



Número 76 2015

Revista cuatrimestral

Dossier

La infección por el VIH

Congreso FAE

Ceuta acoge el
XXVI Congreso Nacional

Separata

Necesidad de la
población actual de
cuidados paliativos

Certamen FAE

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

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015 PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ Nº _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el código de la actividad deseada

DE001 Anatomía, movilización y traslado del paciente con traumatismos para Téc. en Emergencias Sanitarias (40 h.- 4,6 créditos) **45 € afil. - 70 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015 PARA TÉCNICOS EN FARMACIA

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ Nº _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

DF001 Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**

DF002 Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**

DF003 Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**

DF004 Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**

DF005 Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**

DF006 Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**

DBF01 Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA (170 h.- 11,5 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil.**

Compuesto por tres cursos: "Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos", "Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos" y "Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia"

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ Nº _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de los bloque/s deseado/s

DB002 Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (130 h.- 11 créditos) **125 € afil.- 180 € no afil.**

DB003 Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (107 h.- 8,8 créditos) **90 € afil.- 130 € no afil.**

DB004 Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (160 h.- 15,4 créditos) **140 € afil.- 195 € no afil.**

DB005 Bloque EL TCE/AE EN HOSPITALIZACIÓN (84 h.- 9,8 créditos) **85 € afil.- 120 € no afil.**

DB006 Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TCE/AE (170 h.- 12,9 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil. ¡¡MODIFICADO CON UN CURSO NUEVO!!**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".

OFERTAS PÚBLICAS DE EMPLEO. Si quieres información sobre temarios para preparar las OPEs, ponte en contacto con FAE a través del correo electrónico **pedidos@fundacionfae.org**

Editorial

Los próximos 27, 28 y 29 de mayo el Palacio de Congresos de Ceuta acogerá el XXVI Congreso Nacional de Técnicos de Enfermería y de Farmacia.

Los congresistas asistirán, en esta ocasión, a un completo programa formativo en el que se analizarán y estudiarán a través de diferentes ponencias y pósters, los nuevos desafíos a los que se enfrenta el profesional técnico.

Los cambios que está experimentando la sociedad tienen también su reflejo en el ámbito sanitario: la atención al paciente, el tipo de usuario que acude a consulta, la organización del sistema, la formación de los profesionales, el trabajo en equipo...

Una serie de cambios a los que los profesionales técnicos, así como el resto del personal sanitario y no sanitario, deben adaptarse para ofrecer al usuario y su familia no sólo la mejor atención, sino también la mejor educación, lo que, sin duda, les permitirá poner en práctica acciones preventivas.

Entre los retos a los que se enfrentan los técnicos, hay que destacar cuatro pilares que sustentan uno de los principales desafíos de la atención sanitaria: la globalización de las enfermedades, la atención al paciente inmigrante, las enfermedades poco frecuentes y la ayuda internacional.

Para afrontar adecuadamente todos estos cambios es básica, como en cualquier parcela de la vida, una buena formación. Para ello, desde la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería trabajamos diariamente, siendo un ejemplo consolidado la organización del Congreso anual que, año tras año, congrega a cientos de profesionales técnicos. ●

Congreso FAE

Ceuta acoge el XXVI Congreso Nacional

5



Separata

Necesidad de la población actual de cuidados paliativos

6

El registro de enfermería

10

Reportaje

Tecnología y ciencia caminan de la mano

11

Actividad Acreditada

Técnico en Cuidados de Enfermería/Auxiliar de Enfermería en la central de esterilización hospitalaria

12



Dossier

La infección por el VIH

17

Certamen FAE

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

23

Ocio

38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Juan Carlos Álvarez González, Isabel Galán
FORMACIÓN. Rosa María Cascales
COLABORADORES. Berbes Asociados, Planner Media

EDITA. FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería)
C/ Tomás López, nº 3, 1º izq. 28009-Madrid.
Tfno.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org
©Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.



Elsevier España, S.L.U. 2009.
Av. Josep Tarradellas, 20-30, 1er piso. 08029 Barcelona.
Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.



© Copyright 2015 Elsevier España, S.L.U.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Nosocomio con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES. C/ Tomás López, nº 3- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009
ISSN: 1136-8985

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

Normas de publicación



Los trabajos que se envíen para ser publicados en Nosocomio deberán ajustarse a unas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista.

- **Los escritos deben ser inéditos y de tema libre**, pero siempre relacionados con el trabajo de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.
- **Deberán presentarse escritos en un procesador de textos (Word)**, con interlineado a 1,5 espacios y tipo de letra Times en cuerpo 12. No deberán exceder las 10 páginas.
- **Se enviarán por correo electrónico** a la siguiente dirección: **divulgacion@fundacionfae.org** especificando en el asunto "Revista Nosocomio".
- **Irán precedidos de un resumen**, de 15 líneas como máximo, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- **Los artículos deberán estructurarse en varios apartados**, cada uno de los cuales se encabezará con un ladillo (título del apartado), que irá en negrita.
- **La bibliografía debe incluir invariablemente** el nombre del autor del libro o del estudio, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- **Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico**, a poder ser en formato digital (JPG o TIFF), que se considere complemento al texto.
- **Los autores deben adjuntar los siguientes datos:** nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección postal y electrónica y teléfono de contacto.

Normas para realizar la actividad acreditada

1. **Los suscriptores que no tengan Usuario y Clave** deben entrar en **www.nosocomio.org** y registrarse en el sistema a través del apartado "¿Olvidó o no dispone de sus datos de acceso?".
2. **Una vez cumplimentado este formulario**, el sistema facilitará un Usuario y Clave que permitirá el acceso a la actividad acreditada. Serán siempre los mismos. Guárdelos para las próximas actividades.
3. **Para entrar a la prueba de evaluación** hay que pinchar en Acreditación y luego en Evaluación.
4. **Cada actividad tiene varias convocatorias** de evaluación, pero solo se permite la inscripción en una. Por ello es aconsejable que se tengan muy claras las fechas de cada edición y si existen dudas de poder entregar la evaluación en la fecha límite fijada en la convocatoria, es preferible realizar la inscripción en otra edición.
5. **Los exámenes pueden ser modificados y guardados** tantas veces como se desee hasta el cierre de la convocatoria mediante la opción Guardar.
6. **Cuando se haya completado el examen** y se considere que las respuestas son definitivas, se debe pinchar la opción Entregar. Una vez entregada la evaluación no se podrá repetir ni modificar. No se admitirán evaluaciones fuera del período que marca la edición.
7. **Las respuestas correctas del test de evaluación** se publicarán una vez finalizado el plazo de evaluación.
8. **Es necesario superar correctamente un mínimo del 80%** de las preguntas planteadas en cada actividad para la obtención del certificado acreditado.
9. **El diploma será entregado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)**, a partir de la fecha indicada en la unidad correspondiente. Para cualquier duda o problema con la entrega del diploma, póngase en contacto con FAE (divulgacion@fundacionfae.org).

Para registrarse en el sistema

Si no tiene los datos de acceso a nosocomio.org o los ha olvidado, deberá introducir una dirección de mail, su NIF y su número de afiliado y le mandaremos el usuario y las claves a la dirección de mail que nos haya indicado.

Puede disfrutar de los contenidos electrónicos de Nosocomio en **www.nosocomio.org**

- **Correo electrónico:** suscripciones@elsevier.com
- **Teléfono de atención al cliente:** 902 88 87 40 (sólo territorio nacional español)

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN NOSOCOMIO Revista del Técnico en Cuidados de Enfermería DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
Datos Domicilio
 Dirección _____ Nº _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

DATOS BANCARIOS

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
 Banco _____ Caja de Ahorros _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 Código IBAN _____ Entidad _____ Oficina _____ DC _____ N.Cuenta _____
 Firma del titular _____ Fecha _____ a _____ de _____ de 20 ____

Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 100 €
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid
 Tlf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83 E-mail: pedidos@fundacionfae.org

Ceuta acoge el XXVI Congreso Nacional

La globalización de las enfermedades, la atención al paciente inmigrante, la ayuda internacional y las enfermedades poco frecuentes serán los cuatro pilares sobre los que se asiente la próxima edición del Congreso Nacional de Técnicos de Enfermería y Técnicos en Farmacia, que tendrá lugar los días 27, 28 y 29 de mayo en el Palacio de Congresos de Ceuta.

El XXVI Congreso Nacional de Técnicos de Enfermería y Técnicos en Farmacia analizará y estudiará los nuevos retos sanitarios que trae consigo una sociedad cada vez más heterogénea, más dinámica y más globalizada.

Las transformaciones sociales, políticas y económicas que está sufriendo el mundo, tienen también su reflejo en el campo sanitario. Un incremento de los viajes a países en desarrollo o a zonas exóticas, expone a los viajeros a enfermedades poco frecuentes en sus países de origen; un riesgo que puede extenderse con la llegada de personas extranjeras procedentes de estos países.

Por ello, uno de los principales desafíos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios es, además de concienciar a los turistas sobre la necesidad de vacunarse antes de viajar a destinos con riesgo, dotar a la población inmigrante -con otra cultura, otras rutinas, otros hábitos y otro idioma-, de una atención sanitaria de calidad.

Atención sanitaria

Según el último dato del Instituto Nacional de Estadística -enero de 2014-, en España viven 5.023.487 personas extranjeras, es decir, 5.023.487 usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Su atención, en las mismas condiciones que la que se presta a la población nacional, depende, dejando a un lado los problemas burocráticos que tienen que afrontar, de unos profesionales bien formados, que sean capaces de hacer frente a patologías propias de sus países de origen, que les ayuden a conocer e integrarse en el sistema sanitario -su funcionamiento, su organización...-, y que empaticen con ellos, comprendiendo sus diferencias culturales, sus miedos y su desconfianza, dándoles seguridad y afecto.

Ayuda internacional

Según afirman Bill y Melinda Gates en la Carta Anual que emiten desde su fundación, creada en el año 2000 para ayudar a mejorar la salud humana y brindar a todos los individuos la oportunidad de salir del hambre y la pobreza extrema, en 15 años se habrán conseguido erradicar 4 enfermedades que afectan a decenas de millones de personas en los países menos desarrollados: la polio, el gusano de Guinea, la elefantiasis y la oncocercosis -o ceguera de los ríos-.

Un logro fruto del trabajo en equipo, la perseverancia y el esfuerzo; tres ingredientes fundamentales para conseguir mejorar la vida y la salud de quienes menos recursos tienen.



Esta lucha pasa por implantar planes de vacunación, proyectos de investigación de enfermedades como, por ejemplo, la malaria, acciones de saneamiento que garanticen la habitabilidad, medidas que faciliten el acceso al agua potable, operaciones que avalen la seguridad de los alimentos, políticas que permitan erradicar el trabajo infantil y garantizar la educación...

