



Número 64 2011

Revista cuatrimestral

Dossier

La violencia en el ámbito asistencial

Separata

Perfil del cuidador principal en una Unidad de Medicina Interna

Nutrición

“El agua es un nutriente esencial en la alimentación cotidiana”

Certamen FAE

Accesos vasculares, complicaciones, cuidados y seguimiento en hemodiálisis durante dos años

XV Certamen Nacional de Investigación

Dirigido a
Auxiliares de Enfermería / Técnicos en Cuidados de Enfermería



- 1 El Premio FAE consta de un primer premio de dos inscripciones al Congreso Nacional de FAE, un Accésit que incluye una inscripción al Congreso Nacional de FAE y una mención especial con una matrícula gratuita a un curso de formación a distancia* de no más de 65 horas (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Auxiliares de Enfermería y TCE, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.
- 2 Participarán en el concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/Tomás López, 3 - 1º izda 28009 Madrid), de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Deberán ir acompañados en una hoja aparte de los datos personales de todos los autores; nombre, apellido, y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores. (ver en www.sindicatosae.com)
- 3 Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 4 Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A-4, no encuadrados, acompañados de soporte informático en Windows, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas. Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- 5 La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y videos que realcen la presentación de los mismos.
- 5 El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 28 de febrero de 2011.
- 6 El tribunal estará compuesto por cinco miembros: dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7 El premio se entregará el 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 8 Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho de su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9 No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y del Comité Científico de NOSOCOMIO.
- 10 La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.

Editorial

Del latín *violentia*, la violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres. Por norma general, una persona irrazonable, de carácter egoísta y sin ningún grado de empatía puede llegar a desarrollar actos de carácter violento.

La ira y la desesperación, fruto del miedo y la inseguridad, son, en muchas ocasiones, el detonante de episodios de violencia que no aportan más que irritación y rabia que desembocan en arrebatos de índole violento.

En el ámbito que nos ocupa, el sanitario, los incidentes violentos son, desgraciadamente, cada vez más frecuentes: un familiar nervioso porque no le dan el parte médico de su pariente; un enfermo que se siente inseguro; un usuario angustiado y cansado de esperar... Aunque no se puede decir que sea habitual, cada vez nos extraña menos levantarnos con la noticia en los medios de comunicación de que un profesional de la sanidad ha sido agredido.

Sin embargo, ni el camino de la agresión física ni el de la descalificación verbal permitirán el entendimiento entre profesionales sanitarios y usuarios del sistema. Al contrario, saber escuchar y dialogar son los dos pilares fundamentales para llegar a la comprensión.

En el dossier de este número de *Nosocomio* recogemos las pautas que el profesional sanitario, particularmente el Técnico en Cuidados de Enfermería/Auxiliar de Enfermería, debe aplicar ante las distintas clases de violencia y maltrato que pueden aparecer en el ámbito asistencial: violencia simbólica, violencia en el ámbito psiquiátrico, el maltrato "cotidiano", etc.

Pero la responsabilidad de mantener un clima de confianza y comprensión en los centros asistenciales no sólo es del profesional sanitario; la Administración debe generar y aplicar políticas de seguridad que garanticen tanto a los trabajadores de los centros como a los usuarios la seguridad y el bienestar ante los posibles episodios violentos que puedan generarse. •

Noticias del Mundo Médico

Uso inapropiado de las tecnologías sanitarias

Medicamentos más seguros 4

Y para variar

La radio abre sus puertas a las personas con discapacidad 5



Nutrición

"El agua es un nutriente esencial en la alimentación cotidiana" 6

Dossier

La violencia en el ámbito asistencial 9

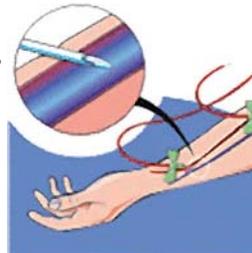
Actividad Acreditada

Diabetes mellitus y pie diabético 18



Certamen FAE

Accesos vasculares, complicaciones, cuidados y seguimiento en hemodiálisis durante dos años 24



Separata

Perfil del cuidador principal en una Unidad de Medicina Interna 34



Protocolo 37

Ocio 38

FE DE ERRATAS DE NOSOCOMIO 63

- Los autores del trabajo *Lo que se pierde en el camino: nutrición enteral en UCI* pertenecen al servicio de Medicina Intensiva Polivalente y no al servicio de Medicina Interna Polivalente, como figura en la página 30.
- La imagen de la página 31, que se refiere a las autoras del trabajo que se alzaron con la Mención Especial, no es correcta.
- En la página 33 en el apartado "Administración de dieta" pone: "...se comprobará siempre que la sonda nasogástrica (SNG) no se haya desplazado y que es impermeable" y debería poner permeable.
- En la gráfica nº 4 de la página 35 debería poner glucerna en lugar de glucemia.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
 DIRECTORA: Dolores Martínez Márquez
 REDACCIÓN: Montse García, Cristina Botello
 COMITÉ CIENTÍFICO: José Ángel Peña, M^a del Carmen Gómez Satué, 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. 2009.
 Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona.
 Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.

© Copyright 2011 Elsevier España, S.L.
 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. Dirijase 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.

Uso **inapropiado** de las **tecnologías sanitarias**

El uso inapropiado de las tecnologías sanitarias y la incorporación a la práctica clínica de innovaciones de valía no comprobada, expone a los pacientes a procedimientos inútiles, contraproducentes o innecesariamente peligrosos y supone un coste superfluo que amenaza la sostenibilidad de los Sistemas de Salud, especialmente en situaciones de crisis económica.



