

LA HUMANITZACIÓ DE LES CURES INFERMERES EN UNA UNITAT DE CURES INTENSIVES

Revisió bibliogràfica

Treball de Final de Grau

Curs acadèmic: 2021-2022

Alumna: Marta Portillo Pascua

Tutora: Dra. Concepció Fuentes Pumarola

El cuidado es para la Enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción; cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y la persona.

-Margaret Jean Harman Watson-

AGRAÏMENTS

Mai hauria imaginat que els quatre anys de formació a la universitat passarien tan de pressa. Avui puc dir que estic davant de l'últim repte per a poder ser oficialment una infermera novell: l'entrega i la superació del Treball de Final de Grau. Durant aquests quatre anys sense el suport de la meva gent segurament no hauria arribat fins aquí, i és per això, que els vull agrair aquest recolzament.

En primer lloc, donar les gràcies a la meva tutora del treball, la Dra. Concepció Fuentes Pumarola, per guiar-me, per transmetre'm tranquil·litat i seguretat així com per donar-me consells i ànims en tot moment. Gràcies Conxi.

Seguidament, agrair a la Universitat de Girona i a totes les infermeres per instruir-me durant aquest temps de manera que he pogut assolir els coneixements necessaris per a formar-me i per a ser la infermera que he arribat a ser.

A les meves amigues per haver-me fet més amè aquest camí. Gràcies pel vostre continu suport, per la vostra alegria i per ser-hi present en tots els moments que hem compartit i ens han ajudat a madurar, créixer i evolucionar. Sou part de mi.

Per últim lloc, però no menys important, agrair enormement als meus pares per fer-me de guia des que vaig néixer. Per animar-me a menjar-me el món. Per donar-me l'oportunitat de complir un dels meus somnis: ser infermera. Com sempre dieu "*Hay que insistir, persistir y nunca desistir*". Sense el vostre suport incondicional, no ho hauria aconseguit. Infinites gràcies!

Per això i més, gràcies infermeria. Molt agraïda!

Contingut

Resum.....	4
Abstract.....	5
1. Marc teòric.....	6
1.1. Atenció centrada en la persona.....	6
1.2. Deshumanització sanitària.....	7
1.3. Humanització.....	8
1.4. Característiques de la humanització.....	9
1.5. Persona en estat crític.....	11
1.6. Unitat de Cures Intensives.....	11
1.7. Tecnologia i deshumanització en Unitats de Cures Intensives....	12
1.8. Experiència actual de cures intensives.....	14
1.9. Actualitat del concepte d'humanització.....	16
1.10. Models d'atenció humanitzada dins la Unitat de Cures Intensives.....	17
2. Objectius.....	23
3. Material i mètodes.....	23
3.1. Criteris d'inclusió.....	23
3.2. Criteris d'exclusió.....	24
3.3. Algoritme de cerca.....	24
4. Resultats.....	27
5. Discussió.....	39
6. Limitacions.....	42
7. Conclusions.....	43
8. Aplicabilitat a la pràctica.....	44
9. Bibliografia.....	45

Resum

Antecedents: La deshumanització dels cuidats en les Unitats de Cures Intensives (UCI) és una realitat. Els avenços científics i tecnològics en sanitat han aconseguit que augmenti la supervivència en les dites unitats, però, paral·lelament ha comportat en l'increment de la deshumanització pel fet d'anteposar abans l'aspecte tècnic que l'humà a causa de l'estat de salut crític que poden arribar a presentar o manifesten les persones ingressades en l'UCI.

Objectiu: Conèixer en base l'evidència científica l'impacte de la humanització de les cures infermeres en persones ingressades, familiars i professionals sanitaris en les Unitats de Cures Intensives.

Material i mètodes: La metodologia del treball ha estat una revisió bibliogràfica, una recopilació sistemàtica de la informació més recent publicada en els últims 5 anys, seguint la metodologia proposada pel protocol PRISMA. S'ha realitzat una cerca online en les següents bases de dades: Medline Pubmed, Cochrane Library, BioMed Central (BMC), Web of science i el metacercador Trip Data Base.

Resultats: Finalment, han estat seleccionats un total de 14 articles. S'ha dividit segons la percepció de la persona, la visió de la família i la percepció dels professionals de la salut.

Conclusions: Per aconseguir una atenció sanitària més humana, cal tenir en compte que el nucli familiar també és subjecte a rebre cures. Tanmateix, s'ha de conèixer els beneficis que porta incloure als familiars en el cuidat de la persona així com flexibilitzar les polítiques restrictives que existeixen en les UCI.

A més, és necessari augmentar la formació del professional d'infermeria quant a habilitats socials i de comunicació. Això afavorirà que la relació professional-individu-família sigui l'adequada i permeti esbrinar les necessitats, percepcions i sentiments de cada un d'ells i així poder planificar les cures de manera personalitzada per aconseguir la seva satisfacció i una percepció de qualitat.

Paraules clau: Unitat de Cures Intensives; Deshumanització de l'atenció; Humanització de l'atenció; Cuidats crítics; Infermeria.

Abstract

Background: The dehumanization of care in Intensive Care Unit (ICU) is a reality. Scientific and technological advances in health have increased the survival of these units, but, at the same time, it has led to an increase in dehumanization by prioritizing the technical aspect of the human being, due to the critical health status that people admitted to the ICU may present or demonstrate.

Objective: To know, based on scientific evidence, the impact of the humanization of nursing care on person admitted, family and health professionals in the Intensive Care Unit.

Methods: The methodology has been a bibliographic review, a systematic compilation of the most recent information published in the last 5 years, following the methodology proposed by the PRISMA protocol. An online search has been made in the following databases: Medline Pubmed, Cochrane Library, Biomed Central (BMC), Web of science and the metasearch Trip Data Base.

Results: Finally, it has been selected a total of 14 articles. It has been divided according to the perception of the person, the vision of the family and the perception of health professionals.

Conclusions: In order to achieve more human health care, it must be borne in mind that family nucleus is also subject to care. However, the benefits of including relatives in caring for the person and of making the restrictive policies in the ICU more flexible must be known.

In addition, training for nursing professionals in social and communication skills needs to be increased. This will encourage the professional-person-family relationship to be the right one and allow one to find out the needs, perceptions and feelings about each of them and thus be able to plan the care in a personal way to achieve their satisfaction and a quality perception.

Keywords: Intensive Care Unit; Dehumanization of assistance; Humanization of assistance; Critical care; Nursing.

1. Marc teòric

1.1. Atenció Centrada en la Persona

En els últims anys ha existit un interès creixent cap al model que s'emmarca dintre de l'enfocament de l'Atenció Centrada en la Persona (ACP). Aquesta denominació prové de la traducció del terme *Person Centred Care* o *Centered Care* (PCC), reconegut internacionalment i que està sent utilitzat en diversos camps com en la salut, en l'atenció de les persones amb discapacitat o en els cuidats de llarga durada en persones d'edat avançada (1).

Afortunadament, s'ha anat guanyant en la professionalització de l'atenció de les persones. S'ha avançat en la sistematització de la gestió dels recursos, així com en la diversitat i qualitat tècnica de les intervencions. Ara mateix, s'hi troba en el moment d'afegir "un plus" a aquest esforç per tal d'aconseguir millores en la qualitat de vida dels individus, fet realment important (1).

Encara que no hi hagi una definició consensuada sobre l'Atenció Centrada en la Persona (ACP), la majoria dels/les autors/es destaquen la seva complexitat i multidimensionalitat. Aquest model consisteix en el desenvolupament de diverses mesures en els entorns físic, social i organitzatiu, amb el fi de promoure la qualitat de vida dels subjectes que necessiten cuidats. Dit en altres termes, és una forma d'entendre la relació assistencial, on l'individu és protagonista activa, i tant l'entorn com l'organització es converteixen en suports per a desenvolupar els projectes de vida i assegurar el benestar de les persones (1).

L'ACP pretén sincronitzar i harmonitzar la sistematització, coordinació i organització que requereix un centre o la provisió de diferents serveis, amb les preferències i desitjos dels individus que necessiten atenció i cuidats (1).

Les grans transformacions que s'estan esdevenint en la societat contemporània tenen i tindran cada vegada més, una clara incidència en l'evolució i redisseny de les polítiques socials, entre elles les que tracten d'oferir respostes a la creixent necessitat d'atenció, que paradoxalment, avança amb el progrés social. Fenòmens com; l'increment progressiu de l'esperança de vida, la globalització, la revolució tecnològica, el procés d'individualització, l'emergència del subjecte i la conquesta de nous drets civils i socials, estan entre els factors, que per

obsoletes, aboquen la necessitat de redefinir algunes de les polítiques socials, concretament, els models clàssics de l'atenció a la persona. Per tant, és per això, la necessària reflexió en profunditat sobre un nou model que comporti, ni més ni menys, un canvi en el paradigma, el qual afectarà tant a serveis, programes com pel que fa a la intervenció i a la praxi professional (1).

1.2. Deshumanització sanitària

Al llarg dels anys s'ha entès la deshumanització des de diferents perspectives, consolidant-se en la definició de la Real Acadèmia Espanyola com "*Acción y efecto de deshumanizar*", definint aquest últim terme com l'acció de "*Privar de caracteres humanos*" (2). En la literatura, la deshumanització es vincula amb la carència d'aquelles qualitats que distingeixen a una persona com a ésser humà tal com: intel·ligència, amor, felicitat, valors, creences morals... el que condueix a establir la comparació que fan altres persones amb objectes o animals, i que consideren que els individus són capaços de sentir solament dolor (3).

La deshumanització no és més que la pèrdua de la capacitat axiològica, tan pròpiament humana, quan s'està rodejat de tant poder científic i tecnològic. Tenint en compte, el concepte de la dignitat humana com a fonament de la biopolítica, es pot entendre que la deshumanització donada en els processos de desenvolupament fa que la relació que s'estableix entre l'home i la tècnica comporti a la pèrdua de la identitat, la independència i la integritat de l'ésser humà respecte a altres (3).

Al llarg del temps i amb els avenços de la ciència, s'ha aconseguit trobar tractament per a moltes patologies. Això ha millorat el pronòstic, donant prioritat a les alteracions orgàniques i a les seves resolucions, el que ha portat a un segon pla la relació metge/essa-subjecte. Això mateix porta a la deshumanització en salut a causa dels múltiples factors com ara: la cosificació de l'individu (oblidant els seus trets personals, sentiments i valors), l'absència de la calor en la relació humana, la falta de reconeixement de la dignitat intrínseca de tota infermera, la debilitat en el tractament integral i global que recull totes les dimensions de l'ésser humà, la falta de participació de la persona en la presa de decisions

associada a la inadequada relació de poder, la desconfiança en el coneixement mèdic i les falses expectatives basades en experiències anteriors (3).

Altrament, en la recerca de la rehumanització sanitària s'ha desenvolupat noves eines que permeten la formació humanista del col·lectiu de professionals sanitaris, basats en principis holístics (veure a la persona de manera integral), hermenèutics (entendre la relació de professional-individu), la història clínica centrada en la persona i no en la patologia i els principis morals i de llibertat que mostren la terapèutica com a una possibilitat (3).

1.3. Humanització

Per entendre com sorgeix el concepte d'humanització en l'assistència, primer cal analitzar l'evolució de la professió infermera. En les dècades del 50, 60 i 70 s'inicia el procés de la professionalització infermera, coincidint juntament amb el gran desenvolupament tecnològic en l'atenció sanitària. Van ser uns anys més tard, en el 1977, quan s'integraren per primera vegada els estudis d'infermeria en universitats, que donaven com a titulació: Diplomada Universitari/ària en Infermeria (DUI). La infermeria és reconeguda com a treball tècnic, centrada en la ciència biomèdica, basada en el desenvolupament tecnològic, amb una major complexitat en l'atenció i llenguatge més tecnificat que d'alguna manera es veu interferit, produint-se un distanciament amb la persona (4).

En aquest context, al voltant dels anys 70, el concepte d'humanitzar els cuidats comença a sorgir i ser discutit per primera vegada per Margaret Jean Harman Watson, una professora d'infermeria (5) qui elabora la Teoria del Cuidat Humà. Dita teoria contemporània té un enfocament filosòfic partint de la consideració d'Infermeria com a ciència i professió que es dedica al cuidat dels altres basant-se en l'harmonia de: cos, ànima i ment. Cal destacar, la influència en l'actualitat de la teoria de Margaret Jean Watson com a base del procés d'humanització, considerat com un model conceptual, el qual defensa un cuidat holístic no solament de l'individu sinó també de la família. Simultàniament, observant altres teories influents, com les necessitats de Virginia Herdenson, la teoria general de la infermeria de Dorothea Orem o la teoria de les relacions interpersonals de

Hildegard Peplau, totes elles comparteixen la part psicosocial de l'ésser humà i proposen l'establiment d'una relació entre infermer/a – persona – família (6).

Fent referència al concepte d'humanitzar, segons el Diccionari de la Llengua Espanyola es defineix com "*Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*" (7). En l'assistència sanitària, el procés d'humanització atén a la dignitat de la persona, sent coherent als valors que sent l'individu (8).

El personal sanitari, com a mediador entre persona i sistema, és el responsable d'aquests cuidats amb una actitud obligatòria i que es caracteritza pel compromís amb les persones més vulnerables, "*Es el ser humano el que humaniza o deshumaniza, no la tecnología*", com ressenya José Carlos Bermejo, director del centre San Camilo (Centre Assistencial i d'Humanització de la Salut) (8).

