

Evolución de la asistencia sanitaria y desarrollo de la profesión del Técnico en Cuidados de Enfermería **y su actividad en una Unidad de Cuidados Intensivos**

En este trabajo se trata de reflejar y dar a conocer las funciones y actividad de los TCE/AE y el lugar donde se desarrollan, una Unidad de Cuidados Intensivos. Se desarrolla de forma descriptiva, analítica y crítica. Paralelamente, se hace un análisis evolutivo (histórico) de los orígenes de la medicina intensiva, la enfermería intensiva y de la evolución de la asistencia sanitaria y su dependencia de consideraciones filosóficas, demográficas, políticas y sociales, integrando en todo ello la trayectoria evolutiva de los TCE/AE.

De forma descriptiva se refiere toda la actividad de los TCE/AE en la Unidad de Cuidados Intensivos-I del Hospital Central de Asturias, vinculando como fundamento de valor la parte funcional con sus orígenes profesionales, su trayectoria y su evolución formativa. Desde nuestro sentir y hacer profesionales se plantea recurrir a la inteligencia emocional y de conocimiento como desarrollo de una serie de hechos, actitudes y conductas facilitadoras de buenas prácticas y dinámicas organizativas y asistenciales que refuerzan unos cuidados de calidad y unas funciones profesionales necesarias. Se plantea la necesidad de la comunicación con el paciente y la familia dentro del valor informativo y terapéutico que puede integrar. Se hace una consideración de la necesidad organizativa de equipo multidisciplinar. Se plantea la necesidad de la estimación del paciente y la familia como sujetos activos copartícipes en el proceso de curación.

Se sugieren consideraciones profesionales hacia el colectivo de TCE/AE, que no son tenidas en cuenta desde las Direcciones de Enfermería. Se hace desde la consideración de la optimización de recursos humanos tangibles de los cuales se dispone, desde la consideración de la motivación, desde la consideración del crecimiento profesional. Se analiza como todo ello, aplicado de modo general en los diversos niveles profesionales contribuiría a una mejor sostenibilidad del Sistema Sanitario, actual discusión social y política.

Introducción

Este trabajo trata de reflejar y dar a conocer las funciones y actividad de los TCE/AE en el lugar donde se desarrolla: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Vinculando como fundamento de valor, la parte funcional con sus orígenes profesionales, sociales y filosóficos.

Se hace desde una dimensión descriptiva, con el objetivo de que

sirva de recordatorio para las personas que ya llevan tiempo trabajando, y de conocimiento y referencia para el personal de nueva incorporación, integrando a su vez propuestas de análisis sobre diversos factores: experiencia, actualización de funciones, importancia de la comunicación, consideración de la inteligencia emocional en cuanto herramienta y encuentro de emociones coadyuvantes en el qué y cómo hacer, sistema de gestión,

equipo de trabajo, consideración del paciente y la familia como sujetos activos y participativos en el proceso de sanación o muerte como factor de calidad y no como instrumento economicista. Todo ello con el ánimo de aportar sugerencias de mejora dentro del carácter singular de nuestro trabajo, que nos compromete y convierte a la vez en privilegiados, al permitirnos construir el cuidado que uno mismo puede desear o necesitar.

Este trabajo presentado al XVII Certamen Nacional de Investigación FAE incluye una primera parte sobre el desarrollo histórico de la medicina intensiva y la evolución de la asistencia sanitaria, no recogida en esta publicación.

Es necesario tener presente que las UCI y la actividad que ellas generan no las constituyen en entes aislados o independientes, sino que forman parte de la estructura funcional del sistema sanitario en cuanto conjunto de servicios ordenados para preservar la salud pública, entendiendo el concepto de salud como bien público o particular amparado por la Constitución y reconocido como universal, gratuito y de calidad, por tanto, un derecho del ciudadano.

La actividad que realizan los TCE/AE en las UCI está vinculada con la necesidad de curación de personas enfermas y, relacionada por tanto, con las exigencias de una formación académica previa, así como del aprendizaje y puesta en práctica de conductas, actitudes y aptitudes que favorezcan disposiciones homogéneas y disciplinadas ante las necesidades y situación de los pacientes en su diversidad clínica, emocional o en su muerte. Todo ello integrado o en paralelo con la consideración de la atención y trato adecuado de los familiares, en muchos casos, supuestos enfermos ocultos.

El hacer y ser profesionales, no solo se nutre de la formación y conocimientos académicos sino también de la capacidad de incorporar a esos conocimientos el aprendizaje que surge de su aplicación e interacción con las personas: pacientes, profesionales y familiares.

La observación, el silencio y el análisis pueden convertirse en una herramienta sorpresiva y enriquecedora que puede aportar indicadores de mejoría y cambios de actuación a diversos ámbitos: personal, técnico, emocional, organizativo, de evaluación y valoración.

Las estimaciones expuestas, el carácter humano que integra la actividad, su función asistencial, nuestro trabajo dentro del equipo de enfermería y la misión de la empresa/institución donde trabajamos nos llevan, para situarnos

en la actualidad, a contemplar las UCI y nuestra profesión desde una perspectiva histórica. Historia que, a su vez, está determinada por una serie de condicionantes filosóficos, políticos y sociales que establecen valores, definen conceptos y conforman unos determinados conocimiento y cultura, que se transforman y evolucionan en el tiempo y, estimamos, que es necesario conocer para saber desde dónde se ha partido, cuáles han sido el recorrido y la evolución, dónde se ha llegado, y así conformar y actualizar permanentemente mediante el análisis y compromiso nuestra propia aportación.

Objetivos

- Dar a conocer de modo descriptivo la actividad que desarrollan los TCE/AE en la UCI-I del HUCA, y su necesaria vinculación con disposiciones emocionales y conductuales que pueden dar valor a la profesión y ser un referente informativo y de conocimiento para los profesionales de nueva incorporación.
- Sacar de la experiencia y la formación sugerencias y propuestas de mejoría, así como la consideración o abordaje de aspectos poco tratados, como la necesidad de un sistema funcional organizativo de trabajo en equipo, la consideración de la comunicación como elemento facilitador en el tratamiento y cuidado, tanto de pacientes como de familiares, así como la estimación del paciente y familia en cuanto sujetos activos coparticipes en el proceso de curación guiado por un principio de calidad de atención y no como instrumento economicista.
- Ser un estudio de base que pueda aportar hipótesis que sirvan para la formulación de un posterior trabajo que integre una metodología científica cuantitativa, que evite posibles sesgos de este estudio y garantice una mayor

fiabilidad y validez en posibles resultados y confirmaciones.

Método

Estudio de campo realizado mediante una metodología cualitativa, con un propósito descriptivo de los factores que intervienen y exploratorio en cuanto se pretende establecer un nexo entre la realidad objeto de estudio y los principios y proposiciones teóricas subyacentes.

El HUCA es el hospital de referencia del SESPA y hospital del área IV de Asturias. Fue creado en 1989 por convenio entre la administración autonómica y el INSALUD, mediante el cual se integró la gestión de los 3 centros que dieron lugar al actual HUCA: el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, el Instituto Nacional de Silicosis, ambos de la Seguridad Social, y el Hospital General de Asturias, propiedad de la comunidad autónoma. El convenio entre la Universidad de Oviedo, el INSALUD y el Principado de Asturias de 1990 confiere al HUCA su carácter de hospital universitario.

El número de UCI que integran el complejo son:

- Hospital de Covadonga: polivalente.
- Instituto Nacional de Silicosis: médica.
- Maternidad: pediátrica.
- Hospital General: cardíaca.

Concepto de Unidad de Cuidados Intensivos

El objetivo de la UCI es proporcionar cuidados óptimos a los pacientes gravemente enfermos, o que se sospeche que pueden sufrir alguna alteración transitoria importante. Son pacientes inestables, que necesitan de personal especializado, tanto a nivel médico como de enfermería. Por ello, los requisitos de concentración de conocimientos y de recursos de todo tipo (humanos, de conocimiento, arquitectónicos y tecnológicos) deberían ser tales que se pudiera realizar con rapidez y exactitud un control continuo, repetitivo

y preventivo de los pacientes, una intervención en su interés y la valoración de los resultados de esta, de tal modo que a cada paciente que ingrese en la UCI se le ofrezca la máxima oportunidad de sanación.

Atención al paciente crítico

Se define el enfermo en estado crítico como el que presenta o tiene probabilidades inmediatas de presentar una afectación grave de sus funciones vitales, que pone o puede poner en peligro su vida y que, por tanto, precisa un nivel de asistencia que no puede conseguir en una unidad convencional. La atención que requieren estos pacientes depende de las necesidades derivadas de su nivel de gravedad, ya que en un mismo servicio de UCI no todos los pacientes presentan la misma gravedad ni tampoco el mismo enfermo mantiene el mismo nivel a lo largo de su estancia. En general, las causas que sitúan a los pacientes en estado crítico son las enfermedades graves, los grandes traumatismos, las intervenciones quirúrgicas. Sintetizando, se puede hacer una relación de los principales procesos que indican la admisión de los pacientes en la UCI.