De izquierda a derecha; el doctor Gerard Urrútia, del Centro Cochrane Iberoamericano; el Dr. Serafín Romero, secretario general de la OMC; el doctor Francisco M. Kovacs, presidente de la Fundación Kovacs; y la doctora Laura Sampietro-Colom, presidenta de la Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria.

Alrededor del 50% del incremento que, de manera continua, experimenta el gasto sanitario tiene su origen en la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias. Sin embargo, estudios científicos demuestran que el uso de estas nuevas tecnologías es a menudo

inapropiado, bien porque se emplean procedimientos que no han demostrado su efectividad, o bien porque se recurre a técnicas eficaces en casos en los que no están indicadas, en lugar de utilizar otras que sí lo están. Se calcula que globalmente alrededor del 30% del gasto sanitario se dilapida en el uso inapropiado de las tecnologías sanitarias.

Para conseguir erradicar este uso inapropiado de las innovaciones sanitarias, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), propuso durante la celebración de la jornada científica "La adopción de las innovaciones sanitarias: análisis crítico y recomendaciones", organizada por la OMC en colaboración con la Fundación Kovacs y la Fundación para la Formación de la

Organización Médica Colegial, elevar a la categoría de normal la revisión sistemática de los comportamientos de los profesionales en los apartados de pruebas diagnósticas y de decisiones terapéuticas, con la finalidad de evitar costes innecesarios, además de molestias y riesgos para los enfermos.

En este sentido, el experto recomienda que el médico "haga un seguimiento habitual de cada paciente y especialmente de los enfermos crónicos, con respecto a las pruebas que se les pueden suprimir y qué tratamientos se pueden retirar cuando ya no son necesarios".

Una línea fundamental para mejorar la aplicación de estas nuevas tecnologías sería la realización de estudios que demostraran su efectividad. Hoy en día, la eficacia o seguridad de más del 98% de los tratamientos no farmacológicos aprobados por la Agencia Estadounidense de Medicamentos y Alimentos nunca han sido evaluadas, y nunca se ha retirado un medicamento no farmacológico por ineficaz, sino sólo cuando sus problemas de seguridad se han hecho públicos. ●

Medicamentos más seguros

El Parlamento Europeo aprobó a finales de 2010 en Estrasburgo una nueva legislación con el objeto de reducir los contenidos no seguros que circulan por Internet sobre determinados medicamentos y asegurar que los pacientes reciban una información objetiva, imparcial, fiable y sin fines promocionales sobre los fármacos que se encuentran sujetos a receta médica.

Esta iniciativa se engloba en el conocido "paquete farmacéutico", un conjunto de medidas que la Comisión Europea ha sometido a la consideración del Parlamento. El paquete comprende tres instrumentos legislativos: el referente a la información al paciente sobre los medicamentos sujetos a receta médica, el referido a la seguridad de los pacientes frente a los medicamentos falsificados, y uno último sobre farmacovigilancia (normativa para ampliar la información que reciben los pacientes sobre el uso y los efectos secundarios de los medicamentos), que fue aprobado con anterioridad.

Christofer Fjellner, responsable de la ponencia sobre información de medicamentos con receta en el Parlamento, ha señalado que uno de los logros más importantes ha sido "desviar esta legislación de los derechos de las empresas farmacéuticas hacia el derecho de los pacientes a recibir la información que necesitan. Esta propuesta mejora la calidad y la cantidad de información a disposición de los pacientes".

Ante la gran cantidad de información no segura que circula por Internet, el Parlamento Europeo subraya que "las compañías farmacéuticas deben

poder informar directamente a los pacientes, pues son las que mejor conocen los productos. Los laboratorios pondrán a disposición del público las características del producto, el etiquetado, el prospecto y una versión accesible del último informe de evaluación del medicamento".

Asimismo, en este punto, el Parlamento Europeo mantiene la prohibición de realizar publicidad de los medicamentos de prescripción médica en todos los medios de comunicación.

Finalmente, ante el incremento de los medicamentos falsificados en cuanto a su identidad, su historial o su origen, la Eurocámara ha incluido modificaciones en la regulación existente, que permiten la creación de una base jurídica que hacen obligatorios los dispositivos de seguridad específicos, como un número de serie o sello en el envase de los medicamentos que se dispensen con receta. Asimismo, se ha prohibido manipular los envases por parte de agentes económicos que actúen de intermediarios entre el fabricante, el médico o el paciente. En este punto, se incluye también un endurecimiento de las normas en las inspecciones. ●

La **radio** abre sus puertas a las **personas** con **discapacidad**

Desde el pasado 15 de noviembre diez personas, con enfermedades mentales y con edades de entre dieciocho y veinticinco años, participan en el taller radiofónico puesto en marcha por la Fundación Adecco, MultiCaja y Asapme (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) cuyo objetivo es facilitar la integración de las personas con discapacidad y fomentar su desarrollo y estabilidad emocional.

Los prejuicios sociales existentes suelen conducir a las personas con trastornos mentales a situaciones de marginación y progresivo aislamiento que multiplican sus posibilidades de caer en la exclusión social y, por extensión, laboral.

A través de un taller radiofónico de 120 horas de duración se permite la introducción de los participantes en el mundo de la comunicación, facilitando la expresión de emociones y posibilitando que transmitir la opinión sea un derecho cotidiano a su alcance. El objetivo último de este taller es capacitar a los alumnos en el conocimiento del medio radiofónico para poder optar a un puesto de trabajo en este sector. Aunque se trata de una experiencia pionera, la idea es prolongarla en el tiempo y que los talleres adquieran consolidación y continuidad.

En el taller se alternan clases teóricas con clases prácticas de redacción, edición de sonido y grabación en los estudios cedidos por la Universidad San Jorge de Zaragoza.