Moltes vegades, aquests cuidats humanitzats no són prou reconeguts, els quals també es denominen invisibles, i que no es tenen en compte. Es tracta d'aquelles accions intencionades per part dels professionals que no són tècniques derivades de la medicina, però sí que influeixen en la persona positivament i paral·lelament a l'èxit terapèutic. En principi, per dificultat de la seva mesura, el no reconèixer quin pes haurien de tindre el conjunt d'activitats, no s'arriba a reflectir en el còmput dites accions, com són: l'acompanyament, propiciar seguretat, cuidar del confort, intimitat, diàleg, entre d'altres (8,9).

1.4. Característiques de la humanització

En l'obra de Bermejo, director del Centre de San Camilo i del Centre d'Humanització de la Salut a Madrid, s'estableixen els valors que el personal d'infermeria hauria de reunir amb el fi de portar a terme una bona praxi dels cuidats, amb l'objectiu d'establir el que ell anomena "relació d'ajuda" (10,11):

- 1) Empatia** → "*Ser capaz d'adoptar el punt de vista del subjecte i el seu marc de referència. De veure les coses des del seu punt de vista per a captar l'impacte que té sobre ell, de comprendre'l i fer-li experimentar que la comprensió percebuda s'ajusta a la seva experiència*".
- 2) Autenticitat i congruència** → Una relació del que som per dintre com a persones, i el que ensenyem i practiquem com a professionals.

- 3) **Respecte** → Valorar la dignitat de la persona atesa. Pot permetre esbrinar els seus valors més significatius i prendre mesures per a no afectar-los.
- 4) **Comprensió** → Entendre a l'individu i què li succeeix segons perspectiva.
- 5) **Solidaritat** → “*Amb les persones que pateixen, amb les institucions i els seus projectes, amb la millora de la salut i l'entorn dels subjectes, sempre amb la mateixa professionalitat per a tot.*” (11).
- 6) **Tolerància** → Davant de tot usuari que requereix serveis, sense cap mena d'actitud selectiva ni marginació davant de qualsevol aspecte.
- 7) **Altruisme** → Actuar sempre en benefici del subjecte incondicionalment.
- 8) **Moderació** → Saber mesurar el grau d'intensitat de les activitats sanitàries i discernir quan ajornar les dites intervencions.
- 9) **Equitat** → No tenir preferències en la labor a no ser que sigui causa justificada i acceptar sempre la importància de tothom per a igual.
- 10) **No violència** → Mai recorre a actes violents davant cap situació.

Idealitzant la realitat, s'hauria de complir el treball amb els requisits esmentats. Malauradament, avui dia, es reflecteix en els entorns sanitaris alts augments del nivell d'ansietat, de dolor, de por o d'actuacions sense explicacions. Un/a infermer/a ha de comptar amb els recursos necessaris i/o disponibles per tal de realitzar un bon cuidat humà, sempre orientat no des del punt de vista de la patologia, sinó de l'individu, ja que “cada persona és única i meravellosa” (10).

Tots aquests valors d'humanització orienten a una sèrie de recursos que s'usen gradualment a mesura que es requereixen el seu ús. Això, es denomina “Pla d'Acollida d'Acompanyament” (10), dirigit a la reducció de la dita angoixa, evitant efectes perjudicials i augmentant la qualitat dels cuidats amb els millors resultats.

Una eina molt necessària per a la humanització dels cuidats és la comunicació. Aquesta proporciona la informació adient per extreure d'arrel els problemes que s'aborden per mitjà de les intervencions infermeres. És per això, la necessitat d'engendrar aquest tipus de tècnica, ja per sobre de les formalitzades i basades en evidència científiques, per així arribar a la humanització de les cures (11).

Humanitzar és un procés tant de l'individu com de la col·lectivitat per fer digne la condició humana quan es viu. Aplicat al món de la salut, el compromís per humanitzar passar per diferents àmbits; polític, jurídic, ètic i per la modalitat de resolució. Tanmateix, humanitzar passar per l'estil assistencial i pel desenvolupament de programes i serveis, els quals depenen del model de com s'atenen a les persones segons la professionalitat d'altres (11).

1.5. Persona en estat crític

Segons la Societat Americana de Medicina Intensiva defineix el terme de persona en estat crític com a *“Aquella que es troba fisiològicament inestable, que requereix suport vital avançat i una avaluació clínica estreta amb ajustaments continus de teràpia segons evolució”* (12). D'altra banda, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), defineix el mateix terme, tal com *“Pacient en estat agut crític, aquell que presenta alteració d'un o més dels principals sistemes fisiològics, amb pèrdua de la seva autoregulació, que requereix suport artificial de les seves funcions vitals, assistència continua i que és potencialment recuperable”* (13).

Per tant, de forma breu i recollint les principals característiques envers la persona crítica, es pot dir que és l'individu qui presenta una afecció greu, amb un compromís vital, però potencialment reversible amb el tractament adequat.

1.6. Unitat de Cures Intensives

La Unitat de Cures Intensives (UCI) és un servei summament especialitzat i equipat amb tot el necessari per atendre a persones amb pronòstic greu o amb alt risc de presentar complicacions. Pel seu estat, les persones ingressades requereixen monitoratge continu, vigilància i tractament específic. Dit d'una altra manera, l'UCI és una àrea polivalent d'accés restringit destinat a proporcionar en aquests individus assistència intensiva integral de 24 hores del dia, on la coordinació de tots els recursos és primordial (14).

La primera UCI a Espanya va ser creada l'any 1965, a conseqüència dels incipients avenços científics i tecnològics, els quals començaven a possibilitar el restabliment de nombroses situacions que fins ara eren irreversibles. En els seus

orígens, l'UCI era encapçalada per altres especialistes com ara; professionals internistes, pneumòlegs, cardílegs i anestesiòlegs. Es va veure necessària la creació d'una nova especialitat, d'aquí el resultat de la instauració de la Medicina Intensiva (15).

Des d'un principi les infermeres van veure la necessitat d'una formació especialitzada, a més de crear una "Associació Científica" sota el nom de "*Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*" (SEEIUC), per intercanviar coneixements, promoure dita atenció especialitzada i reconèixer oficialment l'especialitat, la qual avui dia segueix sense aconseguir-se (15).

Un dels aspectes que sempre ha preocupat a les infermeres és l'interès per brindar una assistència sanitària de qualitat, el que ha desembocat a la creació dels indicadors de qualitat. La qualitat assistencial es defineix com "*Grau en què els serveis prestats a un individu i a la població, augmenten la probabilitat d'obtenir resultats en salut desitjables i són coherents d'acord amb els coneixements actuals dels diferents professionals*" (16).

1.7. Tecnologia i deshumanització en Unitats de Cures Intensives

Les institucions sanitàries dediquen part dels seus esforços en l'anàlisi i avaluació de la qualitat assistencial que ells mateixos ofereixen als subjectes. Però, per parlar de qualitat assistencial ben brindada, cal tenir present a l'individu qui ho rep, és a dir, considerar la satisfacció i percepció tant de la persona atesa com dels familiars, els quals tenen gran importància en el procés de salut (11).

Cal tenir consciència sobre que som una ciència humana, que clarament es regeix per la lògica i l'evidència, però malgrat això, s'ha de considerar el factor humà, el qual aporta tota la importància al desenvolupament de la qualitat assistencial (10). S'ha d'obviar la idea de fomentar únicament el factor tecnològic en les ciències de la salut. És necessari deixar de tractar a la persona com un número i tenir en compte les dimensions que l'aborda. No exclusivament, es tracta de la dieta que menja o com ha anat la intervenció, sinó d'anar més enllà i avaluar el tracte que ha rebut per part de l'equip sanitari, les intervencions usades per a solucionar el seu problema, prevenció de malestar... (17).

A escala professional, hi ha hagut un distanciament de la idea de la humanització dels cuidats, mecanitzant així les tasques i les activitats infermeres. Això, ha provocat un canvi en la percepció de la qualitat de la labor i un canvi en els resultats, fent així que alguns/es infermers/es no posseeixin les actituds adients per a afrontar situacions conflictives des del camp global de la persona.

Actualment, hi ha molts factors que influeixen en la deshumanització i que s'han tornat més visibles en la societat sanitària actual, sobretot en l'UCI (18):

- **Aspectes organitzacionals i estructurals** → Condicionen la situació laboral d'un hospital i la d'un servei especialitzat. Els entorns hospitalaris estan dissenyats per una funció consolidada en un tot, no de manera personalitzada per a cada individu. És la identitat, la que determina la forma d'actuar i això marca diferències entre el requerit i l'ofert.
- **Procés d'ingrés** → La dinàmica està predeterminada, ajustant uns patrons d'actuació, unes relacions noves i cohibint altres en el seu estat previ a l'ingrés. El subjecte perd la seva identitat i seran altres qui determinin les seves experiències.
- **Cultura de treball infermer** → La gran demanda sanitària fa que els i les professionals pateixin i siguin representació més notable de la síndrome del "*Burnout*" (cremar-se pel treball). Amb el pas del temps, els individus són considerats una càrrega, una estadística a millorar i impedeix la feina de la màxima qualitat en els cuidats.
- **Mateixos professionals** → No hi ha temps per a mesurar qualitativament les situacions, els aspectes psicològics, espirituals i personals de cada persona, els quals queden enrere, quedant absorbits per la tècnica, els procediments, els resultats clínics... sobretot el què s'avalua.
- **Falta d'eines per afavorir els aspectes menys tangibles de les persones** → La falta d'eines comunicatives en moltes ocasions i tenir tècniques d'afrontament per a circumstàncies conflictives, fa que es tingui menys consideració i empatia amb les persones que es tenen al càrrec.

- **Aspectes socials i culturals** → *“La població actual demanda els avenços científics i tècnics perquè creu que això els salvarà del seu mal, anirà a restituir-los el seu anterior estat de salut perquè és la mateixa societat qui determina com s’ha de viure, com s’ha de ser i com s’ha d’interpretar. Ha forjat el model de l’individu a costa de carregar-se qualitats fonamentals de l’èsser humà”* (18).

1.8. Experiència actual de les cures intensives

En l’actualitat de la infermeria, el model majoritàriament implementat en l’entorn hospitalari és el model bio-mèdic: el cos humà és una màquina i el metge/essa juntament amb altres disciplines és el “mecànic” qui ho repara. Allunyats de l’aspecte humà, s’han de reunir de nou les característiques que componen un cuidat que cobreixi tots els camps (10).

En una unitat de crítics, la tècnica ha sigut desenvolupada als seus màxims esplendors. És la unitat especial on es primen els protocols i materials més preparats per a un cuidat clínic i especialitzat.

Segons un estudi publicat per María del Carmen Solano, doctora en infermeria, dintre dels sentiments causats en una unitat de crítics s’hi trobaven entre d’altres: acceptació de l’ingrés, sensació de mort imminent o associació d’experiències amb éssers propers a l’UCI (10). Si es compara això amb el que s’ha mencionat anteriorment, es veu la importància de les habilitats comunicatives i empàtiques.

Les sensacions que mostraven els subjectes es van registrar com: percepció de total d’invalidesa, cerca de justificació de la patologia, evocació de records, enyorança dels familiars, detenció del temps, esperança sobre la recuperació, reflexió sobre la mort, sentiments de soledat i avorriment (19). A causa de les dites sensacions experimentades, es fa necessària la capacitat de desenvolupar respostes humanes davant d’aquestes situacions i activitats que siguin aplicables i viables a una solució, donada la condició crítica en què es troben.

Una de les causes més comunes també en la deshumanització dels cuidats és el fet de tractar amb persones sedades, amb la creença que s’han de prescindir d’elles o que aquestes són impossibles de portar a terme, ja que l’individu no és

conscient. Però, el correcte és pensar contínuament en una anàlisi holístic de la persona i vetllar per les seves necessitats més enllà que per les demandes.

Per a la població, les paraules “unitat coronària”, “medico-quirúrgic” o “UVI”, quan són escoltades, ja es reconeixen com a motius d’estrès envers un procés de salut. L’amença vital que implica l’ingrés en ella tal com; la separació dels seus, el llenguatge incomprendible, la por a procediments invasius, pronòstics i diagnòstics, la pèrdua d’independència, de comprensió, de companyia i de les mateixes autocures, fa que l’experiència en aquest tipus d’unitat es torni tot el contrari a positiva (19).

Les persones viuen durant un període de temps, a vegades bastant llarg, en un ambient sense llum solar, amb llums artificials, alarmes, en una habitació circular, amb tecnologia invasiva preparada per a situacions de qüestió vital, amb personal molt tècnic i especialitzat, on es viuen una sèrie de procediments invasius que es tornen en rutina en la majoria dels casos. Tot això, fa que l’UCI es torni en un dels entorns hospitalaris possiblement més perillosos, tensos i traumàtics per a la persona (20).

Pel personal d’infermeria que labora en les Unitats de Cures Intensives (UCI), ha de quedar clar que l’experiència viscuda per aquests subjectes en situació crítica, depèn de l’ansietat i l’angoixa albergada, les quals queden influenciades per experiències anteriors. Això, porta que el cuidat del professional d’infermeria identifiqui aquestes respostes humanes envers el procés, sempre dintre de la fonamentació científica i avenços tecnològics per oferir dita atenció (20).

La família té un rol fonamental en aquest procés de cuidats humanitzats, ja que són les persones més properes del subjecte. Ells mateixos es poden convertir en el motor que impulsi la recuperació de la persona crítica. Això també beneficia la integració social progressivament per a la persona, ja que el canvi a un entorn hospitalari sol ser bastant directe i amb canvis bruscos. Amb la família, es pot desenvolupar destreses i el creixement continu que refermi la meta final: la recuperació i integració social de tots els seus drets (20).