Pero además, la presencia de los profesionales sanitarios es incuestionable, tal y como se ha demostrado en diferentes ocasiones, en situaciones de catástrofe, ante epidemias... Debemos estar ahí, y para ello la profesionalidad, basada en una formación adecuada y completa, es imprescindible. ●

Necesidad de la **población actual** de **cuidados paliativos**

“Si podéis curar, curad. Si no curáis, calmad. Si no podéis calmar, consolad”

S. Murphy

Este artículo pretende introducir al lector en el mundo de los Cuidados Paliativos, tratando de dar una visión global de un tema que, ignorado por muchos, es de candente actualidad.

Comienza el artículo con la definición de los Cuidados Paliativos para dar paso a la necesidad que tiene la población de estos cuidados y a la situación actual de estos en España.

En nuestro país, no hace mucho que las instituciones se hicieron eco de ello y comenzaron a abordar el problema, y, aunque aún hay mucho por andar, mencionamos los esfuerzos de algunas organizaciones que han contribuido de manera considerable al desarrollo de este tipo de cuidados en España.

Continúa el artículo mencionando a los profesionales que trabajan en una Unidad de Cuidados Paliativos, sin olvidar la figura del voluntariado.

Por último, se detallan algunos tipos de centros que en la actualidad prestan este tipo de cuidados y sus peculiares características.

La palabra “paliar”, tiene su origen en la palabra latina *Palliare* que significa mitigar, calmar, atenuar, moderar... En su acepción más actual, el término “cuidado paliativo” es usado para dar respuesta a las

necesidades que los pacientes terminales tienen en el final de sus días y también a las de sus familias.

Así, los cuidados paliativos, constituyen un tipo especial de cuidados que están dirigidos a personas

con enfermedades avanzadas que no han respondido a tratamientos convencionales. Su objetivo principal es cuidar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento y el dolor que provoca la enfermedad. Suponen también un valioso instrumento de apoyo tanto para el enfermo como para la familia.

Tradicionalmente, los cuidados paliativos se establecieron para tratar a enfermos oncológicos. Así, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) ha sido una de las organizaciones que más activamente ha contribuido al desarrollo y aplicación de este tipo de cuidados. Por esta razón, cuando en España se empezó a abordar la aplicación de los cuidados paliativos, en un alto porcentaje, estos estaban dirigidos a enfermos con cáncer.

Al desarrollo de los cuidados paliativos en España también han



contribuido numerosos profesionales tanto de nivel comunitario como hospitalario en su labor cotidiana de acompañamiento a pacientes y familias.

No podemos dejar de Mencionar a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que ha supuesto un verdadero motor en el desarrollo de los cuidados paliativos en nuestro país. Esta sociedad cuenta con numerosos profesionales procedentes de distintas especialidades y, entre sus objetivos, destaca la promoción de una adecuada calidad en la atención de enfermos terminales, la investigación y el asesoramiento a la Administración para el desarrollo de los cuidados paliativos; también cuenta con numerosas publicaciones sobre el tema.

Cuidados paliativos en cifras

Actualmente, el envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud de las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales.

La mayor parte de las muertes que ocurren en Europa y en los países desarrollados se producen en personas mayores de 65 años, siendo esta, una tendencia progresiva. Todo esto está cambiando los patrones de la enfermedad al final de la vida. A pesar de ello, aún es escasa la política sanitaria relacionada con las necesidades de estos pacientes.

El porcentaje de población española mayor de 60 años en el año 2000 era del 21% y, se espera que en el año 2020 se incremente al



Los cuidados paliativos, constituyen un tipo especial de cuidados que están dirigidos a personas con enfermedades avanzadas que no han respondido a tratamientos convencionales.

27%. De este tramo de edad, el segmento que más aumentará proporcionalmente será el de los mayores de 85 años. Para el año 2020 se prevé que, debido a este envejecimiento de la población, en España las tres principales causas de mortalidad sean: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cáncer de pulmón/tráquea/bronquios ocupará el quinto puesto.

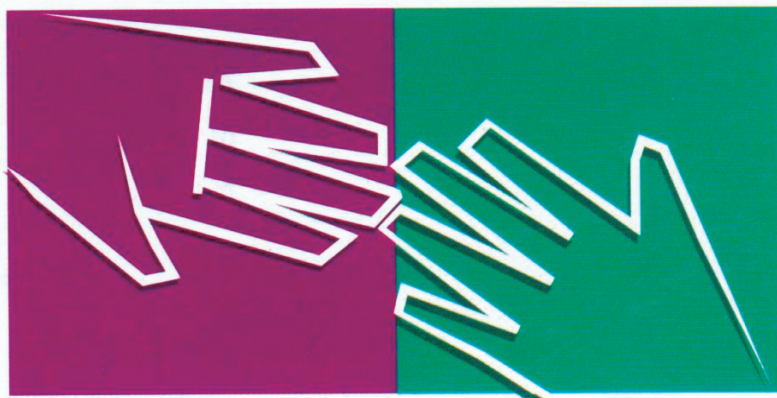
Independientemente de los datos anteriores, aproximadamente unas 200.000 personas sufren cada año en nuestro país una situación de enfermedad terminal y, aunque el desarrollo de los cuidados paliativos en España ha mantenido una evolución constante de crecimiento en cuanto al número de recursos desde principios de los noventa, aún queda mucho trabajo por hacer.

Comparada la situación actual en España con la del resto de Europa, de un estudio formado por 22 países, ocupamos una posición intermedia, en cuanto a recursos disponibles por cada millón de habitantes. Así, en España se dispone de la tercera parte de recursos que existen en Reino Unido y la mitad de los disponibles o existentes en Bélgica, Irlanda o Suecia.

Personal que compone una unidad de cuidados paliativos

Cuando hablamos de recursos en una Unidad de Cuidados Paliativos, también se incluyen los recursos humanos, que están formados por equipos multidisciplinares capaces de afrontar las diferentes necesidades de los pacientes en las distintas etapas de la enfermedad y en los variados ámbitos asistenciales. Así, en una Unidad de

CUIDADOS PALIATIVOS



Cuidados Paliativos encontramos los siguientes profesionales:

■ **Responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos.** Su función principal es organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades y categorías profesionales y programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles, garantizando una calidad en los servicios.

■ **Responsable de enfermería.** Sus principales responsabilidades son coordinar la planificación de los cuidados, programar las actividades del profesional de enfermería y controlar la disponibilidad de los recursos materiales.

■ **Personal médico.** Especialistas en distintas áreas.

■ **Personal de enfermería (TCE DUE)** Desarrolla una serie de funciones asistenciales, como:

- Identificar problemas y necesidades del paciente y la familia.
- Establecer diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados según objetivos y prioridades.

- Realizar la evaluación del dolor, identificando causas, mecanismo fisiopatológico.

- Poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.

- Administrar los tratamientos prescritos.

- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.

- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente y proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.

- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.

- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento. Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.

- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e

integral de la persona con enfermedad terminal. Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.

- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.

■ **Psicólogo.** Constituye el soporte emocional al paciente y familia en situaciones complejas.

■ **Trabajador social.** Evalúa la situación y las necesidades familiares.

■ **Personal auxiliar administrativo.** Responsable de la gestión de toda la documentación.

■ **Personal subalterno.** Celadores, personal de limpieza y personal de transporte.

■ **Dietista / nutricionista.** Encargado de programar una alimentación atractiva dentro de las restricciones impuestas por la condición del paciente.

■ **Fisioterapeuta.** Su misión es el mantenimiento de la movilidad del paciente, el alivio de síntomas.

■ **Farmacéutico.** Encargado del asesoramiento, documentación y conciliación de la medicación, ajuste de dosis y control de opiáceos.

Queremos incluir en este apartado la figura del **voluntario**, que, sin ser un profesional, adquiere un papel relevante. El voluntario es una parte decisiva en los equipos de cuidados paliativos, ya que va a complementar la labor del resto de profesionales, dando respuesta a las necesidades sociales y personales del enfermo y su familia, para lograr el mayor bienestar posible.

Tareas del voluntario con estos enfermos:

- La principal tarea es la de acompañar al enfermo y su familia, tanto en el hospital como en el domicilio.
- Establecer una comunicación activa con el enfermo, ofreciéndole escucha y comprensión.
- Detectar necesidades y transmitir las al resto del equipo.
- Sustituir al cuidador, facilitando su descanso físico y emocional y que disponga de tiempo libre.
- Realizar pequeñas tareas o encargos de proximidad.
- Facilitar actividades lúdicas y de entretenimiento.

Centros que proporcionan este tipo de cuidados

Manteniendo la filosofía de los cuidados paliativos y dependiendo de las peculiares características de cada cultura, se han desarrollado diversos modelos de asistencia. Estos modelos no son excluyentes entre sí y, en la mayoría de los casos, representan actuaciones complementarias.

■ Centros monográficos u “hospices”

Centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal. Tienen unas características peculiares que les diferencian de otros hospitales, como por ejemplo horarios ininterrumpidos de visitas.

■ Unidades de Cuidados Paliativos en hospitales

En algunos centros se denominan equipos de soporte hospitalario o Unidad Funcional Interdisciplinaria Hospitalaria. Estas unidades funcionales se adoptan cada vez en más hospitales de enfermos agudos dentro de los servicios de oncología. Constituyen una excelente forma de desarrollo inicial de los programas de paliativos, obteniendo en

poco tiempo importantes resultados en cuanto a aumento de la calidad de asistencia y mejor utilización de recursos.

■ Equipos de Cuidados Domiciliarios o de Soporte de Atención Primaria

En muchos casos suponen el complemento o continuación de los cuidados recibidos en un hospital general o una Unidad de Cuidados Paliativos. En el marco de un sistema público de salud siempre son equipos en estrecha conexión con el médico de familia o de la atención primaria. Estos equipos pueden ser específicos y atender solo enfermos avanzados y terminales o atender también enfermos con patologías que les permitan vivir en sus domicilios, como los pacientes ancianos con enfermedades crónicas o pacientes encamados por diversos motivos.

■ Centros de día de cuidados paliativos

Son unidades de atención al paciente en situación terminal, ubicadas generalmente en un hospital, a las que el paciente acude durante un día para evaluación o para recibir un tratamiento o cuidado concreto y regresa en el mismo día a su domicilio.

