

Sònia Calbó Barbarà

Anna Paula Fort Franc

**MANEIG DEL DOLOR I MESURES DE BENESTAR QUE OFEREIXEN LES
INFERMERES EN LA UNITAT DE CURES INTENSIVES**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. M. Sagrario Acebedo Urdiales

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'infermeria

TARRAGONA 2018 - 2019

ÍNDEX

1.Resum	5
2.Introducció	6
3.Problema i objectius.....	8
4. Marc teòric.....	9
4.1. La UCI, un escenari d'atenció al pacient crític	9
4.2. Moviment d'humanització de la UCI	11
4.3.Competències infermeres a la UCI	12
4.4. El pacient de UCI	14
4.5. Mesures de confort i dolor	15
4.5.1.Parlem del dolor.....	15
4.5.2. Parlem del confort.....	22
6. Metodologia	27
6.1. Tipus d'estudi	27
6.2. Població i mostra.....	28
6.3. Lloc estudi	28
6.4. Recollida de dades.....	29
6.6. Anàlisis de dades	29
7. Resultats.....	32
7.1. Alleujar el dolor i procurar confort, una prioritat	32
7.2. Comunicació, saltant barreres per a comprendre al pacient	32
7.3. Benestar i cures del cos	33
7.4. Gestió de tractaments	34
7.5. Cuidant de l'entorn	35
7.6. Implicació i presència familiar	37
8. Discussió	38
8.1. Alleujar el dolor i procurar confort, una prioritat	38
8.2. Comunicació, saltant barreres per a comprendre al pacient	38

8.3. Benestar i cures del cos	39
8.4. Gestió de tractaments	40
8.5. Cuidant de l'entorn	40
8.6. Implicació i presència de la família	41
9. Conclusió.....	43
10. Limitacions de l'estudi.....	45
11. Agraïments	45
12. Bibliografia	46
13. Annexos.....	57
Annex: llibreta de camp.....	57
Annex 2: Consentiments informats.....	69
Annex: Cronograma	73

1. Resum

Introducció. Les professionals d'infermeria sempre han estat un punt clau en la cura dels pacients. En el control i tractament del dolor són qui s'encarreguen de la seva valoració, fan el diagnòstic d'infermeria i planifiquen els cuidats per disminuir-lo o eliminar-lo. En les unitats de cuidats intensius (UCI) dels sistemes sanitaris europeus existeixen diverses escales de valoració i eines per detectar-lo objectivament. Actualment s'evidencia la preocupació per humanitzar les cures i abordar el dolor partint de l'experiència professional. En les UCIs es troben recursos sorgits de grans avenços tecnològics, fet que augmenta l'agressivitat de l'ambient en el servei. És competència d'infermeria encaminar les seves accions, relacions i entorn en el confort i benestar, per garantir un procés de recuperació de qualitat. Per això, es busca fomentar la humanització d'aquestes unitats, abordant el pacient en tota la seva totalitat i no només centrats en la seva malaltia.

Objectius. Explorar les formes en les què els infermers/eres amb experiència en l'atenció del pacient crític identifiquen el patiment i manegen el dolor i el confort.

Metodologia. S'ha dut a terme un estudi qualitatiu mitjançant l'observació participant de 4 infermeres mentre treballaven a la UCI (dues d'Itàlia i dues de Catalunya).

Resultats. 1- Implicació i presència de la família. La família és una font de confort per al pacient, arrel d'aquest fet, les infermeres es mostren flexibles en l'horari de visites de la unitat per aconseguir el major recolzament familiar possible i afavoreixen el rol de cuidador de la família. **2- Comunicació.** Faciliten eines davant de dificultats de comunicació (intèrprets, material per escriure...) però també reforcen la comunicació no verbal mitjançant gestos, mirades... **3- Benestar i cures del cos.** No perdre la personalitat del pacient, reforçant la sensació de control del seu cos. Tenen en compte la importància del descans com a base de la millora del confort. **4- Cures centrades en la persona.** Eviten situacions de vulnerabilitat. Manegen el dolor, sent un dels grans temors del pacient i de la família. Són coneixedores de la medicació i dels principals efectes adversos, així com tenen criteri per el correcte maneig d'aquests. **5- Cuidatges del entorn.** Humanitzen l'entorn, per a la major tranquil·litat i comoditat.

Conclusió. Queda patent que és important establir una balança entre la part tecnològica i humana per a promoure el maneig del confort i dolor. Actualment les UCIs ja treballen pensant en l'estrès i preocupació dels pacients assegurant la seguretat, el benestar i la confiança. El tractament del dolor en els sistemes sanitaris de Catalunya i Itàlia presenten grans semblances en el seu abordatge, trobant diferenciació en el factor d'accessibilitat.

Paraules clau. Confort. Maneig dolor. Paper infermeria. Humanització UCI.

2.Introducció

“L'observació indica com està el pacient; la reflexió indica què s'ha de fer; la destresa pràctica indica com s'ha de fer. La formació i l'experiència són necessàries per saber com observar i què observar; com pensar i què pensar”

Florence Nightingale (1820-1910).

Segons la IASP (*International Association for the Study of Pain*), el dolor es defineix com “una experiència sensorial i emocional desagradable associada o no a una lesió verificable”.⁽¹⁾ El dolor afecta en igual proporció a homes i dones de qualsevol edat, i és una de les principals causes de pèrdua de qualitat de vida degut a la limitació funcional que aquest produeix.⁽²⁾

L'equip d'infermeria és una de les peces fonamentals en l'atenció del pacient amb dolor. Són el nexa entre pacient i metge, qui administren els tractaments segons les seves necessitats i en valoren les respostes, qui informen sobre el curs de la malaltia, i qui monitoritza la intensitat del dolor.⁽³⁾

Actualment, encara existeix dificultat per detectar i valorar objectivament el dolor, així com aplicar mesures de confort personalitzades en cada pacient. Ens resulta interessant conèixer la implicació i eines que tenen a l'abast els professionals sanitaris del sector d'unitats de cures intensives (UCI) a nivell europeu, en concret dels sistemes sanitaris de Catalunya i Itàlia, en l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus i l'Arcispedale Santa Maria Nuova (ASMN) de Reggio Emilia.

L'especialitat de UCI va tenir els seus orígens en la guerra de Crimea (1853-1856) on Florence Nightingale va crear una zona d'atenció més especialitzada. A partir de llavors, les característiques d'aquestes unitats ha anat evolucionant, trobant classificacions segons caràcter obert o tancat, o per generacions, existint quatre tipus.

Les característiques i necessitats que presenten els pacients crítics estan ateses per part d'un equip sanitari multidisciplinari, que vetlla les 24 hores per l'atenció integral i holística dels aspectes físics, emocionals, recolzament social i entorn, amb l'objectiu principal d'afavorir la recuperació clínica de la persona fent presents el confort i benestar, dins la mesura possible, durant el procés.

És evident la necessitat de promoció en l'especialització d'infermeria en cuidats crítics, per saber donar una ràpida resposta al diagnòstic, tractament i cures, i familiaritzar-se amb la tecnologia, fisiopatologia, tècniques i procediments propis del servei.

La identificació del dolor ha de partir de la multidimensionalitat d'àrees que implica en la persona. Al tractar-se d'un fet subjectiu, trobem escales de valoració que permeten valorar-lo el màxim objectivament possible, tant en pacients conscients i comunicatius com sedats o amb incapacitat de comunicació.

Avui en dia tenim suficients recursos per evitar el dolor dels pacients, entre ells els tractaments farmacològics, tenint en compte les reaccions adverses i risc de dependència o intoxicació.

A causa de la situació d'estrès que suposa una malaltia, es busca dirigir les actituds dels professionals, intervencions i entorn cap al benestar del pacient i familiars. Segons la OMS, el confort i benestar són una prioritat estratègica en la cobertura sanitària, amb l'objectiu de garantir una atenció de qualitat. ⁽⁴⁾

Les autores Benner i Kolcaba senyalen la teoria del confort on relacionen el cos, ment, persona i món, sent a partir d'aquesta totalitat on ha de partir l'àmbit assistencial.

En arrel de tot aquest tema i assenyalant l'agressivitat que provoca un ambient d'atenció sanitària tan tecnològic, es posa en marxa un moviment d'humanització en les UCIs anomenat "*Proyecto HU-CI*" amb el propòsit d'apropar els professionals sanitaris al pacient i família, fomentant les habilitats i atenció més humana, a partir de 7 línies estratègiques basades en aspectes estructurals i de relació.

3.Problema i objectius

3.1. Problema

Reconeixent la preocupació dels professionals per donar cures humanitzades, la gestió del confort i el dolor és un tema central per a les infermeres de la UCI. Tot i això, la capacitat per a detectar el dolor i el patiment, i respondre al seu alleujament és un tema difícil que implica coneixements des de l'evidència, experiència i implicació dels professionals de l'equip sanitari.

3.2. Objectiu general

En aquest treball ens interessa explorar les formes en les què els infermers/eres amb experiència en l'atenció del pacient crític identifiquen el patiment i manegen el dolor i el confort, en dos unitats de cures intensives, una situada a Catalunya i l'altra a Itàlia.

3.2.1.Objectius específics

- . Identificar la manera en què les infermeres avaluen el dolor, el patiment en el pacient crític.
- . Descriure la pràctica infermera en quant el maneig del dolor, i mesures de confort i benestar en pacients ingressats en una UCI a Catalunya i a Itàlia.
- . Identificar si existeixen diferències entre totes dues pràctiques.
- . Valorar la percepció infermera sobre l'eficàcia d'aquestes pràctiques.

4. Marc teòric

4.1. La UCI, un escenari d'atenció al pacient crític

L'origen de l'especialitat de cuidats intensius és tan antic com la pròpia medicina. Antigament, els ferits en combats de guerra en estat greu, però amb possibilitat de recuperació, s'agrupaven en una zona especial per rebre cures més especialitzades. Com a punt de partida es coneixen les guerres napoleòniques, seguit de la guerra de Crimea (1853-1856) on Florence Nightingale va ser pionera creant aquestes àrees d'atenció més especialitzada. És a partir d'aquest moment, quan es fan presents la preparació de sales especials per pacients en recuperació postquirúrgica, les antecedents de les UCI.⁽⁵⁾

Al 1860, Florence Nightingale evidencia els avantatges de les àrees de recuperació postquirúrgica i posterior aparició de les UCI. Existeix controvèrsia en l'inici històric d'aquestes, entre el 1940 per part d'un neurocirurgià americà i el 1930 a Alemanya, com a UCI postquirúrgiques.

A l'any 1970 es forma la Societat Americana de Cures Intensives i és al 1978 quan es crea la Llei d'Especialitats (Real Decret 2015/1978) a Espanya en quant a Medicina Intensiva. Finalment l'any 1982 es crea la Societat Europea de Cures Intensives, i l'any 2000 el Departament de Salut del Regne Unit diferenciava la UCI i la unitat de cures intermèdies.⁽⁶⁾

A l'actualitat, existeixen dues tipus de UCI, en funció del horari de visites, la UCI oberta i la UCI tancada. La UCI de caràcter tancat es caracteritza principalment per les visites restringides, no tenint en compte l'impacte que poden tenir sobre els pacients o familiars aquestes visites. En aquest tipus d'organització d'UCI, l'espai roman tancat als familiars a excepció d'un període limitat de temps i amb el nombre de persones visitants també limitat.

En canvi l'objectiu de la UCI de caràcter obert és intentar eliminar o reduir al màxim totes les limitacions no necessàries i afavorir la interacció entre la família, el pacient i els professionals. Aquest tipus de UCI també té una normativa i uns horaris de visites, però són més coherents amb les necessitats del pacient, tractant-les com a principal prioritat.⁽⁷⁾

Un altre tipus de classificació de les UCIs és la que realitza Fontaine i col·laboradors atenent als objectius de les cures prioritàries en cada moment històric (les de primera generació, segona, tercera i quarta generació).

Les UCIs de primera generació són les presents durant els anys 50, es tractava d'unitats obertes, és a dir, tots els pacients es trobaven a la mateixa sala sense separacions entre ells, al voltant del control de infermeria.

- . *Avantatge.* Augment de la proximitat entre les infermeres i els pacients
- . *Desavantatges.* Absència de privacitat. Díficil control de la llum i del so. Problemes de control d'infeccions.

Les UCIs de segona generació, anys setanta, els pacients es trobaven en habitacions grans i existien separacions entre pacients amb cortines o cubicles emmurallats, que es trobaven envoltant el control d'infermeria. La monitorització es trobava centralitzada; algunes de les habitacions es trobaven sense finestres, tot i això les infermeres situaven calendaris i rellotges a la seva vista per a ajudar a mantenir al pacient temporalment orientat.

- . *Avantatges.* Petit augment de la privacitat del pacient. Major control de les infeccions.
- . *Desavantatge.* No control de la llum i el soroll. UCIs de caràcter tancat.

Les de tercera generació, van entrar als anys vuitanta fins al present, estan formades per habitacions individuals amb parets de vidre i finestres per a la llum natural; control per part del pacient de la llum artificial (millora dels cicles del son i de la orientació)

- . *Avantatges.* Millor accés/observació d'infermeria durant activitats d'alta intensitat. Percepció de vigilància i cura per part de les infermeres encara que no es trobin presents.
- . *Desavantatges.* Les portes de vidre redueixen la privacitat del pacient.

Per últim, les UCIs de quarta generació són les més noves i vistes de cara al futur. Les seves característiques són la disposició de cortines per a les portes de vidre; dissenys per a la reducció del soroll; finestres amb vistes a l'exterior d'elements naturals; control de la llum artificial – natural; zones per a la família dins l'habitació del pacient; augment del ús de colors i textures a les parets, al terra, a la roba de llit....

- . *Avantatges.* Millor accés de les infermeres i disponibilitat d'alta tecnologia a l'entorn més familiar per al pacient.

El que més es busca tenint en compte les necessitats del pacient i de les famílies és la reducció de l'estrès, creat per l'estat de salut del pacient, i l'estrès psicològic que aquest crea. Tot i això, existeixen molts altres factors estressant a l'entorn de la UCI (por i incertesa sobre l'impacte de la malaltia actual, entorn

desconegut, experiències anteriors desagradables a la UCI, la separació de la família, el dolor, el soroll, les llums brillants...). És per això que les característiques estructurals de la unitat (textura, color de les parets i els sostres), poden esdevenir com a factors estressants a causa de la manca d'estímuls o sobrecàrrega sensorial. Molts d'aquests factors tenen un gran impacte en la resposta del pacient i de la família sobre com afrontar l'ansietat i el estrès que la nova situació suposa. ⁽⁸⁾

4.2. Moviment d'humanització de la UCI

En el sector de cuidats intensius el gran avanç tecnològic ha millorat el rang de supervivència en pacients crítics. Una problemàtica necessària a estudiar en aquest tema és la percepció del pacient i família sobre l'atenció rebuda i l'experiència individual de patir una malaltia crítica. ⁽⁹⁾

En el camp de salut s'evidencia la importància d'apropar-nos de forma holística a les necessitats dels pacients per tal d'humanitzar els aspectes estructurals i de relació en la UCI. Per tant, engloba l'àmbit assistencial, ètic, cultural, competències professionals, recursos humans i ambient. Per contra, la deshumanització seria preocupar-nos només del procés patològic i el seu tractament.

L'ús de la tecnologia provoca deixar les necessitats del pacient, familiars i professionals en segon pla. Per això, es planteja compaginar la incorporació dels avenços tecnològics amb els valors humans. ⁽¹⁰⁾ En arrel d'aquesta situació, es posa en marxa un projecte per humanitzar les pràctiques assistencials i espais a les UCI. El projecte s'anomena "*Proyecto HU-CI*" i està format per un equip d'investigació multidisciplinari compost per metges i infermeres que es troben a una UCI. Els seus objectius són:

- 1- Humanitzar les cures intensives.
- 2- Crear un punt de trobament entre pacients, familiars i professionals.
- 3- Apropar la labor dels cuidats intensius a la població, posant èmfasis en les activitats relacionades amb la humanització de les cures.
- 4- Fomentar la formació d'habilitats d'humanització (comunicació, relació d'ajuda...).
- 5- Establir estàndards per oferir una atenció humanitzada.

En el projecte s'hi uneixen l'Aval Científic de nombroses Societats Científiques tant nacionals com internacionals, el projecte desenvolupa un manual amb 7 línies estratègiques encaminades a unificar el compliment de les bones pràctiques: ⁽¹¹⁾

Línia estratègica 1: UCI de portes obertes: presència i participació dels familiars en les cures.

- . Sensibilització dels professionals, accessibilitat, contacte, presència i participació en procediments i cures, suport a les necessitats emocionals i psicològiques dels familiars.

Línia estratègica 2: Comunicació.

- . Comunicació amb l'equip, amb els familiars i pacient.

Línia estratègica 3: Benestar del pacient.

- . Benestar físic, psicològic, promoció de l'autonomia del pacient, benestar ambiental i descans nocturn.

Línia estratègica 4: Cuidats al professional.

- . Sensibilització sobre el síndrome del desgast professional i factors associats, prevenció del síndrome del desgast professional i promoció del benestar.

Línia estratègica 5: Síndrome post-cuidats intensius.

- . Prevenció i maneig, seguiment.

Línia estratègica 6: Cuidats al final de la vida.

- . Protocolització de cuidats al final de vida, control de símptomes físics, acompanyament en situació de final de vida, cobertura de necessitats i preferències emocionals i espirituals, protocol de limitació en tractaments de suport vital, implicació multidisciplinari en la decisió i desenvolupament de mesures de limitació de tractaments de suport vital (LTSV).