Natividad Pinto, dona com a definició del cuidat infermer: “*Se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de salud*” (21). El

que concorda amb la idea que infermeria és la ciència més potent per fer front a la humanització del procés sanitari. És la part humana de tal procés i com a tal ha de respondre a les necessitats dels que s'impliquen en aquest. “*Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y a la preservación de la dignidad del otro*” (21).

Un dels factors més notables que ja s'ha mencionat, ha sigut la prevalença de maquinària en el servei de cuidats crítics i la informatització i estandardització d'aquests processos: administració de fàrmacs, vigilància de perfusions contínues, maneig de volums respiratoris, escala de consciència o check-list d'activitats d'infermeria. Totes aquestes labors estan essencialment, allunyades del cuidat propi de la persona i més a prop del seu manteniment tècnic. Per a acomplir les dites activitats no cal parlar amb la persona ni estar pendent d'ella, el que fa a poc a poc construir un concepte erroni sobre el cuidat òptim. La relació professional de medicina-subjecte s'ha convertit en alguna cosa cada vegada més automatitzada, deixant així a la humanització en el fons de les intervencions (18).

1.9. Actualitat de la humanització

Davant d'aquestes perspectives d'un futur ideal per a la humanitat, la ciència i el progrés han passat a ser un valor suprem perquè s'han convertit en un interès vital per l'home creient que tindran la solució a qualsevol problema. Es creu que el progrés en medicina serà tan poderós que controlarà la mateixa naturalesa humana, però s'obliden els aspectes de la mateixa personalitat que no poden controlar-se des del punt de vista científic. Existeix un desequilibri pràctic, real entre el poder de la ciència i l'aspecte humà dels hospitals. La tecnologia no garanteix per si sola la qualitat o el confort al qual té dret la persona. La tecnologia en si mateixa és bona i necessària, tot depèn com i amb quin fi s'utilitzi (22).

Humanitzar l'assistència en els hospitals és labor dels col·lectius de gestors, professionals de la salut i individus. Els tres són responsables directes del funcionament de l'hospital encara que des de diferents vèrtexs. En el marc estructural de l'hospital s'han de donar les condicions necessàries per a proporcionar una relació estreta entre professional-subjecte. La qualitat

d'aquesta relació bé determinada per l'aplicació de la medicina o infermeria basada en evidència científica per solucionar o millorar el procés de patologia, i, per altra banda, en aquesta atenció directa humana d'atenció integral de la persona. Tot el que es realitzi ha de redundar, ha d'anar dirigit a aconseguir el bé de la mateixa persona. S'ha de tractar a l'individu per què és en si, no per la situació transitòria de malaltia del moment (23).

Un fet constatable en els hospitals, en les unitats de crítics, és que el subjecte rep insuficient informació d'atenció com a persona. No obstant això, s'observa un corrent cada vegada més extens entre els professionals de la salut sobre que és necessari que aquesta situació comenci a canviar. Es torna a plantejar la relació interpersonal com a pilar bàsic, l'essència de la qual és el servei d'ajuda. En aquests moments, són els professionals d'infermeria qui han d'identificar les necessitats individualitzades de la persona per a proporcionar-li una cobertura integral, alleugerir-li els símptomes prioritaris, millorar-li el confort, ajudar-la a adaptar-se a la seva malaltia i a ser conscients de les conseqüències que d'això en deriven. En els hospitals, des de les diverses persones gestores fins a l'últim/a professional han de treballar més de cara a l'individu. Aquest ha de ser l'epicentre de tota maquinària sanitària, se li ha de considerar únic, de manera totalitzadora, amb els seus valors, desitjos i amb la seva mateixa personalitat (11).

1.10. Models d'una atenció humanitzada en les Unitats de Cures Intensives

Actualment, hi ha molts models i plans de salut que intenten abordar la humanització des de diferents perspectives.

1.10.1. Model *Humanizando los Cuidados Intensivos*

El model *Humanizando los Cuidados Intensivos* (H-UCI) s'origina a l'UCI de l'Hospital Universitari de Torrejón el febrer del 2014. Dit projecte ja compta amb nombroses publicacions científiques, entre les quals destaca el "*Manual de buenas prácticas de humanización de las unidades de cuidados intensivos*" on es troben 160 propostes de mesures concretes per a ser implementades en la pràctica. Com comenta Rojas (24), aquest projecte pretén establir un model que

perduri en el temps i no respondre a una tendència. Dit model parteix de 8 línies estratègiques ben delimitades (Figura 1), que es descriuen a continuació.



Figura 1. Línies d'investigació model HU-CI (24).

- 1) UCI de portes obertes** → Tothom coneix els horaris de visites restrictius de les unitats de cuidats intensius. Això es considerava que afavoria el treball dels i de les professionals i en tenir cura de la persona, però en l'actualitat, existeix evidència que argumenta que la flexibilització dels horaris o la instauració de “portes obertes” en les UCI aporta beneficis tant al malalt, a la família com als mateixos professionals.
- 2) Comunicació** → Freqüentment els conflictes entre els professionals dels equips d'UCI són causats per errors en la comunicació, el que dificulta el treball en equip i influeix directament en el benestar del subjecte i família, generant un desgast professional i afectant negativament als resultats.
- 3) Benestar de l'individu** → Una immensitat de factors (dolor, fred, limitacions en la mobilització, dificultat comunicativa, excés de soroll, etc.) afecta negativament a la persona crítica provocant patiment i malestar, sense arribar a comptar amb el sofriment psicològic i emocional, els quals en aquesta mena de situacions solen ser molt elevats.

- 4) Presència i participació de familiars** → Quan un subjecte és ingressat en una UCI, els membres del seu entorn solen presentar una alta prevalença d'estrès posttraumàtic, ansietat i depressió. Les barreres imposades en les UCI se centren en el possible trauma psicològic i en l'angoixa que pot generar a la família i paral·lelament, en la distracció i les interferències que els acompanyants puguin causar a l'equip sanitari.
- 5) Cuidar al personal** → La síndrome del "Burnout" influeix en la qualitat de les cures, als resultats i a la satisfacció de la persona. És per això, que aquesta línia d'investigació es basa a sensibilitzar a la població sobre el desgast professional i els seus factors associats.
- 6) Prevenció, maneig i seguiment de la síndrome post-UCI** → La Síndrome Post-Cures Intensives (PICS) afecta entre el 30%-50% dels individus ingressats a les UCI. Es caracteritza principalment per símptomes físics (ex. dolor persistent), neuropsicològics (ex. alteració en la memòria) o emocionals (ex. depressió) i no només es veuen afectats a l'individu sinó que també al seu nucli familiar, ocasionant així problemes socials, els quals poden portar conseqüències a mitjà i llarg termini.
- 7) Infraestructura humanitzada** → Busca reduir l'estrès i promoure el confort centrant-se en les millores arquitectòniques i estructurals de l'UCI. Es té al cap la ubicació de la unitat, la col·locació de l'usuari, el flux de treball, el material usat o fins i tot, les condicions ambientals. Per tant, no solament es valora l'eficàcia tècnica sinó que també la qualitat d'atenció.
- 8) Cures al final de vida** → Les cures paliatives solen coexistir durant tot el procés d'atenció a la persona crítica. Tot i que, l'objectiu fonamental de les cures intensives és que el subjecte retorni al seu estat de salut previ a l'ingrés, de vegades, això no és possible, i cal orientar les dites cures en cuidats d'últims dies.

1.10.2 Model ABCDEF Bundle

El model d'ABCDEF de Bundle va ser creat per la *Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos* (SCCM) l'any 2013 (25), on suposa un canvi filosòfic i pràctic en la manera de tractar a les persones ingressades en l'UCI. Es considera una

eina important per obtenir resultats a curt, mitjà i llarg termini. Ha demostrat millorar els indicadors assistencials. El nom és l'acrònim de sis mesures, les quals han demostrat que juntes aconseguixen resultats que de forma separada serien inassolibles. Tot seguit es descriuen les dites mesures en la (Figura 2) (25):

A. Avaluar, prevenir i tractar el dolor → S'ha demostrat que el dolor intens afecta negativament a l'evolució de la persona crítica, i que la implementació de protocols centrats en l'avaluació sistemàtica del dolor i el seu tractament precoç milloren els resultats.

B. Proves de despertar (*Spontaneous Awakening Trial (SAT)*) i de respiració espontània (*Spontaneous Breathing Trial (SBT)*) → Segons estudis realitzats, destaquen que els protocols de Ventilació Mecànica (VM) que inclouen diàriament SBT, poden reduir significativament la duració de VM en la persona crítica. Tanmateix, en subjecte profundament sedat o en coma induït resulta molt complicat realitzar SBT.

La sedació profunda és un altre dels factors de risc de deliris, estades perllongades a l'UCI i l'augment de la mortalitat. És per això, que també s'ha estudiat la importància de realitzar interrupcions diàries dels individus sedats, conegudes com a SAT, que ajuden a reduir significativament la duració de la dita ventilació mecànica.

C. Elecció de l'analgèsia i la sedació → Resulta molt comú l'administració de sedants en el subjecte crític per alleugerir l'ansietat i prevenir el dany relacionat amb l'agitació. Tanmateix, aquests fàrmacs predisposen a un augment de la morbiditat. Per tant, es recomana que tant l'ús de sedants com el nivell de sedació haurien de ser avaluats a partir d'escales.

D. Deliri (Avaluar, prevenir i tractar) → El deliri és freqüent en estats crítics i pot ser pertorbador per als malalts i als seus familiars, a més d'associar-se amb un empitjorament cognitiu, un augment de l'estada en UCI i un augment de les despeses.

E. Exercici i mobilització precoç → Amb freqüència, els supervivents d'una malaltia crítica experimenten seqüeles a llarg termini. Una d'elles és la

Debilitat Muscular Adquirida a l'UCI (DAUCI), la qual s'associa a un deteriorament de la funció física i de la qualitat de vida de les persones.

Un factor de risc important per la DAUCI és el repòs en el llit. És per aquest motiu, que s'ha estudiat la seguretat, viabilitat i els beneficis de la implementació de rehabilitació i mobilització a l'UCI. Els assajos controlats realitzats aleatòriament han demostrat que les intervencions de rehabilitació fetes en les 48 hores posteriors a l'ingrés d'UCI són segures.

F. Família (compromís i empoderament) → La F commemora que el centre de l'atenció ha de ser la unitat subjecte-família, i la importància de la comunicació a cada pas del curs clínic per a poder avançar.

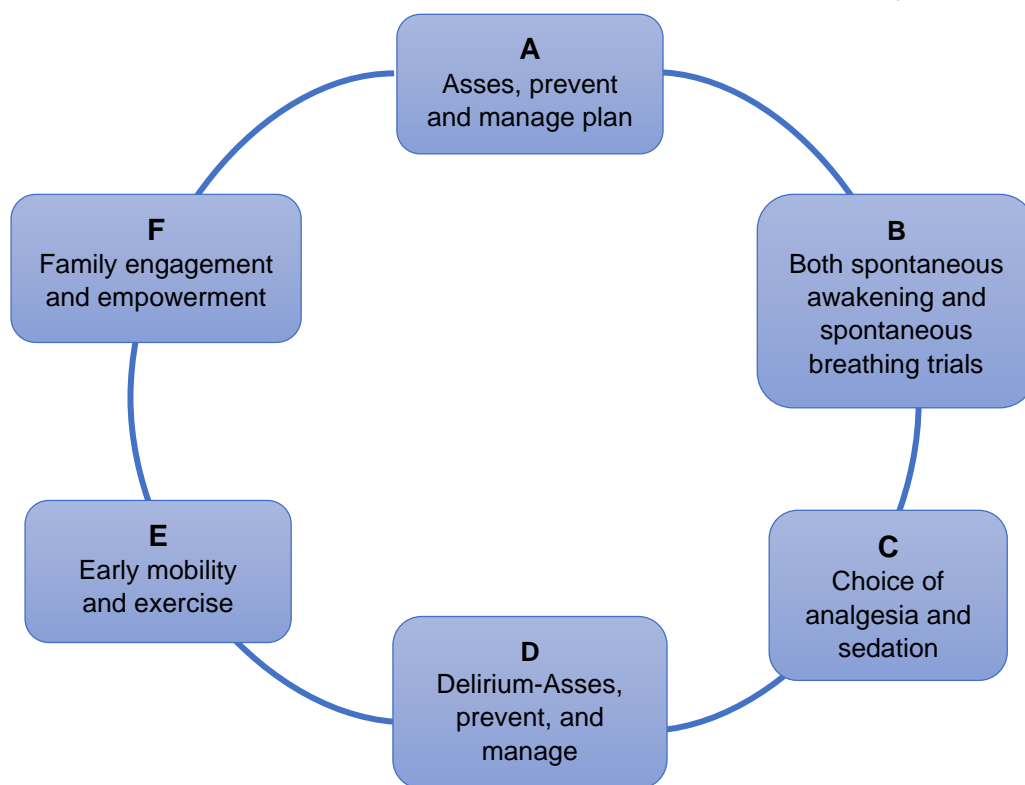


Figura 2. Elements de l'ABCDEF Bundle (25).

Aquest model parteix de les recomanacions realitzades per la *Society of Critical Care Medicine* recollides en la guia de pràctica clínica «*Pain agitation and delirium*» (26) i posteriorment ampliada en la «*Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption*» (27).

1.10.3. Model d'atenció centrada en la persona

El model d'Atenció Centrada en la Persona (ACP) es tracta d'una aproximació a la humanització desenvolupada per etapes, partint d'una visió restringida i ampliant-se fins a arribar a l'ideal, la perspectiva holística (Figura 3) (26).

