

Gemma Crespo Carballido

Arnau Esteban Llobet

**Diaris d'UCI: un projecte d'implementació per a
prevenir la síndrome postcures intensives.
Revisió narrativa de procés sistematitzat**

Treball de Fi de Grau

Dirigit per la Dra. Diana Gil Castillejos

Grau en Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

Tarragona, 2026

RESUM

Introducció: l'increment de la supervivència a les Unitats de Cures Intensives (UCI) ha posat de manifest la Síndrome Postcures Intensives (SPCI), un conjunt de seqüeles físiques, cognitives i mentals que afecten la qualitat de vida dels supervivents. Els diaris d'UCI (d-UCI) sorgeixen com a una eina d'humanització per mitigar l'impacte psicològic i reconstruir la memòria del pacient.

Objectiu: analitzar l'impacte dels d-UCI en la prevenció i abordatge de la SPCI en pacients adults i el seu paper en la humanització de les cures, identificant seqüeles, el rol d'infermeria i proposant un projecte d'implementació.

Metodologia: revisió narrativa de procés sistematitzat realitzada entre octubre i desembre de 2025 a les bases de dades PubMed, CINAHL, Cochrane, SciELO i Scopus. Es van incloure articles posteriors al 2020 sobre la població adulta. Després de la lectura crítica amb l'escala CASPe, es van seleccionar 22 articles per a la revisió.

Resultats: la prevalença de la SPCI se situa en el 54,35%. Els factors predictors poden estar relacionats amb la persona (gènere femení, edat ≥ 65 anys, manca de suport social o nivell educatiu baix), amb la malaltia (gravetat, comorbiditats prèvies, antecedents psiquiàtrics), o derivats de l'estada a la UCI (deliri, sedació profunda, durada de la ventilació mecànica i dimensió subjectiva de l'experiència).

Discussió: existeix heterogeneïtat en la implementació dels diaris i manca d'estandardització en les eines de mesura. No hi ha guies clíniques sòlides a Espanya, però s'evidencia que la reconstrucció narrativa és essencial per a l'atenció centrada en la persona i per evitar la fragmentació de les cures. Infermeria lidera la implementació d'aquesta eina com a un registre narratiu que preserva la identitat del pacient.

Conclusions: els d-UCI són una intervenció no invasiva i de baix cost que impacta positivament en la recuperació integral del pacient. Ajuden a omplir els buits de memòria i a reduir l'ansietat i el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). No són només un registre, sinó un pont emocional que garanteix la continuïtat biogràfica i la dignitat del supervivent.

Paraules clau: Unitats de Cures Intensives; Síndrome Postcures Intensives; Diaris; Infermeria de cures crítiques; Humanització de l'atenció.

ABSTRACT

Introduction: the increase in survival in Intensive Care Units (ICU) has brought to light Post-Intensive Care Syndrome (PICS), a set of physical, cognitive, and mental sequelae that affect the quality of life of survivors. ICU diaries (d-UCI) have emerged as a humanising tool to mitigate psychological impact and reconstruct the patient's memory.

Objective: to analyse the impact of ICU diaries on the prevention and management of PICS in adult patients and their role in humanising care, identifying sequelae, the nursing role and proposing an implementation project.

Methods: a systematized review narrative literature review conducted between October and December 2025 in the PubMed, CINAHL, Cochrane, SciELO and Scopus databases. Articles published after 2020 on the adult population were included. After critical appraisal using the CASPe scale, 22 articles were selected for the review.

Results: the prevalence of PICS is 54.35%. Predictive factors may be related to the person (female gender, age ≥ 65 years, lack of social support or low educational level), with the illness (severity, pre-existing comorbidities, psychiatric history), or arising from the ICU stay (delirium, deep sedation, duration of mechanical ventilation and subjective dimension of the experience).

Discussion: there is heterogeneity in the implementation of diaries and a lack of standardisation in measurement tools. There are no robust clinical guidelines in Spain, but it is evident that narrative reconstruction is essential for person-centred care and to prevent the fragmentation of care. Nursing leads the implementation of this tool as a narrative record that preserves the patient's identity.

Conclusions: ICU diaries are a non-invasive, low-cost intervention that positively impacts the patient's overall recovery. They help fill memory gaps and reduce anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD). They are not just a record, but an emotional bridge that ensures biographical continuity and the dignity of the survivor.

Keywords: Intensive Care Units; Post-Intensive Care Syndrome; Diaries; Critical Care Nursing; Humanisation of care.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

ÍNDEX D'ABREVIATURES	4
ÍNDEX DE TAULES	6
ÍNDEX D'IMATGES	6
1. INTRODUCCIÓ	7
2. MARC TEÒRIC	9
2.1. La teoria de Jean Watson en els diaris d'UCI.....	13
3. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESI.....	14
4. METODOLOGIA	15
4.1. Paraules clau segons els descriptors MeSH i DeSC.....	15
4.2. Criteris d'inclusió i exclusió	16
4.3. Equacions, filtres i procés de recerca dels articles	17
4.4. Diagrama de flux del procés de selecció dels articles	19
4.5. Evidència clínica dels estudis segons l'escala CASPe	20
5. TAULA DE RESULTATS	22
6. DISCUSSIÓ.....	32
6.1. Teoria i anàlisi conceptual de la síndrome postcures intensives	32
6.2. Prevalença i magnitud de la SPCI	33
6.3. Factors de risc i predictors de la SPCI.....	34
6.4. Eines i instruments de mesura per avaluar la SPCI	35
6.5. Intervencions i rol d'infermeria: els diaris d'UCI.....	37
6.6. Conseqüències i complicacions de la SPCI: experiència del pacient	40
7. UN PROJECTE D'IMPLEMENTACIÓ: DIARIS D'UCI	41
7.1. Fonamentació i disseny general del projecte	41
7.2. Procés de selecció: Població diana	42
7.3. Procediment: procés d'escriptura	43
7.4. Procés d'entrega i seguiment post-UCI	44
7.5. Complicacions i maneig	45
7.6. Sistema d'avaluació: indicadors.....	45
7.7. Registre en la història clínica	46
7.8. Documents relacionats.....	46
8. LIMITACIONS	47
9. CONCLUSIONS.....	48
10. ANNEXOS.....	49
10.1. Annex 1: Procés de cerca segons cada base de dades	49
10.2. Annex 2: Documents d'elaboració pròpia de suport del projecte	53
11. BIBLIOGRAFIA	58

ÍNDEX D'ABREVIATURES

Abreviatura	Significat
6MWT	<i>6-minute walk test</i> (test de la marxa de 6 minuts).
ABVD	Activitats Bàsiques de la Vida Diària.
ACP	Atenció Centrada en la Persona.
AIVD	Activitats Instrumentals de la Vida Diària.
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (Agència per a la Investigació i Qualitat de l'Atenció Sanitària).
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i> (Mètode d'Avaluació de la Confusió per a la Unitat de Cures Intensives).
CASPe	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i> (Programa d'Habilitats en Lectura Crítica).
CFIR-2.0	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> (Marc consolidat per a la recerca en implementació).
CIS	<i>Checklist Individual Strength</i> (Llista de verificació de la força individual).
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i> (Estàndards basats en el consens per a la selecció d'instruments de mesura de salut).
d-UCI	Diari d'Unitat de Cures Intensives.
DeCS	Descriptors en Ciències de la Salut.
EGS-R	Escala de Gravetat de Síntomes Revisada (del Trastorn d'Estrès Posttraumàtic).
EQ-5D-5L	<i>EuroQol 5-Dimensions 5-Levels</i> (Escala de qualitat de vida de 5 dimensions i 5 nivells).
EUA	Estats Units d'Amèrica.
FCI	<i>Functional Comorbidity Index</i> (Índex de Comorbiditat Funcional).
FIM	<i>Functional Independence Measure</i> (Mesura d'Independència Funcional).
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> (Escala de trastorn d'ansietat generalitzada de 7 ítems).
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> (Classificació de la valoració, desenvolupament i l'avaluació de les recomanacions).
HABC-M	<i>Healthy Aging Brain Care Monitor</i> (Monitor de cura del cervell per a un envelliment saludable).
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària).
HU-CI	(Projecte) Humanitzant les Cures Intensives.
IES-R / IES-6	<i>Impact of Event Scale</i> (Escala de l'impacte de l'esdeveniment).

Abreviatura	Significat
JB	<i>Joanna Briggs Institute</i> (Institut Joanna Briggs).
K-ADL	<i>Katz-Activities of Daily Living Scale</i> (Escala Katz d'Activitats de la Vida Diària).
MD	<i>Mean Difference</i> (Diferència de mitjanes).
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i> (Encapçalaments de matèria mèdica).
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i> (Minixamen de l'estat mental).
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i> (Avaluació Cognitiva de Mont-real).
MPOC	Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.
MRC	<i>Medical Research Council</i> (Escala de força muscular del Consell de Recerca Mèdica).
NEWS	<i>National Early Warning Score</i> (Puntuació Nacional d'Alerta Precoç).
NOS	<i>Newcastle Ottawa Scale</i> (Escala de qualitat Newcastle-Ottawa).
OMI set	<i>Outcome Measurement Instruments set</i> (Set d'Instruments de Mesura de Resultats).
OR	<i>Odds Ratio</i> (Raó de possibilitats).
PDEQ	<i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> (Qüestionari d'Experiències Dissociatives Peritraumàtiques).
PDI	<i>Peritraumatic Distress Inventory</i> (Inventari d'estrès peritraumàtic).
PDS	<i>Posttraumatic Diagnosis Scale</i> (Escala de Diagnòstic Posttraumàtic).
PHQ-9 / PHQ-8	<i>Patient Health Questionnaire</i> (Qüestionari de salut del pacient).
PICS-Q	<i>Post-Intensive Care Syndrome Questionnaire</i> (Qüestionari de la Síndrome Postcures Intensives).
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i> (Ítems de notificació preferits per a revisions sistemàtiques i metaanàlisis).
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (Índex de qualitat de la son de Pittsburgh).
QAREL	<i>Quality Appraisal of Diagnostic Reliability</i> (Avaluació de la Qualitat i Fiabilitat Diagnòstica).
QdV / QdVRS	Qualitat de Vida / Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut.
RAIN	<i>Recovery After Intensive care</i> (Recuperació després de les cures intensives).
RCP	Reanimació Cardiopulmonar.
ROB-2	<i>Risk of Bias 2</i> (Risc de biaixos 2).
ROBINS-I	<i>Risk Of Biases In Non-randomized Studies of Interventions</i> (Risc de biaix en intervencions d'estudis no aleatoritzats).
SCCM	<i>Society of Critical Care Medicine</i> (Societat de Medicina de Cures Crítiques).
SF-36 / SF-12	<i>Short Form Health Survey</i> (Enquesta de salut de format curt).

Abreviatura	Significat
SMQ	<i>Self-Memory Questionnaire</i> (Qüestionari d'automemòria).
SPCI	Síndrome Postcures Intensives.
SPCI-F	Síndrome Postcures Intensives Familiar.
TCAI	Tècnic/a en Cures Auxiliars d'Infermeria.
TEPT	Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.
UCI	Unitat de Cures Intensives.
UMI	Unitat de Medicina Intensiva.
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i> (Escala Visual Analògica).
VM	Ventilació Mecànica.

ÍNDIX DE TAULES

Núm. de taula	Títol de taula	Pàg.
1	Estratègies d'humanització de la UCI.	12
2	Correlació de descriptors DeCS, tesaurus MeSH i llenguatge lliure.	15
3	Criteris d'inclusió i exclusió.	16
4	Equacions i filtres de recerca segons cada base de dades.	17
5	Lectura crítica de l'evidència clínica dels estudis seleccionats segons l'escala CASPe.	20
6	Taula de resultats.	22
7	Procés de cerca segons cada base de dades.	49

ÍNDIX D'IMATGES

Núm. d'imatge	Títol d'imatge	Pàg.
1	Diagrama de flux d'aquesta revisió.	19
2	Infografia informativa dels d-UCi per a les famílies.	53
3	Infografia amb l'algoritme de l'actuació dels d-UCI per a infermeres.	54
4	Model de portada i primera plana dels d-UCI.	55

1. INTRODUCCIÓ

L'actual **supervivència a les Unitats de Cures Intensives (UCI)** se situa en uns percentatges molt superiors als de fa tan sols 20 anys gràcies als avenços mèdics, científics i tècnics.^[1-3] Tot i que és molt difícil de calcular amb precisió, s'estima que entre 30 i 45 milions de persones al món, a l'any, pateixen una malaltia crítica que requereix ingrés a la UCI. La supervivència d'aquests pacients se situa entre el 78% i el 92% en funció del nivell de recursos de cada país.^[4,5] A Espanya, l'any 2023 les unitats de medicina intensiva tant públiques com privades (UCI, unitats coronàries i unitats de cremats) d'adults van atendre més d'1 milió de pacients, amb una estada mitjana de 4,7 dies.^[6] El **90,78%** d'aquests pacients van sobreviure al seu pas per les UCI estatals.^[7] No obstant, les seqüeles d'aquests ingressos van tenir un impacte en la qualitat de vida relacionada amb la salut (QdVRS).

L'augment de supervivents ha posat de manifest un conjunt de seqüeles físiques, cognitives i psicològiques persistents després de l'alta, agrupades sota el concepte de **síndrome postcures intensives (SPCI)**.^[1,8] Aquesta síndrome es defineix com a «l'aparició o l'agreujament de problemes físics, cognitius i mentals que persisteixen més enllà de l'alta hospitalària en supervivents d'UCI»^[1] i que també poden afectar els familiars (SPCI-F). L'impacte clínic és significatiu, amb deteriorament de la QdVRS, dificultats en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i necessitat de rehabilitació prolongada, mentre que socialment comporta pèrdua de capacitat laboral, càrrega emocional en famílies i elevats costos sanitaris i socials.^[8,9]

Davant aquesta realitat, s'han desenvolupat diverses intervencions orientades a prevenir o reduir aquestes seqüeles.^[10] Aquestes estratègies preventives presenten **limitacions crítiques** que dificulten una recuperació integral. Una de les barreres principals és la fragmentació de l'atenció i la manca de continuïtat en la transició entre l'UCI, la planta d'hospitalització i l'atenció primària, sovint agreujada per la inexistència de guies clíniques estandarditzades i de consultes de seguiment específiques.^[11-13] Així mateix, la majoria d'intervencions tenen un enfocament unidimensional, centrat generalment en la rehabilitació física, sense abordar de forma interdependent les esferes cognitiva i mental que defineixen la síndrome.^[14,15] Aquesta manca de visió holística, sumada a l'ús d'eines de cribratge molt diverses i sovint no validades per a tots els dominis, provoca que molts supervivents rebin una atenció incompleta un cop reincorporats a la comunitat.^[13,15] A més a més, **la recerca sobre la SPCI** afronta reptes

que fragmenten el coneixement actual, com ara la falta d'una definició global estandarditzada,^[1,15,16] la diversitat d'instruments i eines de mesura que generen resultats inconsistents^[8,15,17] o la variabilitat en el moment d'avaluació de les seqüeles (als 3, 6 o 12 mesos segons l'estudi).^[15,18]

En aquest context, la **humanització de les cures intensives** representa un canvi de paradigma fonamental que trasllada el focus des de la simple supervivència biològica cap a una recuperació integral centrada en la dignitat de la persona. Aquest nou enfocament busca contrarestar un entorn altament tecnificat que els pacients sovint perceben com a "irreal" o "inhumà".^[19] Dins d'aquest marc, sorgeixen iniciatives que busquen humanitzar les cures intensives i facilitar la recuperació integral dels pacients i familiars,^[20] i que es recullen en el *Proyecto HU-CI*.

Els **diaris d'UCI** (d-UCI) es presenten com a una eina terapèutica concreta, no invasiva i de baix cost que contribueix a la humanització en proporcionar una narració estructurada del període viscut sota sedació.^[20-23] Els d-UCI busquen mitigar el distrès psicològic i les llacunes de memòria que no es poden solucionar amb activitats purament mèdiques.^[8,20] Així i tot, la seva aplicació pràctica presenta una alta variabilitat geogràfica i cultural,^[20,24] la manca d'un format estàndard, la recent exploració dels diaris digitals,^[22,24,25] la implementació sovint voluntària de les infermeres^[20,24] i el moment d'entrega i lectura del diari al pacient.^[20,22] Tampoc no podem obviar el recent canvi de paradigma sanitari causat per la pandèmia de la COVID-19, que en molts casos va interrompre estudis sobre el tema i va obligar a redefinir-ne d'altres.^[26]

Tots aquests factors **justifiquen la necessitat** d'analitzar l'evidència existent sobre la SPCI i l'impacte dels d-UCI en la seva prevenció amb la finalitat d'elaborar una proposta d'implementació adaptada a la pràctica assistencial actual. No podem obviar que la implementació actual dels d-UCI és heterogènia, i manquen models estructurats que guiïn la seva aplicació. Amb tot, són una eina amb molt de potencial per millorar l'experiència i el benestar crític del pacient, així com reconstruir el període crític, acompanyar emocionalment el pacient i reduir símptomes com l'ansietat, la depressió i l'estrès posttraumàtic.^[20] També cal determinar quin és el paper de la infermera en aquesta iniciativa que, lluny de ser una professional merament executora, també ha de comptar amb protocols que recolzin la seva pràctica assistencial.

