

Júlia Pavia Roig

**HUMANITZACIÓ A LA UNITAT DE CURES INTENSIVES:
DES D'UNA VISIÓ INFERMERA.
REVISIÓ SISTEMÀTICA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Encarna Bonfill Accensi

Facultat d'Infermeria



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2019/2020

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS

Nom i cognoms: Júlia Pavia Roig		
DNI: 20458333-V	Adreça: C/Major, 23	
Codi postal: 46293	Població: Beneixida/València	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 692277654	Adreça electrònica URV: julia.pavia@estudiants.urv.cat	

EXPOSO

Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Humanització a la Unitat de Cures Intensives: Des d'una visió infermera. Revisió sistemàtica.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Encarna Bonfill Accensi.
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO

Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En Tortosa , 18 de Maig de 2020.
(signatura)

**JULIA|PAVIA|
ROIG**

Firmado digitalmente por JULIA|
PAVIA|ROIG
Fecha: 2020.05.18 19:11:15 +02'00'

EL/LA TUTOR/A: Núria Albacar Riobóo (p.o.)

Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau
Data i signatura: 20/05/2020



EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

AGRAÏMENTS

Als meus pares per tot el suport incondicional que m'han donat durant aquests quatre anys, i per confiar en mi en tot moment.

A la meua tutora, Encarna Bonfill, per la gran ajuda i els magnífics consells que m'han fet seguir buscant una mirada més humanitzada.

A tots els infermers i infermeres que he tingut la sort de trobar durant aquest camí i dels que he pogut aprendre molt i adonar-me'n que és la professió més bonica que hagués pogut elegir.

«Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Y si no puedes aliviar, consuela»

A. Murri

ÍNDEX

RESUM.....	1
ABSTRACT	2
1.-INTRODUCCIÓ / JUSTIFICACIÓ	3
1.1.- Pregunta PICO.....	6
2.-MARC CONCEPTUAL.....	7
2.1.-Aportacions de l'humanisme a la professió infermera.....	7
2.2.-El malalt a les Unitats de Crítics.....	9
2.3.-La família, element clau en el procés de tenir cura.....	14
2.4.- Idees clau del marc conceptual.....	16
3.- OBJECTIUS	17
3.1.-Objectiu general.....	17
3.2.-Objectiu específic.....	17
4.- METODOLOGIA.....	18
4.1.-Criteris d'inclusió.....	18
4.2.-Criteris d'exclusió	19
5.- RESULTATS	20
5.1.- Diagrama de flux segons el model PRISMA.....	21
5.2.- Equació de cerca	22
5.3.- Taules de resultats.....	24
6.- ANÀLISI / DISCUSSIÓ	42
7.-CONCLUSIÓ	46
8.-LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES FUTURES	48
9.-BIBLIOGRAFIA.....	49
ANNEX 1:	56

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1: Pregunta PICO	6
Taula 2: Escales de valoració en el malalt crític segons la funcionalitat, gravetat, nivell de consciència i dolor, la sedació i el deliri	10
Taula 3: Diferències entre la PAD i el DVA.	11
Taula 4: Tesauro DeCS i llenguatge natural	18
Taula 5: Booleans.....	18
Taula 6: Equació de cerca.....	22
Taula 7: Articles qualitatiu.	24
Taula 8: Articles quantitatiu.....	36
Taula 9: Articles mixtes.....	39

ÍNDIX D'IL·LUSTRACIONS

Il·lustració 1: Diagrama de flux. Model PRISMA.....	21
Il·lustració 2: N° d'articles publicats per anys.....	41
Il·lustració 3: País on es du a terme l'article.....	41

LLISTA D'ABREVIATURES

UCI: Unitat de Cures Intensives.

PAD: Planificació Anticipada de les Decisions.

DVA: Document de Voluntats Anticipades.

PICS: *Síndrome post-cuidados Intensivos.*

PNH: Política Nacional d'Humanització.

GRAF: *Grupo de Apoyo Familiar.*

RESUM

Introducció: L'ingrés a una Unitat de Cures Intensives produeix una ruptura de l'entorn habitual del malalt, originant un elevat nombre de sentiments negatius i preocupacions tant per la seua part com de la família.

Objectius: Els objectius d'aquesta revisió sistemàtica són estudiar si la humanització de les cures infermeres disminueix els sentiments negatius dels pacients ingressats a una Unitat de Cures Intensives i dels familiars; determinar la importància de la família com a part essencial del pacient i avaluar els beneficis que produeix la contextualització i el fet de conèixer els pacients durant l'ingrés a la Unitat de Cures Intensives.

Metodologia: S'ha dut a terme una revisió sistemàtica d'articles científics de les bases de dades Pubmed, Dialnet, Cinahl i Scopus, durant els mesos del desembre del 2019 i el gener del 2020. Els criteris d'inclusió aplicats van ser articles publicats durant els anys 2010-2019, en l'idioma Anglès, Espanyol i Portugués, a més de ser d'accés complet i gratuït.

Resultats: Dels 323 articles obtinguts, 13 articles de text complet i gratuït van ser inclosos en la revisió. D'aquests, 10 eren de naturalesa qualitativa, 2 de naturalesa quantitativa i 1 de naturalesa mixta.

Conclusió: Les cures humanitzades es centre en una atenció holística, integral i de qualitat al malalt i al seu entorn, per aquest fet és necessari cuidar a la família i satisfer les necessitats que aquesta pugui tenir alterades. A més, la contextualització de la vida personal del malalt, és un fet que apropa al professional i facilita la humanització.

Paraules claus: Humanització, Atenció Humanitzada, Infermeria, Unitat de Cures Intensives.

ABSTRACT

Introduction: The income at a Unit of Intensive Cures produces a rupture of the habitual surroundings of the patient, originating an overhead number of negative sentiments and worries so much for his part and of the family.

Objectives: The objectives of this systematic review are to study if the humanization of the nurses cares diminishes the negative sentiments of the patients taken at a Unit of Intensive Cures and of the relatives; determine the importance of the family as an essential part of the patient and assess the benefits that it produces the contextualization and the fact to meet the patients during the stay at the Unit of Intensive Cures.

Methodology: It has carried out a systematic review of scientific articles of the databases Pubmed, Dialnet, Cinahl and Scopus, during the months of December of 2019 and January of 2020. The criteria of inclusion applied were articles published during the years 2010-2019, at the English language, Spanish and Portuguese, in addition to being of free and full access.

Results: Of the 323 articles obtained, 13 articles of complete and free text were included at the review. Of these, 10 were of qualitative nature, 2 of quantitative nature and 1 of mixed nature.

Conclusion: The humanized cares centre at a holistic attention, integral and of quality at the patient and at his surroundings, for this fact is necessary to take care at the family and satisfy the necessities that this can have altered. Besides, the contextualization of the patient's personal life is a fact that brings the professional closer and facilitates the humanization.

Key words: Humanization, Humanized Care, Nursing, Intensive Care Unit.

1.-INTRODUCCIÓ / JUSTIFICACIÓ

La Infermeria és una professió que ha anat evolucionat molt en els últims anys, acompanyada d'uns canvis i unes transicions de valors que s'han anat adaptant a la societat del moment, i la característica que l'ha empoderat sempre ha sigut la confiança junt amb el fet de ser vocacional (Rodrigo Pedrosa, 2017). Però a més, ha passat de centrar la seua atenció en la manca de malaltia com al sinònim de salut, a avui en dia intentar cobrir totes les necessitats de la persona per a millorar així el seu estat de benestar (García-Carpintero Blas, 2007), sent sempre la seua finalitat l'acte de cuidar.

L'any 1976 a Perpinyà es va elaborar una definició de salut que encara és vàlida avui en dia, segons la qual *"la salut de l'home és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa"* (Ramis, 2004). Per tant, cuidar significa protegir, millorar i preservar la dignitat de l'altra persona, implicant el desig de donar cura i portant a terme les accions de cuidar (Vargas Toloza, 2007).

Una de les missions capdavanteres en molts hospitals és posar a la persona al centre del cuidat, prestant d'aquesta manera una atenció sanitària universal, integral i personalitzada en règim comunitari, d'urgència, ambulatori, d'hospitalització i domiciliari, és a dir, una atenció de qualitat (Generalitat Valenciana, 2018; Institut Català de Salut, 2018). Aleshores, la professió d'Infermeria ha anat evolucionant cap a una part més humanitzada on tota l'atenció està centrada en el pacient des d'una perspectiva holística i una visió integral. A grans trets, significa tractar i veure al pacient junt amb l'entorn que l'acompanya i contemplant tots els seus aspectes biològics, físics, emocionals i espirituals (Jover-Sancho et al., 2015).

Segons l'etimologia de les paraules, la Reial Acadèmia Espanyola descriu el significat d'humanitzar com el fet de fer humà, familiar i afable a algú o alguna cosa (RAE, 2019a). En efecte, humanitzar una realitat significa fer-la digna de l'home, coherent amb els valors que se senten com a peculiars i inalienables (Brusco, 1997) i centrar-la amb la dignitat intrínseca de la persona com a pilar fonamental (Zaforteza Lallemand & Heras la Calle, 2017), establint una atenció que estiga centrada en la confiança i l'empatia amb la finalitat de contribuir en el benestar i a la millor salut possible (Velasco Bueno & Heras La Calle, 2017).

Així és que en realitzar les accions de cuidar des de la confiança com a base de la professió infermera, s'ha observat que es disminueixen els temors. Però per aconseguir-ho, cal respectar les creences i valors de les persones (Brusco, 1997).

Per a portar-ho a terme, és indispensable la subjectivitat, qualificació, sensibilitat i ètica junt amb una gran capacitat per a la comunicació i habilitats de relació (Consejería de Sanidad, 2016), la construcció d'un entorn tolerant i el reconeixement institucional (Vargas Toloza, 2007). Així doncs, per a proporcionar benestar és necessari que la cura humanitzada estiga basada en les necessitats de la persona, llavors és ineludible individualitzar per poder humanitzar.

La sensació de soledat i estrés està molt present en la majoria dels ingressos hospitalaris, però a la Unitat de Cures Intensives (UCI) es tracta d'una constant important. Per aquest fet la humanització és essencial degut que ajuda a disminuir aquestes sensacions (Islem Tejada-Pérez, 2017).

Les UCIS són unitats dotades d'alta tecnologia on els professionals necessiten l'assoliment de competències específiques i avançades per poder fer front a aquells pacients ingressats, els quals normalment necessiten una vigilància intensiva per la condició greu de salut que pateixen i que posa en risc la seua vida, cosa per la qual requereixen un monitoratge constant dels seus signes vitals i/o altres paràmetres. A més d'això, es realitzen procediments i intervencions d'alta complexitat i la tecnologia és una eina cabdal per al desenvolupament d'aquests (Islem Tejada-Pérez, 2017). Per tant, caldria reconsiderar i seguir treballant la humanització en les UCIS pel fet que l'ingrés a aquestes unitats i el nou assoliment de l'estat greu de salut, suposa una ruptura important de la dinàmica del pacient i dels seus rols familiars originant d'aquesta manera gran quantitat d'incerteses, temors i inclús ansietat per la seua part i/o dels familiars.

La *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)* informa que s'ha observat un notable increment a Espanya durant els últims 30 anys de la supervivència dels pacients crítics amb més d'un 90% beneficiat pel desenvolupament científic i tecnològic (Consejería de Sanidad, 2016).

Aquest desenvolupament s'observa en el canvi que s'ha produït en moltes UCIS sobretot a països del nord com Suècia on el 70% d'aquestes són de portes obertes, que amb la diferència de les de portes tancades compten amb diversos avantatges com l'eliminació dels horaris de visita restringits, facilitant i recolzant el fet que els pacients estiguen acompanyats dels familiars en tot moment a fi d'evitar l'ansietat i incertesa que

provoca aquesta situació (Velasco Bueno, Escudero Augusto, & Ortega Guerrero, 2017) així com proporcionant suport emocional i espiritual dels pacients. A més a més, l'acompanyament continu del familiar pot ajudar a disminuir les mesures de subjecció terapèutica en moltes ocasions podent evitar així un factor de risc del *delírium* (Moreno, 2019).

Giannini en el seu treball sobre les UCIS de portes obertes, exposa com a fet rellevant que l'objectiu d'aquestes és reduir o eliminar qualsevol limitació imposada en les dimensions temporal, física i de relacions, creant d'aquesta manera uns vincles de comunicació entre els pacients, familiars i professionals (Giannini, 2010).

Però no solament cal tenir en compte els nivells inferiors d'ansietat, superiors de suport emocional i una seguretat irremplaçable com s'han observat en diversos estudis per a convertir aquestes unitats a portes obertes (Velasco Bueno et al., 2017), sinó que diverses eines com l'escolta activa, l'empatia, el fet de donar i compartir informació, l'acceptació incondicional i l'autenticitat entre altres (Bermerjo, 1997), són essencials per afavorir el tracte humanitzat des del professional d'infermeria cap als pacients i familiars, disminuint el nivell d'estrés i augmentant el benestar i la comunicació (Valvidares Mayor, 2017); aquestes eines són necessàries valorar-les i entrenar-les per a poder adquirir-les.

1.1.- Pregunta PICO

Les darreres evidències posen sobre la taula la importància d'unes intervencions d'infermeria individualitzades, singulars on posen a la persona al centre de tota atenció, mitjançant una visió holística.

En aquest treball es proposa estudiar mitjançant una revisió sistemàtica la següent qüestió:

Les intervencions d'infermeria des d'una visió humanista influeixen positivament en les situacions viscudes pel pacient i la seua família durant l'ingrés a una Unitat de Cures Intensives?

Taula 1: Pregunta PICO

P	Població	Pacients crítics ingressats a una Unitat de Cures Intensives i/o la seua família.
I	Intervenció	Intervencions humanístiques per part d'infermeria.
C	Comparació	No es compara.
O	Resultat	Influeixen positivament en les situacions viscudes pel pacient i la seua família durant l'ingrés.