■ Sistemas integrales

Cuando todos los posibles niveles de asistencia están dotados con recursos específicos para cuidados paliativos y coordinados, hablamos de sistemas integrales. El médico de familia sigue siendo siempre el responsable de la asistencia de cada paciente, pero cuenta con un equipo de ayuda en el domicilio en caso de necesidad o para trabajar coordinadamente. De esta manera, la mayor parte de los pacientes terminales podrán ser atendidos habitualmente en

su domicilio. Cuando sea necesaria la hospitalización por sobrevenir un problema social o por precisar asistencia continuada, un equipo de un centro socio-sanitario podrá autorizar el ingreso del enfermo. Es la solución más adecuada y en nuestro país existen ya varias comunidades que desarrollan sistemas integrales. ●

Recursos bibliográficos

El tema de los Cuidados Paliativos está teniendo cierta repercusión social en los últimos tiempos y, por lo tanto, existe numerosa documentación al respecto, tanto en soporte digital como en soporte papel. Los organismos oficiales se han hecho eco de ello y cuentan con numerosas publicaciones. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) también constituye un importante banco de recursos.

Material bibliográfico

consultado en soporte papel

Mauro J. Oruezabal Moreno. Cuidados paliativos del paciente oncológico. Madrid: Vision Net, Madrid; 2004.

Marcos Gómez Sancho. Medicina paliativa. Respuesta a una necesidad. Madrid: Arán Ediciones; 1998.

Eulalia López Imedio. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamericana; 1998.

Carlos Centeno Cortés. Introducción a la medicina paliativa. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Serie sociosanitaria; 1998.

Material bibliográfico

consultado en soporte digital

SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos.

Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta y Ana Orbeago. Presente y futuro de los cuidados.

Fernando Soler y Luis Montes. La muerte digna. Revista de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente N°54/2010.

Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Los Cuidados Paliativos y los Derechos Humanos – Una Guía de Recursos. Open Society Institute y Equitas – International Centre for Human Rights. Traducción: Arturo J. Marcano. 2007.

Cuidado paliativo. Guías de tratamiento para enfermería.

Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. Editado por Roberto Wenk; 2004.

El registro de enfermería

El registro de enfermería es cumplir con el derecho del paciente a que quede recogida toda la información obtenida de sus procesos asistenciales (según el art. 15.1 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica) y cumplir con el deber, que tenemos los profesionales, de rellenar la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente y responsabilizarnos así de la praxis realizada (según el art. 15.3 de la citada Ley). Por lo que el registro del Técnico en Cuidados de Enfermería/Auxiliar de Enfermería (TCE/AE) es un deber y una obligación legal.

■ **Al registrar en la hoja de enfermería directamente el personal que ejecuta la acción**, se evitan los errores de transcripción, la duplicidad de recursos humanos y se garantiza el derecho que tiene el paciente a que quede reflejada en su historia clínica toda la evolución de su enfermedad, así como los cuidados, técnicas y actuaciones que se le hayan realizado, teniendo identificados los médicos y demás profesionales que han intervenido en sus cuidados.

■ **A tenor de la normativa legal existente**, no hay impedimento alguno para que el TCE/AE realice la función de registro de enfermería.

■ **Los registros de enfermería**, resultantes de la recogida de datos correcta y sistemáticamente por parte del equipo (ATS/DUE y TCE/AE), nos facilitarán una atención integral y continuada del paciente. Por medio del registro de la observación de enfermería, el equipo multidisciplinar podrá ser capaz de:

- Confirmar una fase de enfermedad.
- Identificar los problemas prevalentes/las necesidades del paciente.
- Determinar los inconvenientes potenciales.
- Realizar un adecuado seguimiento.
- Identificar el nivel de bienestar del paciente.

■ **Estos registros nos permitirán tener una visión global de los ingresos del paciente**, los cuidados y la evolución, y los motivos del alta.

■ **Tiene vital importancia** el registro en cada turno de las *observaciones de enfermería*. Cada vez que hablamos con el paciente observamos su evolución, vemos las relaciones intrafamiliares... y *recogeremos dichos datos*, junto con los de interés físico y psicopatológico, reflejando, asimismo, la presencia de efectos secundarios a la medicación si los hubiera, la acentuación o disminución de la sintomatología, el funcionamiento biológico (ingesta, eliminación), así como todas las técnicas o cuidados aplicados al paciente.

■ **La importancia del sueño/descanso** en estos pacientes, de cara a una mejoría y rápida evolución, nos lleva a un registro del sueño nocturno, por lo que realizaremos un mínimo de 10 controles en el turno de noche, con más frecuencia al inicio y al final del turno, en los cuales nos cercioraremos de que el paciente está dormido, y registraremos en cada control el estado en el que se encuentra (dormido, en vigilia, despierto en la cama, levantado, inquieto, angustiado, etc.), prestando especial atención a la dificultad para conciliar el sueño y los despertares precoces. Finalmente, debe quedar todo fielmente reflejado en el registro, así como las medidas y técnicas aplicadas.

■ **También quedará registrada toda incidencia con el paciente**, aquello que se ha producido a lo largo del turno de trabajo y que

debe ser conocido por todo el personal de enfermería.

■ **Todo registro del TCE/AE** (junto con los registros de los distintos profesionales del equipo multidisciplinar) forma parte de la historia del paciente, por lo que hay que ser enormemente rigurosos y esmerarse en su elaboración, quedando todas y cada una de las observaciones escritas y firmadas por el profesional que las realiza. Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, al estar integrados en la historia clínica del paciente, conllevan unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de estos.

■ **Y para concluir**, una importante reflexión sobre el *secreto profesional*: una relación terapéutica conlleva un deber legal y ético de confidencialidad, por lo que se debe mantener de forma inexcusable el anonimato de los pacientes, prescindiendo de todo tipo de comentario fuera del contexto sanitario, máxime, por ejemplo, en una especialidad como la psiquiatría, en la que el paciente puede quedar estigmatizado de por vida. ●

Bibliografía recomendada

Campana de Registro del TCE/AE de SAE, 2009.
 Google academic.
 Manual de Enfermería del OAL Hospital Provincial de Castellón.

Tecnología y ciencia caminan de la mano

“Un hospital de Barcelona le reconstruye la oreja a un adolescente gracias a la impresión 3D”.

“Cirujanos israelíes crean por impresión 3D una mandíbula para un sirio desfigurado por una bala”.

Son dos titulares de prensa de las últimas semanas. Lo que hace años podía parecer ciencia ficción hoy no solo es una realidad sino que constituye los primeros avances de un gran reto: la bioimpresión en 3D de tejido orgánico e incluso de órganos.

La impresión en 3D ha experimentado grandes avances en los últimos años y hoy día se dispone de equipos que imprimen juguetes, instrumentos musicales e, incluso los más elaborados, imprimen estructuras concretas para la construcción de edificios. El CES (Consumer Electronics Show), celebrado el pasado mes de enero en Las Vegas, ha tenido claros ejemplos no solo del avance de la impresión en 3D sino del complemento perfecto: los escáneres en 3D. La empresa española bq presentó su escáner Ciclop, capaz de crear modelos digitales tridimensionales de casi cualquier objeto real. Un láser y una cámara son los responsables de digitalizar hasta el último milímetro.

La ciencia se ha unido a estos avances tecnológicos para obtener resultados en pro de la salud. De hecho, se ha establecido el término bioimpresión en 3D para referirse a la impresión de tejidos y, en el futuro, de órganos cuyo objetivo serán los trasplantes. Aunque la bioimpresión en 3D prácticamente acaba de empezar, es una de las áreas de investigación que mayor crecimiento ha experimentado en los últimos años.

La impresora en 3D está revolucionando la medicina en su sentido más general y, de manera más concreta, en el campo de las prótesis, auditivas y dentales, es don-

de más avances se están consiguiendo gracias a esta tecnología.

La literatura científica en esta área es cada vez mayor; *Nature* publicó en verano un texto en el que se planteaban los avances que se han producido en los últimos años. Sin embargo, y a pesar del aumento de noticias en este ámbito, la experimentación sigue siendo compleja.

El avance se consigue con la puesta en común de tres ciencias o especialidades: la biología, la creación de biomateriales y la impresión 3D. Los retos no son fáciles porque hay que conseguir que las células vivan cada minuto y, por tanto, que cada minuto les lleguen nutrientes. La llegada de los nutrientes en un sistema 3D es compleja porque estos y el oxígeno tienen que atravesar de una manera físicamente posible esa estructura 3D y disponer de un sistema eficaz de “eliminación de residuos” para mantenerse con vida.

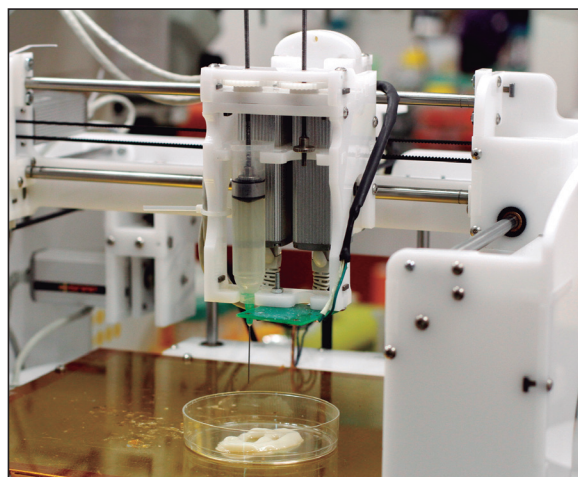
Las bioimpresoras incluyen un software que permite a los ingenieros construir un modelo en tres dimensiones de los tejidos sobre una pantalla. Una vez que el tejido u órgano está diseñado, se procede a la impresión mediante dos cabezales: uno “cargado” con células humanas y otro con el matriz o hidrogel que servirá como soporte para la construcción del tejido en

cuestión. Gracias a un sofisticado láser se procede a la calibración en un proceso tremendamente delicado para garantizar que cada célula se coloca correctamente. En el interior del aparato, una cabina con los estándares de bioseguridad logra mantener los tejidos esterilizados.

Hoy día se cuenta con la parte de manufactura (impresión 3D), el conocimiento biológico (para sembrar las células) y la ciencia de los materiales (la creación de biomateriales). Pero la bioimpresión 3D aún es un campo muy joven en el que queda un largo camino por recorrer. La investigación está dirigida a convertir este reto en una realidad y mejorar así la calidad de vida de millones de pacientes en todo el mundo. ●

Palabras clave:

- Bioimpresión
- 3D





El Técnico en Cuidados de Enfermería/Auxiliar de Enfermería en la central de esterilización hospitalaria

En las centrales de esterilización es donde se procesa todo el material del hospital, este proceso consiste en la limpieza, desinfección y esterilización. Están ubicadas en zonas estratégicas para facilitar su trabajo y comunicación con los servicios del hospital. Esta comunicación se hace a través de los celadores con hospitalización, consultas externas y gabinetes y los montacargas que se utilizan para el transporte del material de quirófano.

