS) y en la proporción de pacientes con niveles patológicos de ansiedad o de depresión. De forma interesante, también los pacientes en el GC presentaron una disminución de los niveles de ansiedad y de depresión. La transición de la UCI a la sala de hospitalización para algunos pacientes significa haber superado el motivo agudo de ingreso, poder recuperar la movilidad, limitada

en la UCI, así como poder comunicarse y estar más tiempo con la familia, todos ellos factores que pueden justificar esta reducción. Sin embargo, esta disminución fue mucho menor que en el grupo que recibió la NEI.

En relación con la influencia de determinadas variables en la reducción de los niveles de ansiedad y de depresión y la respuesta a la NEI no se evidenció una relación directa con los factores relacionados con el ingreso en la UCI, como el motivo de ingreso, el nivel de gravedad y los días de estancia, y tampoco con la edad. Estos resultados concuerdan con los de otros estudios (Davydow et al., 2009; Needham et al., 2012; Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016).

Sí que encontramos, por el contrario, que la presencia de comorbilidades, así como vivir solo (frente a vivir en familia o con amigos), sí se asoció a una mayor reducción de los niveles de ansiedad. Estudios previos han demostrado que las personas con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de padecer ansiedad (Remes et al., 2016), y que esta es más difícil de diagnosticar y de tratar, lo cual contribuye a bajas tasas de remisión, mal pronóstico y riesgo de suicidio (Simpson et al., 2010). El hecho de que estos pacientes tengan un mayor descenso en los valores de ansiedad y de depresión posteriormente al alta de la UCI podría asociarse a la experiencia previa de situaciones similares, que actuaría como factor facilitador en la transición de estos pacientes. No obstante, la presencia de comorbilidades debería tenerse en cuenta desde la admisión de estos pacientes en la UCI para una valoración precoz y una atención temprana de la ansiedad y la depresión en el post-UCI. Por otro lado, se sabe que la presencia de familiares en la UCI puede conllevar efectos positivos en el bienestar emocional del paciente y su familia (Cypress y Frederickson, 2017; Kentish-Barnes et al., 2021). Nuestros resultados no contradicen este hecho, sino que apuntan a que los pacientes que viven sin compañía reducen más sus niveles de ansiedad y de depresión al alta de la UCI que los que viven acompañados. Una posible justificación es que estos últimos están preocupados también por la familia durante la transición de la UCI; de hecho, en las entrevistas realizadas en la fase 1 del estudio para diseñar la NEI se apuntaba en este sentido (Cuzco et al., 2021). También es posible que estos pacientes estén más «preparados» para afrontar este traslado por su estilo de vida. En todo caso, se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos.

Nuestros resultados también muestran que las mujeres que recibieron la NEI presentaron una mayor disminución de los niveles de depresión que los hombres. Existen evidencias en la literatura en los que el género no es un factor de riesgo para desarrollar depresión post-UCI (Davydow et al., 2009; Nikayin et al., 2016; Rabiee et al., 2016). Sin embargo, en un trabajo previo en el que se vio una mayor incidencia de TEPT en mujeres que en hombres supervivientes a un ingreso en UCI (Schandl, Bottai, Hellgren, Sundin y Sackey, 2012), éstas también respondían mejor a una intervención de seguimiento.

Además, también observamos que los pacientes con estudios superiores tenían mejor respuesta a la NEI en cuanto a la reducción de la ansiedad. Una mayor capacidad de entender la intervención informativa por sus conocimientos previos podría ayudar a explicar este hallazgo.

Nuestros resultados proporcionan una información importante a favor del empoderamiento durante la transición de los pacientes de la UCI. El empoderamiento del paciente como objetivo en las áreas de la atención en salud, implica que los pacientes deben estar listos y dispuestos a aceptar ser empoderados y que las enfermeras

que buscan empoderar a los pacientes estén en condiciones de hacerlo (Christensen y Hewitt-Taylor, 2007). Además, considerando la carga emocional y física que tienen las enfermeras en las UCI, pensamos que sería clave la inclusión de la enfermera de práctica avanzada en UCI y la enfermera de salud mental de consulta para realizar este tipo de intervenciones. Finalmente, pensamos que la creación de un equipo de seguimiento post-UCI de estos pacientes para la detección y la intervención precoz de la ansiedad y la depresión contribuiría a mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de la UCI.

5.2. LIMITACIONES

El presente trabajo presenta varias limitaciones. En la fase 1, el estado físico y/o psíquico de los pacientes dados de alta de la UCI de Traumatología dificultó el reclutamiento de estos pacientes. El muestreo fue intencional teórico teniendo en cuenta tres características de estructura social: género, la edad y las comorbilidades. Sin embargo, el reclutamiento de pacientes con perfiles que incluían edad superior a 65 años, mujeres o sin comorbilidades, fue complicado debido a su baja incidencia en las diferentes UCI, y prolongó la etapa de reclutamiento de pacientes y, consecuentemente, el estudio.

La fase 2 del estudio también presentó algunas limitaciones. En primer lugar, evaluamos el impacto de la intervención enfermera de empoderamiento en un plazo relativamente corto de tiempo (hasta una semana después del alta de la UCI). Sin embargo, está descrita la aparición de problemas a más largo plazo (Bienvenu et al., 2018; Desai et al., 2011). En este sentido, cabe comentar que estudios previos han demostrado que los datos obtenidos de prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT a la semana del alta de UCI se correlacionan con los obtenidos a los tres meses (Milton et al., 2017; Wawer et al., 2020). Por este motivo, consideramos esencial la valoración temprana de estos síntomas para poder intervenir a tiempo, aunque sugerimos investigaciones futuras con valoraciones a largo plazo tras el alta de la UCI para confirmar el impacto de la NEI.

También, todos los pacientes incluidos pertenecían al área metropolitana de Barcelona, lo que se debería tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados. Por otro lado, la complejidad y los problemas de comunicación que presentan algunos pacientes al alta de la UCI dificultó también la inclusión de pacientes en esta fase, con lo cual se alargó el periodo de reclutamiento. Además, durante el desarrollo del estudio aconteció la pandemia COVID-19, lo cual limitó también la inclusión de pacientes y prolongó su duración.

5.3. PROPUESTAS PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y OTRAS INVESTIGACIONES

5.3.1. Implicaciones para la práctica clínica

Es importante que las enfermeras de la UCI analicen las experiencias de los pacientes durante el traslado de la UCI a la sala general para que puedan ayudarlos a tener una experiencia positiva de transferencia a la UCI y reducir los efectos negativos.

Comprender los patrones de respuesta de los pacientes e identificar las características de la transición de la UCI contribuirá al desarrollo de intervenciones enfermeras, protocolos y planes de cuidados individualizados para prevenir una transición no saludable y ayudar a disminuir las complicaciones post-UCI.

Extender la aplicación de la teoría de las transiciones más allá de la transición situacional de la UCI a la sala nos permite llevar a cabo una exploración robusta y holística de la experiencia de la transición.

La transición es una experiencia de vida universal, y mantener la teoría de las transiciones a la vanguardia en la transición de las personas es importante para construir conocimientos y promover la práctica enfermera.

El cribado de ansiedad y depresión antes del alta de la UCI debe ser una valoración fundamental para poder realizar una intervención precoz.

5.3.2. Implicaciones para la docencia

La utilización de las teorías en enfermería, como la teoría de las transiciones, en el cuidado de las personas ayuda a estimular el pensamiento crítico enfermero y nos plantea un desafío en la investigación enfermera como marco de referencia para reconocer que existe un proceso de transición que se experimenta por un suceso o cambio en la vida de las personas.

Asimismo, la aplicación del empoderamiento en las intervenciones enfermeras durante la transición de los pacientes de la UCI es un reto para los estudiantes de enfermería.

5.3.3. Implicaciones para la gestión

Las consecuencias del empoderamiento en el paciente aún no están del todo claras. Por ello, es necesario ampliar nuestros conocimientos sobre cómo el empoderamiento puede mejorar la calidad asistencial. Considerando la carga emocional y física que tienen las enfermeras en las UCI, sería clave la inclusión de la enfermera de práctica avanzada en UCI y la enfermera de salud mental de consulta dentro del equipo multidisciplinario de la UCI para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Finalmente, la creación de un equipo de seguimiento post-UCI de estos pacientes para la detección y la intervención precoz de la ansiedad y la depresión contribuiría a la mejora de la calidad de vida de los sobrevivientes de la UCI y en general de la calidad asistencial.

5.3.4. Implicaciones para la investigación

Como herramienta para poner en práctica la NEI, en este estudio se utilizó una guía de soporte en formato cuadernillo, pero las nuevas tecnologías, como una guía en formato digital, vídeos o la creación de un portal interactivo, son recursos que serían de gran ayuda para llevar a cabo la intervención de empoderamiento a los pacientes, siempre teniendo en cuenta sus capacidades.

La NEI antes del alta de la UCI parece que contribuye a la disminución de la ansiedad y la depresión en los supervivientes críticamente enfermos, pero son necesarias más investigaciones para apoyar estos resultados y que pueda recomendarse como estrategia habitual durante la transición de la UCI.

Asimismo, estaría justificada una investigación que relacione el empoderamiento, su aplicación y la participación del paciente con resultados como la calidad asistencial, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

Considerando que los efectos negativos a largo plazo en los sobrevivientes de la UCI pueden estar presentes, sería esencial la implementación de investigaciones para el seguimiento de estos pacientes.

C O N C L U S I O N E S

6

Esta tesis pretende contribuir a la búsqueda y al conocimiento del proceso de transición de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos a la unidad de hospitalización.

Los resultados obtenidos en esta investigación y su interpretación nos han llevado a las siguientes conclusiones:

- El primer objetivo específico de esta investigación fue **explorar los principales temas que preocupan a los pacientes durante el alta de la UCI.**

Los principales temas que preocupan a los pacientes durante la transición de la UCI a la sala de hospitalización son el bienestar emocional, la falta de información, la continuidad de los cuidados, la esperanza de futuro, los facilitadores y limitadores durante la transición de la UCI. Los pacientes presentan múltiples sentimientos, preocupaciones y expectativas cuando son transferidos de la UCI a la sala de hospitalización. Esta situación puede tener un impacto potencial en su bienestar y en su recuperación emocional y deberían ser abordados.

- El segundo objetivo específico de esta investigación fue **describir los principales problemas relacionados con la información que se le brinda al paciente durante el alta de la UCI.**

La falta de información sobre el proceso de transición de la UCI a la sala de hospitalización a pacientes y familiares es uno de los principales problemas durante esta transición. Los pacientes quieren comprender y saber más sobre su actual estado de salud, sobre la continuidad de los cuidados y sobre las diferencias que encontrarán con respecto a su atención después de ser transferidos a la sala de hospitalización.

- El tercer objetivo específico de esta investigación fue **identificar los sentimientos generados por los pacientes durante el alta de la UCI.**

Se describieron sentimientos de miedo y ocasionalmente de terror, soledad y tristeza. Algunos pacientes también han experimentado la sensación de falta de control antes de la transición de la UCI, debido a la pérdida de autonomía y de independencia, la ansiedad, la depresión o el hecho de sentirse como un estorbo.

- El cuarto objetivo específico de esta investigación fue **identificar los elementos facilitadores y las barreras durante la transición de la UCI.**

Se han identificado factores facilitadores o barreras que influyen en la transición de la UCI a la sala de hospitalización. La principal barrera identificada propia de los pacientes son los sentimientos negativos experimentados, la incertidumbre, la ansiedad, la depresión, la pérdida de autonomía y la falta de información y de apoyo emocional por parte de los profesionales. Otra barrera, propia de la institución, es que la organización de los cuidados no está en concordancia con las necesidades de los pacientes, sino que depende de la organización de la institución. Por otro lado, los principales facilitadores de la transición de la UCI encontrados en este estudio han sido la información y la adquisición de conocimientos sobre el estado de salud de los pacientes y el hecho de estar acompañados por la familia durante la transición.

- El quinto objetivo específico de esta investigación fue **explorar las implicaciones teóricas de la teoría de las transiciones de Afaf Meleis en la experiencia de los pacientes durante la transición de la UCI.**

Se han reconocido los principales conceptos de la teoría de las transiciones en la transición de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización. Esta teoría ofrece un marco teórico necesario para comprender la complejidad de la transición de la UCI. Identificar las características inherentes al proceso de transición de la UCI conducirá al desarrollo de intervenciones enfermeras congruentes con las experiencias únicas de los pacientes, con lo cual se fomentarán las respuestas saludables. El empoderamiento, como alternativa a la terapéutica enfermera, administrado a los pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica integra la información, la educación, la promoción de la autonomía y el apoyo psicológico y emocional, identificados como las principales intervenciones enfermeras durante la transición de la UCI.

- El sexto objetivo específico de esta investigación fue **determinar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas y los niveles de ansiedad y de depresión** que presentan los pacientes durante el proceso de alta de la UCI.

No se evidenció una relación directa entre el género, la edad, el motivo de ingreso y el nivel de gravedad y la ansiedad y la depresión.

- El séptimo objetivo específico de esta investigación fue **comparar el nivel de ansiedad y depresión entre el GC y el GI pre y postintervención.**

Una intervención enfermera de empoderamiento en pacientes críticos durante la transición de la UCI se asocia a una reducción en los niveles de ansiedad y de depresión. Se observó una disminución mayor de la ansiedad y la depresión en pacientes con comorbilidades, así como un mayor descenso de la depresión en mujeres que recibían la NEI y una disminución de la ansiedad en pacientes que vivían solos y en pacientes con estudios superiores y recibían la NEI.

BIBLIOGRAFÍA

7

- Alberto, L., Gillespie, B. M., Green, A., Martínez, M. C., Cañete, A., Zotarez, H., ... Chaboyer, W. (2017). Activities undertaken by Intensive Care Unit Liaison Nurses in Argentina. *Australian Critical Care*, 30(2), 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.06.002>
- Alonso-Ovies, A., Álvarez, J., Velayos, C., García, M. M., y Luengo, M. J. (2014). Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(6), 325-333. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>
- American Psychiatric Association (2013). Trauma and Stressor-Related Disorders. En: American Psychiatric Association (ed.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (p. 1519). Michigan, EE. UU.: Psychiatric Association Publishing.
- Anderson, R. M., y Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Arias-Rivera, S., López-López, C., Frade-Mera, M. J., Via-Clavero, G., Rodríguez-Mondéjar, J. J., Sánchez-Sánchez, M. M., ... Latorre-Marco, I. (2020). Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. Proyecto ASCyD. *Enfermería Intensiva* (English Ed.), 31(1), 3-18. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2018.11.003>
- Ajoulat, I., D'Hoore, W., y Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13-20.
- Baker, M. (2000). Modernising the NHS: Patient care (empowerment): the view from a national society. *BMJ*, 320(7250), 1660-1662. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7250.1660>
- Barbetti, J., y Choate, K. (2003). Intensive care liaison nurse service: Implementation at a major metropolitan hospital. *Australian Critical Care*, 16(2), 46-52. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(03\)80014-0](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(03)80014-0)
- Bartolo, M., Bargellesi, S., Castioni, C. A., Intiso, D., Fontana, A., Copetti, M., ... Bonaiuti, D. (2017). Mobilization in early rehabilitation in intensive care unit patients with severe acquired brain injury: An observational study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49(9), 715-722. <https://doi.org/10.2340/16501977-2269>
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Nueva York, EE. UU.: Oxford University Press. Recuperado de http://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb1900938__S Principles of Biomedical Ethics__Orightresult__U__X7?lang=spi
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Carbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Bell, J., y Heys, I. (1999). Code of Ethics (1847). En: Baker, R. B., Caplan, A. L., Emanuel, L. L., Latham, S. R. (eds.). *The American Medical Ethics Revolution. How The AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, an Society* (pp. 324-334, "Appendix C"). Baltimore, EE. UU.: The Johns Hopkins University Press.
- Bench, S., y Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: A meta-synthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 487-499. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.013>
- Bench, S., Day, T., Heelas, K., Hopkins, P., White, C., y Griffiths, P. (2015). Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 5(11), e006852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006852>
- Bérubé, M., Gélinas, C., Bernard, F., Gagné, A., Laizner, A., y Lefebvre, H. (2014). Evaluation of the feasibility and acceptability of a nursing intervention program to facilitate the transition of adult SCI patients and their family from ICU to a trauma unit. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18(4), 214-226. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.12.003>

- Biennu, O. J., Friedman, L. A., Colantuoni, E., Dinglas, V. D., Sepulveda, K. A., Mendez-Tellez, P., ...Needham, D. M. (2018). Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Medicine*, 44(1), 38-47. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-5009-4>
- Boladeras, M (coord.). (2015). *Bioética del cuidar, ¿que significa humanizar la asistencia?* Madrid, España: Tecnos. Recuperado de http://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb2165472__Sautonom%EDa del paciente en la UCI__Orighresult__U__X1?lang=spi
- Cabré Pericas, L. L., Abizanda Campos, R., Baigorri González, F., Blanch Torra, L., Campos Romero, J. M., Iribarren Diarasarri, S., ... Solsona Durán, J. F. (2006). Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva*, 30(2), 68-73. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74471-0](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74471-0)
- Campbell, D. T. (1957). Factors Relevant to the Validity of Experiments in Social Settings. *Psychological Bulletin*, 54, 297-312.
- Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A., y Milanesio, E. (2014). Open Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 181-193. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000052>
- Castañer Balcells, M., Camerino Foguet, O., y Anguera Argilaga, M. T. (2013). Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad física y el deporte. *Apunts Educación Física y Deportes*, 112, 31-36. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2013/2\).112.01](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2013/2).112.01)
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., y Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Chaboyer, W., James, H., y Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16-28.
- Chaboyer, W., Kendall, E., Kendall, M., y Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, 18(4), 138-145.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K., y Foster, M. (2007). The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 362-369. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.005>
- Charalambous, A. (2014). Hermeneutic phenomenological interpretations of patients with head and neck neoplasm experiences living with radiation-induced xerostomia: The price to pay? *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 512-520. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.007>
- Chen, T. J., Chung, Y. W., Chen, P. Y., Hu, S. H., Chang, C. C., Hsieh, S. H., ... Chiu, H. Y. (2021). Effects of daily sedation interruption in intensive care unit patients undergoing mechanical ventilation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Practice*, e12948. <https://doi.org/10.1111/ijn.12948>
- Chick, N., y Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. En: Chinn, P. L. (ed.). *Nursing Research Methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Boulder, EE. UU.: Aspen Publications. Recuperado de <http://repository.upenn.edu/nrs/9%0ACopyright>
- Christensen, M., y Hewitt-Taylor, J. (2007). Patient empowerment: does it still occur in the ICU? *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.03.002> Clifton, L., y Clifton, D. A. (2019). The correlation between baseline score and post-intervention score, and its implications for statistical analysis. *Trials*, 20(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3108-3>
- Cline, D. D. (2016). A Concept Analysis of Vulnerability during Transitions. *Nursing Education Perspectives*, 37(2), 91-96. <https://doi.org/10.5480/14-1363>

- Cornwall, A. (2016). Women's Empowerment: What Works? *Journal of International Development*, 28(3), 342-359. <https://doi.org/10.1002/jid.3210>
- Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CuidARTE*, 7(1), 1227-1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Creswell, J. W., y Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, EE. UU.: Sage. Recuperado de <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/2d5fb3067ee1f0d734cf2ff629e1a3f6>
- Cullen, D. J., Ferrara, L. C., Briggs, B. A., Walker, P. F., y Gilbert, J. (1976). Survival, Hospitalization Charges and Follow-up Results in Critically Ill Patients. *New England Journal of Medicine*, 294(18), 982-987. <https://doi.org/10.1056/NEJM197604292941805>
- Cullinane, J. P., y Plowright, C. I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 289-296. <https://doi.org/10.1111/nicc.12047>
- Curtis, J., Cook, D., Wall, R., Angus, D., Bion, J., Kacmarek, R., ... Puntillo, K. (2006). Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Critical Care Medicine*, 34(1), 211-218. Recuperado de <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/293cb6c3e36ebc87ed85819ee1593bf2>
- Cutler, L. R., Hayter, M., y Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001>
- Cuzco, C., Castro Rebollo, P., Marín Pérez, R., Núñez Delgado, A. I., Romero García, M., Martínez Momblan, M. A., ... Delgado-Hito, P. (2021). Mixed-method research protocol: Development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit. *Nursing Open*, 8(6), 3666-3676. <https://doi.org/10.1002/nop2.894>
- Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Pérez Marín, R., Núñez Delgado, A., Romero-García, M., Martínez Momblan, M. A., ... Castro, P. (2021). Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nursing in Critical Care*, 10.1111/nicc.12697. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/nicc.12697>
- Cypress, B. S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001>
- Cypress, B. S., y Frederickson, K. (2017). Family Presence in the Intensive Care Unit and Emergency Department: A Metasynthesis. *Journal of Family Theory & Review*, 9(2), 201-218. <https://doi.org/10.1111/jftr.12193>
- Da Costa, J. B., Taba, S., Scherer, J. R., Oliveira, L. L. F., Luzzi, K. C. B., Gund, D. P., ... Almeida Delfino, P. (2019). Psychological disorders in post-icu survivors and impairment in quality of life. *Psychology and Neuroscience*, 12(3), 391-406. <https://doi.org/10.1037/pne0000170>
- Davidson, J. E., Harvey, M. A., Bemis-Dougherty, A., Smith, J. M., y Hopkins, R. O. (2013). Implementation of the pain, agitation, and delirium clinical practice guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Critical Care Medicine*, 41(9 Suppl 1), s136-s145. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a24105>
- Davidson, J. E., Harvey, M., Schuller, J., Black, G. (2013). Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it. *American Nurse Today*, 8(5), 32-38.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Bienvenu, O. J., y Needham, D. M. (2009). Depression in general intensive care unit survivors: A systematic review. *Intensive Care Medicine*, 35(5), 796-809. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1396-5>

- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., y Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 421-434. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006>
- De Grood, C., Leigh, J. P., Bagshaw, S. M., Dodek, P. M., Fowler, R. A., Forster, A. J., ... Stelfox, H. T. (2018). Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: A multicentre qualitative study. *CMAJ*, 190(22), 669-676. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170588>
- De la Cueva-Ariza, L. (2017). Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos. Barcelona, España: Hospital Universitari de Bellvitge, Escola d'Infermeria.
- Delgado-Hito, P. (2012). Métodos de investigación cualitativa / Técnicas para la obtención de datos cualitativos. En: Icart Iserne, M. T., y Pulpón Segura, A. M. (coord.). *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, tesina y tesis* (pp. 97-106/179-196). Barcelona, España: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Delgado-Hito, P., y Romero-García, M. (2021). Elaboración de un proyecto de investigación con metodología cualitativa. *Enfermería Intensiva*, 32(3), 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.001>
- Denzin, N. K. (1989). Strategies of Multiple Triangulation. En: Denzin, N. K. *The Research Act* (pp. 235-247). Englewood Cliffs, EE. UU.: Prentice Hall.
- Desai, S. V., Law, T. J., y Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical Care Medicine*, 39(2), 371-379. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9): e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid, España: Comunidad de Madrid. Recuperado de <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Ciudad de México: Prensa Médica Mexicana.
- Elliott, M., Page, K., y Worrall-Carter, L. (2014). Factors associated with post-intensive care unit adverse events: a clinical validation study. *Nursing in Critical Care*, 19(5), 228-235. <https://doi.org/10.1111/nicc.12091>
- Ely, E. W. (2017). The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Critical Care Medicine*, 45(2), 321-330. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002175>
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., y Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286, 2703-2710. <https://doi.org/doi.org/10.1001/jama>
- Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, M. J., Forcelledo, L., ... Fernández-Rey, E. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>
- Etemadifar, S., Heidari, M., Jivad, N., y Masoudi, R. (2018). Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 88, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.08.030>
- Extremera, P., Añón, J. M., y García de Lorenzo, A. (2018). Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? *Medicina Intensiva*, 42(2), 110-113. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.07.010>

- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., y Eyles, J. (2006). Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research*, 16(3), 377-394.
- Fernández-Araque, A., Gomez-Castro, J., Giaquinta-Aranda, A., Verde, Z., y Torres-Ortega, C. (2020). Mishel's model of uncertainty describing categories and subcategories in fibromyalgia patients, a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3756. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113756>
- Field, K., Prinjha, S., y Rowan, K. (2008). "One patient amongst many": A qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Critical Care*, 12(1), R21. <https://doi.org/10.1186/cc6795>
- Flaatten, H., y Waldmann, C. (2020). The Post-ICU Syndrome, History and Definition. En: Preiser, J. C., Herridge, M., y Azoulay, E. (eds.). *Post-Intensive Care Syndrome* (pp. 3-12). Bruselas, Bélgica: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24250-3>
- Flaws, D., Patterson, S., Fraser, J., Tronstad, O., y Scott, J. G. (2021). Reconceptualizing post-intensive care syndrome: Do we need to unpick our PICS? *Nursing in Critical Care*, 26(2): 67-69. <https://doi.org/10.1111/nicc.12545>
- Forsberg, A., Lindgren, E., y Engström, Å. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01915.x>
- Frazier, S. K., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Blakely, W., Kim, K. A., Garvin, B. J. (2002). Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *American Journal of Critical Care*, 11(1), 57-64. Recuperado de <http://mendeley.csuc.cat/fixers/223fd703508908d-fb762eacef116e68d>
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele, P., y Masella, C. (2015). Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*, 119(3), 384-394. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>
- Funnell, M. M. (2016). Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1921-1922. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.010>
- Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico [Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method]. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Gafo, J. (2003). *Bioética teológica*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de http://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb2460864__S_Bio%Egtica_teol%F3gica__Orightrresult__U__X7?lang=spi
- Garcimartín-Cerezo, P., Juvé-Udina, M. E., y Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(4), 667-674. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>
- Gastaldo, D., y McKeeve, P. (2000). Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Index de Enfermería*, 28(1), 9-10.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Gibson, J. M. (1997). Focus of nursing in critical and acute care settings: prevention or cure? *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(3), 163-166.

- Glaspey, L. J., Roberts, M. B., Mazzarelli, A., Trzeciak, S., y Roberts, B. W. (2017). Early interventions for the prevention of post-traumatic stress symptoms in survivors of critical illness: Protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 7(9), 10-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018270>
- Goh, K. J., Wong, J., Tien, J. C. C., Ng, S. Y., Duu Wen, S., Phua, G. C., y Leong, C. K. L. (2020). Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: Practical considerations and strategies. *Critical Care*, 24(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., y De Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74830-1](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74830-1)
- Graneheim, U. H., y Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griffiths, J., Hatch, R., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B. H., y Brett, S. J. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Critical Care*, 17(3), R100.
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid, España: Proyecto HU-CI. Recuperado de <https://proyecto-huci.com/es/buenas-practicas/>
- Guba, E., y Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Londres: Sage.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Denman, C. A., Haro, J. A. (comps.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Hermosillo, México: El Colegio de Sonora.
- Gusmao-Flores, D., Figueira Salluh, J. I., Chalhub, R. T., y Quarantini, L. C. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16(4), R115. <https://doi.org/10.1186/cc11407>
- Häggström, M., Asplund, K., y Kristiansen, L. (2012). How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care?: a grounded theory of nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.002>
- Harvey, M. A., y Davidson, J. E. (2016). Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now... and Later. *Critical Care Medicine*, 44(2), 381-385. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001531>
- Hasenfeld, Y. (1987). Power in Social Work Practice. *Social Service Review*, 61(3), 469-483. <https://doi.org/10.1086/644463>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., y Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., ... Virtanen, H. (2007). Ambulatory orthopedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 270-278.
- Heikkinen, K., Suomi R, Jääskeläinen M, Kaljonen A, Leino-Kilpi H, y Salanterä S. (2011). The creation and evaluation of an ambulatory orthopaedic surgical patient education website to support empowerment. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(5), 282-290.

- Heras La Calle, G., Martín, M. C., y Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Hermans, G., y Van den Berghe G. (2015). Clinical review: Intensive care unit acquired weakness. *Critical Care*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0993-7>
- Herridge, M. S., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., ... Cameron, J. I. (2016). The RECOVER Program: Disability Risk Groups and 1-Year Outcome after 7 or More Days of Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(7), 831-844. <https://doi.org/10.1164/rccm.201512-2343OC>
- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., ... Cheung, A. M. (2011). Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 364(14), 1293-1304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>
- Holmström, I., y Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>
- Hospital General Universitario de Alicante. (2021). El Hospital de Alicante crea un programa de consultas de seguimiento para casos de síndrome post-UCI. Recuperado el 8 de agosto de 2021 de https://www.consalud.es/pacientes/hospital-alicante-crea-programa-seguimiento-casos-sindrome-post-uci_99696_102.html
- Hospital Universitari de Bellvitge. (2020). El Hospital de Bellvitge crea una unidad específica para atender las secuelas del Covid-19. Recuperado el 8 de agosto de 2021 de <https://bellvitgehospital.cat/es/actualidad/noticia/el-hospital-de-bellvitge-crea-una-unidad-especifica-para-atender-las-secuelas>
- Hospital Universitario La Paz. (2019). La Paz cuenta con la primera consulta para tratar el Síndrome post-Cuidados Intensivos Pediátricos. Recuperado el 20 de mayo de 2021 de <https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/02/24/paz-cuenta-primer-consulta-tratar-sindrome-post-cuidados-intensivos-pediatricos>
- Iraburu M. (2005). *Con voz propia: decisiones que podemos tomar ante la enfermedad*. Madrid, España: Alianza Editorial. Recuperado de https://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb1723872__S Con voz propia__Orighresult__U__X7?lang=spi
- Iwashyna, T. J. (2012). Trajectories of Recovery and Dysfunction after Acute Illness, with Implications for Clinical Trial Design. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 186(4), 302-304. <https://doi.org/10.1164/rccm.201206-1138ED>
- Jacobson, N. C., y Newman, M. G. (2017). Anxiety and Depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1155-1200. <https://doi.org/10.1037/bul0000111>
- Jenkins, K. (2007). Re-Visiting Peruvian Grassroots Women's Organisations: Where Are They Now? *Geography Compass*, 1(2), 136-148. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2007.00009.x>
- Johnson, D. W., Schmidt, U. H., Bittner, E. A., Christensen, B., Levi, R., y Pino, R. M. (2013). Delay of transfer from the intensive care unit: A prospective observational study of incidence, causes, and financial impact. *Critical Care*, 17(4), 1-5. <https://doi.org/10.1186/cc12807>
- Johnson, J. S. (2015). Broadening the application of mixed methods in sales research. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 35(4), 334-345. <https://doi.org/10.1080/08853134.2015.1016953>
- Johnson, R., Onwuegbuzie, A., y Turner, L. (2007). "Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.

- Jørgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., ... Johnsen, A. T. (2018). What Facilitates "Patient Empowerment" in Cancer Patients During Follow-Up: A Qualitative Systematic Review of the Literature. *Qualitative Health Research*, 28(2), 292-304. <https://doi.org/10.1177/1049732317721477>
- Junta Directiva de la Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2011). Medicina intensiva en España. *Medicina Intensiva*, 35(2), 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.12.008>
- Kamitsuru, S., y Herdman, H. T (eds.). (2019). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2018-2020. Barcelona, España: Elsevier.
- Kentish-Barnes, N., Degos, P., Viau, C., Pochard, F., y Azoulay, E. (2021). "It was a nightmare until I saw my wife": the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 47(7), 792-794. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06411-4>
- Kleinpell, R. M. (2004). Randomized trial of an Intensive care unit based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. *American Journal of Critical Care*, 13, 335-345.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., y Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829. <https://doi.org/10.1097/00003246-198510000-00009>
- Korukcu, O., Deliktaş, A., y Kukulcu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), 593-601. <https://doi.org/10.1111/inr.12383>
- Koukourikos, K., Kourkouta, L., Iliadis, C., Diamantidou, V., Krepia, V., Tsaloglidou, A., ... Green, R. S. (2020). Early Mobilization of Intensive Care Unit (ICU) Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3): 2269-2276.
- Krewulak, K. D., Rosgen, B. K., Ely, E. W., Stelfox, H. T., y Fiest, K. M. (2020). The CAM-ICU-7 and ICDSC as measures of delirium severity in critically ill adult patients. *PLoS ONE*, 15(11): e0242378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242378>
- Kuokkanen, L., y Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>
- Lambrinou, E., Hansen, T. B., y Beulens, J. W. J. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2_suppl), 55-63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885455>
- Latorre-Marco, I., Acevedo-Nuevo, M., Solís-Muñoz, M., Hernández-Sánchez, L., López-López, C., Sánchez-Sánchez, M. M., ... Cavia-García, C. (2016). Psychometric validation of the behavioral indicators of pain scale for the assessment of pain in mechanically ventilated and unable to self-report critical care patients. *Medicina Intensiva*, 40(8), 463-473. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.06.004>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1996). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lee, D. J., Liverant, G. I., Lowmaster, S. E., Gradus, J. L., y Sloan, D. M. (2014). PTSD and reasons for living: Associations with depressive symptoms and alcohol use. *Psychiatry Research*, 219(3), 550-555. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.016>
- Leininger, M. (1991). Culture Care of the Gaadusup Akuna of the Eastern Highland of New Guinea. En: Leininger, M. (ed.). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (pp. 231-280). Burlington, EE. UU.: Jones & Bartlett Learning.
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(2), 40-51.
- Leino-Kilpi, H., Luoto, E., y Katajisto, J. (1998). Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(2), 116-123.

- Lima da Silva, J. L., Da Silva Soares, R., Dos Santos Costa, F., De Souza Ramos, D., Bittencourt Lima, F., Reis Teixeira, L. (2015). Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(2): 125-133. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150023>
- Lin, F., Chaboyer, W., y Wallis, M. (2009). A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22(1), 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2008.11.001>
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, EE. UU.: Sage.
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1065-1122). Thousand Oaks, EE. UU.: Sage.
- Lindseth, A., y Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153.
- Ludin, S. M., Arbon, P., y Parker, S. (2013). Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>
- Martínez Miguélez, M. (2002). Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. *Paradigma*, 23(1), 1-13.
- McCairn, A. J., y Jones, C. (2014). Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.004>
- McCormick, K. M. (2002). A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 127-131. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00127.x>
- McKinney, A. A., y Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care unit: A phenomenological study of the patients' experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(6), 320-331. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00069-1)
- McPeake, J., Hirshberg, E. L., Christie, L. M., Drumright, K., Haines, K., Hough, C. L., ... Iwashyna, T. J. (2019). Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. *Critical Care Medicine*, 47(1), 21-27. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003497>
- McWilliams, D., Jones, C., Atkins, G., Hodson, J., Whitehouse, T., Veenith, T., ... Snelson, C. (2018). Earlier and enhanced rehabilitation of mechanically ventilated patients in critical care: A feasibility randomised controlled trial. *Journal of Critical Care*, 44, 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.001>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia, EE. UU.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific*. Nueva York, EE. UU.: Springer.
- Meleis, A. I. (2015). Teoría de las transiciones. En: Raile Alligood, M. *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 368-384). Barcelona, España: Elsevier. Recuperado de http://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb2138772__Smodelos+y+teor%EDas+en+enfermer%EDa__Orighresult__U__X7?lang=spi
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., y Schumacher, K. *Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory*. *ANS Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences from Persons' Responses and Performances as Scientific Inquiry into Score Meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741-749.

- Milton, A., Brück, E., Schandl, A., Bottai, M., y Sackey, P. (2017). Early psychological screening of intensive care unit survivors: A prospective cohort study. *Critical Care*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1813-z>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE España 2017. Recuperado el 7 de abril de 2021 de https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones, 2010. Recuperado el 25 de enero de 2021 de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCl.pdf>
- Miró, Ò., Alquézar-Arbé, A., Llorens, P., Martín-Sánchez, F. J., Jiménez, S., Martín, A., ... del Castillo, J. G. (2021). Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 45(1), 14-26. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.002>
- Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in Acute Illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15(1), 57-80. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.15.1.57>
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(8), e1-e37. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.004>
- Molina Mula, J. (2013). Saber, poder y cultura de sí en la construcción de la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Relación de la enfermera con el paciente, familia, equipo de salud y sistema sanitario. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/112120>
- Moreira, A. S., De Lucca, S. R. (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3336. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Morse, J. M. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(2), 120-123.
- Morse, J. M., y Bottorff, J. L. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Recuperado de http://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb1669902__SAuntos_cr%EDticos_en los m%Egtodos de investigaci%F3n cualitativa__Orightresult__U__X7?lang=spi
- Moser, D. K., Lee Chung, M., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., ... Garvin, B. J. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(5), 276-288. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(03\)00061-2](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00061-2)
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., y Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1554-1561. <https://doi.org/doi:10.1097/CCM.0b013e3181e2c8b1>
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., Tøien, K., Karlsson, S., y Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*, 14(1), 2-13. <https://doi.org/10.1186/CC8870>
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013-318232-75>
- NICE. (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence. Rehabilitation after critical illness. NICE clinical guideline. Londres, Reino Unido: The Stationery Office. Recuperado de www.nice.org.uk/guidance/cg83

- Nicolás, J. M., Ruiz, J., Jiménez, X., y Net, À. (2011). *Enfermo crítico y emergencias*. Barcelona, España: Elsevier.
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., y Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>
- O'Cathain, A., Murphy, E., y Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ (Online)*, 341, c4587. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4587>
- Olaechea, P. M., Álvarez-Lerma, F., Palomar, M., Gimeno, R., Gracia, M. P., Mas, N., ... Catalán, M. (2016). Characteristics and outcomes of patients admitted to Spanish ICU: A prospective observational study from the ENVIN-HELICS registry (2006-2011). *Medicina Intensiva*, 40(4), 216-229. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.07.003>
- Onwuegbuzie, A. J. (2003). Expanding the Framework of Internal and External Validity in Quantitative Research. *Research in the Schools*, 10(1), 71-90.
- Onwuegbuzie, A. J., y Daniel, L. G. (2004). Reliability Generalization: The Importance of Considering Sample Specificity, Confidence Intervals, and Subgroup Differences. *Research in the Schools*, 11(1), 61-72.
- Op 't Hoog, S. A. J. J., Dautzenberg, M., Eskes, A. M., Vermeulen, H., y Vloet, L. C. M. (2020). The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(6), 526-532. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.004>
- Pai, A., Suris, A., y North, C. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Pallarès Martí, A. (2010). El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/8436>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., y Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 915-930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... Ely, E. W. (2013). Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306-1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., y Needham, D. M. (2013). Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Impairment of Physical and Mental Health. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 307-314. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0027-9>
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., y Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121-1129. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000882>
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., ... Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15(1), R41. Recuperado de <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1186/cc10003>
- Perpiñá-Galvañ, J., Cabañero-Martínez, M. J., y Richart-Martínez, M. (2013). Reliability and Validity of Shortened State Trait Anxiety Inventory in Spanish Patients Receiving Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 46-52.
- Petrinec, A. B., y Martin, B. R. (2018). Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliative and Supportive Care*, 16(6), 719-724. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>

- Piperberg, M., Malagón Gutiérrez, S. (2015). La UCI: ¿tecnificación "versus" humanización? En: Boladeras Cucurella, M. (coord.). Bioética del cuidar, ¿qué significa humanizar la asistencia? Madrid, España: Tecnos. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/sire.ub.edu/servlet/articulo?codigo=5429157>
- Posadas, M. (2021). Las familias también sufren el Síndrome Post-UCI y la enfermería se encarga de su atención. Recuperado el 8 de agosto de 2021 de <https://enfermeriatv.es/es/las-familias-tambien-sufren-el-sindrome-post-uci-y-la-enfermeria-se-encarga-de-su-atencion/>
- Preiser, J.-C., Herridge, M., y Azoulay, E. (2010). Post-Intensive Care Syndrome. Nueva York, EE. UU.: Springer. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24250-3>
- Proffitt, T., y Menzies, V. (2019). Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: An integrative literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 53, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.02.004>
- Purtle, J., Lynn, K., y Malik, M. (2016). "Calculating The Toll Of Trauma" in the headlines: Portrayals of posttraumatic stress disorder in the New York Times (1980-2015). *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 632-638. <https://doi.org/10.1037/ort0000187>
- Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., DInglas, V. D., Bienvenu, O. J., ... Needham, D. M. (2016). Depressive Symptoms after Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 44(9), 1744-1753. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001811>
- Raile Alligood, M., y MarrinerTomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 2-3, 1-7.
- Rappaport, Julian. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., y Connaghan, J. (2010). Patients' perception of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre survey. *Nursing in Critical Care*, 15(2), 86-93.
- Raurell-Torredà, M., Regaira-Martínez, E., Planas-Pascual, B., Ferrer-Roca, R., Martí, J. D., Blazquez-Martínez, E., ... Zariquiey-Esteva, G. (2021). Early mobilisation algorithm for the critical patient. Expert recommendations. *Enfermería Intensiva (Engl Ed.)*, 32(3), 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.001>
- Remes, O., Brayne, C., Van der Linde, R., y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Ricart Basagaña, M. T. (2015). Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/399533>
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Fort Worth, EE. UU.: The Texas Christian University Press.
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roberts, M. B., Glaspey, L. J., Mazzealli, A., Jones, C. W., Kilgannon, H. J., Trzeciak, S., y Roberts, B. W. (2018). Early Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Symptoms in Survivors of Critical Illness: A Qualitative Systematic Review. *Critical Care Medicine*, 46(8), 1328-1333. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003222>
- Rojas Huérfano, M. (2014). Posturas paradigmáticas en las ciencias sociales. *Revista Una Investigación*, 6(12).
- Romero-García, M., Trujols-Albet, J. (2015). Towards increased incorporation of the patient perspective in the design of evaluation tools for the evaluation of efficiency and quality of patient care. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.01.001>

