

La enfermera de UCIP como coordinadora del equipo multidisciplinar

A. Carrasco Domingo

Corporació Sanitaria Parc Taulí Hospital Universitario.

INTRODUCCIÓN

La complejidad de los pacientes que se encuentran en las Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), requieren de una alta capacitación y cualificación específica para su abordaje y gestión durante el periodo que dura su estancia en dicha unidad. Los permanentes avances científicos y tecnológicos aplicados a la atención médica han hecho posibles la supervivencia de pacientes con afecciones cada vez más complejas, modificando la epidemiología de las enfermedades en la infancia⁽¹⁾. Los múltiples cuidados y tratamientos que requieren, obligan a que el personal sanitario este en continuo aprendizaje en diferentes ámbitos, no solo en lo que se refiere a la formación estrictamente sanitaria, sino también en relación a las novedades tecnológicas y el campo de la investigación, para ofrecer una atención lo más integradora posible.

Este personal de enfermería, continuamente a pie de cama del paciente, tiene la formación profesional de procurar cuidados de forma integral, puede identificar las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del niño y su familia⁽²⁾. La integración de todos estos aspectos en el día a día de una Unidad de Críticos, con una alta carga asistencial, escasez de recursos, tanto materiales y personales⁽³⁾, conforma una compleja tarea, por ello es de vital importancia el trabajo en equipo, no solamente la unidad básica entendida como médico-enfermera-auxiliar (TCAE *Real Decreto 184/2015*), sino todo un grupo de profesionales con sus disciplinas para poder dar cobertura a todos los problemas y necesidades del paciente durante cada etapa de su enfermedad, en el empeño de su recuperación u ofreciendo el mayor confort y soporte en el tránsito de los casos en situaciones terminales.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud 2010) no es suficiente con que los trabajadores de la salud sean simplemente profesionales. En la actual situación global los trabajadores también necesitan ser interprofesionales⁽⁴⁾ y junto a aumento de las necesidades de la población se hace indispensable la creación de equipos multidisciplinarios para dar cobertura a los infantes en estado crítico.

Estos equipos interprofesionales son los que hoy día se conoce como multidisciplinarios, se definen como aquel conjunto de individuos cuyo rol e identidad profesional está claramente establecida, el liderazgo es normalmente jerárquico y la participación del individuo (con un objetivo común) consiste en aportar su experiencia de forma aislada junto con el resto de profesionales que integran el "equipo"⁽⁵⁾.

La responsabilidad de gestionar la interacción de todas estas disciplinas en beneficio del paciente de la Unidad de Críticos recae en los profesionales de enfermería que, por su constante proximidad con el paciente, hacen obligatoriamente de enlace entre los diferentes profesionales que pasan uno a uno por los boxes de la UCIP; ¿cómo coordinar y conllevar esta gestión con las actividades de enfermería de la jornada?, ¿cómo interfiere esta responsabilidad

en nuestra práctica diaria?, ¿es el profesional de enfermería un coordinador o gestor multidisciplinar "en la sombra" sin reconocimiento?, ¿o entendemos y damos por supuesto que esta labor es intrínseca del cuidado al paciente?

LA ENFERMERA Y LA COORDINACIÓN

Tradicionalmente, en la formación académica de enfermería se abanderaba la visión holística del paciente, pero en estos últimos tiempos, toma énfasis el conocimiento científico y la enfermera además debe adoptar un rol basado en la evidencia científica⁽⁶⁾.

El rol de coordinación esta escasamente resuelto por la bibliografía⁽⁷⁾. La coordinación en el campo de enfermería está básicamente supeditado a las técnicas y funciones jerárquicas de supervisión, gestión de servicios o tal como se plantea recientemente la enfermera gestora de casos.

El paciente pediátrico por sus peculiaridades (diferentes edades, gran variabilidad de patología exclusiva de la infancia, paciente en pleno desarrollo psíquico, motor y social, la enfermedad pediátrica con alto impacto familiar⁽⁸⁾...) requiere de un personal con una visión más allá de la mera enfermedad. Esto hace que el personal de enfermería sea el candidato idóneo para dicha coordinación, ya que su experiencia y el constante contacto con los diferentes profesionales que asisten al paciente hacen que tenga una visión más periférica de la situación, no solo a nivel de patología, de efectividad de tratamiento o de empeoramiento/mejora del estado de salud, sino de otras necesidades del niño, la familia y su entorno.

Cabe mencionar que un profesional que proporciona constantemente cuidados a sus pacientes, que está en contacto con los diferentes miembros del equipo, y con amplios conocimientos y experiencia, hace que haya una mejora de los cuidados, aumento de la satisfacción del paciente- familia⁽⁹⁾, así como un mejor control de los tratamientos aplicados por distintas disciplinas, coordinar todos estos procesos hace de la enfermera garante de la seguridad paciente^(10,11).

LOS EQUIPOS

La falta de planificación entre los diferentes profesionales que asisten al paciente, el individualismo aséptico y no colaborativo de sus miembros, los objetivos comunes poco o mal definidos, las limitaciones de tiempo y recursos, son los grandes obstáculos a sortear o eliminar en pro del buen funcionamiento del equipo⁽¹²⁾.

En la literatura revisada, se menciona la falta de comunicación entre los miembros del equipo de trabajo en los centros sanitarios, como uno de los mayores problemas para la consolidación de equipos, la información, no es percibida como efectiva y eficaz, evidenciándose la falta de comunicación como uno de los graves problemas para la gestión de equipos^(7,8).

La cooperación entre los distintos miembros del equipo y su resuelto compromiso ante objetivos de salud compartidos, se consideran como cualidades distintivas de la excelencia del cuidado⁽³⁾. Por ello, para alcanzar dicha excelencia se debe formar a personal de enfermería en liderazgo-coordinación, esta

educación interprofesional es solo el principio, el trabajo en equipo requiere práctica y este esfuerzo también debe tener lugar en entornos de prácticas⁽⁴⁾. Estudios realizados en Canadá, demuestran que la realización de sesiones en aulas de simulación, en escenarios de crisis, mejoran la comunicación y aumenta la confianza de los miembros de un equipo multidisciplinar y proporcionan una excelente herramienta para la enseñanza de nuevos procesos⁽¹³⁾.