SUMARIO:

Introducción

Zona de sucio

Zona de limpio

Zona de almacenaje del material estéril

Zona de entrega de material estéril

Almacén de fungible

Despacho responsable de la central

Zona de descanso del personal

Zona de vestuarios

Métodos de esterilización

Esterilización por vapor de agua

Esterilización por calor seco

Esterilización por radiaciones ionizantes

Esterilización por ácido peracético

Esterilización por formaldehído

Esterilización por peróxido de hidrógeno

Esterilización por óxido de etileno

Esterilización según el tipo de material

Tipos de materiales

Empaquetado de material y contenedores (cajas)

Tipos de empaquetados

Controles en el proceso de esterilización

Informática y trazabilidad

Esterilización en el punto de uso

Esterilizadores de pequeña capacidad (miniclaves)

Introducción

Las centrales de esterilización tienen un horario para atender a los servicios del hospital y siempre están comunicadas con quirófano las 24 h del día y está abierta todo el año.

Al ser un servicio que está incluido en el área quirúrgica, tiene el acceso restringido y solo puede entrar el personal autorizado.

Este servicio tiene una estrecha relación con el servicio de mantenimiento del hospital, pues al ser un servicio que funciona con un gran número de maquinaria necesita tener un control constante sobre ella para mantener el buen funcionamiento de la central de esterilización.

La central de esterilización debe normalizar su colaboración con el servicio de medicina preventiva y la comisión de infecciones del hospital.

La gestión de la central de esterilización puede ser tanto pública como privada. Si se adopta esta última es la externalización de la central de esterilización, que sigue las mismas normas y protocolos que la pública, pero son de gestión privada.

El personal que trabaja en la central de esterilización, principalmente Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCE)/Auxiliares de Enfermería (AE), debe conocer en profundidad las características de los materiales, su cuidado, conservación y mantenimiento. Debe conocer el manejo de la maquinaria, tanto autoclaves como lavadoras-desinfectadoras de doble puerta, además de conocimientos de informática y trazabilidad, para que el material esterilizado sea seguro para el paciente y el personal que lo utiliza, con el fin de garantizar un trabajo de calidad y seguridad.

La central de esterilización se divide en zonas en las cuales se realizan distintos trabajos. En la zona de sucio se limpia el material, en la zona limpia se procesa ese material y se esteriliza. Podemos decir que el material sigue un circuito de recepción, limpieza, empaquetado, esterilización y entrega.

Comencemos a explicar el trabajo que se realiza en cada zona.

Zona de sucio

Es la zona donde se empieza el circuito de limpieza, desinfección y esterilización; en esta zona está

todo lo necesario para su correcta limpieza. Lo primero que hace el TCE/AE es registrar todo lo que entra en la central, el día, la hora y la persona que hace la entrega. La zona de sucio tiene que tener unas condiciones óptimas para el trabajador, como contar con un suelo llano y liso, sin riesgos de resbalones o caídas y fácil de limpiar; tener espacios amplios para trabajar cómodo; la temperatura de la zona debe oscilar entre 18 y 22 °C y una humedad relativa de entre el 50 y el 70%, para evitar los riesgos de la electricidad estática; una buena iluminación y no tener corrientes de aire.

El equipamiento de la zona de sucio tiene que tener montacargas para bajar el material de quirófano, fregaderos anchos y hondos y lavables, manguera de pistola de aire comprimido para el secado del material, contenedores para el material punzante y material de deshecho; una mesa y material de registro; lavadoras-desinfectadoras de doble puerta y carros de transportes.

El TCE/AE tendrá la vestimenta correcta para esta zona, que es pijama verde, delantales de plás-



tico impermeables, gafas protectoras antisalpicaduras, guantes de todas las tallas y antipinchazos, calzados antideslizantes y antiestáticos, protección auditiva con cascos, protectores faciales, mascarillas y gafas oculares con objeto de evitar o minimizar los efectos del contacto con agentes contaminantes.

■ **Limpieza manual.** Se utilizarán detergentes que los servicios de medicina preventiva y la comisión de infecciosos hayan establecido para la limpieza y desinfección del material del hospital. La limpieza manual se recomienda para material delicado y que no resista altas temperaturas, los instrumentos con roscas y anclajes se desmontarán para facilitar su limpieza, se utilizarán detergentes que no produzcan espuma, la temperatura del agua de lavado no deberá sobrepasar los 45°, para evitar la coagulación de la materia orgánica.

■ **Lavado automático.** Se realiza en las lavadoras-desinfectadoras de doble puerta. Es el recomendado para el material termorresistente, ya que mejora la efectividad de la limpieza, elimina la materia orgánica y minimiza los riesgos del personal. El lavado automático tiene acción bactericida, fungicida, tuberculizada y virucida y contribuye a disminuir los riesgos biológicos laborales porque limita la manipulación del material contaminado. El lavado automático permite controlar el proceso de lavado, temperatura, tiempo, dosificación de los detergentes y lubricantes. Las lavadoras-desinfectadoras de doble puerta, al tener impresora, dejan registrados los ciclos que realizan y mejoran la trazabilidad.

■ **Lavadora de ultrasonidos.** Son para el material delicado. Se compone de un generador transductor y cubeta de limpieza. Esta lavadora puede limpiar la suciedad de áreas inaccesibles en equipos donde el diseño impide la limpie-

za manual. Los detergentes para ultrasonidos no forman espuma y aumentan su eficacia; el secado se hace con pistola de aire.

Zona de limpio

En la zona de limpio es donde se realiza la preparación del material que ya está limpio y desinfectado. Esta zona tiene que contar con mesas anchas y que se puedan limpiar fácilmente, sillas ergonómicas, estanterías, carros de transporte del material y cajas, cestillos, mesa y material de registros. Tiene que contar también con espacios amplios, suelos lisos y de fácil limpieza. La temperatura de la zona debe oscilar entre 18 y 22 °C y una humedad relativa de entre el 50 y el 70%, para evitar riesgos de electricidad estática. No debe haber corrientes de aire y tiene que tener una buena iluminación. Guantes para descargar la lavadora-desinfectadora de doble puerta y los autoclaves. Todo el material lavado y desinfectado deberá manipularse asépticamente, asegurándonos de que las superficies de trabajo estén en condiciones higiénicas adecuadas, así como los embalajes y contenedores. Se clasificará el material según procedencia y uso que tiene destinado. La TCE/AE conocerá el funcionamiento de la maquinaria necesaria para el procesamiento de los materiales, realizará la carga y descarga de las distintas autoclaves tomando los medios necesarios para su protección y la de sus compañeros. Se controlará el resultado de la esterilización mediante la comprobación de los distintos tipos de controles.

La TCE/AE deberá conocer los protocolos de evacuación del servicio en casos de emergencia, estará atenta a la demanda quirúrgica que surja en su turno y repondrá el material fungible. Clasificará el material según su procedencia y el uso que tiene destinado, empaquetando cada material según uso, introduciendo en cada paquete el control que corresponda, colaborará en

el mantenimiento y buen uso de las instalaciones, equipamiento y también en el seguimiento y control del *stock* del material empaquetado. También debe cumplimentar los registros establecidos según los protocolos internos del servicio, así como los del hospital. Comunicará cualquier incidencia que surja durante su turno, estará atenta para prevenir el riesgo de accidentes laborales.

Colaborará en la formación de los TCE/AE en prácticas, manteniéndose informada en las nuevas técnicas de limpieza, desinfección y esterilización.

Zona de almacenaje del material estéril

Esta zona es restringida, el personal accederá a ella con gorro y bata. La temperatura tiene que estar entre 14 y 25 °C y la humedad entre el 50 y el 70%. Tiene que tener una buena iluminación en toda la zona y sin corrientes de aire. Habrá carros para el transporte del material y cajas, tendrá estanterías fijadas a la pared y a una altura adecuada para manejar el material y cajas adecuadamente. Las cestas y las cajas pesadas deben estar a la altura de la cintura y las que pesen menos abajo o arriba.

Los suelos serán lisos y sin riesgo de resbalones o caídas y serán fáciles de limpiar.

Zona de entrega de material estéril

Esta zona tiene que contar con una estantería, donde se colocará el material estéril, y una mesa con material para hacer los registros de entrega donde se apuntará el día, la hora y la persona que entrega y recibe el material estéril. Estará cerrada y solo se abrirá en el horario establecido para la entrega del material estéril a los servicios del hospital.

Almacén de fungible

Tiene que tener estanterías fijadas a la pared, buena iluminación, escaleras plegables, puertas anchas y sin corrientes de aire. Se



vigilarán las fechas de caducidad de los productos.

Despacho responsable de la central

La enfermera será la encargada de planificar las actividades y tareas del personal, asignándolo a las distintas etapas de la cadena de procedimiento. Coordinará y facilitará el desarrollo de las actividades internas del servicio. Guardará todos los registros producidos en la central.

Zona de descanso del personal

Tendrá mesa, sillas, estanterías, nevera, microondas y un contenedor de basura.

Zona de vestuarios

Contará con taquillas con llaves, asientos, aseos, lavabos con espejos y duchas y habrá un botiquín de primeros auxilios.

Métodos de esterilización

Es importante que el personal que trabaja en la central de esterilización conozca los distintos métodos utilizados para esterilizar el material sanitario. La definición y concepto generales según normas europeas son:

- **Esterilización:** procedimiento encaminado a conseguir la esterilidad de un material o dispositivo.
- **Esterilidad:** estado de ausencia de microorganismos viables.

Hay 2 clases de métodos, los métodos físicos: vapor de agua, calor seco y radiaciones ionizantes, y los métodos químicos: óxido de etileno, peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y ácido peracético. Según sea la resistencia de los materiales a la temperatura se utilizará la alta temperatura: vapor de agua (prevació 121-134°), calor seco (170 °C), o la baja temperatura: óxido de etileno, gas plasma H_2O_2 , ácido peracético (líquido), formaldehído (vapor) y radiaciones.

Esterilización por vapor de agua

Es un método físico de alta temperatura, es un agente barato y seguro y no es tóxico, necesita unos parámetros de temperatura, humedad y tiempo apropiado para esterilizar. Hace ciclos de 121°, que es el denominado programa de gomas, y ciclos de 135° para instrumental quirúrgico y textil, tiene una duración de 60 a 75 min. según el ciclo. Tiene controles específicos físicos, químicos y biológicos. La colocación de la carga debe permitir la circulación del vapor, el material suelto que irá empaquetado tiene que ir en canastas holgadas y los contenedores (cajas) no deben apilarse unos encima de otros. Hay que controlar la condensación de vapor por enfriamiento rápido y hay que dejar enfriar la carga. Siempre hay que comprobar los controles físicos y químicos externos antes de dar por válida una carga. El inconveniente de este método es que no se puede esterilizar material termosensible.