Línia estratègica 7: Infraestructura humanitzada.

- . Privacitat del pacient, confort ambiental, orientació del pacient, confort en l'àrea familiar, confort i funcionalitat en l'àrea de cuidats, confort en l'àrea administrativa, distracció del pacient, habilitació d'espais en jardins o patis, senyalització i accessibilitat.

4.3.Competències infermeres a la UCI

El paper essencial d'infermeria en qualsevol àmbit assistencial és la identificació de problemes i necessitats de salut dels usuaris i familiars, per tal de

formular el diagnòstic d'infermeria i la posterior planificació de cures. Per tenir una correcta pràctica existeixen protocols específics en cada unitat.

L'atenció que s'ofereix als pacients ha de ser de forma integral, holística i, per tant, adient i personalitzada per a cada persona. Com a base assistencial s'ha de tenir present el codi deontològic assumit per la professió, de manera que la figura de la infermera és vista com a relació d'ajuda, acompanyament i recolzament emocional.⁽¹⁶⁾

En quant a la UCI trobem la demanda d'informació per part dels professionals a la unitat, seguiment i creació de plans de cures, coneixement i maneig de la tecnologia pròpia del servei (respirador, desfibril·lador...) tenint en compte que la tecnologia és una eina per ajudar-nos en la cura del pacient però que la nostra professió és humana i busquem la màxima qualitat dels cuidats.⁽¹²⁾

És evident la necessitat de formació específica en cures intensives sobre els processos fisiopatològics més comuns i les respostes a la malaltia. Els professionals d'infermeria han d'estar familiaritzats amb les tècniques i procediments que es realitzen, i han de tenir la suficient capacitat de valoració i planificació de les cures en pacients crítics. És per aquest motiu que des de les organitzacions infermeres de UCI es senyala la importància de promoure la especialització d'infermeria en cuidats crítics.
(13-14)

Actualment existeix la Federació Europea d'Associacions d'Infermeria de Cuidats Crítics (*European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa)*), fundada al 1999, que engloba a 26 associacions nacionals en representació d'unes 25.000 infermeres de cuidats intensius europees.⁽¹⁵⁾ Les prioritats d'aquesta institució són la representació de la professió en l'àmbit de cures intensives i la unió dels seus interessos, basats en l'ensenyament de les professionals i directius, sent la missió principal aconseguir la millora de la qualitat de les cures d'infermeria en pacients crítics i els seus familiars.⁽¹⁶⁾

Els professionals d'una UCI formen un equip multidisciplinari que es troben en un ambient complex i dinàmic, on la infermera té un paper essencial, per ser el professional que està 24hs al costat del pacient, a més de la naturalesa holística de les seves intervencions, el que permet brindar una atenció a tots els aspectes físics, emocionals o del entorn, que són vitals per a la vida i el benestar del pacient.⁽¹⁷⁾

Les competències d'infermeria es basen en l'observació directa del pacient crític per avaluar i formular els diagnòstics d'infermeria adients. Així doncs, parlem de la recollida de dades i valoració de les mateixes, planificació i prestació de cures intensives, i seguiment i confort en l'atenció del pacient, sempre partint del treball en

equip dins d'un entorn segur i comprensiu, per cobrir la garantia de qualitat, seguretat i eficiència.

Una necessitat a destacar en qualsevol àrea d'infermeria, és mantenir l'esperit i ànim d'investigació clínica per actualitzar-se i millorar com a professional sanitari. ⁽¹⁸⁾

4.4. El pacient de UCI

El pacient prioritari per ingressar a la UCI, és aquell amb una malaltia reversible en el que el risc de mort disminueix gràcies a l'atenció especialitzada, la tecnologia i els tractaments que es poden aplicar en aquest context.

Els pacients crítics reben a la UCI una resposta molt ràpida de diagnòstic, tractament i cures que són essencials per a la seva supervivència. Atenció especialment important en els pacients que es troben descompensats neurològicament o hemodinàmicament inestables; i aquells que tenen signes d'alteració de la perfusió tissular i d'oxigenació. ⁽¹⁹⁾

Donat l'alt cost, el número limitat de llits d'aquestes unitats i que certs tractament agressius poden augmentar el risc, és de vital importància la classificació dels pacients potencials a ingressar a la UCI, sopesant els riscos i beneficis.

A grans trets, els candidats per al ingrés a la UCI són: ⁽²⁰⁾

- . Pacients que fracassen en teràpia a altres sales.
- . Pacients amb risc de complicacions que poden requerir una intervenció immediata.
- . Pacients que necessiten recolzament específic de certs òrgans.
- . Ocasionalment, pacients amb malalties terminals que requereixen un control dels símptomes.

Un dels problemes més quotidians a la unitat és la gestió dels ingressos. A l'hora d'establir els criteris de selecció plantejant de forma objectiva quins pacients són els que es poden beneficiar d'un tractament en la UCI. Normalment els majors problemes que es troben són: la limitació dels recursos econòmics (cost de l'estància diària, tres vegades superior a una planta d'hospitalització), espai (número de llits limitat), i els principis de la bioètica de la Medicina, en especial el de no maleficència per evitar l'acarnissament terapèutic en pacients amb mal pronòstic. ⁽²¹⁻²²⁾

4.5. Mesures de confort i dolor

El dolor és un greu problema de salut que repercuteix directament amb el deteriorament important de la qualitat de vida. Els pacients que pateixen dolor poden mostrar fragilitats i limitacions específiques, ja sigui físic, psicosocial, emocional i espiritual. L'equip interdisciplinari sanitari, i en especial infermeria, és el responsable i qui ofereix les cures. Infermeria fonamentalment compleix dos objectius: ajudar a afrontar els problemes que els limiten; i ajudar a obtenir el major grau de confort i benestar possible dins de la malaltia.

Sent conscients que el dolor i el confort estan interrelacionats entre ells, i que la disminució o augment d'un influeix notablement en la percepció del altre, a continuació abordem tant el dolor com el confort per separat, per a una millor comprensió dels conceptes, de la seva avaluació i de les seves mesures d'alleujament.⁽²³⁾

4.5.1. Parlem del dolor

Segons la International Association for the Study of Pain (IASP), aquest és *“una experiència sensorial subjectiva i emocional desagradable associada a una lesió present o potencial”*. El dolor és més que una estimulació dels nociceptors dels sistema nerviós, també té influència la experiència en quant al dolor de la persona i al significat que li dona a aquest.⁽²⁴⁾

La societat espanyola del dolor (SEDOLOR) considera el dolor com un problema de salut, més que un símptoma, recalcant la seva importància. El tractament del dolor s'està establint com un dret fonamental dels éssers humans. El dolor no solament consisteix en la desagradable sensació física, a més implica aspectes psicològics, espirituals i socials, que al final acaben causant sofriment en la persona.

McCaffery i Pasero defineixen el dolor com una sensació subjectiva, i per tant, les decisions per prendre accions són en base a les sensacions referides pel pacient, per tant, és tot allò que la persona diu que experimenta.⁽²⁵⁾ La multidimensionalitat del dolor de McGuire fa referència a les diverses dimensions que tenen a veure en la percepció d'aquest en el pacient: fisiològica, sensitiva, afectiva, cognitiva, conductual i sociocultural.

<i>Multidimensionalitat del dolor (McGuire)</i>
<u>Àrea fisiològica.</u> Localització del dolor, inici i duració del dolor.
<u>Àrea sensitiva.</u> Característiques de intensitat, qualitat del dolor i patró del comportament.
<u>Àrea afectiva.</u> Estat anímic lligat a la percepció del dolor, ansietat i alteració del dolor.
<u>Àrea cognitiva.</u> Significat del pacient al dolor, relacionat a experiències prèvies i possibilitat d'adaptar-se.
<u>Àrea conductual.</u> Condicionament a activitat física, comunicació, repòs o inactivitat davant la presència de dolor.
<u>Àrea sociocultural.</u> Actituds amb l'entorn, afrontament i possibilitat de rebre les cures.

D'altra banda, pal·liar el dolor és important perquè aquest genera múltiples alteracions relacionades a respostes psicològiques, hemodinàmiques, metabòliques i neuroendocrines, que davant de pacients crítics pot provocar una major morbiditat, i fins i tot la mort. D'entre les moltes alteracions relacionades amb el dolor, les que hem trobat de major importància són: ⁽²⁶⁻²⁷⁾

- . Ansietat, insomni, agitació; desencadenant una resposta d'estrès. Visible amb un augment de la freqüència cardíaca, augment del consum d'oxigen, disminució del peristaltisme, entre d'altres.
- . Estats depressius i augment de la incidència del dolor crònic.
- . Augment de complicacions pulmonars i infeccions quirúrgiques.
- . El dolor i la agitació pot provocar que el pacient es retiri els catèters i les sondes, afectant la seva hemodinàmia.

Avaluació del dolor

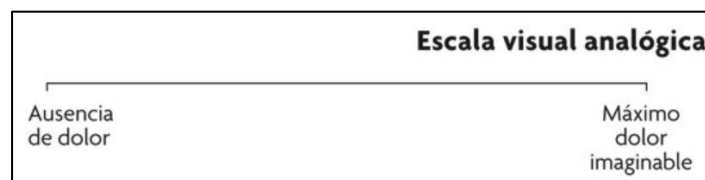
És molt important l'adequada medicació del dolor, com qualsevol altre símptoma o signe clínic, i s'ha de quantificar mitjançant l'ús d'escales, de les quals hi ha una gran varietat, en funció de quina s'adapta més al pacient que tenim davant. Referent a la quantificació del dolor les escales ens permeten fer una valoració inicial i comprovar l'efecte dels fàrmacs administrats. A continuació expliquem algunes de les escales d'avaluació del dolor.

En l'avaluació del dolor en el pacient conscient i comunicatiu, és possible preguntar sobre les característiques del dolor, la intensitat i la resposta al tractament instaurat. En canvi en pacient intubats amb sedació no profunda el més indicat és la utilització d'escala davant la pèrdua de comunicació verbal; en aquest cas les escales més indicades són la Escala Numèrica Verbal o la Escala Visual Analògica. En el pacient no comunicatiu o sota els efectes de la sedació profunda, hem de emprar eines indirectes davant la pèrdua de quantificació del dolor referida pel pacient.

<i>Indicadors fisiològics del dolor</i>	<i>Indicadors conductuals del dolor</i>
<i>Hipertensió arterial</i>	<i>Expressió facial</i>
<i>Taquicàrdia</i>	<i>Presència de moviments</i>
<i>Sudoració</i>	<i>Postures antiàlgiques</i>
<i>Midriasis</i>	<i>To muscular</i>
<i>Llagrimeig</i>	

Escala visual analògica (EVA)

En l'escala visual analògica, la intensitat del dolor és representada en una línia, on en un dels extrems d'aquesta consta la frase, "gens de dolor" i al altre extrem, "moltíssim dolor", en aquesta escala el pacient haurà d'indicar cap a quina banda s'aproxima més el seu dolor.⁽²⁸⁾



Il·lustració 1. Rubio, E. ¿Es posible medir la intensidad del dolor?, Cómo evaluar el sufrimiento del paciente⁽²⁷⁾

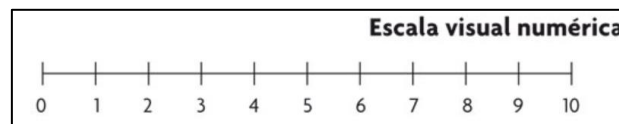
Es tracta d'una escala fiable i vàlida per a molts pacients, encara que no ha estat del tot comprovada en pacients en teràpia intensiva.

- Un dels punts a favor d'aquesta escala és que resulta fàcilment comprensible i es correlaciona bé amb la escala numèrica verbal.
- Com a desavantatge, el pacient ha de tenir una bona coordinació motora i visual, pel que els pacients amb alteracions visuals o ancians es poden veure limitats.

Escala Numèrica Verbal (ENV)

En els pacients vigils, també es pot utilitzar l'escala numèrica, on l'individu es comunica verbalment, comunicant del 0 al 10 el número que reflexa el nivell del seu dolor, on 0 és absència de dolor i 10 dolor inaguantable. A més, la Societat de Cures Crítiques recomana la utilització d'escala numèriques per avaluar el dolor referit pel propi pacient.

Aquesta escala pot ser parlada com escrita, de manera que és més útil en pacients crítics o geriàtrics.



Il·lustració 2. Rubio, E. ¿Es posible medir la intensidad del dolor?, Cómo evaluar el sufrimiento del paciente ⁽²⁷⁾

Escala de Campbell

La utilització de l'escala Campbell és utilitzada per a la monitorització i quantificació de la intensitat del dolor en pacients crítics sense capacitat de comunicació. Aquesta escala compta amb 5 ítems (musculatura facial, tranquil·litat, to muscular, resposta verbal i confortabilitat). La puntuació pot ser des de 0 (absència de dolor) a 10 punts (màxim dolor).

- Els principals punts a favor és l'avaluació no solament de la presència del dolor, sinó també de la intensitat d'aquest en pacients sedats.
- Tot i això, l'ús d'aquesta escala està poc estesa i necessita ser validada.

Escala de Campbell	Puntaje
MUSCULATURA FACIAL	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
TRANQUILIDAD	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
TONO MUSCULAR	
Normal	0
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	2
RESPUESTA VERBAL	
Normal	0
Quejas, llores, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, llores, quejidos o gruñidos frecuentes	2
CONFORTABILIDAD	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

Il·lustració 3-4. Clarett, M. Pavlowsky, V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. ⁽²⁸⁾

Escala Sobre Conductes Indicadores de Dolor (ESCID)

Aquesta escala és una modificació de la escala Campbell però amb la principal diferència que està encarat als pacients amb ventilació mecànica.

- Escala vàlida per a l'avaluació del dolor en pacients crítics sotmesos a la ventilació mecànica i no comunicatius. ⁽²⁹⁾

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor - ESCID		Puntaje
MUSCULATURA FACIAL		
Relajada		0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor		1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados		2
TRANQUILIDAD		
Tranquilo, relajado, movimientos normales		0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición		1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades		2
TONO MUSCULAR		
Normal		0
Aumentado. Flexión		1
Rígido		2
ADAPTACIÓN A VENTILACIÓN MECÁNICA (VM)		
Tolerando VM		0
Tose pero tolera VM		1
Lucha con el respirador		2
CONFORTABILIDAD		
Confortable y/o tranquilo		0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer		1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole		2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

II-lustració 5-6. Clarett, M. Pavlotsky, V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. ⁽²⁸⁾

Actualment, no existeix cap monitor dissenyat especialment per a l'avaluació del dolor en el pacient crític sota efectes de la sedació profunda o en estat de coma; tot i això, es poden utilitzar altres monitors per a aquesta finalitat, com és el cas del BIS (Índex Bioespectral), dissenyat per a valorar la profunditat de sedació.

La presència d'una senyal BIS ens pot informar sobre la presència de dolor. Per exemple, la contracció del múscul frontal s'activa amb la presència de dolor, que és detectada pels elèctrodes del BIS, i per tant la seva presència, com la disminució o desaparició després de la administració d'un analgèsic, ens pot orientar sobre la existència o no, del dolor. ⁽³⁰⁾

Tractament del dolor

Mesures farmacològiques

De la mateixa manera que l'avaluació d'analgesia i sedació es realitza per separat, no existeix un medicament ideal per abordar les dues necessitats a la vegada.

És important conèixer els efectes, interaccions, farmacocinètica, latència i duració de l'analgesia o sedació i efectes colaterals, per reduir al mínim el risc de complicacions associades, com per exemple l'acumulació del fàrmac en l'organisme,

fet que retardaria la recuperació. En aquest cas, l'essencial seria avaluar l'objectiu i compliment sobre l'ús de la teràpia i valorar la possibilitat d'interrompre una infusió diària per tal d'evitar l'acumulació de fàrmac.

Quan es realitza un augment o reducció de la quantitat del fàrmac administrat, cal valorar els canvis i reaccions produïdes en l'organisme. Altres fets a tenir en compte són: hipotensió arterial, trauma, sèpsies, xoc, hipòxia, compatibilitats amb altres fàrmacs, lesió hepàtica, insuficiència renal, hipoproteïnèmia i acidèmia. Totes aquestes complicacions incrementen la possibilitat d'acumulació sistèmica o toxicitat de les drogues, per la falta de metabolisme o depuració de les mateixes.

Drogues analgèsiques

Antiinflamatoris, Paracetamol i Dipirona

Els antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs) són substàncies químiques d'efecte antiinflamatori, analgèsic i antipirètic. Actuen inhibint la ciclooxigenasa (COX), enzim important en la cascada inflamatòria, de manera que es bloqueja la síntesis de prostaglandines.

Alguns dels seus efectes secundaris són: sagnat gastrointestinal, sagnat secundari a la inhibició plaquetària i desenvolupament d'insuficiència renal. Els efectes colaterals gastrointestinals són freqüents en UCI. Alguns factors de risc serien: ús de múltiples AINEs concomitants, úlceres digestives, antecedents de sagnat digestiu, malalties cardiovasculars, ús concomitant de corticosteroides o anticoagulants, i edat avançada.

Els més coneguts i utilitzats en la pràctica diària són el ibuprofè i el ketorolac (l'únic que es pot administrar per via parenteral).

El paracetamol (Acetaminofèn) presenta un efecte analgèsic i antipirètic, i s'utilitza pel control del dolor lleu o moderat en combinació amb els opiacis, ja que n'augmenta el seu potencial. Provoca la inhibició de la síntesis de prostaglandines a nivell del sistema nerviós central, de manera que modifica la percepció del dolor. També serveix per alleugerar el desconfort dels pacients enllitats.