2. MARC TEÒRIC

La definició del concepte Síndrome Postcures Intensives (SPCI) apareix l'any 2010 en una conferència nord-americana de la *Society of Critical Care Medicine (SCCM)* liderada per Dale Needham, i el defineixen com a «problemes nous o deteriorament dels problemes previs a l'ingrés, que apareixen en les esferes física, cognitiva o de salut mental després d'una malaltia crítica, i que persisteixen més enllà de l'hospitalització aguda».^[18,26] Fins a l'aparició d'aquesta definició, l'objectiu de l'ingrés en una UCI era aconseguir la supervivència d'un pacient amb una malaltia greu, és a dir, evitar la mortalitat. Abans de l'aparició del concepte, la nomenclatura era imprecisa, fent referència únicament a «complicacions a llarg termini»,^[1,12] cosa que impedia un consens per a mesurar-les o per delimitar el conjunt de símptomes que ja es veia que coexistien en un mateix pacient.

Aquesta definició no està exempta de limitacions, ja que no inclou un diagnòstic diferencial amb altres problemes a l'alta de la UCI, com ara de seqüeles neurològiques, malalties psiquiàtriques prèvies, consum de substàncies tòxiques o patologies cròniques^[26] que també manifesten seqüeles físiques, cognitives o mentals. En aquesta línia, sempre cal distingir l'origen d'aquests símptomes. Actualment, l'objectiu de la UCI rau en la recuperació de la qualitat de vida prèvia amb les mínimes seqüeles possibles, és a dir, la reducció de la morbiditat.^[26] En conseqüència, des de la seva aparició fa gairebé 15 anys, el concepte ha anat evolucionant i expandint-se en diferents àmbits, com ara:

- La **família**, en l'anomenada Síndrome Postcures Intensives Familiar (SPCI-F): ja que s'ha documentat que els familiars també pateixen seqüeles psicològiques.^[8,11,17]
- L'**esfera social** com a quart domini (a part dels tres originals: físic, cognitiu i mental), ja que la fallada de la reconstrucció social, l'impacte econòmic o les dificultats en la inserció laboral també són seqüeles de l'ingrés a la UCI.^[1,15]
- La importància de la **detecció precoç** de símptomes de la SPCI al moment de l'alta, amb l'objectiu de prevenir la seva cronicitat.^[27]
- El repte de la **digitalització** en les eines de gestió de la SPCI, per exemple, en l'aparició dels diaris d'UCI digitals que faciliten l'accessibilitat i la participació de familiars i professionals sanitaris.^[25]

Tant l'evolució com les limitacions de la definició mostren, d'una banda, que la SPCI és un concepte relativament recent en l'àmbit de la investigació i, de l'altra, que també ofereix possibilitats per avançar en la recerca per la millora de les condicions de vida de les persones ingressades a la UCI.

Dins de la simptomatologia de la SPCI, cal tenir present que la vivència d'una malaltia crítica i el pas per la UCI sovint es caracteritzen per una alteració profunda de la memòria. Molts pacients presenten una absència de memòria dels fets reals, o en el seu lloc, memòries inconnexes, al·lucinacions i malsons vívids que persisteixen després de l'alta. Aquestes llacunes de memòria no són innòcues, la manca de comprensió sobre el que va ocórrer genera alts nivells d'estrès i ansietat.^[21,22] La manca de records o la distorsió d'aquests al seu pas per la UCI provoca l'aparició de pensaments intrusius, malsons o conductes evitatives.^[26] Un factor determinant en aquest procés és el deliri, una disfunció cerebral molt prevalent a la UCI que es relaciona directament amb el desenvolupament de seqüeles cognitives i psicològiques a llarg termini.^[28] El deliri és sovint la font de records o memòries falses que el pacient viu com si fossin totalment reals, i la presència d'aquests records irreals és un indicador de risc de trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) molt més potent que l'estat de gravetat biològica en què es trobava el pacient durant el seu ingrés. En definitiva, podria ser que la percepció subjectiva del que va passar fos el que determina el patiment psicològic futur, i no pas la gravetat clínica objectiva de la malaltia.^[21]

Sota el model biomèdic, la tecnificació i la despersonalització dels pacients han estat probablement més paradigmàtics en les UCI respecte de les altres unitats hospitalàries. Aquesta alta tecnificació podria estar relacionada amb l'aparició de SPCI o TEPT, així com amb l'aparició de deliri, amnèsia i altres seqüeles cognitives, juntament amb altres factors, com ara la soledat, la dependència de màquines, la pèrdua d'autonomia i mobilitat, la incapacitat de comunicar-se, la pèrdua d'identitat o la falta d'informació.^[26]

En aquest context, la importància de la reconstrucció narrativa és una estratègia més del canvi de paradigma cap a l'atenció centrada en la persona (ACP), que es defineix com a una pràctica professional que respecta el pacient com a individu únic i que li ofereix empatia, comunicació, defensa i confort. Aquest model basa totes les seves actuacions clíniques sota el respecte de les creences, preferències i valors de la

persona.^[19,29] L'ACP és un model d'atenció que pretén mitigar els efectes adversos de l'estada a la UCI (dit d'una altra manera, de mitigar l'aparició de la SPCI).

La humanització de la sanitat implica dignificar l'experiència del pacient com a persona, sempre en base a l'evidència científica i incorporant la dignitat humana, tot creant una atenció basada en la confiança i el respecte per contribuir al seu benestar i als millors resultats possibles de salut. Els avenços científics en investigació mèdica han millorat indubtablement les taxes de curació i supervivència en l'anomenat Primer Món. No obstant, aquests avenços s'han focalitzat en la tècnica i en la medicalització del procés patològic, normalment impregnats per una lògica mercantilista i de recursos. En paraules de Heras La Calle i Alonso Ovies, «una atenció sanitària humanitzada és aquella que està centrada en la persona, com a ésser únic i irrepetible, que considera la seva dignitat i respecta els seus valors i la seva llibertat d'elecció».^[26]

La posada en pràctica de la humanització de la sanitat es pot veure al *Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos*, una iniciativa multidisciplinària internacional que pretén transformar el model d'atenció a les UCI. El projecte recull investigació, formació i bones pràctiques amb els objectius d'humanitzar les cures intensives i centrar l'atenció en les persones. *Proyecto HU-CI* neix a Espanya el febrer del 2014,^[3] i compta amb 7 línies estratègiques per tal de transformar les unitats, la cinquena de les quals és la prevenció, el maneig i el seguiment de les seqüeles a llarg termini dels pacients i familiars, és a dir, de la síndrome postcures intensives. Des del 2019, han desenvolupat un manual de bones pràctiques amb 160 estàndards dividits en les 7 línies estratègiques que permeten certificar que una UCI està compromesa amb l'atenció humanitzada i de qualitat.

En aquest paradigma, els diaris d'UCI sorgeixen com a un dels instruments més representatius de l'atenció centrada en el pacient. De fet, la pràctica 5.11 del manual de bones pràctiques d'humanització en UCI consisteix en l'existència d'un protocol que implementi els diaris d'UCI a la unitat.^[30] Com a eina per a la prevenció de la SPCI, s'han de concebre com a emmarcats dins d'un programa d'abordatge integral centrat en la persona. La taula 1 recull la majoria d'estratègies que es poden implementar per aconseguir aquest marc, entre les quals trobem estratègies clíniques, estratègies socials i ambientals, estratègies transversals i estratègies d'implicació familiar.

Estratègies clíniques	Estratègies socials i ambientals
Analgesia multimodal. Predictors d'extubació en pacients crítics: valoració ecogràfica de la via aèria i maneig del pacient traqueotomitzat. Protocols de sedació i sedació inhalatòria. Prevenió del deliri. Contenció zero. Mobilització precoç.	UCI de portes obertes, absència de restriccions de visites. Control del descans nocturn, son a la UCI i millora de la seva qualitat. Passejos d'UCI. Comunicació a la UCI. Situació ambiental saludable i arquitectura a la UCI.
Estratègies transversals	Estratègies d'implicació familiar
Suport psicològic precoç. Diaris d'UCI. Nutrició i disfàgia en el pacient crític. Teràpia ocupacional i rehabilitació.	Concepte i prevenció. Cuidatges al final de la vida, cures pal·liatives a la UCI i procés de dol. Participació en l'escola de famílies.

Taula 1: Estratègies d'humanització de la UCI. Elaboració pròpia a partir de Torre Ramos et. al.

Veiem com els diaris d'UCI neixen de la necessitat de trobar estratègies que ajudin a prevenir, detectar precoçment i tractar les complicacions emocionals de la SPCI. Sorgeixen dels països escandinaus durant la dècada dels 70, però no és fins als anys 90 que el seu ús es generalitza a Noruega i s'estén a Dinamarca, Suïssa, Alemanya i Regne Unit. És una iniciativa liderada per les infermeres, però no té pautes clarament establertes, cosa que dificulta la seva implementació i estandardització. Els primers estudis d'aquestes pràctiques apareixen l'any 2006, cosa que comença a permetre establir les bases per a l'elaboració de guies clíniques nacionals. A Espanya no disposem de guies clíniques que aportin recomanacions sòlides sobre l'elaboració d'un diari d'UCI.^[26]

L'objectiu del diari d'UCI és poder reorientar al pacient en les tres esferes (temps, espai i persona), així com ajudar-lo a reconstruir una biografia ininterrompuda per una malaltia greu que ha requerit sedació i la consegüent pèrdua de la noció del temps. Igualment, pretén contribuir a la reconstrucció de la identitat i a la distinció entre realitat i ficció.^[25,26] En aquesta línia, els d-UCI són una eina no-farmacològica, no invasiva i de baix cost, amb potencial per a omplir el buit provocat per l'absència de records i de clarificar les vivències distorsionades.^[26]

2.1. La teoria de Jean Watson en els diaris d'UCI

Jean Watson defineix la infermeria com una professió i una vocació fonamentada en un compromís ètic amb la humanitat, on la cura es concep com un ideal moral més que com una simple tasca orientada a procediments tècnics.^[31] Aquesta perspectiva és essencial per a aquest treball, ja que la seva teoria proposa una profunda connexió transpersonal entre infermera i pacient a través del “moment de cura”, integrant les dimensions de ment, cos i ànima per potenciar la recuperació i la comprensió del procés de malaltia.^[31,32]

D'aquesta manera, la teoria infermera de la cura transpersonal de Jean Watson constitueix el marc conceptual i filosòfic d'aquest treball, ja que permet concebre el diari d'UCI no com a un simple registre de dades, sinó com una eina de cura que busca l'harmonia entre ment, cos i ànima, defensant que la supervivència biològica per si sola és insuficient.^[31] En l'entorn altament tecnificat de la unitat crítica, la infermera exerceix el lideratge en la implementació d'aquesta eina, utilitzant-la com un registre narratiu del procés clínic redactat en llenguatge col·loquial i empàtic que evita la cosificació i despersonalització del pacient.^[31,32] Aquest procés facilita la repersonificació de la persona sedada i la preservació de la seva identitat, reconeixent la seva història de vida i valors més enllà de la patologia crítica.^[33] Així mateix, el diari s'estableix com una narrativa terapèutica essencial per omplir els buits de memòria i mitigar els records delirants, actuant com un pont que facilita la comunicació família-pacient i proporciona un suport emocional basat en la connexió humana i la “presència autèntica” en el “moment de cura”.^[32,34] El diari, per tant, resulta clau per garantir la continuïtat assistencial, actuant com un fil conductor biogràfic que acompanya el pacient en la seva transició cap a altres unitats o centres de cures intermèdies, protegint la seva dignitat i integritat en tot moment.^[35]

3. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESI

Pregunta PIO:

Quin és l'impacte de l'aplicació dels diaris d'UCI en la prevenció o reducció de la SPCI en pacients adults hospitalitzats a les unitats de cures intensives?

- ❖ **Població:** pacients adults hospitalitzats a les unitats de cures intensives.
- ❖ **Intervenció:** l'aplicació dels diaris d'UCI.
- ❖ **Outcome/Resultat:** l'impacte en la prevenció o reducció de la SPCI.

Objectius:

- I. **General:** Analitzar l'impacte dels diaris d'UCI en la prevenció i abordatge de la síndrome postcures intensives (SPCI) en pacients adults i el seu paper en la humanització de les cures.
- II. **Específics:**
 1. Revisar l'evidència científica existent sobre l'ús dels diaris d'UCI en pacients adults ingressats a unitats de cures intensives.
 2. Identificar les seqüeles físiques, cognitives i psíquiques associades a la síndrome postcures intensives (SPCI) segons l'evidència científica actual.
 3. Descriure el rol d'infermeria en la implementació, redacció i manteniment dels diaris d'UCI.
 4. Explorar l'impacte emocional i psicològic dels diaris d'UCI en pacients i familiars en el marc de la humanització de les cures promoguda pel *Proyecto HU-CI*.
 5. Elaborar una proposta teòrica basada en l'evidència revisada per un projecte pilot sobre com implementar els diaris d'UCI en la pràctica assistencial diària.

Hipòtesi:

L'evidència suggereix que els diaris d'UCI, com a estratègia d'humanització de les cures, podrien contribuir a reduir determinats símptomes psicològics de la SPCI i a millorar l'adaptació del pacient durant el període post-UCI, tot i que el seu impacte sembla dependre del model d'implementació i del context assistencial.

4. METODOLOGIA

S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica narrativa de procés sistematitzat de cerca, selecció i síntesi dels articles sobre l'ús dels diaris d'UCI per a la prevenció de la SPCI, entre els mesos d'octubre i desembre de 2025. Les bases de dades utilitzades han estat PubMed i CINAHL, utilitzant els serveis d'accessos bibliotecaris digitals de la Universitat Rovira i Virgili i de la Universitat de Zaragoza. També es va explorar SciELO, Cochrane i Scopus, que es van descartar perquè no aportaven resultats rellevants.

4.1. Paraules clau segons els descriptors MeSH i DeSC

Per a l'estratègia de cerca es van utilitzar descriptors controlats DeSC i MeSH. Com que alguns conceptes rellevants per la nostra recerca, com la síndrome postcures intensives, no disposen de descriptors DeSC propis, es van identificar mitjançant Supplementary Concepts de PubMed i termes de llenguatge lliure (vegeu taula 2).

DeCS	MeSH	Llenguatge lliure
Unitats de Cures Intensives (D007362)	Intensive Care Units	ICU / UCI / Intensive Care Unit / Post-ICU
	Post-Intensive Care Syndrome (Supplementary Concept)	Post-intensive care syndrome / PICS / Post ICU / Post-critical illness
Diaris (D004203)	Diaries as Topic	ICU diary / ICU diaries / Intensive care diary / Diario de UCI
Infermeria (D009729)	Nursing	Nursing
Infermeres i infermers (D009727)	Nurses	Nurse / Nurses
Infermeria de cures crítiques (D064648)	Critical Care Nursing	Critical care nursing
Prevençió i control (Q000517)	Prevention and Control (Subheading)	Prevention
Cures crítiques (D003422)	Critical Care	Critical Care
		Critically ill / Paciente crítico
		Post-UCI / Secuelas post-UCI

Taula 2: Correlació de descriptors DeCS, tesaurus MeSH i llenguatge lliure. Elaboració pròpia a partir del portal DeCS – BIREME/OPS/OMS i del tesaurus MeSH de PubMed.

4.2. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
1. Publicacions posteriors a l'1 de gener del 2020. 2. Idiomes: català, castellà, anglès i francès. 3. Disponibilitat de text complet en accés obert o a través de les biblioteques digitals de la URV i la UNIZAR. 4. Població adulta (major de 18 anys).	1. Literatura grisa. 2. Resums, informes breus (<i>reports</i>), transcripcions de conferències, cartes a l'editor, protocols d'estudi i estudis d'un únic cas, així com qualsevol altre document que no presentés dades originals provinents d'investigació primària. 3. Població pediàtrica. 4. Articles que tractin exclusivament la SPCI-Familiar. 5. Articles que tractin els diaris d'UCI exclusivament escrits per infermeres. 6. Articles que se centrin en el procés de dol. 7. Articles que no guardin relació directa amb la temàtica després de revisar títol i resum. 8. Articles amb metodologies incompletes o resultats poc concloents segons la lectura crítica posterior.

Taula 3: Criteris d'inclusió i exclusió. Elaboració pròpia.

Els criteris d'inclusió 1 i 2 referits a la taula 3 es van refinar a través de filtres de recerca. No obstant això, es va detectar que alguns filtres automàtics de determinades bases de dades (com ara *Full text*, *Free full text* o *Adult* a PubMed) eliminaven articles rellevants disponibles a text complet. A causa de la pèrdua d'articles rellevants detectada en aplicar aquests filtres, es va optar per mantenir únicament els filtres d'any i idioma, i refinar la resta dels criteris manualment mitjançant la lectura del títol i el resum. Per aquests motius, es va decidir refinar manualment els criteris d'inclusió 3 i 4. Tots els criteris d'exclusió es van refinar manualment, exceptuant el criteri d'exclusió 3, que en algunes equacions de recerca es va incloure el boletà NOT seguit dels tesaurs que feien referència a neonats o pediatria.