2.-MARC CONCEPTUAL

El marc conceptual es basa en els següents subapartats:

2.1.-Aportacions de l'humanisme a la professió infermera

Durant el Renaixement es comença a parlar de l'Humanisme, un nou moviment filosòfic, intel·lectual i cultural europeu sorgit al segle XIV a Itàlia.

Aquest moviment humanista es basava en la integració de certs valors considerats com universals i inalienables de l'ésser humà però des d'una base teològica on Déu era el centre de la vida i tot girava entorn d'ell. Però més tard comença a establir les bases del dret en polítiques de drets humans com a part de la legislació. Per tant, aquest pensament és entès com una doctrina antropocèntrica, en la que es vol que estiga garantit el benestar humà i que l'activitat humana no haja de transgredir els valors mínims que sostenen a l'humanisme perquè del contrari s'estaria realitzant una violació al gènere humà (Raffino, 2020).

Doncs, en l'àmbit sanitari qui ha de veure al pacient com al centre de tota cura des d'una visió integral i humanista és el professional sanitari, en aquest cas el personal infermer perquè és qui més temps passa junt al malalt. Ara bé, per a poder-ho aconseguir cal que aquest estiga dotat d'unes característiques especials com són la capacitat de comunicació, d'escolta, compromís ètic i caliu humana (Vargas Toloza, 2007). A més d'acceptar incondicionalment al malalt amb totes les seues fortaleses i mancances, fer-lo sentir segur i que no es troba sol amb una actitud propera i empàtica, la qual amb una bona escolta activa és més fàcil aconseguir-ho (Bermerjo, 1997), però per a això s'ha de saber escoltar, ja que aquest procés implica atenció, interès, motivació i temps, degut que és una de les formes més eficaces de mostrar i tindre respecte. No obstant també cal respectar les opinions i permetre'ls participar en la presa de decisions i la realització de les cures que hi siga possible (Valvidares Mayor, 2017).

Tal com s'ha dit, la comunicació juga un paper bàsic per tractar de forma humanitzada perquè amb aquesta va lligada la informació que es dona tant al pacient com a la família. Una bona comunicació entre els professionals i la família és clau per a prendre decisions dures i difícils, per tant, el fet d'informar mitiga els sentiments de temor, ansietat, estrès,... que produeix la gran incertesa i el desconeixement (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011b).

L'objectiu dels professionals en aquest intercanvi d'informació és proporcionar alleujament en el sofriment i suport emocional. Aleshores, per poder facilitar i estimular l'expressió d'emocions, cal validar i normalitzar les reaccions així com ajudar a reconèixer tots els sentiments naturals davant el dolor sense realitzar connotacions morals (Martín Delgado, Mari Cruz. Segovia Gómez, Carmen. Alonso Ovies, 2017).

Altrament, la comunicació interdisciplinària entre tots els professionals és valorada positivament per a la construcció d'un equip assistencial de qualitat i humà, el qual crea una bona relació personal i un ambient de comunicació tolerant i obert (Rico et al., 2006). En síntesi, una comunicació excel·lent influeix positivament en una adequada humanització, pel fet que permet treballar en equip i millorar tant l'atenció dels familiars com dels pacients (Valvidares Mayor, 2017). Però hi ha factors com la falta de temps i el dèficit de recursos personals i materials que creen limitacions per a aconseguir-ho (Rico et al., 2006), és en aquest punt on s'ha de reflexionar per veure que poden fer els professionals per a millorar-ho.

Una altra qüestió important a tractar és que en aquestes unitats és freqüent el fet d'haver malalts amb una elevada incapacitat per a comunicar-se, per la raó que molts es troben sedats, intubats, en coma,... (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011b), sense poder transmetre les seues necessitats o inclús els seus desitjos al final de la vida. Doncs, és imprescindible una millora dels intents de comunicació o sistemes alternatius a aquesta, que se centren en els pacients que sofreixen una capacitat de comunicació limitada (Consejería de Sanidad, 2016).

En definitiva, dir que s'ha demostrat que els pacients consideren com a satisfactoris aquelles cures caracteritzades per la comunicació humanística i científica, conferides de forma integral, continuada i dirigides a la proporció de seguretat, benestar i confiança als malalts (Jover-Sancho et al., 2015). Motiu pel qual cal reforçar el corrent humanista per a poder aconseguir aquest objectiu.

2.2.-El malalt a les Unitats de Crítics

El malalt és definit de moltes maneres segons els diferents autors, però algunes de les definicions més rellevants són la de la *Real Acadèmia Espanyola*, la qual el defineix com aquella persona que pateix físicament i corporalment i es troba baix l'atenció mèdica (RAE, 2019b). Però des d'una idea humanista, és definit com aquella persona que es troba en una situació clínica en la qual es veuen alterades una o diverses funcions/sistemes vitals, posant a la persona en potencial o real compromís vital (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011a). Quan el pacient es troba en aquesta situació, Indira Islem considera que el malalt es troba en una condició de dependència per l'equip infermer on és necessari que aquest satisfaci les seues necessitats en detectar el grau de desconfort (Islem Tejada-Pérez, 2017).

Aquestes necessitats es poden cobrir d'una manera més humanitzada, entenent com a cures humanitzades aquelles que es troben encaminades en produir el major benestar possible al pacient com és satisfer la set, mantindre una termoregulació adequada per evitar les sensacions molestes de fred i/o calor, evitar les molèsties del soroll i facilitar un bon descans, realitzar canvis posturals sempre que siga necessari, una correcta avaluació del dolor i del deliri per afavorir el confort de la persona, entre moltes altres (Velasco Bueno & Heras La Calle, 2017).

Però, respecte al grau de complexitat es veu la necessitat d'atendre'ls a unitats especialitzades, tecnificades i dotades de recursos per fer front a les cures humanitzades, les anomenades Unitats de Cures Intensives (UCI).

En aquestes unitats, per a valorar les necessitats alterades existeixen unes escales d'ajuda per als professionals que serveixen per a objectivar els desconforts així com els diversos problemes que es poden sumar. Es consideren una eina útil per a conèixer l'estat del pacient en un moment puntual o per veure l'evolució o la regressió de la funcionalitat prèvia a l'ingrés, la gravetat i saber com actuar en situacions concretes; degut que l'estat funcional constitueix el millor indicador de salut (Pla, 2019).

En la següent taula es troben agrupades les principals escales segons la funcionalitat, la gravetat, el nivell de consciència, de dolor, la sedació i el deliri del pacient crític:

Taula 2: Escales de valoració en el malalt crític segons la funcionalitat, gravetat, nivell de consciència i dolor, la sedació i el deliri.

Funcionalitat	Gravetat	Nivell de consciència	Nivell de dolor	Sedació	Deliri
Escala de la fragilitat	Escala APACHE II	Escala de Glasgow	Escala Visual Analògica (EVA)	Escala de Ramsay	Escala CAM-ICU
Escala de Charlson	Escala SOFA		Escala de Campbell	Escala SAS	
Índex de Barthel			Escala Behavioral	Escala RASS	

Font: Elaboració pròpia

Aquests són els principals trets que s'ha de tenir en compte amb el malalt crític per a adaptar-se millor a les cures segons les característiques del pacient. Tot i que l'explicació més detallada de totes i cada una de les escales anomenades, es trobarà a l'[Annex I](#), cal fer referència que són passades al malalt per l'equip sanitari per tal de poder avaluar les mancances o necessitats i poder fer-los front i/o millorar-les, augmentant d'aquesta manera el benestar del pacient, a més de tractar-se la valoració funcional i cognitiva com a un pilar important a dintre d'aquestes Unitats de Cures Intensives.

Des d'una mirada integradora, es vol centrar en aquella part més subjectiva, on és de vital importància el fet de veure al pacient des d'una perspectiva holística mitjançant un abordatge integral incloent al malalt junt amb el seu procés de malaltia, la seua família i les seues decisions pròpies respecte a la seua vida o al final d'aquesta.

Per aquest motiu, s'ha de respectar al pacient i també tots els seus drets, com és el dret a la intimitat tant personal com familiar, a la informació, l'autonomia, a la llibertat i dignitat, així com a la presa de decisions fins al moment que el pacient ja no hi siga capaç, que és aleshores quan aquest dret passa als familiars (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011c).

Davant aquests drets i per a respectar-los fins a l'últim moment però sempre de manera ètica, existeix la Planificació Anticipada de les Decisions (PAD). Aquest, es tracta d'un

procés més ampli i integral que el Document de Voluntats Anticipades (DVA), perquè considera la dimensió clínica, cultural, familiar, social, psicològica, emocional i afectiva, sent la principal finalitat el fet de millorar el coneixement i coordinació de les pautes a seguir davant una situació d'incapacitat, per a millorar d'aquesta manera la qualitat de l'assistència i les decisions al final de la vida, si s'arriba a aquest moment (Saralegui Reta, Velasco Sanz, & Martín Delgado, 2017).

Dit d'altra manera, la PAD es tracta d'un procés deliberatiu i estructurat, que serveix com a vehicle per a l'expressió de valors, desitjos i preferències, per a planificar l'atenció rellevant quan la persona ja no hi puga decidir, és a dir, poder prendre les decisions abans amb el suport dels familiars i professionals. Els beneficis més notables que s'han observat, són la millora de la situació al final de la vida, la percepció de control del malalt, l'afavoriment de la comunicació, la descàrrega de responsabilitat a la família i la disminució de la complexitat en la presa de decisions i minimització del risc de discrepància i conflicte.

Per altra banda, el DVA està construït per una sèrie d'instruccions o orientacions per a quan el pacient ja no es trobe en condicions d'expressar-les, junt amb els seus desitjos i valors descarregant a la família d'eixa presa de decisions, allargant d'aquesta manera l'autonomia de la persona després de perdre la capacitat.

Les principals diferències entre la PAD i el DVA es poden veure en la següent taula (Santamaría & Vega, 2017):

Taula 3: Diferències entre la PAD i el DVA.

	PAD	DVA
Autors	La mateixa persona	El malalt i/o la família + els professionals
Situació de salut	Sa o malalt	Malalt
Circumstàncies	Generals	Específiques
Aplicació	Futura	Present

Font: Elaboració pròpia

Com bé es pot observar a la taula, les principals diferències entre la PAD i el DAV són que el primer document és realitzat per la persona mateixa durant qualsevol situació -la

persona pot estar sana o malalta- i tracta sobre circumstàncies generals, és a dir, no és necessari que siga sobre uns procediments en concret, podent ser per a una aplicació futura. I en canvi, el segon document és realitzat per la persona mateixa o per la família sempre junt amb el/s professional/s sanitari/s, però quan la persona ja es troba en una situació de malaltia i el document vaja encarat a unes circumstàncies específiques, és a dir, a uns procediments determinats per a aquell moment més actual.

Respecte a les UCIS, aquestes són àrees generadores d'estrés (Vargas Toloza, 2007), un entorn impersonal i tecnològicament invasiu (Amorós Cerdá, Arévalo Rubert, Maqueda Palau, & Pérez Juan, 2008) on existeix un contacte continu i intens amb la possible mort i amb el sofriment humà (Rubio Rico, Aguarón García, Ferrater Cubells, & Toda Savall, 2002).

L'ingrés a aquesta unitat trenca la connexió de la persona amb el seu entorn (Milena Joven, Zuli. Guáqueta Parada, 2019). Autors com Vargas Toloza, afirmen que junt amb l'ingrés es genera una gran despersonalització per una falta de sensibilitat i sentiments cap al malalt (Vargas Toloza, 2007), a causa que moltes vegades és vist com una malaltia o la finalitat de la feina dels professionals en lloc de com una persona amb els seus sentiments, preocupacions, angoixes,... Però amb una adequada humanització i una visió holística es pot canviar aquest fet.

És una realitat que l'estança produeix un dolor físic i psicològic per la falta d'intimitat, temor al fet conegut i/o desconegut, a la pèrdua d'identitat i dignitat, a la dependència a màquines i/o persones, a la incertesa, incomprensió, sensació de temps etern, enclaustrament, vulnerabilitat, indefensió, etc. (Alonso Ovies, Ángela. Acevedo Nuevo, María. Vin Valeza, 2017; Consejería de Sanidad, 2016). Per tant, cal insistir en el fet que l'estructura que predomina a la majoria de les UCIS no afavoreix el benestar, sinó que es suma una ruptura del cicle circadiari on existeix una confusió amb la relació de les hores del dia, disminuint així el repòs el qual es pot relacionar amb una deficient salut física, psíquica i moral (Vargas Toloza, 2007).

Però amb una reestructuració de la unitat, es pot crear un entorn òptim on s'afavoreix el procés de curació dels pacients amb una arquitectura més humanitzada. Açò es podria obtenir amb el simple fet de pintar les parets del box amb imatges relaxants o de la natura, o inclús mitjançant projectors per tal d'individualitzar més, ja que no totes les persones tenen els mateixos gustos i preferències, assegurant d'aquesta manera un confort ambiental. A més a més, es podrien fer servir llums on s'abaixa la intensitat per

afavorir el descans (Ferrero Rodríguez, Mónica. Gómez Tello, Vicente. Escudero Augusto, 2017). Amb tot açò, el pacient se sentiria més acollit en assegurar la privacitat i confort ambiental, i disminuiria l'angoixa en certa manera en fomentar la distracció, però també seria important modificar la sala d'espera dels familiars transformant-la en un lloc de descans per a aquests on tinguen el confort que necessiten i es troben més acollits (Consejería de Sanidad, 2016).

Tanmateix, l'estructura afavoreix una pèrdua d'intimitat com s'ha comentat, i aquesta es tracta d'un conjunt de sentiments i pensament individuals de cada persona que és guarda com una expressió d'identitat. Degut que per a gran part dels pacients és molt més important i respecta més la seua dignitat que no el fet de la confidencialitat de les dades personals perquè és un dret per a la persona (Amorós Cerdá et al., 2008). Però s'ha de ser conscient que la intimitat també ho és, i els professionals per salvaguardar-la s'haurien de posar en el lloc del malalt per entendre el significat que té per a ell. Però la percepció de la intimitat no solament és en un espai físic amb els sentiments de pudor, la nuesa o vulnerabilitat, sinó que també és la intimitat familiar amb el distanciament que açò comporta, la ruptura dels rols i la pèrdua/privacitat d'autonomia (Amorós Cerdá et al., 2008).