Hi ha factors a tenir en compte per evitar arribar a la dosi hepatotòxica màxima, com els pacients amb insuficiència hepàtica i malnutrició. Així doncs, el seu ús ha de seguir la dosi de 1g cada 6 hores.

El metamizol (dipirona) proporciona un efecte analgèsic, antipirètic i espasmolític, també inhibint la prostaglandina sintetasa. La diferència que presenta

amb els AINEs és que no inhibeix la COX i, per tant, disminueix l'aparició de les complicacions associades en la mucosa gàstrica i plaquetes. Com a efecte advers es coneix l'agranulocitosi. La seva dosi normal és 1g cada 4 hores.

Opioides

Els opioides s'utilitzen pel seu efecte analgèsic, tot i que també són ansiolítics d'efecte lleu-moderat. A l'hora de triar l'opioide ideal es tenen en compte la ràpida acció, la dosificació simple, la poca acumulació de fàrmac i dels seus metabòlits.

El seu funcionament és unir-se als receptors μ -opiàcis en el SNC. Així aconseguixen inhibir l'alliberació de neurotransmissors excitadors a nivell medul·lar dificultant, modulant i modificant la transmissió i percepció del dolor.

Els opioides més utilitzats són: remifentanil, sufentanil, codeïna, morfina i hidromorfina. La seva elecció variarà en funció d'al·lèrgies, tolerància, interaccions amb altres medicaments, estabilitat hemodinàmica i objectiu buscat.

Tramadol

Es tracta d'un anàleg sintètic de la codeïna amb efecte analgèsic a nivell central. Acciona amb els receptors μ i inhibeix la recaptació de serotonina i noradrenalina. S'utilitza en el tractament de dolor moderat o sever.

Nalbufina i buprenorfina

Són opiàcis que s'utilitzen quan existeix contraindicació dels opiàcis tradicionals, i s'utilitzen en el control del dolor lleu o moderat a curt temps de pacients pre i postoperatoris.

Efectes adversos

Un dels efectes secundaris que pot provocar el tractament amb opiàcis és el risc d'addicció i dependència. Entre els efectes adversos més destacables trobem: depressió respiratòria, hipotensió arterial, retenció gàstrica.

Davant d'alguna complicació o sobredosis d'opioides l'actuació principal serà disminuir la dosi i, per últim, suspendre'ls. També saber que la Naloxona n'és l'antídot i en pot revertir l'efecte, tot i que no és recomanable després de llargs períodes d'analgèsia ja que pot provocar síndrome d'abstinència amb nàusees i arrítmies.

Vies d'administració i eliminació

La via venosa s'utilitza com a primera opció en pacients crítics, ja que és amb la que s'aconsegueix més ràpidament l'efecte desitjat, requereix dosis més baixes, i permet una infusió contínua.

Els tipus d'administració poden ser en bolus intermitents o infusió continuada. La seva elecció dependrà de les necessitats de la persona.

Els problemes que pot presentar el bolus són els pics i valls que presenta una vegada ha estat administrat, i en el cas de la infusió és el risc d'acumulació del fàrmac en l'organisme, tot i que la seva concentració es manté més estable.

Un altre aspecte a tenir en compte és la relació de dosificació amb la vida mitjana d'eliminació. La vida mitja plasmàtica o d'eliminació és el temps necessari per eliminar el 50% del fàrmac. Això ens permetrà evitar toxicitats creades per l'acumulació de la droga en l'organisme.⁽³¹⁾

4.5.2. Parlem del confort

El clima de les unitats de cures intensives tendeix a focalitzar les intervencions en problemes aguts. No obstant això, les mesures de confort estan cobrant especial importància, perquè els professionals estan prenent consciència de la importància per a la seva recuperació i el seu benestar. A més, quan el pacient està estabilitzat i la patologia aguda està controlada, les mesures de confort passen a ser una prioritat, de la mateixa manera que també es manté la medicació.

Les mesures que ofereixen confort són aquelles que van destinades a proporcionar benestar i ajuden a disminuir o eliminar el dolor lleu o moderat sense necessitar l'ús de medicaments. Aquestes atencions inclouen, entre d'altres, el correcte posicionament al llit, estabilització dels danys físics presents (com fractures), eliminació d'estímuls físics irritants (com la possible presència de dispositius molestos en contacte amb la pell), etc.

Les cures referents al confort les assumeixen els professionals de infermeria com intervencions pròpies del rol. En el pacient es veu reflectit amb un augment considerable de la qualitat de vida durant el seu ingrés a la unitat de cures intensives. Cal dir que a més a més, una atenció integral constant del pacient en quant a dolor i necessitats, ajuda a evitar complicacions majors.⁽³²⁾

La “teoria del confort” de Kolcaba, i el domini de la pràctica infermera en unitats de crítics de Benner i col. en “Confort com a interrelació cos – ment – persona – món”, poden ajudar-nos a comprendre millor el concepte i la manera en que el manegen.

Kolcaba defineix la cura del confort com les mesures que es duen a terme per a proporcionar comoditat als receptors (pacients). El confort és el resultat de la experiència immediata i holística de enfortir-se gràcies a la satisfacció de les necessitats dels tres tipus de comoditat: alleujament, tranquil·litat i transcendència

Alleujament. Estat del pacient que ha vist satisfeta una necessitat. És a dir s'han d'alleujat els malestars.
Tranquil·litat. Estat de calma o satisfacció tant en la ment i cos.
Transcendència. Estat de calma en el que el pacient està per sobre dels seus problemes. El receptor està per sobre dels problemes que va descriure en un principi.

Els quatre contextos en els que es dona el confort són: físics, psico-espirituals, ambientals i socials.

<i>Necessitats de confort</i>	<i>Factors relacionats que trobem a la UCI</i>
Físic: fa referència a les sensacions corporals	Dolor. Taquipnea per estrès respiratori. Posició corporal. Secrecions. Canvis d'apòsits. UPP. Hipertensió. Taquicàrdia.
Psicoespiritual: pertany a la consciència interna, autoestima, autoconcepte, sexualitat i significat de la vida.	Ansietat. Por i inseguretat. Frustració. Pèrdua d'autonomia. Agitació. Experiències prèvies. Tristesa. Confusió. Solitud.
Social: es refereix a les relacions interpersonals.	Visites de familiars i amics. Comunicació. Coneixement. Aïllament.
Ambiental: fa referència al entorn i influències externes, llum, temperatura... i com es relacionen amb els sentits	Ventilació artificial. Interacció amb el medi ambient. Privacitat i intimitat. Equip sanitari.

L'afectació de les necessitats del pacient a causa de l'alta utilització de les tecnologies tant en la realització de proves i procediments com en l'aspecte ambiental, provoca un augment en la vulnerabilitat, creant un ambient allunyat del confort i benestar propi. Aquesta disminució de la seguretat afecta tant en les relacions amb els

professionals sanitaris com en les necessitats descrites a la taula. Per això, haurien de ser estudiades per proposar millores assistencials a nivell relacional i estructural. ⁽³³⁻³⁴⁾

Benner i col.⁽³⁵⁾ plantegen les cures del confort com un domini de la pràctica infermera a la UCI, que tenen en compte mesures de suport psico – social als pacients en mig de les intervencions tecnològiques i del patiment. El confort, augmenta la sensació de benestar al pacient i a la família. Donar confort significa enfortir, ajudar, encoratjar... però també calmar, consolar... A més, confort és associat amb el pensament de Nightingale, com posar el cos en la millor condició per a la autoreparació i curació. Els punts principals del confort segons Benner són:

Tenir cura del cos com a font de confort contempla els actes rellevants en la relació infermera – pacient i ajuden al pacient amb molèsties a sentir-se renovat i més còmode enmig de la seva condició làbil. L'objectiu és cuidar el cos enmig de les intervencions tècniques del pacient inconscient, sedat i/o inestable, o els que no són independents per a les AVD; es tracta de mantenir-lo en el món social a través de la cura del cos. A més tenir cura de la pell i prevenir lesions derivades a la pressió és central en la pràctica infermera, sobretot en pacients immòbils, que poden veure disminuïda la sensació de control, benestar i identitat, tot i no sent autònoms.

Pentinar, rentar el cabell, col·locar el cos en una postura correcta, realitzar exercicis a les extremitats, afaitar...

Confortar a través de la connexió i la relació, i el reconeixement de la persona, es refereix a conèixer en un sentit de confiança i dedicació el pacient, veure a la persona més enllà del cos o la malaltia. A través del tacte, el to de la conversa, la comunicació verbal i no verbal, les infermeres conforten tant al pacient com a la família. Durant les crisis es tendeix a focalitzar tots els esforços en problemes físics i la necessitat d'un tractament, però és imperatiu per al personal de infermeria trobar al pacient com a persona focalitzant-se també en l'estat emocional (por al desconegut, dolor, dany, mort...). La relació de confiança és una mesura de confort, a part de la lluita per a incloure a les famílies en les cures del pacient.

Tacte, to de la conversa, comunicació verbal i no verbal, focalitzar-se en l'estat emocional, incloure la família...

Proporcionar una estimulació, distracció i descans adequats, limitant la interrupció; saber quan els estímuls externs s'adapten a les seves necessitats i quan necessiten descans és una decisió complicada, basada en el coneixement del pacient, l'enteniment de la ciència y sobretot en la experiència y saviesa de la infermera. La

ciència informa sobre quan pot empitjorar la condició fisiològica davant l'excés o dèficit d'estimulació; però també trobem altres situacions en les que els estímuls s'han d'ajustar en funció de la resposta del pacient, sobretot en llocs on la naturalesa de la unitat fa difícil afavorir cures que facilitin dormir i descansar.

Agrupar les intervencions per a afavorir el dormir i el descans, preparar al pacient per al descans, afavorir entorn tranquil, regular la llum, minimitzar el soroll, crear situacions de dia i de nit...

Controlar l'entorn tècnic, per a reduir la sobreestimulació i afavorir el ritme circadià, i d'aquesta manera reduir la irritabilitat, la fatiga, l'ansietat, la psicosis. En ambients de la UCI resulta heroic procurar una habitació tranquil·la enmig d'un medi hostil per al consol i el silenci a favor del descans i tranquil·litat del pacient i de la família.

Control del soroll, de la llum i el clima emocional, personalitzar les habitacions...

Estar disponible sense ser intrusiu és discernir quan ser proper o llunyà amb els pacients i la família, però estant disponible per a qualsevol demanda. El poder de la infermeria a través de la comunicació és una comprensió per part del pacient immediata a través de les postures, dels gests, de les distàncies i de les proximitats. Estar disponible sense ser intrusiu requereix que la infermera pugui jutjar i adaptar la seva presència a la resposta del pacient.

Reconèixer quan és més adient: postures de proximitat, de distància, gests, dolçor, duresa, atencions...

Valorar la ètica de la medicació per al dolor i la comoditat. Alleujar el dolor és imperatiu, així com l'excés o falta de medicació resulta un greu problema clínic i ètic; a més l'ús de fàrmacs per al dolor sense mesures de confort, disminueix l'efectivitat de la medicació. Els fàrmacs poden complementar, però mai reemplaçar les mesures de confort, encara que sempre existirà la temptativa de confortar al pacient a través de la sedació sense tenir en compte les mesures emocionals o físiques.

Diàleg per mantenir el pacient al món humà connectat al confort, avaluar la medicació pel dolor contínuament...

Limitar l'impacte dels procediments dolorosos: relaxació, visualització i distracció com a objectiu principal per a proporcionar confort i benestar, fomentant la independència i recuperació. Contínuament s'infligeix dolor als pacients: analítics, extensió de músculs... justificat com a mesures necessàries per a sostenir la vida. El

dolor és important per al diagnòstic i és la experiència la que permet jutjar correctament els nivells de patiment, no solament per les expressions de dolor, sinó també per el context de dolor, les respostes fisiològiques i el nivell de medicació. És habilitat de la infermera reconèixer i disminuir el dolor fins al màxim possible mitjançant el suport i el confort en casos en els que no es possible alleujar-lo o tractar-lo; en aquests casos interessa centrar l'atenció en la distracció per a ajudar a travessar el moment difícil i dolorós.

Jutjar nivells de sofriment: expressions, resposta fisiològica, medicació. Promoure mesures de confort, donar suport en situacions doloroses, distreure, connexió i conversa social (distracció)

Confort a través de rituals i rutines familiars és un repte en les UCIs. Els cicles de descans i activitat són creats enmig de tractaments invasius i presa de constants vitals proporcionant petits espais de temps de esdeveniments normals no – dolorosos i tranquils. Tot i això, encara que, les mesures de confort com rituals, pràctiques religioses i rutines, encara no tenen la legitimitat mèdica científica de proporcionar benestar i calmar l'estrès, tenen legitimitat humana, poden semblar pràctiques inefectives però influeixen directament en el confort del pacient. ⁽³⁴⁾

Establir rutines de descans, de higiene...

6. Metodologia

6.1. Tipus d'estudi

Estudi qualitatiu de caràcter exploratori en el que s'ha realitzat una observació participant amb l'objectiu d'identificar la manera en que les infermeres gestionen les cures i tractament del dolor i el confort en el pacient crític. La realització de les pràctiques a la UCI en diferents països, amb motiu de la participació al programa Erasmus, ens ha permès a més de plantejar l'objectiu d'explorar l'abordatge del dolor i el confort, també conèixer si existeixen diferències en el seu maneig.

En l'abordatge de la metodologia s'han tingut en compte les característiques assenyalades per Taylor i Bogdan ⁽³⁶⁾

<i>Característiques de la metodologia qualitativa (Taylor i Bogdan)</i>	
Inductiva	<i>Comprenem i desenvolupem conceptes partint de pautes de les dades, no recollim dades per avaluar hipòtesis o teories preconcebudes.</i>
Perspectiva holística	<i>Les persones, contextos o grups no són reduïts a variables, són considerats com un tot.</i>
Efecte del observador al observat	<i>Interacció de manera natural. Encara que no es pot eliminar la influència, intentar controlar-la i eliminar-la al mínim, intentant no interferir.</i>
Comprendre dins del marc de referència	<i>Identificar-se amb les persones observades per comprendre com experimenten la situació.</i>
Bloquejar creences	<i>Suspendre o apartar les pròpies creences, perspectives i predisposicions. Veure les coses com si fossin vistes per primera vegada.</i>
Tot és vàlid	<i>No es busca "la veritat o moralitat", sinó una comprensió detallada de les perspectives d'altres persones.</i>
Els mètodes qualitatius són humanistes	<i>No es pot reduir les paraules i els actes a equacions estadístiques, ja que es perd l'aspecte humà. L'estudi qualitatiu permet veure més enllà.</i>
L'èmfasi a la validesa de la observació	<i>Ajust entre les dades i el que realment la gent fa i diu. L'observador qualitatiu obté un coneixement directe, no filtrat per conceptes, definicions operacionals i escales</i>

	<i>classificatòries.</i>
<i>Els contextos i les persones són potencials àmbits d'estudi</i>	<i>Tots els contextos i persones són a la vegada similars i únics. Similars en el sentit que qualsevol escenari o grup es poden trobar processos socials generals; i únics perquè en cada escenari o informant es pot estudiar algun aspecte en concret.</i>
<i>La investigació qualitativa és un art</i>	<i>És flexible alhora de conduir els estudis. Es segueixen línies orientatives, però no regles. L'observador no segueix una tècnica.</i>

L'observació participant definit per Marshall i Rossman ⁽³⁷⁾ és la descripció d'esdeveniments, comportaments i artefactes en l'escenari social escollit per a ser estudiat. És considerada l'eina principal dels estudis etnogràfics (estudis antropològics). L'observació participant està constituïda per dos activitats essencials : la observació (observar detinguda i detalladament tot el que succeeix en el context escollit) i la participació (participar en les activitats).

6.2. Població i mostra

La població d'estudi del nostre treball han estat les infermeres de la UCI, i la mostra ha estat per conveniència, formada per 4 infermeres (2 infermeres d'Itàlia i 2 infermeres de Catalunya) que han estat seleccionades segons aquests criteris d'inclusió:

- Infermeres que han tutoritzat el nostre seguiment durant el període de pràctiques a la UCI.
- Presentar continuïtat en aquest àmbit, així com una experiència mínima de 5 anys en UCI. Això ens permet treballar a diari amb les mateixes professionals.
- Disponibilitat de les infermeres.

6.3. Lloc estudi

Ens situem en dos escenaris de dos països diferents, Catalunya i Itàlia, ens centrem en l'àmbit hospitalari de cada un, concretant sobre l'especialitat en la unitat de cuidats intensius. En el cas de Catalunya, l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR). A Itàlia, el lloc d'estudi és l'Arcispedale Santa Maria Nuova (ASMN) de Reggio Emilia. En cada un d'aquests hospitals, seguim els torns i horaris de feina establerts en les dues institucions respectivament.

6.4. Recollida de dades

Aquest treball s'ha dut a terme durant el mes de desembre en el cas d'Itàlia i de gener en el cas de Catalunya.

Per a realitzar l'observació s'ha elaborat un quadern de camp (*Annex 1*) on s'han anotat les diverses intervencions realitzades per les infermeres, que es poden resumir en tres aspectes: ⁽³⁸⁾

- 1- Intervencions davant el dolor: valoració del dolor, ajustos de dosis de tractaments...
- 2- Mesures de confort: pacient/entorn
- 3- Abordatge de la relació que implicava confort i benestar

En totes les observacions s'han tingut en compte i anotat el que ha fet la infermera, el que ha dit, i ocasionalment, les aclariments sobre els dubtes que ens han sorgit de les seves intervencions.