¿QUÉ EQUIPOS?

En el ámbito sanitario al que pertenecemos, el equipo multidisciplinar es la agrupación más utilizada; en la bibliografía anglosajona o americana por contra destacan los equipos interdisciplinarios y los transdisciplinarios.

Los equipos multidisciplinarios, son aquellos en los que hay un solo líder que coordina el resto de profesionales, los objetivos son comunes, pero cada disciplina trabaja de forma aislada e individualizada, y la evaluación que hacen del paciente es independiente de la del resto, y así se presenta al grupo^(5,6,15). En este caso, la familia no forma parte del equipo y es solo un mero espectador del trabajo a realizar por cada profesional⁽¹¹⁾.

Los equipos interdisciplinarios son aquellos en los cuales las decisiones son tomadas colectivamente, los resultados son compartidos y discutidos entre todos los miembros del grupo. Las diferentes disciplinas suelen trabajar en paralelo, persiste el líder único, pero participa del resto de actividades de las disciplinas y es constantemente informado de las evaluaciones del paciente. Por el contrario, la familia continúa al margen del grupo^(3,5,6,12).

Los equipos transdisciplinarios, no tienen un líder concreto, es rotatorio en función de las necesidades más urgentes del paciente, todas las disciplinas coexisten sin ser unas más importantes que el resto. No hay línea divisoria entre disciplinas, se difuminan entre ellas, conociendo así las actividades que realiza el otro y asumiéndolas como propias. El objetivo es común y claro, fomentando la comunicación entre sus miembros en pro del beneficio del paciente, y las estrategias aplicadas son constantemente evaluadas^(5,7,14). En esta forma de equipo, la familia tiene un papel relevante, donde participa activamente como miembro del grupo recibiendo toda la información necesaria y hace de enlace con los pacientes, sobre todo con los adolescentes cuya enfermedad evoluciona hacia una cronicidad, haciéndoles conocedores de su estado de "salud" y facilitando la independencia de sus cuidados^(7,11,15).

Como cualquier trabajo en equipo, los equipos trans e interdisciplinarios tienen sus ventajas y desventajas, como por ejemplo confusión entre sus profesionales por el entrelazado de sus disciplinas, que el liderazgo recaiga sobre un miembro poco resolutivo o con dotes escasas para serlo, la sensación de intrusismo profesional o la necesidad de mucho tiempo y recursos para poder reevaluar de forma periódica cada una de las actividades realizadas^(5,14), como ocurre en los equipos transdisciplinarios. Pero un entorno en el cual todos los miembros de un equipo son valorados por igual, se reconocen mutuamente y participan de las actividades del resto, asumiendo salir fuera de su zona de confort habitual sin roles adquiridos, despuntan como el futuro por lo que respecta al diseño de los grupos de trabajo, ¿será ese el camino a seguir?

UN RETO PARA LA ENFERMERÍA

La enfermera asistencial en el ámbito de críticos, debe de ser preparada para trabajar de manera colaborativa con otras disciplinas desde sus estudios iniciales^(7,10). La construcción de un equipo NECESITA de tiempo y compromiso de sus colaboradores para liberarse de su rol clásico, así como formación en habilidades comunicativas y en empatía profesional⁽⁶⁾.

La naturaleza de la ciencia enfermera, lleva a sus profesionales hasta el límite de sus funciones para poder integrar todos los conocimientos y habilidades ofrecidas por otras disciplinas⁽⁷⁾, para mejorar sus cuidados. Asimismo, la enfermería proyecta sus experiencias y conocimientos, enriqueciendo a su vez a los otros miembros del equipo, creando un ambiente de trabajo propicio para el buen funcionamiento del grupo.

El reto para enfermería, es ser reconocida en el rol de coordinación del equipo multidisciplinar, ofreciéndose como puente de enlace entre las distintas disciplinas que participan del cuidado y cura del paciente pediátrico. Su visión crítica de la situación, hace que vea al niño y su familia con los ojos de otras disciplinas identificando las necesidades que surgen del ingreso en UCIP^(7,10). No obstante, esta visión crítica, debe ser aprendida y entrenada, por ello es

importante que desde las universidades y escuelas de enfermería integren el trabajo en equipo, el liderazgo y la coordinación como parte esencial del cuidado enfermero, mejorando así el futuro de la profesión^(7,14,15).

CONCLUSIONES

Profesionalmente están reconocidos y asentados grupos multidisciplinarios en atención primaria, en enfermos de cuidados paliativos, EPOC, cardiopatías, paciente oncológico, tanto para el paciente pediátrico como para el adulto. No obstante, está escasamente descrito en la bibliografía existente el desarrollo y aplicación de técnicas de gestión y coordinación de enfermería en la Unidad de Críticos Pediátricos en relación al funcionamiento de equipos multidisciplinarios, dejando huérfana de reconocimiento a esta labor, la cual pasa desapercibida, asumiéndose como intrínseca e inherente a los cuidados de los pacientes.