- Los estados de *shock*.
- Los procesos cardiovasculares agudos.
- La insuficiencia respiratoria.
- Los estados de coma.
- Las alteraciones graves del metabolismo hidroelectrolítico y del equilibrio acidobásico.
- Los politraumatismos y graves quemaduras.
- Las complicaciones postoperatorias.
- El postoperatorio de cirugía cardíaca, pulmonar y cerebral.

A la vista de los graves procesos que puede presentar el paciente en la UCI, se desprende que la tarea asistencial debe revestir 2 características esenciales: la valoración crítica y constante del estado del enfermo, seguida de una acción terapéutica y de cuidados audaz.

Descripción y estructura de una Unidad de Cuidados Intensivos

El cuidado del paciente crítico ha cambiado mucho en estas 2 últimas décadas. Los grandes avances en las técnicas y las posibilidades terapéuticas y de cuidados permiten tratar pacientes que en otro tiempo no hubieran podido sobrevivir.

Debido al cuidado especial que requiere este tipo de paciente, las UCI necesitan una serie de recursos, definidos como el bien o el medio que se utiliza para lograr un fin.

El objetivo de la UCI es proporcionar cuidados óptimos a los pacientes gravemente enfermos, o que se sospeche que pueden sufrir alguna alteración transitoria importante.

Los recursos se pueden clasificar en:

- Recursos dependientes de la planta física o instalaciones.
- Recursos materiales: aparatos, material clínico, etc.
- Recursos humanos o equipo multidisciplinar.

Recursos de la planta física e instalaciones

Es el espacio donde se ubica la UCI en el centro hospitalario y define las dependencias asistenciales y complementarias que la integran. Sus características principales (según nos aporta la bibliografía) deben ser:

- Amplitud suficiente (se estima 9 m² como mínimo por cama); el número total de camas de un servicio de UCI suele estar en función de la dotación global de camas del hospital (se aconseja una dotación del 5%).
- Fácil aislamiento.
- Cercanía y buenas comunicaciones con los servicios generales de urgencias, radiología, laboratorio y quirófano.
- Se estima (sujeto siempre a nuevas consideraciones en el tiempo) que la unidad estándar ideal es la de 6-8 camas, y es imprescindible la existencia de un número determinado de camas aisladas con

servicio de vertedero integrado.

- El puesto central de observación debe posibilitar la visualización directa de todos los pacientes. Es necesaria una mesita o lugar para preparar la medicación.
- Deben estar garantizadas óptimas condiciones de espacio, claridad, luz (natural, artificial) y climatización en todas las dependencias, tanto en las asistenciales como en las complementarias.

Según la patología que se recibe en la unidad, se incorporan depen-

dencias especiales. La sala de estar y de información de los familiares debe ser acogedora y reunir las características mencionadas: espacio, luz, etc. y disponer de los aseos necesarios. El equipo multidisciplinar necesita también de un espacio: sala de conferencias, sala de estar de médicos, sala de estar de enfermería, habitaciones de medicina de guardia, oficinas administrativas (médicas y de enfermería), aseos suficientes y vestuarios para todo el personal próximos al recinto asistencial.

Es necesario también un almacén de medicamentos y sueroterapia (los estupefacientes precisan de un sistema específico de almacén, dispensación y registro) y un almacén para material desechable, de uso inmediato a corto plazo.

También son obligados: *office* con cocina o microondas, cuarto limpio para guardar material desechable, ropa de lencería, etc., cuarto sucio para la limpieza de útiles de los pacientes, limpieza y preparación del material reutilizable, etc. Su número depende del número de pacientes.

Con el fin de proporcionar el máximo rendimiento funcional y acertar en la demanda asistencial de la UCI, es necesario que

los arquitectos sanitarios tengan en cuenta la opinión del equipo multidisciplinar que va a trabajar en ella.

Recursos materiales

Son accesorios que permiten lograr bienestar y obtener el control clínico del paciente en las situaciones habituales de urgencia y emergencia. Estos recursos se pueden clasificar en:

- Recursos de uso inmediato: medicación, sondas, etc.
- Recurso de duración limitada: camas, respiradores, etc.
- Recursos permanentes de duración: focos, armarios, fregaderos, etc.

La MI es una especialidad que frecuentemente utiliza técnicas de diagnóstico terapéuticas en el propio enfermo, y todos los procedimientos tienen en común el empleo de algún material más o menos complejo y conocimientos para interpretar los resultados.

Se comienza por la simple e inmediata monitorización del paciente, pasando por técnicas que en ocasiones son cruentas. Por ello, el personal tiene que estar preparado para realizarlas de forma eficaz.

Los TCE/AE disponen de todo el material y aparataje necesario y asisten a la enfermera y médico en la aplicación de dichas técnicas. Ello implica, por su parte, un conocimiento del porqué, para qué y en qué consiste cada una de esas técnicas, para tener un conocimiento preciso del aparataje y material necesarios en ese momento y la actuación precisa requerida.

La actividad de los TCE/AE en este tema supone el conocimiento del aparataje y material existentes en la UCI, las partes que los integran, la ubicación y orden de estos y el procedimiento de limpieza y esterilización.

Las técnicas básicas que se suelen aplicar, entre otras, son:

- Función y canalización arterial y venosa.

- Transporte intrahospitalario y extrahospitalario.
- Monitorización de la función respiratoria.
- Broncoscopia terapéutica.
- Traqueotomía.
- Drenajes pleural, pericárdico y peritoneal.
- Nutrición enteral y parenteral.
- Asistencia al politraumatizado de alto riesgo.

Recursos humanos

Integra a todo el personal sanitario y no sanitario, incluido o ajeno a la plantilla de la UCI que, con su hacer, contribuye a conseguir los objetivos asistenciales de la unidad.

Equipo facultativo. El médico intensivista está especializado en el tratamiento del paciente crítico de forma globalizada. Interviene con mucha frecuencia en las situaciones donde se debate la vida y la muerte del enfermo. Asimismo, debe abordar continuamente el mejor plan curativo y preventivo, no solo para lograr la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente sino marcando las directrices de una calidad de vida futura. Dado que el estado crítico del paciente se puede deber a un fallo multiorgánico, recibe el asesoramiento y comparte pautas de actuación con otros especialistas.

Equipo de enfermería. Las supervisoras tienen la función de organizar, planificar y coordinar el desarrollo de los cuidados en toda su dimensión, incluyendo el apoyo a los familiares. Gestionan los recursos humanos y materiales de la unidad e impulsan y coordinan la formación del equipo. Asimismo, mantienen un seguimiento del personal no sanitario que interviene en la unidad.

Personal de enfermería, ATS/DUE y TCE/AE. Son los dispensadores de cuidados y el enlace emocional del enfermo con su enfermedad y entorno socio ambiental.

Otros profesionales.

- Celador. Influye en el trabajo diario: tareas de movilización del paciente, asiste al equipo médico y supervisión de enfermería, etc.
- Cocineros y pinches. Proporcionan los elementos de la dieta.
- Servicio de limpieza. Tareas de higiene y desinfección de la unidad.
- Atención al paciente, asistencia social, etc.

Unidad de Cuidados Intensivos y Hospital Universitario Central de Asturias

El HUCA es de nivel III y es hospital de referencia tanto en el ámbito regional como nacional. La UCI es de nivel III y se encuentra ubicada en el edificio del centro general, planta 5.^a C.

Esta UCI está compuesta por 3 unidades, con capacidad de 8 camas por unidad.

Son 22 camas polivalentes y 2 para trasplantes hepáticos. Cuando no hay trasplantes se dispone de ellas para enfermos de otras patologías.

Dotación total de 24 camas que integra un sistema de aislamiento: unidad A, 1 aislamiento; unidad B, 2 aislamientos, y unidad C, 2 aislamientos.

Se mantiene un horario limitado de visitas: 30 min 2 veces al día, con una presencia de 2 familiares por paciente. Es un horario restrictivo en proyecto de ampliación y cambio.

Equipo multidisciplinar

Está formado por:

- Un jefe de sección.
- Catorce médicos adjuntos.
- Dos médicos contratados para guardias.
- Dos enfermeras supervisoras en turno de mañana, excepto festivos y fines de semana.
- Sesenta enfermeros ATS/DUE (turno ecológico).
- Treinta TCE/AE (turno ecológico).
- Cinco TCE/AE (turno adicional). Dos en turno de mañana y tarde, excepto festivos y fines de semana, que solo hay una.