6.5. Criteris ètics

L'estudi s'ha realitzat complint les normes de la bona pràctica clínica i seguint els principis que estableix la Llei Orgànica 15/1999, del 14 de març, de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

Abans de començar l'observació, s'ha demanat el consentiment informat (*Annex 2*) de els/les participants, en el que poden conèixer els objectius de l'estudi i hem aconseguit la seva confirmació per observar les seves tasques. ⁽³⁹⁾

Hem respectat l'anonimat dels subjectes d'estudi que es veuen directament involucrats en l'obtenció dels resultats. A més s'han eliminat els noms reals de les infermeres participants, d'aquesta manera s'han nombrat de la següent manera:

Infermera Itàlia 1 → II1	Infermera Catalunya 1→ IC1
Infermera Itàlia 2→ II2	Infermera Catalunya 2→ IC2

6.6. Anàlisi de dades

Els criteris de rigor seguits per al anàlisi de dades han estat segons Lincoln i Guba: Valor de veritat, Aplicabilitat, Consistència i Neutralitat. ⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

<i>Críteris Lincoln i Guba</i>	<i>Preguntes sobre el criteri</i>	<i>Procediments</i>
Valor de veritat	<i>Com establir confiança en la veritat dels descobriments d'una observació particular per als subjectes i el context en el que s'ha dut a terme?</i>	-Observació participant -Observació continua i prolongada
Aplicabilitat	<i>Com determinar el grau en que poden aplicar-se els descobriments d'aquesta observació, a un altre context amb altres subjectes?</i>	-Descripció del context -Recollida exhaustiva de dades
Consistència	<i>Com determinar si els descobriments d'una observació es repetiran de manera consistent al si es replica la observació amb els mateixos (o similars) subjectes, en el mateix (o similar) context?</i>	-Descripció del procés de recollida de dades, anàlisi, i interpretació de les dades
Neutralitat	<i>Com determinar el grau en el que els descobriments de la observació sol són en funció dels subjectes observats i condicions de l'observació, i no de les inclinacions, motivacions, interessos, perspectives dels observadors?</i>	-Transcripcions textuais de les observacions -Identificació i descripció de limitacions del investigador

Hem dut a terme una relectura de les observacions i hem realitzat una interpretació de les accions obtingudes per separat. Tot seguit del anàlisi hem realitzat la categorització de les observacions i posteriorment les hem agrupat en temes. Tot el procés ha estat revisat i reforçat per part de la tutora del treball. ⁽⁴²⁾ Finalment aquesta agrupació ha estat la següent:

Categories	Definició del tema	Unitats	Total
Accessibilitat	Implicació i presència familiar. Valoren individualment la presència positiva de la família en entorns desconeguts pel pacient, permetent la flexibilitat horària i l'entrada dels membres més petits de la seva família, promovent la tranquil·litat i la disminució de l'ansietat. Recolzen a la família davant la nova situació i els fan partícips de les cures i l'evolució del pacient.	IC1:2 - IC2:2 II1:3 - II2:1 = 8	33
Participació en les cures		IC1:3 - IC2:3 II1:6 - II2:3 =15	
Recolzament emocional		IC1:3 - IC2:2 II1:2 - II2:3 =10	
Pacient	Comunicació. S'involucren en el reforç del vincle	IC1:2 - IC2:2	27

	infermera – pacient, per a que el pacient es senti cuidat i tingui la màxima confiança possible amb l'equip. Informen del que podrien experimentar davant la teràpia per a calmar la por que produeix el canvi. Donen un paper important a la família fent-la partícip del procés de salut del malalt.	II1:3 - II2:3 =10	
Família		IC1:3 - IC2:2 II1:2 - II2:2 =9	
Equip		IC1:2 - IC2:2 II1:3 - II2:1 =8	
Físic	Benestar i cures del cos. Afavorir en tot moment la integritat de la persona, tant física com psicològica. Intenten evitar al màxim procediments invasius per a mantenir la integritat cutània. S'esforcen en no perdre la identitat del pacient en un món nou i no procuren no despersonalitzar-lo. Presten atenció a les explicacions donades pel pacient. Ajuden a crear un ambient de descans i tranquil·litat per a afavorir el descans i la son reparadora.	IC1:4 - IC2:6 II1:6 - II2:4 =20	55
Psicològic		IC1:4 - IC2:2 II1:2 - II2:4 =12	
Creences		IC1:2 - IC2:1 II1:3 - II2:2 =8	
Entorn		IC1:2 - IC2:6 II1:4 - II2:3 =15	
Presència	Cuidatges centrats en la persona. Les infermeres realitzen les seves tasques individualitzant cada pacient, sense deixar de mantenir la relació infermera – pacient positiva. Feliciten les millores i animen a continuar en els retrocessos. Informen dels procediments, de les sensacions, expliquen els resultats esperats i es mostren properes per a intentar tranquil·litzar qualsevol dubte i temor que provoca estar malalt i ingressat.	IC1:2 - IC2:3 II1:1 - II2:3 =9	31
Informació		IC1:2 - IC2:1 II1:1 - II2:1 =5	
Prevenició		IC1:2 - IC2:2 II1:2 - II2:2 =4	
Seguiment i tractament farmacològic		IC1:4 - IC2:3 II1:4 - II2:2 =13	
Privacitat	Cuidatge de l'entorn. De com afavoreixen la privacitat a com creen un entorn més proper i familiar. Deixen portar objectes de fora per al seu entreteniment i intenten crear una sensació de normalitat i rutina en un espai de naturalesa distant i freda. Situen en espai i temps al pacient i treballen al màxim per al benestar de la família.	IC1:3 - IC2:1 II1:2 - II2:3 =9	32
Confort ambiental		IC1:2 - IC2:3 II1:1 - II2:3 =9	
Entreteniment		IC1:2 - IC2:1 II1:1 - II2:1 =5	

7. Resultats

Per a facilitar l'exposició dels resultats trobats, hem realitzat la interpretació dels temes i ho completarem amb els exemples que considerem més significatius observats durant la nostra estada a la UCI.

7.1. Alleujar el dolor i procurar confort, una prioritat

Hem pogut observar que pregunten sobre el dolor constantment quan les infermeres entren als box. I més enllà de la rutina per avaluar l'EVA, les permet saber si l'analgèsia ha estat efectiva i el que poden fer per a pal·liar el dolor. Les participants avaluen el dolor utilitzant les escales més adequades en cada cas i valoren el nivell de sedació i analgèsia en pacients que no poden comunicar-se .

- . Aplicar les cremes i olis hiperoxigenats en forma de massatge (II2)
- . Administrar un analgèsic de la pauta terapèutica, reservant els altres com a rescat en cas de necessitat. (II1)
- . *“Cuanto dolor tienes si 0 es nada de dolor y 10 es un dolor inaguantable?”* (IC2)

Les infermeres treballen per aconseguir el màxim confort en pacients sedats i vigils, a més, ens han indicat, que a la vegada que atenen al pacient, l'analitzen per a anticipar-se a les mesures de confort que necessitarà. Als pacients sedats, els parlen, els avisen, els informen... Les participants es mostren properes i intenten no perdre la esperança dels pacients, amb converses positives i els animen a seguir esforçant-se.

- . Acompanyar al pacient en els últims moments davant l'absència de la família. (IC1)
- . Felicitar al pacient per a fer la fisioteràpia respiratòria (IC1)
- . Agafar la mà mentre fan una tècnica invasiva (IC2)
- . Conversar amb el pacient quan la família no hi és (II2)

7.2. Comunicació, saltant barreres per a comprendre al pacient

Totes les participants faciliten pissarres o material per a que el pacient intubat pugui comunicar-se. Les infermeres observades es comuniquen per a informar dels procediments que realitzen o de la medicació que administren, i per fer saber, tant als pacient com a la família que estan allí presents per qualsevol cosa, reduint l'ansietat d'ambdós.

- . Explicar a un pacient amb traqueotomia que te afectades les cordes vocals i que per això no pot parlar. (II1)
- . Facilitar una pissarra, a un pacient en destete (IC2)
- . *“Ja saps, qualsevol cosa truca al timbre”* (IC1)

- . Portar la Tablet per fer videotrucada amb els fills petits i pares de la pacient (II2)

La comunicació amb el pacient i l'esforç dedicat a comprendre'l es veu afectat per el rati infermera – pacient, el rati a la UCI-C és 1:2-3, en canvi a la UCI-I és 1:6. Això suposa que ha Itàlia tinguin més excés de treball, amb la qual cosa han de preparar més medicació i atendre a més persones en el mateix temps que les infermeres de Catalunya. Hem pogut veure que aquesta sobrecàrrega de treball s'ha vist afectada en el temps invertit en establir una bona comunicació entre els pacients i les infermeres. En algun cas a la UCI-I, les infermeres han hagut d'ajuntar tasques per a poder parlar amb el pacient i establir una bona relació terapèutica, que en alguns casos ha estat deficient.

- . *“Ara quan acabi una cosa, vinc amb vostè i aprofito i et porto la medicació”* (II1)
- . *“Avui tenim tots els llits plens, serà un miracle si acabem tot a temps”* (II2)

7.3. Benestar i cures del cos

Les UCIs en les què hem tingut la oportunitat d'estar tenen la principal característica que són molt silencioses quan la situació està controlada i això beneficia positivament al descans i la son dels pacients. A part les infermeres procuren en tot moment el que és el millor per a que els seus pacients tinguin un son reparador no interromput.

- . Deixar dormir durant el dia a una persona que no ha pogut dormir durant la nit (II1)
- . Parlar en to baix i sense obrir el llum (II2)
- . Col·locar els pals de sèrum i les bombes de medicació més enrere de la vista del pacient. (IC2)
- . *“Veo que tienes las tensiones normales y correctas todo el rato, mira, te voy a quitar el manguito, y antes de terminar el turno te lo vuelvo a poner para medirla otra vez y lo quitamos, así no te molestará tanto, y no te preocupes que también se lo diré al turno de tarde”.* (IC1)

Amb la cura del cos, les infermeres intenten afavorir al màxim possible la identitat de la persona, en varies ocasions faciliten la realització de les rutines que tenien els pacients abans del ingrés (afaitar, pintar, pentinar, colònies, cremes...). Afegim que els moments en què les participants dediquen a tenir cura del cos ajuden als pacients a guanyar sensació de frescor i tranquil·litat, que s'ha pogut veure reflectit en la seva expressió corporal, i veure al pacient confortat, també ha tingut efectes en la recompensació infermera al veure la seva feina correctament realitzada.

- . Utilitzar la crema hidratant que utilitza la persona a diari. (II1)
- . *“Si vol avui li podríem rentar el cabell i pentinar-la una mica”* (II2)

- . Facilitar una taula amb el material per a la higiene bucodental (IC2)
- . *“Les nostres maquinetes d'afaitar no són molt bones, si vols portar-te la teva te la poden portar”* (IC1)

En els pacients sedats les participants junt amb l'equip auxiliar, donen més importància als canvis posturals, per alleugerir els punts de pressió del cos i evitar lesions

- . La infermera i auxiliar canvien el bolquer d'un pacient amb melenes. (II1)

Les infermeres intenten reforçar l'estat d'ànim interessant-se per les activitats que feien abans de l'ingrés, aconseguint a la vegada que durant un període puguin desconnectar del que està passant i pensin en bons moments. També hem presenciat, que gestos com agafar la mà, una mirada, una rialla, i el silenci, en tot moment però sobretot davant de situacions agressives i vulnerabilitat, calmen als pacients i es senten compresos per la situació per la que estan passant.

- . *“Així que ets músic? Quin instrument toques?”* (IC1)
- . Agafar la mà sense dir res i mirar als ulls del pacient, li acaben de dir una mala notícia. (IC2)
- . *“D'on ve el seu nom?”* seguit d'un somriure. (II2)

7.4. Gestió de tractaments

Les infermeres participants mostren coneixement i saber en la manera en que manegen medicació o informen sobre ella, coneixen els efectes adversos, els quals han tingut un control més detallat en cada pacient i en tot moment.

Podem observar que en els criteris que manegen en l'ús de la medicació prioritzen l'eficiència del tractament en el benestar del pacient i en la prevenció de riscos. Algunes de les mesures que es mostren als verbatim, reflecteixen com es preocupen en mantenir el tractament oral en pacients amb SNG, la manera en la que gestionen l'horari de fàrmacs del dolor per a millorar la seva eficàcia o la demanda de canvis en el tractament quan veuen falta d'eficàcia o possibles errors.

- . Xafar les pastilles i posar-les en aigua per a passar-les per la SNG (IC2)
- . Informar de el que li estem posant a la bomba de perfusió (IC2)
- . Parlar amb el metge la possibilitat de canviar algun analgèsic perquè a la persona no li sent bé. (II2)
- . Combinar dos analgèsics amb una diferència de temps entre ells per a que duri més l'efecte i la persona no tingui períodes de dolor (II1)

En el cas de la UCI-C, hem presenciat un dèficit de comunicació entre metges i infermeres, que si bé no han suposat problemes per al pacient sembla que podrien evitar-se amb una millora en la previsió i comunicació de canvis de tractaments.

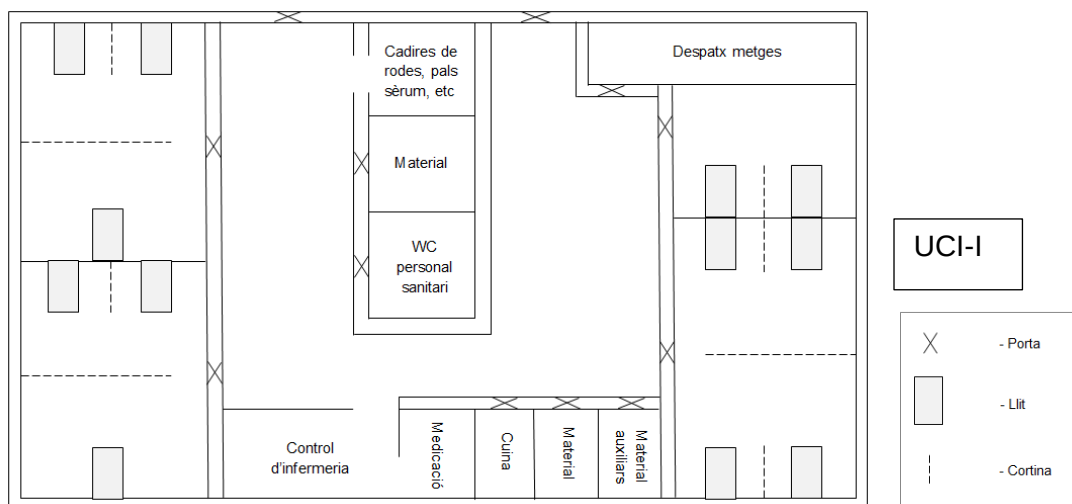
- . “Ostres, t’han canviat l’aport calòric de la nutrició i te l’acabem de posar nou, Bueno, esperem a que s’acabi aquest i ja et posarem el nou després” (IC1)

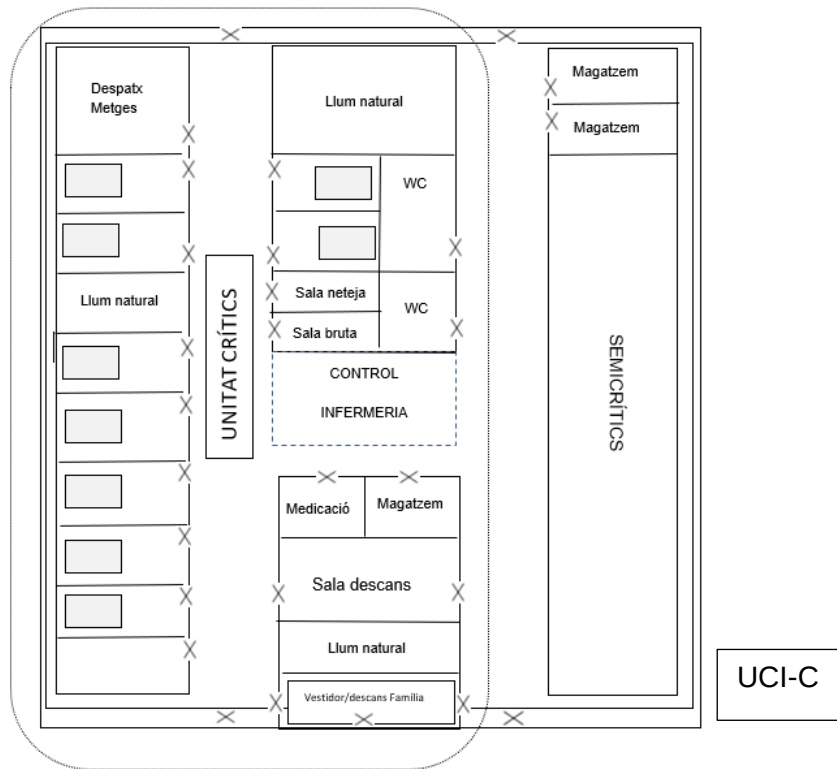
7.5. Cuidant de l’entorn

Cada un dels 10-12 box de la UCI-C són individuals, cada un d’ells està separat del passadís amb una paret de vidre transparent i una porta de vidre translúcida. Dins trobem el llit al centre de l’habitació, al darrera, fora del camp de visió del pacient hi ha la pantalla amb les constants vitals (que també es poden observar des del control d’infermeria), el respirador, l’ordinador, etc; en el cas de necessitar pals de sèrum, aquests són col·locats al costat del pacient, així com també passa amb la butaca.