Aunque la formación no es el único medio que se precisa para alcanzar un puesto de

trabajo, sin ella las posibilidades de lograrlo se reducen. Para las personas con alguna enfermedad mental este proceso se dificulta, ya que las alteraciones psiquiátricas brotan con frecuencia en el período de formación, interrumpiendo dicho proceso y privando de las herramientas básicas para el desenvolvimiento en el medio laboral. De este modo, se ve mermada su cualificación, pero tam-



ASAPME
ASOCIACIÓN ARAGONESA
PRO SALUD MENTAL

bién las habilidades personales y sociales necesarias en el contexto social y laboral.

Este proyecto ha sido puesto en marcha gracias al compromiso de la Fundación Adecco con MultiCaja por el empleo de las personas con discapacidad, pero la Fundación tiene compromisos con otras empresas colaboradoras y en distintas Comunidades Autónomas que ofrecen formación específica para el empleo de personas con discapacidad.

La Fundación Adecco se creó en 1999 y está clasificada por el Ministerio de Sanidad y Política Social como benéfico-asistencial. Es una entidad sin ánimo de lucro que apuesta por la inserción laboral de las personas que, por diferentes motivos, se enfrentan a grandes dificultades para encontrar empleo.

Además de con personas con discapacidad, colabora con hombres y mujeres mayores de 45 años, mujeres con responsabilidades familiares no compartidas, mujeres víctimas de violencia de género, deportistas y ex deportistas. ●



“El agua es un nutriente esencial en la alimentación cotidiana”

Así lo ha manifestado el Dr. Isidro Vitoria Miñana, pediatra y miembro del comité científico del Instituto de Investigación Agua y Salud (IIAS), quién ha subrayado la importancia que una buena hidratación tiene en todas las etapas vitales, contribuyendo a la prevención de ciertas enfermedades y a mejorar la calidad de vida y bienestar. Para ello, el experto señala el agua mineral natural como la mejor opción, pues mantiene intactas sus características de pureza.

Palabras clave:

- Agua
- Hidratación
- Embarazo
- Lactancia

¿Por qué es importante el agua en nuestra vida?

El agua es el principal componente del cuerpo humano. Representa entre el 50% y el 70% del peso corporal total y tiene un destacado papel en numerosas funciones fisiológicas contribuyendo al equilibrio vital. Por eso, el agua es un nutriente esencial en la alimentación cotidiana.

¿Qué propiedades debe tener el agua para que nuestro organismo reciba una hidratación correcta?

El agua que bebemos, junto con la contenida en otras fuentes dietéticas, tiene que garantizar nuestra correcta hidratación en todas las circunstancias vitales y edades. Por ese motivo, es muy importan-

te que el agua destinada al consumo tenga asegurada tanto la calidad como la cantidad. Ciertamente, esa calidad queda garantizada cuando se consume agua mineral natural, que es envasada manteniendo intactas sus características de pureza, ya que es un agua que no necesita nunca ser desinfectada o tratada, ni química ni microbiológicamente para su consumo, su composición es constante, tiene una garantía higiénica absoluta, ofrece una presencia constante de sales minerales, y está disponible para el consumo en todo momento y lugar.

¿Qué consecuencias puede tener una mala hidratación?

Cuando no alcanzamos el estado idóneo de hidratación las conse-

cuencias pueden ser muy variables, implicando distintos aspectos de la salud y el bienestar de las personas. Por ejemplo, para los adultos sanos una deshidratación del 2,8% del peso corporal por exposición al calor o tras un ejercicio fuerte, conlleva una disminución de la concentración, del rendimiento físico, de la memoria a corto plazo, un aumento del cansancio, cefaleas así como reducción del tiempo de respuesta.

¿Qué calidad tiene el agua que consumimos en España? ¿Qué diferencias existen entre el agua mineral y el agua del grifo?

Existe una gran diversidad y, dentro de ella, también hay calidades muy distintas que van variando en el tiempo en un sentido y en otro. Esto se debe, sobre todo, a que la composición del agua del grifo no es constante y al tipo de tratamientos de desinfección que necesita recibir antes de ser consumida.

El agua mineral natural y el agua del grifo son dos productos totalmente distintos. Una de las principales diferencias entre ambos es que el agua mineral natural siempre es subterránea, sana y pura desde su origen, por eso no necesita nunca ser tratada para su consumo. Ésta es la razón por la que podemos decir que cuando



Dr. Isidro Vitoria Miñana, pediatra y miembro del comité científico del IIAS

bebemos agua mineral natural, bebemos un agua que se mantiene intacta, tal cual está en la naturaleza.

En cambio, el agua del grifo, en su mayoría de origen superficial, necesita ser tratada obligatoriamente tanto química como microbiológicamente para su desinfección, con el fin de que sea segura para la población una vez que ha recorrido todo el entramado de canalizaciones y tuberías hasta que llega al punto de consumo.

Otra de las diferencias es que el agua mineral natural siempre tiene una composición constante, por lo que siempre es posible saber lo que uno bebe tan sólo leyendo la etiqueta, mientras que la composición del agua del grifo es cambiante, por lo que nunca tenemos clara cuál es su composición exacta en el momento de su consumo.

¿Cuál es la ingesta adecuada para cada edad?

En este sentido, la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) recomienda que en condiciones de temperatura y actividad física moderada, los adolescentes a partir de 14 años, los adultos y los ancianos deben tomar entre 2 y 2,5 litros de agua, una ingesta recomendable tanto para hombres como para mujeres.

¿Qué importancia tienen una correcta ingesta de agua durante el embarazo y la lactancia?