- Una TCE/AE en turno de mañana, excepto festivos y fines de semana.

Sistema funcional de la actividad y funciones de los TCE/AE

Siendo la parte funcional práctica una de las preocupaciones más inquietantes de las TCE/AE de nueva incorporación, se hace, a modo de conocimiento, una descripción de ésta diferenciando las 2 funciones organizativas que se desarrollan: asistencial y rotante o de apoyo.

- Cada ATS/DUE tiene asignado 2 pacientes.
- Los TCE/AE asistenciales tienen 4. Dos TCE/AE asistenciales por cada unidad.
- Dos TCE/AE (rotantes) en funciones de apoyo para las 3 unidades en turno de mañanas y tarde, excepto festivos y fines de semana, que solo hay uno.
- Una TCE/AE solo en turno de mañana, excepto festivos y fines de semana, cuyas funciones son:
 - Hacer el pedido del material necesario de la unidad y ubicarlo.
 - Trasladar a esterilización el material no desechable, recogerlo y ordenarlo.
 - Revisar y equipar los carros de intubación.
 - Prestar asistencia a los médicos en las técnicas que se realicen.
 - Colocar el pedido de medicación en la farmacia y controlar su caducidad.

Mediante un sistema rotatorio que cada turno decide, los TCE/AE van rotando en funciones asistenciales o de apoyo (rotante).

Funciones y actividad común y específica en cada turno de los TCE/AE asistenciales.

Como ya se ha mencionado, de forma rotatoria se desarrollan 2 tipos de funciones: las correspondientes de la TCE asistencial y las correspondientes de la TCE rotante.

Funciones asistenciales comunes en todos los turnos.

La TCE/AE asistencial comparte con 2 DUE los cuidados de 4 pacientes.

Desde las premisas referidas y limitado campo profesional, desarrolla las siguientes funciones:

- Recibe la información oral y escrita de los pacientes a su cargo del TCE/AE que cesa.
- Comprueba si la pauta de cuidados aportada por la compañera que cesa coincide con la pauta establecida en la hoja de tratamiento hecha por la DUE, si la información se ajusta a la allí pautada, si hay algún tipo de consideración u observación sobre la movilidad, el aseo, el confort, etc., si hay alguna estimación derivada de la individualidad del paciente.
- Realizada la verificación, se dirige al paciente comprobando a pie de cama si está bien colocado, si tiene exceso de secreciones o no

gasas, jeringas, electrodos, guantes estériles, agujas, llaves de 3 pasos, tapones, viosconectores, suero, clorhexidina y vaselina.

- Esta conducta de observación facilita la información y control de la actividad a desarrollar haciendo una composición mental de ella, sabiendo desde el primer momento si hay que tener en cuenta el nivel de estimulación, si es necesario cambiar los receptales de fluidos de inmediato, dentro de unas horas o no va a ser necesario cambiarlos, etc.
- Si las medicaciones oral, rectal y tópica que tenemos que administrar son las que corresponden en su horario, cantidad y pauta.
- En las horas correspondientes, anota en su gráfica los cuidados,

Se define el enfermo en estado crítico como el que presenta o tiene probabilidades inmediatas de presentar una afectación grave de sus funciones vitales, que pone o puede poner en peligro su vida y que, por tanto, precisa un nivel de asistencia que no puede conseguir en una unidad convencional.

y, dependiendo de su situación, establece más o menos comunicación dirigiéndose a él por su nombre a la vez que le da a conocer el suyo. Dialogando trata de conectarlo con el tiempo y el medio y le indica su disposición de cuidarle de la mejor manera posible.

- Posteriormente, con la gráfica de cuidados comprueba que en el box todo se ajusta a lo pautado: nutrición enteral (tipo, pauta, horario, etc.); receptales de fluidos en estado óptimo; sistema de aspiración en funcionamiento; fuentes de oxígeno dispuestas y nivel adecuado de agua en los caudalímetros; si se halla en las baldas todo el material necesario —guantes no estériles, contenedor, botella de agua y vaso para aspirar, vaso para administrar la medicación, una jeringa de 100 ml, alcohol y ácidos grasos hiperoxigenados—; si en los cajones se hallan suficientes

las medicaciones oral, rectal y tópica administradas, la nutrición enteral u oral aportada, la aplicación de los ácidos grasos y las observaciones de interés percibidas.

- El seguimiento de la pauta establecida, o cualquier incidencia, se hace en coordinación con la DUE, dentro de un necesario y sentido trabajo en equipo.
- Si el paciente tiene respirador, ayuda a la DUE en la aspiración de secreciones. En equipo da los cambios posturales facilitando todo el confort y, en los mismos términos, levanta y acuesta a los pacientes que lo requieren.
- Colabora al requerimiento del médico o DUE en momentos críticos o de normalidad.
- Ante un box vacío, comprueba que en él todo se halla en el estado óptimo (funcionamiento de la cama, aspiración, toma de oxígeno, equipamiento, etc.) para la recepción de un posible paciente.

- Al final del turno, se despide de los pacientes y les comunica la incorporación de otros compañeros que les prestarán, igualmente, todos los cuidados, firma en la gráfica y transmite al TCE que se incorpora toda la información relacionada con los pacientes, familiares, unidad y servicios.

Funciones asistenciales específicas en cada turno. A las funciones comunes se añaden las específicas de cada turno.

- **Turno de mañana.** Además de las funciones comunes de todos los turnos, en la primera hora de la mañana y hecha la verificación de la gráfica de cuidados, saluda a los pacientes y comprueba en el *box* que todo se ajusta a lo establecido. En su tiempo administra las medicaciones oral, rectal y tópica pautadas por vía nasogástrica u oral y hace lo mismo con la nutrición enteral si la tiene pautada. Deja constancia de ello en su gráfica y, a su vez, lo comunica a la DUE correspondiente. De mutuo acuerdo, DUE y TCE proceden al aseo de los pacientes. Da de desayunar y comer a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos o, si lo pueden hacer, les facilita la bandeja proporcionándoles todo el acomodo necesario. Posteriormente retira la bandeja fuera de la unidad para que la recoja el servicio de cocina.
- **Turno de tarde.** Hecha la verificación de la gráfica de cuidados, desarrolla las funciones comunes de todos los turnos. Aporta al paciente, según las consideraciones referenciadas, la nutrición y la medicación pautadas. Pasa un paño impregnado de una solución desinfectante a todo el material y aparataje del *box*.
- **Turno de noche.** Desarrolla las tareas comunes a todos los turnos. Verifica la gráfica de cuidados y su seguimiento en cuidados, medicación y dietas. Elabora la gráfica del día siguiente, en la

que refleja todo lo pautado y los cuidados a seguir. En la primera noche, cambia la tubuladora del sistema de aspiración, la botella de agua, los vasos y la jeringa de aspirar de la sonda nasogástrica y del aporte de medicación.

Los TCE/AE que rotaron en los turnos de mañana y tarde se encargan de ordenar y canalizar las diferentes peticiones y muestras biológicas.

Funciones específicas del TCE rotante. Facilitar todo lo necesario a las unidades para evitar que los TCE/AE asistenciales se desplacen fuera de ellas. Solo hay rotantes en el turno de mañana y tarde. Recibe el cambio oral del TCE que cesa y hace una revisión general de todo lo necesario.

Estos TCE/AE de apoyo son los que en coordinación tienen que ordenar y reponer todo el material necesario dentro de los almacenes internos y unidades, estableciendo una sistemática de prioridad y disposición puntual y permanente de cierto material y equipamiento: carros de curas con todo lo necesario, carro de vías, carros de intubación en turno de tarde, noche, festivos y fines de semana, carro de ropa, ordenan en días festivos y fines de semana y en turno de mañana la medicación en la farmacia. En el turno de tarde ordenan los sueros y dietas en el almacén correspondiente. Tanto en turno de mañana como de tarde controlan el orden del aparataje que está fuera de las unidades.

- Envía y recibe por el tubo neumático las muestras y resultados de las analíticas.
- Atiende todas las llamadas que se producen del exterior (sala de familiares).
- En días festivos, fines de semana y turno de tarde se hace cargo de todo el trabajo que desarrolla el TCE/AE del turno de mañana.
- En el turno de mañana y ante las diversas técnicas que pueden desarrollarse a la vez, es el TCE/

AE rotante quien también asiste al médico o DUE en el desarrollo de estas.