- Rowlands, J. (1997). *Questioning empowerment: working with women in Honduras*. Oxford, Reino Unido: Oxfam. Recuperado de <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/425e14193eed79d9b2bf062e77bbbfo2>
- Ryhänen, A. M., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H., y Leino-Kilpi, H. (2012). The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient Pathway programme on breast cancer patients' knowledge: a randomised control trial. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.013>
- Sakellari, E., Sourander, A., Kalokerinou-Anagnostopoulou, A., y Leino-Kilpi, H. (2014). The impact of an educational mental health intervention on adolescents' perceptions of mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 635-641.
- Sakusic, A., Gajic, O., Singh, T. D., O'Horo, J. C., Jenkins, G., Wilson, G. A., ... Rabinstein, A. A. (2018). Risk Factors for Persistent Cognitive Impairment After Critical Illness, Nested Case-Control Study. *Critical Care Medicine*, 46(12), 1977-1984. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003395>
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Schandl, A., Bottai, M., Hellgren, E., Sundin, Ö., y Sackey, P. (2012). Gender differences in psychological morbidity and treatment in intensive care survivors - a cohort study. *Critical Care*, 16(3), R80. <https://doi.org/10.1186/cc11338>
- Schumacher, K. L., y Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Sevin, C. M., Bloom, S. L., Jackson, J. C., Wang, L., Wesley Ely, E., y Stollings, J. L. (2018). Comprehensive care of ICU survivors: Development and implementation of an ICU recovery center. *Journal of Critical Care*, 46, 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.02.011>
- Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernandez, R., y Schneier, F. (2010). *Anxiety disorders – theory, research and clinical perspectives*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Sofko, C. A., Currier, J. M., y Drescher, K. D. (2016). Prospective associations between changes in mental health symptoms and health-related quality of life in veterans seeking posttraumatic stress disorder residential treatment. *Anxiety, Stress and Coping*, 29(6), 630-643. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1157171>
- Spence Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M., y Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: Applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
- Stelfox, H. T., Lane, D., Boyd, J. M., Taylor, S., Perrier, L., Straus, S., ... Zuege, D. J. (2015). A Scoping Review of Patient Discharge From Intensive Care: Opportunities and Tools to Improve Care. *Chest*, 147(2), 317-327. <https://doi.org/10.1378/chest.13-2965>
- Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Dodek, P. M., Turgeon, A. F., Forster, A. J., Lamontagne, F., ... Bagshaw, S. M. (2017). A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Medicine*, 43(10), 1485-1494. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4910-1>
- Strahan, E. H. E., y Brown, R. J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.10.005>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., y Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212-220. <https://doi.org/10.1111/nicc.12165>

- Tan, H., Grief, M., Couns, P. C., Wilson, A., y Olver, I. (2009). Ricoeur's Theory of Interpretation: An Instrument for Data Interpretation in Hermeneutic Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(4), 1-15.
- Tashakkori, A., y Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, EE. UU.: Sage.
- Tashakkori A, Teddlie C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks, EE. UU.: Sage. Recuperado de https://cercabib.ub.edu/iii/encore/record/C__Rb1578173__SHan-dbook Mixed Methods in social and behavioral research__Orightresult__U__X7?lang=spi
- Teasdale, G., y Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré J., y Peri, J. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Tengland, P. A. (2016). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Goals. *Health Care Analysis*, 24(1), 24-46. <https://doi.org/10.1007/s10728-013-0265-0>
- Thompson, K. L., y Zhang, W. (2020). Using Mixed Methods Research to Better Understand Pediatric Feeding Disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(6), 1623-1630. https://doi.org/10.1044/2020_persp-20-00119
- Tipping, C. J., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T., y Hodgson, C. L. (2017). The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 43(2), 171-183. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4612-0>
- Tobar, E., Romero, C., Galleguillos, T., Fuentes, P., Cornejo, R., Lira, M., ... Ely, E. W. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Medicina Intensiva*, 34(1), 4-13.
- Tonelli, M. R., y Misak, C. J. (2010). Compromised autonomy and the seriously ill patient. *Chest*, 137(4), 926-931. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1574>
- Torheim, H., y Kvangarsnes, M. (2014). How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 741-748. <https://doi.org/10.1111/scs.12106>
- Trimble, M. (2013). *Post-traumatic Stress Disorder: History of a Concept*: En: Figley, C. R. (ed.). *Trauma And Its Wake*. Nueva York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203776209>
- Valles Martínez, M. S. (2014). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://doi.org/3226750>
- Van Sluisveld, N., Oerlemans, A., Westert, G., Van der Hoeven, J. G., Wollersheim, H., y Zegers, M. (2017). Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2139-x>
- Vázquez Calatayud, M., y Portillo, M. C. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 72-88.
- Velasco Bueno, J. M., Alonso-Ovies, A., Heras La Calle, G., y Zaforteza Lallemand, C. (2018). Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 42(6), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.09.007>
- Velázquez Aznar, A., y Dandicourt Thomas, C. (2010). Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). *Revista cubana de enfermería*. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 166-169. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Villagrasa, B., Olaya, B., Lopez-Anton, R., De la Cámara, C., Lobo, A., y Santabárbara, J. (2019). Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 408-417. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.087>
- Vincent, J. L., y Norrenberg, M. (2009). Intensive Care Unit-Acquired Weakness: framing the topic. *Critical Care Medicine*, 37(Suppl 10), s296-s298. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6f1e1>
- Vollam, S., Dutton, S., Lamb, S., Petrinic, T., Young, J. D., y Watkinson, P. (2018). Out-of-hours discharge from intensive care, in-hospital mortality and intensive care readmission rates: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1115-1129. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5245-2>
- Wade, D. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after critical care: a systematic review. *Minerva Anestesiologica*, 79(8), 944-963. Recuperado de <http://mendeley.csuc.cat/fitxers/638f2461dad9530a429e33ef7e14166e>
- Wåhlin, I., Ek, A. C., e Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care - An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(6): 370-377. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.05.003>
- Warlan, H., y Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care unit: Importance of Nurses' involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3), 44-52.
- Wawer, E., Viprey, M., Floccard, B., Saoud, M., Subtil, F., Wafa, H., ... Poulet, E. (2020). Early detection of patients at risk of developing a post-traumatic stress disorder after an ICU stay. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1572-1579. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004551>
- Weber, M. (1985). Estructuras de poder. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán.
- Whittaker, J., y Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3), 135-143. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1488>
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M. A., Onwuegbuzie, A. J., y Green, C. A. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health Services Research*, 47(2), 721-745. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x>
- Won, M. H., y Son, Y. J. (2020). Development and psychometric evaluation of the Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, 102800. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102800>
- World Health Organization. (2019). Mental health. Recuperado el 19 de abril de 2019 de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- World Health Organization. (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health, 2019. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). Substantial investment needed to avert mental health crisis. Recuperado el 25 de enero de 2021 de <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. Recuperado el 5 de agosto de 2019 de <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- Yang, C., Tan, Y., Lang, X., Meng, M., Wu, Y., Chen, Q., ... Wang, L. (2012). Pre-operative education and counselling are associated with reduced anxiety symptoms following carotid endarterectomy: A randomized and open-label study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(3), 284-288.
- Yang, S., Wang, Z., Liu, Z., Wang, J., y Ma, L. (2016). Association between time of discharge from ICU and hospital mortality: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 20(1): 390. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1569-x>

- Zigmond, A., y Snaith, P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimmerman M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. <https://doi.org/10.1007/BF02506983>
- Zimmerman, J. E., Kramer, A. A., y Knaus, W. A. (2013). Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. *Critical Care*, 17(2), R81. <https://doi.org/10.1186/cc12695>
- Zimmerman, M., y Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3-16.

8

FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. FINANCIACIÓN

Nombre de la ayuda: Ayudes a la Recerca de la Fundació Infermeria i Societat (Anexo 17)

Finalidad: Predoctoral

Entidad concesionaria: Fundació Infermeria i Societat

Importe de la ayuda: 6.930 €

Fecha de concesión: 04/10/2017

Duración: 3 años Fecha de finalización: 31/12/2020

Prórroga: 31/12/2021

Nombre de la ayuda: Beca d'Intensificació Investigadora MSD per a Infermeres de l'Hospital Clínic de Barcelona (Anexo 18)

Finalidad: Predoctoral

Entidad concesionaria: Hospital Clínic de Barcelona

Importe de la ayuda: 16.000 €

Fecha de concesión: 13/05/2019

Duración: Intensificación del 100% de la jornada laboral durante 4 meses

Fecha de finalización: 31/12/201

8.2. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Participación en congresos

Comunicaciones orales

Título del trabajo: Empoderamiento del paciente durante el traslado de la unidad de cuidados intensivos: revisión de la literatura

Cuzco, Cecilia; Delgado-Hito, Pilar; Manzanares Tellez, Isabel; Muñoz Rey, Pilar; Romero García, Marta; Martínez Momblan, M. Antonia; Martínez Estalella, Gemma; Carmona Delgado, Inmaculada; Castro Rebollo, Pedro.

Nombre del congreso: XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC y III Congreso Internacional Ibérico de Enfermería Intensiva

Autor de correspondencia: Sí

Ciudad de celebración: Online

Fecha de celebración: 30/05/2021 Fecha de finalización: 02/06/2021

Entidad organizadora: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Título del trabajo: Impacto de una intervención enfermera en la ansiedad y depresión del paciente crítico

Cuzco, Cecilia; Carmona, Inmaculada; Martínez, Gemma; Marín, Raquel; Núñez, Ana; De la Cueva, Laura; Romero, Marta; Momblan, M. Antonia; Delgado, Pilar; Castro, Pedro.

Nombre del congreso: 24th International Council of Nursing

Autor de correspondencia: Sí

Ciudad de celebración: Online

Fecha de celebración: 09/11/2020 Fecha de finalización: 13/11/2020

Entidad organizadora: Instituto de Salud Carlos III INVESTÉN

Título del trabajo: Interpretación del paciente del traslado de la unidad de cuidados intensivos desde la Teoría de las Transiciones

Cuzco, Cecilia; Marín Pérez, Raquel; Núñez Delgado, Anna; Ruiz García, Samuel; Romero

García, Marta; Martínez Momblan, M. Antonia; De la Cueva Ariza, Laura; Castro Rebollo, Pedro.

Nombre del congreso: XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

Ciudad de celebración: Barcelona (Cataluña España)

Fecha de celebración: 20/11/2019 Fecha de finalización: 22/11/2019

Entidad organizadora: Instituto de Salud Carlos III INVESTÉN

Título del trabajo: La vivencia del paciente crítico del traslado de la UCI a la sala de hospitalización: un enfoque fenomenológico hermenéutico

Cuzco, Cecilia; Marín Pérez, Raquel; Núñez Delgado, Anna; Ruiz García, Samuel; Romero García, Marta; María Antonia Martínez Momblan; De la Cueva Ariza, Laura; Castro Rebollo, Pedro.

Nombre del congreso: XLV Congreso Nacional de la SEEIUC y I Congreso Internacional Ibérico de Enfermería Intensiva

Ciudad de celebración: Palma de Mallorca (Baleares, España)

Fecha de celebración: 09/06/2019 Fecha de finalización: 12/06/2019

Entidad organizadora: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Título del trabajo: Interpretación fenomenológica hermenéutica de la experiencia vivida de los pacientes durante el proceso de alta de la UCI

Nombre del evento: X Jornada Anual dels Professionals de Direcció Infermera de l'Hospital Clínic de Barcelona

Tipo de evento: Jornada

Autor de correspondencia: Sí

Ciudad de celebración: Barcelona (Cataluña, España)

Fecha de celebración: 15/11/2017 Fecha de finalización: 15/11/2017

Entidad organizadora: Hospital Clínic de Barcelona

Ciudad entidad organizadora: Barcelona (Cataluña, España)

Pósters

Título del trabajo: *Empowerment* y educación al paciente durante el alta de la unidad de cuidados intensivos: revisión de la literatura

Cuzco, Cecilia; Marín Pérez, Raquel; Núñez Delgado, Anna; Puiggròs Amorós, Núria; Castro Rebollo, Pedro; Delgado Hito, Pilar.

Nombre del congreso: International Congress of Nursing Barcelona 2017

Autor de correspondencia: Sí

Ciudad de celebración: Barcelona (Cataluña, España)

Fecha de celebración: 27/05/2017 Fecha de finalización: 01/06/2017

Entidad organizadora: Consejo Internacional de Enfermería

A N E X O S

9

Tabla de anexos

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES

ANEXO 2. HOJA DE INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

ANEXO 3. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

ANEXO 4: PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

ANEXO 5: REGISTRO DEL CLINICAL TRIAL

ANEXO 6. CONSORT checklist

ANEXO 7. ESCALA GLASGOW

ANEXO 8. ESCALA CAM-ICU

ANEXO 9. ESCALA APACHE II

ANEXO 10. ESCALA HADS

ANEXO 11. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA. Hospital Clínic Barcelona.

ANEXO 12. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL. Hospital de la Vall d'Hebron.

ANEXO 13. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARORONARIAS. Hospital de Bellvitge.

ANEXO 14. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ANEXO 15. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS. HOSPITAL DE BELLVITGE

ANEXO 16. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS. HOSPITAL DE LA VALL D'HEBRON

ANEXO 17. BECA: FUNDACIÓN ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

ANEXO 18. BECA: MSD HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ANEXO 19. SPIRIT checklist

ANEXO 20. COREQ checklist

ANEXO 21. REGISTRO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA PROSPERO

ANEXO 22. PRISMA checklist

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES

Versión 2. 15/06/2016

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA CENTRADA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CRÍTICO AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña.....

MANIFIESTO:

Que he sido informado por la enfermera..... del estudio que se realiza en el Hospital sobre la información y educación que se le brinda a los pacientes durante el alta de la UCI, así como de la importancia de mi colaboración no suponiendo riesgo alguno para mi salud.

ACEPTO:

Participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:

1. Recogida de datos que realizaré respondiendo a las preguntas de la Entrevista.
2. Recogida de datos que realizaré rellenando el cuestionario de la escala de Ansiedad y Depresión (HANDS).
3. Recopilación de datos de la Historia Clínica.
4. Audio-grabación de la Entrevista y transcripción de los datos.

Las respuestas al cuestionario/escala también serán transcritas. Las personas que realizan el estudio garantizan, que en todo momento, la información recogida de los participantes del estudio será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima y sólo serán usados con propósitos profesionales, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. El paciente puede retirarse del estudio en cualquier momento y esto no implicará pérdida de ninguno de sus derechos.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

La responsable de la conducción de las actividades de investigación es la Sra. CECILIA CUZCO CABELLOS, investigadora principal del proyecto, y es enfermera del Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona. Teléfono de contacto: 635498272. Email: ceciliacuzco@hotmail.com.

En Barcelona, a.....de..... de.....

Firma del Paciente

Firma de la Enfermera

ANEXO 2: HOJA DE INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Anexo

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio: Impacto de una intervención enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos

Investigador principal: Enfermera Cecilia Cuzco

Centro:

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio consiste en comprender la experiencia y las necesidades de los pacientes durante el alta de la UCI, para posteriormente crear una Intervención Enfermera de Empoderamiento (IEE) con el objetivo de mejorar los cuidados y ayudar a los pacientes a disminuir los niveles de Ansiedad y Depresión que presentan durante el proceso de alta de la UCI. Este estudio se realizará en dos fases. En la primera fase se investigará la experiencia vivida de los pacientes durante el proceso de alta de la UCI. Y en la segunda fase se creará la Intervención enfermera educativa.

OBJETIVOS

Objetivos principales:

- Comprender la experiencia vivida de los pacientes durante el proceso de alta de la UCI a la sala de hospitalización.
- Evaluar el impacto de una IEE sobre el nivel de ansiedad y depresión de pacientes en proceso de alta de la UCI a la sala de hospitalización.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Se plantea un estudio mixto con un diseño exploratorio secuencial, en el que los resultados del primer método cualitativo permiten ayudar a desarrollar el segundo método cuantitativo.

Fase I

Método Fenomenológico interpretativo.

Ámbito de estudio

Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, la UCI de Traumatología del Hospital de la Vall d'Hebron y la UCI de Coronarias del Hospital de Bellvitge.

Participantes del estudio

La población del estudio serán los pacientes que ingresen en las diferentes UCIs a partir de septiembre de 2016.

Muestreo: Se utilizará un muestreo teórico o intencionado. El número de pacientes se determinará en base a las necesidades de información; es decir, se entrevistarán pacientes hasta el punto que ya no se obtenga nueva información y esta comience a ser redundante. La captación de pacientes lo realizará la enfermera responsable de los pacientes en cada UCI.

Técnicas para la obtención de la información

La recogida de datos se hará mediante la técnica de la entrevista y como instrumento de apoyo se utilizará una grabadora para facilitar y garantizar la fiabilidad de la transcripción de los datos y el diario de campo del investigador. Además, se recogerán también variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios, profesión, situación familiar y estado civil) y variables clínicas (nivel de gravedad APACHE II, motivo de ingreso en la UCI y días de estancia en la UCI).

La entrevista se realizará desde los 3 días a 3 semanas del alta de la UCI en la sala de destino y lo realizarán dos enfermeras, una de ellas hará la entrevista y la otra observará. Tendrá una

duración de 60 a 90 minutos. Toda la entrevista será grabada sólo en audio para garantizar que no se pierde ningún comentario importante y facilitar el posterior análisis de los datos. Se elaborará un guion específico de preguntas a partir de los objetivos del estudio. Para empezar, se formulará una pregunta muy general como: ¿Me podría describir con sus propias palabras su experiencia relacionada con el proceso de alta de la UCI? Y posteriormente iremos introduciendo otras preguntas como: ¿Cuáles son los principales problemas relacionados con la información que ha tenido durante el proceso de alta de la UCI?, ¿Qué le gustaría saber, relacionado con sus cuidados antes de irse de alta de la UCI?

Además de la entrevista en profundidad, se utilizará un diario de campo con notas realizadas por el investigador con la finalidad de aumentar la calidad de la investigación.

Análisis de los Datos

El análisis de los datos obtenidos se realizará mediante un proceso reflexivo. Este proceso es dinámico y la interpretación final es el resultado de varias repeticiones del proceso siguiendo 3 etapas: interpretación, análisis estructural y comprensión global. El análisis será realizado por dos investigadoras.

Fase II

Ensayo Clínico Aleatorizado.

Ámbito de estudio

Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, la UCI de Traumatología del Hospital de la Vall d'Hebron y la UCI de Coronarias del Hospital de Bellvitge.

Sujetos del estudio

La población de estudio serán todos los pacientes críticos adultos ingresados en las UCI a partir de octubre de 2017 hasta julio de 2018.

El muestreo será probabilístico aleatorio simple. Se reclutarán los pacientes a estudio mediante la lista de ingresos en la UCI y se asignarán al azar al grupo experimental (GE) y al grupo control (GC). La asignación al azar se realizará mediante programa informático similar a la técnica manual como lanzar una moneda. Se necesitará una muestra de 86 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente: IEE al paciente durante el proceso de alta de la UCI.

Variable dependiente: Nivel de ansiedad y depresión (HADS) pre-post alta de la UCI.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Escola d'Infermeria

La escala HADS, adaptada y validada al español por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986) presenta adecuados índices de fiabilidad y validez para la población española. Está compuesta por dos subescalas de 7 ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión.

Variables Sociodemográficas: género (hombre/mujer), edad (en años), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, superiores), profesión, situación familiar (vive solo, con familia o con amigos) y estado civil (soltero, casado o en pareja, viudo, divorciado).

Variables Clínicas: nivel de gravedad APACHE II, motivo de ingreso en la UCI y días de estancia en la UCI.

Procedimiento y recogida de datos

Se hará un primer contacto con el paciente en la UCI, y se le explicará el estudio, los objetivos y desarrollo. Y el siguiente contacto con el paciente se hará en la sala de destino. Se le proporcionará el consentimiento informado que también se le explicará verbalmente. Y se administrará la escala de ansiedad y depresión a ambos grupos: GE y GC antes y después del alta de la UCI.

En el GE los pacientes recibirán la IEE. Esta intervención lo realizará una enfermera con ayuda de una guía de información para reforzar los conocimientos del paciente durante el proceso de alta de la UCI. El contenido de esta intervención estará basado en resultados obtenidos de la Fase I de este estudio. Incluirá además información de la preparación del alta y traslado a la sala de hospitalización (instrucciones para el alta, eventos del día del traslado, seguimiento de los cuidados y preguntas más frecuentes de los pacientes). En el GC los pacientes recibirán la información verbal habitual que se brinda durante el proceso de alta de la UCI por parte de las enfermeras. Una vez contestados los instrumentos de medida se recogerán datos sobre las variables sociodemográficas y clínicas.

Análisis de los Datos

Los datos se analizarán mediante el paquete estadístico SPSS (versión 22).

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio; pero su participación nos ayudará a mejorar los cuidados brindados a futuros pacientes durante el proceso de alta de la UCI.

Existe experiencia previa positiva de una Intervención Enfermera Educativa en pacientes con cáncer de mama y en pacientes diabéticos; pero no existe evidencia en pacientes de UCI.

Su salud no corre ningún riesgo por participar en este estudio, ya que no se administrará ningún medicamento, solamente se administrará la Intervención Enfermera Educativa verbalmente y en video.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la enfermera del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la enfermera del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido a la enfermera del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo. Para la realización del estudio el promotor del mismo ha firmado un contrato con el centro donde se va a realizar y con la enfermera del estudio.