En canvi, a la UCI-I trobem 2 boxs de 3 pacients, 1 box de 2 pacients i 1 box de 4 pacients. En aquestes habitacions, els ingressats estan separats per cortines, i les infermeres avaluen constantment en quin moment és més apropiat posar la cortina o treure-la, buscant privacitat o afavorint la interacció entre pacients. A cada box trobem una càmera que proporciona les imatges a unes pantalles del control d’infermeria, sense que aquestes quedin registrades. Al costat, s’hi troben uns monitors on es poden visualitzar les constants vitals.

Tant a la UCI-C com a la UCI-I es poden configurar alarmes d’excés o deficiència en els límits de normalitat establerts segons les característiques del pacient per avisar a l’equip sanitari en cas de desestabilització.





A les dues unitats les infermeres es preocupen d'adaptar l'entorn per afavorir un ambient de descans nocturn i de tranquil·litat per al pacient, les participants també adapten l'entorn als gustos del pacient (canviar de lloc la butaca, treure de la vista els pals dels sèrums...). Les participants es mostren flexibles facilitant la reorganització de l'habitació, com per exemple: movent el llit cap a l'esquerra o canviant de lloc la butaca.

- . Tancar la porta de l'habitació durant els procediments, afavorint la privacitat (II1 i II2)
- . *"Tingui, acaben de portar el diari d'avui"* (II1)
- . Aixecar la persiana durant el dia (IC2)
- . *"Quines fotografies més maques !"* (IC1)
- . *"Si estás muy aburrido puedo mirar de imprimirte en internet una sopa de letras o algo así"* (IC2)

II1, II2 i IC1, afavoreixen tenir objectes religiosos a l'habitació, faciliten la visita d'un cura, adapten la dieta a la religió i respecten la decisió de rebuig de tractaments, entre d'altres. Encara que la unitat es trobi en una institució laica, faciliten l'expressió dels valors culturals i les creences religioses.⁽⁴³⁻⁴⁴⁾

- . Demanar que vingui el cura a visitar a un pacient amb mal pronòstic. (II1)
- . Tenir a la vista una figura de Jesucrist (II2)
- . Respectar la religió d'una pacient testimoni de Jehovà, quan ens informa de la possibilitat de rebre certs tractaments. (IC1)

- . Respectar la religió d'un pacient musulmà respecte a l'alimentació i adaptar la seva dieta (IC1)

7.6. Implicació i presència familiar

A diferència dels horaris establerts en altres unitats, hem presenciat un acotament en les hores de visites dels familiars. A la UCI-C l'horari és de 7,45h a 8,15h i de 14h a 22h, la presència de la família a primera hora del matí els permet informar-se dels canvis que han pogut haver durant la nit. El nombre de familiars permès per pacient són 2, encara que en alguns casos la presència d'algun familiar més no ha suposat cap problema.

En canvi a la UCI-I les hores de visites són de 12,15h a 13,30h i de 18,45h a 20,15h. En aquesta UCI, l'horari coincideix amb els àpats i la medicació oral del migdia i del vespre, de manera que els familiars poden ajudar als pacients en les menjades i en la presa de medicacions, en cas que aquests no es puguin valer per ells mateixos. No es permet l'entrada a de 12 anys. El nombre de familiars per pacient permès a la UCI-I és d'1 familiar per pacient.

A més, ambdues UCIs, tot i tenir un horari de visites marcat, les infermeres participants es mostren flexibles, afavorint la presència de la família fora d'hores veient que contribueix al benestar del pacient. Quan faciliten l'entrada de familiars menors d'edat, els expliquen en quina situació poden trobar-se al seu familiar ingressat, per a que no tinguin por a entrar a la UCI i a estar amb el seu familiar.

. *“De nit no es permet la presència dels familiars a l'habitació, però farem una excepció”* (II2)

. Deixa entrar al nét d'un pacient fora d'horari de visita perquè és el seu aniversari (II1)

. *“ En teoría os tendríais que marchar ya de la UCI, pero bueno... va... os dejo media horita más”* (IC2)

Les infermeres fan que la família formi part de la milloria de l'estat de salut del pacient ajudant-los a realitzar certes cures bàsiques, d'aquesta manera afavoreixen el rol de cuidador per part de la família. Realitzar petites intervencions al pacient per part d'aquesta fa que la sensació de neguit dels pacients disminueixi, i guanyin confort.

- . *“Si pide agua, o veis que tiene los labios muy secos, coged estas gasitas que os dejo aquí, las mojáis un poquito y se lo ponéis en la boca y en los labios, de acuerdo?”* (IC2)
- . Anima a que la filla ajudi amb les mesures físiques per a baixar la febre (IC1)
- . Els familiars ajuden a alimentar al pacient // Una familiar ens demana un bolquer per canviar-li al seu pare ingressat. (II2)
- . *“Deixi'm les pastilles aquí que jo mateixa li dono”* (II1)

8. Discussió

8.1. Alleujar el dolor i procurar confort, una prioritat

Un ingrés hospitalari provoca estrès en el pacient i família, creat per la sensació de vulnerabilitat i diversos factors estressants, afegit a trobar-se en un ambient desconegut. La identificació dels estressants permet una actuació individualitzada sobre ells, per tal de minimitzar-los o eliminar-los, afavorint la recuperació del pacient.

Les característiques de les UCIs presenten un temps autoritzat, en major o menor mesura, per passar-lo amb família o acompanyants. Això repercuteix amb la sensació de soledat i falta de socialització i comunicació, afectant així a l'entreteniment d'aquesta persona. ⁽⁴⁵⁾

Troblem que l'equip d'infermeria per amenitzar els factors desencadenants, realitzen importants accions d'humanització en la vida diària laboral. La infermera té la capacitat de sensibilitzar-se davant les cures, i aborden les necessitats en funció del grau d'importància segons els pacients.

L'exposició de la intimitat i del cos, suposa una condició única pel pacient però una pràctica comú pel personal d'infermeria. Aquí es destaca la conscienciació de respectar el dret a la privacitat. ⁽⁴⁶⁾

En quant al dolor, al ser una manifestació subjectiva, cal alleujar-lo i promoure el confort valorant i respectant la queixa del pacient. Aquest és una interferència de l'estat físic, social i mental del pacient. Per part de les infermeres, depenen el rang d'edat i temps de formació, reflexes en l'experiència i maduració a la hora d'atendre. ⁽⁴⁷⁾ La seva capacitat d'empatia ajuda a identificar, conèixer i actuar sobre els factors que consideren estressants cada pacient.

Es fa evident la necessitat d'humanització, creant espais més amables i propers als pacients i família, en que aquests recuperin el protagonisme i rebin una atenció de qualitat. ⁽⁴⁸⁾

8.2. Comunicació, saltant barreres per a comprendre al pacient

Les cures d'infermeria impliquen un procés interpersonal entre una persona malalta i una sana. Aquesta connexió de les infermeres quan estan realitzant les cures al pacient, tenen una gran potencialitat terapèutica. ⁽⁴⁹⁾ En el nostre treball també destaquem la importància de la comunicació verbal i de la no verbal, totes dues formen

part fonamental de la interacció infermera - pacient, i aquesta ofereix beneficis i millores en la pràctica clínica diària. ⁽⁵⁰⁾

Les cures centrades en el pacient són importants però no sa de deixar de banda la comunicació, que té un gran impacte en la qualitat de la relació pacient - infermera. ⁽⁵¹⁾ La comunicació entre les infermeres i la família ha estat constant en el nostre cas, les professionals valoraven en cada cas el grau de comunicació i d'intromissió amb la família i el pacient, a més, Anderson WG ⁽⁵²⁾ també corrobora que la manca de comunicació, o informació deficient donada per part de l'equip sanitari a la família amb un pacient amb una malaltia crítica encara pot fer augmentar més l'impacte psicològic negatiu.

Garantir seguretat i tranquil·litat, així com gestionar la por, informar i conscienciar sobre l'estat de salut, pretén confortar els pacients a la vegada que transmetre sensació de control. ⁽⁵³⁾ Per a les infermeres és important que els pacients coneguin la situació en la que es troben, a la vegada que volen transmetre la sensació de estar per ajudar encara que no es trobin presents. ⁽⁵⁴⁾

A més, aquesta atenció continua al pacient suposa una doble repte per al infermer, ja que, al mateix temps es posen a prova les habilitats, els coneixement i la experiència dels infermers, no solament en relació en les necessitats del pacient, sinó que també per les barreres que es presenten durant la interacció i comunicació amb els pacients. ⁽⁵⁵⁾

8.3. Benestar i cures del cos

Els pacients de la UCI presenten polifarmàcia, procediments diagnòstics i tractaments invasius que augmenten el risc de complicacions, efectes adversos o situacions inesperades. La provisió dels cuidats segons les necessitats bàsiques són indicadors de qualitat en les intervencions de les infermeres. ⁽⁵⁶⁾

Cuidar de forma rutinària sense valorar l'atenció individualitzada pot alterar la integritat, seguretat i satisfacció del pacient i família. ⁽⁵⁷⁾ Les intervencions bàsiques de les infermeres van orientades a suplir les activitats de la vida diària i les intervencions avançades a la recuperació o manteniment de la salut. L'ambient busca la comoditat física i mental per afavorir aspectes com el descans, la son, la nutrició, la higiene i la dignitat. Factors sota la responsabilitat de la infermera, qui ofereix un cuidat individualitzat, competent i adequat, que promou la comoditat i el benestar. ⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾

S'afavoreix l'ensenyament, alimentació, higiene, recolzament emocional, mobilització, deambulació i planificació d'alta com a cuidats en busca d'un impacte positiu pel pacient. L'actitud de la infermera també influeix en els resultats derivats de la seva aplicació. ⁽⁶⁰⁾

Actuacions tan bàsiques com són la higiene o recolzament emocional permeten el contacte individual directe i presència, factors que promouen la dignitat i respecte en els pacients. ⁽⁶¹⁻⁶²⁾

8.4. Gestió de tractaments

Els pacients de la UCI presenten multiplicitat de drogues que poden crear interaccions, disfuncions orgàniques, una intensa resposta en fase aguda i una sèrie d'intervencions terapèutiques agressives que alteren la farmacocinètica (dosis-concentració) i farmacodinàmica (concentració-efecte) en els medicaments que se'ls administren. Com a mesures pel control del dolor, ansietat o demanda metabòlica relacionada amb certes patologies o procediments és habitual l'ús de analgèsics o sedants, i com a tals és important valorar la resposta i esdeveniments adversos en el pacient per fer-ne un ús segur i eficient. ⁽⁶³⁾

Fer un bon judici sobre la situació clínica del pacient davant la seva resposta a un tractament o pràctica realitzada per part d'un altre professional, es considera una correcta acció amb actitud prudent per adelantar-nos als efectes adversos d'un possible error. En definitiva, suposa aplicar una visió realista de les possibilitats, límits i capacitats dels altres en la seva presa de decisions o pràctiques. ⁽⁵³⁾

La falta de descans es pot produir per malalties subjacents, la realització de tractaments molestos, estrès o pel propi ambient. Aplicar mesures farmacològiques pot comportar efectes secundaris i negatius, i aparèixer el risc de tolerància o farmacodependència. Aquí es valora la opció de les intervencions no farmacològiques, sobretot posant atenció en el tracte, informació, recolzament i ambient que envolta al pacient i família. ⁽⁶⁴⁾

8.5. Cuidant de l'entorn

Les UCIs van ser dissenyades per donar-li més importància a la tecnologia, però actualment es coneix el Projecte HU-CI en busca de les UCIs humanitzades ⁽⁶⁵⁾, centrant l'atenció en l'entorn i la família per millorar el confort del pacient. Alguns dels

seus objectius són obrir les portes de la UCI eliminant l'horari de visites i millorar les cures potenciant la implicació dels familiars. ⁽⁶⁶⁾

Aquesta unitat genera estrès per l'elevada instrumentalització dels cuidats, ambient sofisticat i abundants elements tecnològics. A més, l'ambient monòton i cuidats rutinaris afecten a les activitats d'entreteniment, i els horaris en la separació de pertinences personals i família. Tot això disminueix l'autonomia del pacient, creant un rol passiu i falta de privacitat a l'hora de realitzar alguns procediments. Altres factors que posen en risc el benestar i confort són la contínua estimulació amb sons, olors, llum artificial i tècniques doloroses, que poden alterar el son, mobilitat, capacitat de comunicació i alimentació. Està en mans de les infermeres apoderar al pacient fent-lo partícip del seu pla de cuidats, definint l'autocuidat i la promoció de la salut. ⁽⁶⁷⁾

Tanmateix, la dimensió de la intimitat és totalment individual en cada pacient. Les professionals han de fomentar la recuperació dels aspectes més humans davant del tecnificats per tal d'augmentar la qualitat humana en l'atenció sanitària. L'espai arquitectònic, i la separació dels llits i habitacions s'han de sensibilitzar amb el dret d'intimitat i autonomia. ⁽⁶⁸⁾

En definitiva, les infermeres són una peça fonamental i motor de canvi en la humanització de les UCI, seguint un compromís moral. ⁽⁶⁹⁾

8.6. Implicació i presència de la família

Els nostres resultats mostren la importància de la presència i la implicació de les família en les cures. L'adquisició d'un rol a la família disminueix els nivells d'estrès en el pacient i en ells mateixos, a més de veure's disminuïda l'ansietat i la sensació de falta de control, aconseguint un augment de la percepció de satisfacció en les cures rebudes al llarg de l'ingrés. ⁽⁷⁰⁾ La presència de la família és vital per a la salut del pacient i el seu benestar ⁽⁷¹⁾

Encara que a la UCI de Catalunya l'horari de visites és més extens que a la UCI de Itàlia, no deixen de ser UCIs amb una política de visites limitades. En l'article de Khaleghparast S. ⁽⁷²⁾, trobem que en les unitats amb horaris restrictius la família no es troba del tot satisfeta, encara que aquestes limitacions eviten interferències amb el treball de les infermeres i preserven en major grau la privacitat dels pacients. En canvi, les visites amb temps il·limitat redueixen en major grau l'estrès dels pacient i de les famílies, significant una gran millora en la salut del ingressat. Davant de les polítiques limitades o il·limitades, no hi ha cap estudi que recomani fortament una o altra, si no

que en cada cas s'haurà d'avaluar l'entorn geogràfic i la ubicació de l'hospital i les diferències socioculturals que regeixen. ⁽⁷³⁾

Els resultats de diversos estudis suggereixen que el tractament i l'hospitalització a les UCI són estressants, tant pel pacient com per a les seves famílies. ⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾ Les famílies poden millorar la cura del pacient i proporcionar suport emocional als pacients, per tant, qualsevol intervenció que redueixi els efectes de l'estrès a les famílies ajudarà directament al pacient. ⁽⁷⁶⁾

La participació de la família en les cures del pacient afavoreix la connexió/relació infermera – pacient – família. Afavorint la disminució del patiment, augmentant el coneixement que té la infermera de les preferències del pacient, a la vegada que coneix i entén cada vegada més el seu entorn social, cultural, etc. Aquest augment del contacte entre els familiars i la infermera aporta seguretat i confiança a les famílies i contribueix a una millor adaptació davant la nova situació en la que es troben. ⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾

La millora dels nivells d'ansietat en la família és un tema en auge, encara que les UCIs observades no són pròpiament obertes, es veu una petita adaptació en l'horari de visites. El que s'està buscant és l'acotament de la distància entre la família, el pacient i la infermera. Tal com diuen Flórez IE, i Pardavila MI en els seus respectius articles, ⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾ el paper infermer és important en aquests moments de crisi proveint seguretat, informació i calor humà als familiars juntament amb el familiar críticament malalt.

9. Conclusió

Les infermeres de les UCI dispensen de forma continuada les cures dirigides a proporcionar al pacient seguretat, benestar i confiança. No existeix “la millor forma de cuidar”, sinó que a partir de l'experiència cada infermera ho fa d'una manera o una altra, sent totes vàlides quan se sustenten en l'evidència i en un judici infermer centrat en la persona. Un cuidat al pacient que combina el saber científica i el tracte humà.

La UCI està constituïda per un equip multidisciplinari caracteritzat per proporcionar una relació d'ajuda capaç de valorar els recursos i característiques del pacient i família, i mirar més enllà de la malaltia. En l'atenció assistencial de les UCIs dels sistemes sanitaris de Catalunya i Itàlia, es remarca el compromís d'infermeria en afavorir el benestar i dedicació en les cures del cos, sense perdre de vista el maneig del tractament farmacològic i ús de la tecnologia. Això fa destacar la importància que se li dóna a la persona, a més de donar resposta al tractament específic de cada malaltia.

Tenir present les característiques de la UCI com un entorn molt tecnificat, ajuda a pensar com fer-lo el més confortable i menys agressiu possible per afavorir el descans i disminuir les fonts d'estrès. Aquets cuidats es poden apreciar en el simple gest de proporcionar identitat al pacient i evitar la seva despersonalització .

Dins la comparativa dels dos sistemes sanitaris, existeix un desequilibri en quant a la implicació i presència familiar. En els dos casos la família és el principal factor de recolzament emocional pel pacient i es veu involucrada en la participació de les cures de confort i benestar: En el cas de la UCI-I l'accessibilitat de la família es veu directament afectada pel fet de ser de caràcter tancat amb uns horaris bastant estrets que poden contribuir a la sensació de soledat del pacient en un entorn desconegut. No obstant això en ser habitacions compartides afavoreix la dinàmica assistencial, les relacions socials i el no aïllament, però disminueix la intimitat dels pacients; En el cas de la UCI-C de caràcter obert permet una major implicació i recolzament per part de la família, i les habitacions individuals fomenten el dret a la intimitat. Donar importància a la infraestructura de la unitat, afavoreix la privacitat dels pacients. El mobiliari enfocat a les necessitat del pacient permet la ràpida atenció però a la vegada afavoreix l'intimidat de les persones, com en el cas de les cortines entre llits o la porta de les habitacions.