- Pasa a los familiares en el horario de visitas, previa colocación de las batas en sus respectivas perchas, atiende a sus demandas y en los momentos críticos les aporta soporte tranquilizador. Transmite a ATS/DUE, supervisoras y médicos las observaciones o demandas.
- Ayuda al TCE/AE asistencial cuando se produce un ingreso y es la responsable de entregar a los familiares las pertenencias recabando el recibí. Se les entrega la hoja informativa y se les solicita un teléfono para el contacto (impresos que están en el ordenador de cada unidad).
- Ante un alta de fallecimiento o traslado de un paciente, colabora con el TCE/AE asistencial en la primera limpieza del aparataje y óptima disposición del *box*, para un posible ingreso.
- Limpia el monitor y respirador de transporte cuando el paciente tiene que desplazarse de la unidad o se produce un alta.
- En primera asignación de tareas diarias establecidas hace lo que está indicado.
- Limpiará todo respirador dispuesto para su esterilización, y lo dispondrá para su envío o, según el tipo de respirador, lo tendrá que enviar ella misma, indicando la urgencia de su esterilización, como asimismo tiene que hacer con las diferentes cajas de curas: tórax, etc.
- En el turno de mañana, colabora en el aseo de los pacientes y hace la cama correspondiente, todo ello condicionado por el número de pacientes y las demás funciones (técnicas, ingresos, etc.).
- Cada día, y una vez a la semana, se desaloja la ropa de uno de los 6 carros, para que la persona de limpieza los limpie: unidades A y C por la mañana, unidad B por la tarde. Posteriormente lo ordena.
- Supervisa que todas las muestras hayan sido recogidas por el ceta-

de circuitos y, al carecer los días festivos y fines de semana de este servicio, es quien asume dicha responsabilidad llevando las muestras a bacteriología y hematología.

- En caso de urgencia, por avería del tubo neumático o por imposibilidad de que lo haga el celador, llevará muestras y volantes al laboratorio o servicio correspondiente.
- Distribuye los volantes recibidos de los distintos laboratorios.

Hechos, actitudes, conductas y sentimientos facilitadores de buenas prácticas asistenciales

Tanto dentro de la actividad asistencial como en la de apoyo, la calidad, eficacia y eficiencia de la asistencia puede ser más eficaz y de menor esfuerzo si se utilizan sistemas facilitadores de medios, actitudes y conductas.

● **Hechos facilitadores.**

- Dotación suficiente del personal de enfermería y sustituciones por personal formado en CI.
- Cursos de formación permanente orientados a las exigencias teóricas y prácticas, apoyando el programa sobre una infraestructura administrativa que asegure la cobertura asistencial de la unidad.
- Fomentar una dinámica de investigación que facilite el desarrollo y la adaptación a nuevas situaciones: formación orientada al manejo del paciente, formación en habilidades de comunicación, formación técnica a los profesionales de nuevo ingreso, formación en las nuevas tecnologías y aplicación de programas informáticos, consideración de la evolución demográfica poblacional, estimación y valoración de patologías emergentes.
- Seguimiento y evaluación del conocimiento impartido, recibido, y su consecuencia y desarrollo práctico en cuanto actualización y valor añadido al conocimiento previo y hacer profesional.

- Dar a conocer su valor económico dentro del necesario análisis entre inversión y resultados como parte interviniente en lo que es la sostenibilidad general del Sistema Sanitario.
- Protocolos de actuación con referencia a toda la actividad asistencial.
- Registro y valoración de incidencias.
- Disponer de gráficas de cuidados para el seguimiento.
- Tener objetivos definidos y ser evaluados.
- En el relevo, dar la información de forma oral y escrita, tanto si es asistencial como rotante.
- Estimar desde la Dirección de Enfermería la necesidad de cuidar al cuidador mediante un

la dinámica asistencial de la UCI. Debe organizar tanto sus tareas asistenciales propias como las delegadas. Debe asumir (por eso la insistencia) que es necesario una sistemática en todos los turnos y no dar por asumidos y conocidos hechos o situaciones de turnos anteriores, por muy conocidos y repetidos que sean.

- Poseer, mejorar o adquirir una actitud orientada al servicio del paciente, habilidad de desempeño en la organización y ejecución de tareas y funciones, habilidades de comunicación en el trato y atención a personas, asunción de una disposición de trabajo en equipo, capacidad de mantener un entorno confor-

La actividad de los TCE/AE en este tema supone el conocimiento del aparataje y material existentes en la UCI, las partes que los integran, la ubicación y orden de estos y el procedimiento de limpieza y esterilización.

programa establecido a nivel preventivo sobre las influencias psicológicas en la permanente convivencia con el dolor, el sufrimiento y la muerte. Registro personal, recursos y reacciones.

- Que haya una cohesión, y no una disfunción desde la propia institución (gerencia) y desde la gestión de enfermería, entre los principios y el discurso de las grandes ocasiones y las condiciones que faciliten una práctica profesional en coherencia con estos.
- Estimular desde la gestión el interés por la participación en la mejora y crecimiento, por el intercambio de experiencias, por la investigación, por la ampliación en el ejercicio de nuevas funciones fruto de la formación y conocimiento, de la experiencia y como exigencia en la eficacia de la inversión realizada en formación por la propia institución.

- **Actitudes y conductas.** El TCE/AE tiene que tener identificadas las actividades que conforman

table que produzca confianza y seguridad en el paciente.

- Poseer cierta capacidad de decisión e iniciativa al ejecutar las tareas equilibradas entre las directrices recibidas y el conocimiento directo de la realidad, siempre con una finalidad de mejora.
- Disposición de aprendizaje continuo, con la finalidad de permitir la incorporación de nuevos saberes actualizados.
- Atribuir normalidad a la necesaria e imprescindible comunicación entre ATS/DUE y TCE/AE. El TCE/AE, previo a cualquier acto y, sobre todo, ante cualquier duda (movilidad, medicación, etc.), debe preguntar si hay que mantener algún tipo de consideración.

El análisis expuesto y su carácter multidisciplinar evoca una línea de actuación cuyo desarrollo integra una necesaria coordinación de disposiciones individuales y colectivas que derivan en la necesidad funcional de un concepto y un sentimiento organiza-

tivos, de equipo, cuya filosofía estimo necesario analizar dada su influencia en los procesos organizativos.

Concepto de equipo

El concepto de equipo se incorpora al ámbito organizacional a mediados del siglo xx, donde distintos autores empiezan a reconocer la importancia de los equipos en las organizaciones y de las personas, su participación, su motivación y su interacción (individual y colectiva) con los procesos.

Katzemback y Smith definen el equipo de trabajo como un grupo de personas con habilidades complementarias, que tiene un compromiso con un propósito común, una serie de metas de desempeño y un enfoque, de todo lo cual son mutuamente responsables.

Este planteamiento rompe con el modelo tayloriano desarrollado a finales del siglo xix, que defendía la organización científica del trabajo, donde lo que contaba era el proceso de trabajo en función de la productividad.

El trabajo en equipo implica a un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto y logro de un objetivo.

- El equipo responde del resultado final, y no cada uno de sus miembros de forma independiente.
- Cada miembro puede estar especializado en un área determinada que afecta al objetivo.
- Cada miembro del equipo es responsable de uno o varios cometidos y solo si todos ellos cumplen su función será posible lograr el objetivo.

El trabajo en equipo no es simplemente una suma de aportaciones individuales, sino que integra aspectos que le confieren unidad como:

- **Complementariedad.** Cada miembro domina una parcela determinada en la consecución del objetivo. Todos los hechos y conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante y conseguir los objetivos.

- **Coordinación.** El grupo de profesionales debe actuar de forma organizada con vistas a cumplir el objetivo.
- **Comunicación.** El trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, que esté desprovista de prejuicios.
- **Confianza.** Cada persona confía en el buen hacer de sus compañeros (aceptando las diferentes responsabilidades) y antepone el éxito del equipo al propio lucimiento personal (transmite, comunica creativamente). Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que este es el modo de que el equipo logre objetivo.
- **Compromiso.** Cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

Un equipo debe gozar de cierta libertad para organizarse como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes, el equipo tomará sus propias decisiones, sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

Equipo de trabajo-grupo de trabajo

Ambas definiciones mantienen diferencias importantes:

- El equipo de trabajo responde en su conjunto del trabajo realizado, mientras que en el grupo cada persona responde individualmente.
- En el equipo de trabajo cada miembro domina una faceta determinada y realiza una parte concreta del objetivo (son complementarios).
- En el grupo de trabajo sus miembros tienen formación similar y realizan el mismo tipo de trabajo (no son complementarios).
- En el equipo de trabajo es fundamental la cohesión, hay una estrecha colaboración entre sus miembros. Esto no tiene por que ocurrir en el grupo de trabajo.

- El grupo de trabajo se estructura por niveles jerárquicos. En el equipo de trabajo esas jerarquías se diluyen.