La ingesta de agua tiene una gran importancia durante el embarazo y la lactancia. Una mujer embarazada necesita tomar 300 ml diarios más de agua para ayudar a la formación del líquido amniótico y para el crecimiento del feto. Durante la lactancia se deben añadir 700 ml al día de agua en la ingestión habitual para garantizar la producción adecuada de leche materna. En el caso de producirse un aumento de la actividad física

Es muy importante que el agua destinada al consumo tenga asegurada tanto la calidad como la cantidad.

o de residir en zonas con ambientes calientes y secos estos requerimientos aumentarán.

Sobre todo en el segundo y tercer trimestre de gestación, según la EFSA, es recomendable una ingesta de 2,3 litros de agua al día.

En este sentido, ¿qué consecuencias puede tener para la madre y el bebé no seguir una hidratación adecuada?

En el embarazo, y sobre todo en los dos últimos trimestres, hay mayores necesidades calóricas estimadas en 300 Kcal/día. Ése es el motivo por el que las necesidades de agua están aumentadas en esa misma cantidad, en 300 ml, pues 1 ml es necesario para metabolizar 1 Kcal. La finalidad última es que el agua ayude al metabolismo de los macronutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del feto.

¿Qué tipo de agua es el más aconsejable para las mujeres embarazadas?

Las aguas minerales naturales constituyen una opción óptima para una correcta hidratación. Todas las aguas minerales naturales son sanas y puras desde su origen, y al envasarse a pie de manantial, se conserva su pureza original, su composición mineral y sus propiedades saludables. Como decía al principio, y creo que es muy interesante recalcar, debido precisamente a que las aguas minerales son sanas y puras en origen, no necesitan ningún tipo de tratamiento de desinfección con sustancias químicas, ni tratamientos microbiológicos, ni filtrado doméstico para su consumo.

Igualmente, y en relación con su composición mineral, el obstetra puede valorar recomendar una de-

terminada agua en función de su composición en sodio, calcio y magnesio, sobre todo.

¿Qué necesidad de agua tiene un lactante? En cualquier caso, ¿a qué edad conviene iniciar la ingesta de agua?

En comparación con los niños y los adultos, los lactantes tienen mayor contenido corporal de agua por kg de masa corporal, mayor área de superficie por kg de masa corporal, menor desarrollo de los mecanismos de la sudoración, limitada capacidad de excretar los solutos y menor capacidad de expresar la sed.

Una vez instaurada la lactancia materna, los bebés alimentados al pecho no necesitan agua suplementaria. En los primeros 6 meses de vida la ingesta media de leche humana es de 0,78 l/día. Como, aproximadamente, el 87 % del volumen de la leche humana es agua, la ingesta adecuada de agua se ha estimado en 0,7 l/día.

La ingesta media diaria de agua a partir de todas las fuentes (leche, papillas y agua de bebida como tal) en el primer





“Estamos convencidos de que si incidimos en la importancia de la hidratación, siguiendo la recomendación de la OMS de beber entre 2 y 3 litros de agua al día, podríamos contribuir a la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades y, en definitiva, a ganar en calidad de vida y bienestar”.

año de vida se ha calculado en 110-130 ml/kg/día. De los 6 a los 12 meses y según los datos de una encuesta en población infantil norteamericana (CSFII), la ingesta de agua procedente de las bebidas y alimentación complementaria se estima en 0,32 l/día. Además, hay que sumarle 0,52 l/día, que es el resultado de calcular el 87% de 0,6 l/día de lactancia materna. Así pues, el agua total calculada es de 0,84 l/día, que por redondeo se estima en 0,8 l/día.

¿Cambian los mecanismos de la sed a lo largo de la vida?

El caso de las personas mayores es quizás el más llamativo. Las personas de edad avanzada presentan menor sensación de sed, pese a la necesidad de agua que tiene su organismo. Es un hecho que los mayores requieren estímulos más intensos para sentir sed, y además, una vez que tienen sensación de sed, la respuesta o cantidad de agua que ingieren es menor (tras una hora de privación de agua, el adulto consumirá unos 10 ml/kg de peso, mientras que los mayores sólo unos 3 ml/Kg de peso), con lo que en consecuencia se sacian antes. Este fenómeno se hace más acusado a medida que aumenta la edad por efecto de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, como la demencia o la enfermedad de Parkinson, y por la ingestión de ciertos fármacos como son la digoxina y los anticolinérgicos.

¿Por qué existen personas que no sienten la necesidad de beber agua?

En este caso nos estamos refiriendo a situaciones muy patológicas.

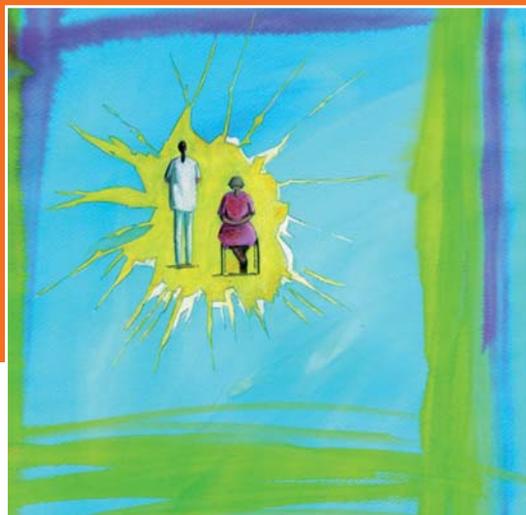
¿Qué campañas se están llevando a cabo para fomentar la bebida de agua entre la población? En esta tarea, ¿qué papel juegan los profesionales sanitarios?