Poner nombre al equipo, ya sea multi, inter o transdisciplinar, acaba por ser poco importante, ya que lo realmente relevante es que la propia inercia del trabajo en grupo da lugar a nuevas ideas, a inesperados puntos de vista y por qué no, a la posible creación de un grupo híbrido, más analítico, más sofisticado, más innovador en relación a los procesos a seguir y en la exploración de nuevos objetivos que motivan y mejoran el trabajo de equipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno L, Barbero G, Castellani P, et al. Estrategia para la atención de pacientes crónicos pediátricos en un Hospital de Alta Complejidad. Buenos Aires; Hospital el Cruce Néstor Carlos Kirchner; 2015.
2. Palominos E, López I. Competencias del profesional de enfermería de cuidados intensivos pediátricos: Reflexiones desde la mirada experta. *Rev Educ Cienc Salud*. 2011; 8: 19-24.
3. Rubio Rico L, Cosi M, Martínez C, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2006; 17: 141-53.
4. Gilbert J, Jean Y, Hoffman S. WHO (World Health Organization) Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice Source: J Allied Health. 2010; 39 (Suppl 1): 196-7.
5. Sherman O. Why interdisciplinary teamwork in healthcare is challenge. 2013. Disponible en <http://www.emergingnleader.com/why-interdisciplinary-teamwork-in-healthcare-is-challenging/>.
6. Potter T. Transdisciplinary: An Innovative Approach to Nursing Knowledge. *Creat Nurs*. 2013; 19: 64-9.
7. Stepan MB, Thompson CL, Buchanan ML. The Role of the Nurse on a Transdisciplinary Early Intervention Assessment Team. *Public Health Nurs*. 2002; 19: 238-45.
8. Ruiz A. Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. opinión de enfermería. *Rev Enferm CyL* 2013; 5: 59-66.
9. Sancho M, García P, Delgado-Hito, et al. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2015; 26: 3-14.
10. Carter N, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The role of nursing leadership in integrating clinical nurse specialists and nurse practitioners in healthcare delivery in Canada. *Advan Pract Nurs*. 2010; 23: 167-85.
11. Frazier A, Frazier H, Warren NA. A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2010; 33: 82-6.
12. Clar CS. Resistance to Change in the Nursing Profession: Creative Transdisciplinary Solutions. *Creat Nurs*. 2013; 19: 70-6.
13. Figueroa MI, Sepanski R, Goldberg SP, et al. Improving teamwork, confidence, and collaboration among members of a pediatric cardiovascular intensive care unit multidisciplinary team using simulation-based team training. *Pediatr Cardiol*. 2013; 34: 612-9.
14. Mitchell P. What's is a Name? Multidisciplinary, Interdisciplinary and Transdisciplinary. *J Prof Nurs*. 2005; 21: 332-3.
15. Swallow V, Smith T, Webb N, et al. Distributed expertise: qualitative study of a British network of multidisciplinary teams supporting parents of children with chronic kidney disease. *Child Care Health Dev*. 2014; 41: 67-75.
16. Innes K, Crawford K, Jones T, et al. Transdisciplinary care in the emergency department: A qualitative analysis. *International Emerg Nurs*. 2016; 25: 27-31.
17. McCallin AM, Frankson C. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *J Nurs Manag*. 2010; 18: 319-25.

18. Crawford G, Price S. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Palliat Care*. 2003; 179: 32-4.
19. Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvariño AM, Luque Pérez M, et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Intens*. 2006; 17: 141-53.
20. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E. An advanced practice nurse coordinated multidisciplinary intervention for patients with late-stage cancer: a cluster randomized trial. *J Palliat Med*. 2015; 18: 962-9.
21. Huston C. The Impact of Emerging Technology on Nursing Care: Warp Speed Ahead. *Online J Issues Nurs*. 2013; 18: 2.
22. Butler A, Copnell B, Willetts G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *J Clin Nurs*. 2014; 23: 2086-100.
23. Sibbald B, Laurant M, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust*. 2006; 185: 10-2.
24. Santamaría L, Pérez C. Papel de la enfermería hospitalaria en el cuidado del niño crítico. *Osasunaz*. 2003; 5: 67-74.
25. Calvo Mecías C. Atención del niño crítico en diversos niveles asistenciales. *Vox Paedia*. 2000; 8: 35-42.
26. Garriga D. Calidad de vida profesional de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. *Ag Inf*. 2008; 12: 8.
27. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. *Cienc Enferm*. 2015; 2: 11-20.
28. Lee Flicke C. Communication: A Dynamic Between Nurses and Physicians. *Med Surg Nurs*. 2012; 21: 385-7.
29. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30 (Supl 3): 113-28.
30. Fernández A, López I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *Int J Clin Health Psychol*. 2006; 6: 631-45.
31. Betancourt JA. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34: 359-63.
32. Véliz R, Caballero C. Factores del ambiente psicológico en las unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev Mex Pediatr*. 2000; 67: 33-7.
33. Extracto de la Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados.

El papel del fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

B. Planas Pascual

PT, MSc. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

La fisioterapia es una disciplina de la salud que no se puede limitar a un conjunto de procedimientos o técnicas. Debe ser un conocimiento profundo del ser humano. Para ello es fundamental tratar a las personas en su globalidad bio-psico-social por la estrecha interrelación entre estos tres ámbitos diferentes.

La **fisioterapia respiratoria (FTR)** es una especialidad en si misma dedicada a la prevención, tratamiento y estabilización de las disfunciones o alteraciones respiratorias, cuyo objetivo general es mejorar la ventilación regional pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Está constituida por una serie de técnicas y procedimientos especializados de valoración diagnóstica funcional del sistema respiratorio y por técnicas de intervención terapéutica de desobstrucción de las vías aéreas, de reeducación respiratoria y de re-adaptación al esfuerzo.

La FTR es una disciplina costo-eficiente siendo eficaz en el manejo de la patología crónica respiratoria y aguda (reagudizaciones con IRA, intervenciones quirúrgicas de alta complejidad como trasplantes pulmonares, cardíacos y hepáticos, así como otras intervenciones cardíacas o de tórax).

Es una especialidad de alta complejidad que requiere de actualización de forma continuada.

¿POR QUÉ ESTOS PACIENTES DEBERÍAN REALIZAR TRATAMIENTO?

El objetivo central en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) es la resucitación, estabilización y manejo de los procesos críticos de enfermedad. Esto conllevará un efecto deletéreo a nivel psicomotor.