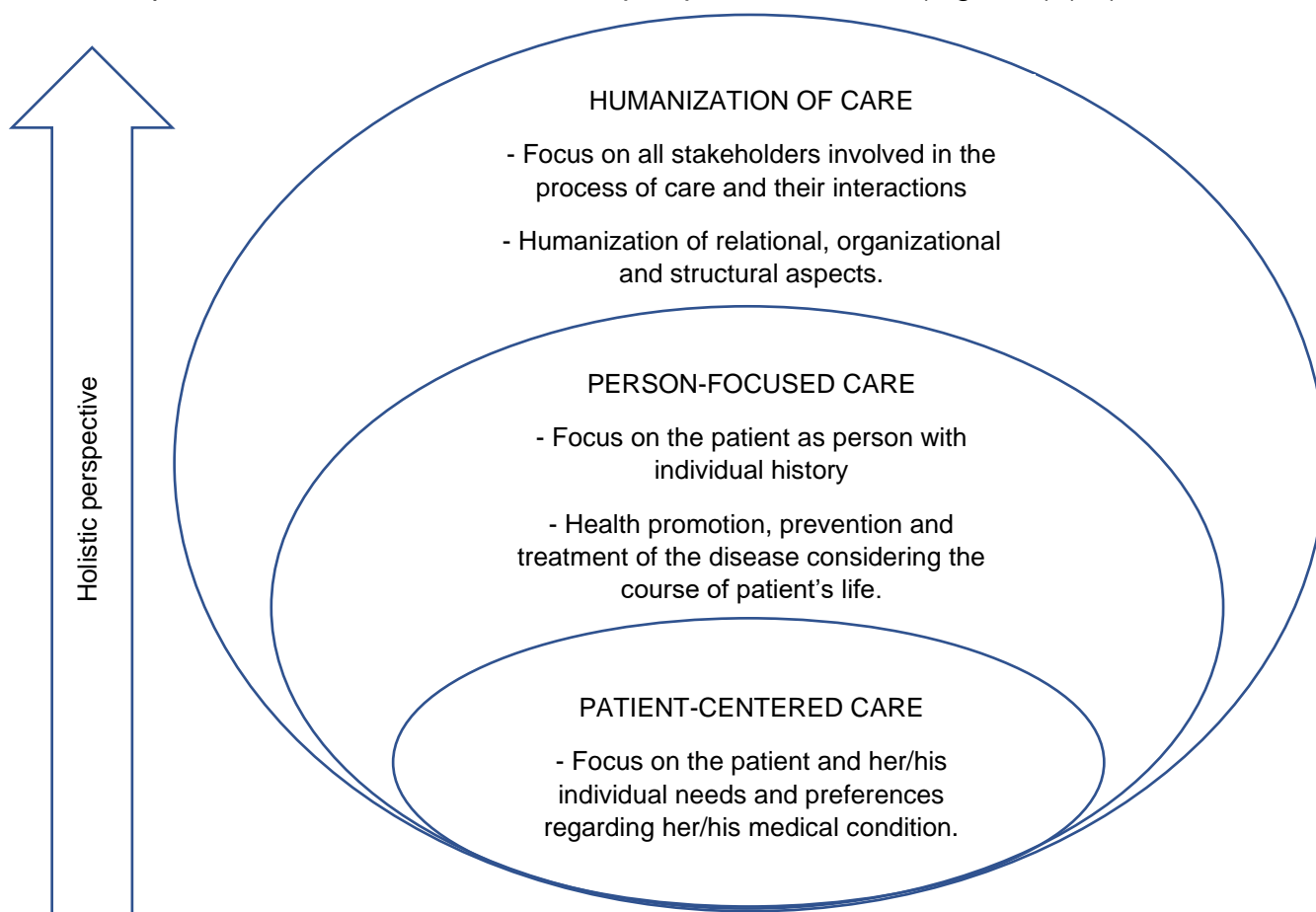


Figura 3. Desenvolupament des de l'atenció centrada en el pacient cap a l'atenció centrada en la persona fins a la humanització de l'atenció (26).

El model parteix de l'atenció centrada en el pacient, creat com a alternativa al model tradicional i paternalista centrat únicament en la malaltia (28).

També, es presenta l'atenció centrada en la persona que a diferència de l'anterior, no només es preocupa per l'historial clínic, sinó també per la història personal. Incorpora promoció i prevenció de la salut, i a l'hora d'escollir el tractament té en compte el curs de vida i les preferències de la persona (29).

Sovint es confon amb facilitat l'atenció centrada en el pacient amb l'atenció centrada en la persona com si tinguessin el mateix significat, però aquest model clarifica la important diferència perquè situa l'atenció centrada en el pacient per sota de l'atenció centrada en la persona.

2. Objectius

Veient la importància que tenen unes cures humanitzades i, tanmateix, en tractar-se d'un tòpic que actualment s'està començant a revalorar, es decideix enfocar aquest treball en l'avaluació dels coneixements i investigacions existents sobre el tema. Així com, en la identificació i comparació d'informació rellevant dins la disciplina de la infermeria, tal com es planteja a continuació en l'objectiu.

OBJECTIU

- Conèixer l'impacte de la humanització de les cures infermeres en persones ingressades, familiars i professionals sanitaris en les Unitats de Cures Intensives.

3. Material i mètodes

El procediment utilitzat per a la realització de la present revisió bibliogràfica duta a terme durant els mesos de gener i febrer de 2022 ha estat una anàlisi i cerca a les bases de dades Medline PUBMED, Cochrane Library, BioMed Central (BMC), Web of science i el metacercador Trip Data Base. Els termes clau utilitzats i verificats al Mesh són: «*Intensive Care Unit*», «*Person Centered-Care*», «*Nurse*», «*Humanization*», «*Family*», «*Perception*», i «*Needs*» combinats amb l'operador Booleà "AND" per tal de fer més efectiva la recerca.

Per tal de facilitar la cerca bibliogràfica i focalitzar-la més a l'objectiu de l'estudi, s'ha establert els següents criteris d'inclusió i exclusió:

3.1. Criteris d'inclusió

- Estudis amb data de publicació en els últims 5 anys, és a dir, publicats entre el 2016 i el 2021.
- Articles de llengua castellana i/o anglesa.
- Publicacions de tota mena de metodologia d'estudi amb independència del tipus de disseny, amb rellevància clínica en infermeria.
- Articles d'accés lliure i amb text complet.
- Els subjectes d'estudi són adults, de qualsevol rang d'edat.

- Publicacions que aborden la humanització en la unitat de cures intensives.

3.2. Criteris d'exclusió

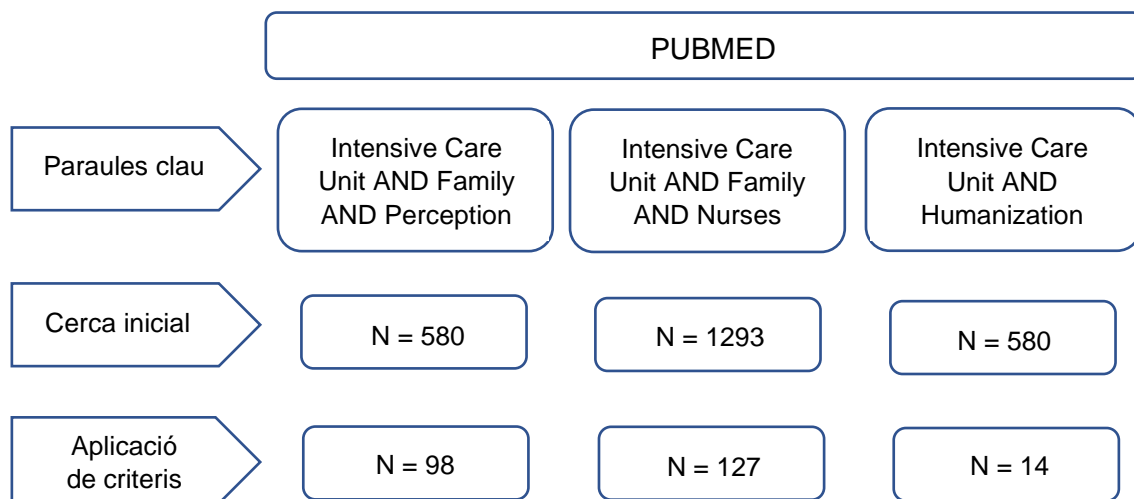
- Estudis realitzats fora de l'entorn hospitalari.
- Escrits que tracten de persones pediàtriques i/o neonatals.
- Tota literatura grisa (articles d'opinió, editorials, actes de congressos, tesis pre i postgrau, llibres, capítols de llibres, entre d'altres).
- Publicacions orientades exclusivament a la professió mèdica.
- Publicacions duplicades en altres bases de dades.
- Articles que incompleixen els criteris d'inclusió anteriorment esmentats.

3.3. Algoritme de cerca

Com s'especifica en els criteris d'exclusió, es descarten tots aquells articles adreçats únicament a la professió mèdica. Tanmateix, es decideix no excloure els articles genèrics o no específicament adreçats a infermeria, considerant que, pels temes que tracten entren dins l'àmbit de competència de la infermera.

Dels 395 articles seleccionats, es fa una lectura dels títols i abstracts, excloent 378 per no adequar-se al tema d'estudi i 3 articles més són descartats per estar repetits en les diferents bases de dades.

Finalment, es realitza una lectura en profunditat dels articles restants, dels quals no se'n descarta cap per adequar-se a la qüestió d'estudi. Així doncs, un cop realitzat el procés de selecció s'obté una mostra de 14 articles (Figures 4-8):



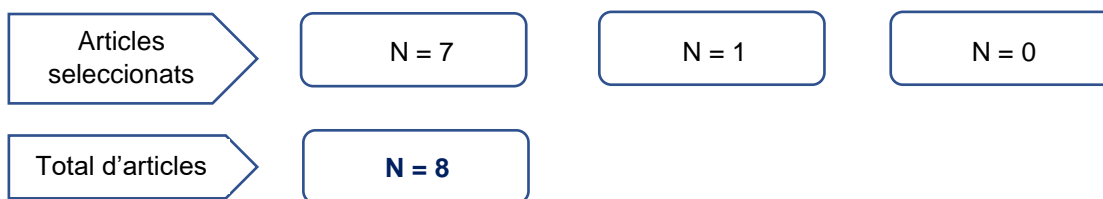


Figura 4. Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Pubmed.

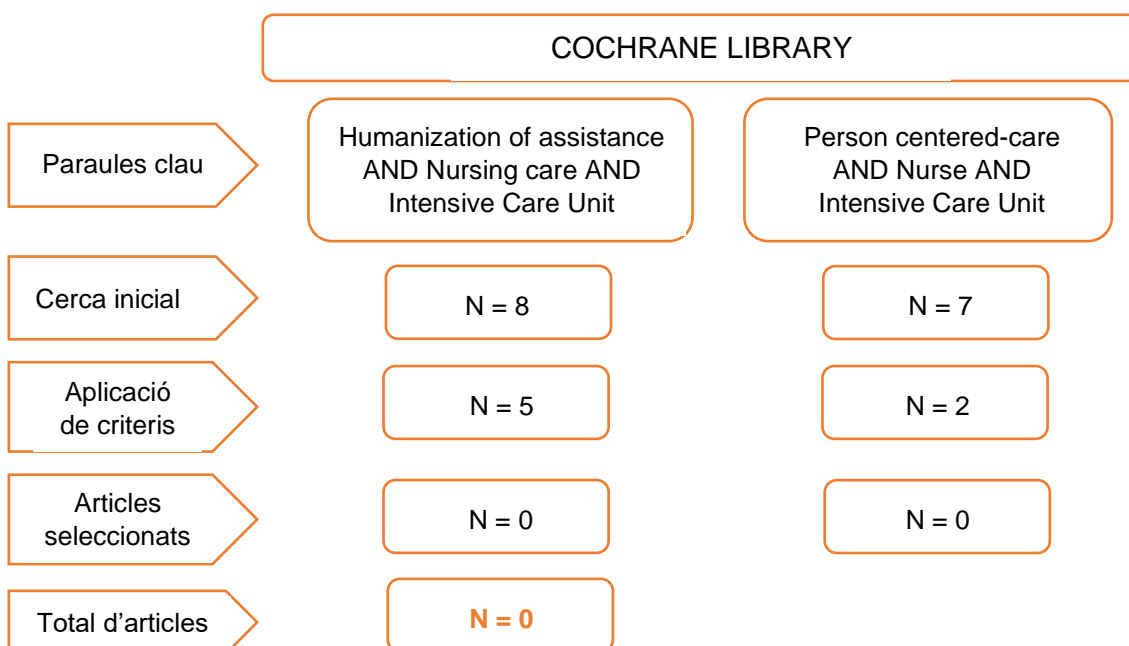


Figura 5. Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Cochrane Library.