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto. Usted no tendrá que pagar por los medios utilizados para la Intervención Educativa brindada del estudio.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de toda la información identificable previamente retenida para evitar la realización de nuevos análisis.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Escola d'Infermeria

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, o por cancelación del estudio. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

ANEXO 3. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

ANEXO 4. PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Anexo

Guion de preguntas para la entrevista de los participantes del estudio:

Impacto de una intervención enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos

1. Me podría describir con sus propias palabras su experiencia relacionada con el proceso de traslado de la UCI a la planta.
2. Qué elementos o condiciones cree que le ha facilitado o limitado el proceso de traslado de la UCI a la planta.
3. Qué es lo que usted esperaba en relación al proceso de traslado de la UCI a la planta?
4. Qué le gustaría saber antes de irse de la UCI?

ANEXO 5. REGISTRO DEL CLINICAL TRIAL

ClinicalTrials.gov PRS DRAFT Receipt (Working Version)

Last Update: 10/11/2021 10:13

ClinicalTrials.gov ID: NCT04527627

Study Identification

Unique Protocol ID: HCB/2016/0484

Brief Title: Nursing Intervention in the Patient Being Discharged From the Intensive Care Unit

Official Title: Development and Evaluation of a Nursing Intervention in the Patient Being Discharged From the Intensive Care Unit: a Protocol for Mixed Methods Research

Secondary IDs:

Study Status

Record Verification: August 2020

Overall Status: Completed

Study Start: September 1, 2019 [Actual]

Primary Completion: February 20, 2021 [Actual]

Study Completion: August 31, 2021 [Actual]

Sponsor/Collaborators

Sponsor: Hospital Clinic of Barcelona

Responsible Party: Sponsor

Collaborators: Hospital Clinic of Barcelona

Oversight

U.S. FDA-regulated Drug: No

U.S. FDA-regulated Device: No

U.S. FDA IND/IDE: No

Human Subjects Review: Board Status: Approved

Approval Number: HCB/2016/0484

Board Name: Comité de ética, investigación y medicamentos

Board Affiliation: Hospital Clínic Barcelona

Phone: 93 227 5766

Email: ceic@clinic.cat

Address:

Secretaria Técnica del Comité de Ética de Investigación
Hospital Clínic de Barcelona

C/Casnovas 150, 2 planta.

Data Monitoring: No

FDA Regulated Intervention: No

Study Description

Brief Summary: Background: Psychiatric disorders, such as anxiety, depression or post-traumatic stress disorder (PTSD), are common among critical disease survivors. Interventions aimed to decrease ICU impact on patient mental well-being are needed.

Methods/Design: The study will evaluate an educational nursing intervention addressed to ease the transition during ICU discharge by empowering the patient. A quantitative design will be used to measure the effectiveness of the nursing intervention through an experimental pre-test/post-test with control group design.

Participants will consist of patients from three critical care units from three different hospitals.

Data will be obtained from Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Data will be analysed through descriptive and inferential statistics.

Discussion: This study will help to develop and implement an intervention to help patients lessen anxiety and depression associated to their transition from ICU to the general ward.

Detailed Description: Method An experimental pre-test-post-test design will be used. Setting and participants The study will be carried out in the ICU of three university hospitals which have 151 level 3 ICU beds and where the nurse/patient ratio is 1:2. The three ICUs admit approximately 2000 patients per year. Participants who meet the following inclusion criteria will be included: age > 18 years; ICU stay > 48h; speaker of one of the two official languages of the region and carrying out a personal interview, Glasgow Coma Score of 15, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) negative, and provision of signed informed consent. Patients with a pre-admission diagnosis of mental illness will be excluded.

Patients will be selected by simple random probabilistic sampling. Patients will be recruited through the ICU admission list and randomly assigned to the experimental group (EG) and the control group (CG). To calculate the sample number needed, on the basis of a statistical power of 80% and a level of confidence of 95% in a unilateral analysis, and estimating the percentage of patients who have high anxiety at ICU discharge at 50% (between 30% and 75% according to reports), a sample of 86 patients per group will be needed (assuming 15% losses per group) to detect a difference of >20% as statistically significant (expected to be 0.5 for the CG and 0.28 for the EG).

Nursing empowerment intervention The intervention will be carried out during the ICU discharge planning. A "Patient Information Guide for Intensive Care Unit patients" will be developed.

The guide will be based on the findings obtained in a previous qualitative study and on previous studies on patient empowerment and education. The guide structure will take into account the dimensions of empowerment: bio-physiological, functional, social, experience, ethics and the financial aspect. The guide will be reviewed by experts in the development of information guides for patients and family members and will be evaluated by the participating ICUs before use.

EG patients will receive the intervention verbally and in booklet format from the study nurses at each ICU. CG patients will receive the usual nursing treatment provided during ICU discharge, which usually consists of verbal information about the time and place of destination.

Variables:

1. Independent variable: Nursing empowerment intervention administered to the patient during ICU discharge.
2. Dependent variable: Level of anxiety and depression (HADS scale) pre-post ICU discharge.
3. Sociodemographic variables: sex (male/female), age (in years), educational level (none, primary, secondary, higher), profession, family situation (lives alone, with family or friends) and marital status (single, married or cohabiting, widower, divorced).
4. Clinical variables: severity level (APACHE II), reason for ICU admission and days of stay in the ICU.

Data will be collected using a first contact with the patient in the ICU, and the study objectives and informed consent will be explained.

The researcher will administer the HADS scale to the EG and CG groups before ICU discharge and after ICU discharge (in the destination ward).

Instruments:

1. Glasgow Coma Score: The Glasgow scale is designed to assess the level of consciousness, and includes the assessment of the ocular, verbal and motor response. It is simple, objective and easily reproducible.
2. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) adapted and translated to Spanish by Tobar et al. (2010), which is recommended and validated in the detection of delirium. The four criteria that characterize delirium are evaluated using four questions for each area (change in mental status, inattention, altered consciousness and disorganized thinking).
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Adapted and validated in Spanish by Tejero, Guimera, Farré and Peri (1986) it comprises two subscales of 7 items each, one for anxiety and one for depression. The intensity/frequency of symptoms is evaluated on a four-point Likert scale. For each subscale, the score ranges from 0 to 21, with the following cut-off points: 0-7 Normal; 8-10 Doubtful/possible clinical problem; >10 Likely clinical problem. The HADs measures the current status during the last week. Designed to be administered to subjects with organic diseases, the physical aspects that may accompany anxiety or depression have been eliminated, leaving the emotional aspects ones. In addition to the quantitative evaluation, it may be stratified into non-anxious or non-depressed if the HADS scores are < 8; possible or doubtful between 8 and 10, and likely or affirmative if they are ≥ 11. The authors consider that, for research purposes, if a low proportion of false positives are to be obtained, the upper limit with values of 10 or 11 should be used, while values of 8 or 9 would prevent false negatives. For this study, a value of 10 was decided on as a cut-off point between the presence or absence of anxiety and depression.
4. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II: To measure and evaluate the severity of the critically ill, Knaus produced in 1981 the first version, comprising 34 items, which were reduced reducing to 14 in the second version in 1985. APACHE II classifies disease severity using 12 usual physiological measures, the previous health status and age, with a score ranging from 0 to 71 points.

Data analysis The data will be analysed using the SPSS v23 statistical package. A descriptive analysis of the study variables will be made (means and standard deviation and medians and 25-75 percentiles (IQR) for quantitative variables according to the normality of distribution, and frequencies and percentages for qualitative variables). The possible relationship between sociodemographic and clinical variables and the level of anxiety and depression will be analysed using Pearson's correlation coefficient, the Student's t test and ANOVA or their nonparametric equivalents based on the type of variable and its distribution and the number of subgroups compared. The chi square test will be used to compare the variation in categorical variables between the EG and CG. The Mann-Whitney test or the Wilcoxon test will be used to compare the mean anxiety scale score between EG and CG. Statistical significance will be established as $p \leq 0.05$.

Conditions

Conditions: Anxiety
Depression

Keywords: empowerment patient
patient education
icu discharge
nursing interventions
anxiety
depression
post-traumatic stress disorder
post icu syndrome

Study Design

Study Type: Interventional
Primary Purpose: Supportive Care
Study Phase: N/A
Interventional Study Model: Parallel Assignment
Number of Arms: 2
Masking: None (Open Label)
Allocation: Randomized
Enrollment: 178 [Actual]

Arms and Interventions

Arms	Assigned Interventions
<p>Experimental: Experimental Group (EG) The nursing empowerment intervention will be administered in the experimental group</p>	<p>Behavioral: Nursing Empowerment Intervention Nursing empowerment intervention The intervention will be carried out during the ICU discharge planning. A "Patient Information Guide for Intensive Care Unit patients" will be developed. The guide will be based on the findings obtained in a previous qualitative study and on previous studies on patient empowerment and education. Its structure will take into account the dimensions of empowerment: bio-physiological, functional, social, experience, ethics and the financial aspect. The guide will be reviewed by experts in</p>

Arms	Assigned Interventions
	the development of information guides for patients and family members and will be evaluated by the participating ICUs before use. EG patients will receive the intervention verbally and in booklet format from the study nurses at each ICU.
No Intervention: Control Group (CG) The nursing empowerment intervention will not be administered in the control group	

Outcome Measures

Primary Outcome Measure:

1. Change from Baseline Level of anxiety and depression assessed by Hospital Anxiety and Depression Scale.
The outcome 1 will be measured with the anxiety and depression scale (HADS) after ICU discharge. The HADS measures the current status during the last week. A value of 10 is the cut-off point between the presence or absence of anxiety and depression.

[Time Frame: 1 week]

Secondary Outcome Measure:

2. Level of anxiety and depression at ICU discharge assessed by Hospital Anxiety and Depression Scale
The outcome 2 will be measured with the anxiety and depression scale (HADS) during ICU discharge. The HADS measures the current status during the last week. A value of 10 is the cut-off point between the presence or absence of anxiety and depression.

[Time Frame: Up to 2 days]

3. Level of anxiety and depression at the general ward stay assessed by Hospital Anxiety and Depression Scale
The outcome 3 will be measured with the anxiety and depression scale (HADS) at the general ward. The HADS measures the current status during the last week. A value of 10 is the cut-off point between the presence or absence of anxiety and depression.

[Time Frame: After 2 days]

4. Severity level at ICU admission assessed by Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II
APACHE II is a clinical variable. It will be used to measure and evaluate the severity of the critically ill. It classifies disease severity using 12 usual physiological measures, the previous health status and age, with a score ranging from 0 to 71 points.

[Time Frame: Day 1]

5. Duration of ICU stay
Duration of ICU stay is a clinical variable. This variable indicates how many days the patients needs to recovery from critically ill.

[Time Frame: Up to 60 days]

6. Sex: male or female
Sex is a sociodemographic variable. According to the literature, female sex presents more anxiety and depression than male sex.

[Time Frame: Day 1]

7. Age in years
Sociodemographic variable

[Time Frame: Day 1]

8. Educational level: none, primary, secondary or higher
Sociodemographic variable

[Time Frame: Day 1]

9. Family situation: lives alone, with family or friends

Sociodemographic variable

[Time Frame: Day 1]

10. Marital status: single, married, cohabiting, widower or divorced
Sociodemographic variable

[Time Frame: Day 1]

Eligibility

Minimum Age: 18 Years

Maximum Age:

Sex: All

Gender Based:

Accepts Healthy Volunteers: No

Criteria: Inclusion Criteria:

- Age > 18 years
- ICU stay > 48h
- Speaker of one of the two official languages of the region Catalan or Spanish and carrying out a personal interview
- Glasgow Coma Score of 15
- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) negative
- Provision of signed informed consent

Exclusion Criteria:

- Pre ICU admission diagnosis of mental illness

Contacts/Locations

Central Contact Person: Cecilia Cuzco, RN
Telephone: +34635498272
Email: ccuzco@clinic.cat

Central Contact Backup: Pilar Delgado-Hito, RN
Telephone: +34653516191
Email: pdelgado@ub.edu

Study Officials: Cecilia Cuzco, RN
Study Principal Investigator
Hospital Clínic of Barcelona

Pedro Castro, MD
Study Director
Hospital Clínic of Barcelona

Pilar Delgado-Hito, RN
Study Director
University of Barcelona

Locations: **Spain**
Hospital Clínic of Barcelona
Barcelona, Spain, 08036
Contact: Pedro Castro, MD +34645378213 pcastro@clinic.cat

Principal Investigator: Cecilia Cuzco, RN
Sub-Investigator: Raquel Marín, RN
Sub-Investigator: Anna Núñez, RN
Sub-Investigator: Marta Romero, RN
Sub-Investigator: M. Antonia Martínez, RN
Sub-Investigator: Dolors Estrada, RN
Sub-Investigator: Gemma Martínez, RN

Hospital de Bellvitge
Barcelona, Hospitalet De Llobregat, Spain
Contact: Raquel Marín, RN +34649069797 marin.rakel@gmail.com

Hospital Vall d'Hebron
Barcelona, Spain
Contact: Anna Núñez, RN +34605952610 annand75@hotmail.com

IPDSharing

Plan to Share IPD: No

References

- Citations: **[Study Results]** Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, Zawistowski C, Bemis-Dougherty A, Berney SC, Bienvenu OJ, Brady SL, Brodsky MB, Denehy L, Elliott D, Flatley C, Harabin AL, Jones C, Louis D, Meltzer W, Muldoon SR, Palmer JB, Perme C, Robinson M, Schmidt DM, Scruth E, Spill GR, Storey CP, Render M, Votto J, Harvey MA. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012 Feb;40(2):502-9. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75. Review. PubMed 21946660
- [Study Results]** Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med.* 2011 Feb;39(2):371-9. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5. Review. PubMed 20959786
- [Study Results]** Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care.* 2017 Jul;22(4):212-220. doi: 10.1111/nicc.12165. Epub 2015 Feb 17. Review. PubMed 25688675
- [Study Results]** Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One.* 2015 Jan 23;10(1):e0115332. doi: 10.1371/journal.pone.0115332. eCollection 2015. PubMed 25616059
- [Study Results]** Milton A, Brück E, Schandl A, Bottai M, Sackey P. Early psychological screening of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2017 Nov 9;21(1):273. doi: 10.1186/s13054-017-1813-z. PubMed 29121983
- [Study Results]** Ferrand N, Zaouter C, Chastel B, Faye K, Fleureau C, Roze H, Dewitte A, Ouattara A. Health related quality of life and predictive factors six months after intensive care unit discharge. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019 Apr;38(2):137-141. doi: 10.1016/j.accpm.2018.05.007. Epub 2018 Jun 1. PubMed 29864552

[Study Results] Thomas S, Mehrholz J. Health-related quality of life, participation, and physical and cognitive function of patients with intensive care unit-acquired muscle weakness 1 year after rehabilitation in Germany: the GymNAST cohort study. *BMJ Open*. 2018 Jul 13;8(7):e020163. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020163. PubMed 30007926

[Study Results] de Groot C, Leigh JP, Bagshaw SM, Dodek PM, Fowler RA, Forster AJ, Boyd JM, Stelfox HT. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *CMAJ*. 2018 Jun 4;190(22):E669-E676. doi: 10.1503/cmaj.170588. PubMed 29866892

[Study Results] Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, Zygun D, Zuege DJ. A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*. 2015 Feb;147(2):317-327. doi: 10.1378/chest.13-2965. Review. PubMed 25210942

[Study Results] Won MH, Son YJ. Development and psychometric evaluation of the Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Jun;58:102800. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102800. Epub 2020 Jan 18. PubMed 31964557

[Study Results] Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, Needham DM. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Nov - Dec;43:23-29. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2016.08.005. Epub 2016 Aug 28. Review. PubMed 27796253

[Study Results] 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 Nov 23;22(1):310. doi: 10.1186/s13054-018-2223-6. PubMed 30466485

Links:

Available IPD/Information:

ANEXO 6. CONSORT checklist



CONSORT checklist

Impact of a nurse-driven patient empowerment intervention on the reduction in patients' anxiety and depression after intensive care unit discharge: a randomized clinical trial

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract	1a	Identification as a randomised trial in the title	Page 1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	Page 1,2
Introduction Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	Page 3
	2b	Specific objectives or hypotheses	Page 4
Methods Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	Page 3,4
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	Page 4
	4a	Eligibility criteria for participants	Page 4
Participants	4b	Settings and locations where the data were collected	Page 4
	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	Page 6
Interventions	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	Page 7
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	N/A
Outcomes	7a	How sample size was determined	Page 7
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	N/A
Sample size	8a	Method used to generate the random allocation sequence	Page 4,5
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	Page 5
	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	Page 5
Randomisation: Sequence generation			
Allocation concealment mechanism			

Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	Page 5
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	N/A
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	N/A
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	Page 6
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	Page 6
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	Figure 1
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	Figure 1
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	Page 6
	14b	Why the trial ended or was stopped	Page 13
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	Table 1
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	Page 8
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	Page 7
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	Page 8
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	Page 9
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	N/A
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	Page 13
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	Page 11, 12, 13
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	Page 11, 12, 13
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	Page 2
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	Page 2
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	Page 14

ANEXO 7. ESCALA GLASGOW

Escala de Valoración Glasgow

<i>Test de Glasgow Coma Score</i>		
Apertura de ojos	Espontánea	4
	A la orden	3
	Al dolor	2
	Sin respuesta	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Sin respuesta	1
Respuesta motora	Obedece a órdenes	6
	Localiza dolor	5
	Flexión normal al dolor	4
	Flexión anormal al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Sin respuesta	1
Puntuación total		

Extraído de: Jennet, B., y Teasdale, G. (1977). Aspect of coma after severe head injury. *Lancet*,1(8017),878-881.

ANEXO 8. ESCALA CAM-ICU

Escala CAM-ICU

<p>I. Inicio agudo o curso fluctuante:</p> <p>¿Hay evidencia de un cambio agudo en su estado mental? o</p> <p>¿Ha cambiado la conducta del enfermo en las últimas 24h? (fluctuación RASS o Glasgow)</p>	<p>No →</p> <input type="checkbox"/>	<p>CAM-ICU (-)</p> <p>NO DELÍRIUM</p> <input type="checkbox"/>
<p>↓ Si</p>		
<p>II. Inatención:</p> <p>Leer en voz alta las letras "ABARATARAN" y pedir al paciente que apriete la mano sólo cuando oiga la letra "A"</p> <p>Error: no apretar cuando escuche "A" o apretar cuando escuche otra letra que no sea "A"</p>	<p>0 - 2 errores →</p> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>↓ ≥3</p>		
<p>III. Alteración de la conciencia:</p> <p>Cualquier nivel de conciencia ≠ RASS 0</p>	<p>≠ RASS 0 →</p> <input type="checkbox"/>	<p>CAM-ICU (+)</p> <p>DELÍRIUM</p> <input type="checkbox"/>
<p>↓ RASS 0</p>		
<p>IV. Pensamiento desorganizado o alteraciones cognitivas:</p> <p>Responder SI/NO o con la cabeza a 4 preguntas sencillas: Alternar la secuencia al repetir el test.</p> <p>Secuencia 1: ¿Flota un pez en el agua?, ¿Hay peces en el mar?, ¿1Kg pesa más que 2kg?, ¿Un martillo puede clavar un clavo?</p> <p>Secuencia 2: Flota una hoja en el agua?, ¿Hay elefantes en el mar?, ¿2Kg pesan más que 1kg?, ¿Un martillo puede cortar madera?</p> <p>Órdenes sencillas: Decir al paciente "Levante estos dedos" y levantar nosotros dos dedos delante de él. "Ahora haga lo mismo con la otra mano", ahora sin mostrarle los dedos.</p>	<p>≥2 errores →</p> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Extraído de: Tobar, E., Romero, C., Galleguillos, T., Fuentes, P., Cornejo, R., Lira, M.T. et al. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Medicina Intensiva,34(1),4-13.

ANEXO 9. ESCALA APACHE II

Anexo 10

Escala APACHE II

PUNTUACIÓN APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura Rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Presión Arterial Media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frecuencia Cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frecuencia Respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación Si FiO ₂ ≥ 0,5 (AaDO ₂) Si FiO ₂ ≤ 0,5 (PaO ₂)	499	350-49	200-349		>200 <70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,5
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	155-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15-GSC									

Enfermedad crónica <table border="1"> <tr> <td>Preoperatorio programado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Preoperatorio urgente o médico</td> <td>5</td> </tr> </table>	Preoperatorio programado	2	Preoperatorio urgente o médico	5	Edad <table border="1"> <tr> <td>≤44</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>45-64</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>55-64</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>65-74</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>≥75</td> <td>6</td> </tr> </table>	≤44	0	45-64	2	55-64	3	65-74	5	≥75	6	<table border="1"> <tr> <td>Puntos APS (A)</td> <td>Puntos APS (A)</td> <td>Puntos APS (A)</td> <td>Puntos APS (A)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Total de puntos APACHE II A+B+C+D =</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Puntos APS (A)	Puntos APS (A)	Puntos APS (A)	Puntos APS (A)	Total de puntos APACHE II A+B+C+D =			_____
	Preoperatorio programado	2																						
Preoperatorio urgente o médico	5																							
≤44	0																							
45-64	2																							
55-64	3																							
65-74	5																							
≥75	6																							
Puntos APS (A)	Puntos APS (A)	Puntos APS (A)	Puntos APS (A)																					
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =			_____																					

Extraído y adaptado de: Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., y Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. Critical Care Medicine, 13(10), 818-829.