La cultura de la inmovilidad tiene severas repercusiones a corto y largo plazo para los enfermos y sus familiares. Afecta negativamente en el ritmo circadiano e incrementando potencialmente el riesgo de delirium. Una posición ineficaz y movilidad limitada contribuye a la aparición de la debilidad adquirida en UCI (ICUAW) y también úlceras por presión. Por otro lado, los niños que sobreviven a su enfermedad crítica pueden experimentar problemas residuales a nivel perceptual, motor, psiquiátrico y de comportamiento.

Un inicio precoz dentro de un equipo multidisciplinar y especializado (médico intensivista, médico rehabilitador, fisioterapeuta, enfermera, terapeuta ocupacional, logopeda, psicólogo...) favorece una disminución de patologías asociadas al paciente crítico (ICUAW) y en el número de complicaciones, reducción del tiempo de ventilación mecánica (VM) una disminución de la estancia en la unidad de críticos, y un alta a planta en condiciones psicomotrices y respiratorias más favorables.

Las guías actuales ponen en valor la actuación precoz y global en las UCI, objetivando un aumento en la producción científica en este campo ya que se ha demostrado que es un tratamiento seguro y eficaz. La limitación que nos encontramos en la práctica diaria es que no hay unos criterios estandarizados bien definidos.

En nuestra experiencia de hospital terciario, de área urbana, tratamos al paciente normalmente a partir de las 24 h de ingreso, si su estado lo permite.

Nosotros ajustamos nuestra actuación en tres fases dentro de la UCI-P:

1. **Fase de ventilación mecánica ± sedoanalgesia:** en esta fase si los pacientes están en condiciones hemodinámicas estables se inicia tratamiento fisioterapéutico.

En los pacientes sedoanalgesiados los objetivos principales son: prevenir las úlceras por decúbito mediante cambios posturales (que enfermería ya hace de manera protocolizada), mantener un buen control postural evitando posiciones forzadas o favorecedoras de alteraciones musculoesqueléticas, mantener libres los balances articulares y musculares con el fin de mantener un tono adecuado y evitar posibles rigideces articulares y acortamientos musculares (también se pueden confeccionar férulas de posicionamiento). El tratamiento de fisioterapia respiratoria se realiza de manera asistida para el drenaje de secreciones o el abordaje de atelectasias, por ejemplo.

En pacientes no sedoanalgesiados se llevarán a cabo los objetivos anteriores y se pueden añadir más según tolerancia del paciente, pero estos se realizarán de manera activa o activo-asistida, por ejemplo: potenciación global, sedestación en cama, en silla, bipedestación, deambulación, estimulación del desarrollo psicomotor... entre otros. En cuanto a la fisioterapia respiratoria irá destinada a permeabilizar la vía aérea, a mejorar la ventilación pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, reducir la disnea, mejorar la tolerancia al ejercicio... con el fin de prevenir complicaciones derivadas de la VM y el encamamiento. Estos ejercicios respiratorios también se harán de manera activa modificando puntual y únicamente para la sesión los parámetros de VM con el acuerdo del equipo médico tratante.

2. **Fase de destete ventilatorio:** en esta fase se intensificará el trabajo de la fase 1 con ejercicios contra-resistencia más elevada.

En la fisioterapia respiratoria se intensificará el trabajo de potenciación de la musculatura respiratoria mediante ejercicios que opongan resistencia a esta musculatura. Se pueden añadir ayudas técnicas para lograr distintos objetivos, ya sean inspirómetros de incentivo, dispositivos de PEEP continua u oscilante, etc. La finalidad será conseguir el destete ventilatorio del paciente mejorando los parámetros anteriormente mencionados.

3. **Fase de acondicionamiento muscular:** esta fase normalmente se lleva a cabo en planta o en áreas terapéuticas.

En definitiva, la movilización temprana en UCI tiene como objetivo la reducción del tiempo de ventilación mecánica, disminución de la fatiga muscular que favorecerá el incremento en la fuerza muscular, la reducción del tiempo de encamamiento y en definitiva de la estancia hospitalaria (Martin UJ et al, 2005; Morris PE et al 2008; Schweickert WD et al, 2009).

La implantación de programas estructurados de rehabilitación es una medida segura y coste-eficiente. (Schweickert WD et al, 2009; Wiczorek B et al, 2016) y la idea es minimizar la discapacidad que produce el ingreso hospitalario en unidad de críticos a medio-largo plazo (Engel HJ et al, 2013; Wiczorek B et al, 2016).

La atención emocional y espiritual al niño en la UCIP

A. Martínez Monroy

Psicóloga UCIP. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. EAPS Fundación Porque Viven

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas son servicios de alta complejidad tecnológica donde se atiende a niños en condiciones críticas de salud.

El ingreso y la estancia en la UCIP es una experiencia vital estresante que genera sufrimiento en el niño y su familia.

El acompañamiento que realizamos los profesionales, forma parte de la actividad asistencial para ayudar a aliviar el sufrimiento y requiere desarrollar habilidades emocionales y relacionales.

Los aspectos emocionales que surgen en las relaciones interpersonales están relacionados con la empatía, amabilidad y disponibilidad.

Los aspectos relacionales incluyen las habilidades personales y las estrategias utilizadas para crear confianza, mejorar la comunicación y dar apoyo a los niños y las familias.

La atención emocional beneficia de los pacientes, familiares y los profesionales facilitando una mejor adaptación a la situación. Se basa en el alivio del sufrimiento relacionado con la sensación de amenaza a la integridad como personas, la expresión de sentimientos, la búsqueda de recursos para hacerle frente y cómo quieren que se integre todo eso en su tratamiento.

Es importante conocer al niño como persona y no solo la situación clínica que amenaza su integridad. Si queremos garantizar un **cuidado integral** debemos tener en cuenta las necesidades del niño y la familia de quien depende para su cuidado y bienestar físico, emocional, psicológico, social y espiritual. Establecer una relación de confianza que nos permita realizar una práctica clínica compasiva.