Les intervencions d'infermeria dedicades a l'avaluació i control del dolor, i a aportar mesures de confort i benestar, encara que adaptades a les característiques i

demandes de cada pacient, posen èmfasis al seguiment i tractament farmacològic. No obstant això, les infermeres també mostren la importància que donen a la relació amb el pacient per el seu confort i benestar i a la seva presència constant com a figura de recolzament. La infermera és un recurs d'informació pel pacient-família i el professional que es preocupa de prevenir qualsevol risc evitable a través de la valoració de signes i símptomes canviants en la persona.

El ràtio infermera-pacient és un element fonamental en el tipus d'atenció que es pot prestar. Quant el ràtio augmenta (com és el cas de la UCI-I) l'atenció està més centrada en el tractament simptomàtic de la malaltia. En canvi, quan el ràtio és menor l'atenció està més enfocada a la cura del cos del pacient (com és el cas de la UCI-C) .

Per últim, les habilitats de comunicació són la base de la implicació amb el pacient i família per establir una relació de confiança. Tot i ser el pacient el focus d'atenció i el protagonista de la malaltia i recuperació, hem de crear un vincle amb la família per fer-los partícips del procés.

En l'actualitat es fa evident apropar tots aquests factors, que afecten directament al procés de recuperació del pacient crític, a una pràctica més humanitzada englobant processos assistencials, relacionals i atenció sobre l'entorn.

10. Limitacions de l'estudi

Durant la realització d'aquest treball ens hem trobat amb les següents limitacions:

- . Falta d'experiència com a observadores participants.
- . Participació de les dues membres del grup en el programa Erasmus, per falta de comunicació.
- . Barrera idiomàtica en l'observació a Itàlia.
- . Mostra petita difícilment generalitzable, però si reproduïble.
- .

11. Agraïments

A Maria Sagrario Acebedo professora de la Universitat Rovira i Virgili, per la seva ajuda en el nostre treball, per orientar-nos i per animar-nos durant el transcurs d'aquest.

A les infermeres de Itàlia i Catalunya que van accedir desinteressadament a formar part del nostre estudi, i la riquesa de coneixements que ha significat per a nosaltres.

12. Bibliografia

- 1- Ibarra E. Una Nueva Definición de "Dolor"; Un Imperativo de Nuestros Días. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2006 [consultat 23/11/2018]; 13(2):65-72. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es
- 2- Garcia A, Martínez I, López F. Saturno, P. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2015 [consultat 23/11/2018]. 38(1): 117-130. Disponible en: <https://recyt-fecyt-es.sabidi.urv.cat/index.php/ASSN/article/view/30957/19155>
- 3- Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava, J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2005 [consultat 23/11/2018]; 12(2):81-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200003&lng=es
- 4- Amina JM. Tedros AG. Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [consultat 11/04/2019]; 98:590-590. Disponible a: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-222042/es/>
- 5- Vera O. Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. Revista Médica La Paz [Internet]; 2015 [consultat 13/03/2019]; 21(2):77-90. Disponible a: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200011&lng=es.
- 6- Palanca I, Esteban A, Elola J. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y política social. [Internet] 2010. [consultat 03/04/2019]; 15-19 Disponible a: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- 7- Hayter YE. UCIs ABIERTAS vs UCIs CERRADAS. Ventajas e inconvenientes. Visión de todas las personas implicadas. TFG URV. [Internet] 2016 [consultat 04/04/2019]; 16-18 Disponible a:

<http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepo/rest/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A909&ap:streamId=Mem%C3%B2ria&mime=application%2Fpdf>

8- Fontaine DK, Prinkey L, Pope-Smith B. Designing Humanistic Critical Care Environments. CritCareNurs Q. [Internet] 2001 [consultat 04/04/2019]; 24(3):21-34. Disponible a: <https://insights-ovid-com.sabidi.urv.cat/pubmed?pmid=11858555>

9- Correa L. Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. ElSevier. [Internet]. 2018 [consultat 16/04/2019]; 18(3):131-198. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-humanizacion-uci-desde-una-perspectiva-S0122726218300193>

10- Fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva [Internet]. 2018 [consultat 16/04/2019]; 42(2):71-138. Disponible a: <http://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206>

11- Grupo de Trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI [Internet]. 2017 [consultat 16/04/2019]; 1ªedición. Disponible a: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

12- Navarro JM, Orgiler PE, De Haro S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. Enfermería Intensiva [Internet] 2005 [consultat 03/04/2019]; 16(1):15-22. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13072135>

13- CIE. Codi Deontològic. Consell Internacional d'Infermeres. [Internet] 2000 [consultat 03/04/2019]. Disponible a: <https://www.codita.org/wp-content/uploads/2016/02/Codi-Deontologic-CIE.pdf>

14- Consell de col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya. Codi d'ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. [Internet] 2013 [consultat 03/04/2019]. Disponible a: http://www.codita.org/wp-content/uploads/delightful-downloads/2016/03/nou_codi_etica.pdf

15- EFN. Federación Europea de Asociaciones de Enfermería. Constitución de EFN. Organización Colegial de Enfermería. [Internet] 2004. [consultat 03/04/2019].

Disponible a: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/internacional/efn/send/22-efn/330-01-constitucin-de-efn>

16- Carrión M. La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Críticos (EfCCNa). "Trabajando juntos – logrando más". [Internet] 2014 [consultat 03/04/2019]; 25(1):1-3 . Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-federacion-europea-asociaciones-enfermeria-S1130239914000029>

17- Waters D, Kokko A, Strunk H, Georgiou E, Hadjibalassi M. Competencias enfermeras según la EFCCNa para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa. EfCCNa. [Internet] 2013. [consultat 03/04/2019]. 7-21 Disponible a: https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/10/competencias_enfermeras.pdf

18- Palanca I, Esteban A, Elola J. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y política social. [Internet] 2010. [consultat 03/04/2019]; 15-19 Disponible a: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

19- Blanch LI, Abillama FF, Amin P, Christian M, Joynt GM, Myburgh J. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Journal of Critical Care. [Internet] 2016 [consultat 15/01/2019]; 36: 301-3015. Disponible a: https://www.world-critical-care.org/images/pdfs/resources/Blanch_WFSICCM_Triage_JCC_12-16.pdf

20- Sáez E, Infante A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Revista Chilena Medicina Intensiva. [Internet]. 2004. [consultat 15/01/2019]; 19(4): 209-223. Disponible a: [http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2004/19-4-2004/full\(7\).pdf](http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2004/19-4-2004/full(7).pdf)

21- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Breve historia de la medicina intensiva. Introducción. El enfermo critico. [Internet] 2013. [consultat 03/04/2019] 2-9. Disponible a: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>

22- Palanca I, Esteban A, Elola J. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y política social. [Internet] 2010. [consultat 03/04/2019]; 15-19 Disponible a: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

23- Taranilla L. Atención de enfermería al paciente con dolor. TFG [Internet]. 2015. [consultat 31/01/2019]. Disponible a: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001116.pdf

- 24- ELNEC. Guia para el instructor. Consorcio de educación de enfermería para el final de la vida. [Internet] 2014 [consultat 03/04/2019]. Disponible a: http://www.ipcrc.net/pdfs/intl_programs/spanish/Module-2_Spanish-ELNEC_Dolor.pdf
- 25- ELNEC. Guia para el instructor. Consorcio de educación de enfermería para el final de la vida. [Internet] 2014 [03/04/2019]. Disponible a: http://www.ipcrc.net/pdfs/intl_programs/spanish/Module-2_Spanish-ELNEC_Dolor.pdf
- 26- Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor i protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. [Internet] 2012 [consultat 31/01/2019]: 8-15 Disponible a: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- 27- UCPD Segovia. Dolor. Definición y clasificación. [Internet]. 2014 [consultat 31/01/2019]: 1. Disponible a: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>
- 28- Rubio E. ¿Es posible medir la intensidad del dolor?, Cómo evaluar el sufrimiento del paciente. La cara del dolor. [Internet] 2011 [consultat 03/04/2019]; 71: 69-75 Disponible a: <https://metode.es/revistas-metode/monograficos/es-posible-medir-la-intensidad-del-dolor.html>
- 29- Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Clínica Bazterrica [Internet]. 2012. [consultat 03/04/2019]; 8-15. Disponible a: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- 30- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Medicina Intensiva [Internet]. 2006 [consultat 03/04/2019]; 30(8): 379-385. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912006000800004&lng=es
- 31- Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Clínica Bazterrica [Internet]. 2012. [consultat 03/04/2019]; 8-15. Disponible a: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
- 32- Garrido M. Cuidados de confort en una unidad de cuidados intensivos. Revista Portales Médicos. [Internet] 2016 [Consultat el 4/01/2019]. Disponible a:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-confort-unidad-cuidados-intensivos/>

33- Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katherine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enfermería Neurológica. [Internet]. 2010 [consultat 31/01/2019]; 9 (2): 94-104. Disponible a: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

34- Silva JM, Pontífice-Sousa P, Pinto MJ. La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora. Enfermería global [Internet]. 2018 [consultat 03/04/2019]; 50:477-489. Disponible a: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/266321/226631>

35- Benner P, Hooper P, Stannard D. Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking - in - Approach. [Internet] Philadelphia: Springer Publishing Company; 2011 [consultat 09/04/2019]. Disponible a: <http://the-eye.eu/public/Books/Medical/texts/Clinical%20Wisdom%20and%20Interventions%20in%20Acute%2C%20Critical%20Care%202nd%20ed%20-%20P.%20Benner%2C%20et%20al.%2C%20%28Springer%20Publ.%2C%202011%29%20WW.pdf>

36- Berenguera A, Fernández MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol). [Internet] 2014 [consultat 27/11/2018]. 1: 9-33;216-217. Disponible a: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

37- Pérez V. La etnografía como método integrativo. Revista Colombiana de Psiquiatria. [Internet] 2012. [consultat 05/04/2019]; 41(2):421-428. Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n2/v41n2a06.pdf>

38- Quecedo R, Castaño C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 2002 [consultat 25/11/2018]; (14):5-39. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

39- BOE. Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. 2018 [consultat 14/03/2019]. Disponible a: <https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=55&modo=1¬a=0∓tab=2>

- 40- Quecedo R, Castaño C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Revista de Psicodidáctica [Internet]. 2002 [consultat 25/11/2018]; (14):5-39. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- 41- Egon G. Guba. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista [Internet]. [consultat 10/01/2019] 7:148-165. Disponible a: <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>
- 42- Noreña AL, Alcaraz N, Rojas JG, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [consultat 10/01/2019] (12): 263-274. Disponible a: <http://ibposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>
- 43- Zomero G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis doctorales Universidad de Alicante [Internet]. 2015 [citad 20/04/2019]. Disponible a: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros.pdf
- 44- Junta de Andalucía. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales [Internet]. 2014 [consultat 27/04/2019]. Disponible a: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
- 45- Fernández L, Machado C, Fernández VM, Salazar MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2013 [consultat 16/05/2019]; 32. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
- 46- Salicio D, Gaiva M. Significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet] 2006 [consultat 16/05/2019]; 8(3):370-6. Disponible a: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm
- 47- Brito M, Rocha A, Ferreira V. Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2009 [consultat 16/05/2019]; 17. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300006
- 48- Alonso A, Heras G. Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. Medicina Intensiva [Internet]. 2019 [consultat 16/05/2019]. Disponible a:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056911930110X?via%3Dihub>

49- Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2016 [consultat 27/04/2019];13(1):55-60. Disponible a:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706315000925?token=18A4CEDD18B236D43D18689A6D51A69DFDEF2147E4BBF06B6E9F36C0726DA6F591BB94040F66E09C3C6B4528AEBC46BB>

50- Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2015 [consultat 16/05/2019]; 12(3): 134-143. Disponible a:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S166570631500038X?token=39982BCEC73797AAEC339358C4DA8CFF9C52306E7CEE5397B39B1BD948EA5DF930A1FF1529BFB59922820F7018C37460>

51- Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, Mularski R. Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient - Centered Care. *American Journal of Critical Care*. [Internet] 2012 [consultat 16/05/2019]; 21(6): 410-418. Disponible a:

<http://ajcc.aacnjournals.org/content/21/6/410.long>

52- Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine*. [Internet] 2008 [consultat 16/05/2019]; 23(11):1871-1876. Disponible a:

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-56749161708&origin=inward&txGid=122c22304fc5e05ff4562f7f040397b2>

53- Acebedo-Urdiales MS, Medina-Noya JL, Ferré-Grau C. Practical knowledge of experienced nurses in critical care: a qualitative study of their narratives. *BMC Medical Education*. [Internet] 2014 [consultat 23/05/2019]; 14:173 1-15. Disponible a:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236508/pdf/1472-6920-14-173.pdf>

54- Uhrenfeldt L, Hall EOC. Caring for Nursing Staff among Proficient First – Line Nurse Leaders. *International Journal for Human Caring*. [Internet] 2009 [consultat 23/05/2019]; 13(2): 40-45. Disponible a:

https://www.researchgate.net/publication/264512390_Caring_for_Nursing_Staff_Among_Proficient_First-Line_Nurse_Leaders

- 55- Beltrán A. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Universidad de la Sabana [Internet]. 2008 [consultat 27/04/2019]:3-7 Disponible a: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123/247>
- 56- Carvajal G, Montenegro JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería global [Internet]. 2015 [consultat 16/05/2019]; 14(4). Disponible a: <https://revistas-um-es.sabidi.urv.cat/eglobal/article/view/231831>
- 57- Benner P. Caring for the silent patient. American Journal of Critical Care. [Internet] 2002 [consultat 16/05/2019]; 11(5):480-1. Disponible a: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/11/5/480.full.pdf+html>
- 58- Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED. Australian Emergency Nursing Journal. [Internet] 2008 [consultat 16/05/2019]; 11(2):95-9. Disponible a: [https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267\(07\)00264-9/pdf](https://www.ausemergcare.com/article/S1574-6267(07)00264-9/pdf)
- 59- Vollman K. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. The American Association of Colleges of Nursing News. [Internet] 2005 [consultat 16/05/2019]; 22(8). Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/242594045_Interventional_Patient_Hygiene_Proactive_Hygiene_Strategies_to_Improve_Patients'_Outcomes
- 60- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. Journal of Nursing Care Quality. [Internet] 2006 [consultat 16/05/2019]; 21(4):306-13. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/6809817_Missed_Nursing_Care_A_Qualitative_Study
- 61- Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. Nursing Standard. [Internet] 2008 [consultat 16/05/2019]; 22(34):35-40. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18543852>
- 62- Kolcaba KY. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. Geriatric Nursing. [Internet] 2006 [consultat 16/05/2019]; 27(2):85-91. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16638478>
- 63- Regueira T. Consideraciones farmacológicas generales y particulares en cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet] 2016 [consultat 22/05/2019]; 27(5):569-714. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consideraciones-farmacologicas-generales-y-particulares-S071686401630089X>
- 64- Hu R, Jiang X, Chen J, Zeng Z, Chen X, Li Y, et al. Tratamientos no farmacológicos para la promoción del sueño en adultos en la unidad de cuidados

intensivos. Cochrane. [Internet] 2015 [consultat 22/05/2019]. Disponible a: <https://www.cochrane.org/es/CD008808/tratamientos-no-farmacologicos-para-la-promocion-del-sueno-en-adultos-en-la-unidad-de-cuidados>

65- Grup de treball de certificació del Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI [Internet] 2017 [consultat 22/05/2019]. Disponible a: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

66- Escuder D, Viña L, Calleja C. Por un UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva [Internet]. 2014 [consultat 27/04/2019]; 38(6):337-402. Disponible a: <http://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>

67- Bernal DC, González RV, Rojas IT. Stressors in patients admitted to adult intensive care units. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2018 [consultat 16/05/2019]; 4(16):63–72. Disponible a: <http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128737357&site=ehost-live&scope=site>

68- Amorós SM, Arévalo J, Maqueda M, Pérez E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva [Internet]. 2008 [consultat 16/05/2019]; 19(4):193-203. Disponible a: <https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1130239908758346>

69- Heras G, Cruz M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2017 [consultat 16/05/2019]; 29(1):9-13. Disponible a: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0009.pdf>

70- Gerritsen RT, Hartog CS, Randall J. New developments in the provision of family - centered care in the intensive care unit. Intensive Care Med [Internet] 2017 [consultat 15/05/2019]; 43:550-553. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359380/pdf/134_2017_Article_4684.pdf

71- McAndrew NS, Schiffman R, Leske J. Relationships among Climate of Care, Nursing Family Care and Family Well-Being in ICUs. Nursing Ethics. [Internet] 2019 [consultat 16/05/2019]; 20(10):1-7. Disponible a: <https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1177/0969733019826396>

- 72- Khaleghparast S, Joolae S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrani N. New visiting policy: A step toward nursing ethics. *Nursing Ethics*. [Internet] 2017 [consultat 16/05/2019]; 26(1): 293-306. Disponible a: <https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1177/0969733017703701>
- 73- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tshudin V, Mansouri I. An Iran Perspective on Patients' Rights. *Nursing Ethics*. [Internet] 2006 [consultat 16/05/2019]; 13(5):488- 502. Disponible a: <https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1191/0969733006nej895oa>
- 74- Spreen, AE, Schuurmans, MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Critical Care Nursing* [Internet] 2011 [consultat 16/05/2019]; 27: 27–30. Disponible a: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pubmed/21093268?dopt=Abstract>
- 75- Berwick, DM, Kotagal, M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *The Journal American Medical Association* [Internet] 2004[consultat 16/05/2019]; 292: 736–737. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/8407607_Restricted_Visiting_Hours_in_ICUs_Time_to_Change
- 76- Cook D. Open visiting: does this benefit adult patients in intensive care units? Degree of Master of Nursing, Otago Polytechnic, Dunedin, New Zealand [Internet] 2006 Oct [consultat 16/05/2019]; 4-38. Disponible a: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.551.1452&rep=rep1&type=pdf>
- 77- Raurell A, Aymar M. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015 [consultat 27/04/2019]; 26(3): 83-120. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidad-rol-los-familiares-del-S1130239915000310>
- 78- Rodriguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Theodor J. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2003 [consultat 27/04/2019]; 14(3):96-108. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239903781140>
- 79- Flórez IE, Montalvo A, Romero E. Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet] 2018 [consultat 15/05/2019]; 20(1):44.