Desde el Instituto de Investigación Agua y Salud (IIAS) tratamos de concienciar sobre la importancia de hidratarnos correctamente en cualquier etapa de nuestra vida y también de informar sobre el papel que juega el agua mineral natural en este sentido, así como sus propiedades saludables y sus principales valores que son su pureza original, ya que se encuentra libre de contaminación en el acuífero subterráneo, el mantenimiento de esta pureza una vez envasada, ya que es un agua que llega a nosotros intacta y que al ser pura en origen como digo, no necesita de ningún tipo de tratamiento de desinfección para su consumo, y su composición constante en el tiempo. Toda esta información, así como las publicaciones científicas editadas por el IIAS están accesibles para la población y los profesionales de la salud en nuestra web www.institutoaguaysalud.com

Por otro lado, el papel que juegan los profesionales de la salud en promover una buena hidratación es fundamental, ya que estamos ante un colectivo perfectamente cualificado para orientar a la población sobre los riesgos de la deshidratación y para transmitir los principales consejos para una correcta hidratación. Estamos convencidos de que si incidimos en la importancia de la hidratación, siguiendo la recomendación de la OMS de beber entre 2 y 3 litros de agua al día, podríamos contribuir a la prevención y tratamiento de ciertas enfermedades y, en definitiva, a ganar en calidad de vida y bienestar. ●

Dossier

La violencia en el ámbito asistencial



© Moreau/Elsevier Masson SAS

Violencia y maltrato en el día a día

Sumario:

- Violencia simbólica en las instituciones de asistencia sanitaria
- Entender el paso de la angustia a la violencia en el paciente
- ¿Qué actitud hay que adoptar frente a la violencia en el ámbito psiquiátrico?
- El maltrato “cotidiano” en los establecimientos sanitarios
- Escuchar y hablar para neutralizar la violencia en la asistencia sanitaria

La violencia y el maltrato corresponden a los actos que se inscriben en una relación en la que uno de los protagonistas ejerce una “acción brutal” contra el otro, ya sea física o psicológicamente.

■ **Para establecer una distinción entre violencia y maltrato**, se podría decir que la violencia es un término que designa cualquier agresión de un ser contra otro. El término maltrato se aplicaría más bien a los daños que una o varias personas pueden causar a una persona frágil o débil cuando su papel principal debería ser el de protegerla (familia, educadores, sanitarios). Si bien la violencia, con independencia de su expresión, se ejerce entre individuos, el maltrato encierra una noción de vulnerabilidad y de dependencia de las víctimas.

■ **Los lugares donde se presta asistencia sanitaria**, lugares que quisiéramos que fueran “un remanso de paz”, no escapan a la violencia imperante en nuestra sociedad actual. La relación de atenciones, disimétrica en el fondo, suele estar cargada de una violencia potencial.

■ **En 2010, el Observatorio Nacional de la Violencia en el Ámbito Hospitalario (ONVH)** indicó que si bien los pacientes son los autores de los hechos en el 73% de los casos declarados en Francia (los servicios de psiquiatría son los más afectados, con un 40%), en el 7% de los casos, el agresor es un miembro del personal. Los sanitarios constituyen una categoría de víctimas “de riesgo” pero el enfermo

también es una persona vulnerable por excelencia y queda relegado a ser una víctima “privilegiada”.

■ **En España, un estudio sobre violencia en un hospital para pacientes con enfermedades mentales constató** que los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE son los mediadores más inmediatos cuando surgen problemas entre pacientes y son, por lo tanto, los que tienen más probabilidad de exponerse a situaciones conflictivas¹.

■ **Para no responder a la violencia con violencia** y reforzar el vínculo de confianza colectiva entre el paciente, su entorno y los profesionales sanitarios, vínculo que tiende a romperse, no podemos olvidar que el desarrollo correcto de la asistencia sanitaria depende básicamente del respeto mutuo. Y si, entre los profesionales, desarrolláramos un poco más de “dulzura y respeto”², ¿cuál sería el impacto, desde un punto de vista diario, sobre el clima de violencia y maltrato en el que, tan a menudo, nos vemos envueltos? ●

1. Villar M, Aranz JM. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Arch Prev Riesgos Labor 2005; 9: 20-7.

2. El balance del ONVH indica que cuando el autor de un acto de violencia denunciado es un miembro del personal, en el 72% de los casos la víctima es un compañero!

Marie-Odile Rioufol

Dossier publicado por primera vez en el SAS, número 35

Luc Andrieux

Sociólogo, formador, Instituto de Formación de Enfermería de Bugey (Francia).

Violencia simbólica en las instituciones de asistencia sanitaria

El hospital, por la coacción institucional que representa sobre los cuerpos y los individuos, genera inevitablemente una violencia simbólica, que sufren tanto los pacientes como los sanitarios. La necesidad de reconocimiento de la persona es el epicentro de muchos de los conflictos que se producen en estas instituciones. El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE, por su conocimiento de las necesidades de la persona y de la cultura hospitalaria, trabaja para mantener un clima de comprensión y confianza.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Paciente
- Reconocimiento
- Sanitario
- Cuidados
- Sufrimiento
- Violencia

Para todos los pacientes, el hospital es un lugar inquietante en el que se pasan los momentos difíciles de la existencia en compañía de profesionales de la sanidad. Su organización, prácticas y funcionamiento configuran un marco en el que las relaciones entre los individuos son de lo más complejas.

Los usuarios y su entorno, y también los sanitarios, están sometidos a coacciones humanas, contextuales e institucionales que conllevan una violencia simbólica en la que el individuo pasa del estatus de sujeto al de objeto.

El hospital como experiencia de la violencia

■ **Podemos definir violencia como la fuerza** que se ejerce contra una persona para obligarla y conseguir el objetivo deseado. Si bien la “coacción física” es la forma más conocida puesto que es la más explícita, la violencia simbólica, representada por la despersonalización, la humillación, el desprecio, el tono menospreciante de la voz, la indiferencia y la falta de respeto por ausencia de consideración o de educación, son más difíciles de detectar. Es más sutil, más discreta e insidiosa y sin embargo en apariencia no va asociada a la violencia pero hiere el corazón de las personas que la sufren.