Las **necesidades emocionales** del niño están determinadas por su capacidad de adaptarse a los retos a los que se enfrenta y a las situaciones que le generan ansiedad y temor.

El proceso de adaptación va a estar determinado por variables personales y situacionales. Si queremos garantizar un buen cuidado al niño enfermo, necesitamos dedicar un espacio y un tiempo para saber lo que necesita respecto a lo que le ocurre, y los recursos como los que cuenta para afrontarlo.

La dimensión emocional contempla el estado de ánimo, las reacciones emocionales, temores y preocupaciones.

El impacto emocional depende del significado que se le otorgue a la sensación de pérdida de bienestar físico, emocional, psicológico, social y espiritual.

Explorar lo que el niño sabe sobre su salud e identificar qué quiere saber es fundamental para una mejor adaptación. Si se le oculta información, la busca a través de información no verbal, imaginando que la situación es peor y generando desconfianza.

Cuando hablamos con el niño sobre su situación clínica debemos crear un ambiente distendido, honesto y empático que facilite la relación de confianza.

Explorar lo que el niño sabe sobre su salud e identificar qué quiere saber con empatía y sensibilidad. Utilizando un lenguaje sencillo y comprensible,

ajustado a su estado emocional y desarrollo evolutivo. Facilitando el diálogo y la expresión de inquietudes, preocupaciones y preferencias sobre los tratamientos, sobre todo en adolescentes.

Las respuestas emocionales del niño pueden ser muy variadas. Las emociones son respuestas que surgen frente a situaciones que son importantes y significativas. La tristeza, la ansiedad, el miedo o el temor a separarse de los padres son reacciones normales relacionadas con necesidades de seguridad, confianza, comprensión, pertenencia, aceptación, amor y autoestima.

El niño se enfrenta a numerosas situaciones estresantes como largas hospitalizaciones que lo desvinculan de su entorno; síntomas que les producen malestar y dolor; pruebas invasivas y aislamiento entre otras. Para conocer sus preocupaciones, debemos preguntarle directamente sobre qué es lo que más le preocupa.

Es importante contemplar al niño de manera integral, no solo la enfermedad, sino como persona, para poder asesorar a la familia en la toma de decisiones compartida, priorizar los cuidados y buscar siempre el mejor interés del niño.

Los niños son conscientes de su situación y debido a su experiencia con la enfermedad y a la vivencia de la muerte de otros niños, desarrollan una conciencia precoz del concepto de gravedad y muerte. Es importante transmitirle confianza y hablarle de forma serena, adaptándonos a su forma de comunicar tanto verbal como no verbal, ayudarle a hablar de sus sentimientos y a que pueda expresarlos (a través juegos, dibujos, música, aficiones). Los profesionales debemos estar atentos a sus necesidades e insinuaciones sobre su situación ya que pueden ser muy sutiles.

El cuidado de la familia adquiere relevancia en niños críticos para mejorar la comprensión de las necesidades de los padres y facilitar una mejor adaptación.

Cuando una familia es informada que su hijo está en una situación crítica, se sienten desolados y la enfrentan sin tiempo para prepararse. Las reacciones emocionales que experimentan les generan sensaciones intensas como shock, incredulidad, irrealidad, miedo, tristeza, ansiedad, ira, culpa, vacío, desesperanza, falta de control o impotencia. Son expresiones normales que los padres experimentan cuando sienten que no pueden proteger a sus hijos.

Sus vivencias son de pérdida de seguridad, continuos cambios en la vida diaria que no da tiempo a asimilar y la dependencia de otros. Al mismo tiempo, conviven con sentimientos de esperanza, de lucha por sobrevivir y centrarse en lo positivo, la necesidad de control para reducir el caos y de no sentirse solos.

Los padres pueden manifestar sentimientos de culpa y describen un proceso de confusión, angustia y miedo en el que se mezclan decisiones relacionadas con el cuidado, la toma de decisiones y la necesidad de no perder la esperanza.

En algunos casos, los padres pueden necesitar asesoramiento para evitar la sobreprotección y el ocultamiento de la información a sus hijos. Conviene ayudar a los padres a expresar sus miedos y sentimientos, proporcionándoles nuestro apoyo.

Los padres refieren que la **toma de decisiones** es de las cosas más difíciles a las que se tienen que enfrentar. Además son los representantes legales de sus hijos en la toma de decisiones, aunque esto depende de la edad y grado de madurez del niño (menor maduro/ menor emancipado) y necesitan sentirse respaldados por los profesionales.

La comunicación con las familias y el apoyo a sus necesidades puede ser difícil de proporcionar en estas situaciones.

Las familias necesitan **información frecuente, exacta y veraz** sobre la condición y el pronóstico del niño. Necesitan disponibilidad de los profesionales para facilitar formación clara, actualizada y precisa; accesibilidad al personal sanitario. Los padres quieren saber que el niño no sufre dolor y está comfortable; necesitan un lugar para dormir cerca de la UCIP para poder acompañar a su hijo y sentirse cerca.

La privacidad es otra necesidad básica de niños y familias. Ofrecer a la familia la opción de informar en una sala o lugar privado donde poder dedicarles un tiempo para hablar de la situación clínica actual de su hijo, no solo por razones de confidencialidad, sino para ofrecer soporte emocional y facilitar la expresión de sentimientos sin la presencia de su niño, otras familias y del resto de profesionales. Un espacio físico y temporal accesible donde se puedan plantear dudas, preocupaciones, miedos; asegurar la integridad de la relación padres-hijo y se aborden las necesidades espirituales de la familia.

En los últimos momentos de la vida de un niño es un momento especialmente privado de expresión del sufrimiento donde es necesario facilitar la despedida en familia y ofrecer apoyo emocional, psicológico, social y espiritual.

Las familias asumen la responsabilidad y el manejo del cuidado de su hijo en el día a día. Es importante que los profesionales fomentemos la percepción de control. Las familias expresan que la incongruencia de la información recibida de diferentes miembros del personal o profesionales de otros servicios implicados en la atención de su hijo les genera inseguridad.