4.3. Equacions, filtres i procés de recerca dels articles

BASE DE DADES	EQUACIÓ DE RECERCA
PUBMED	((("Intensive Care Units"[Mesh]) NOT ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh])) AND "Diaries as Topic"[Mesh]
	((("postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]) NOT ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh])
CINAHL	(post-intensive care syndrome or post intensive care or post icu or post-icu or post critical illness or post-critical illness or pics) AND (diaries or icu diaries or intensive care diaries or intensive care diary or critical care diary or icu diary) NOT (pediatric or child or children or infant or adolescent) NOT pediatrics NOT (neonate or neonatal or premature or preterm or newborn or infant)
	(post-intensive care syndrome or post intensive care or post icu or post-icu or post critical illness or post-critical illness or pics) AND (prevention or intervention or treatment or program) AND (risk factors or contributing factors or predisposing factors) NOT (pediatric or child or children or infant or adolescent) NOT (pediatrics or children or pediatric or child or infant or adolescent) NOT (neonate or neonatal or premature or preterm or newborn or infant) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)
COCHRANE	No es va escollir cap article de les 5 recerques realitzades per no aportar resultats rellevants.
SCIELO	No es va escollir cap article de les 3 recerques realitzades per no aportar resultats rellevants.
SCOPUS	No es van trobar recerques que aportessin resultats rellevants.

Taula 4: Equacions i filtres de recerca segons cada base de dades. Elaboració pròpia.

De les equacions de recerca de la taula 4, es van obtenir un total de 662 articles retornats, dels quals se'n van eliminar 287 a través de l'aplicació de filtres automàtics. Dels 375 articles restants, se'n van seleccionar manualment 149 per complir els criteris d'inclusió (vegeu taula 3). D'aquests, 77 es van eliminar després de la lectura del títol i *abstract*. 72 articles es van sotmetre a lectura crítica i finalment se'n van seleccionar 22 per a revisió d'aquest treball. El procés de cerca segons cada base de dades es troba detallat a l'annex 1.

Després d'haver realitzat diverses equacions de cerca a la base de dades Cochrane, no es van obtenir resultats relacionats amb els termes de la nostra investigació. Les 5 equacions de recerca retornaven articles que ja havien estat o bé seleccionats o bé descartats en recerques anteriors, així com articles rellevants per a la nostra pregunta d'investigació. Per aquest motiu, es va descartar Cochrane com a base de dades per al nostre treball. De la mateixa manera, després d'haver realitzat diverses equacions de

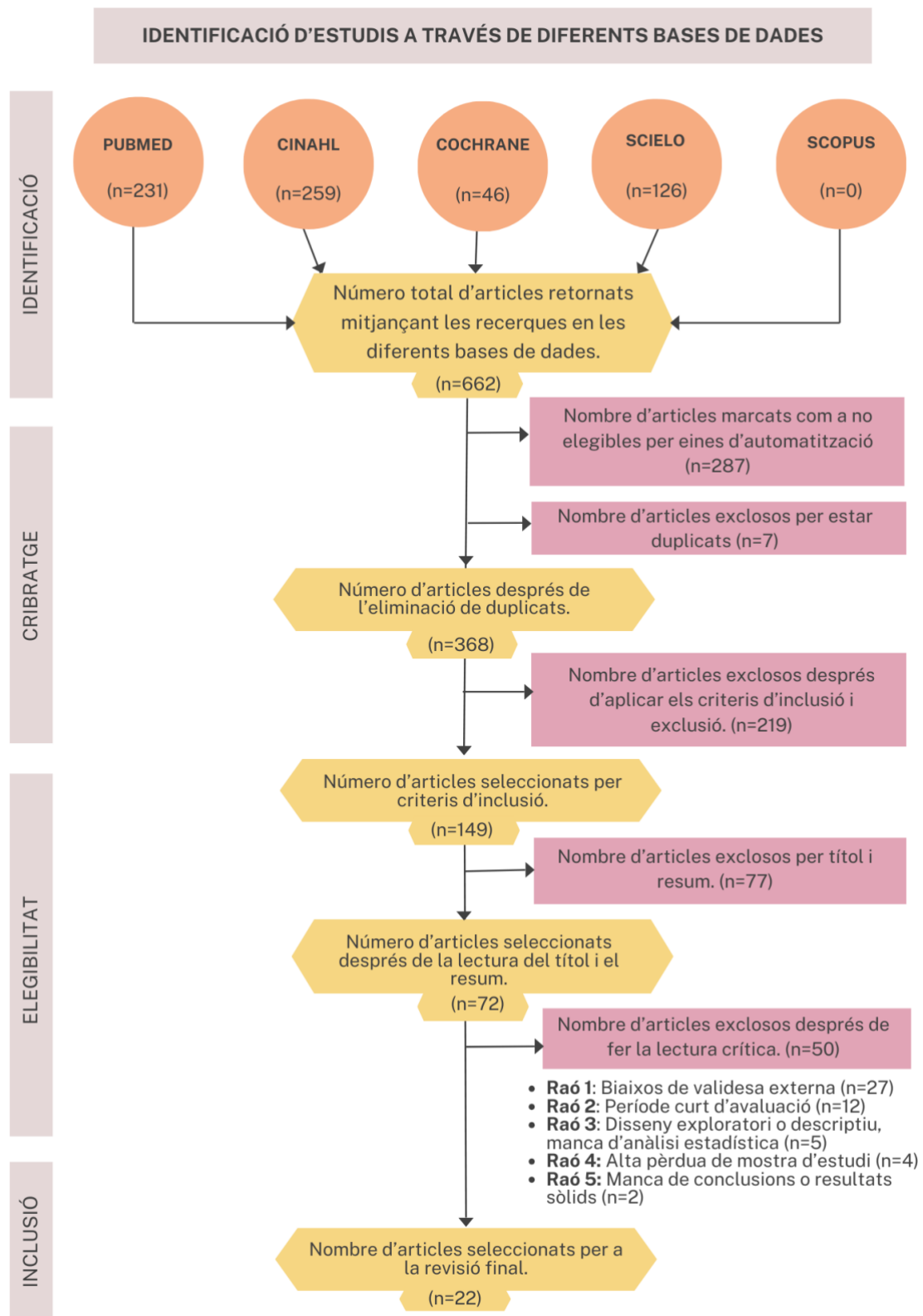
cerca a la base de dades SciELO, no es van obtenir resultats relacionats amb els termes de la nostra investigació. Considerem que això pot ser a causa de la limitació temàtica d'aquesta base de dades, més orientada a la producció científica i amb menor presència d'estudis en l'àmbit de les cures intensives i la síndrome post cures intensives (SPCI). Per aquest motiu, es va descartar SciELO com a base de dades per al nostre treball, prioritzant-ne d'altres més especialitzats en l'àrea de salut i recerca clínica com són PubMed i CINAHL.

Pel que fa al tipus d'estudis, es va prioritzar la inclusió d'evidència de major qualitat metodològica disponible per a cada temàtica. Quan l'àrea comptava amb revisions sistemàtiques o estudis primaris robustos, les revisions narratives i d'abast es van excloure. Malgrat això, en aquells àmbits on l'evidència era escassa, es van considerar revisions narratives o *scoping reviews* per tal de garantir una visió completa de la literatura existent. Aquesta selecció es va realitzar mitjançant un criteri jeràrquic basat en la rellevància i la qualitat metodològica dels estudis.

A mesura que s'han anat escollint articles que complien criteris d'inclusió, s'han anat classificant segons les temàtiques que sorgien i abordaven, que han acabat essent els marcs d'anàlisi dels articles seleccionats per als resultats, essent conscients que gran part dels articles seleccionats contenen informació rellevant per a més d'un marc d'anàlisi. Les temàtiques trobades sorgides de la recerca bibliogràfica han estat:

1. Teoria i anàlisi conceptual de la síndrome postcures intensives.
2. Prevalença i magnitud de la SPCI.
3. Factors de risc i predictors de la SPCI.
4. Eines i instruments de mesura per avaluar la SPCI.
5. Intervencions i rol d'infermeria: els diaris d'UCI
 - 5.1. Teoria i anàlisi conceptual dels diaris d'UCI.
 - 5.2. Aplicabilitat i formes d'implementació dels d-UCI.
 - 5.3. Impacte en el pacient dels d-UCI.
6. Conseqüències i complicacions de la SPCI: experiència del pacient.

4.4. Diagrama de flux del procés de selecció dels articles



Imatge 1: Diagrama de flux d'aquesta revisió. Elaboració pròpia.

4.5. Evidència clínica dels estudis segons l'escala CASPe

Articles classificats per primer autor i any	Tipus de qüestionari CASPe	Ítems del qüestionari											Resultat
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1. Yuan C. <i>et. al.</i> (2021)	Revisió sistemàtica*	1	1	1	0	1	1	-	1	1	1		8/10
2. Le Marec J. <i>et. al.</i> (2021)	Revisió sistemàtica*	1	1	0	0	1	1	-	1	1	1		7/10
3. Ayenew T. <i>et. al.</i> (2025)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10/10
4. Kawakami D. <i>et. al.</i> (2021)	Estudi de cohorts	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
5. Kang J. <i>et. al.</i> (2024)	Estudi de cohorts	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
6. Couette M. <i>et. al.</i> (2025)	Estudi de cohorts	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
7. Gao S. <i>et. al.</i> (2025)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10/10
8. Kang J. <i>et. al.</i> (2025)	Estudi de cohorts	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
9. Pant U. <i>et. al.</i> (2023)	Revisió sistemàtica*	1	1	1	1	-	1	-	1	1	1		8/10
10. Nakanishi N. <i>et. al.</i> (2023)	Revisió sistemàtica*	1	1	1	-	1	1	-	1	1	1		8/10
11. Op't Hoog, S.A.J.J. <i>et al.</i> (2022)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10/10
12. Leiva-Aguado G. <i>et. al.</i> (2025)	Estudi de cohorts	1	1	1	-	1	1	-	1	1	1	1	9/11
13. Kredentser M. <i>et. al.</i> (2025)	Estudi qualitatiu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		10/10
14. Muñoz-Rey M. <i>et. al.</i> (2024)	Estudi qualitatiu	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1		8/10
15. Sayde G. <i>et. al.</i> (2020)	Assaig Clínic Aleatoritzat	1	1	-	1	-	1	1	-	1	1	1	8/11

16. Schol C. <i>et. al.</i> (2024)	Estudi qualitatiu	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
17. Hackenberger A. <i>et. al.</i> (2023)	Estudi qualitatiu	1	-	1	1	1	-	1	-	1	1	1	7/10
18. Huang W. <i>et. al.</i> (2024)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
19. Ishinuki T. <i>et. al.</i> (2023)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
20. Exl M. <i>et. al.</i> (2025)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	9/10
21. Gravante. <i>et. al.</i> (2024)	Revisió sistemàtica	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	9/10
22. Tilburgs. <i>et. al.</i> (2025)	Estudi de cohorts	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Interpretació: 1 (Sí), - (Parcialment), 0 (No).													

Taula 5: Lectura crítica de l'evidència clínica dels estudis seleccionats segons l'escala CASPe. Elaboració pròpia a partir dels instruments de mesura del *Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español*. <https://redcaspe.org/materiales/>

* Els articles 1 i 2 són revisions narratives, els articles 9 i 10 són revisions d'abast; s'ha triat el qüestionari CASPe de revisions sistemàtiques per ser el disseny de síntesi d'evidència més proper disponible.

5. TAULA DE RESULTATS

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
1. Yuan C. et. al. (2021). Post-intensive care syndrome: A concept analysis	Definir el concepte de Síndrome Post Cures Intensives (SPCI) per proporcionar una comprensió clara que permeti als professionals i investigadors mesurar la seva incidència i prevalença.	Anàlisi de concepte (amb metodologia de cerca sistemàtica). Es va realitzar una recerca en 7 bases de dades. D'un total de 3.948 articles, se'n van seleccionar 24 de tipus quantitatiu i qualitatiu per a la revisió.	Es van identificar sis atributs definitoris de la SPCI: 1. deficiències multidimensionals noves o que empitjoren, 2. disfunció física, 3. trastorns psicològics, 4. deteriorament cognitiu, 5. fracàs en la reconstrucció social i 6. persistència dels símptomes més enllà de l'estada a la UCI i de l'alta hospitalària. Els antecedents es van classificar en 1. preexistents i 2. relacionats amb l'ingrés a la UCI, i les conseqüències van incloure efectes positius i adversos, com ara la disminució de la qualitat de vida (QdV) i la sobrecàrrega del cuidador.	La SPCI afecta més de la meitat dels pacients donats d'alta de les UCI. La seva definició conceptual millora la comprensió de la SPCI i orienta estratègies preventives per reduir-ne les conseqüències a llarg termini, destacant la necessitat de recerca futura i d'instruments estandarditzats. Evitar la fallida de la reconstrucció social és un clau per a millorar la recuperació i la QdV dels pacients.
2. Le Marec J. et. al. (2021). Le syndrome post-réanimation	Revisar i descriure la SPCI, les seves manifestacions físiques, cognitives i psicològiques, el seu impacte en la qualitat de vida, l'autonomia, la mortalitat i el consum de recursos sanitaris, així com les estratègies de detecció, prevenció i	Revisió narrativa (<i>mise au point</i>). Es va realitzar una síntesi de la literatura dirigida a lectors no intensivistes. Es van seleccionar articles de tipus clínic i epidemiològic per a la revisió. Es va fer servir la classificació de dominis (físic, mental, cognitiu) per a l'estructuració dels resultats.	Els pacients supervivents d'una estada prolongada a la UCI presenten amb alta freqüència seqüeles físiques, cognitives i psiquiàtriques que poden persistir mesos o anys després de l'alta. Aquestes seqüeles s'associen a una reducció significativa de la qualitat de vida, pèrdua d'autonomia, increment de rehospitalitzacions, major consum de recursos sanitaris i augment de la mortalitat a llarg termini.	L'augment del nombre de pacients supervivents a la UCI fa de la SPCI un repte sanitari creixent. Reduir les seqüeles a llarg termini i millorar la qualitat de vida dels pacients és un objectiu prioritari. Els internistes, per la seva visió global i experiència en patologia multisistèmica, tenen un paper clau en el

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
	seguiment, destacant el paper de l'internista en l'atenció post-UCI.		També s'identifiquen conseqüències psicològiques rellevants en l'entorn familiar. Malgrat l'augment de programes de seguiment post-UCI, no existeix encara un model de seguiment estandarditzat ni clarament efectiu.	seguiment post-UCI, així com en la presa de decisions prèvies a l'ingrés a cures intensives.
3. Ayenew T. et. al. (2025). Prevalence of Post-intensive care syndrome among intensive care unit-survivors and its association with intensive care unit length of stay: systematic review and meta-analysis	Estimar la prevalença agrupada de la SPCI entre els supervivents d'UCI associada amb la durada de la seva estada a la UCI.	Revisió sistemàtica i metaanàlisi. Es va realitzar una recerca en 4 bases de dades. Es van seleccionar 19 articles de tipus cohorts per a la revisió, amb una mostra total de 10.179 supervivents d'UCI. Es va fer servir l'escala Newcastle Ottawa Scale (NOS) per a l'avaluació de la qualitat.	La prevalença agrupada de SPCI va ser del 54,35%. Les prevalences agrupades per dominis van ser d'un 45,99% per al domini físic, un 32,12% per al domini cognitiu i d'un 32,36% per al domini mental. Els pacients amb estades d'UCI superiors a 4 dies tenen 1,207 més probabilitats de desenvolupar un dels tres dominis de SPCI.	L'alta prevalença de SPCI entre els supervivents d'UCI i una associació significativa entre la durada de l'estada a la UCI i el desenvolupament de SPCI, justifiquen la necessitat d'intervencions dirigides i rehabilitació multidisciplinària per mitigar els efectes a llarg termini de la SPCI.
4. Kawakami D. et. al. (2021). Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a prospective, multicenter, observational J-PICS study.	Determinar la freqüència de coaparició de símptomes de la SPCI 6 mesos després de l'ingrés a la UCI dels pacients.	Estudi de cohorts observacional i prospectiu en 16 UCI de 14 hospitals del Japó. La mostra final va ser de 96 pacients adults amb ventilació mecànica > 48 h. Es va avaluar la salut física i mental (SF-36) i la funció cognitiva (SMQ), comparant els estats basals amb els resultats 6 mesos després de l'alta.	Les seqüeles cognitives van aparèixer en un 37,5% dels casos, les físiques en un 32,3% i les mentals en un 14,6%. Un 17,8% dels pacients va presentar símptomes en més d'un domini de la SPCI. L'estudi mostra associació entre l'aparició de SPCI i tenir només el nivell d'educació obligatòria. En pacients amb SPCI a l'alta, els símptomes persistien o empitjoraven 6 mesos després.	El 64% que havien requerit VM presentaven SPCI 6 mesos després de l'alta. És fonamental avaluar l'estat basal del pacient per interpretar correctament la presència de SPCI. Tenir només el nivell d'estudis obligatori és un predictor independent amb l'aparició de SPCI al cap de 6 mesos de l'ingrés a la UCI. És possible