Així doncs, cal afavorir els llaços familiars, canviar la política de visites o personalitzar els horaris (Valvidares Mayor, 2017), implicar a la família en les cures bàsiques perquè és disminuirien sentiments com l'ansietat, incertesa, por (De la Cueva-Ariza, Laura. Zatorreza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, 2017),... I calmaria la sensació d'aïllament, vulnerabilitat, enyorança dels seus éssers volguts, deteniment en el temps, soledat i avorriment entre molts altres (Alonso Ovies, Ángela. Acevedo Nuevo, María. Vin Valeza, 2017; Valvidares Mayor, 2017).

D'altra banda, quan finalitza l'ingrés a l'UCI moltes vegades apareix la *Síndrome post-cuidados intensivos* (PICS). Aquest afecta un nombre important de pacients, entre un 30 i un 50% i també implicar a familiars. Inclou un ampli grup de problemes de salut que romanen després de la malaltia crítica (Consejería de Sanidad, 2016), podent arribar a durar anys i afectar a la qualitat de vida.

Les principals estratègies terapèutiques per evitar l'aparició, són prevenir i detectar els seus símptomes de la manera més precoç possible, mitjançant la comunicació i la informació (Delgado Hito, Pilar. Romero García, Marta. Heras la Calle, 2017) per part dels diversos professionals sanitaris a l'ingrés a la unitat, durant aquest i una vegada

abandona l'UCI. Però no oblidar el paper fonamental que juga la família en participar en les cures del malalt i romandre al pacient orientat, com ja s'ha comentat (Velasco Bueno & Heras La Calle, 2017).

En síntesi, dir que per al maneig del PICS és indispensable un equip multidisciplinari amb una estreta relació amb l'atenció primària per assegurar una atenció continuada des de l'UCI, la sala convencional i el domicili (Consejería de Sanidad, 2016).

2.3.-La família, element clau en el procés de tenir cura

La família és un puntal clau en el procés de tenir cura, un important catalitzador que afavoreix i fa més lleuger l'acompanyament, pel fet que en estar a prop del seu familiar exerceix una presència efectiva (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011a) disminuint la sensació de desemparament i augmentant el benestar, ajudant d'aquesta manera a superar la crisi (De la Cueva-Ariza, Laura. Zatortza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, 2017), perquè si la família es troba tranquil·la, doncs el pacient també ho estarà o almenys serà més fàcil que ho estiga.

Existeixen dos punts importants en els necessitats de la família com són el confort i la comunicació.

El **confort** és aquella sensació de sentir esperança bé siga de recuperació, mort digna amb absència de dolor i/o de tenir temps per a estar junt amb el seu familiar. Així com una major proximitat amb el seu familiar per tal d'alleujar l'ansietat i sentir que es troba ben cuidat i en bones mans. A més de disposar d'algun grau de comoditat durant el procés i poder tranquil·litzar, donar suport i protegir per si mateix al seu ser volgut (De la Cueva-Ariza, Laura. Zatortza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, 2017); és tan important satisfer el confort físic com l'emocional. Aquest també va lligat a la **comunicació** degut que és la necessitat que té la família de rebre informació veraç i comprensible respecte a l'estat clínic del malalt (De la Cueva-Ariza, Laura. Zatortza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, 2017).

En efecte, la família és un element clau per tant els professionals d'infermeria els han de tractar com a una part més del malalt, ajudant a cobrir totes les seues necessitats,

que són entre altres la informació sobre l'estat i l'evolució dels seus malalts, la qual faria desaparèixer molts temors i dubtes. El fet de deixar-la estar a prop del seu ser estimat és de gran ajuda, perquè en trencar la distància entre ells poden observar per si mateix com es troba i sentir-se útil al poder ajudar en cobrir aquelles necessitats bàsiques del malalt si la clínica ho permet, com és l'alimentació, la higiene o la rehabilitació en algunes situacions. No obstant això, les mostres d'empatia com preguntar com es troben i si necessiten quelcom cosa o una simple mostra d'afecte és de gran utilitat per a minorar l'ansietat i augmentar la tranquil·litat (De la Cueva-Ariza, Laura. Zatorreza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, 2017).

En diversos estudis, s'observa que el 70% dels familiars presenten ansietat i fins a un 35% depressió. Però s'ha mostrat que amb la participació en les cures del pacient es donen uns efectes positius en la recuperació per ambdós, per conseqüència la participació millora la comunicació i afavoreix l'oportunitat de realitzar preguntes per clarificar així la informació, incrementant d'aquesta manera la satisfacció (Consejería de Sanidad, 2016) i cobrint les necessitats de la família per proporcionar suport i confort al pacient (Vázquez Calatayud & Eserverri Azcoiti, 2010). Per aquest motiu, la infermera ha de conèixer les mancances i fortaleses de la família, l'ha d'educar i proveir-la de recursos per al desenvolupament de nous rols (Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, 2011a), afavorint també el contacte entre els dos per fomentar l'enllaç pacient-família.

2.4.- Idees clau del marc conceptual

La humanització cal que siga el centre de tota cura, per aquest motiu hi ha que seguir treballant el model biomèdic actual fins a aconseguir una atenció integral al malalt i a tot al que a aquest engloba, respectant en tot moment la singularitat i privacitat amb una visió holística per a aconseguir unes cures més humanitzades i de major qualitat, encarades a proporcionar seguretat, benestar, confiança,...

El malalt junt amb la seua família presenten un gran nombre de necessitats que han de ser ateses durant l'ingrés hospitalari. La manera d'atendre'ls ajuda o no a disminuir els sentiments negatius que produeix l'ingrés a una Unitat de Cures Intensives, com són la desconeixença, la inseguretat, el desemparament, l'angoixa, l'estrés, la por, el sofriment,... d'una situació desconeguda per a ells i d'un entorn impersonal i tecnificat com és la UCI. Aquest fet es troba de la mà dels professionals sanitaris i la manera que utilitzen per a treballar i portar a terme aquestes situacions.

Els professionals han de treballar les eines que els caracteritzen com són l'escolta activa, l'empatia, el fet de donar i compartir informació tant als malalts com als familiars si els primers ho permeten o no es troben en situació de decidir i no han elaborat adés algun dels documents ètics com poden ser el PAD o DAV; també cal treballar la comunicació, ja que és essencial per a unes cures de qualitat. A més a més, és necessari que es respecten els drets dels pacients, la intimitat, l'autonomia i respectar el seu poder de decisió fins a l'últim moment. Però no hi ha que oblidar la importància de cuidar al cuidador, en aquest cas als professionals infermers reconeixent la seua gran labor, disminuint la sobrecàrrega de treball,...

Font: Elaboració pròpia

3.- OBJECTIUS

3.1.-Objectiu general

Estudiar si la humanització de les cures infermeres disminueix els sentiments negatius dels pacients ingressats a una Unitat de Cures Intensives i dels familiars.

3.2.-Objectiu específic

Determinar la importància de la família com a part essencial del pacient.

Avaluar els beneficis que produeix la contextualització i el fet de conèixer els pacients durant l'ingrés a la Unitat de Cures Intensives.

4.- METODOLOGIA

La metodologia utilitzada en aquest treball és una revisió sistemàtica basada en quatre bases de dades: Pubmed, Cinahl, Dialnet i Scopus, duta a terme entre els mesos de Desembre del 2019 i Gener del 2020.

La recerca es va realitzar en dos idiomes, l'Espanyol i l'Anglès, tot i que també es van acceptar articles escrits en Portugués.

A continuació, en la taula 4 es mostren els diferents Tesauros utilitzats: els Descriptors en Ciències de la Salut (DeCS) i en llenguatge natural. I en la taula 5 els Booleans que s'han fet servir per a relacionar els diferents Tesauros.

Taula 4: Tesauros DeCS i Llenguatge natural

MeSH	Llenguatge natural
Nursing	Humanization
Intensive Care Unit	Humanized care
Nursing	Atención humanizada
Humanización	Neonatal
Enfermería	
Unidad de Cuidados Intensivos	

Font: Elaboració pròpia.

Taula 5: Booleans

Booleans
AND
OR
NOT

Font: Elaboració pròpia.

4.1.-Criteris d'inclusió

Els articles utilitzats en aquest treball compleixen els següents criteris d'inclusió:

- Articles originals de disseny quantitatiu i/o qualitatiu publicats en els últims deu anys (2010-2019).
- Idiomes en espanyol, anglés i portugués.
- Relacionats amb els pacients ingressats a l'UCI, els seus familiars i/o la humanització a aquesta unitat.

- Articles d'accés complet relacionats amb els pacients d'edat adulta.
- Accés gratuït.

4.2.-Criteris d'exclusió

- No complisquen els criteris d'inclusió descrits anteriorment.
- Articles que després de la lectura del títol i el resum, no complien amb els requisits i/o objectius plantejats.
- Articles que eren Revisions Sistemàtiques.

5.- RESULTATS

L'estratègia de cerca dels articles, va consistir en una primera cerca general a les 4 bases de dades utilitzades (Pubmed, Scopus, Cinahl i Dialnet) mitjançant els termes DeCS i MeSH anomenats adés junt amb els Booleans AND, OR i NOT.

A les 3 primeres bases de dades, els termes es van escriure amb l'idioma Anglès i entre cometes (""), però a l'última base de dades just al contrari, es van escriure en Espanyol i sense cometes (""). El nombre total d'articles amb aquesta primera cerca va ser de n=323.

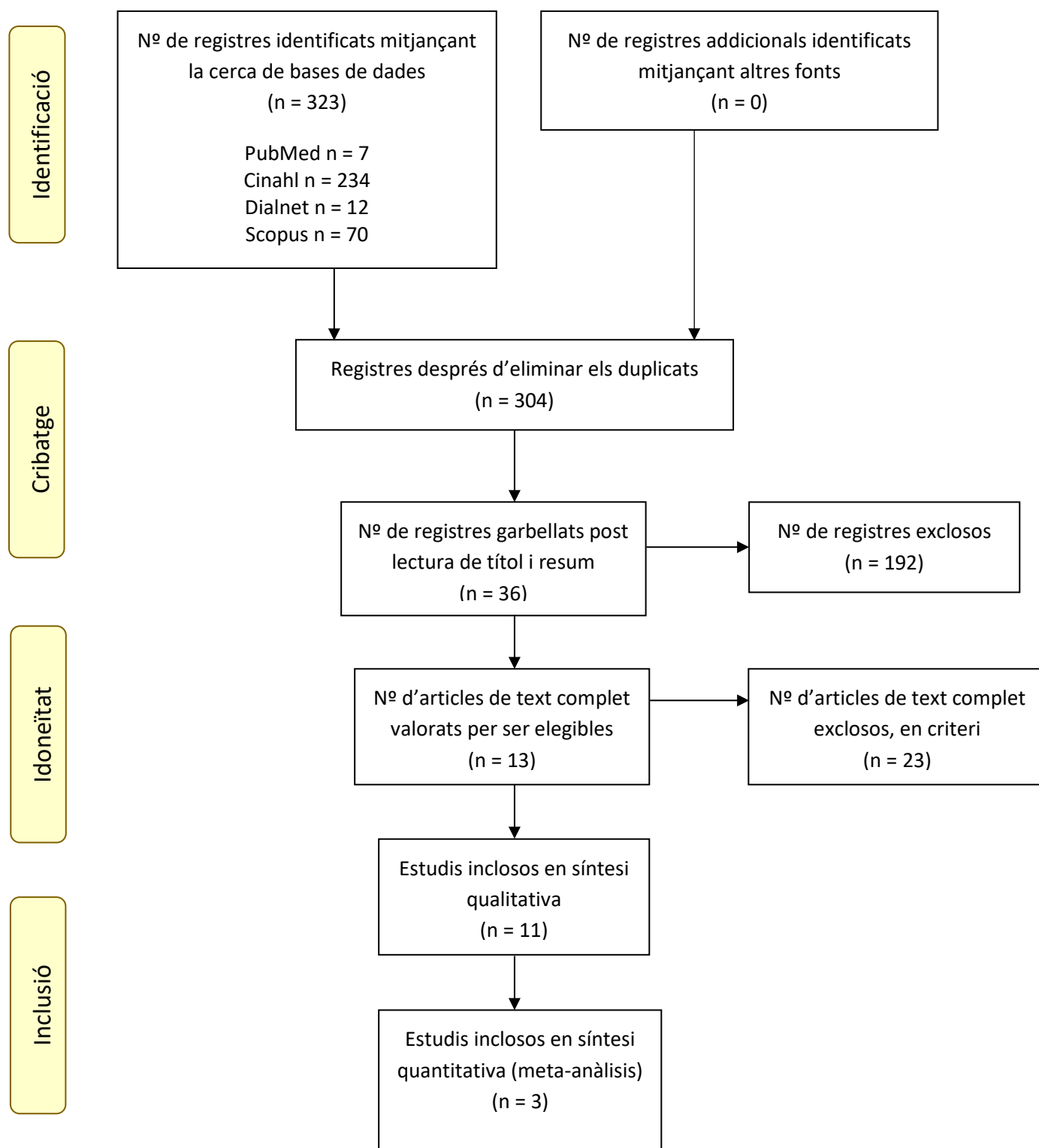
Després, es va realitzar una primera lectura del títol eliminant així un total de n=19 articles que es trobaven repetits. En aquells que semblaven adequats i complien amb els criteris d'inclusió es va procedir a la lectura del resum; es van excloure un total de n=192, quedant un total de n=36 articles.