El equipo sanitario debe prestar especial atención a las necesidades emocionales de los hermanos y del resto de los familiares, incluyéndolos en los cuidados cuando atiendan al niño enfermo.

Los hermanos viven la situación de una manera muy cercana e intensa. Las reacciones emocionales son muy variadas y dependen de la edad, el grado de madurez y la personalidad de cada niño. Necesitan información ajustada a su nivel de desarrollo, integrarlos en los cuidados y garantizar la atención de sus necesidades.

Si los padres no pueden encargarse de su cuidado es necesario que puedan delegarlo en personas de confianza que les garanticen una vida lo más normalizada posible.

Como profesionales debemos fomentar que la familia comparta sus preocupaciones, fortalecen sus vínculos, facilitan la implicación de los hermanos y realicen juegos y actividades conjuntas.

Los abuelos y otros familiares significativos en la vida del niño también sufren. Además son un apoyo importante para los padres y los hermanos, ofrecen apoyo emocional y comparten responsabilidades, por lo que también deben ser incluidos en la atención que se presta a la familia.

El profesional sanitario desempeña un papel muy importante en el acompañamiento al niño y a la familia durante su ingreso. En el día a día se enfrentan con dificultades y situaciones de crisis relacionadas con su trabajo

que suponen un desgaste personal y profesional. Ante la muerte de un niño también necesitan tiempo y espacio para la expresión emocional y espiritual de la pérdida.

Los aspectos contextuales son importantes en la atención a las familias. El shock que experimentan las familias ante la situación de crisis, afecta en el proceso de información y comunicación. La estructura física y el diseño de la unidad; las presiones de tiempo inherentes al cuidado de muchos niños gravemente enfermos; y temas de cuidado en equipo, y las dificultades que implica proporcionar información consistente para las familias.

Esto provoca en el profesional sentimientos de ansiedad, negación, frustración y rabia que están más relacionados con problemas de relación entre los miembros del equipo o entre la familia y el equipo más que con la situación clínica en sí. Para solucionar estas dificultades es importante fomentar el trabajo en equipo, respetando los valores de la familia, respetar su intimidad, su cultura y sus creencias y tener en cuenta no solo lo que les pasa sino lo que es importante para ellos.

Garantizar una atención de calidad adecuando el confort y bienestar del niño hospitalizado, trabajar para desarrollar la confianza de los padres, comunicarse con la familia sobre la situación clínica y el tratamiento del niño y ayudando a las la familia a tomar decisiones difíciles al final de su vida y proporcionar a los niños medidas de confort.

Existe la obligación moral de no abandonar al niño y su familia ante el proceso de morir, garantizando todas las medidas necesarias para su bienestar, considerando el mejor interés del niño, los derechos de los padres y las responsabilidades de los pediatras.

La adecuación de las medidas de confort y la toma de decisiones es un hecho que afecta al niño a la familia y al personal sanitario y que requiere una buena comunicación y evaluación de factores físicos, psicológicos, familiares, sociales y espirituales.

El niño necesita estar acompañando de su familia en el momento del fallecimiento, que puedan tocarlo, besarlo, llorar y expresarle su amor.

La atención integral a las familias en los últimos días de vida implica identificar la proximidad de la muerte, la asistencia al fallecimiento, asesoramiento en los trámites funerarios según deseos de la familia y atención de las necesidades espirituales.

Facilitar la despedida de los hermanos y prepararlos emocionalmente, tener tiempo para avisar a la familia y otras personas significativas para el niño y poder planificar el cuidado del cadáver (vestirlos con ropa especial) y garantizando un buen trato en el momento de la muerte, respetando las creencias y los rituales, facilita la adaptación al proceso de morir, la despedida y la elaboración del duelo.

El acompañamiento de las personas en duelo surge de la compasión basada en el reconocimiento de la vulnerabilidad y fragilidad de todos los seres humanos delante de la pérdida.

La espiritualidad es un aspecto esencial del ser humano, mediante el cual las personas encontramos transcendencia y sentido a nuestra vida. Se basa en los valores, las creencias y prácticas diferentes que les permiten a los demás conectar con cualquier otra cosa que cada uno entienda como significativo. Puede incluir religión pero también el arte, la meditación, el deporte, la poesía, etc.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la UCI-Pediátrica

M. Redón García

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. UCIP. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en el transcurso de los años han ido evolucionando. Se ha producido una alta tecnificación de los Cuidados que ha provocado, en las últimas décadas, la necesidad de un personal cada vez más competente, especializado y con un perfil profesional diferenciado. Todos los miembros del equipo multidisciplinar de la UCIP necesitan de formación específica y continuada para dar respuesta a la alta complejidad de las patologías de los pacientes. El objetivo del equipo es proporcionar cuidados de excelencia en un contexto de atención integral al paciente crítico pediátrico, su familia y entorno.

Definimos un equipo multidisciplinar de Cuidados Intensivos como “el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencia profesional que tienen un objetivo común: proporcionar una asistencia médica intensiva, continuada e integral”.

El niño crítico enfermo se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios sistemas corporales que pueden comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución y la muerte es una alternativa que no podemos obviar.

La evolución profesional del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha pasado en las Unidades de Intensivos por diferentes etapas. En la actualidad formamos parte del equipo multidisciplinar y eso hace necesaria la integración y la cohesión con el resto de estamentos de las Unidades de Críticos, al tiempo que se impone el unificar y consensuar criterios de trabajo y definir de forma concreta las tareas propias y las delegadas que nos diferencian de las tareas y competencias de otros miembros del equipo asistencial de la UCIP.