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
				que la durada de l'estança a l'hospital (fora de la UCI), afecti l'aparició de SPCI, però hi ha diversos factors de confusió que impedeixen demostrar-ho.
5. Kang J. et. al. (2024). Incidence rate and risk factors for post-intensive care syndrome subtypes among critical care survivors three months after discharge: A prospective cohort study.	Investigar la incidència dels subtipus de SPCI i els seus factors de risc entre els supervivents d'UCI.	Estudi de cohorts observacional prospectiu i multicèntric realitzat en 19 UCI de 4 hospitals de Corea del Sud. S'hi van incloure 475 supervivents amb una estada > 24 h. A l'avaluació al cap de 3 mesos de l'alta, es van emprar les escales: HADS (ansietat i depressió), PDS (TEPT), MoCA o MoCA-Blind (funció cognitiva) i l'escala K-ADL (estat físic i ABVD).	3 mesos després, un 49,7% dels supervivents presentaven algun tipus de SPCI: Un 13,5% seqüeles mentals, un 12,4% cognitives, un 3,4% físiques, un 14,1% dos dels tres subtipus i un 6,3% tots tres subtipus. Els factors de risc que augmenten la probabilitat de deteriorament de SPCI en els 3 dominis són: edat ≥ 65 anys, gènere femení i ingrés en una unitat d'atenció intermèdia. No es consideren factors de risc independents: motiu o via d'ingrés a la UCI, tractament de suport d'òrgans, VM, RCP, transfusió sanguínia i ús de sedatius, analgèsics, esteroides o vasopressors.	La meitat dels supervivents d'UCI experimenten algun símptoma de la SPCI. L'alta a un centre de cures intermèdies es va revelar com el factor de risc més significatiu de desenvolupar SPCI, senyal que justifica la necessitat d'intervencions en aquestes unitats per prevenir i detectar la SPCI.
6. Couette M. et. al. (2025). Mental health outcomes at intensive care unit discharge: prevalence,	Estimar la prevalença dels trastorns psicològics a l'alta d'UCI i identificar mediadors potencials i	Estudi de cohorts observacional prospectiu amb 243 pacients adults ingressats > 24 h en una UCI de França. Es va avaluar la presència d'estrès agut,	La prevalença de símptomes mentals específics de SPCI va ser: estrès agut (37%), ansietat (36%) i depressió (23%), solapades significativament. L'estrès peritraumàtic va ser el	Els trastorns psicològics a l'alta afecten la meitat dels pacients. La detecció precoç podria prevenir i reduir les seqüeles a llarg termini.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
mediators and risk factors.	factors de risc.	ansietat o depressió a l'alta utilitzant les escales IES-R, HADS, PDI i PDEQ.	mediador principal de l'esfera mental. Els factors de risc identificats foren el gènere femení, historial psiquiàtric previ i patologies cardíques.	Les eines d'avaluació de la resposta traumàtica a peu de llit són viables i útils per detectar pacients vulnerables.
7. Gao, S. et. al. (2024). Effect size estimates of risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis.	Proporcionar evidència actualitzada sobre la SPCI en pacients adults crítics, per identificar i resumir els factors de risc associats als seus diferents dominis (cognitiu, mental, físic i socioeconòmic), i quantificar la mida de l'efecte d'aquests.	Revisió sistemàtica i metaanàlisi. Recerca en 5 bases de dades. 160 articles per a la síntesi qualitativa i 102 per a la quantitativa de tipus observacional, amb mostra de 418.843 pacients. Van fer servir l'escala NOS (cohorts) i AHRQ (estudis transversals) per avaluar-ne la qualitat.	Es van identificar 60 factors de risc potencials, però només 16 d'ells van confirmar-se com a significatius associats a la SPCI. Els de més impacte van ser 6: el deliri, l'ús de sedants, una major gravetat de la malaltia, la durada del suport respiratori, l'edat avançada i els antecedents de problemes de salut.	La identificació precoç dels factors de risc, especialment els modificables (com ara el deliri, l'ús de sedants i les males experiències a la UCI), permet orientar intervencions dirigides i millorar la recuperació dels pacients supervivents de la UCI.
8. Kang, J. et. al. (2025). Association Between Person-centered Care, Intensive Care Experience, and Post-intensive Care Syndrome in Critical Care Survivors: A Multi-center Prospective Cohort Study.	Examinar l'associació entre l'atenció centrada en la persona, les experiències a la UCI del pacient i la SPCI en supervivents. Identificar-ne els factors de risc i l'evolució dels símptomes durant un any.	Estudi de cohorts prospectiu, multicèntric i longitudinal a 19 UCI de 4 hospitals de Corea del Sud, amb 618 adults ingressats >24 h entre 2019 i 2021. Es van administrar qüestionaris d'atenció centrada en la persona i experiència a la UCI a l'alta; es va avaluar la SPCI als 3, 6 i 12 mesos mitjançant l'escala PICS-Q (<i>Post Intensive Care Syndrome Questionnaire</i>).	La por a la UCI es va associar amb una SPCI més alta al cap de 3 i 6 mesos; l'atenció centrada en la persona va mediar parcialment 12 mesos després. Els factors de risc de SPCI al cap de 12 mesos de l'alta: sexe femení, edat avançada, comorbiditats, deliri i alta a un centre de cures intermèdies, van associar-se amb una SPCI més alta al llarg de l'any.	Les experiències traumàtiques o de por que tenen els pacients a la UCI s'associen amb un risc més elevat de patir SPCI. L'atenció centrada en la persona podria mitigar els efectes de les experiències negatives a la UCI. És necessari gestionar els factors modificables i millorar la rehabilitació als centres de cures intermèdies.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
9. Pant U. et. al. (2022). Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review.	Identificar les eines existents per la detecció de SPCI i TEPT en supervivents d'UCI i familiars, a més d'examinar l'evidència de validesa, fiabilitat, sensibilitat i especificitat d'aquestes.	Revisió d'abast. Recerca en 8 bases de dades. Es van incloure 44 articles. Es va fer servir la llista de verificació Quality Appraisal of Diagnostic Reliability (QAREL) per avaluar el rigor dels estudis inclosos.	Cinc eines avaluen els 3 dominis de SPCI: el Qüestionari per a la QdVRS a llarg termini i la càrrega de la malaltia després de la UCI, el HABC-M-SR, l'OMI set, el PICS-Q i el RAIN. Les de salut mental mostren millor factibilitat, mentre que les cognitives tenen baixa precisió diagnòstica.	No hi ha estàndard d'or, cap de les eines per s sola té un valor diagnòstic de la SPCI o del TEPT. Només el PICS-Q mostra una precisió acceptable, a més de ser una eina breu fàcilment utilitzable per professionals no intensivistes.
10. Nakanishi N. et. al. (2023). Instruments to assess post-intensive care syndrome assessment: a scoping review and modified Delphi method study.	Identificar i proposar recomanacions d'eines per avaluar la SPCI en supervivents d'UCI per tal d'estandarditzar-ne l'ús en la pràctica clínica i la recerca.	Revisió d'abast. Recerca en 3 bases de dades. 754 estudis observacionals, retrospectius i ACA. Es va fer servir la llista de verificació COSMIN per avaluar els instruments i el sistema GRADE per al consens Delphi amb 23 experts.	Es van identificar 107 instruments, dels quals n'aconsellen 20, dividits en 7 dominis: Físic: 6-min walk test (6MWT), MRC score i test de força de premsió; Cognitiu: MoCA, MMSE i SMQ; Mental: HADS, IES-R i PHQ-9; ABVD: Índex de Barthel, AIVD, FIM; QdVRS: SF-36, SF-12, EQ-5D-5L, 3L i VAS; Son i dolor: PSQI i Brief Pain Inventory.	Cada instrument té diferents avantatges i inconvenients, així que és difícil recomanar únicament una eina per a cada domini de la SPCI. L'objectiu de l'ús d'eines per detectar la SPCI ha de ser la màxima reintegració possible a la societat.
11. Op't Hoog, J. et. al. (2022). The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis.	Avaluar l'efectivitat de les intervencions de cures transicionals iniciades a la UCI sobre els elements de la SPCI en pacients i familiars.	Revisió sistemàtica i metaanàlisi. Recerca en 5 bases de dades. Es van seleccionar 5 ACA i no aleatoritzat per a la revisió. Es van fer servir les eines Cochrane Risk of Bias (RoB 2) i ROBINS-I per a l'avaluació de la qualitat.	En general, les intervencions de cures transicionals no van mostrar diferències significatives en els aspectes físics o psicològics de la SPCI, excepte un programa de seguiment liderat per infermeria que va millorar la funció física als 3 mesos.	Hi ha poca evidència sobre l'efectivitat de les intervencions de cures transicionals en pacients amb SPCI, i la majoria d'estudis no mostren beneficis significatius, fet que obliga a interpretar els resultats amb cautela.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
12. Leiva-Aguado, G. et. al. (2025). Rapid response system and continuity of nursing care programme for the prevention of post-ICU syndrome.	Dissenyar i implementar un programa de resposta ràpida i continuïtat de cures infermeres per prevenir la SPCI en pacients donats d'alta de la UCI.	Estudi prospectiu de 87 pacients post-UCI. Seguiment fins a l'any mitjançant un programa de continuïtat de cures i sistema de resposta ràpida (NEWS). Avaluació de QdV (EuroQol-5D, Barthel), salut mental (Goldberg, EGS-R) i cognitiva (Minimental).	El programa va permetre el seguiment de pacients d'alt risc post-UCI, amb millora progressiva de la dependència funcional (escala Barthel), baixa prevalença d'alteracions cognitives i psicològiques (pocs casos d'ansietat, depressió o TEPT), i un alt nivell de satisfacció de pacients i famílies (>97%).	La implementació d'un sistema de resposta ràpida i d'un programa de continuïtat de cures infermeres pot prevenir o minimitzar les alteracions físiques, psicològiques i cognitives de la SPCI i millorar la qualitat de vida de pacients i famílies.
13. Kredentser, MS. et. al. (2025). A Thematic Analysis of Intensive Care Unit Diaries Content.	Analitzar el contingut dels diaris d'UCI escrits per sanitaris i familiars en una UCI del Canadà, com s'utilitzen, quin tipus d'informació contenen i per què poden ser beneficiosos.	Estudi qualitatiu. Anàlisi de 30 diaris d'UCI procedents d'un assaig clínic pilot de pacients adults ventilats durant >24 h en una UCI del Canadà, seguint el model de Braun i Clarke.	Els continguts més habituals dels diaris d'UCI són: connexió (amb el pacient i família/amics), provisió d'informació (tipus d'informació compartida, com es va compartir i intercanvi d'informació específica de la família) i afrontament (expressió d'emocions, ús de l'humor i espiritualitat).	Els diaris d'UCI afavoreixen la connexió humana, proporcionen una narrativa comprensible de l'estada a l'UCI i ajuden els familiars a afrontar l'experiència. Són una eina que orienta la millora i la implementació de futurs programes dels D-UCI.
14. Muñoz-Rey, M.P. et. al. (2024). The diary in the intensive care unit: Concept analysis.	Analitzar i clarificar el concepte de diari d'UCI mitjançant la literatura científica per definir-ne l'ús, el contingut i els beneficis en la pràctica infermera.	Estudi qualitatiu. Recerca bibliogràfica a les bases de dades PubMed, Cochrane, Scopus i CINAHL, utilitzant el model d'anàlisi de conceptes de Wilson, desenvolupat posteriorment per Walker i Avant.	El diari d'UCI es defineix com un registre escrit en llenguatge col·loquial per professionals sanitaris i familiars, amb un estil empàtic i reflexiu, dirigit al pacient. Proporciona una narrativa de l'estada a l'UCI, afavoreix la comunicació, enforteix el vincle entre infermeres, pacients i famílies, i contribueix a reduir el TEPT.	El concepte de diari d'UCI és complex, però la seva anàlisi permet establir una base per a futures investigacions. És útil per millorar la comunicació, humanitzar les cures intensives i potenciar la pràctica infermera, amb beneficis per a pacients, famílies i professionals.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
15. Sayde G. et. al. (2020). Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness.	Avaluar si l'ús dels diaris d'UCI, combinats amb psicoeducació, era més eficaç que la psicoeducació sola per reduir els símptomes de trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), depressió i ansietat en pacients després d'una estada a la unitat de cures intensives.	Assaig clínic aleatoritzat. 60 pacients d'UCI amb estada > 72 h i VM > 24 h. Grups: diari + psicoeducació vs. control (només psicoeducació). Qüestionaris validats (IES-R, PHQ-8, HADS i GAD-7) a l'alta i a les 4, 12 i 24 setmanes posteriors. Anàlisi estadística mitjançant proves no paramètriques.	Van completar el seguiment 35 pacients. El grup control va mostrar una major reducció dels símptomes de TEPT, hiperactivació i depressió a la setmana 4 en comparació amb el grup del diari. No es van trobar diferències significatives en la majoria de mesures a llarg termini. Ambdós grups van presentar nivells clínicament rellevants de TEPT durant el seguiment. Molts pacients van mostrar dificultats per accedir a l'atenció psicològica posterior.	Els diaris no aporten beneficis respecte a la psicoeducació sola en la reducció dels símptomes de TEPT. Tot i això, destaca l'alta prevalença de problemes psicològics després de l'UCI i la manca de seguiment especialitzat. Els diaris podrien ser més útils si s'integren en programes estructurats de suport psicològic per a pacients amb SPCI.
16. Schol CMA. et. al. (2025). Implementation of a digital diary in the intensive care unit; understanding the facilitators and barriers: A qualitative exploration.	Explorar els facilitadors i barreres per a la implementació d'un diari digital des de la perspectiva dels professionals, els supervivents i els seus familiars.	Estudi qualitatiu realitzat en 4 UCI dels Països Baixos per identificar facilitadors i barreres en la implementació del diari digital. La mostra va incloure 32 professionals (5 grups focals) i 14 participants (5 supervivents i 9 familiars en 10 entrevistes). L'anàlisi de dades va ser de contingut dirigit, utilitzant el marc teòric CFIR 2.0.	Facilitadors: La interfície intuïtiva, l'accés des de qualsevol lloc/hora i rebre feedback positiu de pacients i famílies. Els familiars valoren molt compartir el diari amb altres i que els professionals hi col·laborin. Barreres: La principal resistència del personal és la manca de temps o hàbit per escriure i la complexitat en els passos del <i>login</i> . Pacients i famílies expressen preocupacions sobre la privadesa quan el diari es comparteix digitalment amb tercers.	La implementació d'un diari digital és un procés complex que requereix estratègies educatives i suport d'experts dins de la unitat per superar la resistència al canvi. Els facilitadors identificats han de servir per dissenyar una estratègia d'implementació a mida que fomenti l'escriptura col·laborativa, ja que és el que més valoren els pacients.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
17. Hackenberger A. et. al. (2023). Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program	Implementar un programa de diaris d'UCI liderat per infermeria per donar suport a pacients amb risc de patir la SPCI i avaluar-ne la viabilitat en l'entorn assistencial.	Estudi qualitatiu. Projecte de millora basat en el model d'Iowa en una UCI dels EUA. Es van incloure pacients +18 anys amb VM i una estada prevista > 24 h. Infermeres i familiars escriuen sobre el progrés del pacient. L'avaluació va integrar auditories dels d'UCI, trucades de seguiment 30 dies després de l'alta i enquestes anònimes al personal.	Es van completar 20 diaris i es van distribuir als pacients i famílies en el moment de l'alta de la unitat. Els pacients van informar que els diaris ajudaven a omplir els buits de memòria entre l'ingrés i l'alta de la UCI. Les infermeres van valorar la intervenció com a molt efectiva, destacant que no suposava una càrrega de treball excessiva i que ajudava en la comunicació i millorava les habilitats d'afrontament del personal.	La implementació d'un programa de diaris d'UCI és una estratègia factible i de baix cost que humanitza les cures i aporta beneficis terapèutics significatius. Aquesta eina millora la recuperació dels pacients i les famílies, i també afavoreix la resiliència i el benestar emocional del personal d'infermeria.
18. Huang W. et. al. (2024). Effects of ICU diaries on psychological disorders and sleep quality in critically ill patients and their family members: A systematic review and meta-analysis.	Avaluar l'efecte de la intervenció amb diaris d'UCI sobre els trastorns psicològics (ansietat, depressió i TEPT) i la qualitat de son dels pacients crítics i dels seus familiars.	Revisió sistemàtica i metaanàlisi. Es va realitzar una recerca en 8 bases de dades. Es van seleccionar 11 articles de tipus ACA, amb una mostra de 1.682 supervivents d'UCI. Es va fer servir la Cochrane Risk of Bias Tool per a l'avaluació de la qualitat.	En els pacients: els diaris van reduir la incidència de TEPT (OR 0,63; $p < 0,005$) i de depressió (OR 0,62; $p < 0,04$). Es va trobar també una millora en la qualitat del son (MD -3,97; $p < 0,04$). No es va observar un efecte significatiu sobre l'ansietat ($p = 0,15$). En els familiars: no es van mostrar efectes significatius en el TEPT, l'ansietat o la depressió ($p > 0,05$ en tots els casos).	Els diaris d'UCI són beneficiosos per reduir el TEPT, la depressió i millorar el son dels pacients, però no tenen un impacte rellevant en el benestar psicològic dels familiars. Els autors assenyalen que calen estudis multicèntrics i a gran escala per confirmar aquestes troballes.
19. Ishinuki T. et. al. (2023). Clinical impact of rehabilitation and ICU	Avaluar si la rehabilitació o l'ús dels diaris d'UCI són útils per reduir l'ansietat, la	Revisió sistemàtica i metaanàlisi. Recerca en 4 bases de dades. 17 articles de tipus ACA (12 sobre	Els diaris d'UCI: van mostrar una millora de l'ansietat ($p = 0,01$), però no van afectar els nivells de depressió, de	Els diaris d'UCI són una eina útil per a millorar l'ansietat, però cap de les dues intervencions va aconseguir