■ **Los pacientes de las instituciones** se ven sujetos, más a menudo de lo que podría parecer, a esta forma de maltrato. El hospital, por su organización basada en principios racionales (división del trabajo, complejos procedimientos y reglas de higiene, gestión de espacios, etc.) genera, en sus propias características de estandarización, una parte de las coacciones que configuran los hechos de violencia simbólica tanto para los pacientes como para los sanitarios. En estas instituciones, se diría que la patología prima sobre el individuo y que el órgano predomina sobre lo vivido. Las conductas ritualizadas de los unos no siempre corresponden a las expectativas personalizadas de los otros.

■ **En lo referente a los sanitarios,** la técnica de la cura y su finalidad, es decir la curación, suelen tenerse más en cuenta que las emociones de los pacientes. Hablamos de trabajadores hospitalarios sujetos a estrictos modos de comportamiento y no de actores, aunque existen posibilidades de libertad. Los sanitarios también conocen una forma de violencia simbólica vinculada con las condiciones laborales, las contradicciones entre necesidad de calidad de la asistencia y falta de personal o de medios. La falta de consideración es una característica actual presente en todas las categorías de sanitarios.

Búsqueda de reconocimiento mutuo

■ **El término “paciente” da buena cuenta de la paciencia** que se espera de la persona, que sin una reivindicación activa de reconocimiento, queda rápidamente reducida a un simple número u objeto de cura sujeto a una lógica hospitalaria compleja y desconcertante. La espera en urgencias (donde, paradójicamente, hay que esperar) no funciona con la misma lógica que el resto de la sociedad. Cada uno piensa que su problema es el más importante y le cuesta comprender que el concepto de gravedad establecido por los sanitarios es el que determina la prioridad, y no el orden de llegada.

■ **El servicio de urgencias** materializa múltiples situaciones sociales de exclusión que no son otra cosa que manifestaciones posibles de violencia física o simbólica.

■ **En los servicios asistenciales,** las personas experimentan la sensación de llevar ropa de quirófano, de estar sujetas a misteriosos saberes médicos, de tener que vigilar sus excreciones corporales, de recibir ayuda para realizar los actos de la vida cotidiana y de plegarse a los exámenes y rutinas de la institución, como una forma de violencia simbólica. A veces tienen que sufrir las observaciones descorteses

de los sanitarios, los juicios sobre sus prácticas alimentarias, que se califican como “malas” a la luz de los análisis de sangre (glucemia, colesterol, enzimas hepáticas).

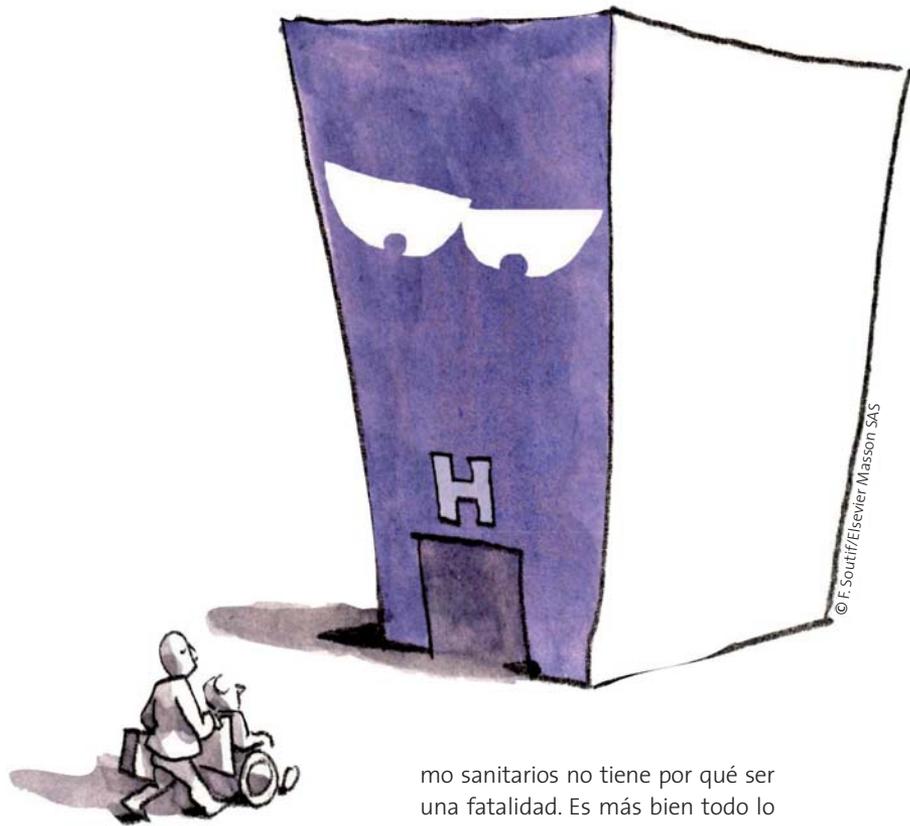
■ **El hospital desnuda los cuerpos y saca a la luz las costumbres de vida** que los sanitarios consideran malsanas; hace público lo que está oculto con más o menos pudor.

■ **Los sanitarios se ven cada vez más sometidos a conflictos de valores** entre las peticiones legítimas de los usuarios y las obligaciones institucionales. La exigencia de una medicina perfecta, e igualmente legítima, y los límites de la medicina, que no es una ciencia exacta y que no puede prevenirlo todo, ni curarlo ni paliarlo, conducen a un sentimiento de inseguridad en los médicos como son los ginecólogos, cirujanos o anestesiólogos.