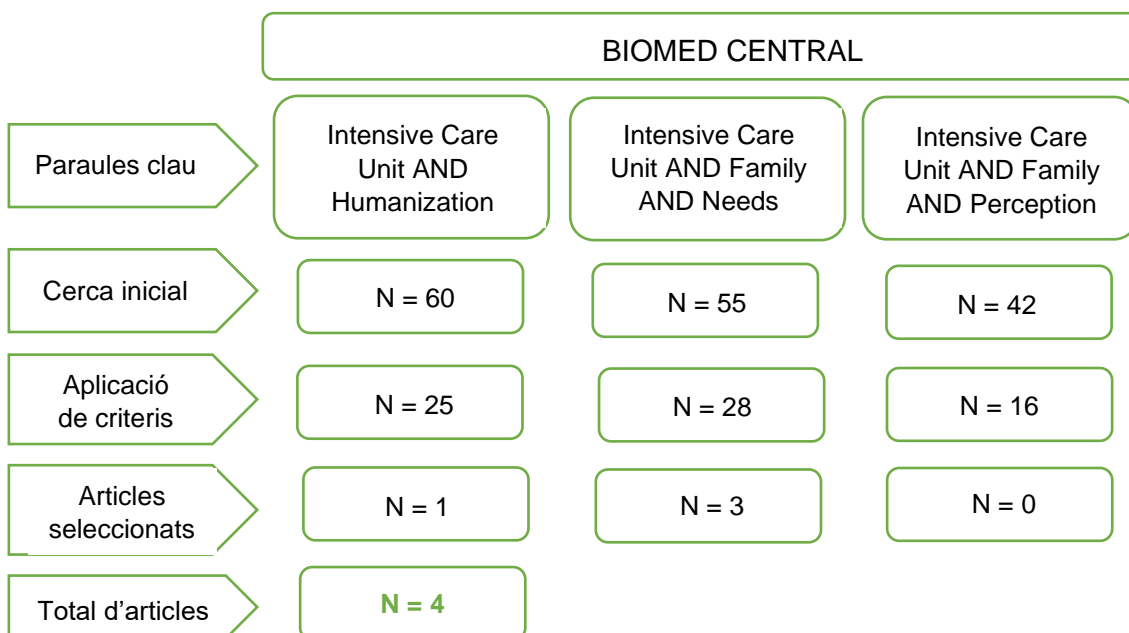


Figura 6. Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades BioMed Central.

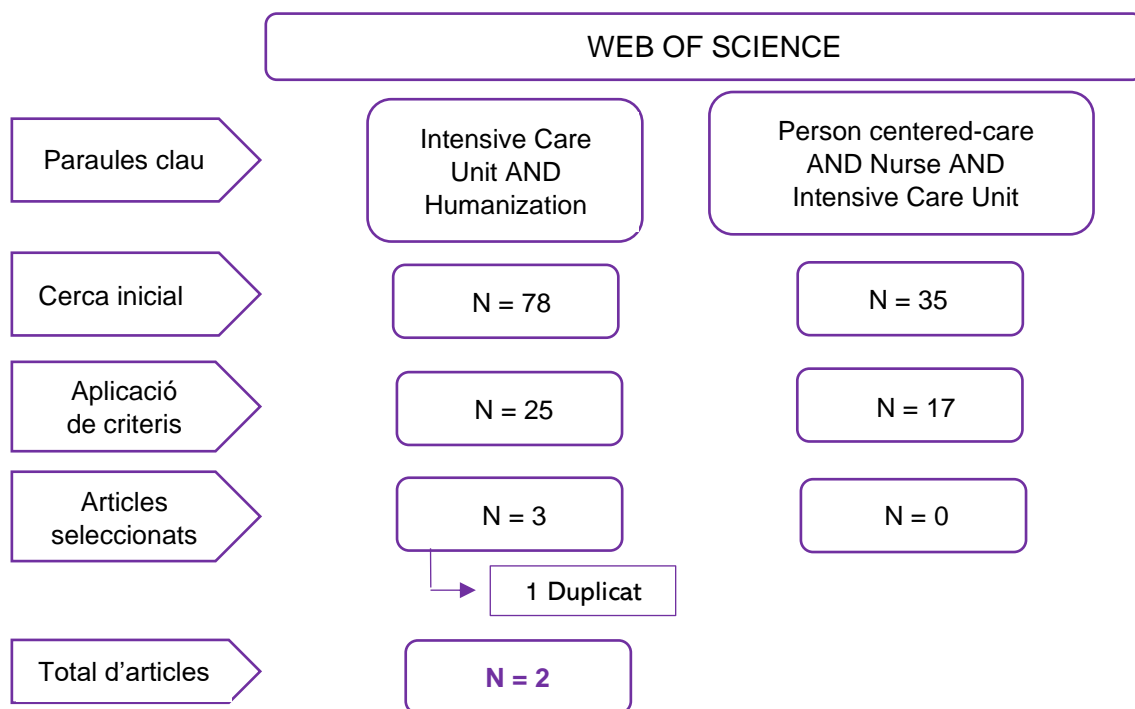


Figura 7. Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Web of Science.

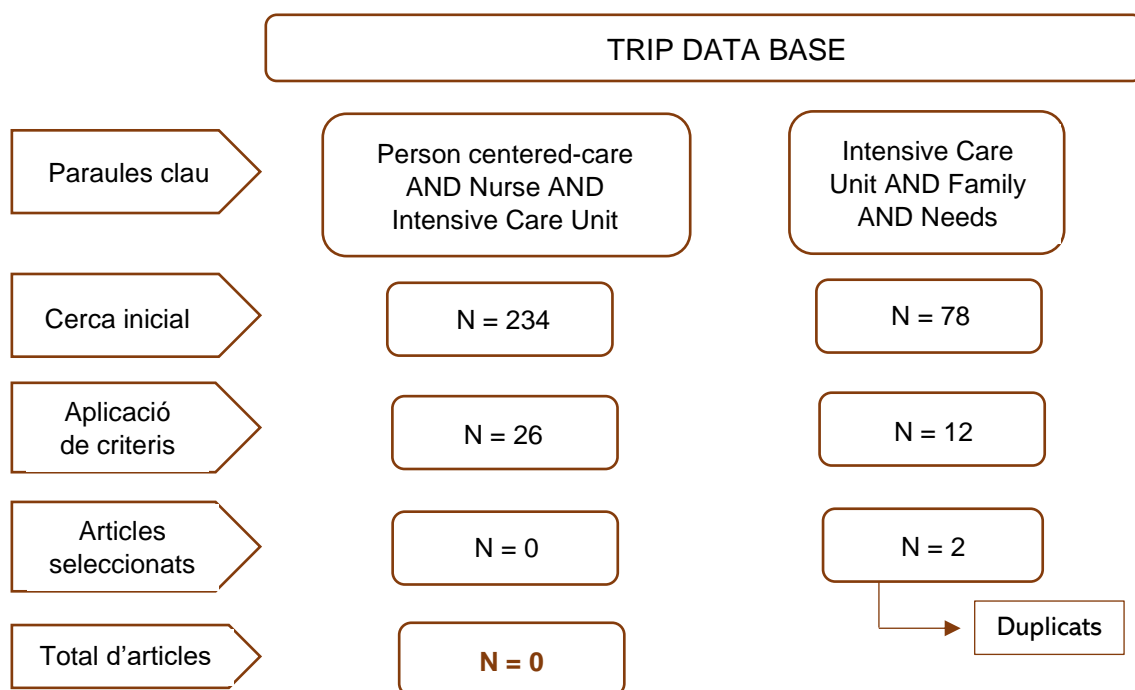


Figura 8. Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Trip Data Base.

4. Resultats

Després de fer la cerca per les diferents bases de dades i metacercador, s'ha seleccionat un total de 14 articles que han estat analitzats amb deteniment. A continuació, es presenta una taula (Taula 1), en la qual es mostra una síntesi dels articles seleccionats i es detalla informació de cada un d'ells: any de publicació, autoria, títol, revista, base de dades, disseny i conclusions principals.

Taula 1: Descripció dels articles seleccionats

ANY	AUTORIA	TÍTOL	REVISTA	BDDD (Base de Dades)	DISSENY	PERSPECTIVA PERSONA	PERSPECTIVA FAMÍLIA	PERSPECTIVA PROFESSIONALS
2016	Murillo et al. (30)	Nursing perception of communication with intensive care unit patients' family members.	Enferm Intensiva	Pubmed	Estudi quantitatiu, descriptiu i transversal.	----	Les infermeres tendeixen a focalitzar-se en aspectes tècnics de la persona ingressada que acaben oblidant els sentiments de les mateixes famílies.	----
2016	Montero et al. (31)	Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: Perspectiva de los profesionales.	Enferm Intensiva	BioMed Central	Estudi quantitatiu descriptiu.	----	----	Un 38% opina que la visita oberta pot tenir beneficis tant per la persona com per a la seva família. En canvi, un 62% està en desacord i ho veu poc rendible pel personal.
2016	Camponogara et al. (32)	Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	BioMed Central	Estudi qualitatiu fenomenològic.	----	Experimenten sentiments contradictoris respecte a l'UCI. Encara que ho perceben com un sector on preval la mort, també veuen que és un sector on es troba la millor qualitat d'atenció.	----
2016	Gutiérrez et al. (33)	Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI.	Enf Global	BioMed Central	Revisió sistemàtica.	La unitat (UCI) suposa per ella un lloc estrany, el qual li transmet una sensació d'inseguretat i por.	Critiquen les polítiques de visites tan restrictives i l'aïllament en què estan sotmeses les famílies per no poder acompanyar a la persona ingressada tant com els agradaria.	Esperen que les famílies siguin "bons familiars", és a dir, disposats a col·laborar, poc exigents i independents.

Treball fi de grau. Revisió bibliogràfica

2017	Feron et al. (34)	Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals.	Rev Bras Enferm	Pubmed	Estudi quantitatiu descriptiu transversal.	-----	És de gran importància la presència familiar ja sigui estant al costat del llit, en el tacte físic com el fet de sostenir la mà de la persona i dir paraules tranquil·les de seguretat i suport.	L'alta càrrega de treball i l'esgotament poden arribar a dessensibilitzar a infermeria davant els aspectes humans en patologies crítiques.
2017	Holanda et al. (35)	Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone.	Med Intensiva	Pubmed	Estudi quantitatiu observacional i descriptiu.	Obtenir la informació dels seus sentiments, percepcions i experiències prèvies sense haver-hi de recórrer a tercers (família).	-----	Les famílies no poden considerar-se bons apoderats en subjectes competents.
2018	Hoffmann et al. (36)	Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals.	Wien Klin Wochenschr	Pubmed	Revisió de la bibliografia.	-----	L'ingrés d'una persona propera en UCI té un impacte significatiu. Per poder fer front a la situació és necessària la disponibilitat d'una informació adequada i comprensible. L'asimetria d'informació genera ansietat i depressió. Manifesten tindre unes necessitats.	Sembla tindre opinions divergents sobre la prioritat de les necessitats que manifesten tenir els mateixos familiars.
2018	Boucher et al. (37)	Perspectives on strained intensive care unit capacity: A survey of critical care professionals.	Plos One	Pubmed	Estudi quantitatiu transversal.	-----	-----	Hi ha un desequilibri variable en el temps entre l'oferta de llits, el personal i/o els recursos disponibles i la demanda de proporcionar atenció d'alta qualitat a les persones que poden arribar a estar o que estan malaltes.
2018	Michelan et al. (38)	Perception of nursing workers humanization under intensive therapy.	Enfermagem	Web of science	Estudi qualitatiu fenomenològic.	-----	-----	La humanització és necessària a través del canvi de l'entorn de treball i procés de gestió, privilegiant el model de gestió participativa com a forma de transformar la teoria en la pràctica.

Treball fi de grau. Revisió bibliogràfica

2019	De Roche et al. (39)	Measuring the quality of inpatient specialist consultation in the intensive care unit: Nursing and family experiences of communication.	Plos One	Pubmed	Estudi quantitatiu i transversal.	----	40/60 de les famílies NO va tenir comunicació directa amb l'equip sanitari.	La freqüent exclusió d'infermeria en les converses d'atenció especialitzada fa ↑ la probabilitat de missatges contradictoris per a famílies i persones ingressades.
2019	Wilson et al. (40)	Humanizing the Intensive Care Unit.	Crit Care	BioMed Central	Revisió de la bibliografia.	Experimenta una pèrdua devastadora d'identitat personal. En lloc de ser identificada pel seu nom o familiars, es redueix al seu nombre de box, malaltia o tmt a rebre.	----	No tractar a la persona com a humà corre el risc de greus conseqüències pel seu benestar físic i mental tant en el transcurs de la patologia crítica com durant la seva recuperació després de sobreviure.
2020	Yeh et al. (41)	The impact of health literacy environment on patient stress: A systematic review.	BMC Public Health	Pubmed	Revisió sistemàtica.	Els factors relacionats amb el seu malestar físic per culpa de manca de comunicació fa ↑ l'estrès.	----	----
2020	Bun et al. (42)	Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A quality study.	Plos One	Pubmed	Estudi qualitatiu fenomenològic.	----	----	Infermeria reconeix que la comunicació és essencial per a l'atenció de qualitat. S'ha d'aspirar contínuament a millorar les habilitats comunicatives ja existents així com d'adquirir de noves.
2020	Rodriguez et al. (43)	Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: A quality descriptive study.	J Caring Sci.	Web of science	Estudi qualitatiu fenomenològic.	Una estança en l'UCI implica un desgast emocional tant per a la persona ingressada com per a la família, el que condueix a una sèrie de canvis en les seves esferes afectives i socials, les quals són manifestades per un conjunt de requisits que han de ser respostos per l'equip multidisciplinari.		Els factors que influeixen a la deshumanització són: excés de treball, salaris baixos, falta de recursos i manca de formació continuada.

PERSPECTIVA DE LA PERSONA

Gutiérrez et al. (33) van realitzar una revisió bibliogràfica amb un total de 21 articles, on s'hi inclouen assajos controlats aleatoris (n=3), assajos no controlats aleatoris (n=2), estudis de cohorts (n=12) i cohorts coincidents (n=4), per tal de sintetitzar resultats envers la vivència que té la persona respecte a l'UCI.