Esterilización por calor seco

Es poco utilizado. No se utiliza en telas ni gomas, pero sí en vidrio. Este método deteriora el material; funciona por conducción y produce una oxidación (los microorganismos se queman). Los equipos empleados en la esterilización por calor seco son principalmente la estufa y el horno de calor seco y aire circulante (estufa de Poupinell).

Esterilización por radiaciones ionizantes

Se usan en el ámbito industrial, permiten cargas de gran volumen y se usan para material termosensible, tienen una baja reactividad química, aumento de la temperatura inapreciable, no dejan residuos y ahorran energía. Control sencillo por medición de la dosis de radiación absorbida. No permite esterilizaciones posteriores con óxido de etileno. Exige medidas de seguridad para protección de radiaciones, así como unas instalaciones específicas.

Esterilización por ácido peracético

Se usa como método rápido, entre unos 25 a 30 min. de duración del ciclo; es un método de inmersión, no necesita secado, no permite el empaquetado y es de uso inmediato. Es seguro para el paciente, el usuario y los dispositivos médicos y para el medio ambiente. Tiene límites de diámetro en materiales canulados. Es ideal para endoscopias, previamente hecho el test de fugas, y su limpieza se realizará manualmente o en lavadora. Se utiliza en los puntos de uso.

Esterilización por formaldehído

Se usa como método rápido, el método es por inmersión. No permite el empaquetado y el material esterilizado se deberá usar inmediatamente. Tiene límites de diámetro en materiales canulados. Es tóxico.

Esterilización por peróxido de hidrógeno

El plasma se define como el cuarto estado de la materia, distinguible del resto de estados (sólido, líquido y gaseoso). Tiene poca penetrabilidad. El papel para el empaquetado del instrumental es el papel TYVEK. Es un método caro y es incompatible con derivados de celulosa. Es necesario eliminar la humedad de su carga para favorecer su efectividad. No es tóxico y la duración de su ciclo es de unos 40 min. Este método de esterilización cada día se utiliza más por sus ventajas: no es tóxico para el personal, el paciente y el medio ambiente, y su instalación en la central de esterilización no necesita ninguna condición especial.

Esterilización por óxido de etileno

Se utiliza para dispositivos sensibles al calor y la humedad. Tiene una gran capacidad de penetración y, debido a esta propiedad, también exige períodos prolongados de aireación. Es un gas inodoro a temperatura ambiente y



soluble en agua. Es inflamable y explosivo en contacto con el aire. Las autoclaves deben instalarse en una sala independiente. Los trabajadores deben portar detectores corporales, con el fin de evitar riesgos por exposición. Las autoclaves hacen un ciclo al día, su duración es de 15 h. Una vez puesta en marcha la autoclave, no se permitirá entrar en la sala hasta que haya finalizado el ciclo.

Esterilización según el tipo de material

En la central de esterilización se esteriliza material para todo el hospital, desde las consultas externas, pasando por hospitalización, hasta quirófano. Esto significa una gran cantidad de materiales hospitalarios muy variados. Al ser tan variado y con distintas características, este material hospitalario tiene que ser clasificado. El personal de la central de esterilización, así como el usuario de los materiales, debe conocer en profundidad las características de los materiales, su cuidado y su mantenimiento, con el fin de asegurar su utilización de forma apropiada, prevenir complicaciones y evitar gastos innecesarios.

Los materiales sometidos a un proceso de esterilización deben tener características especiales, que eviten resultados adversos como:

- Resistencia a los métodos de esterilización.
- Que sean seguros para el personal y pacientes.
- Que no contengan toxinas.
- Que el fabricante indique toda la información sobre el material, su limpieza y la forma correcta de proceder a la esterilización.

El material sanitario es un producto hecho con materiales de gran calidad, cuya fabricación es costosa y muy laboriosa, es un material que tiene que tener diferentes características según para la especialidad para la que se fabrique.

Tipos de materiales

- **Acero inoxidable.** Es resistente a la oxidación y capaz de resistir altas temperaturas. El instrumental de acero inoxidable es duradero si se mantiene de acuerdo a las indicaciones del fabricante. El instrumental quirúrgico se fabrica con acero inoxidable especial para aumentar su resistencia a la corrosión, para hacer bordes cortantes o para instrumentos delicados como los usados en oftalmología.
- **Plásticos.** Pueden ser naturales como la celulosa, la cera o el caucho, sintéticos como el polietileno y el nailon. Se utilizan ampliamente en el ámbito clínico, ya sean como componentes de instrumentos y equipos o como aislantes térmicos o eléctricos. También se usan para empaquetados.
- **Textiles especiales (no tejidos).** Constituyen textiles especiales usados para la fabricación de algunos artículos como sobres, empaques o filtros. En el servicio de esterilización se usan como envoltorios.
- **Vidrio.** Son rígidos, muy frágiles y fáciles de romper. Los que se usan dentro de esterilización son de tipos *pírex*, de mayor grosor y dureza. Tienen mayor resistencia a la tracción y a las temperaturas altas.
- **Látex.** Son sustancias derivadas del caucho, que se utilizan para la fabricación de guantes. El lavado no es suficiente para eliminar todas las bacterias de su superficie, por lo que no se recomienda su esterilización.
- **Algodón.** Son textiles provenientes de fibras naturales. Se utilizan en la fabricación de ropa.
- **Líquidos.** Por su dificultad a la hora de su esterilización, se realizará excepcionalmente y para ello se utilizarán soluciones estériles de fábrica.

Empaquetado de material y contenedores (cajas)

Al empaquetar se está preservando el material una vez estéril de posibles contaminaciones externas, con ello se evitan infecciones propias del hospital. El personal

de la central de esterilización y el personal del hospital en general tienen que saber si un empaquetado está en perfectas condiciones para su uso y si cumple todos los requisitos para su utilización.

Tipos de empaquetados

- **Bolsas de papel.** Son el sistema más antiguo de envasado de utensilios para esterilizar. Con los nuevos tipos de empaquetado, estas bolsas de papel han caído en desuso.
- **Bolsas y rollos mixtos (pelables).** Reciben su nombre por estar formados por 2 láminas independientes que se unen mediante termo sellado, para su apertura se procede a separar una lámina de la otra evitando roturas. Permite su esterilización, tanto a vapor de agua como a óxido de etileno, incompatibles con procesos de calor seco o plasma.
- **Papel para empaquetar tipo crepado.** Los papeles crepados están fabricados exclusivamente con fibra de celulosa sin mezcla alguna, este sistema se utiliza cuando los utensilios, por su tamaño o forma, no se pueden adaptar a envases. Permite la esterilización tanto a vapor de agua como a óxido de etileno.
- **Papel tejido sin tejer con base celulósica.** El tejido sin tejer cuenta con una proporción desde el 2 hasta el 100% en fibra sintética. Se puede utilizar para esterilizar en vapor de agua, óxido de etileno y formaldehído.
- **Papel flexible de fibra sintética.** Este papel de fibra sintética de polietileno no presenta nada de fibras de celulosa. Al ser el polietileno un derivado del petróleo, su precio es elevado. Son envases exclusivos para la esterilización en frío. Se utiliza para esterilizar a gas plasma (peróxido de hidrógeno).
- **Envases reutilizables.** Se trata de estructuras cuadradas de distintos tamaños, con tapaderas que permiten el cierre sellado. Los contenedores están fabricados en aluminio, lo que aligera su peso,



utilizan filtros desechables, el peso máximo no debe pasar de 10 kg, el sistema de cierre debe ser inviolable, se utiliza tanto para esterilizar a vapor de agua como a óxido de etileno.

Cada paquete tiene que tener una serie de datos como fecha de esterilización, fecha de caducidad y número de lote.

Controles en el proceso de esterilización

El objetivo de la utilización de controles es obtener el certificado por el cual el proceso de esterilización se efectuó correctamente, estos deben ser utilizados por profesionales cualificados y debidamente adiestrados. Los controles deberán utilizarse en condiciones y según las finalidades previstas por su fabricante.

- **Controles físicos.** Son dispositivos como sensores, manómetros, indicadores de tiempo, dispositivos de registros y alarmas que están instaladas en las autoclaves y que nos informan del funcionamiento de la temperatura, la presión y otras funciones mecánicas del mismo.
- **Controles químicos.** Son dispositivos que contienen sustancias químicas que cambian de color cuando se exponen a una o más variables críticas del proceso. Los indicadores químicos son específicos para cada proceso de esterilización. Este tipo de indicadores pueden ser externos, los cuales se ven a simple vista, o internos, que están dentro de los paquetes o contenedores (cajas).
- **Controles biológicos.** Los indicadores biológicos son los más seguros. Consisten en utilizar organismos vivos con el objetivo de garantizar el proceso de esterilización. Están formados por un tubo, en cuyo interior hay una espora. El indicador biológico se empaqueta según el ciclo de esterilización que se vaya a usar. Después de su utilización se introducirá en la incubadora el tiempo que indique el

fabricante y pasado este tiempo haremos la lectura tomando nota de los resultados para introducirlos en el registro de los controles. *Test de Bowie-Dick.* Es una prueba que se hace diariamente a las autoclaves de vapor de agua con prevación. Se realiza antes de la primera carga de la mañana. El paquete de prueba de Bowie-Dick emplea indicadores químicos en forma de cinta adhesiva, que se pega a un papel apropiado para formar un aspa, la cinta indicadora se oscurecerá si se elimina todo el aire y la hoja mostrará un oscurecimiento uniforme. Las hojas del test de Bowie-Dick se guardarán con todos los datos cumplimentados y firmados por la persona que lo haya realizado.

La realización de todos estos controles y pruebas nos ayuda en nuestro trabajo diario para garantizar que el material que se procesa en la central de esterilización se encuentra en correctas condiciones para ser utilizado y dar tranquilidad y confianza al paciente y al personal hospitalario que lo utiliza.

Informática y trazabilidad

La informática es la herramienta que se utiliza en la central de esterilización para registrar la gran cantidad de material que se procesa en ella. Al ser tan grande el volumen de material y tener que registrar todo el proceso desde su entrada hasta su salida usamos la trazabilidad, que es una gran herramienta de trabajo que nos permite tener información acerca de en qué punto del proceso de esterilización se encuentra el material. Con este método de trabajo queda todo registrado: el tipo de material, la cantidad, la procedencia, el tipo de limpieza, el tiempo requerido en el procesamiento de esterilización, el personal que lo realiza, la fecha de esterilización y de caducidad y la persona que lo entrega. Al estar la central de esterilización tan informatizada

y con la ayuda de la trazabilidad se tiene un gran control del material: se registran las roturas del material, las incidencias con las lavadoras, autoclaves, selladoras y las incidencias con otros servicios del hospital. Al poseer estas herramientas, realizamos nuestro trabajo en mejores condiciones y, por lo tanto, mejoramos la calidad asistencial en los pacientes.