Disponible a: <https://revistas-javeriana-edu-co.sabidi.urv.cat/index.php/imagenydesarrollo/issue/view/1273>

80- Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Elsevier. [Internet] 2012 [consultat 15/05/2019]; 23(2): 51-67. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239911000460>

13. Annexos

Annex: llibreta de camp

ANÀLISIS UCI-C				
	Observació	Interpretació	Categoria	Tema
IC2	<i>" En teoría os tendríais que marchar ya de la UCI, pero bueno... va... os dejo media horita más"</i>	Mostrar flexibilitat respecte als horaris de la UCI, per a calmar més el pacient.	Accessibilitat	Implicació i presència familiar
IC2	<i>"tu nieta? Claro, cuantos años tiene?"</i>	Permetre la entrada de nens petits a veure el familiar.		
IC1	<i>"Si voleu, podeu quedar-vos durant els matins i les nits amb ell, li anirà bé per si es desperta de cop"</i>	No preocupar al pacient davant la sensació de solitud en un entorn nou i desconegut per a ell.		
IC2	<i>"el horario de la UCI es de 7.45hs a 8.15hs, i de 14hs a 22hs"</i>	Informar del horari de visites a la família.		
IC2	<i>"si pide sed, o veis que tiene los labios muy secos, coged estas gasitas que os dejo aquí, las mojais un poquito y se lo poneis en la boca y en los labios, de acuerdo?"</i>	Davant la set del pacient que no pot beure aigua, intentar calmar aquesta.	Participació en els cuidats	
IC1	Allargar l'horari del dinar per a que la família li dongui.	Implicació en l'alimentació del familiar ingressat.		
IC1	Deixar que la filla ajudi amb les mesures físiques per a baixar la febre.	Ajuda dels familiars per ajudar a la remissió de la febre.		
IC2	<i>"si, si, puedes ponerle crema en las manos y hacerle una friega."</i>	Tranquilitzar al pacient otorgant a la dona un paper de cuidadora; i hidratar la pell.		
IC1	<i>"Aquí també li doneu les pastilles del colesterol i l'aspirina que portava?"</i>	Coneixement i interès pel tractament farmacològic del familiar.		

IC2	<i>“si vols, dona’m el sopar que li dono jo”</i>	Ajuda amb l’alimentació .		
IC1	Informar a la família el que ha passat durant el torn per anar-se adaptant als canvis.	Fer partícip a la família de la evolució del pacient per a saber com enfocar el seu ajut.	Recolzament emocional	
IC1	Deixar tenir l’ordinador i el mòbil per a comunicar-se.	Fer present el recolzament de la família i amics que no poden estar presents.		
IC2	Parlar amb els familiars davant del pacient sobre la seva evolució.	Fer al pacient present de la evolució del seu estat de salut.		
IC2	Permetre posar fotografies de la familia a mode de sorpresa a la paret del box.	Fer regals al familiar ingressat.		
IC1	La família explica davant del pacient el que li agradava de fer abans de ingressar.	Buscar i recordar bons moments.		
IC1	<i>“Ja saps, qualsevol cosa truca al timbre”</i>	Informar al pacient de la predisposició a ajudar del equip sanitari.	Pacient	Comunicació
IC2	Facilitar una pissarra, a un pacient en destete	Com que resulta difícil la comunicació en un pacient intubat no sedat, facilitar una pissarra l’ajuda a comunicar-se amb els demés.		
IC1	Explicar que amb la traqueotomia no poden parlar i que no els podem entendre.	Ajudar a entendre en la situació en la que es troba i evitar que forcin la veu i es facin mal a la gola.		
IC2	Explicar a un pacient sedat que està dessaturant que li aspirarem les secrecions.	Encara que el pacient estigui sedat, explicar els procediments que li faran.		
IC2	<i>“no us preocupeu, que si veiem que no pot menjar autònomament nosaltres l’ajudarem.”</i>	Mostrar la presència i atenció per part de l’equip sanitari.	Família	
IC1	<i>“Passi el que passi, de debò, aquí estem nosaltres per intentar ajudar-vos a portar tot això de la millor manera possible”</i>	Afavorir la confiança del pacient amb l’equip sanitari, i recolzar-lo en els pitjors moments.		
IC1	Quan arriben els familiars a la hora de visita se’ls explica la valoració del metge durant matí.	Donar informació sobre l’evolució del familiar.		
IC1	Informar als familiars de les cures que s’han realitzat	Informar a la f58amilia sobre l’evolució de la ferida i cures		

	durant el torn.	realitzades.		
IC2	Explicar i respondre les preguntes que puguin tenir sobre l'estat de salut del seu familiar.	Informar a la família del estat de salut.		
IC2	<i>"Buenos días! Venimos a hacerte la higiene, te irá bien la agüita, que te relajará y te dejará fresquita"</i>	Afavorir la sensació de netedat del cos i mantenir-lo en bones condicions.	Equip	
IC1	<i>"veig que estàs bastant enfeïnada amb aquest pacient, et pita la bomba del del X, no et preocupis que te la preparo i la canvio jo."</i>	Ajudar als companys davant situacions de estrès.		
IC1	Ajudar a una altra infermera que te molta feina.	Davant l'excés de feina d'una infermera, ajudar per a agilitzar les cures.		
IC2	Fer d'infermera instrumentista per ajuda a un metge a col·locar un catèter de via central.	Ajudar en una tècnica complexa, amb risc de complicació i necessitat d'alta esterilitat.		
IC2	Facilitar una taula amb el material per a la higiene bucodental.	Per a que es senti més net, facilitar el material per a que es netegi ell sol la boca. Afavorir autonomia.	Físic	Benestar i cuidat del cos
IC1	<i>"Si no et sap greu, t'ajustarem la porta, no cal que vegin que fem els que passen pel passillo"</i>	Intentar mantenir el major grau de intimitat durant les tècniques.		
IC2	<i>"antes del ingreso ya tenia esta barba, o normalmente no la lleva?"</i>	Afavorir la identitat del pacient.		
IC1	<i>"Les nostres maquinetes d'afaitar no són molt bones, si vols portar-te la teva pots."</i>	Fer-lo sentir com a casa i fidel a la seva personalitat.		
IC2	Fer la higiene amb calma, sense pressions. Parlant amb el pacient.	Comunicar-se amb el pacient per a que no pensi en la delicada situació i la possible pèrdua de intimitat		
IC2	<i>"Veo que te han traído una colonia, te la pongo ahora cuando terminemos la higiene"</i> .	Gràcies a la colònia, fer-lo sentir com a casa.		
IC1	Durant la higiene posar oli als talons.	A part de hidratar els peus per a evitar úlceres, comprovar que segueixen intactes.		
IC1	Mirar cada hora la diuresis.	Per assegurar-se que no té cap complicació i no li fa falta més medicació.		
IC2	Mirar cada hora si hi ha	Per a evitar la irritació de la pell		

	alguna deposició en un pacient sedat.	que està en contacte amb les deposicions i els productes de desfet.		
IC2	Fer els canvis posturals a un pacient amb mobilitat reduïda.	Intentar que perduri el màxim de temps la integritat de la pell canviant-lo de postures.		
IC1	<i>"així que ets músic? Quin instrument toques?"</i>	Mostrar interès per els seus hobbies i fer-lo desconnectar del estrès del estar ingressat.	Psicològic	
IC1	<i>"Hola XXX, sóc la IC1, la teva infermera, ens anirem veient durant la tarda, però si necessiteu qualsevol coseta avisa'ns eeeh".</i>	Presentar-se al pacient per a saber qui estarà amb ell durant el torn i mostrar-se positiva per transmetre bones vibracions.		
IC1	<i>"Conta amb nosaltres, d'acord? Ens veiem en un estona" tot seguit d'agafar-li la mà.</i>	Mostrar calor humana establint contacte físic.		
IC2	Agafar la mà sense dir res i mirar als ulls al pacient, li acaben de dir que té càncer	Connectar amb el pacient a través de la mirada en moments difícils.		
IC2	Donar els bons dies amb energia i un somriure	Transmetre energia i tranquil·litat restant importància a la situació.		
IC1	<i>"Menys una discoteca, el que vulguis"</i>	Mostrar al pacient que estem allí per a ajudar-lo en qualsevol cosa, no solament qüestió de dolor i medicació.		
IC1	Respectar la religió d'una pacient Testimonis de Jehovà, quan ens informa de la possibilitat de tractaments.	Acceptar que no admet certs tractaments, i comunicar-ho a tot l'equip per a que ho tinguin en compte.	Creences	
IC1	Respectar la religió d'un pacient musulmà respecte a la alimentació.	Canviar la dieta del pacient respectant la seva religió.		
IC2	<i>"si te sientes mejor con la virgen aquí, no te preocupes que puedes tenerla"</i>	Permetre tenir objectes religiosos a l'habitació		
IC2	Parla suau i sense obrir el llum	Afavorir la calma amb una comunicació suau i relaxada.	Entorn	
IC2	<i>"Me han comentado que no has pasado muy buena noche verdad? Te parece bien si te dejamos descansar un ratito más, en cuanto terminemos con las higienes vendremos a hacerte la tuya al final"</i>	Afavorir el descans sent flexible amb la rutina de la UCI.		

IC2	<i>"Veo que tienes las tensiones normales y correctas todo el rato, mira, te voy a quitar el manguito, y antes de terminar el turno te lo vuelvo a poner para que no te moleste tanto, no te preocupes que también lo comentaré a las de la tarde".</i>	Evitar tècniques que poden interrompre el descans, espaiant-les en el temps.		
IC1	Deixar dormir durant el dia a una persona que no ha pogut dormir en tota la nit.	Afavorir el descans.		
IC1	Canviar de lloc la butaca, <i>"així us veig i estic una mica més entretinguda"</i>	No donar la negativa davant el canvi de mobles a l'habitació. Ajudar al seu entreteniment amb el moviment de les persones pel passadís.		
IC2	Col·locar els pals de sèrum i les bombes de medicació més enrere de la vista del pacient.	Evitar recordar, en la mesura de lo possible, que està connectat a les màquines, apartant-les de la seva vista.		
IC2	Anticipar-se a les alarmes i silenciar-les a un pacient amb LET.	Afavorir l'ambient de dol d'una família que està perdent a un familiar, evitant distraccions amb les alarmes dels monitors.		
IC1	Felicitar al pacient per a fer la fisioteràpia respiratòria.	Per petits que siguin els resultats, felicitar-los per a motivar-los a millorar i a seguir esforçant-se.	Presència	Cuidats infermeria
IC2	<i>"Tienes razón que estar en la UCI ya son palabras mayores, pero mira: habitación individual, asesoramiento particular, casi casi mejor que el rey"</i>	Mostrar positivisme al pacient i evitar que entri en ànims depressius. Treure humor de la situació		
IC2	<i>"Bueno, normal que estés así... tampoco tenemos que decaer... tarde o temprano vas a ir mejorando y ya verás como cuando menos te lo esperes, ya estás fuera y trabajando"</i>	Donar ànims a un pacient que ha vist canviat el seu estat de salut i es troba frustrat davant el seu futur professional.		
IC1	Acompanyar al pacient en els últims moments davant l'absència de la família.	Acompanyar al pacient que s'està morint, fent que es mori amb dignitat, parant totes les activitats.		
IC2	Agafar la mà mentre fan una tècnica invasiva.	Connectar amb el pacient, fent-lo saber que estem al seu costat i no està sol davant d'aquest patiment.		
IC2	<i>"te vamos a quitar el tubo, de acuerdo? Después será totalmente normal que tengas"</i>	Informar del que es realitzarà i el que es pot esperar del procediment, explicant el que pot	Informació	

	<i>más mocós, más picor, ya te daremos algo para calmarlo, si?"</i>	sentir un cop fet.		
IC1	Retirar sonda vesical	Explicar el procediment i la sensació que es probable que noti durant certs instants, però que és dins de la normalitat		
IC1	<i>"Ja t'ho han explicat no? T'han demanat una ressonància magnètica, nosaltres venim amb tu, no et preocupis. Ja veuràs, et posarem a una camilla d'allà i tindràs la sensació d'entrar en una màquina, però ni et tocarà ja veuràs, i per sort és de les rapidetes".</i>	Explicar el procediment de la prova que se li realitzarà i recordar que estarà acompanyat en tot moment.		
IC2	<i>"Aver, cuanto dolor tienes si 0 es nada de dolor y 10 es un dolor inaguantable?"</i>	Preguntar sobre el dolor per a saber si necessita algun analgèsic.	Prevenició	
IC2	<i>"Te hace efecto el analgésico? Bien, cualquier cosa ya sabes que tienes el de rescate vale?"</i>	Preguntar quant de dolor té i recordar que té analgesia per a sentir-se millor.		
IC1	Aplicació de olis a les zones de pressió i aplicar crema a la pell	Avisar al pacient de situacions que intentem evitar.		
IC1	Presa de medicaments	Explicar l'efecte esperat del medicament per a evitar situacions majors.		
IC1	<i>"parlaré amb el metge si hi ha la possibilitat de treure't les glicèmies, perquè no ets diabètic"</i>	Valorar amb el metge la eliminació d'una cura (glicèmies), en una persona no diabètica.	Seguiment i tractament farmacològic	
IC2	<i>"como vas de dolor? Te acuerdas que te he comentado que tienes analgesia de rescate no? Si la necesitas nos avisas."</i>	Valorar el dolor i informar del tractament analgèsic en pauta, disponible en cas de dolor.		
IC2	Informar de que li posem a la bomba de perfusió.	Informar de la medicació que li passa en bomba de perfusió i l'efecte que es busca.		
IC1	Augmentar l'aport de nutrició enteral per sonda nasogàstrica.	Augmentar els ml/h de NE per SNG segons protocol.		
IC1	Anomenar els fàrmacs pautats i l'efecte.	Fer coneixedor al pacient de la seva pauta mèdica i explicar que es vol aconseguir amb cadascun .		
IC1	Netejar amb alcohol/clorhexidina	Netejar les vies i les seves llums i salinitzar-les per a evitar		

	l'entrada de les llums.	obstruccions i canvis de vies. Mantenir-les en bon estat		
IC2	Xafar les pastilles.	Xafar les pastilles i posar-les en aigua per a passar per SNG.		
IC1	Ajustar la porta davant procediments.	Afavorir la privacitat davant qualsevol procediment, per a evitar que terceres persones puguin veure-ho.	Privacitat	Infraestructura
IC1	Col·locar una funda de coixí a les parts íntimes.	Col·locar la tela a les parts íntimes en un pacient sedat i amb hipertèrmia, per afavorir la normotèrmia i la intimitat.		
IC1	Oferir una bata per a la sedestació.	Davant la normativa de utilitzar les bates per al trasllat, oferir la bata quan ha de realitzar sedestació per a mantenir la màxima privacitat possible.		
IC2	Permetre tenir la porta tancada durant uns minuts.	Deixar tenir la porta oberta a la hora de realitzar una trucada.		
IC2	Aixecar la persiana durant el dia.	Aixecar la persiana per a que entri la llum exterior i començar a regular les hores de descans.	Confort ambiental	
IC2	Mantenir la llum apagada.	Permetre tenir la llum apagada durant el dia a petició del pacient, per a afavorir la seva tranquil·litat.		
IC1	"Quines fotografies més maques!"	Permetre posar fotografies a les parets de l'habitació.		
IC1	Portar més cadires a la habitació.	Afavorir la comoditat dels familiars facilitant cadires.		
IC2	Parlar amb els familiars davant la preocupació.	Identificar el patiment per la nova situació de la família i dedicar-li el temps necessari per a disminuir l'ansietat.		
IC2	"Si estás muy aburrido puedo mirar de imprimirte en internet una sopa de letras o algo así"	Afavorir l'entreteniment i la distracció.	Entreteniment	
IC1	"Clar que pots demanar a la dona que et porti una tele, i una radio si vols"	Afavorir l'entreteniment.		
IC1	"Saps quin temps fa avui?"	Parlar del temps, restant importància durant un moment del estat de salut del pacient.		