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
diary on critically ill patients: A systematic review and meta-analysis.	depressió i el TEPT, i investigar si milloren la qualitat de vida dels pacients crítics.	rehabilitació i 5 sobre diaris). Es va fer servir el programari Review Manager (v.5.4) i els criteris de Cochrane i MPOC per a l'avaluació de la qualitat.	TEPT ni la qualitat de vida. La rehabilitació: no va tenir efectes significatius sobre l'ansietat o la depressió, però va millorar la qualitat de vida (tant el component físic com el mental de l'enquesta SF-36), especialment després de l'alta d'UCI.	reduir la depressió o el TEPT. La rehabilitació realitzada durant un període de temps determinat és eficaç per millorar la qualitat de vida dels pacients.
20. Exl MT et. al. (2024). Intensive care unit diaries-harmful or harmless: A systematic literature review and qualitative data synthesis.	Avaluar l'abast dels danys o perjudicis per als pacients crítics, els seus familiars i els professionals sanitaris associats a l'escriptura i la lectura dels diaris de l'UCI.	Revisió sistemàtica i síntesi de dades qualitatives. Recerca en 5 bases de dades. 27 estudis qualitius i de mètodes mixtos per a la revisió (amb una mostra de 476 participants). Es va fer servir la plantilla Critical Appraisal Skills Programme (CASP) per a l'avaluació de la qualitat.	Cap estudi va reportar deteriorament de l'estat físic o psicològic derivat de l'ús del diari. 68 cites descriuen emocions intenses: per als pacients, el diari representa un «viatge emocional» (alleujament i comprensió); per als familiars, és una «ajuda amb llàgrimes» (ajuda a processar la situació); i per als professionals, planteja una qüestió de «distància emocional» i càrrega de treball.	L'escriptura i la lectura dels diaris d'UCI no provoquen danys, sinó que generen emocions intenses (reaccions naturals dins del procés d'afrontament d'una situació estressant). L'evidència indica que els beneficis superen els possibles riscos, ja que ajuda a l'autoregulació emocional dels implicats.
21. Gravante F. et. al. (2024). Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: A systematic review.	Descriure la qualitat de vida (QDV) als supervivents d'UCI amb SPCI després de l'alta i documentar l'ansietat, depressió i TEPT en estudis que investiguen la SPCI.	Revisió sistemàtica. Recerca en 4 bases de dades. Es van seleccionar 19 estudis observacionals (cohorts, longitudinals i transversals) i un ACA, en 3.106 supervivents d'UCI. Es van fer servir les llistes de verificació del <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI) per a l'avaluació de la qualitat.	14 estudis observacionals van documentar els efectes de la SPCI en la depressió, 12 estudis en l'ansietat, 9 al TEPT i 10 a la QDV. Els dominis més afectats per la SPCI foren la mobilitat, la cura personal, les activitats quotidianes i el dolor o desconfort en la QDV. Es va demostrar una associació significativa entre un nivell alt d'ansietat en els supervivents d'UCI i un nivell alt	La SPCI és generalitzada en els supervivents d'UCI, i també té efectes en els seus familiars. La SPCI afecta la QDV dels pacients.

ARTICLE	OBJECTIU	METODOLOGIA	RESULTATS	CONCLUSIONS
			de càrrega per als seus familiars.	
22. Tilburgs B. et. al. (2024). Associations Between Physical, Cognitive, and Mental Health Domains of Post-Intensive Care Syndrome and Quality of Life: A Longitudinal Multicenter Cohort Study.	Explorar les associacions entre els dominis físic, cognitiu i mental de la SPCI amb els canvis en la qualitat de vida relacionada amb la salut (QdVRS) després de l'estada a la UCI.	Estudi de cohorts prospectiu, longitudinal i multicèntric. Seguiment basal, als 3 i 12 mesos post-UCI de 4.092 pacients de 7 hospitals d'Holanda. Mesura de qualitat de vida (EQ5D-5L), fatiga (CIS), funció cognitiva (CFQ) i salut mental (HADS, IES-6).	Al cap de 3 i 12 mesos , els problemes físics, mentals i cognitius es van associar negativament amb canvis en la QdVRS. 3 mesos després, el domini mental tenia l'associació negativa més forta. 12 mesos després, els dominis mentals i físic tenen la mateixa associació negativa amb la QdVRS.	Les cures a la UCI i durant el període post-UCI s'haurien de centrar en prevenir i mitigar els tres dominis de la SPCI per prevenir un deteriorament de la QdVRS.

Taula 6: Taula de resultats. Elaboració pròpia a partir dels 22 articles seleccionats.

6. DISCUSSIÓ

6.1. Teoria i anàlisi conceptual de la síndrome postcures intensives

La conceptualització de la SPCI ha representat un canvi de paradigma en la medicina intensiva, desplaçant el focus des de la supervivència cap a la funcionalitat a llarg termini. Tot i que el terme es va proposar l'any 2010 per unificar les complicacions posteriors a la malaltia crítica, la síndrome s'ha descrit històricament com a una entitat de «contorns imprecisos». Durant molt de temps, la SPCI ha estat una entitat difícil de definir amb exactitud i de diferenciar les seqüeles derivades de l'ingrés a la UCI d'altres problemes de salut, malalties psiquiàtriques o patologies cròniques preexistents del pacient.^[1,12] No obstant això, anàlisis conceptuals recents han permès clarificar el concepte. En l'estudi de Yuan *et al.* (2021) s'identifiquen 6 atributs definitoris clau que permeten transformar una llista de símptomes inconnexos en un concepte pràctic que es pugui investigar i mesurar:

1. Aparició de deficiències multidimensionals noves o agreujades.
2. Disfunció física (debilitat muscular, fatiga, pèrdua d'independència).
3. Trastorns psicològics (principalment ansietat, depressió, TEPT).
4. Deteriorament cognitiu (memòria, funcions executives, atenció).
5. Fallada en la reconstrucció social, un atribut sovint ignorat que inclou problemes en les relacions interpersonals, aïllament i dificultats laborals.
6. Persistència dels símptomes en el temps, amb seqüeles que poden durar mesos o fins i tot anys.^[1]

A partir de la identificació d'aquests atributs, s'estableix una definició funcional més sòlida: la SPCI no s'ha d'entendre com a una suma de símptomes aïllats, sinó com a **l'aparició simultània de deficiències multidimensionals que apareixen o empitjoren després d'una malaltia crítica i que persisteixen més enllà de l'alta hospitalària**. Des d'una perspectiva teòrica, la SPCI es configura així com una patologia crònica multisistèmica,^[12] que requereix un seguiment multidisciplinari. Actualment, l'increment de la supervivència ha consolidat aquesta síndrome com un problema de salut pública de primera magnitud que requereix una visió més enllà de l'estabilitat biològica.^[15]

Aquesta clarificació conceptual dona suport a la tesi d'aquest treball: si la SPCI és una fallada en la continuïtat de la biografia i la identitat del pacient, eines com els diaris d'UCI són fonamentals, ja que actuen directament sobre la reconstrucció narrativa i la mitigació

de les llacunes de memòria, peces clau de la dimensió psicològica i cognitiva de la síndrome.^[20] Malgrat aquests avenços, el concepte rep crítiques per la seva baixa operativitat clínica. Diversos autors assenyalen que la definició és excessivament àmplia i existeix una gran dispersió metodològica, fet que impedeix establir un diagnòstic diferencial.^[14,16,18] Per tant, tot i que el concepte ha estat un èxit per visibilitzar el patiment dels supervivents, encara és un constructe teòric en evolució que necessita una estandardització urgent per esdevenir una eina clínica operativa.

6.2. Prevalença i magnitud de la SPCI

La supervivència a les unitats de cures intensives ha posat de manifest l'increment de les seves pròpies seqüeles. La prevalença general estima que més de la meitat de pacients adults (50-64%) que sobreviuen a la UCI experimenten alguna seqüela de la SPCI,^[1,9,14] xifra que augmenta fins al 80% en determinades poblacions de risc.^[17,22] Una revisió sistemàtica recent que inclou més de 10.000 supervivents d'UCI estableix una **prevalença global agrupada del 54,35%**,^[17] amb una variació de la incidència inferior al 10% entre els diferents continents. La prevalença de la SPCI en pacients ingressats a la UCI per COVID-19 s'eleva fins al 90% a causa de la gravetat de la malaltia i els llargs períodes de ventilació mecànica i aïllament.^[8,17] Per dominis, el domini físic és el més prevalent, que afecta aproximadament el 46% dels supervivents, tot i que en pacients quirúrgics o traumàtics les seqüeles físiques arriben a afectar el 80-93% dels supervivents.^[8,17] La incidència del domini cognitiu se situa entre el 32% i el 43% al cap de 12 mesos de l'alta.^[9,14] El domini mental afecta el 32% els pacients, amb una incidència notable de l'ansietat, seguida de la depressió. Un 20-22% dels pacients afectats pel domini mental pateixen TEPT.^[1,23,36] La coocurrència dels tres dominis és poc comú (6,3%), però és relativament comú tenir seqüeles en almenys dos dominis (20-25%).^[8,14,16]

Totes aquestes dades evidencien **una disparitat en la prevalença** de la SPCI, que oscil·la entre el 25% i el 84%,^[14,17] cosa que s'atribueix a una manca de definició estandarditzada, una gran diversitat d'instruments de mesura^[14,16] i el propi disseny de l'estudi (prospectiu o retrospectiu).^[17] Una limitació important de la mesura de la prevalença de la SPCI és que no avaluen l'estat de salut basal,^[16] cosa que impedeix valorar el deteriorament real respecte del punt de partida personal. Aquesta limitació és de gran dificultat pel fet que l'estada a la UCI no acostuma a ser previsible ni programada, i normalment, quan un pacient requereix ingrés, el seu estat basal ja no és

mesurable. A més, **el seguiment tampoc no està estandarditzat**: alguns estudis inicien el seguiment al mateix moment de l'alta i ja identifiquen alguns trastorns psicològics, mentre que d'altres fixen el seguiment als 3, 6 o 12 mesos després de l'alta hospitalària. Amb tot, aquestes xifres mostren que la SPCI representa una nova morbiditat que provoca **sobrecàrrega assistencial** i una major necessitat de recursos socials i de rehabilitació. Malgrat l'ambigüitat de les seves dades, fins i tot les xifres més reduïdes de la prevalença de la SPCI són prou elevades com per considerar-la com a **un problema de salut pública**.

6.3. Factors de risc i predictors de la SPCI

La identificació dels factors de risc de la SPCI per a la implementació d'estratègies preventives com els diaris d'UCI, permeten detectar precoçment els pacients més vulnerables.^[15] L'evidència actual permet classificar aquests factors en tres grans categories:

1. **Relacionats amb la persona (demogràfics i socials):** El **gènere femení** s'ha identificat com un factor de risc independent tant per al deteriorament físic^[14] com per a l'aparició de trastorns mentals a l'alta de la unitat.^[27] Així mateix, l'edat **≥ 65 anys** s'associa estretament amb el deteriorament cognitiu i augmenta significativament la probabilitat de patir afectacions simultànies en els tres dominis de la síndrome.^[14] En l'àmbit social, la **manca de suport social** actua com a factor de risc determinant per a la depressió.^[15] En aquesta mateixa línia, un **nivell educatiu baix** (només educació obligatòria cursada) és un dels predictors més forts per al desenvolupament de la SPCI, quadruplicant el risc de patir SPCI. Finalment, el **trasllat a centres de cures intermèdies o residències** es revela com el predictor més potent, multiplicant per 36 la probabilitat de patir la síndrome en els seus 3 dominis, la qual cosa suggereix que la fragmentació de les cures en aquests entorns pot impedir una rehabilitació integral.^[14]
2. **Relacionats amb la malaltia:** la **gravetat de la malaltia** a l'admissió s'associa a pitjors resultats físics i cognitius.^[15] L'existència de **dues o més comorbiditats prèvies** (avaluades en l'estudi de Kang J i Lee mitjançant el *Functional Comorbidity Index* (FCI), que inclou patologies amb impacte funcional com l'artritis, l'asma, la diabetis o malalties neurològiques, entre d'altres) multiplica gairebé per 9 el risc de patir d'afectació dels 3 dominis.^[14] Els antecedents patològics també són determinants: l'**historial de malaltia psiquiàtrica o cognitiva** quadruplica el risc de patir trastorns mentals a l'alta,^[27] i també

s'associa a un major deteriorament de la funció física a llarg termini.^[15] A més, les **patologies cardíaques prèvies** generen una vulnerabilitat específica per a l'aparició d'estrès agut immediatament després de l'ingrés.^[27]

- 3. Derivats de l'estada a la UCI:** el **deliri** destaca com un dels predictors més rellevants, actuant com a complicació i predictor de deterioraments permanents en la memòria, la salut mental i l'autonomia funcional (domini cognitiu i les ABVD). L'exposició a una **sedació profunda** s'ha confirmat com un factor de risc independent per a la disfunció cognitiva, sovint vinculat a la generació de memòries delirants. Així mateix, la **durada del suport ventilatori** i la ventilació mecànica s'associen directament amb majors restriccions en l'autonomia física i funcional.^[15] Més enllà dels factors clínics, la **dimensió subjectiva de l'experiència** és la clau. Les experiències aterridores a la UCI (por a la mort, dolor o al·lucinacions) s'associen amb una síndrome més severa durant el primer any de seguiment,^[19] i les males experiències actuen com un predictor independent de TEPT.^[15]

En analitzar el pes d'aquests predictors, s'observa una dualitat crítica. D'una banda, **factors no modificables** com l'edat, el gènere o les comorbiditats estableixen el «pes basal» de la síndrome, on destaca especialment el trasllat a centres de cures intermèdies com el moment de màxima fragilitat assistencial.^[14] No obstant això, el focus d'infermeria ha de recaure en els **factors modificables**: el deliri i la vivència subjectiva del pacient (memòries traumàtiques i distrès peritraumàtic).^[15,27] És precisament en aquests eixos modificables on els diaris d'UCI adquireixen la seva màxima rellevància. L'evidència suggereix que l'atenció centrada en la persona pot mediar la relació entre les experiències aterridores i la SPCI a llarg termini.^[19] En aquest sentit, el diari actua com una eina de reconstrucció narrativa que permet gestionar els records traumàtics i omplir les llacunes de memòria provocades pel deliri i la sedació.^[15,19] En intervenir sobre la vivència subjectiva del pacient, el diari no només mitiga el risc de trastorns mentals, sinó que garanteix una recuperació més humana de la identitat del pacient, servint de pont emocional durant la fragmentada transició a l'alta hospitalària.

6.4. Eines i instruments de mesura per avaluar la SPCI

La SPCI **no té un estàndard d'or unificat**, només es pot predir observant la presència dels factors de risc i predictius. La bibliografia analitzada identifica més de 250 eines

que avaluen la presència i l'evolució de la SPCI, però que no serveixen per preveure la seva aparició:

1. Les principals **eines multidimensionals** són el PICS Questionnaire (PICS-Q), la Health Aging Brain Care Monitor (HABC-M) i la Recovery After Intensive care (RAIN). El **PICS-Q** sembla tenir major eficàcia, és breu i demostra una sensibilitat del 85,5% i una especificitat d'entre el 80,9% i el 81,5%.^[1,13] El HABC-M és més llarg i presenta una menor sensibilitat, i el RAIN sembla estar limitat per detectar els canvis reals de l'estat del pacient.^[1,13,18]
2. En el **domini físic i funcional**, l'**índex de Barthel de les ABVD** es considera l'instrument d'elecció per ser una eina ja consolidada^[18] i ràpida de completar.^[2] L'**escala del Medical Research Council** permet avaluar a peu de llit la força muscular de les extremitats sense cap aparell, mentre que el **test de la marxa de 6 minuts** té una elevada validesa predictiva per a la mortalitat i el risc de rehospitalització, s'utilitza en programes de continuïtat per objectivar la millora entre els 3 i 12 mesos.^[13,18,28]
3. En el **domini cognitiu**, la **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**, cribra el deteriorament cognitiu lleu amb una sensibilitat del 92%, motiu pel qual es considera l'estàndard d'or d'aquest domini segons la *Society of Critical Care Medicine*.^[10] No s'aconsella l'ús prioritari de la MMSE Mini-Mental per la baixa precisió diagnòstica específica per a la SPCI, malgrat ser una escala àmpliament utilitzada en la pràctica assistencial.^[13,18] No s'ha d'oblidar que la presència de **deliri** és el principal predictor de seqüeles cognitives a llarg termini, per la qual cosa és imprescindible monitorar-lo mitjançant instruments ja instaurats com ara la CAM-UCI.^[1,15]
4. En el **domini mental**, la **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** es considera l'estàndard d'or d'aquest domini per la seva ràpida avaluació a peu de llit i la sensibilitat d'entre el 77 i el 82% per al cribratge inicial de l'ansietat i la depressió.^[13,18,27] La **Impact of Event Scale-6 (IES-6)** permet avaluar el TEPT en la pràctica assistencial de manera més eficient que la seva versió extensa, mantenint una alta sensibilitat i especificitat.^[13,28]
5. Finalment, la **QdVRS** no és un domini específic de la SPCI, però és fonamental en el seguiment de l'impacte real de les seqüeles en la vida diària. L'**EuroQol 5-Dimensions 5-Levels (EQ-5D5L)** avalua breument 5 dominis (mobilitat, autocura, activitats habituals, dolor/malestar i ansietat depressió).^[2,9,10] No obstant, l'eina més utilitzada és el **Short Form-36**, malgrat que el seu ús està

desaconsellat a peu de llit per la seva llarga extensió. És preferible la versió breu SF-12, més eficient per a ús clínic, per reduir l'estrès i temps de resposta, cosa que en facilita el seguiment.