ANEXO 10. ESCALA HADS

HADS: escala de ansiedad y depresión para pacientes hospitalizados (autoadministrada)

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto
0. Igual que siempre

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

ANEXO 11. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA. Hospital Clínic Barcelona.

Guía de información para pacientes ingresados en el Área de Vigilancia Intensiva



ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Intensivos?**
- 3. Características de la Unidad de Cuidados Intensivos**
 - 3.1. Información general**
 - 3.2. Equipo asistencial**
 - 3.3. Descripción de la UCI**
 - 3.4. Dinámica y recomendaciones para las visitas**
 - 3.5. Material de la habitación**
 - 3.6. Técnicas y procedimientos**
 - 3.7. Catéteres, sondas y drenajes**
 - 3.8. El día a día en el Área de Vigilancia Intensiva**
- 4. Traslado a la sala de hospitalización**
- 5. Información Económica**

Guía de Información para los pacientes ingresados en el Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic Barcelona

1. Introducción

Este documento tiene la finalidad de informarle sobre su estancia en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). En él se recogen sus características, la dinámica y recomendaciones, los recursos que tiene a su disposición, y consejos útiles para ayudarle a vivir este proceso de la forma más confortable posible.

2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Intensivos?

Usted padece una situación de gravedad potencial o real que, para revertirla, necesita de unas medidas diagnósticas y/o terapéuticas, y unos cuidados especiales.

3. Características de esta Unidad de Cuidados Intensivos

3.1. Información general

Usted se encuentra ingresado en el Área de Vigilancia Intensiva (AVI) del Hospital Clínic de Barcelona, que es una UCI que atiende a pacientes médicos y quirúrgicos de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de 13 camas, distribuidas en dos ubicaciones en la Escalera 1 Planta 4 (E014), y Escalera 1 Planta 5 (E015). La sala de espera para los familiares es única, ubicada en la E015.

3.2. Equipo asistencial

El equipo asistencial está formado por profesionales de la medicina, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, que le darán una asistencia de calidad de forma continuada las 24h, ofreciéndole un trato humano y personalizado, y haciendo todo lo posible para atender sus necesidades.

3.3. Dinámica y recomendaciones para las visitas

El horario general de visitas es el siguiente:

- 07:15 – 07:45 horas.
- 13:00 - 14:00 horas.
- 20:00 - 21:00 horas.

Se recomienda la entrada máxima simultánea de dos familiares, realizándose el recambio fuera de la unidad. No se recomiendan las visitas a niños menores de 12 años, y en caso de que soliciten entrar, serán acompañados de un adulto. Es preceptiva la desinfección de manos antes de entrar, y seguir las precauciones en caso de aislamiento. Se recomienda hablar en voz baja, no tocar los dispositivos a los que está conectado el paciente, y desinfectarse las manos al salir. En caso de requerir un horario de visitas adaptado a sus necesidades, consulte al equipo de enfermería.

3.4. Material de la habitación

Durante su estancia usted estará conectado a un monitor y a diferentes dispositivos de soporte (bombas de infusión de fármacos, respiradores, máquinas para tratamiento de sustitución renal...), los cuales envían la información a una central de monitorización para su vigilancia por parte del personal asistencial. La mayoría de dispositivos emiten señales

acústicas para avisar de diferentes situaciones, pero ello no siempre indica una situación de emergencia.

3.5. Técnicas y procedimientos

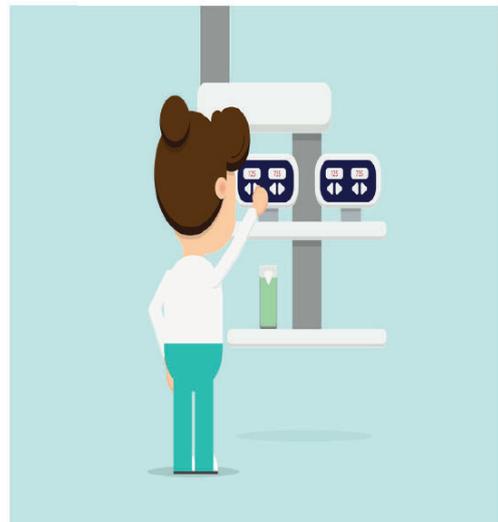
Durante la estancia en la unidad, podrá oír hablar de técnicas o procedimientos que le han realizado o van a realizarle. El lenguaje médico puede ser complejo, difícil de entender en ocasiones, y puede generarle dudas. No se quede con dudas, pregunte y se le explicará con un lenguaje más claro.

3.6. Catéteres, sondas y drenajes

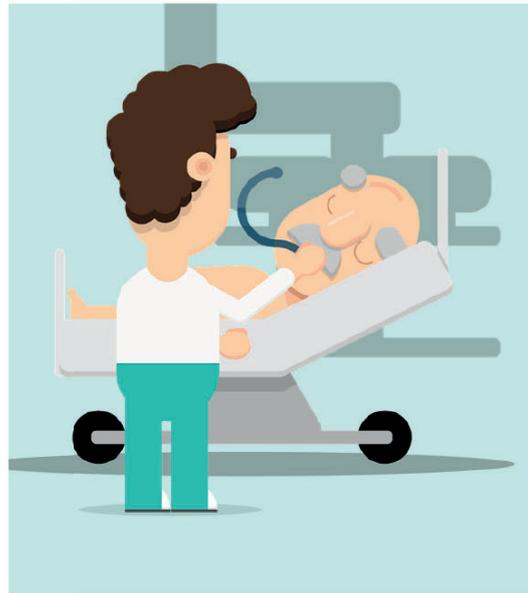
También puede necesitar catéteres, sondas o drenajes, en diferentes partes del cuerpo y que pueden ser molestos. Estos catéteres y sondas sólo se colocarán cuando sean necesarios, y se retirarán tan pronto haya acabado su función.

3.7. El día a día en el Área de Vigilancia Intensiva

- **Monitorización y vigilancia:** dependerán de su situación y, según vaya evolucionando favorablemente, se irán reduciendo. Cuando sea trasladado a la sala de hospitalización, ya no será necesaria la monitorización continua.



- ***Soporte a la respiración:*** puede ser que necesite (o haya necesitado) soporte respiratorio mediante un ventilador. En ocasiones requiere la colocación de un tubo en la tráquea (intubación) a través de la boca para administrar aire. En ese caso, recibiría la analgesia y la sedación que necesite para estar tranquilo.

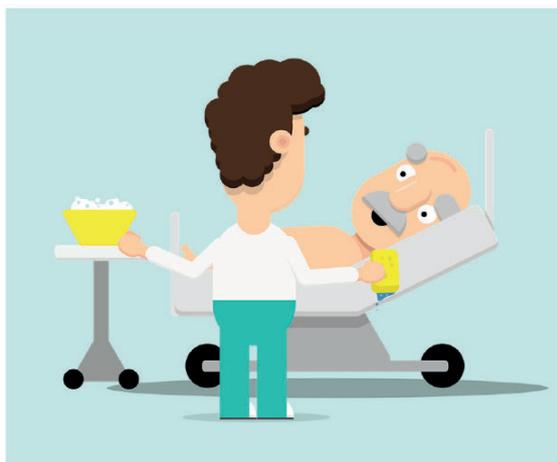


- ***Alimentación:*** puede haber periodos, por ejemplo, durante la intubación, en los que no pueda administrársele comida o bebida por boca. En este caso se le proporcionará alimentación por vía intravenosa o por una sonda nasogástrica (desde la nariz al estómago), hasta que pueda volver a alimentarse normalmente por vía oral. Cuando esto ocurra, si usted lleva prótesis dental, puede solicitarla a su familia para que la traiga y se la coloque y pueda comer mejor.
- ***Eliminación urinaria y fecal:*** en la UCI no es posible ir al baño, por lo que la eliminación urinaria y fecal se realiza en la propia habitación. A veces puede ser necesario colocar una sonda vesical para controlar la cantidad de orina que produce de forma continua. En tal caso, se retirará lo antes posible. Además, debido a la inmovilización puede sufrir estreñimiento o, por el contrario, puede presentar diarreas

asociadas a algunos medicamentos. Excepcionalmente, si la diarrea es muy importante, líquida y con dificultad para contenerla, puede necesitar una sonda rectal.

- **Movilización y rehabilitación:** debido a la inmovilización y algunos fármacos puede perder fuerza y tono muscular. Para prevenirlo y mejorarlo, un equipo de fisioterapia le realizará los ejercicios adecuados. Si su situación no permite la movilización, el equipo de enfermería lo movilizará para prevenir úlceras en la piel por presión. Siempre llevará un colchón de aire alternante que contribuye a la prevención de estas úlceras.
- **Orientación:** como consecuencia de su proceso y sus tratamientos puede ser difícil orientarse en cuanto al día y la noche, y puede sentirse confuso, sufriendo desorientación y delirio, con riesgo incluso de caídas o retirada accidental de dispositivos. Para intentar prevenirlo, el equipo de enfermería le irá informando de la hora, en qué momento del día nos encontramos y se puede facilitar la visita de su familiar.
- **Dormir y descansar:** es frecuente que le cambie el ritmo de sueño, lo que puede contribuir a la desorientación. Unos tapones para los oídos para ayudarlo a descansar, consulte con el equipo de enfermería.
- **Higiene:** es necesaria en todos los pacientes y la realizamos diariamente. Si usted no puede colaborar, los profesionales de la unidad la realizarán en la

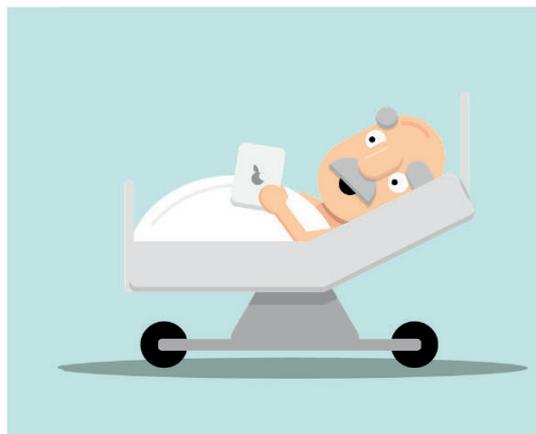
cama. Cuando su situación mejore, podrá participar en su higiene o manifestar su aplazamiento temporal.



- **Comunicación:** en ocasiones puede tener problemas para comunicarse con los demás: la sedación, la intubación, la traqueotomía, las mascarillas.... A veces puede intentar hacerlo con gestos o escribiendo en una pizarra o libreta, solicítelo. Es importante que exprese sus sentimientos y necesidades para poder ayudarlo.
- **Información:** diariamente se le informará de su evolución, y si usted lo permite, también a su familia. Hay pacientes que no quieren información y otros sí. Por ello es necesario que exprese si necesita más información sobre su proceso. Puede preguntar y se la ampliaremos, incluso le recordaremos los momentos que probablemente no recuerde. Si se produce un cambio sustancial en su evolución, el equipo asistencial se lo comunicará a usted y su familia. Para la realización de algunos procedimientos o técnicas a realizar, será necesario que usted o un familiar

nos de su consentimiento explícito previa información sobre el mismo.

- **Ocio y diversión:** para contribuir a que su estancia en la unidad sea más llevadera, pregunte al equipo de enfermería la posibilidad de utilizar aparatos electrónicos como ordenadores portátiles, teléfono móvil o *tablets*, así como una radio, el periódico, un libro o alguna revista.



- **Creencias y valores:** si usted necesita que le traigan algún objeto con significado religioso o espiritual, consulte con el equipo de enfermería. También puede solicitar apoyo espiritual.
- **Apoyo al paciente y familia para el bienestar psicológico:** cuando sienta la necesidad de hablar con algún profesional, manifiéstelo. Estar ingresado en una UCI no es una experiencia agradable. Puede experimentar sentimientos de miedo, enfado, angustia, tristeza, frustración o una mezcla de todo. Estos sentimientos pueden ser debidos al hecho de estar ingresado en una unidad con muchos ruidos, alarmas, inmovilizado y dependiente para realizar sus necesidades básicas. Usted necesita recuperar la autonomía que durante

estos días puede sentir que esté perdiendo o haya perdido. Poco a poco se irá recuperando.

También disponemos de profesionales especializados que se pueden solicitar si es necesario, como trabajadora social, psiquiatra o psicólogo. Cuando vaya a la sala de hospitalización, se valorará si es necesaria la solicitud de un centro especializado para la rehabilitación o convalecencia después del alta del hospital.

- ***Expresa sus sentimientos y necesidades:*** es importante que exprese cómo se siente y qué necesita para sentirse mejor. No se lo guarde por miedo a preocupar o a dar trabajo. Contarlo alivia y, además, ayuda a encontrar soluciones a los problemas. Hable con sus familiares o amigos, o con el personal de la unidad, nosotros le ayudaremos. Si le gusta escribir, también puede llevar un pequeño diario de lo que pasa y siente cada día. Los diarios pueden contribuir a ordenar las ideas y con la ayuda de un familiar, si así lo desea, puede reconstruir la historia y escribir momentos que usted no recuerda. Esto le ayudará a sentirse mejor. El apoyo de su familia y amigos es necesario para su recuperación. También es conveniente expresar sus expectativas o lo que usted espera al salir de la UCI. De esta manera podríamos darle respuesta y ayudarle en lo que necesite.

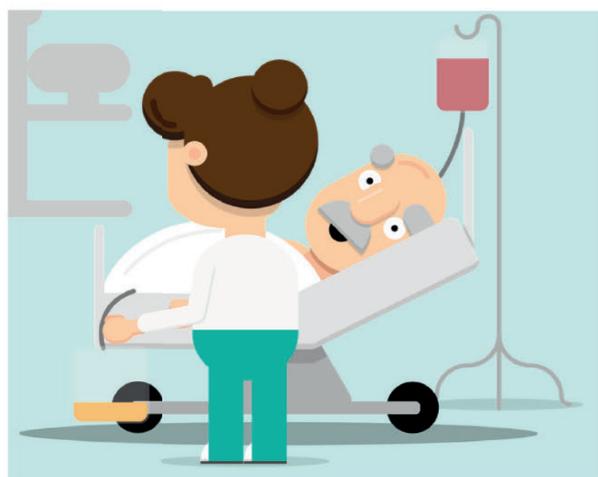
4. Traslado a la sala de hospitalización

Cuando el motivo de ingreso en la UCI haya sido resuelto y se encuentre mejor, se le trasladará a una sala de hospitalización, donde seguirá con su recuperación hasta el alta hospitalaria.

En la sala de hospitalización el equipo de enfermería le proporcionará toda la información necesaria para usted y su familia, tanto las normas de funcionamiento como los puntos importantes sobre su proceso de salud. Recibirá información médica a diario de lunes a viernes, en el horario establecido dependiendo de la sala donde usted sea trasladado.

En la sala de hospitalización continuará recibiendo los cuidados necesarios de manera individualizada. El equipo de enfermería está informado en todo momento de su proceso y continuidad de cuidados, de forma que si es trasladado con algún dispositivo (sonda, catéter...), los cuidados se seguirán realizando de igual forma hasta su retirada. Si tiene problemas para la deambulación o debilidad muscular, recibirá ayuda por parte del equipo de enfermería

para evitar riesgo de caídas. También se continuará con el tratamiento que tiene pautado, como la administración de analgésicos si tiene dolor.



Es importante que manifieste todo lo que le pasa o siente, para poder participar activamente en su proceso de recuperación. Si usted tiene dudas, consulte al personal asistencial de la UCI o de la sala de hospitalización, que darán respuesta a sus preguntas.

Les informarán qué es lo que necesita para hacer más confortable su ingreso, sus objetos personales y de higiene, así como de entretenimiento. Se le informará también cómo avisar al equipo si no puede salir de la habitación, mediante un timbre de llamada. Y se le explicará el funcionamiento de la TV y el horario nocturno para favorecer el descanso.

Se le volverá a realizar una entrevista de acogida para determinar si usted tiene alguna alergia, enfermedades de base o crónicas, demandas específicas o preferencia alimenticias, y se solicitará la dieta correspondiente al servicio de dietética del hospital. Se elaborará en base a esta entrevista y a su proceso de salud, un plan de cuidados necesarios.

Las habitaciones suelen ser compartidas y disponen de baño y ducha. Si su situación lo permite podrá hacer uso de ello. Si no es así, el personal asistencial le ayudará en la realización de su higiene.

Con frecuencia los pacientes se preocupan al ser dados de alta de la UCI porque salen de un lugar donde la vigilancia era continua. Ha de pensar que, si se plantea al paso a la sala de hospitalización es porque realmente usted está mejor, y ya no es necesario un control y vigilancia tan exhaustiva. Pero los cuidados que recibirá seguirán siendo de calidad y personalizados. Además, podrá estar acompañado por su familia casi en todo momento.

5. Información Económica

Si usted no es residente en España, tendrá que asumir los gastos generados por los días de estancia en el hospital. La estancia en una UCI suele ser elevada. Existen convenios con determinados países, que se deberán consultar en facturación. Le ayudaremos con las gestiones posibles.

Autores: Cuzco Cabellos, C.^{a,b}; Marín Pérez, R.^c; Núñez Delgado, A.^d; Carmona Delgado, I.^a; Estrada Reventós, D.^{b,e}, Castro Rebollo, P.^a; Delgado-Hito, P.^b

^aÁrea de Vigilancia Intensiva, Hospital Clínic de Barcelona

^bDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica; Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

^cUnidad de Cuidados Intensivos Coronaria del Hospital Universitario de Bellvitge.

^dUnidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Valle Hebrón.

^eServicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona.

Adaptación de: de la Cueva-Ariza, L. (coord.). Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Barcelona, 2017. ISBN: 978-84-697-4108-5 Disponible en:

http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/06/guia_familiares_general_definitiva2.pdf



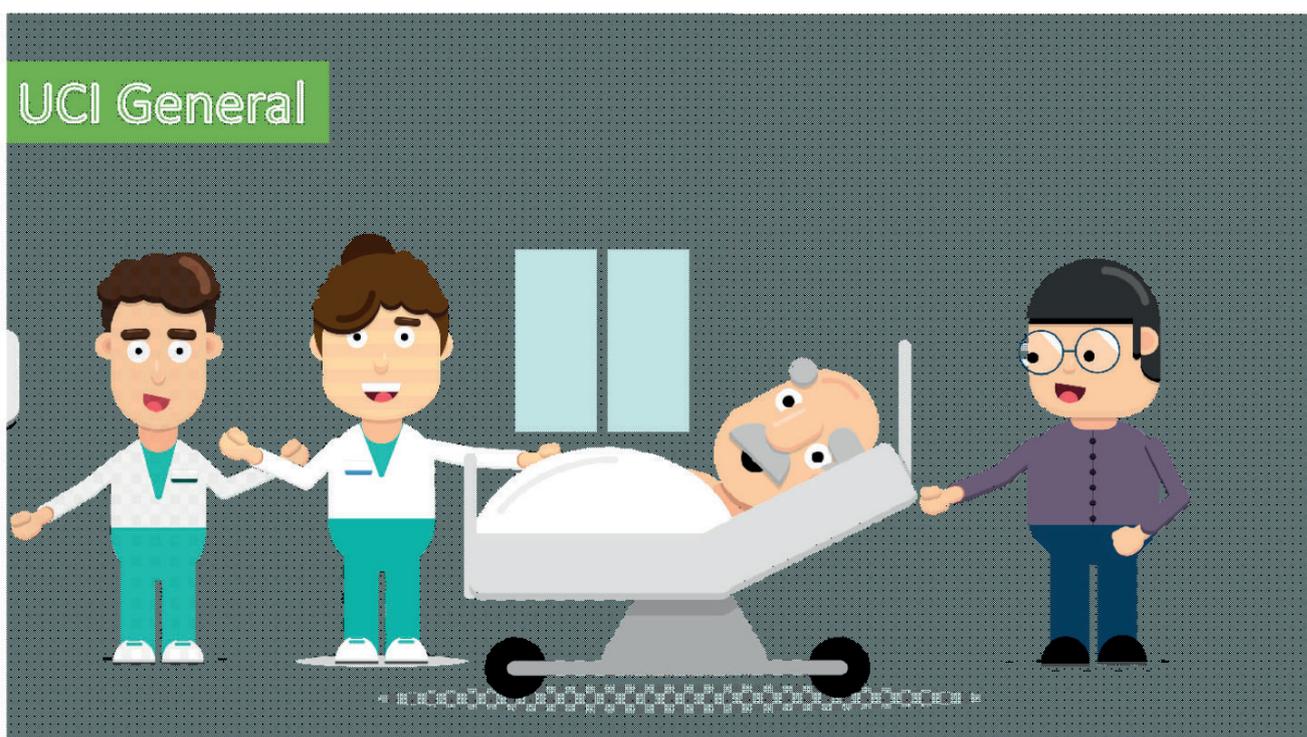
Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):

No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Ilustraciones: Seiji G Bernabela

ANEXO 12. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL. Hospital de la Vall d'Hebron.