Posteriorment, amb la lectura profunda i crítica dels 36 articles, s'elegiren un total de n=13, els quals complien amb els criteris plantejats. D'aquest total, n=10 procedien d'una naturalesa qualitativa, n=2 d'una naturalesa quantitativa i n=1 d'una naturalesa mixta.

Mitjançant el diagrama de flux PRISMA s'observa aquesta estratègia d'una manera més esquematitzada:

5.1.- Diagrama de flux segons el model PRISMA

II-lustració 1: Diagrama de flux. Model PRISMA.



Font: Elaboració pròpia basat amb el criteri PRISMA de *David Moher* (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

* Hi ha un total de 13 articles, però un és de naturalesa mixta per aquest motiu es troba inclòs dintre dels de síntesi qualitativa i dels de síntesi quantitativa.

5.2.- Equació de cerca

La següent taula és l'equació de cerca que s'ha fet servir per a trobar els articles que finalment han sigut seleccionats per a dur a terme la revisió sistemàtica d'aquest treball. S'observa el nombre total d'articles que van aparèixer en la cerca, el nombre d'articles després de fer servir els filtres que eren una primera lectura del títol, del resum i que es trobaren a dintre dels criteris d'inclusió establerts, i per últim el total d'articles que s'han fet servir de cada base de dades.

Taula 6: Equació de cerca

Base de dades	Equació de cerca	Nº articles	Filtres	Nº articles	Total articles (Text complet)
PUBMED	"Humanization"[All Fields] OR "Humanized care"[All Fields] AND "Nursing"[All Fields] AND "Intensive Care Unit"[All Fields] NOT "Neonatal"[All Fields] AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2009/12/21"[PDat] : "2019/12/18"[PDat])	7	Títol + Abstract + Criteris d'inclusió	4	2
CINAHL	"Humanization" OR "Humanized care" AND "Nursing" AND "Intensive Care Unit" NOT "Neonatal" Published Date: 20100101-20191231; Language: English, Spanish AND Apply equivalent subjects on 2019-12-18 11:59 AM"	234	Títol + Abstract + Criteris d'inclusió	13	6

Dialnet	Humanización OR Atención humanizada AND Enfermería AND Unidad de Cuidados Intensivos OR UCI NOT Neonatal AND Publicados entre 2010-2019 AND Texto completo	12	Títol + Abstract + Criteris d'inclusió	3	2
Scopus	ALL ("Humanization" OR "Humanized care" AND "Nursing" AND "Intensive Care Unit" AND NOT "Neonatal") AND (LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010))	70	Títol + Abstract + Criteris d'inclusió	16	9

Font: Elaboració pròpia.

Després de l'estratègia de cerca i per a donar resposta als objectius plantejats anteriorment, s'han elegit un total de 13 articles per realitzar d'aquesta manera la revisió sistemàtica.

La taula 7, 8 i 9 mostren la síntesi dels estudis mostrant en ells el nom de l'autor, l'any de publicació, el país on s'ha dut a terme la investigació (en aquells que ho referenciava), el títol amb un enllaç a l'article, l'objectiu o objectius de cada article, el tipus d'estudi, la població i mostra, la intervenció, i les conclusions principals. La taula 7 fa referència a aquells articles de naturalesa qualitativa, la 8 de naturalesa quantitativa i la 9 a aquells articles mixtes de naturalesa qualitativa i quantitativa.

5.3.- Taules de resultats

Taula 7: Articles qualitativus.

Autor, any de publicació i país	Títol	Objectiu	Tipus de l'estudi	Població i mostra	Intervenció	Conclusions principals
de Medeiros, Adriane Calveti. de Siqueira, Hedi Crecencia Heckler.	Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit.	Identificar elements per promoure la integralidad i la humanització en gestió de cures d'infermeria en l'UCI.	Investigació documental, amb enfocament: descriptiu, exploratori i qualitatiu.	7 documents oficials del <i>Ministerio de Salud</i> (MS) en el Portal de Salut, sense tractament analític.	Realitzar una lectura preliminar als 7 documents, una selectiva i per últim correlacionar els punts principals d'adhesió i/o oposició al objectiu.	Cal repensar un model de gestió de l'atenció infermera en UCI que siga coherent i centrat en la integralitat i humanització, basat en el

<p>Zamberlan, Claudia.</p> <p>Cecagno, Diana.</p> <p>Nunes, Simone dos Santos.</p> <p>Thurow, Mara Regina Bergmann.</p> <p>2016</p> <p>(No es coneix el país)</p>						<p>pensament ecosistèmic i la teoria emergent. Aquest model ha de considerar tots els elements que participen en ell.</p>
<p>Da Silva, Rafael Celestino.</p> <p>Ferreira, Márcia De Assunção.</p> <p>2013</p>	<p>The practice of intensive care nursing: alliance among technique, Technology and humanization.</p>	<p>Caracteritzar l'atenció clínica infermera per a Cures Intensives (CI).</p>	<p>Investigació de camp qualitativa.</p>	<p>n=21 infermeres UCI.</p>	<p>Observació + Entrevista als participants, amb l'objectiu de descriure, traduir, explicar i interpretar les escenes i accions de l'atenció infermera.</p>	<p>L'atenció infermera combina tècnica, tecnologia i humanització. La influència de la tecnologia juga un paper important en la</p>

Río de Janeiro, Brasil.						configuració de les perspectives d'atenció. Es recomana seguir realitzant més intervencions.
Michelan, Vanessa Cecilia de Azevedo. Spiri, Wilza Carla. 2018 (No es coneix el país)	Perception if nursing workers humanization under intensive therapy.	Comprendre la percepció dels treballadors d'infermeria que treballen en l'UCI respecte a la humanització en l'entorn laboral.	Investigació qualitativa, mètode fenomenològic.	n=25 infermeres. 2 UCI en eixe hospital, estudi realitzat a l'UCI "B".	Entrevista no directiva semiestructurada. Dades recollides entre Març i Agost 2010. Anàlisis individual + anàlisis global.	Hi ha coses importants com són els recursos materials, l'estructura, l'evolució humana,... però la falta d'informació, l'escassetesa de recursos humans i la falta d'espai físic es converteix en un problema per a la humanització, a més de la sobrecàrrega de treball i l'estrés. S'observa una falta de diàleg i

						apreciació professional per la gestió centralitzada, vertical i jeràrquica.
<p>Evangelista, Viviane Canhizares.</p> <p>Domingos, Thiago da Silva.</p> <p>Siqueira, Fernanda Paula Cerântola.</p> <p>Braga, Eliana Mara.</p> <p>2016</p> <p>São Paulo, Brasil.</p>	<p>Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process.</p>	<p>Comprendre l'experiència de l'atenció humanitzada en les unitats de cures intensives considerant l'experiència de l'equip multidisciplinari.</p>	<p>Investigació exploratòria, descriptiva, de camp, amb enfocament qualitatiu.</p>	<p>n=24 professionals.</p> <p>2 UCI de l'hospital universitario de São Paulo, Brasil.</p>	<p>Entrevista semiestructurada, gravada i transcrita.</p> <p>Recollida de dades: 20 Juliol – 30 Agost 2012.</p> <p>Les dades obtingudes es van guiar per l'Anàlisi de Contingut amb 3 fases: Preanàlisi, descripció analítica i interpretació diferencial.</p>	<p>Els factors que dificulten una pràctica més humanitzada és la fragmentació de l'organització del procés de treball, la gestió dels servicis de salut i les condicions de treball.</p>

<p>Silva, Rose Mary Costa Rosa Andrade. de Oliveira, Denize Cristina. Pereira, Eliane Ramos. 2015 Niterói</p>	<p>The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics.</p>	<p>Descriure la producció discursiva dels professionals sobre la humanització.</p>	<p>Estudi qualitatiu de caràcter descriptiu.</p>	<p>n=24 professionals de l'UCI de l'hospital universitari federal de la ciutat de Niterói, en el context de la PNH.</p>	<p>Entrevista oberta amb anàlisi de les dades amb una primera lectura i a continuació una selecció del llenguatge de cada subjecte. Van sorgir 3 temàtiques: La humanització de la salut com un acte d'acollir a l'altre com a únic, com a qüestió de dret i com a un qüestió ètica.</p>	<p>Hospital on ja es troba implantada la PNH. Al·ludeix a la qüestió de la humanització com un dret, el qual ha patit un creixement permanent de a judilització durant els 5 anys anteriors al estudi. Es vol que els professionals coneguen la PNH per tal de proporcionar una assistència de qualitat, promovent l'encontre, l'acollida i el reconeixement de si mateixa, de l'altra i de la</p>
---	--	--	--	---	---	--

						seua professió, coneixent així els drets i deures. Per tant, l'educació precisa ser permanent per a que es pose en marxa la humanització.
Pereira da Silva Ribeiro, Cristina Aparecida. Martins Trovo, Monica. Puggina, Ana Cláudia. 2017 São Paulo, Brasil.	Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI; estrategia de humanización posible?	Identificar la influència de la contextualització del pacient sedat sobre la percepció de cuidar de l'equip d'infermeria. I avaluar la intervenció proposta com a estratègia de humanització per a la cura del pacient sedat.	Investigació d'intervenció amb disseny qualitatiu.	n=43 professionals de l'equip d'infermeria de l'UCI d'un hospital pública a la ciutat de São Paulo, Brasil. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pre-intervenció: n=43 professionals. ○ Post-intervenció: n=38 professionals 	Recol·lecció de dades: entrevista pre-intervenció, la intervenció i una entrevista post-intervenció. Intervenció: Fixació de 3 quadres de pacients crítics que es trobaven sedats, al cap del llit del pacient. Aquests quadres contenien fotografies i relats de vida, van estar	La contextualització del pacient sedat va millorar la percepció del cuidar per part de l'equip infermer, i va despertar sentiments positius i importants per al fet de cuidar. La intervenció es va considerar efectiva per la sensibilització

				(per diferents motius).	allí penjats durant 10 dies.	obtinguda dels professionals sobre la necessitat d'humanització, i per ser la primera etapa per a un canvi d'actitud.
Braitt Lima, Adriana. de Oliveira Santa Rosa, Darci. 2017 Salvador, Brasil.	Guia para o processo de ajuda interpessoal de enfermagem ao familiar do paciente crítico.	Presentar una guia (basada en la teoria Frankliana) sobre el procés d'infermeria interpersonal al membre de la família del pacient crític, basada en la triaga tràgica experimentada per el familiar del pacient crític hospitalitzat en una UCI d'un hospital general	Investigació d'enfocament qualitatiu.	n=6 familiars	Entrevista semiestructurada amb preguntes d'aproximació i una pregunta guia. Intervenció: Guia basada en la teoria <i>Frankliana</i> , la qual es basa ne la valoració de les experiències del ser humà. Finalitat guia: Permetre l'atenció del familiar de manera estandarditzada,	El recolzament al familiar és una ajuda per a que puga transposar la condició de ciure en la triada tràgica a la del optimisme. Es veurà estimulat per la comprensió de valors expressats de manera positiva, en les actituds cap als sentiments de culpa, sofriments

		i privat de Salvador, Brasil.			amb l'objectiu d'una assistència humana i personalitzada.	i possibilitat de mort. L'ús de procediments no materials (com el foment de la fé) mostra efectivitat. Però l'idea d'utilitzar recursos subjectius i afecte intencional sols serà possible degut a la motivació dels infermers.
de Araújo, Loraine Machado. de Araújo, Lorena Machado. 2015	Phenomenological understanding of intensivist nurses in light of the humanistic thought of Paterson and Zderad.	Abordar l'atenció humanitzada brindada per la infermera al pacient hospitalitzat en l'UCI, guiada per la Teoria Humanista de	Estudi qualitatiu, descriptiu de naturalesa fenomenològica a la llum de la teoria humanista de	n=7 infermeres UCI hospital universitari en Natal-RN, Brasil.	Recol·lecció de dades mitjançant una entrevista semiestructurada + pregunta guia, amb una tècnica d'anàlisi de contingut en forma	La teoria humanista de Paterson i Zderad revela la necessitat de rescatar la dimensió humana de l'atenció oposada al

Natal, Ríó Gran de del Norte (Brasil).		Paterson i Zderad.	Paterson i Zderad.		d'anàlisi temàtic, segons Bardin. 3 etapes: Preanàlisi, exploració del material i tractament de resultats.	model biomèdic, i restringeix la forma d'experimentar el procés salut-malaltia. S'observa que la infermeria conserva l'essència de la professió, el cuidar amb preocupació per els demés a través de la comunicació efectiva, establint també relacions interpersonals i considerant els sentiments humans. Per tant, en una dimensió humanista, els professionals es veien
--	--	--------------------	--------------------	--	--	--

						compromets amb l'acte de cuidar tant als pacients com a les famílies.
<p>Rezende, Laura Cristhiane Mendonça.</p> <p>De Freitas Macedo Costa, Kátia Neyla.</p> <p>Martins, Kaisy Pereira.</p> <p>Da Costa, Tatiana Ferreira.</p> <p>2014</p> <p>João Pessoa, Brasil.</p>	<p>Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva.</p>	<p>Analitzar la comunicació entre l'equip d'infermeria i els familiars de pacients en la UCI, d'un hospital docent a la ciutat de João Pessoa, Brasil.</p>	<p>Estudi de naturalesa descriptiva i enfocament qualitatiu.</p>	<p>n=30 familiars.</p> <p>Dades recol·lectades en setembre 2011.</p>	<p>Entrevista individual semiestructurada.</p> <p>S'identificaren 4 categories.</p>	<p>S'observa que l'hospitalització d'un familiar a l'UCI produeix sentiments d'angoixa, soledat i por. S'han observat mancances per part de l'equip infermer de cara als familiars pel que fa a les seues necessitats emocionals, fent així la seua experiència encara més frustrant i negativa.</p>

						<p>La comunicació demostra ser essencial en la cura infermera, disminueix els sentiments negatius tant de pacients com familiars.</p> <p>Necessitats principals família: rebre informació sobre l'estat de salut del familiars, ser col·lit de manera digna i humana.</p>
<p>Oliveira, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante. Medeiros, Marcelo.</p>	<p>Grupo de soporte como estrategia para acolhimento de familiares de Unidade de Terapia Intensiva.</p>	<p>Descriure l'ús del grup de recolzament com una estratègia per a donar la benvinguda als familiars dels pacients ingressats en</p>	<p>Investigació descriptiva, amb un enfocament qualitatiu del tipus d'atenció convergent.</p>	<p>n=51 familiars que han participat almenys en una reunió del GRAF (<i>Grupo de Apoyo Familiar</i>).</p>	<p>Treball de camp: planificació per a la creació de GRAF per tal de contribuir en l'acollida en l'hospital, oferint-los així informació i recolzament com a cures infermeres.</p>	<p>Els grups de suport cooperen en la construcció d'una pràctica humanitzada del cuidar, el que permet la superació del enteniment històricament</p>

<p>Barbosa, Maria Alves.</p> <p>Siqueira, Karina Machado.</p> <p>Oliveira, Paula Malagoni Cavalcante.</p> <p>Munari, Denize Bouttelet.</p> <p>2010</p> <p>Goiânia, Brasil.</p>		<p>l'UCI i l'avaluació dels participants sobre l'ús d'aquesta estratègia per a satisfer les necessitats dels familiars d'informació i recolzament emocional.</p>			<p>GRAF: 10 sessions/60'. 3 etapes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Donar la benvinguda i presentar als participants. 2) Oferir informació i orientació. 3) Cloenda i avaluació. <p>Entrevistes semiestructurades per a la recopilació de dades.</p>	<p>centrat en el pacient i la malaltia.</p> <p>Es recomana als infermers reflexionar sobre la reorganització de la pràctica i la possibilitat de influir els grups de suport com una estratègia d'atenció de les necessitats dels familiars.</p>
--	--	--	--	--	---	--

Font: Elaboració pròpia.