La identificació sistemàtica de factors de risc i predictius resulta determinant per realitzar un **triatge eficaç dels pacients diana** candidats a intervencions com ara el diari d'UCI, que incideixen especialment en els dominis mental i cognitiu. Per altra banda, estandarditzar eines validades permet comparar resultats entre pacients i centres hospitalaris i avaluar l'impacte global dels diaris d'UCI en la pràctica clínica. Malgrat això, cal considerar que els diaris s'emmarquen en una experiència individual del pacient, amb una naturalesa narrativa i emocional multifactorial i complexa que sempre provocarà una dificultat d'homogeneïtzació.

6.5. Intervencions i rol d'infermeria: els diaris d'UCI

La implementació de programes de continuïtat de cures liderats per infermeria ha demostrat ser una estratègia clau per afavorir l'autonomia funcional i reduir la mortalitat hospitalària.^[2] Malgrat la manca d'evidència robusta sobre l'efecte directe d'aquestes intervencions en els símptomes físics i psicològics, s'ha confirmat la seva eficàcia en la reducció significativa dels reingressos a la unitat de crítics.^[11] En aquest sentit, l'atenció centrada en la persona esdevé un factor mediador essencial per mitigar les experiències traumàtiques viscudes pel pacient,^[19] justificant així l'anàlisi detallada d'eines de reconstrucció narrativa com els diaris d'UCI. Amb tot, cal reconèixer que l'evidència sobre l'efectivitat dels diaris és heterogènia. Mentre que alguns estudis suggereixen beneficis psicològics clars, d'altres no troben diferències significatives respecte a les cures estàndard, cosa que obliga a una aplicació crítica i individualitzada.^[2]

6.5.1. Teoria i anàlisi conceptual dels diaris d'UCI

Conceptualment, el diari d'UCI es defineix com un registre narratiu redactat en un llenguatge col·loquial, empàtic i reflexiu, liderat principalment per infermeria, però que integra les veus dels familiars o cuidadors.^[20] Aquesta eina transcendeix el simple registre de dades clíniques per esdevenir un instrument de connexió humana que permet preservar la personificació (*personhood*) del pacient. L'estructura d'aquests diaris pivota sobre tres eixos: la **provisió d'informació cronològica** (per omplir els buits de memòria i mitigar els records delirants), la **creació d'un vincle personal** entre el pacient, la família i l'equip; i la seva funció com a **mètode d'afrontament emocional**.^[21]

Tot i el seu valor humanitzador, el diari no s'ha d'entendre només com un llibre de records, sinó com una intervenció clínica que busca substituir la narrativa del pacient per una de realista, per evitar el desenvolupament de psicopatologies posteriors.^[2,24]

6.5.2. Aplicabilitat i formes d'implementació dels d-UCI

L'aplicabilitat dels diaris d'UCI com a eina d'humanització i suport emocional és àmpliament reconeguda, tot i que l'èxit de la seva implementació depèn directament de l'elecció del format i de la capacitat d'adaptació de l'entorn hospitalari.^[22,24,25] A partir de l'anàlisi de les fonts, es diferencien dos grans models d'aplicació:

- **Diaris en format paper (tradicionals):** es basen en l'ús de llibretes físiques situades al costat del llit, on el personal i les famílies escriuen a mà amb un llenguatge quotidià. És una intervenció de baix cost, no invasiva i molt ben valorada per «omplir els buits de memòria» del pacient.^[22,24] En alguns casos, s'incorporen fotografies instantànies que aporten una sensació de realitat al procés de recuperació.^[22]
- **Diaris en format digital (electrònics):** el punt fort d'aquest format és que utilitzen plataformes o aplicacions que permeten la col·laboració remota i l'accés independent del lloc, i a més, faciliten la participació de familiars que no poden ser presents a la unitat. Com a contrapartida, genera més preocupacions sobre la privacitat de les dades i presenta reptes tecnològics com la complexitat del registre (inici de sessió), la manca de competències digitals de certs usuaris o una possible connexió a internet deficient a l'UCI.^[25]

Pel que fa als **reptes d'implementació**, la resistència dels professionals a la coescriptura s'identifica com una barrera transversal, sovint motivada per la percepció errònia que augmenta la càrrega de treball.^[24,25] Tanmateix, l'evidència desmenteix aquesta preocupació: projectes liderats per infermeria demostren que el 77% dels professionals no senten que el diari afecti negativament el seu flux de treball i, a més, l'utilitzen com una eina terapèutica de *debriefing* que els ajuda a processar situacions clíniques complexes.^[22] Aquesta reticència inicial es manifesta en tres factors clau:

1. **Manca de cultura institucional:** en centres on els diaris no són una pràctica arrelada, gairebé la meitat de la infermeria pot no haver sentit a parlar mai dels diaris o de la SPCI.^[22,24] Això suggereix que la intervenció no pot dependre només de la bona voluntat individual, sinó que requereix un lideratge infermer que la integri en el model de seguretat del pacient.

2. **Implicació inconsistent:** en ser una «teràpia nova» i sovint voluntària, pot derivar en una falta de continuïtat en els registres si l'entorn no promou activament l'eina.^[24] Una narrativa fragmentada o discontinua podria ser contraproductiu, ja que fracassaria en el seu objectiu primordial de reconstruir un relat cronològic i coherent per al pacient.
3. **Dificultat de transició:** s'ha comprovat que és molt més senzill implementar els diaris digitals en unitats que ja tenen experiència prèvia amb els diaris de paper, ja que els professionals ja estan habituats a la seva dinàmica de lectura i escriptura.^[25] Per tant, es podria considerar que l'estratègia més encertada per a les unitats que no han disposat mai de diaris d'UCI és iniciar la intervenció amb diaris de paper.

6.5.3. Impacte en el pacient dels d-UCI

L'anàlisi de l'impacte clínic dels d-UCI en la recuperació dels pacients revela un panorama complex i heterogeni. D'una banda, diverses metaanàlisis recents indiquen que els diaris són una eina eficaç per reduir la incidència del TEPT, la depressió i millorar la qualitat del son.^[20,22] En contraposició, estudis controlats aleatoris com el de Sayde *et al.* (2020), no han trobat beneficis en la reducció de la morbiditat psicològica en comparació amb el lliurament de simple material educatiu. Aquesta diversitat de resultats s'atribueix a la variabilitat en la implementació, el moment del lliurament del diari (sovint massa precoç, quan el pacient encara pateix deliri) i la manca d'un seguiment especialitzat postalta que acompanyi la lectura.^[24] Respecte a l'ansietat, els resultats també són inconsistents: mentre que algunes fonts indiquen que el diari millora l'ansietat en ajudar el pacient a reconstruir la memòria objectiva dels esdeveniments i a distingir les al·lucinacions dels fets reals,^[20,22] d'altres no han pogut confirmar aquest benefici.^[11,24]

Un aspecte clau per a la seguretat clínic és que els d-UCI no causen dany ni deteriorenen el funcionament físic o psicològic del pacient.^[20,22] Tot i que la lectura pot desencadenar emocions intenses (com plors, tristesa o xoc), aquestes es defineixen com un «viatge emocional» i una reacció natural d'afrontament i autoregulació davant l'estrès viscut, on els beneficis superen clarament els riscos potencials.^[36] No obstant això, cal aplicar la intervenció amb cautela, ja que en pacients amb conductes d'evitació o alts nivells d'hiperalerta existeix la possibilitat que el diari pugui exacerbar el TEPT el retrobar-se amb records traumàtics sense acompanyament professional.^[24] Per aquest motiu es

recomana avaluar prèviament del risc de TEPT abans de fer el lliurament del diari i realitzar una primera lectura conjunta amb la infermera per clarificar conceptes i evitar efectes negatius.^[20] Aquesta vulnerabilitat psicològica evidencia que el lliurament del diari no pot ser un acte mecànic, sinó una intervenció clínica acurada que requereix supervisió. Per tant, per garantir aquesta seguretat, és indispensable una formació específica prèvia als professionals que abordi tant la tècnica d'escriptura com la gestió emocional de la intervenció.

6.6. Conseqüències i complicacions de la SPCI: experiència del pacient

L'objectiu dels d-UCI ha de ser evitar les complicacions de la SPCI, especialment les dels dominis mental i cognitiu. L'estada a l'UCI pot ser recordada en forma de records fragmentats, al·lucinacions, buits de memòria, records delirants, malsons i *flashbacks* traumàtics.^[20,21,25] El deteriorament cognitiu pot provocar incapacitat per a la realització de les ABIVD.^[8,18] Físicament, la debilitat adquirida a l'UCI es manifesta en forma de fatiga extrema i dolor crònic, que provoca dependència i augmenta la càrrega de la persona cuidadora.^[12,18] També és important destacar la incorporació de **l'esfera social** com un domini essencial de la síndrome. La teoria suggereix que els pacients sovint han d'acceptar una «nova normalitat» o un «jo vulnerable» després de l'alta, on la incapacitat per reprendre el rol social previ actua com un potent factor de pèrdua de qualitat de vida. Els supervivents d'UCI reporten aïllament social i dificultat per incorporar-se a la feina, cosa que implica un impacte econòmic que, alhora pot agreujar l'estrès o l'ansietat.^[1,15]

El moment de lliurament del diari és un factor crític que genera discrepàncies en la pràctica, que varia des de l'alta a la unitat fins als 3 mesos posteriors. En tot cas, l'evidència recomana evitar una entrega precoç que coincideixi amb estats de confusió que comprometin la seguretat psicològica del pacient.^[20] Amb tot, es demostra que **els dominis físic, cognitiu, mental i social estan interconnectats**. Una disfunció física pot exacerbar un trastorn psicològic, el qual, al seu torn, dificulta la reconstrucció social del supervivent.^[1] És per això que la premissa de la SPCI basa la recuperació del pacient en quelcom molt més profund que la mera supervivència a la patologia de base que ha provocat el seu ingrés a la UCI.^[9,21] El rol del diari ha de transcendir el simple recordatori personal per consolidar-se com a una intervenció estructurada que permeti substituir la narrativa fragmentada del pacient per una de realista, humanitzant l'atenció crítica i garantint una continuïtat de cures realment acompanyada per la reconstrucció biogràfica de la persona.

7. UN PROJECTE D'IMPLEMENTACIÓ: DIARIS D'UCI

7.1. Fonamentació i disseny general del projecte

› **Títol del projecte**

Implementació dels diaris d'UCI.

› **Personal destinatari**

Equip d'infermeria, medicina i tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAI).

› **Introducció i justificació**

L'ingrés en una UCI representa una amenaça biològica i una fractura en la trajectòria vital del pacient. Tot i que la supervivència actual a les unitats crítiques és superior al 90%, la **Síndrome Postcures Intensives** (SPCI) afecta més de la meitat dels supervivents, esdevenint un repte sanitari de primera magnitud. Durant l'estada, la sedació i el deliri creen «llacunes de memòria» que el pacient sovint omple amb records al·lucinatoris angoixants.

Davant d'aquesta realitat, la recerca realitzada permet fer una proposta d'implementació concreta dels **diaris d'UCI**, dissenyada per incorporar-se en la pràctica clínica infermera de manera útil i pertinent. Aquesta proposta s'articula com una eina de prevenció terciària que busca «humanitzar» la tecnologia de les UCI i oferir un pont narratiu entre l'estat crític i la recuperació del pacient. Mitjançant el diari, es facilita que el pacient entengui el seu propi procés a través de la veu dels qui l'han cuidat, mitigant l'impacte de l'hospitalització i afavorint la seva recuperació emocional i cognitiva.

› **Objectius**

- Reduir les seqüeles mentals i cognitives, així com la incidència de la SPCI dels pacients ingressats.
- Facilitar la reconstrucció narrativa del pacient en la seva estada a la UCI.
- Humanitzar la UCI.

› **Àmbits d'aplicació**

- Unitat de Cures Intensives.
- Unitat Coronària.
- Unitat de Semicrítics.

› **Material**

Diari; quadern físic de paper.

7.2. Procés de selecció: Població diana

› **Criteris d'inclusió: perfil de risc de la SPCI**

Pacients hospitalitzats a la UCI que presentin més d'un dels següents factors de risc: edat ≥ 65 anys, antecedents de fragilitat psicosocial (ansietat, depressió, baix suport social), previsió de ventilació mecànica ≥ 24 hores, previsió d'estada a la UCI ≥ 72 hores, exposició de sedació profunda, presència de deliri o previsió d'alta amb destí a una altra unitat hospitalària.

Malgrat que l'evidència analitzada considera el gènere femení com a un factor de risc, en la pràctica clínica aquest no hauria d'esbiaixar la decisió d'inclusió del pacient.

› **Criteris necessaris: suport actiu**

Es considera imprescindible la presència i voluntat de mínim una persona cuidadora principal que col·labori en el registre narratiu i que actuï de suport emocional, durant i després de l'ingrés.

Malgrat que l'equip d'infermeria pugui liderar el registre narratiu^[22], això suposaria un augment de la càrrega assistencial de les infermeres a la UCI, que no sempre és possible a causa de la càrrega assistencial. I tot i que l'evidència suggereix que aquesta intervenció no té un impacte negatiu en el volum de feina, tampoc no especifiquen en aquests articles la ràtio d'infermera-pacient de la UCI, per tant, no és possible avaluar la viabilitat real del projecte.

› **Criteris d'exclusió: barreres i pronòstic**

Es descarten pacients amb deteriorament cognitiu o diagnòstic psiquiàtric greu previ, situacions de pronòstic infaust immediat, analfabetisme del pacient, barreres idiomàtiques que impedeixin la comprensió del diari o negativa de les persones cuidadores.

7.3. Procediment: procés d'escriptura

› **Format i contingut del diari**

Es proposa un model híbrid que s'adapti a la unitat. Tot i que el digital faciliti la participació remota, el format paper s'estableix com a primera opció en unitats sense experiència prèvia per facilitar l'hàbit d'escriptura i la proximitat a peu de llit.

Es lliurarà a la família o cuidador/a una llibreta física que romandrà ubicada dins el box per facilitar l'escriptura a peu de llit. El quadern disposarà d'una portada personalitzada i una capçalera que identifiqui clarament el pacient, reforçant així la seva identitat. Per exemple:

- Títol: El meu Diari d'UCI
- Identificació: Nom i Cognoms del pacient escrit a mà.
- Ubicació: [Número de Box] – Unitat de Cures Intensives. Hospital Universitari Joan XXIII.

La primera pàgina del diari contindrà un text d'obertura fonamental per orientar la persona en el temps i que expliqui el sentit d'aquest diari, com per exemple:

«Benvolgut/da [Nom del pacient],

*Has estat ingressat a la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital Universitari Joan XXIII
des del dia [Data] a causa de [Motiu d'ingrés].*

*Aquest diari ha estat escrit per la teva família i l'equip que t'ha cuidat per ajudar-te a
recordar el que ha passat aquests dies i perquè puguis conèixer la història de la teva
recuperació.*

*Esperem que la seva lectura t'ajudi a entendre millor tot el que ha passat i t'acompanyi
a aconseguir una recuperació plena, evitant que el pas per la unitat deixi petjada en el
teu benestar emocional i cognitiu.»*

A partir d'aquí ja es farà la redacció, amb llenguatge col·loquial, empàtic i sense tecnicismes. Cal prioritzar la qualitat de les entrades per sobre de l'extensió. Es narraran esdeveniments ocorreguts dins la UCI, esdeveniments d'actualitat o d'interès del pacient i missatges personals del seu entorn social i familiar. Es permeten documents adjunts en forma de fotografies o dibuixos (o en cas de diaris digitals: àudios, vídeos, etc.) que ajudin a contextualitzar els records. Els arxius audiovisuals mai no poden ser de l'interior de l'hospital ni molt menys de l'habitació del pacient).

› **Persones participants en el diari**

El diari és un instrument multidisciplinari coordinat per infermeria. S'aconsella que integri principalment la perspectiva familiar i de suport, tant de les persones que visiten la UCI com qui espera des de fora. Es pot complementar amb entrades de l'equip assistencial de manera puntual.