En nuestro país, las competencias reconocidas del TCAE en la UCIP pueden variar en función de la comunidad autónoma, existiendo, por tanto, una gran variabilidad entre distintos hospitales y entornos geográficos. Existe también disparidad en cuanto a los ratios. En algunas Unidades de Intensivos la presencia de las TCAEs es casi simbólica, apenas una o dos por turno, con escasas competencias, la mayoría de ellas delegadas y restringidas a la higiene del paciente, la dieta y el control del aparataje. En otros hospitales, en cambio se ha optado desde hace unos años por dar protagonismo al estamento de técnicos auxiliares de cuidados, hay interés por reconocer sus competencias específicas y se han establecido ratios de 1 TCAE/4 pacientes. Una mayor presencia se relaciona, inevitablemente, con un mayor protagonismo y reconocimiento a las tareas que realizan, al tiempo que proporciona más posibilidades de asumir nuevas tareas y competencias.

Hay una serie de competencias del TCAE que están estandarizadas. Una de las principales tareas de las TCAEs es la preparación de los espacios asistenciales (BOX) para los ingresos en UCIP remitidos desde el servicio de urgencias, transferidos vía SEM, plantas de hospitalización del propio hospital y quirófano.



PREPARACIÓN DEL BOX Y ACOGIDA DEL PACIENTE

- Bolsa de insuflación (neonatal o adulto según peso del paciente) con filtro.
- Mascarilla facial para ventilación.
- Guantes estériles para aspiración de secreciones.
- Kit de receptáculo para aspiración de secreciones.
- Sondas de aspiración: 6ch, 8ch, 10ch, 12ch, 14ch según edad.
- Agua para limpiar circuito de aspiración.
- Empapadores, pañales, celulosa.s
- Guantes no estériles un solo uso.
- Fonendoscopio.
- Estuche material de intubación y spray lubricante.
- Material para monitorización: electrodos, sensor medidor de SpO₂, manguitos para medición de tensión arterial no invasiva.
- Respirador: con tubuladuras según peso del paciente y pasar el test de funcionamiento correcto: autotest corto (ATC) y agua para respirador.
- Preparación batea para analítica: gasas, clorhexidina alcohólica y acuosa, jeringas 2 ml, jeringas de gases, agujas, suero fisiológico monodosis, bolsa de analítica y tubos de hemograma, coagulación y bioquímica.
- Soluciones antisépticas: antiséptico líquido con base de etanol, gel antiséptico con base de etanol, alcohol 70%.

TRANSFERENCIA FÍSICA Y ACOMODACIÓN DEL PACIENTE

Al ingreso de un paciente en la UCIP la presencia del TCAE es imprescindible por su participación en la atención inmediata al niño crítico. Su presencia para colaborar en la recepción de un paciente crítico se relaciona con la seguridad, disponer de todo el material necesario para iniciar la asistencia y la rápida monitorización, de forma que los facultativos y las enfermeras puedan iniciar, con su ayuda, prontamente los cuidados necesarios.

AISLAMIENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

Se deben comprobar las medidas de aislamientos prescritas que precise el paciente, posibilitar todo el material EPI (equipos de protección individual) e identificar el tipo de aislamiento con los carteles informativos pertinentes que haya establecido el departamento de Preventiva.

Prevencciones estándar:

- Higiene de manos.
- Bata, guantes, mascarilla, protección ocular.
- Limpieza y desinfección adecuada del material.

Diferentes tipos de aislamiento:

- Gotas → lavado de manos, mascarilla.
- Contacto → lavado de manos, bata y guantes.
- Contacto y gotas → lavado de manos, mascarilla, bata y guantes.
- Aire → lavado de manos, mascarilla de alta eficacia (FFP2).
- Protección fase inicial → lavado de manos, mascarilla y bata.
- Aislamiento por preventivo (contacto y gotas) → para pacientes extra hospitalarios, hasta recibir cultivos realizados al ingreso en la unidad.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UCIP

La seguridad del paciente y la calidad asistencial es, en las Unidades de Críticos, un tema relevante en los últimos años. Como miembros del equipo asistencial hay que remarcar la importancia de que en los Núcleos de Seguridad intra-Unidad de las UCIP las TCAEs participen activamente en la detección precoz de quasi-incidentes y de los efectos adversos o errores que se pueden producir en la asistencia. Las intervenciones del TCAE para mejorar la atención al paciente serían las siguientes:

- Revisar y comprobar la correcta identificación de los pacientes.
- Revisar de forma recurrente la indicación de las medidas de aislamiento en caso.
- Revisar y comprobar las barreras de protección del paciente.
- Comprobación de las correctas medidas de tubos endotraqueales (TET) para posible intubación (con TET de la medida que necesita y una medida inferior por posibles complicaciones).
- Cumplir las medidas de la higiene de manos.
- Revisar los maletines de intubación de cada paciente (palas, mango de laringoscopio, pinzas de Magill) y su respectiva bolsa insufladora y filtro.
- Participación activa en los grupos intra-Unidad de Prevención de Infecciones del equipo multidisciplinar para cumplir los objetivos de bacteriemia zero, Neumonía zero, ITURSU zero y Resistencia zero.
- Revisar/comprobar sistemas de aspiración y sondas de aspiración adecuadas a la situación del paciente.
- Comprobación del nivel de aspiración de los drenajes (Pleure-vac®) en caso de ser portador de este dispositivo.
- Conocimiento, comprobación y señalización de alergias del paciente crítico si precisara (medicamentosas, látex, apósitos, intolerancias alimentarias ...).

APARATAJE DE UCIP

En Unidades cada vez más tecnificadas y necesitadas de aparataje para monitorización invasiva y terapia es necesario que las personas que integran el equipo tengan un buen conocimiento de monitores, bombas de infusión, material de curas, fungible... Es de vital importancia poder disponer de todo ello en situación de urgencia-emergencia y que haya responsables bien formados en su limpieza, montaje, mantenimiento y almacenamiento. En muchas Unidades de Críticos estas tareas recaen de forma casi exclusiva en el personal TCAE de UCIP, siendo algunas de estas funciones las siguientes:

- Conocer e identificar el aparataje.
- Montaje de aparatos y dispositivos.
- Comprobar el buen uso de los mismos.
- Correcta limpieza, desinfección y conservación.
- Retirada del box y acomodación en su almacén después de su uso.