Taula 8: Articles quantitativus.

Autor, any de publicació i país	Títol	Objectiu	Tipus de l'estudi	Població i mostra	Intervenció	Conclusions principals
Joven, Zuli Milena. Guáqueta Parada, Sandra Rocío. 2019 Bogotá, Colòmbia.	Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.	Descriure la percepció del pacient crític adult sobre els comportaments de cura humanitzada d'infermeria en la UCI d'un hospital de III nivell de Bogotá, Colòmbia.	Estudi descriptiu-quantitatiu.	n = 55 pacients UCI ingressats > 48h.	Instrument: "PCHE 3a versió". Es realitza anàlisis descriptiu amb dades sociodemogràfiques i les respostes de l'instrument. Es realitza escala estandarditzada per al anàlisis comparatiu entre categories.	Bona percepció de cura humanitzada en l'UCI. Es destaca el valor de ser el pacient un ser pluridimensional, s'estableix un vincle interpersonal basat en el respecte i la confiança.
Da Costa, Jaquiline Barreto. Felicetti, Claudia Regina.	Stressful factors for families of critically ill patients of the intensive care unit.	Avaluar els principals estressors ambientals, d'acord amb la percepció dels familiars de	Estudi descriptiu transversal de naturalesa quantitativa.	n=53 familiars.	Escala desenvolupada per els investigadors composta per 40 ítems que al final es va quedar en 25 ítems, basada en el	Els factors considerats més estressants per part dels familiars són els relacionats amb l'estat eneral i el sofriment del pacient. L'entorn i les rutines de visites s'han

Costa, Claudia. Rejane L.De Macedo. Miglioranza, Dalas Cristina. Osaku, Erica Fernanda. Da Silva Versa, Gelena Lucinéia G. Solstoski, Joanito. Duarte, Péricles Almeida D. Duarte, Silvana Triló.		pacients hospitalitzats en una UCI d'adults en un hospital públic universitari.			<p>contingut d'alguns elements de la <i>Escala de Estresores en la Unidad de Cuidados Intensivos</i>, validada per <i>Ballard i Nastasy</i>, perquè no existeixen instruments nacionals estandarditzats per avaluar esdeveniments estressants.</p> <p>Prova pilot: n=13 familiars.</p> <p>25 ítems en 4 dominis. Estressants relacionats amb el: medi ambient, pacient, interacció equip/família i amb la visita.</p>	<p>considerat més estressants.</p> <p>Conèixer la població i els factors considerats més estressants per als familiars pot facilitar les estratègies d'humanització, proporcionant així alternatives per reduir els nivells d'estrés i els canvis psiquiàtrics posteriors.</p>
--	--	---	--	--	---	--

Ogasawara, Suely Mariko.						
Taba, Sheila.						
2010						
(No es coneix el país)						

Font: Elaboració pròpia.

Taula 9: Articles mixtes

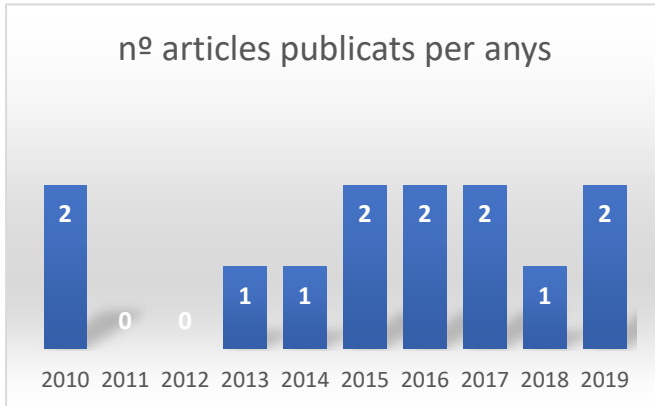
Autor, any de publicació i país	Títol	Objectiu	Tipus de l'estudi	Població i mostra	Intervenció	Conclusions principals
Hoad, Neala. Swinton, Marilyn. Takaoka, Alyson. Tam, Benjamin. Shears, Melissa. Waugh, Lily. Toledo, Feli. Clarke, France J.	Fostering humanism: a mixed methods evaluation of the Footprints Project in critical care.	Avaluar la captació, la sostenibilitat i la influència del "Projecte Footprints" utilitzant mètodes qualitatius i quantitativs.	Estudi realitzat amb mètodes qualitatius i quantitativs. Iniciativa liderada per infermeres de l'UCI quirúrgica St Joseph's Healthcare, Londres.	Auditoria A: n=9/57 Auditoria B: n=36/70 Auditoria C: n=37/64	Intervenció: Formular amb informació personal del pacient – Transcripció en pissarra individualitzada de <i>Footprints</i> , en l'habitació de cada pacient. El formulari de <i>Huellas</i> complet es va posar en cada historial. Les dades s'analitzaren en 2 categories d'informació: dinàmica i estàtica.	Al augmentar l'accés a informació personal abans i més allà de la malaltia crítica mitjançant les pissarres personalitzades, facilita una atenció holística centrada en el pacient, informa encontres clínics amb pacients i famílies i millora també la pràctica interprofessional.

Duan, Erick Huaileigh. Soth, Mark. Cook, Deborah J. 2019 Londres.					S'utilitza l'anàlisi de contingut convencional per a les dades d'entrevistes i grups focals.	
--	--	--	--	--	--	--

Font: Elaboració pròpia.

A continuació s'observarà mitjançant diagrames el nombre d'articles publicat cada any així com el país on es duen a terme els estudis dels articles seleccionats.

II-il·lustració 2: N° d'articles publicats per anys

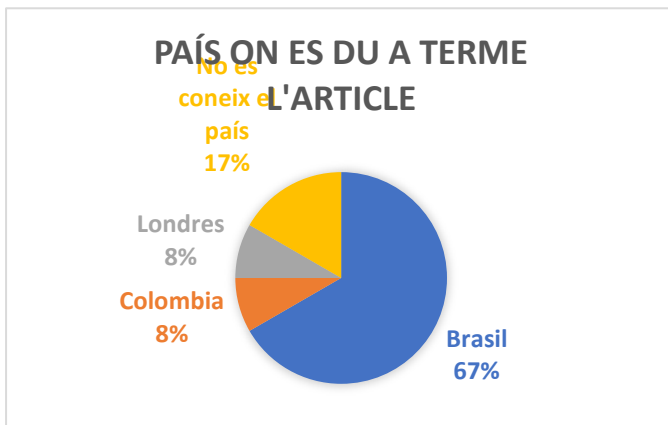


Font: Elaboració pròpia

En els articles treballats per a realitzar la discussió es poden veure els anys de publicació d'aquests.

En ordenar-los cronològicament, es pot observar que han sigut publicats durant els següents anys: 2010, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 i 2019.

II-il·lustració 3: País on es du a terme l'article



Font: Elaboració pròpia

Igual que la il·lustració 2, aquesta també tracta dels articles treballats a la discussió.

Però la diferència és que en aquesta es pot observar que la gran majoria d'aquests han sigut realitzats al Brasil i una xifra del 17% dels articles, mostra que es desconeix el país on s'ha dut a terme l'estudi.

6.- ANÀLISI / DISCUSSIÓ

La Política Nacional d'Humanització -PNH- té com a objectiu principal millorar i fomentar canvis en els models de gestió per a guiar l'activitat institucional (Michelan & Spiri, 2018), per a apreciar d'aquesta manera la valorització de les persones, la integració, el compromís i la responsabilitat de tots aquells que formen el Sistema de Salut, com són els pacients, els professionals i els gestors (Ribeiro, Trovo, & Puggina, 2017).

De Medeiros, afirma que el model biomèdic actual resulta no ser el més adient per a fomentar la humanització perquè observa que no contempla el gran ventall de necessitats de les persones que conformen el Sistema de Salut. A més, manifesta que la millor manera per a satisferr-les seria mitjançant la utilització d'una Atenció Integral que promoga la integralitat i la humanització de la gestió de la cura infermera per a assolir d'aquesta manera una atenció mèdica òptima de manera efectiva, segura i de qualitat (de Medeiros et al., 2016).

De Araújo, en el seu article tracta la teoria de *Paterson i Z dread*. Aquesta suposa que la ciència de la infermeria es desenvolupa a partir de les experiències entre els/les infermers/es i els pacients, i amb el significat d'aquest aprenentatge és on comença la relació intersubjectiva entre ambdós a més de dir que l'atenció infermera busca aconseguir el benestar màxim del pacient cobrint les seues necessitats. En l'article es mostra la necessitat de rescatar la dimensió humanista, degut que es troba oposada al model biomèdic, a més d'observar que des d'una visió més humanista els professionals es trobaven més compromesos en l'acte de cuidar al pacient junt amb el seu entorn, ja que aquesta és l'essència de la infermeria (de Araújo, 2015).

Però en altres estudis es perceben les sensacions dels professionals i dels mateixos familiars pel que fa al tracte infermer a les Unitats de Cures Intensives. *Evangelista et al*, i *Silva et al.*, defensen el concepte d'implicació emocional; estan d'acord que la cura proporcionada al malalt s'ha de basar en la singularitat, la dignitat i llibertat, i cal que es fomenti en tot moment el benestar i la reducció de l'ansietat a través de la intencionalitat i el treball en equip, perquè observen que aquest aspecte igual que una adequada comunicació junt amb una escolta afectiva de qualitat i el respecte de la part ètica reconforta i engloba a allò què és digne. Si aquestes característiques es compliren, s'aconseguiria la humanització de les cures perquè consisteix en una part ètica, un dret i s'asseguraria més la igualtat (Evangelista, Domingos, Siqueira, & Braga, 2016; R. M.

C. R. A. Silva, de Oliveira, & Pereira, 2015), és a dir, una relació més equivalent entre el que és necessari i el que hauria de ser necessari.

En les Unitats de Cures Intensives, l'elevada tecnologia és un fet i produeix distància, allunyant així al malalt de la singularitat que cal que el caracteritza, per aquest motiu el treball de *Da Silva* i *Ferreiro*, realitzat al Brasil, mostra que aquest fet no ha d'ocórrer sinó que l'atenció a la tecnologia ha de promoure la humanització i preservar la dignitat humana, és a dir, ha de reforçar l'atenció infermera combinant tècnica, tecnologia i humanització (R. C. Da Silva & Ferreira, 2013). *Jóven* i *Guáqueta Parada*, se sumen a aquest fet assenyalant que en el seu estudi realitzat a Colòmbia les sensacions respecte a les cures infermeres humanitzades eren percebudes com a bones, ressaltant la importància d'una adequada interacció entre la infermera i el pacient, que siga autèntica i intencional. Perquè allò que més valoraven els pacients era el seu tracte pluridimensional basat en tot moment en la confiança i el respecte. El fet més important és no deixar que les UCIS es convertisquen en un espai impersonal on el pacient es trobe materialitzat (Milena Joven, Zuli. Guáqueta Parada, 2019).

Michelan i *Spiri*, parlen de la humanització com a la valorització de tots aquells que formen el procés de salut, motiu pel qual és tan important cuidar als malalts com als cuidadors. L'atenció integral facilita també l'autonomia, la valorització competència tècnica i la formació d'equips ampliant i enfortint les accions per enfrontar, resoldre i satisfer així les necessitats dels pacients (Michelan & Spiri, 2018).

Però els cuidadors no són solament els professionals sanitaris, o infermers més específicament en aquest treball, sinó que la família també forma part del grup de cuidadors. *Rezende et al.*, en el seu treball manifesta que l'hospitalització a les UCIS produeix en la família sentiments de preocupació i angoixa, superior en moltes ocasions als del mateix malalt, perquè la falta de comunicació i d'informació produeix una desconexió gran pel que fa a l'estat de salut del seu ser estimat, i que existeixen poques situacions on els mateixos professionals es preocupen per la família i per cobrir les seues necessitats. Doncs cal veure la necessitat de cuidar a la família, ja que aquesta es tracta d'una eina per humanitzar i un factor rellevant en el procés de malaltia del pacient. És en aquesta situació on destaca la importància de predominar la relació terapèutica, degut que en reconèixer les seues dificultats, informar-los i fer-los sentir útils, la majoria de necessitats es trobarien cobertes (Rezende, De Freitas Macedo Costa, Martins, & Da Costa, 2014).