Guía de información para pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos General Hospital Vall d'Hebron



ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Intensivos?**
- 3. Características de la Unidad de Cuidados Intensivos**
 - 3.1. Información general**
 - 3.2. Equipo asistencial**
 - 3.3. Descripción de la Unidad de Cuidados Intensivos**
 - 3.4. Dinámica y recomendaciones para las visitas**
 - 3.5. Material de la habitación**
 - 3.6. Técnicas y procedimientos**
 - 3.7. Catéteres, sondas y drenajes**
 - 3.8. El día a día en la UCI**
- 4. Traslado a la sala de hospitalización**
- 5. Información Económica**

Guía de Información para los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Vall d'Hebron

1. Introducción

Este documento tiene la finalidad de informarle sobre su estancia en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). En él se recogen sus características, la dinámica y recomendaciones, los recursos que tiene a su disposición, y consejos útiles para ayudarle a vivir este proceso de la forma más confortable posible.

2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Intensivos?

Usted padece una situación de gravedad potencial o real que, para revertirla, necesita de unas medidas diagnósticas y/o terapéuticas, y unos cuidados especiales.

3. Características de esta Unidad de Cuidados Intensivos

3.1. Información general

Usted se encuentra ingresado en la UCI General del Hospital Vall d'Hebron, que es una UCI que atiende a pacientes médicos y quirúrgicos de alta complejidad. Esta UCI cuenta con un total de 40 camas, distribuidas en dos ubicaciones en la Planta 3, llamadas D1 y D3. La sala de espera para los familiares es única, ubicada en la entrada de ambas UCIs.

3.2. Equipo asistencial

El equipo asistencial está formado por profesionales de la medicina, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, que le darán una asistencia de calidad de forma continuada las 24h, ofreciéndole un trato humano y personalizado, y haciendo todo lo posible para atender sus necesidades.

3.3. Dinámica y recomendaciones para las visitas

El horario general de visitas es el siguiente:

- 14:00 - 17:00 horas.
- 20:30 - 21:00 horas.

Se recomienda la entrada máxima simultánea de dos familiares, realizándose el recambio fuera de la unidad. No se recomiendan las visitas a niños menores de 12 años, y en caso de que soliciten entrar, serán acompañados de un adulto. Es preceptiva la desinfección de manos antes de entrar, y seguir las precauciones en caso de aislamiento. Se recomienda hablar en voz baja, no tocar los dispositivos a los que está conectado el paciente, y desinfectarse las manos al salir. En caso de requerir un horario de visitas adaptado a sus necesidades, consulte al equipo de enfermería.

3.4. Material de la habitación

Durante su estancia usted estará conectado a un monitor y a diferentes dispositivos de soporte (bombas de infusión de fármacos, respiradores, máquinas para tratamiento de sustitución renal...), los cuales envían la información a una central de monitorización para su vigilancia por parte del personal asistencial. La mayoría de dispositivos emiten señales

acústicas para avisar de diferentes situaciones, pero ello no siempre indica una situación de emergencia.

3.5. Técnicas y procedimientos

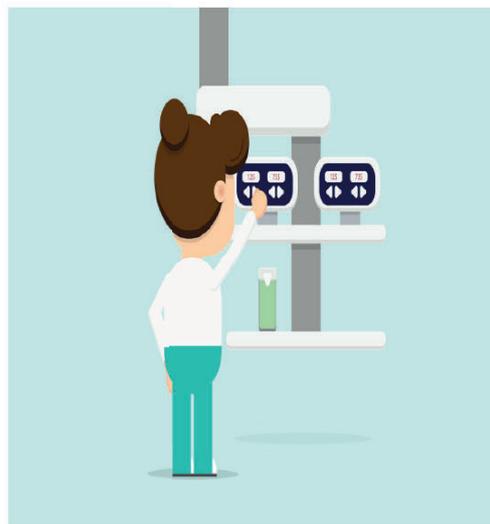
Durante la estancia en la unidad, podrá oír hablar de técnicas o procedimientos que le han realizado o van a realizarle. El lenguaje médico puede ser complejo, difícil de entender en ocasiones, y puede generarle dudas. No se quede con dudas, pregunte y se le explicará con un lenguaje más claro.

3.6. Catéteres, sondas y drenajes

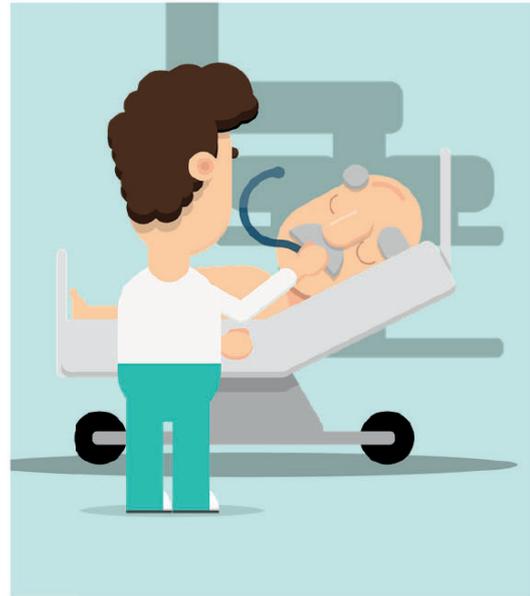
También puede necesitar catéteres, sondas o drenajes, en diferentes partes del cuerpo y que pueden ser molestos. Estos catéteres y sondas sólo se colocarán cuando sean necesarios, y se retirarán tan pronto haya acabado su función.

3.7. El día a día en la UCI

- **Monitorización y vigilancia:** dependerán de su situación y, según vaya evolucionando favorablemente, se irán reduciendo. Cuando sea trasladado a la sala de hospitalización, ya no será necesaria la monitorización continua.



- ***Soporte a la respiración:*** puede ser que necesite (o haya necesitado) soporte respiratorio mediante un ventilador. En ocasiones requiere la colocación de un tubo en la tráquea (intubación) a través de la boca para administrar aire. En ese caso, recibiría la analgesia y la sedación que necesite para estar tranquilo.

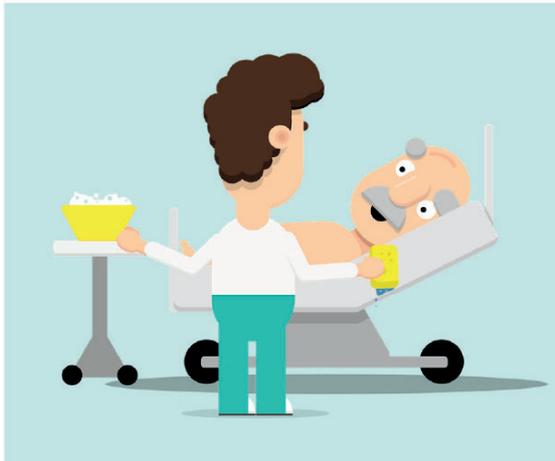


- ***Alimentación:*** puede haber periodos, por ejemplo, durante la intubación, en los que no pueda administrársele comida o bebida por boca. En este caso se le proporcionará alimentación por vía intravenosa o por una sonda nasogástrica (desde la nariz al estómago), hasta que pueda volver a alimentarse normalmente por vía oral. Cuando esto ocurra, si usted lleva prótesis dental, puede solicitarla a su familia para que la traiga y se la coloque y pueda comer mejor.
- ***Eliminación urinaria y fecal:*** en la UCI no es posible ir al baño, por lo que la eliminación urinaria y fecal se realiza en la propia habitación. A veces puede ser necesario colocar una sonda vesical para controlar la cantidad de orina que produce de forma continua. En tal caso, se retirará lo antes posible. Además, debido a la inmovilización puede sufrir estreñimiento o, por el contrario, puede presentar diarreas

asociadas a algunos medicamentos. Excepcionalmente, si la diarrea es muy importante, líquida y con dificultad para contenerla, puede necesitar una sonda rectal.

- **Movilización y rehabilitación:** debido a la inmovilización y algunos fármacos puede perder fuerza y tono muscular. Para prevenirlo y mejorarlo, un equipo de fisioterapia le realizará los ejercicios adecuados. Si su situación no permite la movilización, el equipo de enfermería lo movilizará para prevenir úlceras en la piel por presión. Siempre llevará un colchón de aire alternante que contribuye a la prevención de estas úlceras.
- **Orientación:** como consecuencia de su proceso y sus tratamientos puede ser difícil orientarse en cuanto al día y la noche, y puede sentirse confuso, sufriendo desorientación y delirio, con riesgo incluso de caídas o retirada accidental de dispositivos. Para intentar prevenirlo, el equipo de enfermería le irá informando de la hora, en qué momento del día nos encontramos y se puede facilitar la visita de su familiar.
- **Dormir y descansar:** es frecuente que le cambie el ritmo de sueño, lo que puede contribuir a la desorientación. Unos tapones para los oídos para ayudarlo a descansar, consulte con el equipo de enfermería.
- **Higiene:** es necesaria en todos los pacientes y la realizamos diariamente. Si usted no puede colaborar, los profesionales de la unidad la realizarán en la

cama. Cuando su situación mejore, podrá participar en su higiene o manifestar su aplazamiento temporal.



- **Comunicación:** en ocasiones puede tener problemas para comunicarse con los demás: la sedación, la intubación, la traqueotomía, las mascarillas.... A veces puede intentar hacerlo con gestos o escribiendo en una pizarra o libreta, solicítelo. Es importante que exprese sus sentimientos y necesidades para poder ayudarlo.
- **Información:** diariamente se le informará de su evolución, y si usted lo permite, también a su familia. Hay pacientes que no quieren información y otros sí. Por ello es necesario que exprese si necesita más información sobre su proceso. Puede preguntar y se la ampliaremos, incluso le recordaremos los momentos que probablemente no recuerde. Si se produce un cambio sustancial en su evolución, el equipo asistencial se lo comunicará a usted y su familia. Para la realización de algunos procedimientos o técnicas a realizar, será necesario que usted o un familiar

nos de su consentimiento explícito previa información sobre el mismo.

- **Ocio y diversión:** para contribuir a que su estancia en la unidad sea más llevadera, pregunte al equipo de enfermería la posibilidad de utilizar aparatos electrónicos como ordenadores portátiles, teléfono móvil o *tablets*, así como una radio, el periódico, un libro o alguna revista.



- **Creencias y valores:** si usted necesita que le traigan algún objeto con significado religioso o espiritual, consulte con el equipo de enfermería. También puede solicitar apoyo espiritual.
- **Apoyo al paciente y familia para el bienestar psicológico:** cuando sienta la necesidad de hablar con algún profesional, manifiéstelo. Estar ingresado en una UCI no es una experiencia agradable. Puede experimentar sentimientos de miedo, enfado, angustia, tristeza, frustración o una mezcla de todo. Estos sentimientos pueden ser debidos al hecho de estar ingresado en una unidad con muchos ruidos, alarmas, inmovilizado y dependiente para realizar sus necesidades básicas. Usted necesita recuperar la autonomía que durante

estos días puede sentir que esté perdiendo o haya perdido. Poco a poco se irá recuperando.

También disponemos de profesionales especializados que se pueden solicitar si es necesario, como trabajadora social, psiquiatra o psicólogo. Cuando vaya a la sala de hospitalización, se valorará si es necesaria la solicitud de un centro especializado para la rehabilitación o convalecencia después del alta del hospital.

- ***Expresa sus sentimientos y necesidades:*** es importante que exprese cómo se siente y qué necesita para sentirse mejor. No se lo guarde por miedo a preocupar o a dar trabajo. Contarlo alivia y, además, ayuda a encontrar soluciones a los problemas. Hable con sus familiares o amigos, o con el personal de la unidad, nosotros le ayudaremos. Si le gusta escribir, también puede llevar un pequeño diario de lo que pasa y siente cada día. Los diarios pueden contribuir a ordenar las ideas y con la ayuda de un familiar, si así lo desea, puede reconstruir la historia y escribir momentos que usted no recuerda. Esto le ayudará a sentirse mejor. El apoyo de su familia y amigos es necesario para su recuperación. También es conveniente expresar sus expectativas o lo que usted espera al salir de la UCI. De esta manera podríamos darle respuesta y ayudarle en lo que necesite.

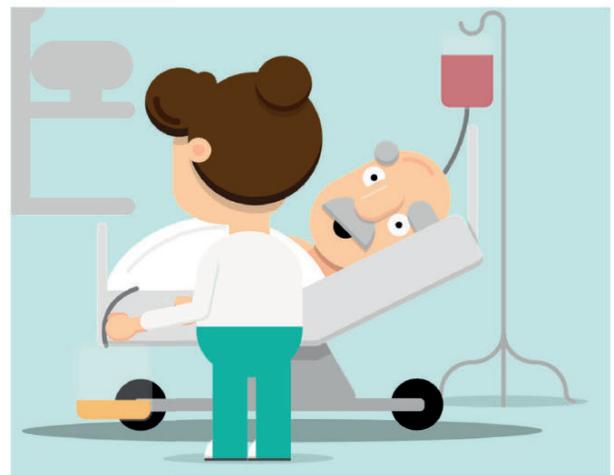
4. Traslado a la sala de hospitalización

Cuando el motivo de ingreso en la UCI haya sido resuelto y se encuentre mejor, se le trasladará a una sala de hospitalización, donde seguirá con su recuperación hasta el alta hospitalaria.

En la sala de hospitalización el equipo de enfermería le proporcionará toda la información necesaria para usted y su familia, tanto las normas de funcionamiento como los puntos importantes sobre su proceso de salud. Recibirá información médica a diario de lunes a viernes, en el horario establecido dependiendo de la sala donde usted sea trasladado.

En la sala de hospitalización continuará recibiendo los cuidados necesarios de manera individualizada. El equipo de enfermería está informado en todo momento de su proceso y continuidad de cuidados, de forma que si es trasladado con algún dispositivo (sonda, catéter...), los cuidados se seguirán realizando de igual forma hasta su retirada. Si tiene problemas para la deambulación o debilidad muscular, recibirá ayuda por parte del equipo de enfermería

para evitar riesgo de caídas. También se continuará con el tratamiento que tiene pautado, como la administración de analgésicos si tiene dolor.



Es importante que manifieste todo lo que le pasa o siente, para poder participar activamente en su proceso de recuperación. Si usted tiene dudas, consulte al personal asistencial de la UCI o de la sala de hospitalización, que darán respuesta a sus preguntas.

Les informarán qué es lo que necesita para hacer más confortable su ingreso, sus objetos personales y de higiene, así como de entretenimiento. Se le informará también cómo avisar al equipo si no puede salir de la habitación, mediante un timbre de llamada. Y se le explicará el funcionamiento de la TV y el horario nocturno para favorecer el descanso.

Se le volverá a realizar una entrevista de acogida para determinar si usted tiene alguna alergia, enfermedades de base o crónicas, demandas específicas o preferencia alimenticias, y se solicitará la dieta correspondiente al servicio de dietética del hospital. Se elaborará en base a esta entrevista y a su proceso de salud, un plan de cuidados necesarios.

Las habitaciones suelen ser compartidas y disponen de baño y ducha. Si su situación lo permite podrá hacer uso de ello. Si no es así, el personal asistencial le ayudará en la realización de su higiene.

Con frecuencia los pacientes se preocupan al ser dados de alta de la UCI porque salen de un lugar donde la vigilancia era continua. Ha de pensar que, si se plantea al paso a la sala de hospitalización es porque realmente usted está mejor, y ya no es necesario un control y vigilancia tan exhaustiva. Pero los cuidados que recibirá seguirán siendo de calidad y personalizados. Además, podrá estar acompañado por su familia casi en todo momento.

5. Información Económica

Si usted no es residente en España, tendrá que asumir los gastos generados por los días de estancia en el hospital. La

estancia en una UCI suele ser elevada. Existen convenios con determinados países, que se deberán consultar en facturación. Le ayudaremos con las gestiones posibles.

Autores: Cuzco Cabellos, C.^{a,b}; Marín Pérez, R.^c; Núñez Delgado, A.^d; Carmona Delgado, I.^a; Estrada Reventós, D.^{b,e}, Castro Rebollo, P.^a; Delgado-Hito, P.^b

^aÁrea de Vigilancia Intensiva, Hospital Clínic de Barcelona

^bDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica; Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

^cUnidad de Cuidados Intensivos Coronaria del Hospital Universitario de Bellvitge.

^dUnidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Valle Hebrón.

^eServicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona.

Adaptación de: de la Cueva-Ariza, L. (coord.). Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Barcelona, 2017. ISBN: 978-84-697-4108-5 Disponible en:

http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/06/guia_familiares_general_definitiva2.pdf



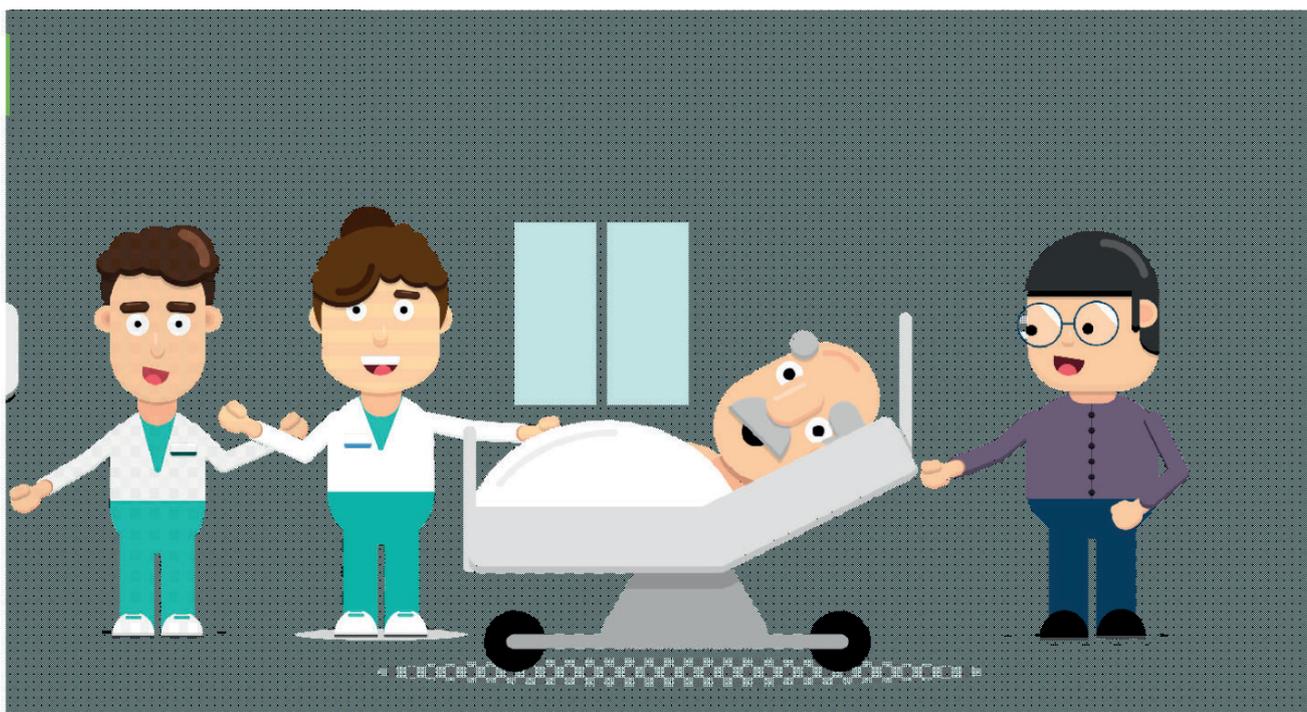
Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):

No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Ilustraciones: Seiji G Bernabela

ANEXO 13. GUÍA DE INFORMACIÓN A LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARORONARIAS. Hospital de Bellvitge.

Guía de información para pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos



ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Críticos
Cardiológicos?**
- 3. Características de la Unidad**
 - 3.1. Información general**
 - 3.2. Equipo asistencial**
 - 3.3. Descripción de la unidad**
 - 3.4. Dinámica y recomendaciones para las visitas**
 - 3.5. Material de la habitación**
 - 3.6. Técnicas y procedimientos**
 - 3.7. Catéteres, sondas y drenajes**
 - 3.8. El día a día en la unidad**
- 4. Traslado a la sala de hospitalización**
- 5. Información Económica**

Guía de Información para los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital de Bellvitge

1. Introducción

Este documento tiene la finalidad de informarle sobre su estancia en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). En él se recogen sus características, la dinámica y recomendaciones, los recursos que tiene a su disposición, y consejos útiles para ayudarle a vivir este proceso de la forma más confortable posible.

2. ¿Por qué estoy en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos?

Usted padece una situación de gravedad potencial o real que, para revertirla, necesita de unas medidas diagnósticas y/o terapéuticas, y unos cuidados especiales.

3. Características de esta unidad

3.1. Información general

Usted se encuentra ingresado en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos, del Hospital de Bellvitge. En ella ingresan personas que se encuentran en una situación crítica o que podrían llegar a estarlo por su situación actual en función de su evolución. Habitualmente los pacientes ingresados en esta

unidad tienen un problema cardíaco agudo (infarto, síndrome coronario, arritmia, etc.) y por tanto requieren una vigilancia más exhaustiva, un tratamiento específico y monitorización continua para detectar y prevenir posibles complicaciones.