7.4. Procés d'entrega i seguiment post-UCI

› **Moment d'entrega del diari**

El període idoni per a l'entrega és entre els 2 i 3 mesos posteriors de l'alta, un cop el pacient ha assolit una major estabilitat clínica i emocional. Es desaconsella el lliurament just en el moment de l'alta hospitalària per evitar un impacte emocional aclaparador en una fase de vulnerabilitat.

L'entrega s'ha de realitzar de manera supervisada en el marc de la consulta post-UCI liderada per una infermera referent. La presència d'un professional durant la primera lectura és fonamental per gestionar l'angoixa o les emocions que el relat pugui desencadenar, facilitant així l'inici de la reconstrucció narrativa del pacient i actuant com una eina clau en la prevenció i cribratge de la SPCI.

› **Cribratge de SPCI i instruments de seguiment (1, 3, 6 i 12 mesos):**

En el moment de l'alta de l'UCI, es realitzarà un cribratge inicial mitjançant el *PICS Questionnaire* (PICS-Q) per identificar de manera precoç el risc de desenvolupar SPCI. Davant d'un resultat positiu, s'activarà el protocol de seguiment post-UCI, amb visites programades al mes i als 3, 6 i 12 mesos posteriors a l'alta. Independent de la unitat de destí, l'avaluació en cada revisió s'haurà de dur a terme mitjançant els següents instruments validats:

- **Àrea física:** Valoració de les ABVD mitjançant l'**Índex de Barthel** i avaluació de la capacitat funcional amb el **6-minute walk test**.
- **Àrea cognitiva:** Detecció del deteriorament cognitiu a través del test **MoCA**.
- **Àrea de Salut Mental:** Cribratge de simptomatologia ansiosodepressiva amb l'escala **HADS** (validada per ús ambulatori en SPCI) i detecció del TEPT mitjançant l'escala **IES-R**.

Aquesta avaluació periòdica és essencial per recollir dades sobre l'evolució del pacient i permetre que la infermera responsable de la consulta post-UCI analitzi l'impacte de la intervenció realitzada amb el diari.

7.5. Complicacions i maneig

Durant el desenvolupament del projecte d-UCI, poden sorgir situacions clíniques o logístiques que requereixin una adaptació del protocol original:

- **Transició a cures pal·liatives o canvi de pronòstic:** si el pronòstic passa a ser infaust, el diari ha de canviar el seu enfocament. Deixa de ser una eina de recuperació per convertir-se en un espai de llegat i comiat. La redacció s'ha de centrar en missatges d'agraïment, confort i dignitat, assegurant que el diari reflecteixi el respecte i l'afecte de l'entorn en l'etapa de final de vida.
- **Èxit inesperat** (mort del pacient): en cas de defunció, el diari no s'ha d'interrompre de manera brusca ni descartar-lo. S'ha de convertir en una eina de suport de dol per a la família. El quadern s'ha d'oferir als familiars com un record de l'acompanyament i les cures rebudes, fent l'entrega de manera sensible en una cita posterior, cosa que els permet processar els darrers moments de vida del seu familiar, supeditat, en tot moment, a la seva voluntat i decisió expressa.
- **Abandonament del registre per part dels cuidadors:** si es detecta que la família deixa d'escriure, l'equip d'infermeria ha d'avaluar si es deu a una sobrecàrrega emocional o falta de comprensió del projecte. En aquests casos, infermeria pot registrar fites puntuals per garantir el fil narratiu. Si l'abandonament és definitiu i no hi ha ningú que pugui fer el seguiment postalta, s'avaluarà la suspensió de la intervenció per evitar un registre incomplet que pugui generar frustració posterior.

7.6. Sistema d'avaluació: indicadors

S'avaluarà durant 12 mesos mitjançant:

1. **Indicadors de procés:** taxes d'oferta del diari, d'execució real i d'abandonament, així com especificant el motiu de cadascun.
2. **Indicadors de resultats:** millora de la puntuació en l'escala de qualitat de vida **EQ-5D-5L** i incidència de simptomatologia mental i cognitiva segons els cribatges periòdics: a l'alta de la UCI i al cap d'1, 3, 6 i 12 mesos. També cal avaluar l'alta a domicili si aquesta no coincideix amb cap d'aquests moments

anteriors. També cal avaluar prèviament i posteriorment a l'entrega del diari si aquest no coincideix amb cap d'aquests moments.

- 3. Satisfacció:** enquestes tipus Likert a pacients i famílies sobre la utilitat percebuda dels diaris d'UCI. També es pot optar per entrevistes qualitatives.

Cal assignar una o dues infermeres responsables del projecte que puguin fer el seguiment dels pacients en una consulta post-UCI i recollir totes les dades per a l'avaluació del projecte.

7.7. Registre en la història clínica

La infermera responsable ha de garantir la traçabilitat de la intervenció mitjançant un registre estructurat a la història clínica del pacient, a l'apartat: Evolutiu de Família. Aquest registre ha d'aportar valor clínic, incloent-hi:

- **Inici de la intervenció:** Data de lliurament del diari i identificació de la persona cuidadora principal que assumeix el compromís d'escriptura.
- **Seguiment i implicació:** Cal registrar periòdicament el grau d'implicació de la família durant el procés (com angoixa davant l'escriptura, por al record o bloqueig narratiu) o limitacions logístiques que puguin dificultar la continuïtat del diari.
- **Comunicació interprofessional:** El registre ha de servir de base per a la transmissió d'informació durant el canvi de torn, assegurant que tot l'equip conegui l'estat de la intervenció i pugui fomentar un entorn empàtic i col·laboratiu.

Aquesta informació serà fonamental perquè la infermera referent de la consulta post-UCI pugui avaluar la intervenció de manera integral i analitzar els indicadors de procés i resultats del projecte.

7.8. Documents relacionats

Per a la correcta implementació i seguiment del projecte d-UCI, es disposa dels següents documents de suport, els quals es troben detallats a l'annex 2:

1. Guia informativa per a famílies (Infografia).
2. Infografia/algoritme d'actuació per a infermeres.
3. Model de portada i text d'obertura personalitzat.
4. Full de recollida de dades de la consulta post-UCI.

8. LIMITACIONS

La principal limitació d'aquest estudi ha estat la manca de temps inherent a un Treball de Fi de Grau. Disposar d'un temps inferior a un curs acadèmic per realitzar una investigació impedeix dur a terme una recerca i una anàlisi verdaderament profundes de la SPCI.

A més a més, també dificulta la posada en pràctica del projecte d'implementació. A aquesta també se li sumen els comitès de bioètica hospitalaris, que són un instrument imprescindible per garantir la moralitat, la legalitat i la pertinença d'una investigació que tracta amb persones, però que necessiten temps per avaluar el projecte que en alguns casos excedeix la mateixa temporalitat del Treball de Fi de Grau.

Pel que fa als resultats obtinguts després de la recerca, la manca de consens sobre els factors de risc de la SPCI o sobre la veritable eficàcia dels d-UCI ha limitat la possibilitat de crear un marc teòric consistent que permeti sostenir l'aplicació pràctica en el projecte posterior. Per altra banda, també ha obert la possibilitat d'explorar els diaris com a una eina complexa, dependent de molts factors i influenciada per aquests.

El caràcter teòric de la proposta d'implementació i el fet de no haver pogut executar una fase pilot real en una UCI impedeix mesurar paràmetres com ara la resistència al canvi dels professionals assistencials. Així, és difícil preveure si la càrrega de treball diària de la infermera permetria impulsar la redacció sistemàtica i qualitativa dels diaris.

Tot i seguir les recomanacions PRISMA per estructurar el procés de cerca i selecció bibliogràfica, alguns ítems del llistat de verificació no van ser aplicables atès que es tracta d'una revisió narrativa amb procés sistematitzat i sense síntesi quantitativa ni metaanàlisi.

Amb tot, creiem haver elaborat un apropament entre teoria i pràctica en traçar una línia d'investigació que finalitzi en un projecte assistencial que té per objectiu beneficiar el pacient i el seu entorn alhora que converteix l'experiència sanitària en una vivència més humana.

9. CONCLUSIONS

La SPCI és una fallada en la continuïtat biogràfica i identitària del pacient. L'aplicació dels diaris d'UCI es presenta com a una intervenció humanitzada amb un impacte positiu i multidimensional en la prevenció i reducció de la SPCI en el pacient adult. El diari actua com a una eina de reconstrucció narrativa que mitiga directament les seqüeles cognitives i mentals.

1. Malgrat l'heterogeneïtat dels resultats sobre l'eficàcia dels d-UCI, l'evidència més recent conclou que són una eina de baix cost capaç de mitigar les seqüeles psicològiques, omplir les llacunes de memòria, contextualitzar els records delirants i facilitar una reducció de la incidència del TEPT i la depressió.
2. Les seqüeles principals associades a la SPCI, per dominis, són: en el físic, la debilitat adquirida a la UCI, la fatiga extrema i el dolor crònic; en el cognitiu, dèficits de memòria, d'atenció, de concentració i de realització de les ABIVD; i en el mental, l'ansietat, la depressió i el TEPT. Aquestes seqüeles actuen de manera interconnectada.
3. Les infermeres de cures intensives emergeixen com a líders en la gestió del diari. El rol d'infermeria és facilitador i s'han d'encarregar de la detecció de la població diana, la proposta de la intervenció i el seguiment post alta.
4. L'ús dels diaris d'UCI es justifica pel seu gran valor humà, ja que ajuden el pacient a recuperar la seva identitat dins d'un entorn ple de tecnologia. Aquesta eina posa en pràctica la teoria de Jean Watson, perquè transforma l'assistència tècnica en un acte de connexió personal profunda.
5. La nostra proposta busca solucionar aquesta falta de consens trobada en la literatura i estandarditzar protocols per detectar el risc de SPCI en el moment de l'ingrés, que defineixin clarament la població diana, el format, el contingut, el moment òptim de lliurament i la continuïtat de cures.

10. ANNEXOS

10.1. Annex 1: Procés de cerca segons cada base de dades

Equació de recerca	Núm. d'articles retornats	Núm d'articles retornats després de l'aplicació de filtres automàtics	Núm d'articles seleccionats per criteris d'inclusió	Núm d'articles seleccionats per títol i resum	Núm d'articles escollits després de la lectura crítica
PUBMED					
((("Intensive Care Units"[Mesh]) NOT ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh])) AND "Diaries as Topic"[Mesh])	35	27	17	10	5
((("postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]) NOT ("Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh])	196	176	70	40	13
((("postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]) AND ("Critical Care Nursing"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])	1154	Equació rebutjada per retornar una recerca massa àmplia.			
(((((("postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]) AND "Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading])	1154	Equació rebutjada per retornar una recerca massa àmplia.			
(((((("postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]) AND "Diary" [Publication Type])) OR "Diaries as Topic"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh])	32	Equació rebutjada perquè inclou duplicats de la recerca 1 i per incloure articles de pediatria.			
("prevention and control" [Subheading]) AND "postintensive care syndrome" [Supplementary Concept]	7	Equació amb resultats inclosos en l'equació de recerca 2.			
Subtotal (només de les recerques seleccionades)	231	203	87	49	18

Equació de recerca	Núm. d'articles retornats	Núm d'articles retornats després de l'aplicació de filtres automàtics	Núm d'articles seleccionats per criteris d'inclusió	Núm d'articles seleccionats per títol i resum	Núm d'articles escollits després de la lectura crítica
CINAHL					
(post-intensive care syndrome or post intensive care or post icu or post-icu or post critical illness or post-critical illness or pics) AND (diaries or icu diaries or intensive care diaries or intensive care diary or critical care diary or icu diary) NOT (pediatric or child or children or infant or adolescent) NOT pediatrics NOT (neonate or neonatal or premature or preterm or newborn or infant)	60	18	7	5	3
(post-intensive care syndrome or post intensive care or post icu or post-icu or post critical illness or post-critical illness or pics) AND prevention NOT (pediatric or child or children or infant or adolescent) NOT pediatrics NOT (neonate or neonatal or premature or preterm or newborn or infant)	112	Equació rebutjada per no retornar resultats rellevants.			
(post-intensive care syndrome or post intensive care or post icu or post-icu or post critical illness or post-critical illness or pics) AND (prevention or intervention or treatment or program) AND (risk factors or contributing factors or predisposing factors) NOT (pediatric or child or children or infant or adolescent) NOT (pediatrics or children or pediatric or child or infant or adolescent) NOT (neonate or neonatal or premature or preterm or newborn or infant) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	199	84	18	15	1
Subtotal (només de les recerques seleccionades)	259	102	25	20	4

Equació de recerca	Núm. d'articles retornats	Núm d'articles retornats després de l'aplicació de filtres automàtics	Núm d'articles seleccionats per criteris d'inclusió	Núm d'articles seleccionats per títol i resum	Núm d'articles escollits després de la lectura crítica
COCHRANE					
#1 MeSH descriptor: [Intensive Care Units] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Diaries as Topic] explode all trees #3 (#1 AND #2) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos (Se han buscado variaciones de la palabra)	4	3	2	1	0
#1 MeSH descriptor: [Diaries as Topic] explode all trees #2 (post-intensive care syndrome):ti,ab,kw NOT (pediatrics):ti,ab,kw NOT ("neonatal"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos #3 (#2 AND #4) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos	0	Equació rebutjada per no retornar resultats			
#1 (post-intensive care syndrome):ti,ab,kw NOT (pediatrics):ti,ab,kw NOT ("neonatal"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos #2 icu-diary con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos (Se han buscado variaciones de la palabra) #3 (#1 AND #2) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos	7	4	1	0	0
#1 MeSH descriptor: [Intensive Care Units] explode all trees #2 (post-intensive care syndrome):ti,ab,kw NOT (pediatrics):ti,ab,kw NOT ("neonatal"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos #3 (#1 AND #2) con año de publicación de 2020 hasta 2025,	26	26	7	0	0

Equació de recerca	Núm. d'articles retornats	Núm d'articles retornats després de l'aplicació de filtres automàtics	Núm d'articles seleccionats per criteris d'inclusió	Núm d'articles seleccionats per títol i resum	Núm d'articles escollits després de la lectura crítica
en Ensayos (Se han buscado variaciones de la palabra)					
#1 MeSH descriptor: [Intensive Care Units] explode all trees #2 icu-diary con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos (Se han buscado variaciones de la palabra) #3 (#1 AND #2) con año de publicación de 2020 hasta 2025, en Ensayos (Se han buscado variaciones de la palabra)	9	6	2	0	0
Subtotal (només de les recerques seleccionades)	46	39	12	1	0
SCIELO					
(diario de uci) AND (síndrome post curas intensivas)	0	Equació rebutjada per no retornar resultats.			
(diario de uci) OR (síndrome post curas intensivas)	24	2	0	0	0
(paciente crítico) AND (uci) AND (secuelas) OR (post-uci)	102	29	25	2	0
Subtotal (només de les recerques seleccionades)	126	31	25	2	0
TOTAL	662	375	149	72	22

Taula 7: Procés de cerca segons cada base de dades. Elaboració pròpia.

10.2. Annex 2: Documents d'elaboració pròpia de suport del projecte

1. Guia informativa per a famílies

GUIA PER A LES FAMÍLIES DIARI D'UCI



QUÈ ÉS EL DIARI?

El diari d'UCI és una eina per omplir els “**buits de memòria**” del pacient mitjançant un relat compartit entre la família i l'equip d'infermeria.

COM ESCRIURE ?

UTILITZA UN LLENGUATGE COL·LOQUIAL I EMPÀTIC, EVITANT TECNISMES MÈDICS

Parla-li com sempre ho faries.

Explica com ha anat el dia, els petits moments.

Escriu com et sents, què li diries.

L'important és el sentiment, no l'extensió !

QUÈ HI PODEM POSAR ?

Esdeveniments diaris de la UCI (visites, millores...)

Notícies del món exterior (família, amics, festes...)

Missatges d'ànim i paraules que acompanyin.

Dibuixos o fotografies (sempre respectant la dignitat del pacient)

Aquí és l'important de l'avi!
Un dibuix per a tu
T'estimem i t'esperem. Ets molt fort!
El teu company et troba a faltar

PER QUÈ SERVEIX?



Ajuda el pacient a distingir la realitat de les al·lucinacions o malsons.



Redueix el risc de patir seqüeles com l'ansietat o l'estrés posttraumàtic.



Ajuda a preservar la seva dignitat i identitat.



Enforteix el vincle amb la família i l'equip sanitari.

Cada paraula és un fil que teixeix memòria, amor i esperança.

MOMENT DE RETROBAMENT

- El diari es lliurarà entre **2 i 3 mesos** després de l'alta.
- El llegireu **plegats**, amb calma, en una consulta amb l'infermera.
- Serà un moment per **recordar, comprendre, emocionar-se i tancar** una etapa.