L'objectiu específic de determinar la importància de la família com a part fonamental del pacient, es troba respost pels autors *Rezende, De Freitas, Macedo Costa, Martins i Da Costa*, en nomenar la rellevància de cuidar a la família per a humanitzar i cuidar d'aquesta manera al pacient. Degut que aquest fet s'aconsegueix en mitigar els sentiments negatius per part del familiar. A més, *Michelan i Spiri*, també se sumen a donar resposta pel fet que diuen que per a humanitzar és tan necessari cuidar al malalt com al cuidador.

Oliveira et al., realitza una investigació sobre l'ús dels GRAF -Grups de Suport a Familiars- per fer front també a les necessitats de la família i descarregar treball als professionals infermers; on el resultat és beneficiós i reconegut com un recurs terapèutic que pot contribuir a aconseguir una pràctica més humanitzada i acollidora, promovent el respecte per les persones i centrant d'aquesta manera més l'atenció en el pacient i la família (*Oliveira et al.*, 2010). Però la iniciativa de *Brait Lima* i de *Oliveira Santa Rosa*, també reforça aquesta necessitat de cuidar als familiars, però ho fa des de la teoria *Frankliana* on la finalitat és permetre l'atenció a la família de manera estandarditzada amb una assistència humana i personalitzada. El que es vol aconseguir és que el familiar capgiri la seua condició de viure en la triada tràgica per a viure en la de l'optimisme, mitjançant les actituds d'ajuda i de suport. Però aquesta idea d'utilitzar recursos subjectius i afectius sols serà possible amb la motivació infermera (*Brait Lima & de Oliveira Santa Rosa*, 2017), aquest concepte es troba fonamentat per els desitjos i els interessos o objectius personals dels mateixos infermers.

Da Costa et al., manifesta en el seu estudi que els principals estressors ambientals descrits pels mateixos familiars són aquells relacionats amb el seu ser volgut, és a dir el pacient perquè aquest en moltes ocasions es troba baix els efectes de la sedació, amb dispositius invasius i rodejat de grans aparells tant invasius com no invasius, però també els associats amb l'horari restringit de visites. Una atenció més humanitzada es pot aconseguir si els professionals coneixen quins són els principals factors estressats (*Da Costa et al.*, 2010).

Per últim, autors com *Ribeiro, Trovo, Puggina* i *Hoad et al.*, deixen contemplar en els seus estudis la influència de la contextualització de la vida d'aquells pacients sedats a les UCIS. Aquest fet resulta beneficiós i positiu perquè s'observa que la contextualització i l'augment d'informació personal del pacient millora la percepció del cuidador, desperta

sentiments positius i importants, i facilita l'atenció holística millorant la pràctica interprofessional (Hoad et al., 2019; Ribeiro et al., 2017). És a dir, conèixer una pinzellada de la vida d'una altra persona fa pensar que és compren més el que aquesta pot pensar o sentir, és a dir, augmenta l'empatia per part dels professionals afavorint més la humanització.

L'objectiu específic d'avaluar els beneficis que produeix la contextualització i el fet de conèixer els pacients durant l'ingrés a la Unitat de Cures Intensives, és respost pels autors *Hoad et al. i Ribeiro et al.*, al nomenar els beneficiosos resultats de conèixer el pacient degut que aquest fet desperta sentiments positius per part dels professionals facilitant l'atenció i la comprensió pel que fa a resoldre les necessitats alterades pel malalt.

En tot l'exposat en aquesta anàlisi, i pel que fa a l'objectiu general d'estudiar si la humanització de les cures infermeres disminueix els sentiments negatius dels pacients ingressats a una Unitat de Cures Intensives i dels familiars, diferents autors li donen resposta.

Evangelista et al. i Silva et al. avalen aquest objectiu al tractar la humanització des de la igualtat entre la part ètica i la jurídica perquè observaven que d'aquesta manera es promovia el benestar i es reduïa l'ansietat dels pacients i familiars. Per altra banda, *Jóven i Guáqueta Parada* també ho defensen degut que al seu estudi els pacients el que més valoraven eren unes cures humanitzades i el fet de no trobar-se materialitzats; aquestes sensacions eren percebudes com a bones, ajudant a disminuir les sensacions negatives. Per últim *Da Costa*, sostenen que disminuir o pal·liar els principals estressos per als familiars es tracta d'una manera d'humanitzar on també s'aconsegueix disminuir els efectes negatius tant per las familiars com per als pacients, perquè si els primers es troben més acollits i més còmodes ho poden transmetre al malalt.

7.-CONCLUSIÓ

Com a conclusió, una vegada analitzats els articles i la discussió d'aquest, es pot passar a donar resposta a la pregunta PICO plantejada anteriorment:

“Les intervencions d'infermeria des d'una visió humanista influeixen positivament en les situacions viscudes pel pacient i la seua família durant l'ingrés a una Unitat de Cures Intensives?”

Com bé s'ha comentat a l'anàlisi, l'humanisme posa a la persona al centre de tota atenció, per això és important veure'l des d'una visió humanista i una mirada integradora, perquè d'aquesta manera no es deixe de banda cap de les necessitats que puga tenir alterada. Aquest fet seria més fàcil d'aconseguir mitjançant una atenció integral però açò comporta una major implicació emocional per part dels professionals, que podria resultar beneficiosa per aconseguir l'objectiu proposat d'un tracte més humanitzat, si es gestiona d'una manera adequada però si no podria ocasionar cansament emocional, per tant és necessari cuidar al cuidador, en aquest cas al professional d'infermeria.

La família és una part integral en l'art de tenir cura, forma part de la unitat del pacient; per aquest motiu no s'ha de deixar-la de banda sinó just al contrari, es pot utilitzar com a estímul del pacient. És a dir, en cuidar a la família s'està cuidant al malalt, per aquest motiu si la família es troba tranquil·la el pacient també ho estarà i viceversa.

Certament, l'UCI es tracta d'un entorn impersonal i dotat d'alta tecnologia on l'estat del pacient és crític i les visites amb els familiars segueixen estant restringides en gran part dels hospitals encara. Però durant el marc conceptual i l'anàlisi s'han observat els notables beneficis que produeix una UCI de portes obertes -on el malalt pot estar acompanyat de la família en tot moment- tant per al mateix malalt com per als familiars, degut que disminueix gran quantitat de sentiments negatius i a la vegada s'afavoreixen els vincles entre el malalt, els professionals i la família com lligam d'aquests dos.

Així mateix el fet de contextualitzar la vida d'un malalt que es trobe en una situació de sedació o amb dificultat per a la comunicació, ajuda a aconseguir una mirada més humanitzada i integradora dels professionals, perquè s'ha observat que el fet de conèixer la quotidianitat del pacient desperta sentiments positius cap al cuidador i a més a més, l'apropa cap al pacient.

En síntesi, sí que s'han observat efectes positius amb les intervencions humanistes per part d'infermeria durant l'estada a l'UCI del malalt i la família, però que encara n'és necessari seguir treballant.

8.-LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES FUTURES

Com a limitacions cal destacar que aquesta revisió sistemàtica ha estat realitzada solament per una persona i els articles amb els quals s'ha treballat eren de cost gratuït, per tant potser s'han quedat articles amb informació interessant per treballar. A més, afegir la manca d'experiència en la cerca perquè aquest fet n'ha pogut interferir.

Personalment, m'hauria agradat trobar articles relacionats amb el meu país, Espanya, ja que la gran majoria eren del Brasil i un nombre important d'articles no posava el país on s'han dut a terme els estudis.

Com a línies futures d'investigació, em pareixeria important treballar la necessitat d'una formació competencial d'infermeria encarada a la humanització dels malalts a les Unitats de Cures Intensives davant dels grans i desconeguts esdeveniments de la natura, com poden ser els desproporcionats tsunamis que es produeixen o actualment l'enorme pandèmia viscuda per la Covid-19. Aquestes situacions afecten un elevat nombre de persones i per desgràcia es produeix la saturació dels serveis i dels recursos d'aquests, aleshores el que a mi m'agradaria és treballar el com humanitzar davant aquestes situacions extremes on per força major els pacients es troben separats de la seua família i del seu entorn, inclús donant-se a terme situacions on la gent mor sola sense poder-se acomiadar dels seus éssers estimats.

Una altra línia futura a destacar seria centrar-se en el desgast emocional que té per als professionals d'infermeria el fet de cuidar, i la necessitat de cuidar a aquests per tal de tancar el cercle de la cura format pel malalt, la família i el professional.

9.-BIBLIOGRAFIA

- Alonso Ovies, Ángela. Acevedo Nuevo, María. Vin Valeza, N. (2017). Capítulo 4: Bienestar del paciente y factores invisibles. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 69–102). Bogotá: Distribuna Editorial.
- Álvarez M., Ramírez I., C. E. (2018). Escala APACHE II. Retrieved from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escala-apache-ii/>
- Amorós Cerdá, S. M., Arévalo Rubert, J., Maqueda Palau, M., & Pérez Juan, E. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 193–203.
[https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(08\)75834-6](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(08)75834-6)
- Bermerjo, J. C. (1997). Capítulo 1: La relación de ayuda en enfermería. In J. C. Bermejo (Ed.), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. (1a ed., pp. 7–28). Madrid: San Pablo.
- Brait Lima, A., & de Oliveira Santa Rosa, D. (2017). Guia para o processo de ajuda interpessoal de enfermagem ao familiar do paciente crítico. *Ciencia y Enfermería*, 23(2), 159–169. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200159>
- Brusco, Á. (1997). Capítulo 2: Humanización de la enfermería. In J. C. Bermerjo (Ed.), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. (1a ed., pp. 29–50). Madrid: San Pablo.
- Carrillo-Esper, R., & Sosa-García, J. O. (2010). Delirium en el enfermo grave. *Medicina Interna de Mexico*. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2007/ti071i.pdf>
- Chamorro, C. Martínez Melgar, J.L. Barrientos, R. G. de trabajo de analgsia y sedación de la S. (2008). Monitorización de la sedación. *Medicina Intensiva*, 45–52.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoracion de la discapacidad fisica: El Indice de Barthel. *Revista Espanola de Salud Publica*.
<https://doi.org/10.1590/s1135-57271997000200004>
- Consejería de Sanidad, C. (2016). Humanización en las unidades de cuidados intensivos. In Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y

Humanización de la Asistencia Sanitaria. (Ed.), *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019* (1st ed., pp. 128–168). Madrid: BIG Creativos, S.L. Retrieved from <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Da Costa, J. B., Felicetti, C. R., Costa, C. R. L. D. M., Miglioranza, D. C., Osaku, E. F., Da Silva Versa, G. L. G., ... Taba, S. (2010). Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 182–189. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300003>

Da Silva, R. C., & Ferreira, M. D. A. (2013). The practice of intensive care nursing: Alliance among technique, technology and humanization. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(6), 1325–1332. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>

de Araújo, L. M. (2015). Compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de paterson e zderad. *Revista Enfermagem*, 23(3), 395–400. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.3318>

De la Cueva-Ariza, Laura. Zatorreza Lallemand, Concepción. Igeño Cano, José Carlos. Ángel Serrao, J. A. (2017). Capítulo 5: Participación e implicación de las familias en los cuidados. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 103–128). Bogotá: Distribuna Editorial.

de Medeiros, A. C., de Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. dos S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(5), 816–822. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>

Delgado Hito, Pilar. Romero García, Marta. Heras la Calle, G. (2017). Capítulo 9: El síndrome post-UCI. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 217–248). Bogotá: Distribuna Editorial.

Evangelista, V. C., Domingos, T. da S., Siqueira, F. P. C., & Braga, E. M. (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>

- Farreras Rozman. (2017). Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. *Tratado de Medicina Interna, 2017, 2017–2020*. Retrieved from <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>
- Ferrero Rodríguez, Mónica. Gómez Tello, Vicente. Escudero Augusto, D. (2017). Capítulo 10: Arquitectura e infraestructura humanizada. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (Bogotá, pp. 249–276). Distribuna Editorial.
- García-Carpintero Blas, E. (2007). Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 6(2), 26–6. Retrieved from [https://digitum-um-es.sabidi.urv.cat/digitum/bitstream/10201/24250/1/Reflexion del papel de la enfermeria a lo largo de la historia..pdf](https://digitum-um-es.sabidi.urv.cat/digitum/bitstream/10201/24250/1/Reflexion%20del%20papel%20de%20la%20enfermeria%20a%20lo%20largo%20de%20la%20historia..pdf)
- Generalitat Valenciana, C. de S. (2018). Hospital Universitari I Politècnic La Fe. *La Fe. Departament de Salut*. Valencia. Retrieved from <http://www.lafe.san.gva.es/ca/mision-vision-y-valores>
- Giannini, A. (2010). The “open” ICU: Not just a question of time. *Minerva Anestesiologica*, 76(2), 89–90. Retrieved from <https://www-minervamedica-it.sabidi.urv.cat/en/freedownload.php?cod=R02Y2010N02A0089>
- Hoad, N., Swinton, M., Takaoka, A., Tam, B., Shears, M., Waugh, L., ... Cook, D. J. (2019). Fostering humanism: A mixed methods evaluation of the Footprints Project in critical care. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029810>
- Institut Català de Salut, I. (2018). Missió i Valors de la Gerència Territorial Terres de l'Ebre - HTVC. Tortosa. Retrieved from <https://www.icsebre.cat/wg/ics-ebre/informacio-corporativa/missio-i-valors/>
- Islem Tejada-Pérez, I. (2017). “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. (Spanish). *Aquichan*, 17(4), 380–389. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.2>
- Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., ... Juandó-Prats, C. L. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: Convergencias y

divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.002>

Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B., & Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.005>

Martín Delgado, Mari Cruz. Segovia Gómez, Carmen. Alonso Ovies, Á. (2017). Capítulo 3: Comunicación en las HU-CI. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 31–68). Bogotá: Distribuna Editorial.