La unidad es circular, con 10 habitaciones individuales. Las habitaciones se enumeran de la 213 a la 222. La sala de espera para los familiares es una zona pequeña, ubicada fuera de la unidad y compartida con los pacientes que vienen citados para implante de marcapasos.

3.2. Equipo asistencial

El equipo asistencial está formado por profesionales de la medicina, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares, fisioterapeutas y auxiliares sanitarios, que le darán una asistencia de calidad de forma continuada las 24h, ofreciéndole un trato humano y personalizado, y haciendo todo lo posible para atender sus necesidades.

3.3. Dinámica y recomendaciones para las visitas

El horario general de visitas es el siguiente:

- 13:00 - 14:00 horas.
- 19:30 – 20:30 horas.

Se recomienda la entrada máxima simultánea de dos familiares, realizándose el recambio fuera de la unidad. No se recomiendan las visitas a niños menores de 12 años, y en caso de que soliciten entrar, serán acompañados de un adulto. Es preceptiva la desinfección de manos antes de entrar, y seguir las precauciones en caso de aislamiento.

Se recomienda hablar en voz baja, no tocar los dispositivos a los que está conectado el paciente, y desinfectarse las manos al salir. En caso de requerir un horario de visitas adaptado a sus necesidades, consulte al equipo de enfermería.

3.4. Material de la habitación

Durante su estancia usted estará conectado a un monitor y a diferentes dispositivos de soporte (bombas de infusión de fármacos, respiradores, máquinas para tratamiento de sustitución renal, marcapasos temporal o electrocatéter...), los cuales envían la información a una central de monitorización para su vigilancia por parte del personal asistencial. La mayoría de dispositivos emiten señales acústicas para avisar de diferentes situaciones, pero ello no siempre indica una situación de emergencia.

3.5. Técnicas y procedimientos

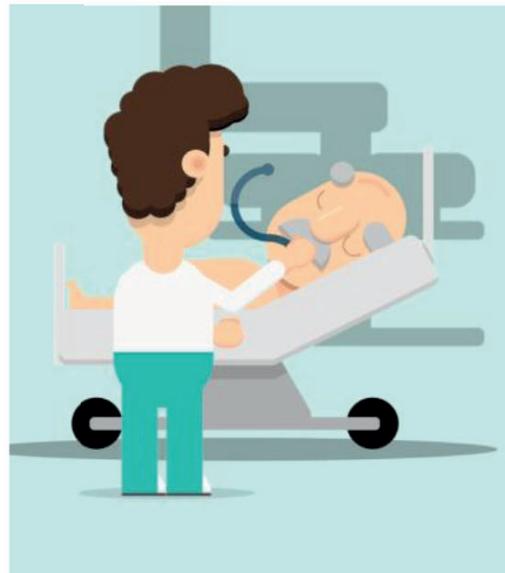
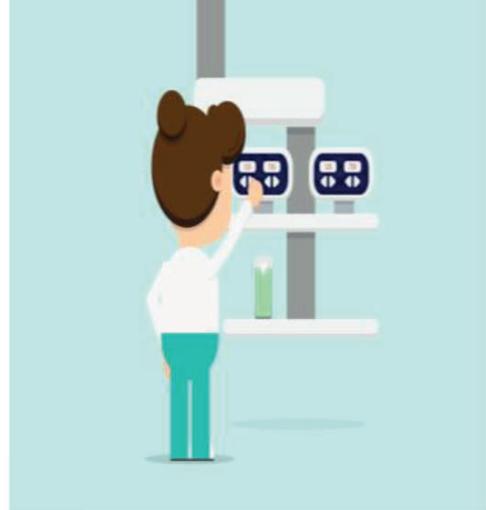
Durante la estancia en la unidad, podrá oír hablar de técnicas o procedimientos que le han realizado o van a realizarle. El lenguaje médico puede ser complejo, difícil de entender en ocasiones, y puede generarle dudas. No se quede con dudas, pregunte y se le explicará con un lenguaje más claro.

3.6. Catéteres, sondas y drenajes

También puede necesitar catéteres, sondas o drenajes, en diferentes partes del cuerpo y que pueden ser molestos. Estos catéteres y sondas sólo se colocarán cuando sean necesarios, y se retirarán tan pronto haya acabado su función.

3.7. El día a día en la unidad

- **Monitorización y vigilancia:** dependerán de su situación y, según vaya evolucionando favorablemente, se irán reduciendo. Cuando sea trasladado a la sala de hospitalización, ya no será necesaria la monitorización continua.
- **Soporte a la respiración:** puede ser que necesite (o haya necesitado) soporte respiratorio mediante un ventilador. En ocasiones requiere la colocación de un tubo en la tráquea (intubación) a través de la boca para administrar aire. En ese caso, recibiría la analgesia y la sedación que necesite para estar tranquilo.



- **Alimentación:** puede haber periodos, por ejemplo, durante la intubación, en los que no pueda administrársele comida o bebida por boca. En este caso se le proporcionará alimentación por vía intravenosa o por una sonda nasogástrica (desde la nariz al estómago), hasta que pueda volver a alimentarse normalmente por vía oral. Cuando esto ocurra, si usted lleva prótesis dental, puede solicitarla a su familia para que la traiga y se la coloque y pueda comer mejor.
- **Eliminación urinaria y fecal:** en la UCI no es posible ir al baño, por lo que la eliminación urinaria y fecal se realiza en la propia habitación. A veces puede ser necesario colocar una sonda vesical para controlar la cantidad de orina que produce de forma continua. En tal caso, se retirará lo antes posible. Además, debido a la inmovilización puede sufrir estreñimiento o, por el contrario, puede presentar diarreas asociadas a algunos medicamentos. Excepcionalmente, si la diarrea es muy importante, líquida y con dificultad para contenerla, puede necesitar una sonda rectal.
- **Movilización y rehabilitación:** debido a la inmovilización y algunos fármacos puede perder fuerza y tono muscular. Para prevenirlo y mejorarlo, un equipo de fisioterapia le realizará los ejercicios adecuados. Si su situación no permite la movilización, el equipo de enfermería lo movilizará para prevenir úlceras en la piel por presión. Siempre llevará un colchón de aire alternante que contribuye a la prevención de estas úlceras.

- **Orientación:** como consecuencia de su proceso y sus tratamientos puede ser difícil orientarse en cuanto al día y la noche, y puede sentirse confuso, sufriendo desorientación y delirio, con riesgo incluso de caídas o retirada accidental de dispositivos. Para intentar prevenirlo, el equipo de enfermería le irá informando de la hora, en qué momento del día nos encontramos y se puede facilitar la visita de su familiar.
- **Dormir y descansar:** es frecuente que le cambie el ritmo de sueño, lo que puede contribuir a la desorientación. Unos taponetes para los oídos puede ayudarle a descansar, consulte con el equipo de enfermería.

- **Higiene:** es necesaria en todos los pacientes y la realizamos diariamente. Si usted no puede colaborar, los profesionales de la unidad la realizarán en la cama. Cuando su situación mejore, podrá participar en su higiene o manifestar su aplazamiento temporal.



- **Comunicación:** en ocasiones puede tener problemas para comunicarse con los demás: la sedación, la intubación, la traqueotomía, las mascarillas....

A veces puede intentar hacerlo con gestos o escribiendo en una pizarra o libreta, solicítelo. Es importante que exprese sus sentimientos y necesidades para poder ayudarlo.

- **Información:** diariamente se le informará de su evolución, y si usted lo permite, también a su familia. Hay pacientes que no quieren información y otros sí. Por ello es necesario que exprese si necesita más información sobre su proceso. Puede preguntar y se la ampliaremos, incluso le recordaremos los momentos que probablemente no recuerde. Si se produce un cambio sustancial en su evolución, el equipo asistencial se lo comunicará a usted y su familia. Para la realización de algunos procedimientos o técnicas a realizar, será necesario que usted o un familiar nos de su consentimiento explícito previa información sobre el mismo.
- **Ocio y diversión:** para contribuir a que su estancia en la unidad sea más llevadera, pregunte al equipo de enfermería la posibilidad de utilizar aparatos electrónicos como ordenadores portátiles, teléfono móvil o *tablets*, así como una radio, el periódico, un libro o alguna revista.



- **Creencias y valores:** si usted necesita que le traigan algún objeto con significado religioso o espiritual, consulte con el equipo de enfermería. También puede solicitar apoyo espiritual.
- **Apoyo al paciente y familia para el bienestar psicológico:** cuando sienta la necesidad de hablar con algún profesional, manifiéstelo. Estar ingresado en una UCI no es una experiencia agradable. Puede experimentar sentimientos de miedo, enfado, angustia, tristeza, frustración o una mezcla de todo. Estos sentimientos pueden ser debidos al hecho de estar ingresado en una unidad con muchos ruidos, alarmas, inmovilizado y dependiente para realizar sus necesidades básicas. Usted necesita recuperar la autonomía que durante estos días puede sentir que esté perdiendo o haya perdido. Poco a poco se irá recuperando. También disponemos de profesionales especializados que se pueden solicitar si es necesario, como trabajadora social, psiquiatra o psicólogo. Cuando vaya a la sala de hospitalización, se valorará si es necesaria la solicitud de un centro especializado para la rehabilitación o convalecencia después del alta del hospital.
- **Expresa sus sentimientos y necesidades:** es importante que exprese cómo se siente y qué necesita para sentirse mejor. No se lo guarde por miedo a preocupar o a dar trabajo. Contarlo alivia y, además, ayuda a encontrar soluciones a los problemas. Hable con sus familiares o amigos, o con el personal de la unidad, nosotros le ayudaremos.

Si le gusta escribir, también puede llevar un pequeño diario de lo que pasa y siente cada día. Los diarios pueden contribuir a ordenar las ideas y con la ayuda de un familiar, si así lo desea, puede reconstruir la historia y escribir momentos que usted no recuerda. Esto le ayudará a sentirse mejor. El apoyo de su familia y amigos es necesario para su recuperación. También es conveniente expresar sus expectativas o lo que usted espera al salir de la UCI. De esta manera podríamos darle respuesta y ayudarle en lo que necesite.

4. Traslado a la sala de hospitalización

Cuando el motivo de ingreso en la UCI haya sido resuelto y se encuentre mejor, se le trasladará a una sala de hospitalización, donde seguirá con su recuperación hasta el alta hospitalaria.

En la sala de hospitalización el equipo de enfermería le proporcionará toda la información necesaria para usted y su familia, tanto las normas de funcionamiento como los puntos importantes sobre su proceso de salud. Recibirá información médica a diario de lunes a viernes, en el horario establecido dependiendo de la sala donde usted sea trasladado.

En la sala de hospitalización continuará recibiendo los cuidados necesarios de manera individualizada. El equipo de enfermería está informado en todo momento de su proceso y continuidad de cuidados, de forma que si es trasladado con algún dispositivo (sonda, catéter...), los cuidados se seguirán realizando de igual forma hasta su retirada.

Si tiene problemas para la deambulaci3n o debilidad muscular, recibir3 ayuda por parte del equipo de enfermer3a para evitar riesgo de ca3das. Tambi3n se continuar3 con el tratamiento que tiene pautado, como la administraci3n de analg3sicos si tiene dolor.



Es importante que manifieste todo lo que le pasa o siente, para poder participar activamente en su proceso de recuperaci3n. Si usted tiene dudas, consulte al personal asistencial de la UCI o de la sala de hospitalizaci3n, que dar3n respuesta a sus preguntas.

Les informaran qu3 es lo que necesita para hacer m3s confortable su ingreso, sus objetos personales y de higiene, as3 como de entretenimiento. Se le informar3 tambi3n c3mo avisar al equipo si no puede salir de la habitaci3n, mediante un timbre de llamada. Y se le explicar3 el funcionamiento de la TV y el horario nocturno para favorecer el descanso.

Se le volver3 a realizar una entrevista de acogida para determinar si usted tiene alguna alergia, enfermedades de base o cr3nicas, demandas espec3ficas o preferencia alimenticias, y se solicitar3 la dieta correspondiente al servicio de diet3tica del

hospital. Se elaborará en base a esta entrevista y a su proceso de salud, un plan de cuidados necesarios.

Las habitaciones suelen ser compartidas y disponen de baño y ducha. Si su situación lo permite podrá hacer uso de ello. Si no es así, el personal asistencial le ayudará en la realización de su higiene.

Con frecuencia los pacientes se preocupan al ser dados de alta de la UCI porque salen de un lugar donde la vigilancia era continua. Ha de pensar que, si se plantea al paso a la sala de hospitalización es porque realmente usted está mejor, y ya no es necesario un control y vigilancia tan exhaustiva. Pero los cuidados que recibirá seguirán siendo de calidad y personalizados. Además, podrá estar acompañado por su familia casi en todo momento.

5. Información Económica

Si usted no es residente en España, tendrá que asumir los gastos generados por los días de estancia en el hospital. La estancia en una UCI suele ser elevada. Existen convenios con determinados países, que se deberán consultar en facturación. Le ayudaremos con las gestiones posibles.

Autores: Cuzco Cabellos, C.^{a,b}; Marín Pérez, R.^c; Núñez Delgado, A.^d; Carmona Delgado, I.^a; Estrada Reventós, D.^{b,e}, Castro Rebollo, P.^a; Delgado-Hito, P.^b

^aÁrea de Vigilancia Intensiva, Hospital Clínic de Barcelona

^bDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica; Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

^cUnidad de Cuidados Intensivos Coronaria del Hospital Universitario de Bellvitge.

^dUnidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Valle Hebrón.

^eServicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona.

Adaptación de: de la Cueva-Ariza, L. (coord.). Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Barcelona, 2017. ISBN: 978-84-697-4108-5 Disponible en:

http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/06/guia_familiares_general_definitiva2.pdf



Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):

No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Ilustraciones: Seiji G Bernabela

**ANEXO 14. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS.
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA**

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

JOAN ALBERT ARNAIZ GARGALLO, Secretario del **Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Hoja Información de Paciente	versió 1. 04/04/2016	v2 - 28/06/2016
Protocolo	versió 1. 04/04/2016	v2 - 28/06/2016

TÍTULO: EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE EL PROCESO DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: DE LA EXPERIENCIA VIVIDA AL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: CECILIA CUZCO CABELLOS

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y 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.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado las compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

- 1º En la reunión celebrada el día 30 de junio de 2016, acta 14/2016 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.
- 2º El CEIC del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3º Listado de miembros:

Presidente:

- FRANCISCO JAVIER CARNE CLADELLAS (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Secretario:

- JOAN ALBERT ARNAIZ GARGALLO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

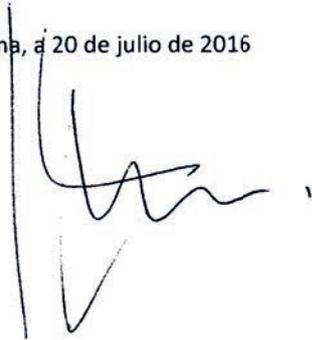
- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- MIRIAM MENDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MONTSERRAT NUÑEZ JUÁREZ (Enfermera, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma de Estadística Médica. IDIBAPS)
- JOSE MIGUEL SOTUCA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Les Corts)
- ANTONI TRILLA GARCIA (Médico Epidemiólogo, HCB - Director UAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- MARTA AYMERICH GREGORIO (Médico Hematólogo, HCB)
- GISELA RIU VILADOMS (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

CIF - G-08431173

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Barcelona, a 20 de julio de 2016



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
COMITÈ ÈTIC
INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Reg. HCB/2016/0484

Mod_04 (V3 de 29/06/2016)

P3

**ANEXO 15. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS.
HOSPITAL DE BELLVITGE**

**INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

El Dr. Enric Sospedra Martínez, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge,

CERTIFICA

Que el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunión de fecha 7 de Julio de 2016 (Acta 13/16), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de investigación con nuestra ref. **PR209/16**, titulado:

“EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE EL PROCESO DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: DE LA EXPERIENCIA VIVIDA AL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA”, código **RMP-EPC-2016-03**, Versión 2. 15/06/2016, con el modelo de hoja de información al paciente Versión 1. 15/06/2016 y consentimiento informado Versión 2. 15/06/2016.

Presentado por la Sra. Raquel Marín Pérez del Servicio de Cardiología del Hospital Universitari de Bellvitge, como investigadora principal, ha acordado emitir **INFORME FAVORABLE** al mencionado proyecto.

Que la composición actual del Comité Ético de Investigación Clínica es la siguiente:

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico-Medicina Intensiva
Vicepresidente	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico-Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacia-Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Josep M ^a Arnau de Bolós	Médico-Farmacología Clínica
	Dra. María Berdasco Menéndez	Bióloga-miembro no sanitario
	Dr. Enric Condom Mundo	Médico-Anatomía Patológica
	Dr. Xavier Corbella Virós	Médico-Medicina Interna
	Sra. Consol Felip Farrás	Miembro laico-Docencia Investigación
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Médico-Cardiología
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacia-miembro sanitario
	Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Médico-Nefrología
	Dra. Margarita García Martín	Médico-Oncología Médica
	Dra. Laura Lladó Garriga	Médico-Cirugía General Digestiva
	Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social-Atención Usuario
	Sra. Gemma Martínez Estalella	Enfermera-Enfermería
	Dr. Sergio Morchón Ramos	Medicina Preventiva
	Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista

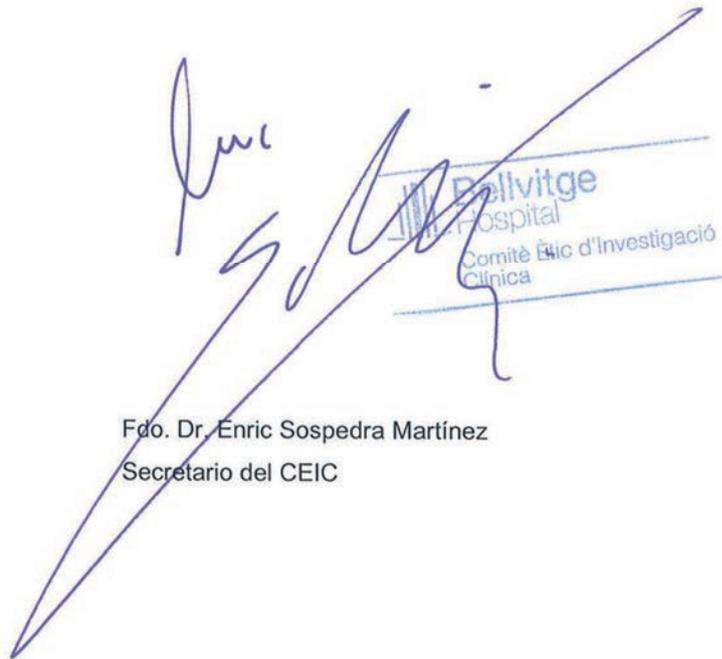
Dr. Ricard Ramos Izquierdo
Dra. Gemma Rodríguez Palomar
Dra. Nuria Sala Serra
Dr. Petru Cristian Simon

Medicina-Cirugía Torácica
Farmacia – Atención Primaria
Bióloga-miembro no sanitario
Médico-Farmacología Clínica

Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat, a 7 de Julio de 2016



Fdo. Dr. Enric Sospedra Martínez
Secretario del CEIC

**ANEXO 16. COMITÉ DE ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICAMENTOS.
HOSPITAL DE LA VALL D'HEBRON**

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

Doña Mireia Navarro, Secretaria del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON MEDICAMENTOS del Hospital Universitari Vall d'Hebron,

CERTIFICA

Que el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se reunió en sesión ordinaria nº 256 el pasado 17 de junio de 2016 y evaluó el proyecto de investigación PR(ATR)197/2016 presentado con fecha 01/06/2016, titulado *“Empoderamiento del paciente durante el proceso de alta de la unidad de cuidados intensivos: de la experiencia vivida al impacto de una intervención enfermera.”* que tiene como investigador principal a la Dra. Ana Isabel Nuñez Delgado del Servicio de Traumatología de nuestro Centro.