ANÀLISIS UCI-I				
	Observació	Interpretació	Categoria	Tema
II2	<i>“De nit no es permet la presència dels familiars a l’habitació, però farem una excepció”</i>	Permetre l’acompanyament familiar en una situació de mal pronòstic.	Accessibilitat	Implicació i presència familiar
II1	Permetre en una visita l’entrada de menors.	Mostrar-se flexible en la permissibilitat de visites segons l’edat.		
II1	Deixar entrar al nét d’un pacient fora d’horari de visita perquè és el seu aniversari.	Permetre una visita fora de l’horari establert perquè és l’aniversari del pacient.		
II1	A mitja nit truquem als familiars d’un pacient amb mal pronòstic per informar de la situació i donar la possibilitat de venir.	Dret a la informació i presència familiar davant d’una complicació amb mal pronòstic de la persona ingressada.		
II1	Deixar que entri el familiar durant l’ingrés del pacient perquè no té capacitat suficient per respondre certes preguntes.	Fer presents als familiars per completar la història clínica del pacient.	Participació en els cuidats	
II2	<i>“Podeu portar iogurts de casa si els de l’hospital no li agraden”</i>	Ser permissius en poder portar menjar de casa que li agradi més.		
II2	Els familiars ajuden a alimentar-se al pacient.	Implicació en l’alimentació del familiar ingressat.		
II1	La filla hidrata la pell de la seva mare després d’ajudar-la amb el dinar.	Preocupació per mantenir un bon estat i hidratació de la pell.		
II1	El marit acompanya i ajuda a la seva dona ingressada a dutxar-se.	Figura d’ajuda en la higiene.		
II2	Una familiar ens demana un bolquer per canviar-li al seu pare ingressat.	Implicació en la higiene i dret a la dignitat de la persona.		
II1	<i>“Al meu pare li falta la pastilla de la tensió”</i>	Coneixement del tractament farmacològic.		
II1	<i>“Deixi’m les pastilles aquí que jo mateixa li dono”</i>	Ajuda amb la presa de medicació.		
II1	Una familiar ens evidencia que troba al seu pare “estrany”.	Avisar quan veu l’actitud i estat anímic del seu familiar fora de la normalitat.	Recolzament emocional	
II2	Permetre la presència dels familiar durant la visita dels metges.	Acompanyament mentre els metges donen el pronòstic.		
II1 II2	Presència diària durant la permissibilitat horària.	Presència a diari i acompanyament.		

II2	Portar la Tablet per fer videotrucada amb els fills petits i pares de la pacient.	Fer present el recolzament de tota la família en el procés de recuperació.		
II1	Regalar un ram de flors a la seva germana ingressada.	Fer regals a la familiar ingressada.		
II2	La família i pacient ens expliquen velles "batalletes".	Buscar i recordar bons records.		
II1 II2	Parlar amb el pacient de tu a tu.	Adaptar la comunicació verbal amb l'edat.	Pacient	Comunicació
II1	Explicar a un pacient amb traqueotomia que te afectades les cordes vocals i que per això no pot parlar.	Tractar amb sinceritat i normalitat una situació complicada per a la persona.		
II1 II2	Parlar i explicar el que se li està realitzant a un pacient sedat.	Tractar una persona sedada igual que a una persona conscient.		
II1 II2	Parlar en dialecte.	Adaptar-se a la parla de la persona.		
II1	Seure a una cadira per parlar.	Posar-se al mateix nivell de la persona.		
II1	Despertar a la pacient amb una carícia a la mà per fer el control de constants vitals.	Despertar a la persona amb tranquil·litat.		
II2	<i>"Si algun dia no podeu estar presents a l'hora de menjar, tranquils, nosaltres l'ajudem"</i>	Mostrar la presència i atenció per part de l'equip sanitari.	Família	
II2	<i>"No podem donar informació privada per telèfon, però quan vingui més tard vindrà el metge a explicar-li"</i>	Respectar el principi de confidencialitat.		
II1 II2	Quan arriben els familiars a la hora de visita se'ls explica la valoració del metge durant matí.	Donar informació sobre l'evolució del familiar.		
II1 II2	Se'ls descriu l'estat d'evolució de la ferida d'un pacient després de realitzar la cura.	Informar a la família sobre l'evolució de la ferida i cures realitzades.		
II1	La infermera i auxiliar canvien el bolquer d'un pacient amb melenes.	Unió de professionals per agilitzar es feines i valorar l'evolució de deposicions.	Equip	
II1	La infermera ajuda a la companya a controlar les glucèmies dels seus pacients perquè ha acabat d'administrar totes les seves medicacions.	Repartir la feina en la màxima igualtat possible de càrrega de treball.		
II1	Rebre conjuntament un nou ingrés que arriba hemodinàmicament inestable.	Centrar l'atenció de les dues professionals en un pacient que pot presentar fàcilment una complicació.		
II1 II2	Fer d'infermera instrumentista per en la col·locació d'un catèter de	Ajudar en una tècnica complexa i necessitat		

	via central.	d'alta esterilitat.		Benestar i cuidat del cos
II1 II2	Durant la higiene tapar els genitals amb una tovallola petita.	Respectar el principi d'intimitat.	Físic	
II1 II2	Canviar el bolquer quan la persona ho demana.	Tractar a la persona amb respecte.		
II1	<i>"Si vol avui li podríem rentar el cabell i pentinar-la una mica"</i>	Preocupar-se per la higiene general de la persona.		
II2	Hidratar el cos després de la higiene.	Mantenir un bon estat de la pell.		
II1	Ajudar amb les mobilitzacions d'una persona amb dèficit de mobilitat.	Afavorir el confort físic.		
II1	Utilitzar la crema hidratant que utilitza la persona a diari.	Utilitzar les cremes habituals de la persona.		
II2	Retirar les contencions físiques mentre els familiars estan presents.	Prioritzar la sensació de llibertat sempre que sigui possible.		
II1	Deixar que la pròpia persona qui es realitzi la higiene al llit.	Afavorir el principi d'autonomia.		
II1	El pacient vesteix el seu propi pijama.	Potenciar la identitat i no despersonalitzar a la persona amb el pijama d'hospital.	Psicològic	
II1 II2	Anomenar a la persona pel seu mot i no el nom del DNI.	Anomenar a la persona pel nom que ella ens digui.		
II2	<i>"D'on ve el seu nom?"</i>	Mostrar interès per conèixer una part més personal de la persona.		
II2	<i>"Molestar vostè? Si és un pacient 10!"</i>	Fer sentir a la persona bé amb la seva presència.		
II2	<i>"M'encanta aquesta bona energia de bon matí"</i>	Evidenciar el bon ambient.		
II1 II2	Tenir a la vista una figura de Jesucrist.	Respectar les voluntats i creences religioses de la persona.	Creences	
II1	Demanar que vingui el cura a visitar a un pacient amb mal pronòstic.	Sol·licitar serveis religiosos per voluntat de la persona o familiars.		
II1 II2	No tocar físicament o veure despullada a una pacient dona per part de professionals home.	Respectar les voluntats de la persona dins de la mesura possible.		
II2	De nit parlar en to baix i sense obrir el llum.	Afavorir el descans.	Entorn	
II1	Treure el control de saturació d'oxigen en un pacient que es manté estable.	Evitar aparells innecessaris que resultin incòmodes per a la persona.		
II1	Deixar dormir durant el dia a una persona que no ha pogut dormir	Afavorir el descans.		

	en tota la nit.			
II2	Demanar permís per agafar alguna cosa que té el pacient a la tauleta.	Respectar els petits espais del pacient amb objectes personals.		
II1 II2	Procurar que el suport dels sèrums quedin per darrera la vista del pacient.	Intentar buscar el mínim destorb visual.		
II1	Apagar les alarmes del monitor de les constants.	Evitar les molèsties auditives.		
II1 II2	Deixar el timbre a la mà del pacient.	Facilitar la comunicació amb l'equip sanitari.	Presència	Cuidats infermeria
II2	Agafar de la mà mentre se li fa un procediment dolorós.	Mostrar-se present en moments que es veu afectada la persona.		
II2	Conversar amb el pacient quan la família no hi és.	No deixar que la persona senti soledat.		
II1	Explicar al pacient la prova diagnòstica que li farien.	Informar de què és, motiu, preparació i procediment de la prova que li realitzarien.	Informació	
II2	Informar de la necessitat d'una analítica per controlar el nivell d'Hb.	Explicar el perquè d'una analítica.		
II1	Administrar un sol analgèsic de la pauta terapèutica, reservant els altres com a rescat en cas de necessitat.	Evitar la dependència i sobredosis analgèsica.	Prevenició	
II1	Realitzar canvis posturals en un pacient sedat.	Prevenir úlceres per pressió i afavorir el confort.		
II2	<i>"Quan senti la mínima molèstia avisi, és més difícil alleugerar després el dolor"</i>	Avisar al pacient de situacions que intentem evitar.		
II2	Aplicar les cremes i olis hiperoxigenats en forma de massatge.	Prevenir l'aparició de úlceres per pressió i afavorir la circulació sanguínia.		
II1	Plantejar el canvi d'unitat quan el pacient presenta millora.	Plantejar el trasllat d'un pacient amb millora de pronòstic.	Seguiment i tractament farmacològic	
II1	<i>"Això que t'has de beure és un laxant que servirà per netejar-te el tub digestiu per a la colonoscòpia"</i>	Explicar els preparats de medicaments i motius pels quals se'ls ha de prendre.		
II2	<i>"Això és morfina, t'hauria d'alleugerar el dolor ràpid, sinó fes sonar el timbre"</i>	Dir a la persona el medicament que se li està administrant.		
II2	Parlar amb el metge la possibilitat de canviar algun analgèsic perquè a la persona no li sent bé.	Buscar la pausa o medicament més adequat per a la persona.		
II1	Combinar dos analgèsics amb una	Adaptar les pautes		

	diferència de temps entre ells perquè la persona no senti períodes de dolor.	analgèsiques a les necessitats.		
II1	Triturar els comprimits que a la persona li costa empassar.	Adaptar-se a les capacitats de deglució de la persona.		
II1 II2	Mantenir la intimitat de les persones amb les cortines.	Cuidar el principi d'intimitat.	Privacitat	Infraestructura
II1 II2	Tancar la porta de l'habitació per realitzar les cures.	Mantenir la intimitat.		
II2	Demandar als familiars que surtin de l'habitació quan un pacient es posa a vomitar.	Prioritzar la intimitat i dignitat del pacient.		
II2	Córrer les cortines perquè entri la llum solar.	Permetre l'entrada de llum solar i visualitzar l'exterior.	Confort ambiental	
II2	Decorar la UCI amb ambient nadalenc.	Adaptar la decoració a les tradicions festives.		
II1	Portar una butaca que es pot desplegar per dormir al familiar.	Preocupar-se per la comoditat i descans dels familiars.		
II2	Col·locar una cadira al costat del llit.	Oferir la possibilitat de seure als familiars.		
II1	<i>"Tingui, acaben de portar el diari d'avui"</i>	Afavorir el contacte amb les notícies d'actualitat de l'exterior de l'hospital.	Entreteniment	
II2	Parlar de temes d'actualitat amb els pacients a l'habitació.	Crear ambient de confiança i crear llaços socials entre pacients.		

Annex 2: Consentiments informats

**Consenso Informato per uno studio osservativo esplorativo**

Questo modulo di Consenso Informato è diretto agli infermieri che lavorano nella specialità Alta Intensità Medica (High Care) per spiegare il lavoro di osservazione esplorativa sulla pratica di gestire il dolore cronico e le misure di comfort e benessere effettuate nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia in Italia.

Studenti del 4° corso di infermieristica dell'*Universitat Rovira i Virgili* (Tarragona - Campus Catalunya).

Universitat Rovira i Virgili

PARTE I: Informazioni

Lavoro di osservazione esplorativo presso l'Alta Intensità Medica (High Care) nell'Arcispedale Santa Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia, sulla pratica degli infermieri riguardo il controllo del dolore e misure di benessere.

Tipi di intervento di ricerca

Osservazione e annotazioni dei vari interventi sui soggetti di studio. La pratica osservativa sarà svolta da una studentessa di infermieristica del quarto anno dell'*Universitat Rovira i Virgili*, Campus Catalunya de Tarragona, che si trova in mobilità Erasmus all'Università di Modena e Reggio Emilia, nella città di Reggio Emilia. Seguirà inoltre un'osservazione generale degli infermieri in Alta Intensità Medica (High Care), concentrandosi su due infermieri con cui lavorerà direttamente la maggior parte del tempo durante le pratiche cliniche.

Partecipazione

Le infermiere coinvolte nel progetto sono a conoscenza dello studio condotto dagli studenti infermieri per completare il loro Lavoro di Fine Corso (TFG).

Procedure e protocolli

La procedura consisterà nell'osservazione e nella partecipazione degli studenti nell'unità lavorativa, senza creare influenza sui soggetti di studio, effettuando piccoli interventi con gli infermieri. Sarà svolto un lavoro di osservazione su due infermieri specifici, in modo da studiare la loro pratica nella gestione del dolore e le misure di comfort e benessere nei pazienti ricoverati.

**Riservatezza**

Il materiale raccolto sarà utilizzato per comporre ed eseguire il TFG dei due autori del progetto. Le misure di riservatezza saranno seguite in modo tale che i nomi dei pazienti su cui lavoreranno durante lo studio non saranno pubblicati, e la decisione degli infermieri che desiderano rimanere anonimi sarà rispettata.

Diritto di rifiutare o di ritirare

Firmando il seguente consenso informato hai diritto a:

- Diritto di conoscere i risultati.
- Diritto a mantenere un'identità anonima.
- Diritto di rifiutare o di ritirare.
- Diritto di fare domande.

Chi contattare

Se desideri risolvere qualsiasi dubbio sulla procedura puoi contattare via e-mail:

Sònia Calbó: sonia.calbo@estudiants.urv.cat

Paula Fort: annapaula.fort@estudiants.urv.cat

PARTE II: Forma di consenso

Io, Sr / Sra ho letto il documento di consenso informato che mi è stato consegnato, ho capito le spiegazioni in questo lavoro di osservazione esplorativa e sono stato in grado di risolvere tutti i dubbi e le domande che ho sollevato al riguardo. Capisco anche che, in qualsiasi momento e senza dare alcuna spiegazione, posso revocare il consenso che ora presento. Sono stato anche informato che i miei dati personali saranno protetti e saranno utilizzati solo per scopi di formazione e sviluppo professionale. Tenendo conto di tutto ciò e in tali condizioni, CONSENTO di essere parte di questo progetto e che i dati derivati dalla mia partecipazione sono utilizzati per coprire gli obiettivi specificati nel documento.

....., a di di 20.....

Firmato:

Consentiment Informat per un estudi observacional exploratiu

Aquest formulari de Consentiment Informat es dirigeix a les infermeres que treballen en la especialitat de *Cures Intensives* per fer evidència del treball observacional exploratiu sobre la pràctica del maneig del dolor crònic complex i les mesures de confort i benestar, dut a terme en l'*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*.

Alumnes de 4rt d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona – Campus Catalunya).

Universitat Rovira i Virgili

PART I: Informació

Treball observacional exploratiu en *Unitats de Cures Intensives* en l'*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*, sobre la pràctica de les infermeres en quant el control del dolor i mesures de benestar.

Tipus d'Intervenció d'Investigació

Observació i presa d'anotacions a partir de diverses intervencions amb els subjectes d'estudi. La pràctica observacional serà realitzada per una estudiant de quart curs d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili del Campus Catalunya de Tarragona que es troba realitzant les pràctiques de quart curs d'infermeria a l'*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*. Se seguirà una observació general de les infermeres en la Unitat de *Cures Intensives*, però centrant-se en dues infermeres amb qui treballarà directament la major part del temps durant les pràctiques clíniques.

Participació

Les infermeres que es troben implicades en el projecte tenen coneixença de l'estudi realitzat per les alumnes de quart d'infermeria amb la finalitat de realitzar el seu Treball de Fi de Grau (TFG).

Procediments i Protocols

El procediment constarà d'una observació present i participant en la pròpia unitat, sense crear influència en els fenòmens d'estudi, així com es faran petites intervencions a les infermeres. Es realitzarà un treball observacional a dues infermeres concretes, de manera que s'estudiarà la seva pràctica en el maneig del dolor i les mesures de confort i benestar en els pacients ingressats.

Confidencialitat

El material recollit servirà per redactar i realitzar el TFG de les dues autores del projecte. Se seguiran mesures de confidencialitat de tal manera que no es donaran a conèixer els noms dels pacients sobre els quals es treballarà durant l'estudi, i es respectarà la decisió de les infermeres que vulguin mantenir l'anonimat.

Dret a negar-se o retirar-se

Firmant el següent consentiment informat té dret a:

- Dret a conèixer els resultats.
- Dret a mantenir una identitat anònima.
- Dret a negar-se o retirar-se.
- Dret a fer preguntes.

A qui contactar

Si desitja solucionar algun dubte sobre el procediment pot contactar per via e-mail:

Sònia Calbó: sonia.calbo@estudiants.urv.cat

Paula Fort: annapaula.fort@estudiants.urv.cat

PART II: Formulari de consentiment

Jo, Sr/Sra he llegit el document de consentiment informat que m'ha sigut entregat, he comprès les explicacions en ell facilitades sobre el treball observacional exploratiu i he pogut resoldre tots els dubtes i preguntes que he plantejat al respecte. També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara presento. També he sigut informat/da que les meves dades personals seran protegides i seran utilitzades únicament amb finalitats de formació i desenvolupament professional. Prenent tot això en consideració i en tals condicions, CONSENTO formar part d'aquest projecte i que les dades que derivin de la meva participació siguin utilitzades per cobrir els objectius especificats en el document.

....., a de de 20.....

Firmat:

Annex: Cronograma

ACTIVITATS	NOVEMBRE				DESEMBRE				GENER				FEBRER				MARÇ				ABRIL				MAIG				JUNY			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
TFG																																
Disseny																																
Tutories																																
Consentiments informatis																																
Pregunta, hipòtesis, objectius																																
Observació Itàlia																																
Observació Catalunya																																
Marc teòric																																
Anàlisis dades i resultats																																
Conclusions																																
Presentació																																