- Conexión con el departamento de electromedicina, informática y mantenimiento para gestionar la reparación de monitores, bombas de infusión y aparataje.

PREPARACIÓN TÉCNICAS INVASIVAS

- Conocimiento del material y técnicas a realizar.
- Preparación estándar y específica del material necesario en cada técnica.
- Colaboración y asistencia durante la técnica.

HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE DE UCIP

En algunos hospitales la higiene de los pacientes de UCIP es competencia exclusiva de las TCAEs. En general, la higiene en un paciente crítico portador de múltiples dispositivos asistenciales y de monitorización se puede considerar una maniobra de riesgo y es aconsejable que la realice una diada asistencial formada por una enfermera y un auxiliar.

Recomendaciones generales:

- Baño diario, a ser posible a la misma hora.
- El agua debe estar a temperatura corporal de unos 37°C.
- Utilizar un jabón neutro para piel y cabello.
- Secar la piel a toques, prestando especial atención a pliegues, dedos y zona genital.
- Hidratación corporal frecuente.
- Valoración continuada de las zonas con mayor riesgo de úlceras por presión (UPP).

Las TCAEs deben tener conocimientos específicos del tipo de higiene y productos de dermofarmacia que pueden ser utilizados o no según la patología de base del paciente:

Recomendaciones específicas:

Pacientes procedentes de Cámaras y ONCO-HEMATOLOGIA

- **Baño:** Jabón neutro para piel y cabello Mustela® Gel-Dermolimpiador 500 ml + Gasas estériles.
- **Hidratación:** Aceite de almendras ESTÉRIL.
- **Zonas de mayor riesgo de UPP:** Aceite de almendras ESTÉRIL.
- **Dermatitis del pañal:**
 - a) Barrera protectora antihumedad (Cavilon Spray®).
 - b) Protector cutáneo (Proshield Plus®).
 - c) Barrera protectora (Mitosyl® pasta Lassar).

Pacientes trasplantados de órgano sólido

- **Baño:** Jabón neutro para piel y cabello Mustela® Gel-Dermolimpiador 500 ml + Esponjas higienizadas de uso individual.
- **Hidratación:** Leche corporal Mustela® 500 ml.
- **Zonas de mayor riesgo a UPP:** Ácidos grasos hiperoxigenados (LinoVera®).
- **Dermatitis del pañal:** Amnioplus H₂O (con aloe vera).

Resto de pacientes

- **Baño:** Gel de baño Despro® y/o esponjas jabonosas de uso individual.
- **Hidratación:** Crema hidratante +BO.
- **Zonas de mayor riesgo de UPP:** Ácidos grasos hiperoxigenados (LinoVera®).
- **Dermatitis del pañal:** Amnioplus H₂O (con aloe vera).

NUTRICIÓN

La nutrición del paciente de la UCIP es una de las funciones del TCAE. Es de vital importancia conocer los diferentes sistemas y dispositivos de nutrición asistida además de:

- Comprobación de posibles alergias alimentarias.
- Conocimiento e identificación de las diversas dietas según patologías.
- Conocimiento de la conservación, manipulación y administración de las nutriciones enterales (leche materna, fórmulas de inicio, etc.).
- Cuidados básicos de SNG, SNG, botón gástrico.

ENTORNO ASISTENCIAL HUMANIZADO

Es ya una realidad que en los últimos años se han generalizado las políticas de puertas abiertas de la mayoría de UCIPs de nuestro país. Una mayor presencia a pie de cama de padres y cuidadores obliga a todos los miembros del equipo asistencial a establecer unas dinámicas de interacción constante con ellos. La convivencia a tiempo completo con la familia y el empoderamiento que supone que ésta pueda participar activamente en los cuidados obliga a los equipos asistenciales al aprendizaje y el entrenamiento en una serie de competencias transversales que faciliten la interacción y la convivencia con los cuidadores principales. Es necesario que las TCAEs, como el resto del equipo, puedan recibir formación continuada que los habilite para poder proporcionar apoyo en situaciones emocionalmente comprometidas, comunicar malas noticias y acompañar al duelo.

VIVIR EN LA UCI-P: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS A ESTANCIAS PROLONGADAS

Estimulación motora



Payasos (diversión y entretenimiento)



Programa: SOL-SOLET (salidas al parque)



Programa: "Visites de Germans" (hermanos)



Todos estos cuidados y actividades mostradas, en las que participan las TCAEs de forma activa, mejoran el bienestar emocional de la Unidad Familiar. Estos programas de apoyo a la familia permiten que los pacientes y red familiar más próxima tengan momentos lúdicos y de evasión en un entorno de aislamiento, disrupción de la vida cotidiana y desconexión de las rutinas habituales.

ESPECIALIZACIÓN DE TCAES UN OBJETIVO POR ALCANZAR

La búsqueda y recopilación de información sobre las competencias del TCAE pone en evidencia una falta de actualización en la regulación de sus funciones. Las funciones de los Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería están recogidas en el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social, del artículo 74 al 84 y con sus prohibiciones correspondientes en el artículo 85, del 26 de abril de 1973; que posteriormente fue derogada por la Ley 55/2003 dejando vigentes las competencias de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Los TCAEs son un colectivo profesionalmente comprometido y altamente cualificado. Es relevante el reconocimiento por parte de la administración y de las direcciones de los centros hospitalarios de su papel en el entorno de los Cuidados Intensivos. Es necesario favorecer el acceso a la formación continuada que permita la especialización y el futuro reconocimiento de un perfil profesional que permita al colectivo una mayor estabilidad y continuidad dentro de los equipos asistenciales de la Unidades de Críticos Pediátricos. Pero, sobre todo, es preciso el reconocimiento de los estamentos que conviven en la propia UCIP y que la triada facultativo-enfermera-TCAE se entienda como una verdadera unidad asistencial.