Roles dentro del equipo

Dentro del equipo de trabajo es fácil encontrar unos roles muy característicos, algunos positivos para el desempeño del equipo de trabajo, mientras que otros pueden resultar muy negativos. Entre ellos se encuentran:

- La persona positiva. Empuja hacia adelante, busca el éxito del equipo y se involucra decididamente; contagia su entusiasmo al resto de los compañeros.
- El crítico. Es una persona destructiva, todo le parece mal, pero no aporta soluciones; los compañeros son unos inútiles a diferencia de él, que es perfecto. Es una persona que deteriora el ambiente de trabajo.

Características necesarias en los miembros de un equipo

- **Espíritu de equipo.** Debe dejar atrás su individualismo (algo que no resulta fácil) y anteponer el interés de equipo.
- **Colaborador.** Debe ser una persona dispuesta a ayudar a sus compañeros. No solo cuando un compañero lo requiera, sino que debe estar atento a detectar posibles dificultades de alguno de ellos para ofrecer su apoyo.
- **Respetuoso.** Debe saber defender sus puntos de vista sin menospreciar otras opiniones, manteniendo un trato prudente, especialmente en los momentos de tensión y ante los fallos ajenos.
- **Buen carácter.** Debe contribuir a crear un buen ambiente de trabajo que no genere conflictos y que si estos surgen se involucre para tratar de solucionarlos.
- **Leal.** Con la verdad por delante, sin segundas intenciones, cumpliendo su palabra, sin tratar de anteponer su beneficio personal al de los demás.
- **Asume responsabilidades.** Acepta sus obligaciones y responde de estas sin tratar de esquivarlas (a mí no

me pagan para pensar). Cuando hay que dar la cara la da y cuando algo falla acepta su parte de culpa.

- **Trabajador.** Dispuesto a asumir nuevas tareas, una persona que no intenta quitarse de en medio para que el trabajo recaiga en otro compañero.
- **Inconformista.** Busca permanentemente mejorar, tanto en su desempeño individual como en el del equipo, no se conforma con lo conseguido, entiende que el equipo tiene potencial para mucho más.

Hechos, actitudes y conductas facilitadoras en la construcción de un equipo

Las reuniones de trabajo constituyen uno de los distintivos del trabajo en equipo, y presiguen distintos objetivos: preparación previa de la reunión y justificación de su convocatoria, proyectar, debatir y decidir sobre asuntos de mayor trascendencia (opinión de todo el equipo), puesta en común, análisis y evaluación de objetivos y proceso.

La construcción de un equipo de trabajo integra toda una serie de consideraciones:

- **Buen nivel de comunicación.** El trabajo en equipo exige, ante todo, coordinación y esto solo se logra con una comunicación fluida y en todas las direcciones: de arriba abajo (supervisión-equipo de enfermería), de abajo arriba (equipo de enfermería hacia la supervisión), horizontalmente (entre el equipo de enfermería) y mediante reuniones periódicas e interés en la comunicación y coordinación con el resto de la institución.
- **Cohesión de equipo.** Tener en común el objeto de nuestro trabajo, nuestra misión y ser definida internamente genera cohesión. Buscar la cohesión debe ser uno de los cometidos de la supervisión.
Es necesario contar dentro del equipo con personas que gene-

ren buen ambiente. Una sola persona conflictiva puede ser suficiente para cargarse el ambiente de trabajo. El tamaño del grupo influye en la cohesión. El carisma de la supervisión también influye.

La cohesión del equipo es más fácil que exista cuando las cosas marchan bien, el problema se presenta cuando aparecen las dificultades. Según como el equipo encare estas dificultades, su cohesión interna puede aumentar o verse dañada. Si ante una dificultad (ya afecte al equipo en su conjunto o a un miembro determinado), los miembros del equipo hacen causa común, se involucran, tratan de encontrar una solución, evitan las críticas internas y se apoya al miembro

Las reuniones de trabajo constituyen uno de los distintivos del trabajo en equipo, y presiguen distintos objetivos: preparación previa de la reunión y justificación de su convocatoria, proyectar, debatir y decidir sobre asuntos de mayor trascendencia

afectado, la cohesión del equipo aumenta. Si por el contrario, ante una dificultad las personas se desentienden, arrecian las críticas, se busca “cortar cabezas”, la cohesión del equipo quedará muy dañada.

La respuesta del equipo dependerá también de la actitud que adopte la supervisión: cerrar filas o buscar responsables.

- **Delegación de competencias.** Cuando se constituye un equipo de trabajo se produce una doble delegación de competencias: por una parte, la dirección de la institución delega en el equipo una serie de funciones y le concede más o menos autonomía, por otra parte, dentro del equipo también se produce una delegación de competencias a favor de sus miembros para que ellos realicen la actividad.

En el primer nivel, la delegación debe ser lo suficientemente amplia, ya que los miembros del

equipo son los que mejor conocen la tarea a realizar (son los expertos) y los que mejor pueden saber cómo organizarse.

En cuanto al segundo nivel (dentro del equipo), esta se produce cuando la supervisora responsable del resto del equipo delega en él y, por otra parte, está la delegación que hacen los ATS/DUE a los TCE/AE.

Un equipo al que se le deja margen de maniobra será capaz de involucrarse en su trabajo y realizarlo de una manera eficiente. Delegar en el equipo es darle un voto de confianza.

Los miembros del equipo darán lo mejor de sí cuando se sientan valorados profesionalmente y darles capacidad de decisión

(aunque limitada) es una prueba de ello.

La delegación conlleva asumir la responsabilidad de la decisión tomada y quien lo hace tendrá que asegurarse previamente de que quien recibe la delegación cuenta con la preparación necesaria para hacer un buen uso de esta.

- **Dificultades.** Cuando surgen dificultades, por graves que estas sean, es necesario que la supervisión informe al equipo. Que no trate de maquillar la situación. El equipo perderá confianza si se entera que se oculta información. Esta misma transparencia debe exigir la supervisión al equipo. Para tomar medidas oportunas es fundamental que la filosofía que impere sea que ante los problemas no se buscan culpables sino soluciones. La supervisión deberá ir informando del desarrollo de los acontecimientos.
- **Conflictos.** Es frecuente que en algún momento puedan surgir

conflictos personales, estando dentro de la normalidad el que surjan ocasionalmente. El problema se presenta cuando este conflicto termina generando un enfrentamiento entre 2 o más miembros del equipo. Esto origina que el rendimiento del equipo se resienta. Todos los miembros del equipo, pero especialmente la supervisión, están obligados a velar para que haya una buena armonía, un buen ambiente de trabajo, lo que reducirá considerablemente las posibilidades de enfrentamiento.

Si surge un conflicto, la supervisión debe actuar; inicialmente dará un margen prudencial a los miembros enfrentados para que resuelvan sus diferencias. Si el asunto sigue, la supervisión interviene hablando con las personas implicadas. Si el conflicto persiste, tomará cartas en el asunto recogiendo información detallada para orientar la actuación.

La supervisión deberá preocuparse por: fomentar la comunicación, el trabajo personal; conocer de cerca a las personas, qué piensan, cómo sienten, qué les preocupa, tratar de conseguir que se encuentren satisfechas y evitar situaciones injustas.

- **Motivación.** Hace referencia a todas las actuaciones encaminadas a ilusionar al personal, con vistas a conseguir de ellos un fuerte compromiso con el trabajo. Cuando una organización introduce el trabajo en equipo debe tener en cuenta que para ese momento tendrá que aplicar un doble esquema de motivaciones: uno dirigido al equipo y otro al individuo.

Factores para conseguir ilusionar. Aunque cada persona es diferente y cada uno tiene una escala de valores, en mayor o menor medida, hay una serie de objetivos que cualquier persona empleada busca en su trabajo:

- Buen ambiente de trabajo; proyectos a la altura de las expectativas creadas; autonomía; ir alcanzando metas aunque sean pequeñas.
 - Formación continua. Que el día a día le permita desarrollarse profesionalmente y las funciones de hoy no sean las mismas de hace 20 años, como si el compromiso, la experiencia y la formación no fueran un valor añadido al desempeño profesional.
 - Conceder responsabilidades, permitir decisiones, fomentar la innovación.
 - Que se reconozcan, valoren y queden reflejadas por igual las funciones y desempeño, tanto a nivel individual como colectivo, de los 2 estamentos que conforman el equipo de enfermería: ATS/DUE y TCE/AE.
 - Que el profesional perciba que la institución le valora como capital humano. Sería una forma racional y técnica de optimizar los recursos humanos disponibles y corresponder con ello a una mejor gestión de estos, cuyas consecuencias redundarían en un menor gasto, hecho que integra la actual discusión sobre la sostenibilidad económica del sistema sin tener en consideración el gasto que se evapora, sin percepción ni control, haciendo recaer sobre la ya escasa retribución de los profesionales los ajustes económicos que al margen de necesidades y posibilidades reales los estamentos políticos y directivos estiman necesarios realizar.
- En el contexto actual, a los TCE se les debe reconocer su competencia profesional, adquirida por formación y experiencia, y atribuir nuevas responsabilidades en su rol de cuidadores. Al día de hoy, los TCE están infrautilizados al desempeñar funciones por debajo de su cualificación y preparación, e infrarrepresentados en los puestos directivos.
- Bono económico en función de los riesgos y exigencias.