Com a resultats, es destaca que quan una persona és ingressada en una Unitat de Cures Intensives, pràcticament es troba aïllada. Això és a causa que la persona és sotmesa a una sèrie de procediments invasius o no invasius, els quals poden afavorir l'aparició de malalties nosocomials i, per tant, es restringeix el flux de gent, entre ella, la seva família. L'UCI suposa per a la persona un lloc estrany, el qual li transmet una sensació d'inseguretat i por al que se suma el fet que no pugui ser acompanyada dels seus éssers estimats en tot moment.

Yeh et al. (41) realitzaren una revisió bibliogràfica d'articles en anglès utilitzant les bases de dades Pubmed, PsycINFO, Cinahl i Embase. Com a mostra agafaren un total de 24 articles per a la síntesi narrativa.

Els resultats exposen que, tot i que en la Unitat de Cures Intensives, moltes de les persones ingressades es troben sedo-analgesiadades amb disminució del nivell de consciència, també són moltes les que estan conscients i són capaces de donar-se compte de tot el que succeeix a l'entorn. És per això, que el personal sanitari no ha d'oblidar que en la unitat, l'individu que evoluciona favorablement, el fet de veure altres subjectes en estat més crític suposa un gran impacte i afecta significativament al seu estat. D'aquí radica la importància que s'estableixi una adequada relació entre infermeria i persona ingressada que ajudi a aquesta a sentir-se a gust, acompanyada, compresa i recolzada.

Rodríguez et al. (43) van realitzar un estudi qualitatiu amb la intenció d'explorar les percepcions sobre les experiències de la persona en l'UCI. Per tal de fer l'estudi, van dur a terme un disseny fenomenològic amb una mostra intencional de 9 persones hospitalitzades, les quals foren entrevistades.

L'estudi conclou que cada persona ha de tractar-se de forma totalment personalitzada, ja que cada cas és únic i diferent de la resta així com les

vivències, percepcions i sensacions que aquesta pugui experimentar al llarg de la seva estada en la dita unitat. Les més freqüents són les següents:

- **Por** → El fet d'ingressar a l'UCI, sorgeix en la persona una por a causa d'una sensació de mort imminent o al fet de descobrir sobre la seva patologia i que pot ocórrer en un futur. També, en l'opció de poder quedar invàlida i suposar una càrrega per a la seva família.
 - **Preocupació** → Apareix un sentiment de preocupació pel benestar de la família i en la forma de com estaran vivint el procés actual.
 - **Desemparament físic i mental/Aïllament** → En el moment d'ingrés, es produeix una "ruptura" en la vida de la persona, ja que aquesta és separada de la seva llar, família i de la seva vida en general.
 - **Desorientació temporo-espacial** → Durant l'estada a l'UCI són molts dels individus que pateixen una desorientació temporo-espacial influïda en molts casos per la falta de llum, la falta o llunyania de finestres, absència de rellotges o el fet de no portar a terme una alimentació via oral que ajudi al subjecte a orientar-se en el moment del dia en què s'hi troba.
 - **Falta de control i independència** → És freqüent que quan una persona ingressa a UCI, experimenti una sensació de falta de control i independència en el seu procés, el qual se cedeix als professionals sanitaris. A més, dites mancances s'associen amb la resta de sensacions negatives que percep el subjecte paral·lelament amb la disminució de la seva pròpia autoestima.
- Estrès** → És molt usual que l'individu crític pateixi estrès dintre de l'UCI. S'identifiquen 3 elements fonamentals com a condicionants: 1. La vivència de la patologia, 2. La percepció del dolor i 3. La informació rebuda.

Quant a la informació rebuda, els individus volen estar assabentats sobre la seva situació, però no troben ni el moment ni la persona adequada que els informi. La majoria de les persones es queixen que la informació que reben per part de l'equip sanitari és escassa i difícil de comprendre. Quan això ocorre i el subjecte

no està correctament informat, fa que augmenti la preocupació i l'estrès, els quals repercuteixen de manera negativa al seu estat de salut.

Pel que fa a l'afrontament d'una situació d'estrès és primordial que des de l'equip infermer es porti a terme un adequat seguiment de la persona. Són peces imprescindibles per millorar el confort d'aquesta; tractar-la pel seu nom, explicar procediments que seran efectuats (independentment del nivell de consciència), estar atent als senyals no verbals emeses, desenvolupar la percepció de quan alguna cosa agrada o incomoda, preservar la privacitat i confiança, evitar comentaris personals, usar un to de veu adequat, no envair l'espai personal sense abans demanar consentiment o mantenir un contacte visual abans d'iniciar una conversa, entre d'altres.

Wilson et al. (40) efectuaren una revisió de la bibliografia durant l'any 2019 sobre la humanització en la Unitat de Cures Intensives.

Exposen que en la relació infermeria-subjecte, la infermera ha de tenir sempre present que el cuidat que rep cada individu ha de ser personalitzat i exclusiu. Una bona forma d'aconseguir-ho, és parlant-li pel seu nom, sempre dirigint-se cap a ell amb respecte, mai referint-se a la persona com si es tractés d'una "cosa" o un objecte així com donar-li missatges que el puguin fer sentir bé o comunicar-li que la seva família està informada del seu estat de salut i que es troben a prop. Tot això afavoreix a la recuperació de la persona de manera general.

Seguint amb aquesta temàtica, **Holanda et al.** (35) portaren a terme un estudi quantitatiu observacional i descriptiu amb el fi d'estudiar la concordança entre el nivell de satisfacció de la persona ingressada i les cures i atenció rebuda durant l'UCI. En la mostra de l'estudi, s'obtingueren un total de 296 qüestionaris, amb els quals es recolliren els resultats en el moment d'ingrés. Aquells individus amb una estada a la Unitat de Cures Intensives inferior a 24 hores foren exclosos de la mostra.

En general, els resultats mostren que no hi ha dubtes que és imprescindible dedicar certs moments a què les persones puguin expressar els seus sentiments i/o percepcions, preguntant-los en elles directament com se senten, si tenen dolor... per així, promoure el benestar i disminuir l'angoixa sense haver de consultar a l'àmbit familiar (partint sempre de la situació en la qual estan).

PERSPECTIVA DE LA FAMÍLIA

En l'estudi de **Rodríguez et al.** (43) s'observa que per a les famílies, l'entrada del seu ser estimat en una UCI suposa una situació de crisi vital. La intensitat d'aquesta circumstància depèn de la seva duració, de la seva forma d'aparició, de la seva intensitat i gravetat i de l'etapa del procés de la malaltia.

Complementant amb l'anterior, **Camponogara et al.** (32) desenvoluparen un estudi qualitatiu amb l'objectiu de tenir coneixement sobre quines són les percepcions dels familiars de les persones hospitalitzades en una Unitat de Cures Intensives. Pel desenvolupament de l'estudi, van portar a terme un disseny fenomenològic amb una mostra intencional de 9 famílies, les quals foren entrevistades.

Es conclou que les famílies tenen sentiments contradictoris respecte a l'UCI. Per una banda, perceben la Unitat de Cures Intensives com una unitat en la qual s'anirà a aplicar una sèrie de cuidats avançats al seu familiar juntament amb una vigilància intensiva necessària per a la seva situació, però, per altra banda, veuen l'UCI com un lloc en el qual és destinat a morir les persones que es troben en estat crític. Per això, són moltes de les famílies que tenen la sensació que s'anirà a produir la mort del seu ser estimat de manera pròxima.

Hoffmann et al. (36) van portar a cap un estudi qualitatiu amb l'objectiu de comprendre quines són les necessitats i percepcions que tenen la família en una UCI. Per a la seva execució, van dur a terme una enquesta transversal amb una mostra de 336 famílies.

Es va veure que les famílies tenen carències en necessitats fonamentals com ara són: la necessitat de sentir-se segures i d'estar pròximes al seu ser estimat, la necessitat de ser informades en termes que puguin comprendre, la necessitat de suport i la necessitat de confort. Tanmateix, es descriuen diversos àmbits de necessitats; cognitives, emocionals, socials i pràctiques.

Quant a les necessitats cognitives, aquestes queden recollides en el qüestionari CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*) de Molter i Leske (1979), com una de les més importants per part dels familiars. La informació sembla ser la necessitat més important dels membres familiars respecte a la persona ingressada.

A més a més, no només es dona importància al fet de proporcionar informació per part dels professionals, sinó la manera en la qual aquesta és transmesa. Anant més en enllà, els familiars esperen rebre una informació de qualitat per part de tot l'equip sanitari. Del professional de medicina esperen informació sobre les condicions, el pronòstic i sobre el precís tractament almenys una vegada al dia. Per part d'infermeria, esperen informació sobre les cures diàries, de les raons d'elecció dels tractaments i sobre les generalitats de la unitat.

A part d'aquestes inquietuds, els familiars també presenten interès en les activitats, en les quals ells puguin ajudar i participar pel que fa a les cures. Tot i que expressen aquesta necessitat, molts no saben com han de col·laborar. La gran majoria aprecia quan se'ls convida a ser partícips en les cures, ja sigui per netejar la cara, hidratar els llavis o fer massatges a una zona corporal. Expressen així doncs, necessitar la iniciativa i suport per part d'infermeria.

Les necessitats emocionals són considerades com altres de les més rellevants. Tals com l'esperança, l'espiritualitat, la necessitat d'expressar pensaments negatius, la soledat o la mort. Aquestes tendeixen a passar a un segon pla després de ser categoritzades com a realitats menys "quantificables".

Tot apunta al fet que l'UCI, és el lloc del sistema sanitari en què els familiars presenten majors índexs de patiment. Cert calvari es deriva d'una situació en espera incerta i d'una font d'amenaça. Les mateixes famílies són les qui reconeixen que presenten serioses dificultats per afrontar l'ingrés en una UCI, en el qual la mort apareix com a una possibilitat propera.

Respecte a les necessitats socials, aquestes recullen la necessitat de relacionar-se amb l'entorn familiar i amistós.

Tanmateix, la necessitat a què se li atorga menys importància és la necessitat pràctica. En aquesta s'engloba la flexibilitat horària, ajuda en recursos i en la predisposició de coadjuvar en les cures de la persona ingressada.

L'estudi de **Gutiérrez et al.** (33) també al·ludeix que quan un membre de la família ingressa en una UCI automàticament s'altera l'àmbit familiar produint-se un canvi de rols i es modifica el seu funcionament. Entre els sentiments i sensacions més freqüents apareixen: dolor, ràbia, tristesa, impotència,

esperança, entre d'altres. Un fet que complica encara més la situació és la incertesa de les esperes. També, critiquen les existents polítiques de visites tan restrictives i l'aïllament al qual està sotmesa la persona per no poder acompanyar-la tant com els agradaria.

Com a complement, **Feron et al.** (34) realitzaren un estudi quantitatiu descriptiu transversal amb l'objectiu d'esbrinar les percepcions de les famílies envers una UCI, per així, posteriorment plasmar-les en una acció educativa. Com a mostra s'agafaren un total de 14 famílies de l'hospital públic Porto Alegre/RS (Brasil), caracteritzat per ser de nivell III.

En general, els resultats emfatitzen que és de gran importància la presència familiar ja sigui estant al costat del llit, en el tacte físic com el fet de sostenir la mà de la persona i dir paraules tranquil·litzadores, de seguretat i de suport.

De Roche et al. (39) documentaren la recepció de la comunicació per part de l'equip sanitari als membres de la família i quantificaren com això afectà les percepcions d'aquesta envers una UCI. Per fer-ho, es va realitzar un estudi quantitatiu, amb una enquesta prospectiva a 60 membres familiars en un centre mèdic dels Estats Units.

Els resultats mostren que 40 de 60 famílies no van tenir una comunicació directa amb l'equip sanitari, xifra significativa. Les famílies manifesten la cerca d'establir una relació de confiança amb els professionals, els quals aquests els aportin seguretat, tracte humanitzat, però sobretot comunicació.

Murillo et al. (30) van portar a terme un estudi quantitatiu per tal d'analitzar la percepció que tenen les famílies respecte a infermeria en el procés de comunicació en una Unitat de Cures Intensives. Per tal de fer el dit estudi, van dur a terme un disseny descriptiu i transversal amb una mostra de 30 familiars.

Es conclou que infermeria tendeix a informar més sobre els aspectes tècnics de la persona que acaben oblidant, en la majoria dels casos, els sentiments dels propis familiars, àmbit rellevant que també forma part de la dimensió de l'individu.

PERSPECTIVA DELS PROFESSIONALS

Montero et al. (31) van realitzar un estudi quantitatiu amb l'objectiu de prendre esment sobre la perspectiva dels professionals sanitaris respecte als efectes d'UCI de portes obertes en la persona, en la família i en l'activitat professional. Com a material i mètodes, es passà una enquesta tipus likert de 30 preguntes a professionals de medicina, infermeria i equip auxiliar que treballaren en la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital Universitari Txagorritxu (Álava).

Els resultats mostren que un 38% opina que una UCI de portes obertes pot tenir beneficis tant per la persona com per a la seva família. En canvi, un 62% està en desacord i ho veu poc rendible pel personal.

Es conclou que els professionals sanitaris continuen considerant la política de visites restrictives com l'opció més idònia. No obstant això, accepten ampliar els horaris en certes situacions, si es considera molt beneficiós per a la persona.

En la revisió sistemàtica de **Gutiérrez et al.** (33) es fa esment que alguns/es infermers/es veuen als membres de la família com una interferència. Pensen que els familiars ideals són aquells cooperatius, tranquils i els que compleixen les regles. Es fa destacar que hi ha membres d'infermeria que recorren a fer ús d'estratègies per a distanciar-se de les famílies.