Esterilización en el punto de uso

Estos procesos de esterilización se realizan fuera de la central de esterilización, como consultas externas, gabinetes, laboratorio y quirófano. Tienen que cumplir los mismos requisitos que en la central de esterilización, como: los controles biológicos, los registros de las cargas, las revisiones, el mantenimiento de los esterilizadores y el archivo de la documentación.

Esterilizadores de pequeña capacidad (miniclaves)

Son aparatos de volumen de cámara no mayor de 60 l, con un espacio útil de 54 l y un diámetro no inferior a 35 cm. Son de gran utilidad en el área quirúrgica para la esterilización de material que se precise al instante. Esterilizan a 135 °C durante 5 min. material sin embolsar y no se puede almacenar el instrumental esterilizado por este método. El control biológico que se utiliza en la primera carga se pone a incubar y se puede leer el resultado a la hora. Todos los ciclos tienen que ser registrados constando la carga, la hora, el día, los resultados del control y la persona que lo realiza. ●

Bibliografía recomendada

Limpieza y Desinfección de Material Sanitario. Palma de Mallorca: Formación de Enfermería Hospital Son Llàtzer; 2010.
Prevención y Control de la Infección Nosocomial. Govern de les Illes Balears. Plan de Salut 2003-2007. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut i Consum;.
Unidad Central de Esterilización. Estándares y Recomendaciones, Informes, Estudios e Investigación 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
Wikipedia.org



Dossier

La infección por el VIH

Prólogo

Detectar, educar y acompañar para vivir mejor con la enfermedad

Sumario:

Dossier coordinado por
Ingrid Choucraallah

- De la seropositividad al sida
- La asistencia a las personas afectadas por el VIH
- La educación terapéutica del paciente portador del VIH
- La prevención combinada de la infección por el VIH

El VIH/Sida constituye uno de los principales retos sanitarios y sociales de salud pública en el mundo. En torno a 30.000 personas desconocen que padecen VIH. Luchar contra esta infección implica movilizar mecanismos, especialmente impedir la difusión de la epidemia y reducir la atención tardía. Uno de los retos es la lucha contra la difusión de la epidemia y la reducción de la atención tardía.

■ **La infección con VIH/sida** es una patología crónica con numerosas repercusiones psicológicas y socioeconómicas sobre el individuo y su familia. La atención del paciente con VIH es global y se contempla a largo plazo; incluye tanto el acompañamiento desde que se anuncia la seropositividad como la vida cotidiana con ella. Incluye, además de los cuidados médicos, el apoyo psicológico, la educación terapéutica y nutricional, así como la ayuda económica o jurídica¹.

■ **Gracias a los progresos recientes en el acceso al tratamiento antirretroviral**, las personas que son seropositivas viven en la actualidad más tiempo y con un mejor estado de salud. El número de personas mayores de 60 años con VIH aumenta sin cesar.

■ **El día mundial de la lucha contra el sida**, que se celebra cada 1 de diciembre desde 1994, es la ocasión para que los poderes públicos muestren su compromiso constante con esta lucha y de informar de los avances realizados. Entre 2011 y 2015, el lema de la Organización mundial de la salud es “Objetivo cero: cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida”. ●

Ingrid Choucraallah
Directora del IFAS

¹ VIH/sida : cuidado de los pacientes, 2014, www.sante.gouv.fr

Enfoque

De la seropositividad **al sida**

- **Se desarrolla progresivamente hasta su última fase: el sida.**
- **El objetivo del tratamiento antirretroviral es evitar que la infección avance.**

Palabras clave

- Infección oportunista
- Seropositividad
- Sida
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Treinta años después del descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el tratamiento, los cuidados médicos y el diagnóstico de las personas afectadas han experimentado grandes avances. Comprender el proceso infeccioso e identificar los riesgos de contagio permiten mejorar la calidad de los cuidados en las diferentes fases de la patología en un enfoque global y personalizado.

Clínica

El VIH pertenece al grupo de los retrovirus, siendo el huésped susceptible el ser humano. Dos virus, el VIH-1 y el VIH-2, son el origen de una patología que evoluciona durante varios años y cuya última fase es el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

■ **La primoinfección** es el conjunto de las manifestaciones relacionadas con la infección aguda por el virus. Es sintomática en el 45-85% de los casos, en función de la forma de contagio, la frecuencia de exposición, la cantidad de virus transmitidos y la carga viral del paciente contagiado.

■ **Los síntomas clínicos** son: fiebre (90%), mialgia (45%), poliartalgias, sudores, problemas digestivos, astenia y pérdida de peso. También resulta evocadora la presencia de lesiones cutáneas difusas y las manifestaciones bucales como la faringitis y las ulceraciones.

Evolución del VIH

■ **Fase A:** es el periodo entre la aparición de los anticuerpos hasta los primeros síntomas, en la

que se comprueba una alteración de la inmunidad. El sujeto se encuentra en buen estado de salud. En ocasiones, se pueden encontrar poliadenopatías. Algunos pacientes se encuentran en buen estado y no presentan infecciones a pesar de que su inmunidad esté muy alterada. La duración de la fase A es variable, desde varios meses hasta años.

■ **Fase B:** el paciente presenta manifestaciones clínicas relacionadas con la alteración de la inmunidad celular que no pertenecen a la enfermedad que define al sida. Las manifestaciones del paciente seropositivo en fase B son: alteración del estado general, angiomatosis bacilar, candidiasis orofaríngea, candidiasis vaginal recurrente, displasia del cuello uterino, leucoplasia oral vellosa, neuropatía periférica, púrpura trombopénica idiopática, salpingitis, zona recurrente o extendida.

■ **Fase C:** la fase C corresponde a la definición del sida. Un paciente clasificado en la categoría C permanece en ella de forma definitiva. Las manifestaciones clínicas que definen la fase sida (o fase C) son muy variadas y están relacionadas con las diferentes infecciones oportunistas o el cáncer en estados avanzados. Las principales infecciones oportunistas son:

Historia

■ **La enfermedad del sida se conoció antes de identificar el virus.** Entre los años 1979 y 1980 aparecieron los primeros casos de la enfermedad de Kaposi y de neumocitosis en la costa oeste de Estados Unidos, en la comunidad homosexual masculina.

■ **Es probable que el sida existiera en África,** responsable de la “*slim disease*”, enfermedad que altera el estado general y produce una pérdida masiva de peso, con una evolución mortal rápida.

■ **En 1996 se realizaron progresos importantes** con las triterapias y las cuadriterapias, cuya gran actividad antirretroviral modifica la evolución de la infección por VIH. De esta manera, se convierte en una enfermedad crónica que evoluciona a lo largo de los años y ya no es letal.

- **Infecciones bacterianas:** tuberculosis, neumopatía bacteriana, septicemia por *Salmonella*, infección con *Mycobacterium tuberculosis*, etc.
- **Infecciones parasitarias** causadas por protozoos: toxoplasmosis cerebral, neumopatía con *Pneumocystis carinii*, etc.
- **Infecciones fúngicas:** candidiasis esofágica, candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar, etc.
- **Infecciones virales:** retinitis por citomegalovirus, infección herpética, encefalopatía con VIH, etc.
- **Neoplasia asociada al VIH:** sarcoma de Kaposi, linfoma, cáncer invasivo del cuello, etc.
- **Síndrome caquético** relacionado con el VIH.

Contagio

■ **En la actualidad, el contagio se produce esencialmente por vía sexual**, pero puede deberse a los intercambios de jeringuillas entre los toxicómanos, durante el embarazo o la lactancia si se desconoce la existencia de la patología o si el tratamiento no es adecuado, o bien en caso de accidente de exposición a sangre (AES).

■ **En el último caso, el riesgo de contagio al cuidador está muy relacionado con el nivel de carga viral plasmática** del paciente portador en el momento del accidente. La mayoría de las heridas se producen después, al eliminar el material. Este tipo de accidente puede evitarse tomando las precauciones estándar.

■ **Cabe destacar que no se permite la lactancia**, ya que se trata de un vector de contagio.

Cómo actuar en caso de accidente por exposición sexual

Se recomienda que las personas que hayan tenido una relación sexual de riesgo (se ha olvidado el preservativo o este se ha roto) acudan lo más rápidamente posible a urgencias, donde se le administrará un tratamiento preventivo antirretroviral si es necesario.

■ **En un primer momento, se propone una prueba rápida de serología VIH** para la persona que se encuentra supuestamente en riesgo, si es posible, y una prueba a la persona que acude a urgencias.

■ **Si el médico decide** que existe un riesgo de contaminación, **se recomienda un tratamiento antirretroviral de 7 días**.

■ **Se le da una cita antes del séptimo día con el inmunólogo** para decidir si se continúa con el tratamiento.

■ **Si el riesgo es real**, el tratamiento dura un mes.

■ **Se realizarán controles sanguíneos** con el objetivo de supervisar que el tratamiento no es nocivo y que no se produce seroconversión en el paciente. El tratamiento preventivo, si se toma de forma correcta, resulta eficaz.

Cómo actuar en caso de accidente de exposición a sangre

El comportamiento es el mismo en caso de pinchazo o corte. Se recomienda lavar la herida con abundante agua y jabón suave, enjuagarla abundantemente, secarla y aplicar lejía diluida sin provocar sangrado por remojo de la zona dañada y presentarse en urgencias. Deberá declararse el AES.

Tratamientos

A título individual, el objetivo principal del tratamiento antirretroviral (ARV) es evitar la progresión hacia el sida y la muerte, manteniendo o restaurando el número de CD4 (linfocitos T4 por encima de los 500/mm³).

Para conseguir este objetivo y disminuir los efectos patógenos del VIH, el tratamiento ARV debe hacer que la carga viral plasmática (CV) sea indetectable, lo que maximiza la restauración inmunitaria y minimiza el riesgo de selección de virus resistentes y reduce la morbilidad asociada al VIH.

■ **Antes de poner en marcha un tratamiento, se realizan numerosos análisis**. Con el objetivo de proponer el tratamiento más adecuado, se realizará un examen general del paciente y un genotipo de resistencia viral.

■ **Actualmente, se propone el tratamiento lo más rápidamente posible**, para evitar que el sistema inmunitario se degrade. Los tratamientos son mucho menos difíciles de tomar que antes y se prescribe un menor número de pastillas (hoy en día, existen terapias de una única toma y un comprimido único que combina tres ARV). El tratamiento precoz permite también que la infección no se propague.