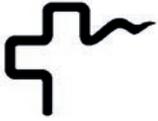
Y que tras emitir un informe aprobado condicionado en dicha reunión y evaluar la documentación recibida posteriormente en respuesta a este informe

El resultado de la evaluación fue el siguiente:

DICTAMEN FAVORABLE

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015, y su composición actual es la siguiente:

Presidenta: Gallego Melcón, Soledad. Médico
Vicepresidente: Segarra Sarries, Joan. Abogado
Secretaria: Navarro Sebastián, Mireia. Química



Vocales : Armadans Gil, Lluís. Médico
Azpiroz Vidaur, Fernando. Médico
Balasso, Valentina. Médico
Cucurull Folguera, Esther. Médico Farmacóloga
Latorre Arteché, Francisco. Médico
De Torres Ramírez, Inés M. Médico
Fernández Liz, Eladio. Farmacéutico de Atención Primaria
Fuentes Camps, Inmaculada. Médico Farmacóloga
Guardia Massó, Jaume. Médico
Joshi Jubert, Nayana. Médico
Hortal Ibarra, Juan Carlos. Profesor de Universidad de Derecho
Iavecchia, María Luján. Médico Farmacólogo
Rodríguez Gallego, Alexis. Médico Farmacólogo
Sánchez Raya, Judith. Médico
Solé Orsola, Marta. Diplomada Enfermería
Suñé Martín, Pilar. Farmacéutica Hospital
Vargas Blasco, Víctor, Médico

En dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Lo que firmo en Barcelona a 21 de septiembre de 2016

**MIREIA NAVARRO
SEBASTIAN**

Firmado digitalmente por MIREIA NAVARRO SEBASTIAN
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, ou=Vegeu [https://www.catcert.cat/veridCAT\(c\)03](https://www.catcert.cat/veridCAT(c)03), ou=Serveis Publics de Certificacio CPIXSA-2, sn=NAVARRO SEBASTIAN, givenName=MIREIA, serialNumber=38121226Z, cn=MIREIA NAVARRO SEBASTIAN
Fecha: 2016.09.21 15:54:00 +02'00'

Sra. Mireia Navarro
Secretaria CEIm

ANEXO 17. BECA: FUNDACIÓN ENFERMERÍA Y SOCIEDAD

MARIA EUGÈNIA VILA, SECRETÀRIA DEL PATRONAT DE LA FUNDACIÓ INFERMERIA I SOCIETAT

Certifica

Que la Fundació Infermeria i Societat, convoca les **Ajudes a projectes de Recerca Infermera** dins del marc Reconeixements i ajudes a la recerca.

Sra. **Cecilia Cuzco Cabellos**, amb núm. col·legiada 050925, va presentar a la convocatòria de l'any 2017 el projecte sota el títol **"Impacto de una intervenció enfermera centrada en el empoderamiento del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos"**, com a investigadora principal conjuntament amb el seu equip investigador format per:

Pedro Castro Rebollo
Pilar Delgado Hito
M^a Dolores Estrada Reventos
Raquel Marin Perez
Gema Martinez Estalella
Maria Antonia Martinez Momblan
Ana Isabel Núñez Delgado
Marta Romero Garcia

Que l'esmentat projecte va ser enregistrat amb el número: **PR-248/17**, obtenint l'ajuda de **6.930€** quantia designada pels avaluadors de la Convocatòria d'Ajudes a Projectes de recerca 2017.

I perquè en pregueu coneixement i tingui els efectes que corresponguin, signem el present certificat.



Maria Eugènia Vila
Secretària

Vistiplau



Núria Cuxart i Ainaud
Presidenta

Barcelona, 10 de novembre de 2017



Fundació
Infermeria i societat

REGISTRE

Entrada núm.: /

Sortida núm.:

340

Data: /

Data:

04/12/17

ANEXO 18 BECA: MSD HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

La Comissió Avaluadora de la 3a edició de la Beca d'Intensificació Investigadora
MSD per Infermeres 2019, concedeix a

«Cecilia Cuzco Cabellos»

UNA BECA D'INTENSIFICACIÓ INVESTIGADORA

Barcelona, 13 de maig de 2019



Gemma Martínez Estalella
Directora Infermera

ANEXO 19. SPIRIT checklist

Mixed-method research protocol: development and evaluation of a nursing intervention in patients discharged from the intensive care unit

SPIRIT 2013 Checklist: Recommended items to address in a clinical trial protocol and related documents*

Section/item	Item No	Description
Administrative information		
Title	1	Descriptive title identifying the study design, population, interventions, and, if applicable, trial acronym. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, paragraph 1.
Trial registration	2a	Trial identifier and registry name. If not yet registered, name of intended registry. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, paragraph 7.
	2b	All items from the World Health Organization Trial Registration Data Set. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, paragraph 7.
Protocol version	3	Date and version identifier. <input checked="" type="checkbox"/> All pages.
Funding	4	Sources and types of financial, material, and other support. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, acknowledgements, paragraph 5.
Roles and responsibilities	5a	Names, affiliations, and roles of protocol contributors. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, author contributions, paragraph 4.
	5b	Name and contact information for the trial sponsor. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, paragraph 7.
	5c	Role of study sponsor and funders, if any, in study design; collection, management, analysis, and interpretation of data; writing of the report; and the decision to submit the report for publication, including whether they will have ultimate authority over any of these activities. N/A
	5d	Composition, roles, and responsibilities of the coordinating centre, steering committee, endpoint adjudication committee, data management team, and other individuals or groups overseeing the trial, if applicable (see Item 21a for data monitoring committee). N/A

Introduction

Background and rationale	6a	Description of research question and justification for undertaking the trial, including summary of relevant studies (published and unpublished) examining benefits and harms for each intervention. <input checked="" type="checkbox"/> Page 3, Background.
	6b	Explanation for choice of comparators. N/A
Objectives	7	Specific objectives or hypotheses. <input checked="" type="checkbox"/> Page 4, Background, paragraph 3.
Trial design	8	Description of trial design including type of trial (eg, parallel group, crossover, factorial, single group), allocation ratio, and framework (eg, superiority, equivalence, noninferiority, exploratory). <input checked="" type="checkbox"/> Page 8, Methods, paragraph 1.

Methods: Participants, interventions, and outcomes

Study setting	9	Description of study settings (eg, community clinic, academic hospital) and list of countries where data will be collected. Reference to where list of study sites can be obtained. <input checked="" type="checkbox"/> Page 8, Setting and participants, paragraph 1.
Eligibility criteria	10	Inclusion and exclusion criteria for participants. If applicable, eligibility criteria for study centres and individuals who will perform the interventions (eg, surgeons, psychotherapists). <input checked="" type="checkbox"/> Page 8, Setting and participants, paragraph 1.
Interventions	11a	Interventions for each group with sufficient detail to allow replication, including how and when they will be administered. <input checked="" type="checkbox"/> Page 9, Nursing empowerment intervention, paragraph 1,2,3. Figure 3
	11b	Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions for a given trial participant (eg, drug dose change in response to harms, participant request, or improving/worsening disease). N/A
	11c	Strategies to improve adherence to intervention protocols, and any procedures for monitoring adherence (eg, drug tablet return, laboratory tests). N/A
	11d	Relevant concomitant care and interventions that are permitted or prohibited during the trial. N/A
Outcomes	12	Primary, secondary, and other outcomes, including the specific measurement variable (eg, systolic blood pressure), analysis metric (eg, change from baseline, final value, time to event), method of aggregation (eg, median, proportion), and time point for each

outcome. Explanation of the clinical relevance of chosen efficacy and harm outcomes is strongly recommended. Page 10, Variables, paragraph 1,2,3,4.

- Participant timeline 13 Time schedule of enrolment, interventions (including any run-ins and washouts), assessments, and visits for participants. A schematic diagram is highly recommended . Figure 3 attached.
- Sample size 14 Estimated number of participants needed to achieve study objectives and how it was determined, including clinical and statistical assumptions supporting any sample size calculations. Page 8, Setting and participants, paragraph 2.
- Recruitment 15 Strategies for achieving adequate participant enrolment to reach target sample size. Page 8, Setting and participants, paragraph 2.

Methods: Assignment of interventions (for controlled trials)

Allocation:

- Sequence generation 16a Method of generating the allocation sequence (eg, computer-generated random numbers), and list of any factors for stratification. To reduce predictability of a random sequence, details of any planned restriction (eg, blocking) should be provided in a separate document that is unavailable to those who enrol participants or assign interventions. Page 8, Setting and participants, paragraph 2.
- Allocation concealment mechanism 16b Mechanism of implementing the allocation sequence (eg, central telephone; sequentially numbered, opaque, sealed envelopes), describing any steps to conceal the sequence until interventions are assigned. Page 8, Setting and participants, paragraph 2.
- Implementation 16c Who will generate the allocation sequence, who will enrol participants, and who will assign participants to interventions? Page 8, Setting and participants, paragraph 2.
- Blinding (masking) 17a Who will be blinded after assignment to interventions (eg, trial participants, care providers, outcome assessors, data analysts), and how? N/A
- 17b If blinded, circumstances under which unblinding is permissible, and procedure for revealing a participant's allocated intervention during the trial. N/A

Methods: Data collection, management, and analysis

Data collection methods	18a	Plans for assessment and collection of outcome, baseline, and other trial data, including any related processes to promote data quality (eg, duplicate measurements, training of assessors) and a description of study instruments (eg, questionnaires, laboratory tests) along with their reliability and validity, if known. Reference to where data collection forms can be found, if not in the protocol. <input checked="" type="checkbox"/> Page 11, 13, Instruments, paragraph 1,2,3,4.
	18b	Plans to promote participant retention and complete follow-up, including list of any outcome data to be collected for participants who discontinue or deviate from intervention protocols. N/A
Data management	19	Plans for data entry, coding, security, and storage, including any related processes to promote data quality (eg, double data entry; range checks for data values). Reference to where details of data management procedures can be found, if not in the protocol. N/A
Statistical methods	20a	Statistical methods for analysing primary and secondary outcomes. Reference to where other details of the statistical analysis plan can be found, if not in the protocol. <input checked="" type="checkbox"/> Page 12, Quantitative data analysis, paragraph 1.
	20b	Methods for any additional analysis (eg, subgroup and adjusted analyses). <input checked="" type="checkbox"/> Page 12, Quantitative data analysis, paragraph 2.
	20c	Definition of analysis population relating to protocol non-adherence (eg, as randomised analysis), and any statistical methods to handle missing data (eg, multiple imputation). N/A

Methods: Monitoring

Data monitoring	21a	Composition of data monitoring committee (DMC); summary of its role and reporting structure; statement of whether it is independent from the sponsor and competing interests; and reference to where further details about its charter can be found, if not in the protocol. Alternatively, an explanation of why a DMC is not needed. N/A
	21b	Description of any interim analyses and stopping guidelines, including who will have access to these interim results and make the final decision to terminate the trial. N/A
Harms	22	Plans for collecting, assessing, reporting, and managing solicited and spontaneously reported adverse events and other unintended effects of trial interventions or trial conduct. N/A

Auditing	23	Frequency and procedures for auditing trial conduct, if any, and whether the process will be independent from investigators and the sponsor. N/A
Ethics and dissemination		
Research ethics approval	24	Plans for seeking research ethics committee/institutional review board (REC/IRB) approval. <input checked="" type="checkbox"/> Page 13, Ethics approval and informed consent, paragraph 1.
Protocol amendments	25	Plans for communicating important protocol modifications (eg, changes to eligibility criteria, outcomes, analyses) to relevant parties (eg, investigators, REC/IRBs, trial participants, trial registries, journals, regulators). <input checked="" type="checkbox"/> Page 14, Declarations, Ethics approval informed and consent, paragraph 2.
Consent or assent	26a	Who will obtain informed consent or assent from potential trial participants or authorised surrogates, and how (see Item 32)? <input checked="" type="checkbox"/> Page 11, Quantitative variables and data collection, paragraph 5.
	26b	Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens in ancillary studies, if applicable. N/A
Confidentiality	27	How personal information about potential and enrolled participants will be collected, shared, and maintained in order to protect confidentiality before, during, and after the trial. <input checked="" type="checkbox"/> Page 14, Ethics approval and consent to participants, paragraph 1.
Declaration of interests	28	Financial and other competing interests for principal investigators for the overall trial and each study site. <input checked="" type="checkbox"/> Title page, paragraph 6.
Access to data	29	Statement of who will have access to the final trial dataset, and disclosure of contractual agreements that limit such access for investigators N/A.
Ancillary and post-trial care	30	Provisions, if any, for ancillary and post-trial care, and for compensation to those who suffer harm from trial participation. N/A
Dissemination policy	31a	Plans for investigators and sponsor to communicate trial results to participants, healthcare professionals, the public, and other relevant groups (eg, via publication, reporting in results databases, or other data sharing arrangements), including any publication restrictions. <input checked="" type="checkbox"/> Page 14, paragraph 3.

- 31b Authorship eligibility guidelines and any intended use of professional writers. **N/A**
- 31c Plans, if any, for granting public access to the full protocol, participant-level dataset, and statistical code. **N/A**

Appendices

- Informed consent materials 32 Model consent form and other related documentation given to participants and authorised surrogates. **File Attached.**
- Biological specimens 33 Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in the current trial and for future use in ancillary studies, if applicable. **N/A**

*It is strongly recommended that this checklist be read in conjunction with the SPIRIT 2013 Explanation & Elaboration for important clarification on the items. Amendments to the protocol should be tracked and dated. The SPIRIT checklist is copyrighted by the SPIRIT Group under the Creative Commons "[Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#)" license.

ANEXO 20. COREQ checklist

Anexo

“Patients’ experience while transitioning from the intensive care unit to a ward”

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

You must provide a response for all items enter n/a if not applicable

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Methods, Qualitative data collection. Page 5.
2. Credentials	What were the researcher’s credentials? e.g. PhD, MD	Title page.
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Title page.
4. Gender	Was the researcher male or female?	N/A
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Methods, Qualitative data collection. Page 5.
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Methods, Qualitative data collection, Page 6
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	N/A
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	N/A is a protocol
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		

9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Methods, Page 7
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Methods, Setting and participants, Page 7
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Methods, Qualitative data collection, Page 8
12. Sample size	How many participants were in the study?	Methods, Setting and participants, Page 7
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A is a protocol
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Methods, Qualitative data collection, Page 8
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A is a protocol
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Methods, Setting and participants, Page 7
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Methods, Objectives 1,2,3.
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A it is a protocol
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Methods, Qualitative data collection, Page 8
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Methods, Qualitative data collection, Page 8
21. Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	N/A is a protocol

22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Methods, Setting and participants, Page 8
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A it is a protocol
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	N/A it is a protocol
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A it is a protocol
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	N/A it is a protocol
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	NVivo
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	N/A it is a protocol
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	N/A it is a protocol
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	N/A it is a protocol
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	N/A it is a protocol
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	N/A it is a protocol

ANEXO 21. REGISTRO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA PROSPERO

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation

Cecilia Cuzco, Rodrigo Torres, Pilar Delgado-Hito, Pilar Muñoz Rey, Isabel Manzanares, Yolanda Torralba, Marta Romero, M. Antonia Martínez Momblan, Pedro Castro Rebollo. Patient empowerment during intensive care unit discharge: a systematic review and meta-analysis. PROSPERO 2021 CRD42021254377 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42021254377

Review question

What are the nursing interventions to improve patient empowerment during ICU discharge and their effects?

Searches

We will conduct a systematic review of the literature to identify manuscripts that investigate nursing interventions in patient empowerment during ICU discharge.

We will review the Embase, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science, and PubMed/MEDLINE databases with the followings terms:

1. For population: (ICU patients) OR (Ventilated patients) OR
2. For intervention: (empowerment patient) OR (patient education) OR (patient information)
3. For condition (ICU discharge) OR (ICU transfer) OR (ICU transition)
4. For the main outcome: (discharge experience) OR (self-care ability) OR (anxiety) OR (depression)

The terms selected will be combined using Boolean logical operators (OR, AND, NOT). Also, we will make a manual search of the references that are included in the selected articles.

All references will be analysed in the software Endnote X7.

Types of study to be included

We will include randomised clinical trials (RCTs), quasi-randomised clinical trials, and observational studies (retrospective, prospective, cross-sectional, longitudinal, case-control, and cohort). All editorials, letters to editor, review articles, systematic review, and meta-analysis, in vivo and in vitro studies will be excluded.

Condition or domain being studied

Nursing interventions for patient empowerment in the intensive care unit

Participants/population

We are studying adult patients in intensive care unit discharge.

Intervention(s), exposure(s)

Educational intervention as information, behavioural instructions and advice regarding the management of ICU discharge by verbal, written, audio or videotaped means

Comparator(s)/control

We will compare with no interventions

Main outcome(s)

1. Patient discharge experience: Measured by standardised questionnaires.

2. Relatives discharge experience: Measured by standardised questionnaires.

Measures of effect

Continuous data will be presented as the mean difference with standard deviations, or median and interquartile range. Dichotomous categorical data will be reported in the overall mean proportion (%) of the population.

Additional outcome(s)

1. Perceptions of self-care ability, measured by standardised instruments as Patient Enablement Instrument
2. Anxiety, measured by validated instruments as Hospital Anxiety and Depression Scores (HADS)
3. Depression, measured by validated instruments as Hospital Anxiety and Depression Scores (HADS)

Measures of effect

Continuous data will be presented as the mean difference with standard deviations, or median and interquartile range. Dichotomous categorical data will be reported in the overall mean proportion (%) of the population.

Data extraction (selection and coding)

We will conduct the bibliographic search and compile the identified records in Rayyan web software. We will remove any duplicated studies. Two authors (PM-IM) will work independently to extract data from included studies. All included studies will be assessed for internal validity using a checklist.

Study characteristics (design, country), baseline patient characteristics (age, demographic and anthropometric characteristics, comorbidities, hospitalization days, ICU days) and outcomes will then be extracted from the studies selected for inclusion by two reviewers (PM-IM) using a pre-designed and piloted data extraction form to avoid any errors.

Any disagreements between the reviewers will be resolved by consensus or, if necessary, through arbitration by a third reviewer (CC).

Authors may be contacted to request the provision of missing data on a case-by-case basis, considering the importance and relevance of the data which is missing.

Risk of bias (quality) assessment

The risk of bias and the quality of observational and interventional studies will be assessed using the corresponding assessment tools recommended by the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). This assessment will be done by two investigators (CC-RT), with disagreements being resolved by arbitration by a third investigator (YT). The level of confidence in summary effect estimates will be assessed using the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) approach. Publication bias will be assessed from funnel plots.

Strategy for data synthesis

A narrative synthesis will be conducted. We will report summaries of the association between the risk factor and the outcomes for each study in terms of mean differences or standardised mean differences.

If a meta-analysis is appropriate, we will estimate pooled measures of association using a random-effect meta-analysis and calculate 95% confidence intervals for each outcome. Statistical heterogeneity will be assessed by using Cochran's Q value and the I^2 statistic from the standard χ^2 test. If $I^2 > 50\%$ this will be considered to reflect significant statistical heterogeneity. When $I^2 > 50\%$, the random-effects model using the inverse variance heterogeneity method will be used. To locate the origin of the heterogeneity, sensitivity analysis, excluding one study at a time, will also be undertaken.

Analysis of subgroups or subsets

By subtype of educational intervention

Contact details for further information

Cecilia Cuzco
ccuzco@clinic.cat

Organisational affiliation of the review

Hospital Clínic de Barcelona
www.clinic.cat

Review team members and their organisational affiliations

Professor Cecilia Cuzco. Hospital Clínic de Barcelona
Professor Rodrigo Torres. Hospital Clínic de Barcelona
Dr Pilar Delgado-Hito. Universidad de Barcelona
Mrs Pilar Muñoz Rey. Hospital Germans Trias i Pujol
Mrs Isabel Manzanares. Hospital Clínic de Barcelona
Professor Yolanda Torralba. Hospital Clínic de Barcelona
Dr Marta Romero. Universidad de Barcelona
Dr M. Antonia Martínez Momblan. Universidad de Barcelona
Dr Pedro Castro Rebollo. Hospital Clínic de Barcelona

Type and method of review

Intervention, Meta-analysis, Systematic review

Anticipated or actual start date

11 June 2021

Anticipated completion date

11 August 2021

Funding sources/sponsors

Hospital Clínic de Barcelona

Conflicts of interest

Language

English

Country

Spain

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

MeSH headings have not been applied to this record

Date of registration in PROSPERO

11 June 2021

Date of first submission

11 May 2021

Stage of review at time of this submission

The review has not started

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

11 June 2021

11 June 2021

ANEXO 22. PRISMA checklist



Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: a systematic review

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE	1	Identify the report as a systematic review.	Pag 1
ABSTRACT	2	See the PRISMA 2020 for Abstract checklist.	Pag 1
INTRODUCTION	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	Pag 2,3
Rationale	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	Pag 3
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	Pag 3
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	Pag 3
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	Pag 3 Table 1
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag 4
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag 4
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g., for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	Pag 4
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g., participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	Pag 4
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	Pag 7
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g., risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	Pag 7
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g., tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	Pag 5
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data	N/A



Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: a systematic review

	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses. conversions.	Table 2
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	Table 2
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	N/A
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	N/A
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	Pag 4
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	Pag 4
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	Pag 5 Fig 1
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	Pag 5
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	Pag 5,6 Table 2
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	Pag 7,8 Figure 3
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	Pag 8,9
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	Pag 6
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	N/A
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	Pag 7
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	Pag 7
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	Pag 8 Figure 3
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	Pag 8 Figure 2
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	Pag 11

Anexo



Nursing interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: a systematic review

	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	Pag 12
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	Pag 12
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	Pag 11
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	Pag 4
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	Pag 4
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	N/A
	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	Pag 12
Support	26	Declare any competing interests of review authors.	Pag 12
Competing interests	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	Pag 12
Availability of data, code and other materials			

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria
Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA CENTRADA EN EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CRÍTICO AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TESIS DOCTORAL

Barcelona, 2022

Cecilia Cuzco Cabellos