Seguint amb el tòpic (famílies) en l'estudi quantitatiu, observacional i descriptiu, d'**Holanda et al.** (35) es menciona que els familiars no poden considerar-se uns representants adequats, almenys en el subgrup de persones competents. Això és degut al fet que les famílies manifesten ser considerats com a únics representants quant a cures i decisions es refereix, per ser almenys teòricament, qui coneixen millor a la persona, per tant, expressen tenir més dret de decisió en comparació al mateix individu ingressat conscient.

Simultàniament, en l'estudi qualitatiu de **Hoffmann et al.** (36) s'al·ludeix que els professionals sanitaris tenen prioritzades unes necessitats divergents en comparació a les que poden presentar l'àmbit familiar. Per a ells (professionals) donen més importància a paràmetres com; malaltia, aparença, estat neurològic, signes vitals, medicació, dolor, entre altres aspectes que no pas, per exemple, la manera de com contribuir en les cures de la persona, necessitat dels familiars.

En l'estudi de **Feron et al.** (34) s'observa que existeix una relació directa entre la sobrecàrrega de treball i la disminució de la qualitat de les cures en infermeria. És freqüent que els professionals d'infermeria adoptin una sèrie de rutines en la seva activitat professional deixant de costat el tracte humà cap a la persona.

Boucher et al. (37) exploraren les creences del personal sanitari relacionades amb la capacitat limitada existent en una Unitat de Cures Intensives. Per fer-ho, es va realitzar un estudi quantitatiu transversal, a través d'una enquesta a 16 UCIS mixtes del Canadà.

Els resultats mostren que els participants estaven d'acord/molt d'acord (un 94%) en què la capacitat limitada de l'UCI es defineix millor conceptualment com "*Un desequilibri variable en el temps entre l'oferta de llits, personal i/o recursos disponibles i la demanda per brindar atenció de qualitat a les persones, persones que poden arribar a estar o que estan greument malaltes*".

Tanmateix, un 87% dels professionals manifestaven que "*Hi ha un nombre inadequat d'infermeres per a cobrir la càrrega de treball d'atenció a l'individu crític*". També, certa majoria expressava que "*L'UCI sovint experimenta la ineficàcia inherent del flux de treball. La variació en les rondes diàries de l'equip multidisciplinari endarrereix el desenvolupament de l'atenció i els plans per l'alta*".

L'estudi de **Rodríguez et al.** (43) evoca que els factors reconeguts per part dels professionals que contribueixen a la deshumanització són: l'excés de treball, els salaris baixos, la falta de recursos i la manca de formació continuada.

La revisió de la bibliografia de **Wilson et al.** (40) es fa ressaltar un aspecte primordial. No tractar a la persona com a humà corre el risc de greus conseqüències pel seu benestar físic i mental tant en el transcurs de la patologia crítica com durant la seva recuperació després de sobreviure, dada per pensar.

En l'estudi **De Roche et al.** (39) s'exposa que la freqüent exclusió d'infermeria en les converses d'atenció especialitzada fa augmentar la probabilitat de rebre missatges contradictoris per a famílies i persones ingressades.

Complementant amb l'anterior exposat, **Bun et al.** (42) realitzaren un estudi amb el fi d'avaluar les experiències de comunicació de les infermeres de cures

intensives mentre cuidaven a les persones en una UCI. Per fer-ho, realitzaren un estudi qualitatiu a través de discussions de grups focals i entrevistes individuals, on reclutaren 16 professionals d'infermeria d'UCI d'un hospital terciari de Corea.

Com a resultats, es destaca que els professionals d'infermeria reconeixen que la comunicació és essencial per a l'atenció de qualitat. Aquests afirmen que s'ha d'aspirar contínuament a millorar les habilitats comunicatives ja existents així com d'adquirir de noves.

A més a més, els professionals d'infermeria pensen que els professionals de medicina han d'esforçar-se més per aconseguir una comunicació i intercanvi d'informació adequat i fàcil d'entendre amb les famílies afectades. Tanmateix, creuen que la comunicació amb la família sovint presenta desafiaments a causa de les limitacions de temps, les altes demandes emocionals i els nivells variables d'alfabetització en salut. És per aquest motiu, que infermeria considera que si bé les necessitats d'informació dels familiars són indubtablement altes, tampoc han de sobrecarregar-se (col·lectiu de medicina) amb informació irrellevant o massa complexa.

Finalment, **Michelan et al.** (38) van portar a terme un estudi qualitatiu sota l'enfocament fenomenològic amb l'objectiu de comprendre la percepció dels professionals d'infermeria que treballen en la Unitat de Cures Intensives sobre la humanització en l'àmbit laboral. Van participar un total de 25 infermers/es d'un hospital universitari de Brasil, a través d'entrevistes focalitzades.

En general, els resultats conclouen que és necessària la humanització a través del canvi de l'ambient laboral i del procés gerencial, privilegiant el model de gestió participativa com a forma de transformar la teoria en pràctica i valorar al professional. A més, comparteixen que per aconseguir unes cures humanitzades són necessàries una sèrie de característiques de cada individu, però aquestes també es veuen influenciades per la gestió sanitària que dificulta en molts casos la correcta atenció sanitària. Per això, assolir una atenció humanitzada compromet tant a la persona, professionals de salut com als gestors.

5. Discussió

A continuació, es discuteixen els resultats dels articles seleccionats en aquesta revisió de manera que es puguin confrontar les idees dels diferents autors/es. Per a poder estructurar bé les tesis, la discussió es realitza en diversos apartats segons les diverses perspectives d'acord amb l'objectiu formulat.

5.1. Perspectiva de la persona

Gutiérrez et al. (33), Wilson et al. (40) i Rodríguez et al. (43) defensen que una estada de la persona en una Unitat de Cures Intensives implica una sèrie de canvis en la seva vida. Si ja de per si l'UCI és una instal·lació especial, el fet que la persona hagi d'afrontar la situació sense cap mena de suport, fa que la circumstància es torni tot el contrari a positiva.

L'estudi d'Holanda et al. (35) aporta que cal obtenir, de primera mà, la informació de la persona i que sigui ella mateixa qui ho expliqui tot segons el seu punt de vista sense recórrer a l'àmbit familiar preliminarment. Per contra, Rodríguez et al. (43) exposen que l'estada en una Unitat de Cures Intensives implica un desgast emocional tant pel subjecte com per la família, el que condueix alteracions en les seves esferes afectives i socials. És per aquest motiu, que defensa que el conjunt de requisits que puguin manifestar s'han de tractar de forma igualitària, és a dir, sense anteposar abans a la persona que a la família o viceversa.

Tanmateix, Yeh et al. (41) afegeixen que l'individu presenta alts nivells d'estrès a conseqüència de la mala praxi sanitària. Dita angoixa, en la majoria dels casos, recau en la falta de comunicació per part de l'equip mèdic, el que produeix en el subjecte una indisposició i un estancament envers el seu estat de salut.

A més a més, seguint amb el tòpic (comunicació), actualment s'ha vist reflectit la mancança que presenta el dit tema en una situació que ha afectat i continua fent-ho a escala global, com és la pandèmia de la Covid-19. En l'estudi de Bambi et al. (44) assegura que la utilització d'Equips de Protecció Individual (EPI's) representa un obstacle important per a la comunicació amb les persones ingressades. No poden veure la cara del professional qui els atén, i a vegades, són els professionals sanitaris qui no poden escoltar clarament el què diuen els

subjectes a causa del soroll de la teràpia d'oxigen d'alt flux, als sistemes de ventilació no invasius o a les gorres i caputxes dels EPI's que cobreixen les oïdes. El fet que els equips de protecció siguin estèrils, fa que tot sigui indistingible, fins al punt que els individus no saben si la persona que està al costat del llit és un/a metge/essa, infermer/a fisioterapeuta o auxiliar d'infermeria. Així mateix, exposen que aquesta condició de falta de comunicació, no solament, augmenta els temors de les persones ingressades a morir sense tindre l'oportunitat de tornar a veure els seus éssers estimats sinó que també, origina una sensació general de soledat i/o depressió i augmenta el risc de patir deliri.

5.2. Perspectiva de la família

Teòricament, l'esfera familiar sempre s'ha contemplat com una dimensió fonamental a tenir present en la globalitat de la persona, però extrapolant aquest ideal a la realitat s'observa l'existència de certes desconcòrdies.

Autors com Camponogara et al. (32) i Feron et al. (34), concorden que les famílies són un gran aliat per tal d'afavorir una recuperació primerenca en la persona. D'aquí radica la importància que aquestes romanguin al costat de l'individu per així fer-li saber que no està sol i que té el suport del seu entorn. Tanmateix, Murillo et al. (30) aporten que, en moltes de les circumstàncies, la part sentimental de les famílies queda obviada a causa de la prioritització dels aspectes tècnics de la persona ingressada.

La revisió de Gutiérrez et al. (33) destaca que els familiars critiquen la política de visites tan restrictives presents que hi ha en la Unitat de Cures Intensives. Posen de manifest que el seu ser estimat està sotmès a un aïllament continu. Paral·lelament, les publicacions de Hoffmann et al. (36) i De Roche et al. (39) refereixen que la comunicació, peça primordial, tot i ser una habilitat bàsica de cara a l'execució de qualsevol activitat sanitària en moltes vegades coixeja.

En la revisió realitzada amb les paraules clau utilitzades no s'ha trobat articles en relació a la humanització en temps de covid, però sí que hi ha articles publicats recentment amb altres objectes d'estudi que constaten la deshumanització en el

servei en temps de pandèmia. L'estudi de Bambi et al. (44) exposa que quan una família té un ser afectat per Covid-19 i està ingressat a la Unitat de Cures Intensives, literalment desapareix del nucli familiar. Els professionals sanitaris brinden informació sobre el seu estat de salut per telèfon, inclús l'anunci de la mort es fa de la mateixa manera, per telèfon. Aquesta condició és molt tràgica i despersonalitzadora. Tal manera "dura" de gestionar la comunicació a més de l'inevitable dolor per la pèrdua del seu ser estimat, afirma que pot convertir-se en formes patològiques de dol disfuncional. A més a més, determina que aquesta cruel elecció ha esborrat per complet el concepte "d'UCI oberta" de cop.

Com a complement a l'anterior, l'estudi de Coulter (45) exposa que el contacte familiar en molts entorns es manté gràcies a través de la tecnologia, però critica que requereix un enfocament més flexible per a permetre que els membres de la família puguin estar més temps de l'establert amb la persona ingressada.

5.3. Perspectiva dels professionals

Tot i els aparents aspectes beneficiosos de la relació humana entre el binomi subjecte i familiars, nombrosos autors fan referència a les conseqüències negatives que comporta el dit vincle en l'activitat professional. Montero et al. (31), Gutiérrez et al. (33) i Holanda et al. (35) comparteixen que la presència de certes famílies en l'UCI fa desconcertar i augmentar els errors d'infermeria. A més a més, exposen que infermeria sent que és controlada, motiu pel qual són els mateixos professionals qui pensen que no poden treballar amb normalitat.

En relació amb els i les professionals, els articles de Feron et al. (34) i Boucher et al. (37) concorden en què la deshumanització en una Unitat de Cures Intensives és una realitat. Ambdós exposen que hi ha un desequilibri variable entre l'oferta i la demanda que se suma el fet de l'alta càrrega de treball, on tots aquests condicionants comporten a la síndrome de Burnout als sanitaris. També, Rodríguez et al. (43) afegixen l'existència de certs factors que afavoreixen la dita deshumanització. Simultàniament, tots ells creuen que per arribar a la humanització de les cures és necessari un canvi per part de gestors i institucions sanitàries, opinió que en l'estudi de Michelin et al. (38) també es corrobora.

Wilson et al. (40) exposen que no tractar a la persona de manera correcta pot comportar conseqüències en el seu benestar tant físic com psicològic. Paral·lelament, De Roche et al. (39) agreguen que la freqüent exclusió d'infermeria en el procés d'atenció especialitzada de la persona, suposa també perjudicial tant per a la salut de l'individu com per a la seva família. Amb tot això, Bun et al. (42) afirmen que la comunicació és una eina clau per assolir una atenció de qualitat. Tanmateix, són les mateixes infermeres de l'estudi qui expressen que s'han de millorar les habilitats comunicatives existents i cal cercar-ne de noves.

6. Limitacions

La primera limitació de l'estudi fa referència al mateix concepte estudiat, l'impacte de la humanització de les cures infermeres en la Unitat de Cures Intensives. Com a resultats, la informació trobada és relacionada pràcticament amb el terme de deshumanització. Però, tot i això, dita informació permet conscienciar dels factors que requereixen un canvi per tal d'arribar a la vertadera humanització.

La segona limitació apareix en la cerca bibliogràfica. El tema a tractar ha estat estudiat des de perspectives diferents, les quals han estat abordades en aquest treball. Això ha comportat certa dificultat a l'hora de buscar estudis amb evidència científica i que, tot i haver revisat tota la bibliografia existent sobre aquest tema fins avui dia, destaco la similitud presentada en els articles seleccionats. Per altra banda, molts dels textos estaven relacionats amb la temàtica de neonatologia o UCI pediàtrica. Aquests es van haver de descartar, per així obtenir uns resultats dins dels criteris d'inclusió.

Finalment, l'última limitació ha sigut no poder accedir de manera completa i gratuïta a determinats estudis, ja que no han estat disponibles als catàlegs de cerca que ofereix la Universitat de Girona.