■ **Los enfermeros y los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE se lamentan** de que no se puede dedicar tiempo a hablar con los pacientes y a escucharlos por las numerosas tareas que tienen que realizar y que les alejan de las personas. La asistencia sanitaria en serie, concebida en términos de cantidad o de acciones, se opone a la asistencia personalizada, concebida en términos no sólo de calidad sino también de presencia.

La violencia simbólica como expresión de un sufrimiento existencial

■ **La enfermedad, la discapacidad y la muerte se viven en la actualidad como un atentado** contra el proyecto de vida deseado. La institución sanitaria simboliza la pérdida y el abandono de uno mismo en una estructura en la que se hacen cargo de todas las necesidades y dejan poco espacio a la libertad individual. Nadie entra al hospital ni a una institución sanitaria sin un cierto temor sobre su salud o su futuro: recibir la noticia de una enfermedad o de un pronóstico, entrar en una institución de personas mayores



dependientes, someterse a las obligaciones organizativas o a técnicas de cura traumatizantes, etc.

■ **Todas estas situaciones encierran una forma específica de violencia simbólica** referente a un sufrimiento existencial. En las residencias de ancianos, desde el aseo de por la mañana hasta la hora de irse a dormir, pasando por todas las imposiciones no consentidas pero justificadas por la planificación de los cuidados, la inmensa empresa de normalización de las organizaciones sanitarias deja poco espacio para el proyecto de vida personal. Las instituciones empiezan poco a poco a interesarse por la violencia que se produce en su interior. Como las enfermedades hospitalarias, la violencia simbólica, por su invisibilidad, quedan exentas de un auténtico plan de acción.

El sanitario como mensajero de sentido

■ **La toma de conciencia de la violencia potencial y real que se ejerce contra los individuos en los hospitales** y que sufren tanto pacientes co-

mo sanitarios no tiene por qué ser una fatalidad. Es más bien todo lo contrario; a partir de esta reflexión sobre la organización hospitalaria contemporánea podemos buscar esa parte de libertad en los pacientes convirtiendo a los sanitarios en colaboradores ilustrados de la asistencia para dejar de ser simples espectadores sumisos.

■ **El derecho a la información, al consentimiento** para cada tratamiento y cada acción, incluso para la más anodina en apariencia, y a tomar una decisión libre e informada, son medios para que la persona participe en su proyecto de curación o de vida.

■ **El sanitario posee una especie de doble cultura:** su cultura hospitalaria, cuyos defectos conoce porque también los sufre, y la que le otorga la posibilidad de comprender la situación de las personas hospitalizadas y percibir sus necesidades. Acoger, escuchar, tener en consideración, prestar atención, dejar que participe en la toma de decisiones son también acciones de asistencia capaces de dar lugar al reconocimiento profesional esperado.

■ **Este reconocimiento mutuo** requiere la buena disposición del sanitario que, a cambio, recibirá la gratitud de los pacientes. ●

Marie Quinon
Psicóloga, Compiègne

Entender el paso de la angustia a la violencia en el paciente

El hospital no es ese mundo suave y amortiguado que podríamos imaginar. Los sanitarios y los pacientes son las dos partes de una relación compleja. Los cuidados afectan al cuerpo y, por eso, provocan en los pacientes algunos sentimientos de angustia que no siempre se pueden controlar. La violencia puede aparecer en cualquier momento. Está vinculada a la intensidad de las relaciones humanas que entran en juego.



© F. F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Angustia
- Actitud
- Cuerpo
- Intimidad
- Seguridad interior
- Sanitario
- Cuidado
- Sufrimiento
- Violencia

Los cuidados son fuertemente disimétricos y por tanto están cargados de una violencia potencial.

De hecho, por una parte los sanitarios poseen un cierto saber que les concede una posición “dominante”. En nombre de esos conocimientos, pueden convertirse en maltratadores sin ser conscientes de ello. Por otra parte, los pacientes se sienten dominados: su cuerpo está fallando, su seguridad interior está debilitada. No tienen otra opción que entregarse a los sanitarios.

Ahora bien, toda expectación de un individuo, ya sea física o psíquica, genera una angustia y ésta se

transforma en violencia cuando se contiene demasiado, cuando no se expresa.

La enfermedad y el atentado contra el cuerpo

■ **No todos somos iguales ante la enfermedad.** No se trata de una perspectiva económica, sino más bien psíquica. La relación con el cuerpo, el “yo-piel” se construye desde la más tierna infancia.

■ **Algunas personas pueden vivir mucho tiempo sin tener conocimiento de la fragilidad de sus cuerpos.** Si, a lo largo de su vida, han tenido algún problema físico lo atribuyen a “accidentes del ca-

mino” y niegan siempre la posible precariedad de su salud. Se consideran “fuerzas de la naturaleza”, no contemplan la posibilidad de la fragilidad física.

■ **Muchos de estos pacientes, que han creado para sí mismos el fantasma de la invulnerabilidad de su cuerpo,** viven la enfermedad como un acto de violencia contra ellos. El traumatismo psíquico es importante y la angustia que aparece es tal que la única salida posible es pasar a la acción. Es muy importante que los sanitarios lo entiendan para que reaccionen con suavidad y sepan aceptar manifestaciones que pueden ser “ruidosas”.