Conclusión

Aunque el número de diagnósticos de pacientes con seropositividad de VIH está disminuyendo en los últimos años, la epidemia continúa activa, especialmente en poblaciones vulnerables. ●

Práctica de cuidados

La asistencia a las personas afectadas por el VIH

Los cuidados de las personas con VIH/sida no son únicamente de carácter médico.

- **Implican la capacidad del cuidador para estar presente al lado de la persona y para responder a sus preguntas teniendo en cuenta las necesidades psicológicas y socioeconómicas.**
- **Su objetivo es favorecer la adhesión a los cuidados, especialmente el cumplimiento del tratamiento a largo plazo.**

Palabras clave:

- Acompañamiento
- Comunicación
- Nutrición
- Cumplimiento del tratamiento
- Seropositividad
- Sida
- Cuidados

NOTA

1 Las células CD4 o linfocitos T son glóbulos blancos que organizan la respuesta del sistema inmunitario con las infecciones. Son el objetivo del VIH.

2 Cantidad de virus en la sangre.

3 Combinación de al menos tres medicamentos antirretrovirales en una única píldora, administrada una vez al día.

El acompañamiento de las personas afectadas por el VIH/sida es multidisciplinar y está basado en la intervención de varios profesionales con competencias complementarias: médicos, enfermeras, técnicos en cuidados de enfermería, psicólogos, fisioterapeutas, dietistas, asistentes sociales...

La recepción del paciente

El Técnico en Cuidados de Enfermería supervisa las condiciones de recepción del paciente, teniendo en cuenta la angustia de los pacientes y sus familiares, especialmente durante el primer contacto con las personas encargadas de su atención o en caso de que la enfermedad se complique. Para orientar los cuidados, el Técnico en Cuidados de Enfermería se informa sobre los antecedentes: fecha de diagnóstico, conocimientos sobre la enfermedad/falsos mitos, cumplimiento del tratamiento, tasa de CD4¹ y carga viral².

El acompañamiento relacional

■ **Al comunicar la enfermedad, es necesaria una explicación** para establecer la confianza y responsabilizar a la persona en lo que respecta a la prevención y el cumplimiento de los tratamientos. El paciente se encuentra ante un proceso largo y difícil por sus consecuencias sociales y afectivas pero también por la incertidumbre del futuro, con fre-

cuencia por ignorancia sobre los avances en el tratamiento.

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería muestra un espíritu abierto**, supera sus propios prejuicios y estereotipos y anima a la persona a que exprese sus sentimientos. Reconoce los signos de angustia psicológica (silencio, llantos, mirada esquiva...). En los cuidados, incluye un respeto por la persona, su cultura, su historia, su religión, sus creencias, su comportamiento, su representación de la enfermedad, su nivel de tolerancia y sus capacidades para hacerle frente.

■ **Plantearse las preguntas correctas** (necesidades del paciente, aceptación de que es seropositivo) y comprender las fases de evolución de la enfermedad son indispensables para que los cuidados sean eficaces.

El cumplimiento del tratamiento

Los pacientes en multiterapias se enfrentan a dificultades para cumplirlas y para adaptarse a un tratamiento a largo plazo, activo pero exigente por sus efectos secundarios. Tienen que reinvertir en proyectos de vida, pierden la autoestima, anhelan tener un hijo, sufren incertidumbre por el futuro, etc.

■ **El objetivo principal del tratamiento antirretroviral es evitar infecciones oportunistas** e impedir la progresión hacia el sida. Debe ini-

ciarse antes de que la tasa de CD4 sea inferior a los 500 CD4/mm³.

■ **El cumplimiento es esencial para el éxito terapéutico.** Depende de la comprensión de la enfermedad y de los tratamientos, de la integración de estos últimos en la vida cotidiana, de la gestión de los imprevistos (olvido, abandono repentino), del estado psicológico y de la integración social (derechos sociales) del paciente.

■ **La ausencia de vacuna y las multiterapias provocan en ocasiones efectos secundarios**, entre los que se encuentran: náusea, vómitos, astenia, anorexia, fiebre, diarrea, reacciones cutáneas, etc. El inicio de un tratamiento antirretroviral debe ser un trabajo de equipo para optimizar la adhesión.

El control nutricional

La malnutrición puede agravar la alteración del sistema inmunitario provocada por el virus.

■ **Diferentes factores pueden provocar la malnutrición:** dificultades económicas, falta de apetito, episodios de fiebre repetitivos, infecciones oportunistas (tuberculosis), problemas de digestión, candidiasis orales y/o esofágicas.

■ **La nutrición debe basarse en los hábitos alimentarios.** El Técnico en Cuidados de Enfermería puede aconsejar una alimentación variada, equilibrada, limitando las carnes grasas y dando prioridad a las

Respetar en la práctica profesional

La discriminación de las personas seropositivas supone un obstáculo para los cuidados, ya que se rompe la relación de confianza con el cuidador.

■ **Se manifiesta en comportamientos** como: formular preguntas no apropiadas, mostrar signos de incomodidad durante los cuidados, rechazo a tocar al paciente o entrar en la habitación, tomar precauciones inútiles, posponer los cuidados, etc.

■ **Las causas son:** la falta de conocimientos, juicio moral a las personas o a su comportamiento, acercamiento con prácticas "ilícitas" en el ámbito de la sexualidad o de la droga, el miedo a la muerte, enfermedad, al contagio, la relación con la religión y la convicción.

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería aborda al paciente** desde el respeto de la dignidad y la intimidad de la persona, integrándola en su práctica profesional. Esto permite que el paciente sienta confianza para hablar sobre ello.

Ingrid Chourallah

Fuente: Gagnon M. *Repenser la stigmatisation liée au VIH en milieu de soins de santé*. 2014. www.cocqsida.com/assets/fj/les/Sommaire-recherche-RepenserStigmatisation_17juillet2014.pdf

carnes blancas, pescado, cereales, tubérculos, frutas frescas, alimentos feculentos, alimentos grasos (con moderación), legumbres y cítricos.

Conclusión

El respeto de la confidencialidad, la tolerancia, el dominio de sí mismo y las técnicas de comunicación contribuyen a un acompañamiento de calidad. El objetivo es ayudar a las personas que viven con VIH a que se conviertan en actores autónomos frente a su enfermedad. Este acompañamiento debe ser adaptado a sus necesidades y les debe proporcionar toda la información necesaria para comprender la enfermedad, la apropiación de su estado serológico y la valoración de sus competencias para poner en marcha estrategias de adaptación. ●

Acompañamiento

La educación terapéutica del paciente portador del VIH

- **La educación terapéutica del paciente portador del VIH persigue varios objetivos: conocimiento de la enfermedad, cumplimiento del tratamiento y protección del entorno.**
- **Asimismo, proporciona directrices para la asistencia psicológica y social.**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la educación terapéutica del paciente (ETP) tiene como objetivo ayudar al paciente a adquirir o mantener las competencias necesarias para gestionar su vida con una enfermedad crónica de la mejor manera posible. La ETP está destinada a reducir la mortalidad, la morbilidad y el número de hospitalizaciones.

La primera consulta

Durante la primera consulta, se recuerda al paciente el objetivo del tratamiento y, sobre todo, que no se le juzgará. Esta consulta permite conocerlo (tras haber revisado el historial para no repetir algunas preguntas relacionadas con la historia de la enfermedad o su situación familiar), comprender lo que sabe acerca de su infección y cómo la vive de forma cotidiana. Este último punto permite formular un diagnóstico educativo basado en 4 ejes (cognitivo, conductual, emocional y social) y ayudar al paciente a que se formule las preguntas adecuadas y se fije objetivos para mejorar sus condiciones de vida.

Ejes del diagnóstico educativo

A nivel cognitivo

- **Conocer las diferentes formas de transmisión.**
- **Comprender la infección por el VIH** y saber explicar el seguimiento biológico (tasa de células CD4 y car-



ga viral), reconocer las enfermedades oportunistas del VIH y diferenciar entre la seropositividad y el sida.

■ **Conocer su tratamiento:** comprender la prescripción, reconocer los medicamentos, conocer los efectos secundarios, cómo y por qué es posible que no funcionen los tratamientos, conocer las mutaciones y las resistencias.

A nivel conductual

■ **Saber utilizar los medios de protección** o en su defecto practicar relaciones sexuales de menor riesgo (les proporcionamos los preservativos).

■ **Saber utilizar un pastillero** (se le proporciona).

■ **Saber reducir los riesgos** de comorbilidad¹.

■ **Conocer la conducta que hay que adoptar** si se produce un olvido o un desfase horario en la toma de medicamentos, si existe un proyecto de embarazo, durante un viaje, si se rompe un preservativo o cualquier otro riesgo.

Palabras clave

- Consulta
- Diagnóstico educativo
- Educación terapéutica del paciente
- VIH

NOTA:

¹ Presencia de una o varias alteraciones asociadas a una enfermedad primaria.

PATRICIA RONCOLI
Enfermera
Hôpital Henri-Mondor AP-HP,

A nivel emocional

- **Ayudar a la persona** a comunicar, si así lo desea, su enfermedad a sus allegados.
- **Explicar** el papel de las asociaciones.
- **Proponer** consultas con el psicólogo.

A nivel social

- **En el caso de nuevos pacientes**, explicar que existe la posibilidad de unos cuidados completos. Estos cuidados los solicitará el hospital o el médico encargado.
- **El paciente conocerá los lugares** (ayuntamiento, asociaciones, la oficina de empleo, etc.), lo que le permitirá, en caso necesario, encontrar formación o un empleo para que se reinserte en la sociedad.

■ **En el caso de pacientes en situación irregular**, la asistente social explica qué hacer para obtener un permiso de residencia. ●

La infección por el VIH

La prevención combinada de la infección por el VIH

- **La prevención de la infección por el VIH ya no se limita al acceso a los medios de protección clásicos como el preservativo o los programas de intercambios de jeringuillas.**
- **La combinación de estrategias de prevención es necesaria para responder mejor a las necesidades y a la realidad de las personas.**

Palabras clave

- Prevención
- Prevención combinada
- Reducción de los riesgos
- VIH

La “prevención combinada”, nuevo paradigma¹, engloba un conjunto de estrategias de prevención de la infección por el VIH:

- **Intervenciones conductuales:** acciones de reducción de los riesgos y consumo de drogas, educación sexual, educación terapéutica, etc.
- **Intervenciones biomédicas:** tratamiento de las personas infectadas (tratamiento preventivo), tratamiento de las personas expuestas (profilaxis preexposición oral), tratamiento postexposición, etc.
- **Diagnóstico:** convencional (prueba de inmunoabsorción enzimática Elisa, Westernblot), test de diagnóstico rápido (TDR), autotest (en fase de evaluación), etc.
- **Prevención política y social** con el establecimiento de un marco legal que respete los derechos.