Michelan, V. C. de A., & Spiri, W. C. (2018). Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 372–378. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>

Milena Joven, Zuli. Guáqueta Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances En Enfermería*, 37, N^o. 1(0121-4500), 65–74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1006–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005>

Moreno, D. (2019). UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado. Revisión bibliográfica. *Revistamedicacountry.Com*, 10(1). Retrieved from <https://www.revistamedicacountry.com/app/default/files-module/local/documents/art-uci-de-puertas-abiertas.pdf>

Oliveira, L. M. de A. C., Medeiros, M., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., Oliveira, P. M. C., & Munari, D. B. (2010). Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(2), 429–436. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>

Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro Jambrina, C. (2008). Monitorización del dolor.

- Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(06\)74552-1](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(06)74552-1)
- Pla, E. (2019). Escales de valoració del pacient crític [Material del aula]. *3r Enfermeria*. 04/04/2019. Tortosa: Universitat Rovira i Virgili, Campus Terres de l'Ebre.
- RAE. (2019a). Humanizar. In *Diccionario Real Academia Española* (300th ed.). Madrid.
- RAE. (2019b). Paciente. Retrieved December 1, 2019, from <https://dle.rae.es/paciente?m=form>
- Raffino, M. E. (2020). Humanismo. Retrieved February 25, 2020, from <https://concepto.de/humanismo/>
- Ramis, O. (2004). Fa 32 anys de la definició de Salut de Perpinyà : Què vol dir treballar per a la Salut , avui i aquí ? Retrieved from http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/III_Jda_Salut_Mental_2012/Docs/Fa_32anys_ORamis.pdf
- Rezende, L. C. M., De Freitas Macedo Costa, K. N., Martins, K. P., & Da Costa, T. F. (2014). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de Los Cuidados*, 18(39), 84–92. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.39.10>
- Ribeiro, C. A. P. da S., Trovo, M. M., & Puggina, A. C. (2017). Relatos de vida e fotografia de pacientes sedados em UTI: Estratégia de humanização possível? *Enfermeria Global*, 16(3), 468–482. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>
- Rico, L. R., Marsans, M. C., Márquez, C. M., Borrás, A. M., Riba, L. S., Savall, D. T., & Blasco, C. V. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 17(4), 141–153. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(06\)73928-1](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(06)73928-1)
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5).
- Rodrigo Pedrosa, O. (2017). *Tesis Doctoral - Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad*. Retrieved from www.tesisenxarxa.net

- Rosas-Carrasco, O., González-Flores, E., Brito-Carrera, A. M., Vázquez-Valdez, O. E., Peschard-Sáenz, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., & García-Mayo, E. J. (2011). Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im1112j.pdf>
- Rubio Rico, L., Aguarón García, M. J., Ferrater Cubells, M., & Toda Savall, D. (2002). Vivir la UCI: diferentes perspectivas. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 6(12), 55–66. <https://doi.org/10.14198/cuid.2002.12.10>
- Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, F. J. (2011a). Capítulo 1: Introducción al paciente crítico. In *Enfermería en cuidados críticos*. (1a ed., pp. 2–13). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, F. J. (2011b). Capítulo 27: Atención psicosocial a la familia. In *Enfermería en cuidados críticos* (1a ed., pp. 383–393). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Salvadores Fuentes, Paloma. Sánchez Sanz, Esperanza. Carmona Monge, F. J. (2011c). Capítulo 28: Los derechos del paciente crítico. Responsabilidad profesional en la unidades de cuidados intensivos. In *Enfermería en cuidados críticos.2* (1a ed., pp. 395–407). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Santamaría, J., & Vega, S. (2017). *Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y Planificación anticipada de decisiones (PAD) en pacientes crónicos*. Retrieved from http://ibamfic.org/wp-content/uploads/2017/12/2_Update-2017-Silvia-Vega-PDA.pdf
- Saralegui Reta, I., Velasco Sanz, V., & Martín Delgado, M. C. (2017). Capítulo 11: Voluntades anticipadas, cuidados paliativos intensivos y morir en la UCI. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas.2* (1a ed., pp. 227–296). Bogotá: Distribuna Editorial.
- Silva, R. M. C. R. A., de Oliveira, D. C., & Pereira, E. R. (2015). A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: Singularidade, direito e ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 936–944. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0505.2634>

- Valvidares Mayor, M. (2017, September). Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Integral*, 51–57. Retrieved from <https://www.enfervalencia.org/ei/116/ENF-INTEG-116.pdf>
- Vargas Toloza, R. E. (2007). Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. *Ciencia y Cuidado*, 4(1794831), 21–27. Retrieved from <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=2534029>
- Vázquez Calatayud, M., & Eseverri Azcoiti, M. C. (2010, October). El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.03.004>
- Velasco Bueno, J. M., Escudero Augusto, D., & Ortega Guerrero, Á. (2017). Capítulo 2: UCI de puertas abiertas. Flexibilización de los horarios de visitas. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 11–30). Bogotá: Distribuna Editorial.
- Velasco Bueno, J. M., & Heras La Calle, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de Los Cuidados*, 10(20), 1–11. Retrieved from <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
- Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., & Capdevila García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 25(4), 228–236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Zaforteza Lallemand, C., & Heras la Calle, G. (2017). Capítulo 1: ¿Qué es humanizar? La humanización de las unidades de cuidados intensivos. In G. Heras la Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. (1a ed., pp. 1–10). Bogotá: Distribuna Editorial.
- Zepeda, E. M., Heriberto, J., Guillén, R., Guerrero, A. V., Alfredo, C., Martín, G., ... Cruz, A. S. (2016). Validación de la «escala evaluación de fallo orgánico secuencial» (SOFA) con modificación del componente cardiovascular en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Ángel Inn Universidad III. *Medicina Intensiva*, 30(5), 319–323. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2016/ti165h.pdf>










ANNEX 1:

Escala de la fragilitat (*Clinical Frailty Scale*)

La fragilitat és un terme utilitzat per a denotar una síndrome multidimensional de pèrdua de reserves com energia, cognició, salut i capacitat física, la qual genera vulnerabilitat.

La *Clinical Frailty Scale*, es tracta d'una eina per poder detectar la fragilitat i estratificar els graus d'aquesta i d'aptitud, on es resumeix la informació amb un primer contacte en el malalt per tal de poder quantificar i detectar de manera aproximada l'estat de salut d'aquest. Aquesta escala permet classificar als malalts dintre de molt adequada, be, més o menys bé, vulnerable, lleugerament fràgil, moderadament fràgil, severament fràgil o completament dependent, molt fràgil o malalt terminal (Rockwood et al., 2005).

Clinical Frailty Scale*

 <p>1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p>	 <p>2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p>	 <p>3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	 <p>4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.</p>	 <p>5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	 <p>6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	 <p>7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p>	 <p>8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p>	 <p>9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>
--	--	---	---	--	--	---	---	---

Scoring frailty in people with dementia


The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* I. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
J.K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2008, Version 1.2_04. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

**DALHOUSIE UNIVERSITY**
Inspiring Minds

L'Índex de Comorbiditat de Charlson (ICC):

Aquest índex va ser proposat per *Mary Charlson* l'any 1987 i és molt utilitzat per tal d'avaluar l'esperança de vida dels pacients depenent de l'edat i les comorbiditats d'aquests.

Consisteix en 19 ítems de condicions mèdiques que es troben catalogades segons el pes assignat a cada malaltia i s'ha demostrat que influeix de manera concreta en l'esperança de vida de la persona (Rosas-Carrasco et al., 2011).

Comorbilidad	Presente	Puntos	Extensión opcional	
			Edad (años)	
Infarto del miocardio		1	50-59	1
Insuficiencia cardíaca congestiva		1	60-69	2
Enfermedad vascular periférica		1	70-79	3
Enfermedad vascular cerebral			80-89	4
(excepto hemiplejía)		1	90-99	5
Demencia		1		
Enfermedad pulmonar crónica		1	Total de la puntuación combinada	
Enfermedad del tejido conectivo		1	(comorbilidad + edad)	_____
Enfermedad ulcerosa		1		
Enfermedad hepática leve		1		
Diabetes (sin complicaciones)		1		
Diabetes con daño a órgano blanco		2		
Hemiplejía		2		
Enfermedad renal moderada o severa		2		
Tumor sólido secundario (no metastásico)		2		
Leucemia		2		
Linfoma, mieloma múltiple		2		
Enfermedad hepática moderada o severa		3		
Tumor sólido secundario metastásico		6		
Sida		6		

L'Índex de Barthel:

Aquest índex va ser un dels precursors per a quantificar la discapacitat dels pacients en funció del grau de dependència.

Avalua 10 Activitats de la Vida Diària (AVD) però no totes amb la mateixa puntuació, per tal de mesurar la capacitat de la persona per a poder-les realitzar.

El resultat varia des d'independent totalment amb una puntuació del 100% fins a dependent total amb una puntuació mínima del 0% (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda por su cuenta o con ayuda de una persona (física o verbal)

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Escala APACHE II:

L'escala APACHE II és la continuació i modificació de l'APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*).

Es tracta d'un sistema de valoració pronòstica de la mortalitat on la finalitat està en detectar els trastorns fisiològics que atempten contra la vida del pacient. La puntuació final és un factor predictiu de la mortalitat. La puntuació final és la suma de les 12 variables més la puntuació de l'edat més la puntuació de les malalties cròniques.

Aquesta escala es passa al malalt crític durant les primeres 24h de l'ingrés a la Unitat de Cures Intensives avaluant els pitjors valors dels 12 paràmetres fisiològics dels quals consta, però no serveix per a tornar-la a passar durant l'estança.

Els paràmetres són els següents (Álvarez M., Ramírez I., 2018):

- Temperatura corporal (T^a).
- Pressió Arterial Mitjana (PAM).
- Freqüència Cardíaca (FC).
- Freqüència Respiratòria (FR).
- Oxigenació (Sat.O₂).
- pH arterial.
- Sodi plasmàtic (Na).
- Potassi plasmàtic (K).
- Creatinina.
- Hematòcrit (Hto).
- Recompte de Leucòcits.
- Escala de Coma de Glasgow (GCS).

Variables fisiològiques	Rango elevado					Rango Bajo				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
Temperatura rectal (Axial +0.5°C)	³ 41*	39-40,9°		38,5-38,9°	36-38,4°	34-35,9°	32-33,9°	30-31,9°	£ 29,9°	
Presión arterial media (mmHg)	³ 160	130-159	110-129		70-109		50-69		£ 49	
Frecuencia cardíaca (respuesta ventricular)	³ 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	£ 39	
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	³ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		£ 5	
Oxigenación : Elegir a o b a. Si FiO2 >= 0,5 anotar P A-aO2 b. Si FiO2 < 0,5 anotar PaO2	³ 500	350-499	200-349		< 200 > 70	61-70		55-60	<55	
pH arterial (Preferido) HCO3 sérico (venoso mEq/l)	³ 7,7 ³ 52	7,6-7,59 41-51,9		7,5-7,59 32-40,9	7,33-7,49 22-31,9		7,25-7,32 18-21,9	7,15-7,24 15-17,9	<7,15 <15	
Sodio Sérico (mEq/l)	³ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	£ 110	
Potasio Sérico (mEq/l)	³ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5	
Creatinina sérica (mg/dl) Doble puntuación en caso de fallo renal agudo	³ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6			
Hematocrito (%)	³ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20	
Leucocitos (Total/mm3 en miles)	³ 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1	
Escala de Glasgow Puntuación=15-Glasgow actual										
A. APS (Acute Physiology Score) Total: Suma de las 12 variables individuales										
B. Puntuación por edad (> o igual a 44 = 0 punto; 45-54 = 2 puntos; 55-64 = 3 puntos; 65-74 = 5 puntos; >75 = 6 puntos)										
C. Puntuación por enfermedad crónica: -Si el paciente tiene historia de insuficiencia orgánica sistémica o está inmunocomprometido y en caso de postquirúrgicos urgentes o no quirúrgicos = 5. -Postquirúrgicos de cirugía programada = 2.										
Puntuación APACHE II (Suma de A+B+C)										

Escala SOFA Assessment):

L'escala SOFA és avaluar la disfunció seua senzillesa,

especificitat per a la funció de cada òrgan i es pot realitzar de forma seqüencial durant l'ingrés del pacient a diferència de l'APACHE II.

Puntuación	Mortalidad (%)
0-4	4
5-9	8
10-14	15
15-19	25
20-24	40
25-29	55
30-34	75
>34	85

(Sequential Organ Failure

una de les més utilitzades per orgànica perquè destaca per la fiabilitat, objectivitat i

Està composta per la suma del percentatge obtingut durant l'avaluació de 6 òrgans, cada un d'aquest valorat del 0 al 4 segons el grau de disfunció, proporcionant una puntuació diària des del 0 fins al 24, sent el 0 normal i 24 una disfunció orgànica total (Zepeda et al., 2016).

	SOFA				
	0	1	2	3	4
Respiración PaO ₂ /FiO ₂ (torr)	> 400	≤ ≤ 400	≤ ≤ 300	≤ ≤ 200 con soporte ventilatorio	≤ ≤ 100 con soporte ventilatorio
Coagulación Plaquetas (x10 ³ /mm ³)	> 150	≤ ≤ 150	≤ ≤ 100	≤ ≤ 50	≤ ≤ 20
Higado Bilirrubinas (mg/dL)	< 1.2	< 1.2-1.9	2-5.9	6-11.9	< 12
Cardiovascular Hipotensión	No hipotensión	PAM < 70 mmHg	Dopamina ≤ 5 o dobutamina ^a	Dopamina > 5 o EP ≤ 0.1 o NE ≤ 0.1	Dopamina > 5 o EP > 0.1 o NE > 0.1
Sistema nervioso Escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina (mg/dL) o uresis	< 1.2	1.2-1.9	2-3.4	3.5-4.9 o < 500 mL/día	> 5.0 o < 200 mL/día

Abreviaturas: PAM = Presión arterial media. EP = Epinefrina. NE = Norepinefrina. ^a = Unidades en gamas.