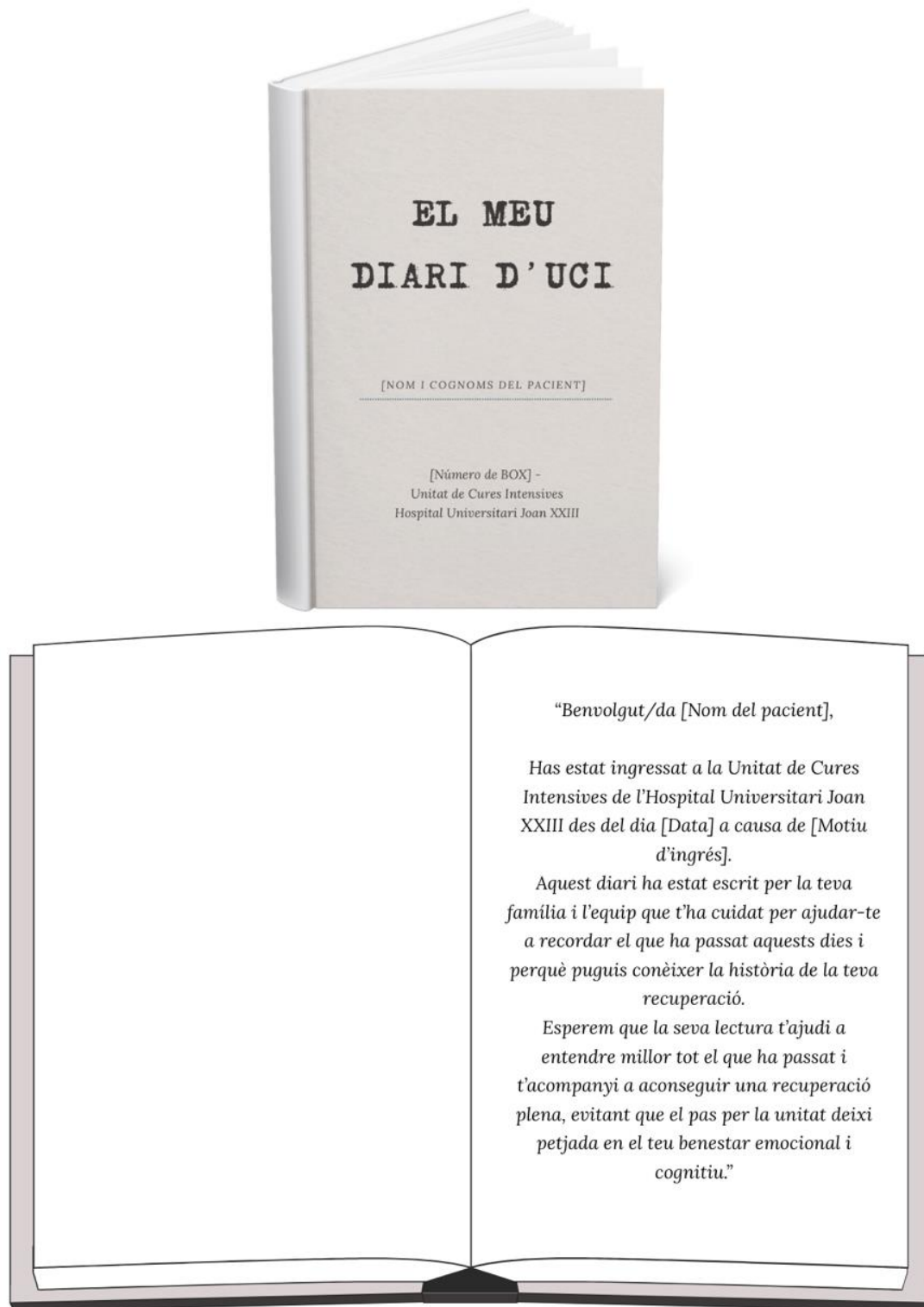
Imatge 2: Infografia informativa dels d-UCI per a les famílies. Elaboració pròpia.

2. Algoritme d'actuació per a infermeres



Imatge 3: Infografia amb l'algoritme d'actuació dels d-UCI per a infermeres. Elaboració pròpia.

3. Model de portada i text d'obertura personalitzat



Imatge 4: Model de portada i primera plana del d-UCI. Elaboració pròpia.

5. Full de recollida de dades de la consulta post-UCI

RECOLLIDA DE DADES I ENQUESTA DE SATISFACCIÓ: PROJECTE DIARIS D'UCI

Aquest document és una eina clínica per a la gestió de la continuïtat assistencial i el seguiment proactiu de la Síndrome Post-Cures Intensives (SPCI). Ha de ser emplenat per la infermera especialista referent del projecte.

NOM I COGNOMS DEL PACIENT:

EDAT:

DATA INGRÉS ____/____/____ ALTA UCI: ____/____/____ DIES ESTADA: ____

NOM I COGNOMS CUIDADOR/A PRINCIPAL:

RELACIÓ O PARENTIU: _____

1. IDENTIFICACIÓ I DADES DE L'INGRÉS

FACTORS DE RISC SPCI:

☐ EDAT ≥ 65 ☐ SEDACIÓ PROFUNDA
☐ VM > 24H ☐ DELIRI
☐ ESTADA > 72H ☐ ALTA AMB DESTÍ A UNA ALTRE UNITAT. QUINA?
☐ AP FRAGILITAT PSICOSOCIAL _____

CRIBRATGE INICIAL A L'ALTA (PICSQ): ☐ POSITIU ☐ NEGATIU

PUNTACIÓ TOTAL (RISC BASAL): _____

2. SEGUIMENT DE LA INTERVENCIÓ: DIARI D'UCI

DATA REAL DE LLIURAMENT: ____ / ____ / _____

GRAU D'IMPLICACIÓ FAMILIAR DURANT L'INGRÉS: ☐ ALT ☐ MITJÀ ☐ BAIX

AUTORIA PRINCIPAL: ☐ FAMÍLIA ☐ INFERMERIA ☐ MIXTE

BLOQUEIG NARRATIU: ☐ SÍ ☐ NO

POR AL RECORD (CONDUCTA EVITATIVA): ☐ SÍ ☐ NO

OBSERVACIONS SOBRE LA PRIMERA LECTURA:

S'HA DEIXAT EL DIARI? ☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPOSTA ANTERIOR ÉS "SÍ", PER QUÈ?

☐ ABANDONAMENT DEL REGISTRE PER PART DE LA FAMÍLIA
☐ TRANSICIÓ A CURES PAL·LIATIVES O CANVI DE PRONÒSTIC
☐ ÈXITUS

ALTRES: _____

3. VALORACIÓ CLÍNICA (ESCALES I CRIBRATGE)

ÀREA FÍSICA

- ÍNDEX DE BARTHEL (ABVD): _____ PUNTS.
- 6-minutes walking test (Cap.funcional): _____ METRES.

ÀREA COGNITIVA

- TEST MoCA (Det. Cognitiu): _____ /30.

ÀREA DE SALUT MENTAL

- ESCALA HADS (Ansietat/Depressió): A:_____ / D:_____.
- ESCALA IES-R (Estrès posttraumàtic): _____ PUNTS.

QUALITAT DE VIDA

- EuroQol-5D-5L: _____

TESTS	1 MES	3 MESOS	6 MESOS	12 MESOS
BARTHEL				
6-MWT				
MoCA				
HADS				
IES-R				
EQ-5D5L				

4. ENQUESTA DE SATISFACCIÓ: LIKERT

PUNTACIONS DE L'1 AL 5 SEGONS L'ENQUESTA PASSADA AL PACIENT

1. El diari m'ha ajudat a entendre millor el que va passar durant el meu ingrés a la UCI.
2. La lectura del diari m'ha servit per omplir els meus buits de memòria i diferenciar la realitat dels records delirants.
3. El diari ha estat una eina útil per gestionar l'angoixa i les emocions derivades de l'hospitalització.
4. L'ús del diari m'ha ajudat a sentir-me tractat com una persona i a recuperar la meua identitat.
5. La lectura conjunta amb la infermera ha estat fonamental per processar el contingut del diari de forma segura.

5. OBSERVACIONS DE CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

RESUM EVOLUTIU INTEGRAL:

Sintetitzar l'evolució de la SPCI, la resposta emocional a la lectura del diari i el grau d'adaptació a la "nova normalitat"

--

PLA DE CURES ACTIU: _____

DERIVACIÓ A ESPECIALISTA: [] NO / [] SÍ: [] PSICOLOGIA [] REHABILITACIÓ

ESTAT DE LA CONTINUÏTAT BIOGRÀFICA:

Transició de la narrativa fragmentada/al·lucinatòria a una de realista i integrada en la trajectòria vital.

--

DATA: ____ / ____ / _____

SIGNATURA DE LA INFERMERA ESPECIALISTA:

Nº DE COL·LEGIAT:

11. BIBLIOGRAFIA

1. Yuan C, Timmins F, Thompson DR. Post-intensive care syndrome: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd; 2021. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103814 PubMed PMID: 33220570.
2. Leiva-Aguado G, Calleja-Serrano MI, Cuenca-Soriano MC, Álvarez-Cebrián F, Castellanos-Ortega Á. Rapid response system and continuity of nursing care programme for the prevention of post-ICU syndrome. *Enferm Intensiva*. 2025;36(2). doi:10.1016/j.enfi.2025.500543
3. Villacreses Merino KM, Bravo Gutiérrez GN, Zambrano Lucas ES, Tigse Tubay LJ. Atención humanizada en UCI. *RECIMUNDO*. 2023;7(4):261–71. doi:10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271
4. Schell CO, Kayambankadzanja, RK, Beane A, Wellhagen A, Kodippily C, Hvarfner A, et al. Hospital burden of critical illness across global settings: a point prevalence and cohort study in Malawi, Sri Lanka and Sweden. *BMJ Glob Health*. 2025;10(3). doi:10.1136/bmjgh-2024-017119
5. Adhikari KJ, Fowler RA, Rubenfeld GD, Gordon D, Rubenfeld D, Adhikari NKJ, et al. Critical Care 1 Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*. 2010;375:1339–85. doi:10.1016/S0140
6. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros de Atención Especializada. Información y estadísticas sanitarias [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 17]. Available from: <https://cpage.mpr.gob.es/>
7. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. Resumen ejecutivo [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 19]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/Informe_Anual_2024_Resumen_ejecutivo.pdf
8. Gravante F, Trotta F, Latina S, Simeone S, Alvaro R, Vellone E, et al. Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. John Wiley and Sons Inc; 2024. p. 807–23. doi:10.1111/nicc.13077 PubMed PMID: 38622971.

9. Tilburgs B, Simons KS, Corsten S, Westerhof B, Rettig TCD, Ewalds E, et al. Associations between Physical, Cognitive, and Mental Health Domains of Post-Intensive Care Syndrome and Quality of Life: A Longitudinal Multicenter Cohort Study. *Crit Care Med.* 2025;53(1):e74–86. doi:10.1097/CCM.0000000000006461 PubMed PMID: 39445920.
10. Ishinuki T, Zhang L, Harada K, Tatsumi H, Kokubu N, Kuno Y, et al. Clinical impact of rehabilitation and ICU diary on critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Crit Care.* 2023;28(4):554–65. doi:10.1111/nicc.12880
11. Johanna Josepha op't Hoog SA, Eskes AM, Johanna van Mersbergen-de Bruin MP, Pelgrim T, van der Hoeven H, Vermeulen H, et al. The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care.* Elsevier Ireland Ltd; 2022. p. 309–20. doi:10.1016/j.aucc.2021.04.010 PubMed PMID: 34120805.
12. Le Marec J, Jouan Y, Ehrmann S, Salmon Gandonnière C. Post-intensive care syndrome. *Revue de Medecine Interne.* Elsevier Masson s.r.l.; 2021. p. 855–61. doi:10.1016/j.revmed.2021.05.005 PubMed PMID: 34088516.
13. Pant U, Vyas K, Meghani S, Park T, Norris CM, Papathanassoglou E. Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review. *Australian Critical Care.* Elsevier Ireland Ltd; 2023. p. 863–71. doi:10.1016/j.aucc.2022.09.007 PubMed PMID: 36464526.
14. Kang J, Lee MH. Incidence rate and risk factors for post-intensive care syndrome subtypes among critical care survivors three months after discharge: A prospective cohort study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2024;81. doi:10.1016/j.iccn.2023.103605 PubMed PMID: 38157567.
15. Gao S, Liang X, Pan Z, Zhang X, Zhang L. Effect size estimates of risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing.* Churchill Livingstone; 2025. doi:10.1016/j.iccn.2024.103888 PubMed PMID: 39561481.
16. Kawakami D, Fujitani S, Morimoto T, Dote H, Takita M, Takaba A, et al. Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a

- prospective, multicenter, observational J-PICS study. *Crit Care*. 2021;25(1). doi:10.1186/s13054-021-03501-z PubMed PMID: 33593406.
17. Ayenew T, Gete M, Gedfew M, Getie A, Afenigus AD, Edmealem A, et al. Prevalence of Post-intensive care syndrome among intensive care unit-survivors and its association with intensive care unit length of stay: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2025;20(5 May). doi:10.1371/journal.pone.0323311 PubMed PMID: 40338918.
 18. Nakanishi N, Liu K, Kawauchi A, Okamura M, Tanaka K, Katayama S, et al. Instruments to assess post-intensive care syndrome assessment: a scoping review and modified Delphi method study. *Crit Care*. 2023;27(1). doi:10.1186/s13054-023-04681-6 PubMed PMID: 37936249.
 19. Kang J, Yun S. Association Between Person-centered Care, Intensive Care Experience, and Post-intensive Care Syndrome in Critical Care Survivors: A Multi-center Prospective Cohort Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2025;19(3):274–83. doi:10.1016/j.anr.2025.03.009 PubMed PMID: 40404095.
 20. Muñoz-Rey MP, Delgado-Hito MP, Juvé-Udina ME, Cuzco-Cabellos C, Huertas-Zurriaga A, Romero-García M. The diary in the intensive care unit: Concept analysis. *Enferm Intensiva*. 2024;35(3):178–87. doi:10.1016/j.enfi.2023.08.002
 21. Kredentser MS, Reynolds K, Marten N, Blouw M, Sareen J, Olafson K. A Thematic Analysis of Intensive Care Unit Diaries Content. *Nurs Crit Care*. 2025;30(4). doi:10.1111/nicc.70107 PubMed PMID: 40671371.
 22. Hackenberger A. Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program. *Crit Care Nurse*. 2023;43(1):20–30. doi:10.4037/ccn2023573 PubMed PMID: 36720281.
 23. Huang W, Gao Y, Zhou L, Xiao X, Xu H, Lu L, et al. Effects of ICU diaries on psychological disorders and sleep quality in critically ill patients and their family members: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2024;122:84–91. doi:10.1016/j.sleep.2024.08.002 PubMed PMID: 39137664.
 24. Sayde GE, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N, Hammer R. Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:96–102. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.06.017 PubMed PMID: 32763640.

25. Schol CMA, van Mol MMC, Berger E, Leerentveld C, Gommers DAMPJ, Ista E. Implementation of a digital diary in the intensive care unit; understanding the facilitators and barriers: A qualitative exploration. *Australian Critical Care*. 2024;37(5):672–9. doi:10.1016/j.aucc.2024.04.002 PubMed PMID: 38719673.
26. de la Torre Ramos MÁ, Ovies ÁA, Amo C V. *Abordaje del Síndrome Postcuidados Intensivos*. Elsevier; 2025.
27. Couette M, Gendreau S, Boishardy MC, Baptiste AFJ, Xavier P, Razazi K, et al. Mental health outcomes at intensive care unit discharge: prevalence, mediators and risk factors. *Ann Intensive Care*. 2025;15(1). doi:10.1186/s13613-025-01545-w
28. Regis Goulart R, Teixeira C, Piva S, Morandi A. Anticipating ICU discharge and long-Term follow-up. *Current Opinion in Critical Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2024. p. 157–64. doi:10.1097/MCC.0000000000001136 PubMed PMID: 38441134.
29. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the icu: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1751–61. doi:10.1097/CCM.0000000000002624 PubMed PMID: 28749855.
30. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 15]. Available from: https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf
31. Afonso S da R, Padilha MI, Neves VR, Elizondo NR, Vieira RQ. Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Associacao Brasileira de Enfermagem; 2024. doi:10.1590/0034-7167-2023-0231 PubMed PMID: 38896708.
32. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(1):17–23. doi:10.1016/j.ijnss.2018.12.001
33. Alvarez-Bolaños E, Flores-Guadarrama MA, Guzmán-Catalán H, Tejada NABP, Anaya-Jiménez Y, Cuevas-Budhart MA. Humanization of nursing care in hospitalized patients with non-communicable diseases: a phenomenological qualitative study. *BMC Nurs*. 2025. doi:10.1186/s12912-025-04210-6

34. Rosales-Maldonado TK, Chacón-Sevillano SE, Romero-Romero EA. Explorando la eficacia de la teoría de Jean Watson en la atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: un análisis crítico de la literatura científica. *MQRInvestigar*. 2024;8(2):2736–51. doi:10.56048/mqr20225.8.2.2024.2736-2751
35. Nascimento KC, Erdmann AL. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [cited 2026 Feb 20];17(2). Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cRSVsPs9L4KSFZqqP6y9mDs/?format=pdf&lang=es>
36. Exl MT, Lotzer L, Deffner T, Jeitziner MM, Nydahl P. Intensive care unit diaries—harmful or harmless: A systematic literature review and qualitative data synthesis. *Australian Critical Care*. Elsevier Ireland Ltd; 2025. doi:10.1016/j.aucc.2024.09.006 PubMed PMID: 39389847.