- Tener un sueldo que permita, con cierta holgura, cubrir las necesidades económicas. Es imposible motivar a un equipo si individualmente sus miembros no lo están.

Evaluación del equipo. Se debe evaluar con regularidad el rendimiento del equipo de trabajo. La evaluación no tiene que ir dirigida únicamente a premiar o castigar, sino especialmente a detectar posibles deficiencias y poder tomar las medidas correctoras oportunas.

El evaluador no se debe limitar a comunicar el resultado de la evaluación, sino el porqué de esta. Su resultado será el origen de un programa de posibles mejoras a introducir en el equipo, fijando un sistema de seguimiento. El sistema de evaluación puede partir desde el propio equipo.

Es importante entender que el equipo, más que un objetivo en sí, es un medio excelente para el logro de objetivos.

Según aportaciones de algunos autores, el equipo adquiere más cohesión y significado a través de una fuerte ética de desempeño mediante propósitos sentidos.

Según Evangelina Benítez (1981), los TCE/AE deben asumir que en sus funciones no existen tareas menos importantes sino menos complejas y que dentro del equipo de trabajo se deben conseguir resultados anteponiendo el esfuerzo del equipo frente a metas individuales (no olvidar que una gran parte de nuestro trabajo es el de facilitar). Y recordar, en síntesis, las características comunes que reúne el equipo de una UCI:

- Tienen un conocimiento claro y preciso de los principios y misión de la institución en la que prestan una labor profesional. Todos los miembros del equipo comparten un propósito común, que les une y les guía en todas las actuaciones.
- Cada miembro del equipo debe tener una visión clara de sus funciones y reconocer los intereses comunes.

- El equipo trabaja poniendo a disposición común sus conocimientos, habilidades y recursos. Todos sus miembros comparten la responsabilidad del resultado.
- La efectividad del equipo está en relación con su capacidad de llevar a cabo el trabajo y con su habilidad para gestionarse a sí mismo.

Como cuidadoras próximas, muy próximas al paciente, nos corresponde mantener una actitud de crecimiento dentro de un planteamiento teórico y práctico implicándonos en la formación y responsabilidad, entendida ésta en cuanto a capacidad de dar y poder evaluar el rendimiento de nuestros actos, para que nuestra aportación (como TCE/AE) en los cuidados básicos del paciente sean lo más humanos, eficaces y eficientes posibles en su sanación o en el acompañamiento de su muerte. Creo que estas consideraciones y otras más aportan y dan valor a nuestra profesión y desarrollan la inteligencia y sentir emocional que tanta importancia tiene en el desarrollo de capacidades, en la satisfacción y en el desempeño personal y profesional.

En línea con la orientación y sentir expresados surge la consideración de la *comunicación* en cuanto a proceso mediante el cual se puede transmitir información, sentimientos, emociones, opiniones mediante habla, escritura u otro tipo de señales. Son, por tanto, procesos interactivos vitales para todas las personas. La manera en que alguien se relaciona puede transmitir o aumentar la satisfacción o causar sensaciones de angustia. Se puede decir que la *comunicación* es un componente básico dentro de la enfermería. Es importante darnos cuenta de que cada persona con la que nos comunicamos posee un conjunto de percepciones a través de las cuales mira al mundo, por tanto, debemos intentar conocer, intuir y apreciar las percepciones de los demás.

Comunicación con el paciente y la familia

La hospitalización es uno de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida de las personas. El hospital es traumático, agresivo y duro, de manera muy especial para las personas que no lo conocen o que tienen que ingresar de forma súbita. La enfermedad es un estado físico y emocional que genera angustia, no solo en la persona que la sufre sino también en su entorno familiar, de amistad y profesional. En psicología, al igual que en biología, cualquier agresión va a poner en marcha unos mecanismos de adaptación que tratarán de restablecer el equilibrio, la homeostasis del sistema.

Se puede decir que un equipo funciona como una máquina con distintos engranajes; todos deben funcionar, si uno falla el equipo también.

Por agresión psicológica se entiende todo aquello que se vive como pérdida de algo de valor, amenaza de lesión corporal y que se acompaña de sentimientos de ansiedad, angustia y desesperación.

Los mecanismos psicológicos de adaptación a la agresión son la negación, la regresión, etc. Cuando la capacidad de adaptación no se consigue, el sistema psicológico se desorganiza manifestándose en trastornos de la conducta (rebelión, lucha, agresión, inquietud, aislamiento) y de la vida vegetativa (pulso, presión arterial, etc.).

Una serie de circunstancias podrán favorecer o dificultar esta capacidad de adaptación. La forma en que comunicamos situaciones, emociones y procesos influye. Varios autores, como Díaz Chicano, coinciden en que hablar sobre nuestras preocupaciones es tan natural y necesario como el respirar. Consideran que la no conducta no existe, es imposible no comportarse. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación, por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar

de comunicar. Por ello es necesario conocer, analizar y evaluar los efectos de las diversas formas en que se establecen las comunicaciones, en la satisfacción y en la eficacia.

Si en el campo físico la calidad de los cuidados está asegurada en una UCI, no es así en cuanto a las necesidades psicológicas de comunicación.

Los factores que se implican en estos procesos son:

- La enfermedad, las enfermedades propias de la UCI, etc.
- El ambiente: ruidos, monotonía sensorial, la estructura, la falta de comunicación, etc.
- El desconocimiento del personal de técnicas de comunicación, téc-

nicas de relación de ayuda, teorías sobre el comportamiento, etc.

- Por miedo a implicarnos sentimentalmente con nuestros pacientes y que esto nos haga conectar con nuestras propias emociones, miedos, tristezas, alegrías, etc.
- El escaso tiempo de que se dispone y la rutinización de las interacciones.

La situación de los enfermos en UCI es de muy graves o moribundos y su nivel de conciencia oscila desde la total hasta el coma.

No obstante, hay que tener presente que todos ellos tienen *necesidades de vivos*: afecto, intimidad, respeto, etc.

A su vez, el ingreso de un paciente en la UCI supone una ruptura de la unidad paciente-familia, lo que obliga a ofrecer una asistencia no solo al paciente sino también a su familia.

Comunicación con el paciente

La conducta del paciente puede ser un modo de luchar por comunicar sentimientos y deseos imposibles de manifestar, en muchas ocasio-

nes, de forma verbal, lo que implica que la tenemos que plantear desde 2 perspectivas:

- Paciente inconsciente.
- Paciente consciente, con o sin posibilidad de comunicarse verbalmente.

Lo que nos lleva, a su vez, a planteamos una serie de actitudes previas para poder situarnos, como es la *empatía*.

La actitud empática supone la capacidad de ponerse auténticamente en el lugar del paciente y ver el mundo como lo ve él. Para ello, no basta solo con captar y entender sus palabras sino lo que hay detrás de estas y de los gestos; o sea, los sentimientos y emociones que intenta transmitir con las palabras y gestos.

Supone también entrar en ese mundo de percepciones del paciente y sentirse a gusto en él. Requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos de miedo, de rabia, de ternura y de preocupación. Significa vivir en ese momento su vida y, por tanto, evitar el emitir juicios, críticas o evaluaciones.

Implica transmitirle al paciente cómo estamos sintiendo nosotros lo que nos está comunicando. Significa valorar con él sus preocupaciones, sus problemas, sus inquietudes. Pasando a ser personas de su confianza en su mundo interior.

Paciente inconsciente

Estos pacientes hacen que se planteen reflexiones muy profundas y emotivas, como:

- ¿Se puede asegurar que no sienten sus propias emociones?
- ¿Es decisivo obtener una respuesta perfectamente ajustada a los patrones que se conocen?
- ¿Es capaz de oír?
- ¿Se entera de algo?

Ante la inseguridad de no saber hasta qué punto el enfermo oye o no, se debe actuar siempre como si el paciente oyera, saludándole, contándole lo que se le va a hacer, manteniendo contacto físico, co-

giéndole una mano, advirtiéndole de la entrada de los familiares, etc. Es conveniente asesorarnos y conocer medios que nos puedan ayudar en la interpretación de signos indicativos de estados emocionales o de dolor: escalas de conductas, tablas alfabéticas, códigos de imágenes, preguntas estructuradas con respuestas sí/no, etc.