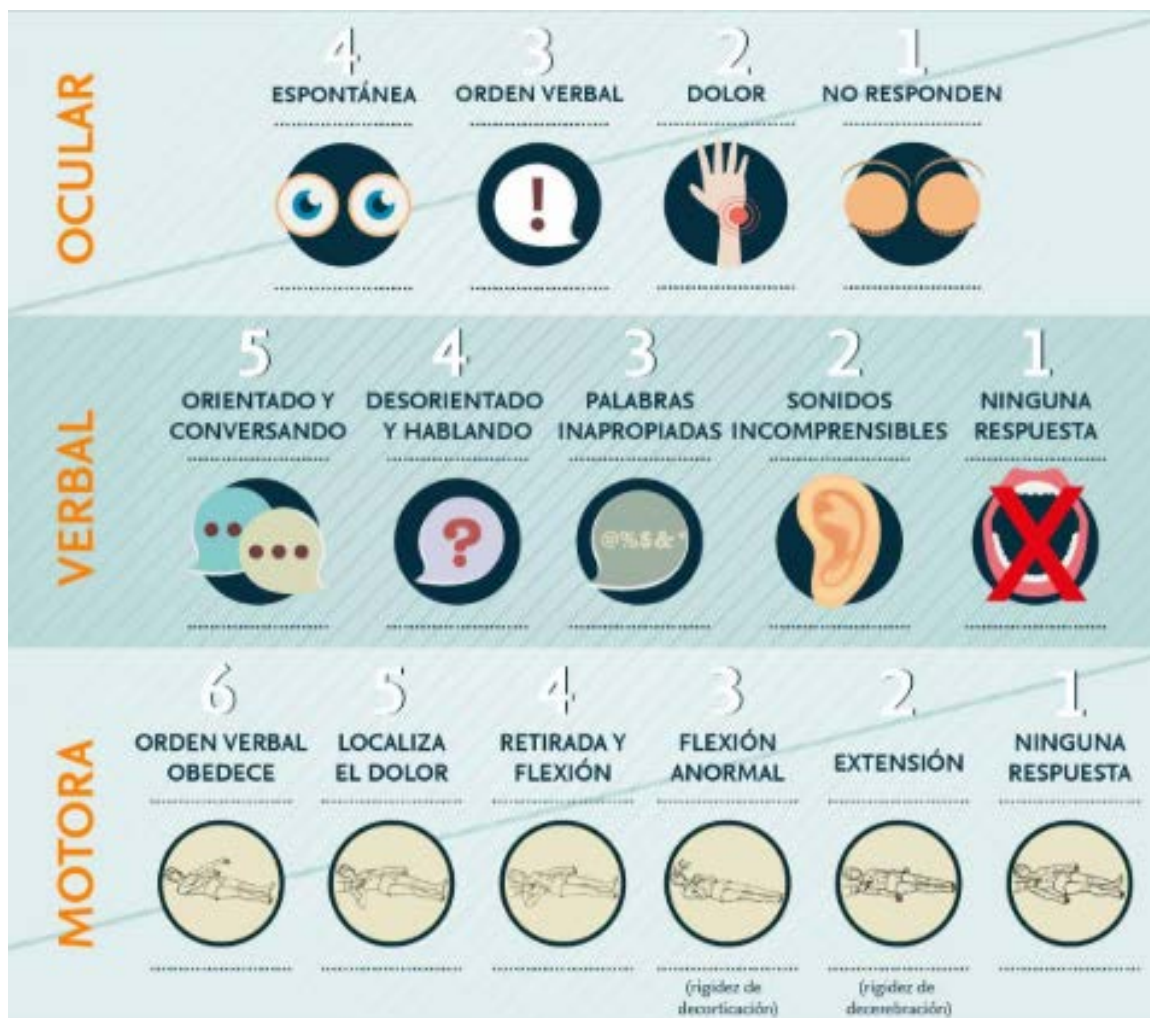
Escala de Glasgow (GCS):

El nivell de consciència és un dels paràmetres més importants que cal que es tingui en compte.

L'escala de Glasgow, va ser creada l'any 1975 per membres de l'Institut de Ciències Neurològiques de la Universitat de Glasgow, amb l'objectiu de crear un mètode simple i fiable per registrar i monitorar el nivell de consciència en pacients amb Traumatisme Cranioencefàlic (TCE).

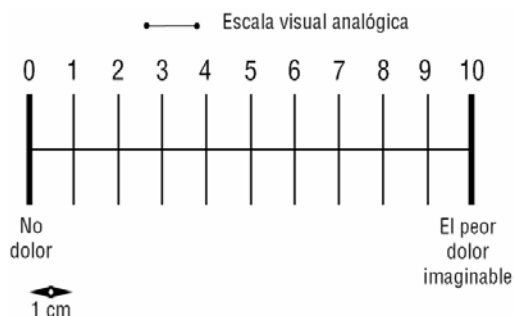
Doncs, es tracta d'una escala d'aplicació neurològica ràpida, objectiva i simple que permet mesurar el nivell de consciència d'una persona basant-se en 3 paràmetres que són la resposta verbal, l'ocular i la motora.

La puntuació més baixa és de 3 punts considerant-se amb aquesta puntuació una mort cerebral, i la màxima de 15 punts on el nivell de consciència és total (Farreras Rozman, 2017).



Escala Visual Analògica (EVA):

L'Escala Visual Analògica (EVA) permet mesurar el dolor en aquells pacients on el nivell de consciència és elevat. Es tracta d'una línia horitzontal on en els extrems es troben les expressions extremes d'un símptoma com és el dolor per exemple. El pacient, ha d'indicar el seu grau de dolor des del nº0 sent aquest l'absència de dolor fins al nº10 on el dolor a aquest extrem és insuportable. Aleshores, el pacient ha de marcar o indicar quin és el seu nivell de dolor (Vicente Herrero, Delgado Bueno, Bandrés Moyá, Ramírez Iñiguez de la Torre, & Capdevila García, 2018).



Escala de Campbell:

L'escala de Campbell, està dissenyada per avaluar la presència de dolor i a més per a quantificar la intensitat d'aquest en aquells pacients on el nivell de consciència es troba disminuït i no ho poden expressar per si mateixos. Aleshores, aquesta escala el que mesura és la musculatura facial, si es mostra tranquil o no, el to muscular, la resposta verbal i la confortabilitat. La puntuació final va des del 0 on no existeix dolor, a l'1-3 on el dolor es categoritza com a lleu-moderat, al 4-6 on el dolor és moderat greu i la puntuació màxima és >6 on el dolor és molt intens. Per tant, la puntuació ideal és mantenir al pacient amb una puntuació ≤ 3 (Pardo, Muñoz, & Chamorro Jambrina, 2008).

Escala de evaluación del dolor y comportamiento (Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea) Rango de puntuación: 0-10				
	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
«Tranquilidad»	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular*	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole	
Puntuación Escala de Campbell *En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano **Puede ser poco valorable en vía aérea artificial				/10
Rango puntuaciones	0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso
La puntuación ideal es mantenerlo en 3 o menos				

L'escala BPS (*Behavioural Pain Scale*):

Aquesta es tracta d'una escala validada, la qual consta de 3 ítems on es valora l'expressió facial, el moviment de membres superior i l'adaptació a la ventilació mecànica on cada ítem es puntua des de l'1 fins al 4. Per tant, la puntuació global es troba entre el 3 on hi ha una absència de dolor i el 12 on és la màxima intensitat de dolor. Igual que la Campbell, s'utilitza en aquells pacients on el nivell de consciència es troba disminuït i no són capaços d'expressar el nivell de dolor per ells mateixos (Latorre Marco et al., 2011).

<i>Expresión facial</i>	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
<i>Movimiento de miembros superiores</i>	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
<i>Adaptación a la ventilación mecánica</i>	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4

Ausencia de dolor = 3 puntos.

Máximo dolor = 12 puntos.

Escala RAMSAY:

L'escala RAMSAY va ser descrita per Ramsay i col·laboradors als 1974 i més tard ha sigut validada en els pacients crítics. La incorporació d'aquesta escala per al mesurament i ajust dels sedants per part d'infermeria s'ha associat amb la disminució del temps de ventilació mecànica, el nº de traqueotomies i l'estança a l'UCI.

Aquesta escala estratifica el grau de sedació en 6 nivells, on 3 d'ells corresponen a nivells de sedació lleugera i 3 a major profunditat, però l'inconvenient és que no hi ha diferència entre nivells de profunditat i de sedació, és a dir, que un mateix pacient pot trobar-se en 2 nivells (Chamorro, C. Martínez Melgar, J.L. Barrientos, 2008).

1. Paciente ansioso y agitado
2. Paciente colaborador, orientado y tranquilo
3. Paciente dormido, que obedece a órdenes
4. Paciente dormido, con respuestas a estímulos auditivos intensos
5. Paciente dormido, con respuestas mínimas a estímulos
6. Paciente dormido, sin respuestas a estímulos

Escala SAS (*Sedation-Agitation Scale*):

Aquesta escala va ser descrita per Riker l'any 1994 amb la finalitat d'avaluar l'eficàcia de l'ús de l'haloperidol. Fou la primera escala validada per a pacients crítics per a mesurar la sedació, però avui en dia no és de les més utilitzades.

L'escala parteix d'un grau 4 on el pacient es troba en calma i col·laborador, i a mesura que el grau disminueix el pacient es troba més sedat, i al contrari a mesura que el grau augmenta el pacient es troba més agitat (Chamorro, C. Martínez Melgar, J.L. Barrientos, 2008).

1. Excesivamente sedado, sin respuesta a estímulos intensos
2. Muy sedado, despierta ante estímulos físicos, no responde a instrucciones verbales
3. Sedado, despierta al estímulo auditivo intenso
4. Tranquilo y colaborador
5. Agitado, se calma con instrucciones verbales
6. Muy agitado, muerde el tubo, requiere sujeción mecánica
7. Agitación peligrosa, peligro de retirada de catéteres, tubos, etc.

Escala RASS (*Richmon Agitation Sedation Scale*):

Aquesta escala va ser descrita per Sessler l'any 2002, i va ser elaborada per un equip multidisciplinari de metges, infermeres i la resta del personal involucrat en el maneig per malalts crítics. Anomenar que ha sigut validada en pacients amb ventilació i amb pacients sense, i és l'única escala que s'ha estudiat específicament per avaluar als pacients al llarg del temps.

Es tracta d'una escala de 10 punts, en la que els valors positius indiquen agitació i els negatius, sedació. A més a més, separa l'estimulació física de la verbal i gradua el nivell segons la intensitat de l'estímul. En síntesi, és l'escala que millor reflecteix la fase

d'agitació i la de sedació, a banda de tenir una bona correlació amb l'aparició del deliri (Chamorro, C. Martínez Melgar, J.L. Barrientos, 2008).

+4	Combativo. Ansioso, violento
+3	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc.
+2	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
+1	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
0	Alerta y tranquilo
-1	Adormilado. Despierta con la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física
-5	Sedación muy profunda. No hay respuesta a la estimulación física

Escala CAM-ICU (*Confusion Assessment Method*):

El deliri és un estat d'inici agut que es caracteritza per canvis fluctuants en l'estat mental, inatenció i alteració de la consciència, i es tracta d'una de les complicacions més freqüents del malalt crític.

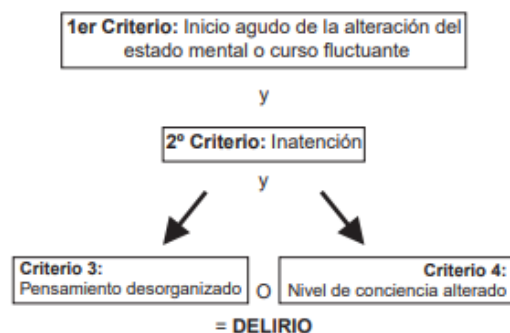
Aquesta escala està relacionada amb la RASS, degut que tots els pacients que obtinguin una puntuació mínima en l'escala RASS de -3 a +4, cal que siguin valorats amb la CAM-ICU.

Per a poder-lo valorar, existeix l'escala CAM-ICU que està adaptada per a utilitzar-se en pacients greus que no verbalitzen i mitjançant aquesta escala es valora el deliri mitjançant 4 criteris:

1. Canvi en l'estat mental o fluctuació d'aquest.
2. Inatenció.
3. Pensament desorganitzat.
4. Nivell de consciència alterat.

Perquè un pacient estigui diagnosticat amb deliri cal que compleixi els 2 primers criteris i uns dels dos últims (Carrillo-Esper & Sosa-García, 2010).

Algoritme:



Criterios y descripción del CAM-ICU

	Ausente	Presente
1. Inicio agudo o curso fluctuante		
A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?		
B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e. RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del delirio?		
2. Inatención		
¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntajes <i>menores a 8</i> en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (ASE)?		
3. Pensamiento desorganizado		
¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?		
Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):		
Grupo A		Grupo B
1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?		1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?
2. ¿Existen peces en el mar?		2. ¿Existen elefantes en el mar?
3. ¿Pesa más una libra que dos libras?		3. ¿Pesan más dos libras que una libra?
4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?		4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?
Otros:		
1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?		
2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador, muestra dos dedos enfrente del paciente)		
3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos)		
4. Nivel de conciencia alterado		
¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de <i>alerta</i> , tales como <i>vigilante</i> , <i>letárgico</i> o <i>estupor</i> ? (p.e. RASS diferente a «0» al momento de la evaluación)		
Alerta: Espontánea y plenamente consciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente		
Vigilante: Hiperalerta		
Letárgico: Somnoliento pero fácil de despertar, no consciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador, llega a estar plenamente consciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos		
Estupor: Incompletamente consciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta		
CAM-ICU general (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4)	SI	No