7. Conclusions

Els resultats de la present revisió bibliogràfica evidencien que:

- La deshumanització de les cures en la Unitat de Cures Intensives actualment és un fet evident. A causa dels sentiments i percepcions que apareixen en les persones i als seus familiars en relació amb l'organització i estructura de la unitat, es considera necessari realitzar canvis per assolir una atenció sanitària totalment humanitzada.
- L'estat de salut crític que pateixen els individus ingressats en l'UCI fa que es doni prioritat a la correcta realització de les tècniques deixant de banda l'aspecte humà. En contra, s'ha d'intentar obtenir un equilibri entre satisfer les necessitats del subjecte i executar correctament els procediments.
- Les persones dipositen la seva confiança en la tecnologia, però la consideren insuficient si aquesta no va acompanyada del factor humà. Per això, tant el subjecte com el seu nucli familiar, creuen que el personal infermer ideal seria aquell que gaudeixi de professionalitat i habilitat tècnica, però a més, sàpiga donar resposta a les emocions de l'individu i la família.
- La persona i els seus familiars consideren que la informació rebuda és escassa, segueix horaris estrictes i fonamentalment és rebuda per part del professional de medicina. Troben a faltar una major participació per part de les infermeres, proposen que els horaris siguin més flexibles i la informació més completa. Tanmateix, els i les professionals d'infermeria consideren oportú augmentar la seva participació en el procés d'informació tant a l'individu com a la família amb l'objectiu de millorar la relació amb aquests.
- La demanda que es produeix amb major freqüència per part de les persones ingressades i famílies és la d'un tracte personalitzat i totalment humanitzat, de manera que cada individu sigui considerat com una persona evitant la despersonalització i cosificació. Simultàniament, fan referència a la importància que tenen per a ells poder passar el major temps possible junts i critiquen les polítiques tan restrictives que existeixen quant al règim de visites en la unitat.

- Diversos estudis demostren que la participació dels familiars en les cures de les persones ingressades en estat crític proporciona notables beneficis en la seva recuperació. Paral·lelament, és necessari tenir present que, la família també és subjecte de cuidats i, per tant, s'ha de planificar les cures dirigides a ella així com proporcionant-li recursos.
- Els professionals d'infermeria es diferencien de la resta de professionals sanitaris per portar a terme les cures a les persones ingressades, a més, són qui passen més temps amb elles i amb les seves famílies. És per aquest motiu, que recau en la dita ocupació, la major part de la responsabilitat per aconseguir una atenció sanitària humanitzada.
- L'objectiu en l'actualitat és assolir una atenció en la Unitat de Cures Intensives més confortable i humana. Per això, s'ha d'augmentar la formació del personal sanitari pel que fa a habilitats socials i de comunicació per a millorar la satisfacció de familiars i persones, disminuint a la vegada la preocupació dels professionals sanitaris a l'hora d'afrontar situacions complexes en la unitat.

8. Aplicabilitat a la pràctica

Amb aquest treball se suggereix la necessitat de continuar lluitant per visibilitzar a la persona en el centre de les cures, tenint-la en compte amb una visió holística de totes les seves esferes. Les futures línies d'investigació haurien d'anar encaminades a la unificació de les activitats i accions de tot l'equip multidisciplinari d'aquestes unitats mitjançant la implementació de protocols humanitzadors que constantment siguin avaluats i progressin, segons les necessitats dels serveis per a proporcionar benestar.

D'una forma breu, és necessari crear xarxes de recursos amplis amb una bona cartera de serveis que garanteixin l'excel·lència de les intervencions, tenint com a base principal uns criteris humanístics i integrals, que afavoreixin la millora continua. És així com es coneix la importància de la humanització de les cures, ja que està en les nostres mans que la labor infermera continuï mantenint la seva disciplina i excel·lència.

9. Bibliografia

1. Martínez T, Díaz P, Sancho M, Rodríguez P. Modelo de atención centrada en la persona [Internet]. País Vasco: Departamento de Empleo y Políticas Sociales y Matia Instituto; 2015 [consultat 12 novembre 2021]. p.1-24. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%201.pdf
2. Real Academia Española. Deshumanizar [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española; c2022 [actualitzat 16 desembre 2021; consultat 20 novembre 2022]. Disponible a: <https://dle.rae.es/deshumanizar?m=form>
3. Ávila Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017 [consultat 21 novembre 2022]; 30 (2): 216-229. Disponible a: <https://www.redalyc.org/journal/1805/180550477011/html/>
4. Gómez S, Gutiérrez S, Espina B, De Dios M, Pina PJ, Alves M. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: Desde los albores del s. XX hasta la actualidad. Dialnet [Internet]. 2018 [consultat 24 novembre 2022]; 52: 58-67. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6747392>
5. Fawcett J, George JB, Walker L, editors. Watson J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. Nursing Science Quarterly. 1989; 2 (3): 149-154. Disponible a: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848900200310>
6. Guerrero R, Meneses ME, De La Cruz MJ. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. Revista enfermería Herediana [Internet]. 2016 [consultat 27 novembre 2022]; 9 (2): 127-136. Disponible a: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

7. Real Academia Española. Humanizar [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española; c2022 [actualitzat 16 desembre 2021; consultat 28 novembre 2022]. Disponible a: <https://dle.rae.es/humanizar>

8. Muñoz Tapia A. A propósito de los cuidados invisibles. Index Enferm [Internet]. 2015 [consultat 28 novembre 2022]; 24 (3): 181-181. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200014

9. Huércanos Esparza I. Cuidado Invisible: Donde los medicamentos no llegan. Index Enferm [Internet]. 2015 [consultat 30 novembre 2022]; 22 (1-2): 5-6. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100001

10. Sanz García P, Jurado García MC, Fernández Serrano MM. La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: Hacia el plan de acogida y acompañamiento [Tesi a Internet]. Barcelona: Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona; 2012 [consultat 2 desembre 2022]. Disponible a: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf

11. Bermejo Higuera JC. Humanizar la salud. Counselling en salud. Arch Memoria [Internet]. 2013 [consultat 4 desembre 2022]; (10 fasc.1). Disponible a: <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>

12. Society of Critical Care Medicine. Critic patient [Internet]. Estats Units: SCCM; 1970 [actualitzat c2022; consultat 6 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.sccm.org/MyICUCare/Home>

13. Organización Mundial de la Salud. Paciente crítico [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [actualitzat c2022; consultat 6 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/es>

14. Recoletas Red Hospitalaria. ¿Qué es la UCI y cómo actuar cuando un familiar está ingresado en esta unidad? [Internet]. Castilla y León: Recolectas Red Hospitalaria; 2009 [actualitzat 17 juny 2021; consultat 9 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/>

15. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Historia [Internet]. Madrid: SEEIUC; 1979 [actualitzat 2012; consultat 12 desembre 2022]. Disponible a: <https://seeiuc.org/seeiuc/sociedad/historia/>

16. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICyUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico [Internet]. Madrid: SEMICyUC; 1971 [actualitzat maig 2017; consultat 15 desembre 2022]. Disponible a: <https://semicyuc.org/indicadores-de-calidad/>

17. Rivera Álvarez L, Triana Á. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country [Tesi a Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [consultat 18 desembre 2022]. Disponible a: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

18. Hospital M.^a L, Guallart R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de vida. Index Enferm [Internet]. 2010 [consultat 20 desembre 2022]; 13 (46): 49-53. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010

19. Solano-Ruiz M, Siles-González J. Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. Cultura de los cuidados [Internet]. 2011 [consultat 23 desembre 2022]; (14): 83-91. Disponible a: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1047/1/culturacuidados_14_11.pdf
DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.11>

20. Oliva Mederos JR. La humanización de los cuidados de enfermería intensiva: La posición de las enfermeras de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo [TFG a Internet]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 2017 [consultat 28 desembre 2022]. Disponible a: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5357/La%20humanizacion%20de%20los%20cuidados%20de%20enfermeria%20intensiva%20la%20posicion%2>

Ode%20las%20enfermeras%20de%20UCI%20frente%20al%20aspecto%20hu
mano%20del%20cuidado%20intensivo.pdf?sequence=1

21. Vargas Toloza R.E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Ciencia y cuidado Rev [Internet]. 2010 [consultat 31 desembre 2022]; 4 (4): 21-27. Disponible a: file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-CuidadoHumanizadoAlPacienteCriticamenteEnfermo-2534029.pdf

22. División de Enfermería Hospital de Clínicas. Manual General de Enfermería, humanización del cuidado [Internet]. Madrid: División de Enfermería Hospital de Clínicas; 2014 [consultat 2 gener 2022]. p. 1-3. Disponible a: https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf

23. Heras-La Calle G, Zaforteza-Lallemand C. HUCI se escribe con H de Humano. Enfermería Intensiva [Internet]. 2014 [consultat 4 gener 2022]; 25 (4): 123-124. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X#elsevierItemBibliografias> DOI: 10.1016/j.enfi.2014.11.001

24. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 [consultat 5 gener 2022]; 30 (2): 120-125. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>

25. Balas M, Pun B, Pasero C, Engel H, Perme C, Esbrook C et al. Common Challenges to Effective ABCDEF Bundle Implementation: The ICU Liberation Campaign Experience. Crit Care Nurse [Internet]. 2019 [consultat 7 gener 2022]; 39 (1): 46-60. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30710036/> DOI: 10.4037/ccn2019927

26. Grupo de trabajo de la Guía Clinical Practice for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine; 2013.

https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2013/01000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_of.29.aspx (últim accés 8 gener 2022).

27. Grupo de trabajo de la Guía Clinical Practice for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Critical Care Medicine; 2018. https://journals.lww.com/ccmjournals/FullText/2018/09000/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Prevention.29.aspx (últim accés 8 gener 2022).

28. Busch I, Moretti F, Travaini G, Wu A, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers and Healthcare Providers: A systematic review. Patient [Internet]. 2019 [consultat 9 gener 2022]; 12 (5): 461-474. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203515/>

29. Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care. J Adv Nurs [Internet]. 2015 [consultat 9 gener 2022]; 71 (7): 1499-1517. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25720454/>

30. Murillo MA, López C, Torrente S, Morales C, Orejana M, García M et al. [Nursing perception of communication with intensive care unit patients family members]. Enferm Intensiva [Internet]. 2016 [consultat 25 febrer 2022]; 25 (4): 137-145. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457696/>

31. Ayllón N, Montero P, Acebes MI, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: Perspectiva de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2016 [consultat 25 febrer 2022]; 25 (2): 72-77. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>

32. Camponogara S, Santos TM, Rodrigues IL, Frota L, Amaro D, Turra M. Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online (SSOAR) [Internet]. 2016 [consultat 25 febrer 2022]; 5 (4): 622-634. Disponible a: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/54960>

33. Gutiérrez B, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enf Global* [Internet]. 2016 [consultat 25 febrer 2022]; 7 (1). Disponible a: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/822>
34. Feron F, Aquino RC, Rosa M. Humanization in the Intensive Care: Perceptions of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [consultat 25 febrer 2022]; 70 (5): 1040-1047. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977232/>
35. Holanda MS, Marina N, Ots E, Lanza MJ, Ruiz A, García A et al. Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. *Med Intensiva* [Internet]. 2017 [consultat 26 febrer 2022]; 41 (2): 78-85. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27793389/>
36. Hoffmann M, Holl A, Burgsteiner H, Eller P, Pieber T, Amrein K. Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients: Cross-sectional survey among intensive care unit relatives and professionals. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2018 [consultat 26 febrer 2022]; 130 (21-22): 645-652. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30094664/>
37. Boucher P, Opgenorth D, Stelfox H, Noel RT, Meier M, McKinlay D. Perspectives on strained intensive care unit capacity: A survey of critical care professionals. *Plos One* [Internet]. 2018 [consultat 26 febrer 2022]; 13 (8). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30133479/>
38. Michelan VC, Carla W. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Enfermagem* [Internet]. 2018 [consultat 26 febrer 2022]; 71 (2): 372-378. Disponible a: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000429061000020>
39. De Roche S, Reichheld A, Demosthenes N, Johansson A, De Howell M, Cocchi M et al. Measuring the quality of inpatient specialist consultation in the intensive care unit: Nursing and family experiences of communication. *Plos One* [Internet]. 2019 [consultat 26 febrer 2022]; 14 (4). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30973891/>

40. Wilson M, Beesley S, Grow A, Rubin E, Brown S, Hopkins R et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care* [Internet]. 2019 [consultat 28 febrer 2022]; 23 (32). Disponible a: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2327-7>
41. Yeh J, Ostini R. The impact of health literacy environment on patient stress: A systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [consultat 28 febrer 2022]; 20 (1): 749. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32448284/>
42. Bun O, Jin H, Lan J. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *Plos One* [Internet]. 2020 [consultat 28 febrer 2022]; 15 (7). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32645062/>
43. Rodríguez J, Quero MA, Aznar E, Ortiz F, Soto V, Hernández A et al. Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: A qualitative descriptive study. *J Caring Sci* [Internet]. 2020 [consultat 28 febrer 2022]; 33 (4): 912-920. Disponible a: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000505266700017>
44. Bambi S, Lozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the humanization of nursing care. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2021 [consultat 2 abril 2022]; 39 (5): 239-241. Disponible a: https://journals.lww.com/dccjournal/Fulltext/2020/09000/COVID_19_in_Critical_Care_Units__Rethinking_the.1.aspx
45. Coulter A, Richards T. Care during covid-19 must be humane and person centred. *BMJ* [Internet]. 2021 [consultat 3 abril 2022]; 370. Disponible a: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3483.long> DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3483>