Tendremos en cuenta también, como parte de la comunicación con estos pacientes, el respeto a su pudor y evitaremos hacer comentarios respecto a su gravedad y pronóstico.

Quizás ellos no puedan entendernos o incluso no puedan sentirnos físicamente, pero probablemente serán capaces de captar la emoción con la que hacemos nuestras manifestaciones o prestamos nuestro cuidado.

Paciente consciente

Las necesidades comentadas en el anterior apartado seguirán existiendo en el paciente consciente, pero además, al tener función intelectual y, por tanto, necesidades más elaboradas, la cobertura de ellas puede generar diversos conflictos, como estados de ánimo negativos o conductas inadecuadas, que se acentúan o complican al no poder ser expresadas verbalmente.

Hablar sobre nuestras preocupaciones es tan natural en el ser humano como el respirar, lo que exige un concepto de comunicación amplio que incluye un sistema quizás más visual que oral, y que los teóricos han bautizado con el nombre de *comunicación no verbal*.

La *comunicación no verbal* posee un significado amplio, ya que alude a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican. Integra una escucha activa en cuanto a forma clara de acogida y aceptación. Consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso no escuchamos solamente con los oídos sino también con la mirada, con el contacto corporal, con la proximidad física adecuada, con la

atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura atenta de sus silencios y con la atención al paralenguaje. De aquí que escuchar sea un acto que nace de la sensibilidad, la observación y el silencio.

Menciono los siguientes actos no verbales:

- *La sonrisa*. Tradicionalmente se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia la otra persona, sobre todo si se acompaña de la mirada.
- *La mirada*. El contacto ocular con la otra persona expresa deseo de comunicarse e interés. En nuestro ambiente UCI-I, si a un paciente consciente e intubado mientras actuamos (p. ej., cuando le vamos hacer el aseo) se lo comunicamos mirándole a los ojos y le expresamos con agrado lo que le vamos a hacer como algo necesario y conveniente que le aportará confort y que, además, nos puede ayudar siguiendo nuestras indicaciones, el enfermo es muy probable que descodifique el mensaje siguiente: “que bien, están teniendo toda la consideración e interés en cuidarme de la mejor manera, aceptaré sus indicaciones”, y no habremos invertido más de unos segundos.
- *La postura corporal*. La postura del cuerpo inclinada hacia adelante se asocia a apertura a la comunicación y atención. La postura hacia atrás, por el contrario, expresa desconfianza o desagrado. A veces, nos encontramos con pacientes que no se mueven en la cama y mantienen todos sus músculos rígidos. Suelen ser poco comunicativos, están deprimidos o es un síntoma de aislamiento. Los profesionales de la salud tenemos que tener en cuenta estos factores, ya que podemos adoptar posturas que comprometen nuestros actos y, lejos de tranquilizar al paciente, perjudicamos y minimizamos la comunicación.
- *Los movimientos corporales*. Se incluyen los gestos utilizados de

forma habitual por los pacientes que tienen defectos graves de audición y que tienen que comunicarse mediante movimientos corporales o código de imágenes. Una práctica a tener en cuenta desde el primer encuentro con el paciente es asegurarnos si nos oye bien o cuál es su nivel auditivo, para saber a qué nivel y que medio de comunicación debemos de utilizar. También hay que considerar los movimientos de cruzar y descruzar las piernas o los brazos, en la mayoría de las veces indican ansiedad, malestar o nerviosismo.

- *El tacto.* Es la dimensión de la conducta no verbal que presenta mayores diferencias culturales a considerar. En entornos sanitarios, el tacto se usa con 2 funciones:

- Instrumental. Produce gran ansiedad en los pacientes. Se relaciona con actividades o técnicas que pueden provocar dolor o malestar y requiere un gran respeto por parte del profesional de enfermería. En estas ocasiones, la comunicación del hecho a realizar, a la vez que le cogemos o acariciamos la mano antes o después del hecho, puede significar mucho para el paciente. Por ejemplo, cuando hacemos el aseo del paciente es conveniente ir comunicándole, previamente las partes que le vamos aseando y acostumbrarnos a nombrar con naturalidad y normalidad por igual todas las zonas del cuerpo, incluyendo la zona genital, espacio tabú culturalmente, que genera nerviosismo y desconcierto en el paciente.

Esta valoración no forma parte de un supuesto teórico, es lo observado en un tanteo experimental tratando de encontrar una conducta profesional que disminuya la tensión del paciente. Las consideraciones mencionadas ayudan a ello.

Este modo de hacer tiene especial significación en pacientes que son invidentes y que confían en el sentido del tacto para captar los mensajes que les dirigimos.

- Expresivo. Cuya única función es comunicativa. Sirve para expresar confianza, empatía y apertura hacia la comunicación.

Varios autores consideran que *el tacto es un tipo de comunicación* a la que no se le ha prestado toda la atención necesaria desde el punto de vista de los cuidados, por ello es necesario considerarlo un elemento a valorar y desarrollar. A través de él se puede establecer una relación óptima para

Hay que tener presente que el éxito de un equipo de trabajo no va a depender de la genialidad individual de cada uno de sus miembros, sino de la coordinación de sus actividades, del saber apoyarse unos en otros.

ambos: paciente y profesional. Así puede desarrollarse una relación con mejores resultados para ambos.

Llegado el momento, el paciente necesita que se le permita expresar sus sentimientos y que se le anime a ello. Si se le negase la oportunidad de discutir lo que más le turba, como dolor, muerte, el resultado será su aislamiento y soledad. Estaremos disponibles para atender cualquier demanda (verbal o no verbal) de ayuda. Ya no solo son importantes las cosas que hacemos y decimos sino cómo las hacemos y las decimos.

Quizás, el momento en que el paciente nos hace partícipes de sus problemas sea el más difícil de afrontar, pero es indudable que vamos a dar una respuesta, y esta puede ser adecuada o no.

- *Las respuestas inadecuadas.* Cuando ante frases como “veo que no mejoro”, nos empeñamos en desmentir lo que para el paciente es evidente ponemos en práctica el mecanismo denominado de huida, mediante el cual nosotros quedamos salvados, ya que el pa-

ciente entiende que es un tema para el que no estamos disponibles.

También se obstaculiza la comunicación cuando se dan órdenes: “no llore, no se preocupe por eso” (no consideramos sus deseos); cuando se aconseja, se dan soluciones: “lo que debe hacer es no pensar en eso”, “lo que hace falta es que no le dé importancia” (no confiamos en sus recursos). Se consuela no dando importancia al problema: “no se preocupe, es una operación sin importancia” (no se siente comprendido).

Una vez que se ha permitido al paciente expresar sus sentimientos y hemos sido capaces

de escucharle podemos ofrecerle nuestro apoyo y establecer con él una relación de ayuda.

Comunicación con los familiares

Aunque tradicionalmente el enfoque biomédico esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, además de motivos éticos y profesionales, existe una obligación legal de prestar (teniendo en cuenta una serie de consideraciones) asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico.

De un tiempo a la actualidad se desarrollan corrientes de investigaciones y análisis sobre modelos en los que los pacientes y familiares no sean meros espectadores de las actuaciones que en ellos realizan los profesionales sanitarios dando entrada a las posibilidades, capacidades, necesidades y deseos del individuo y de su familia.

Las experiencias al respeto aportan que, a pesar de que no existe una implantación en la prácti-

ca habitual de planes de cuidados dirigidos a familiares, su abordaje supone una adecuada planificación de esta atención, que redundará en una mayor eficacia de *gestión de recursos* y estiman que su consideración y tratamiento suponen un incremento de calidad en los cuidados de enfermería.

Hay investigaciones que plantean la necesidad de fomentar el *autocuidado* en el paciente e implicar a los familiares en cuidados básicos (ayuda en la alimentación, en el aseo, etc.) y de apoyo psicológico (dentro de un concepto de medicina preventiva), tanto a pacientes leves como críticos, y de acompañamiento en el final de la vida, si el familiar así lo manifiesta.

En esta dirección se han constituido también varias asociaciones de familiares y ex pacientes de UCI. Es pionera la Asociación de Ex Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Málaga, con una experiencia de más de 15 años, seguida de otras, entre las que se encuentra la Asociación de Familiares y Ex Pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (EXPAUCI) del Hospital de Cabueñes de Gijón. Tratan de dar cobertura a los que han sufrido un episodio grave de salud, implicándose en programas formativos de autocuidados y ayuda terapéutica.

Creo que el análisis del discurso debe ir precedido de una valoración de la atención que prestamos habitualmente; lo cual, además de reflexionar sobre el tema, podría aportarnos datos de interés acerca de:

- Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad de forma más precisa (hay varios cuestionarios conocidos para tal fin).
- Conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes.
- Detectar y valorar posibles deficiencias o carencias en la atención prestada a los familiares.