Las estrategias de prevención

- **Preservativos masculino y femenino.** El preservativo presenta una eficacia reconocida.

En su versión femenina, es una herramienta de autonomización de la mujer para la prevención. Sin embargo, es poco accesible y más caro que su homólogo masculino.

■ **Reducción de los riesgos (RdR) dirigida a los consumidores de drogas.** Este modo de prevención ha resultado eficaz (este vector representa el 2% de los contagios a día de hoy, frente al 30% en 1990).

■ **Papel de las personas seropositivas y reducción de la carga viral.** El progreso científico del tratamiento ha permitido a las personas que son seropositivas implicarse en su prevención. Para un paciente seropositivo en tratamiento, con una carga viral no detectable, el riesgo de contagio del VIH es casi inexistente, por lo que es necesario promover la noción de prevención “positiva”.

■ **Los tratamientos antirretrovirales (ARV)** desempeñan un papel importante en la prevención del contagio de madre a hijo

(PCMH). El TPE evita el contagio si se toma en las 48 horas posteriores (como máximo) a la exposición al riesgo.

■ **Se recomienda el TP** para todas las personas que son seropositivas.

■ **La PrEP está en fase de prueba**, por ejemplo, con los geles microbicidas.

■ **Investigación sobre vacunas.** Desde hace 30 años se han realizado numerosos ensayos (vacunas terapéuticas y profilácticas), pero los resultados son modestos y parciales.

■ **Las acciones y mensajes de prevención dirigidas** implican a los jóvenes, que son el público más expuesto.

Conclusión

El progreso científico, la información y la accesibilidad a las herramientas existentes y utilizables constituyen los principales retos de una política de prevención eficaz e innovadora. ●

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. Infiere 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-I 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-

dor 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 de 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

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

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

(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 rutinizar 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, recogemos 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 Oraldine®, 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.
- Llavorador Sanchis J. Temas 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.

► Lectura

Big Time: la gran vida de Perico Vidal

- **Autor:** Marcos Ordóñez
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Páginas:** 288
- **Precio:** 18,95 euros
- **Precio e-book:** 9,99 euros

Hostal Vidal, así fue bautizado el ático de Príncipe de Vergara de Perico Vidal, la mano derecha de Hollywood, por el que desfilaron todos los artistas que aterrizaron en el Madrid de los años sesenta y setenta.



Su trabajo como asistente, ayudante de dirección o encargado de casting, entre otros, y su gusto por el alcohol, las fiestas, el jazz y las mujeres, le convirtieron en el mejor amigo de Frank Sinatra en España, le proporcionaron un asiento al lado de la viuda de David Lean en el funeral del director, y consiguieron que Jane Fonda y Roger Vadim le acompañaran al altar en Las Vegas.

Perico Vidal entró en el cine gracias a Orson Welles, quien, tras una entrevista en el festival de Cannes, le preguntó "Voy a rodar *Mr. Arkadin* en España, ¿quieres ser mi asistente?". A partir de ese momento, estuvo presente en casi todas las grandes cintas filmadas en

España. Trabajó, especialmente, con David Lean, a quien conoció en *Lawrence de Arabia*. Pero también lo hizo con Stanley Kramer (*Orgullo y pasión*) y con Joseph L. Mankiewicz (*De repente el último verano*), entre otros.

Marcos Ordóñez ofrece una lectura cargada de anécdotas, vivencias y humanidad sobre la vida de uno de los hombres del cine más importantes de nuestro país. Años de conversación con el protagonista - del 2003 al 2010, fecha en que nos deja-, se completan con los recuerdos de Alana, la hija de Perico, creando unas páginas llenas de magia que cuentan la vida de un hombre y respiran la atmósfera de un Madrid que ya no existe.

► Varias actividades

Qvixote 2015

- **Lugar:** Castilla La Mancha
- **Fecha:** año 2015

Hace 400 años, uno antes de su muerte, Miguel de Cervantes escribió la segunda parte de "El ingenioso caballero Don Quijote de la Mancha"; un aniversario que vestirá, durante todo el año 2015, a Castilla La Mancha de fiesta.

Los amantes de este mundo de molinos y gigantes tienen la oportunidad de disfrutar du-

rante todo el año de Don Quijote, Sancho Panza, Dulcinea... a través de múltiples actividades -exposiciones, lecturas, eventos deportivos o distintos espectáculos-, que se reparten por las diferentes provincias castellano-manchegas.

Como aperitivo, señalar que desde marzo el Museo Santa Cruz de Toledo acoge la muestra "La moda del Siglo de Oro", que reúne más de 260 piezas entre trajes, orfebrería o escultura, procedentes de distintos lugares como Francia, Hungría, Polonia, Italia o Portugal.

En abril, Albacete se convertirá en el escenario de la XIX Feria de las Artes Escénicas de Castilla La Mancha. Qvixote 2015, se pondrán en marcha los encuentros académicos organizados por la Sociedad Cervantina de Esquivias y se estrenará "El Ballet de Don Quijote", espectáculo a cargo del Ballet Bolshoi, que pasará por el Teatro Quijano de Ciudad Real, el Auditorio de Cuenca, el Buero Vallejo de Guadalajara o los palacios de congresos de Toledo y Albacete.

La compañía Ron Lalá también estará presente en este aniversario y el 12 de mayo estrenará en Ciudad Real "En un lugar del Quijote", espectáculo que recorrerá distintos puntos de la comunidad.



Junio, julio, agosto, septiembre,...las personas interesadas podrán acercarse a Miguel de Cervantes y a su ingenioso hidalgo en cualquier momento del año a través de un programa cargado de actividades para todos los gustos.

► Cine

Inherent vice (Puro Vicio)

- **Director:** Paul Thomas Anderson
- **Género:** Thriller. Comedia
- **Nacionalidad:** Estados Unidos
- **Estreno:** 20 de marzo de 2015

El amante, el ex marido y, por supuesto, la *femme fatale*, son el trío protagonista de *Puro Vicio*, la adaptación que Paul Thomas Anderson hace de la novela homónima de Thomas Pynchon.



Doc Sportello, detective privado, se enzarza en la búsqueda de su ex, la seductora Shasta, y el nuevo amante de ella, un magnate inmobiliario, desaparecidos en el escenario psicodélico de Los Ángeles de finales de los años sesenta; atmósfera que le permite a Anderson transportar al espectador a una trama, cercana a la novela negra clásica, en la que sobran los escrúpulos y nada es lo que parece. ●

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____

N.I.F. _____ Domicilio _____

Nº _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ Tlf.: _____ Móvil _____

Email _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

- D0001** Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 8,9 créditos) **99 € afil.- 129 € no afil.**
- D0002** Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: traumatismos y quemados (80 h.- 8,2 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- D0003** El paciente ostomizado. Cuidados y técnicas del AE/TCE (70 h.- 8,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0004** Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (21 h.- 3,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0005** Atención y cuidados del TCE/AE durante el proceso de duelo (21 h.- 2,1 créditos) **25 € afil.- 34 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0006** Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (67 h.- 6,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0007** Atención del equipo de enfermería ante enfermedades inmigrantes por la globalización. Cuidados del AE/TCE (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0008** Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- D0009** Atención y cuidados del TCE/AE al paciente trasplantado (65 h.- 3,7 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0010** Cuidados del AE/TCE al paciente con patología digestiva (65 h.- 7,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0011** Técnicas y cuidados del AE/TCE en ginecología y obstetricia. Módulo: cuidados para la salud de la mujer (70 h.- 6,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0012** Cuidados del AE/TCE en la alimentación del paciente oncológico (21 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0013** Cuidados, prevención y curas de la piel. Atención del AE/TCE en las úlceras por presión (50 h.- 5,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0014** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato a los ancianos (40 h.- 3,6 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0015** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato de género (40 h.- 3,5 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0016** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato infantil (50 h.- 3,9 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0017** Cuidados del equipo de enfermería en el control de las enfermedades nosocomiales. Cuidados del técnico (60 h.- 5,6 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0018** Cuidados del AE/TCE al paciente infeccioso (21 h.- 1,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0019** Cuidados del AE/TCE en la unidad de urología (50 h.- 4 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0020** Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (21 h.- 2,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0021** Cuidados intensivos para AE/TCE (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0022** Cuidados materno infantiles para AE/TCE (65 h.- 4,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0023** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo I (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0024** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo II: patologías (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0025** Cuidados y técnicas del AE/TCE en servicios especiales: obstetricia y ginecología. Módulo control fetal (21 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0026** Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (50 h.- 4,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0027** Cuidados y técnicas para AE/TCE en atención especializada (50 h.- 5,8 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0028** El AE/TCE en cuidados y complicaciones de los accesos vasculares en pacientes dializados (21 h.- 2,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0029** El AE/TCE en ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato (40 h.- 4,9 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0031** El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (21 h.- 2,3 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0032** El AE/TCE en el servicio de diálisis. Cuidados, técnicas y atención al paciente dializado (65 h.- 5,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0033** El AE/TCE en servicios especiales. Módulo 2. Urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0034** El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0035** El equipo de enfermería y la dispensación de medicamentos. Cuidados del TCE/AE (40 h.- 4,7 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0036** El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del AE/TCE (50 h.- 5,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0037** El AE/TCE en servicios especiales: urgencias urológicas (70 h.- 3,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0038** Técnicas, cuidados y atención de personas mayores. Cuidados geriátricos (100 h.- 7,5 créditos) **99 € afil.- 129 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0039** Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (21 h.- 1,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € afil.**
- D0040** Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0041** Cuidados del AE/TCE en pacientes con apnea del sueño (21 h.- 1,1 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0042** Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0043** El equipo de enfermería en la atención ante el Alzheimer y otras demencias. Cuidados del TCE/AE (70 h.- 3,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0044** Oncología pediátrica para AE/TCE (70 h.- 5,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0046** Anorexia y Bulimia: trastornos de la conducta alimentaria. Atención y cuidados del TCE (40 h.- 5,1 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0048** Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (21 h.- 2,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0049** Técnicas y cuidados del AE/TCE ante las enfermedades cardíacas. Módulo I. Electrocardiografía básica (21 h.- 2,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0055** Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico)

LÍMITE ALUMNOS: 100 (por edición) **Forma de pago:** Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente (a nombre del titular del curso).

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".

XXVI CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA Y DE FARMACIA

CEUTA 27, 28 Y 29 DE MAYO DE 2015

EL TÉCNICO AVANZANDO HACIA NUEVOS RETOS

- GLOBALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES
- ATENCIÓN AL PACIENTE INMIGRANTE
- ENFERMEDADES POCO FRECUENTES
- AYUDA INTERNACIONAL