- Valorar y orientar las necesidades descubiertas.

En nuestra UCI-I, siempre ha habido una disposición flexible en la consideración de las necesidades de los familiares, pero ello no debe eximirnos de tener en cuenta la evolución y movimiento en estimaciones demográficas, sociales y de conocimiento actualizadas, que pueden servir para profundizar o ampliar nuevas consideraciones y modos de hacer. Recurrir a la expresión de “es lo que hacemos” o “lo que siempre hemos hecho” es rutinizarse una actividad y atribuirle pocas posibilidades de mejora.

Es un tema no analizado expresamente en nuestra UCI-I. Creo que todo cambio o nueva consideración debe surgir, para garantizar su éxito, de una valoración y análisis multidisciplinar consensuado. “Quizás sea el momento de planteárnoslo.”

Los TCE son los primeros en relacionarse con los familiares proporcionándoles información y atención a las sugerencias que puedan plantear. Por ello, tenemos que estar especialmente interesados en cumplir esta función con la mayor calidad, eficiencia y eficacia dentro de la coordinación y limitaciones procedentes.

Además de las actuaciones descritas, en momentos puntuales y concretos, en el primer encuentro nos debemos presentar como cuidadores, les daremos a conocer nuestro nombre y nos pondremos a su disposición. Les indicaremos el lugar de espera, la sala de información, las normas de funcionamiento, el texto informativo, recogeremos sus números telefónicos y les entregaremos las pertenencias del paciente si las tuviera.

En el horario de visitas debemos estar receptivos y dispuestos a detectar necesidades de ayuda: *personas mayores* que tienen dificultad para atarse la bata, personas que *no conocen, no recuerdan o confunden la ubicación del paciente*, personas que vienen por *primera vez* y lo

dicen o no, y empiezan a deambular sin orientación, personas que por su *estado emocional* necesitan una consideración especial, etc. No sería un procedimiento adecuado limitarnos a decir *pueden pasar* sin más consideración.

Hay que tener en cuenta la situación de inseguridad, angustia y desorientación que suele producir en las familias el hecho de tener un ser querido en la UCI.

Por ello tendremos en cuenta hechos que pueden acentuar o disminuir estas sensaciones.

Hay hechos, actitudes y conductas facilitadoras de la comunicación con pacientes y familiares, como:

- Modo de transmitir la información (se le aporta serenidad o no).
- Orden en las unidades, sala y pasillos de todos los elementos que las integran (orden: impresión de control, desorden: impresión de descontrol). Percepciones que pueden originar tranquilidad o inseguridad.
- Modo de comunicarse el personal dentro de la unidad (volumen de la voz y términos de expresión).
- Relación de ayuda en casos especiales. Percibir la necesidad de ayuda y ofrecérsela (medio tranquilizador: tila o atención médica).
- Flexibilidad en momentos posibles (permitir el acceso y permanencia en las unidades fuera del horario de visitas).
- Manifestación clara de estar a su disposición respondiendo a sus preguntas y orientando sus demandas. Identificarnos con nuestro nombre tanto a pacientes como a familiares.
- Dirigirnos al paciente por su nombre y darle a conocer el nuestro.
- Realizada el alta del paciente, tener la posibilidad de volver a verlo. Este hecho aporta una comunicación diferente, donde el paciente de manera más distendida puede comunicar deseos o necesidades sentidas, impresiones

emocionales y de trato en los cuidados. Es una fuente de conocimiento y aprendizaje muy importante a considerar. Por ejemplo, una paciente comenta que una vez pensó que le habían metido sangre por la boca con una jeringa (lo que, al no poder preguntar, le causó un gran desasosiego), hasta que en otro momento oyó que le decían que le iban a realizar la higiene de la boca, que iba notar un sabor producido por el producto que se utilizaba, que era Oralidine®, producto que conocía y que le permitió relacionar una situación con otra. Este hecho refleja la importancia de comunicarle al paciente, en todo momento, lo que le vamos a hacer y cerciorarnos, en la medida de lo posible de que lo ha percibido. Otro ejemplo significativo es el manifestado por algunos pacientes que habían estado intubados y pensaban que ya no iban a volver a hablar.

- Hacer siempre lo que prometemos y, si no es posible, comunicar el porqué no.

Propuestas

Someter a la consideración y valoración de la supervisión y equipo de enfermería la necesidad del protocolo de funciones de las/las TCAE en los términos expuestos de sistematicidad e inclusión de todo lo que realizamos.

Oportunidad en interés del estímulo necesario y el crecimiento profesional, de poder introducir funciones específicas de los cuidados de enfermería e ir dejando tareas que específicamente a nivel normativo corresponden a otros colectivos (tareas de limpieza de aparataje, traslado de muestras u objetos, etc.). Viejas costumbres fruto de una falta de voluntad en adaptar en el tiempo aplicaciones legislativas que se han producido y reconocimiento de la formación y experiencia adquirida, como así se ha producido a lo largo de la historia en otros grupos profesionales.

Saber que en otros servicios y centros del país, con tiempo, voluntad y venciendo dificultades corporativistas, la actividad que desarrollan (administración de medicación oral y otras aplicaciones de cuidados) son recogidas y firmadas en gráfica individual o común con la enfermera e incorporada en la historia del paciente. Saber, también, que en numerosos centros, desde hace muchos años, el colectivo de TCAE tiene una representación en la dirección de enfermería y tiene autonomía en la planificación, seguimiento y tutela de los alumnos en prácticas.

En aras a contribuir en la optimización de los recursos humanos y como consecuencia en el grave problema de sostenibilidad del Sistema Sanitario, creo que es el momento de optimizar una buena gestión de recursos propios, tangibles, infrautilizados e infravalorados, tanto a nivel profesional como de coste económico, que es lo que sumando diferentes niveles o estamentos hace inviable y resta calidad, eficiencia y eficacia al Sistema Sanitario

Es necesario y urgente, aunque sea a niveles limitados, actualizar capacidades y, como consecuencia, funciones en todos los campos y niveles profesionales. Los TCE estamos capacitados para desarrollar muchas más funciones de enfermería de las que hacemos, optimizar esta realidad y la de otros niveles profesionales supondría optimizar los recursos generales y la sostenibilidad del sistema sería más favorable.

Posibilidad de reflexionar y hacer diferentes consideraciones y aportaciones que unifiquen sentimientos comunes sobre factores de interés mencionados: *disposiciones individuales, modos de hacer, fortalecimiento del trabajo en equipo, habilidades de comunicación interpersonal* como elemento terapéutico facilitador de los cuidados, *estimación del paciente y la familia* en cuanto *sujetos activos* en el proceso de curación. ●

Bibliografía recomendada

- Cattell RB, Kline P. EL análisis científico de la personalidad y la motivación. Madrid: Pirámide; 1982.
- Díaz Chicano JF, Castañón Baquero F. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería científica*. 1997;184-185:26-30.
- García Aguilar JF. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*. 1995;5:99-104.
- Gómez Rubí JA. Origen de la medicina intensiva en España: historia de una revolución. *Med Intensiva*. 1998;22:421-8.
- Hana KM. Educación sanitaria del paciente y su familia. Barcelona: Doyma; 1988.
- Herrero S. Asociación de Familiares y Ex-pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (EXPAUCI). *Journal of Pearls in Intensive Care Medicine*. 2011.
- Katzemback JR, Smith DK. Equipos en la cumbre. Bilbao: Deusto; 1992.
- Llevarador Sanchís J. Tems básicos de cuidados intensivos. Valencia: Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario, Facultad de Medicina de Valencia; 1979.
- Marriner-Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A.; 1999.
- Marriner-Tomey A. Gestión y dirección de enfermería. Madrid: Harcourt; 2001.
- Martín González MT. El personal auxiliar sanitario. Un Currículo basado en las competencias. Madrid: UNED; 1984.
- Martín González MT. Formación de perfiles profesionales sanitarios. Madrid: UNED; 1984.
- Osenat P. Manual de la auxiliar sanitaria. Barcelona: Masson; 1995.
- Parte de la aportación personal desarrollada en el curso "Formación para TCAEs en cuidados intensivos". Organizado por la Dirección de Enfermería y Formación de Enfermería. Noviembre 2005-marzo 2006.
- Personal Estatutario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2013.
- Roger C. Relaciones humanas y de la personalidad.
- Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE). Informativo Acción Sindical. Septiembre 2005.
- Soy Andrade MT. Guía práctica para auxiliares de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. Interamericana; 1994.
- Torrallba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*. 2000;11:136-41.
- Torres Pérez L, Morales Asencio JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 2004;4:13-9.
- Valle M, Martín E. Necesidades de enfermería en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 1993;4:57.
- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73-83.