Atentado contra la intimidad

■ **Hay situaciones asistenciales banales y cotidianas que pueden dar lugar a violencia** en las personas mayores. Su angustia, ante los cuidados sanitarios, suele ser masiva (suele encerrar angustia por la muerte) y la única forma de expresarla puede ser gritar, insultar, golpear, etc. El sanitario, que se siente agredido y que intenta seguir haciendo su trabajo a toda costa, corre el riesgo de bloquear la situación y aumentar la violencia. El aseo se suele percibir como una injerencia excesiva en la intimidad de la persona. ¿Y qué decir de la ducha? Muchas personas mayores no están acostumbradas y la viven como una agresión difícilmente soportable. Su cuerpo es un espacio privado que hay que mantener caliente, protegido.

Estas personas son eminentemente vulnerables y lo saben. Reaccionan, pues, enérgicamente ante este tipo de violencia.

■ **De esta forma, los mayores suelen percibir violencia** en situaciones que para los sanitarios forman parte de su actividad cotidiana.

Atentado contra la seguridad interior

■ **Es difícil medir el impacto del anuncio de una enfermedad grave:** un cáncer, una enfermedad crónica, una patología cardíaca, por ejemplo. Se trata de una auténtica fractura para la seguridad interior tan necesaria para el impulso vital. La fragilidad del cuerpo se hace patente de una forma brutal, y conscientemente o no, se perfila un peligro de muerte. Las pruebas complementarias, que a menudo son invasivas, empujan al paciente que no ha tenido tiempo de integrar su enfermedad y reacciona como puede ante tal cúmulo de traumatismos. Se encierra en un comportamiento pasivo o, por el contrario, lo quiere saber todo y hostiga a los sanitarios

© F. Soutif/Elsevier Masson SAS



con preguntas anárquicas que, a veces, incluso se contradicen.

■ **El deseo de saberlo todo es un intento desesperado por controlar la situación.** Los familiares suelen estar muy activos a ese nivel y se ven sumergidos en una espiral que escapa a su control. Como el pariente enfermo, o más que él incluso, quieren entenderlo todo y que hasta el más mínimo trámite médico esté justificado a sus ojos.

■ **Todos los sanitarios están en el punto de mira:** son todos “batas blancas” que, para estas personas que viven una búsqueda desesperada, participan del mismo saber. Las preguntas reiteradas pueden resultar irritantes y las respuestas, en cambio, nunca son suficientes.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE que participan en el “cuerpo a cuerpo” cotidiano son los más solicitados. Como son accesibles, el paciente plantea todas las preguntas al sanitario, ya que sabe que no le va a juzgar.

La actitud que debe adoptar el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE

■ **Evidentemente, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE no puede dar respuestas a cuestio-**

nes médicas, así que, ¿qué actitud sería la adecuada ante las insistentes demandas de los enfermos y de las angustiadas familias? La respuesta es sencilla: no esquivar, escuchar y, sobre todo, no cerrar el diálogo.

■ **Escuchar con comprensión es como dar permiso a la otra persona para expresar su angustia** y, por tanto, reconocerla para ayudarla a superarla. Es esencial desde el punto de vista humano y para ello no es necesario tener ninguna competencia médica.

Conclusión

■ **Para que no se convierta en violencia, hay que poder expresar y comprender la angustia.** De esa forma se vuelve a situar en un marco social y se puede contener. El enfermo puede reconocerla e integrarla gracias a los mecanismos de defensa, que vuelven a ser eficaces y ya no se ven desbordados por un proceso explosivo.

■ **Los sanitarios pueden acallar las preguntas invasoras,** sobre todo cuando perciben su carga afectiva. Debemos ser conscientes de hasta qué punto la palabra puede ser tranquilizadora y liberadora. ●

Marie-Odile Rioufol

Responsable de formación, Lyon.

¿Qué actitud hay que adoptar frente a la violencia en el ámbito psiquiátrico?

En el ámbito psiquiátrico, los sanitarios sobre todo tienen que enfrentarse a reacciones violentas por parte de los pacientes. Para adoptar la mejor actitud, hay que entender ante todo los motivos de esa violencia y reaccionar con metodología.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Actitud
- Formación
- Psiquiatría
- Sufrimiento
- Violencia

La psiquiatría siempre ha mantenido una estrecha relación con la violencia.

Esta última, en el marco de la asistencia en el hospital psiquiátrico, es específica y surge como resultado de las patologías mentales. La agresión verbal y psíquica forma parte de los riesgos a los que se tienen que enfrentar todos los días los profesionales de la salud.

¿Cómo explicar la violencia del paciente?

■ **El gesto violento, que aparece para aliviar, es a menudo la expresión de un sentimiento de angustia.** Los sanitarios pueden, en la mayoría de casos, identificar los signos precursores para canalizar y gestionar mejor esta violencia y proteger al paciente y a todo su entorno.

■ **Cuando se trata de una hospitalización sin consentimiento**, a petición de un tercero o de oficio, la noción de coacción engendra una intrusión en la vida del enfermo. Algunos son, de entrada, hostiles a la recepción de asistencia y esta reticencia se ve reforzada por el hecho de que una persona psicótica o esquizofrénica no suele pedir ayuda espontáneamente.

Reacción ante el paso al hecho

■ **Según el caso**, se puede anticipar la inminencia del paso a la acción. La mirada del paciente se ensombrece, aparece tensión nerviosa y de comportamiento, prima la oposición, los insultos o la violencia física pueden incluso sobrepasar su intención inicial.



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

■ **En todas estas situaciones, es importante no intervenir solo**, aunque tuviera una buena relación previa con el paciente, para no crear un sentimiento de persecución. Como mínimo, asegúrese de que el resto del equipo esté informado de lo que va a hacer.

Conclusión

■ **La evolución terapéutica ha hecho posible apaciguar el delirio y el sufrimiento de los pacientes** y, por consiguiente, mejorar la relación entre sanitarios y pacientes. Pero sigue existiendo un clima de inseguridad, acentuado en ocasiones por fallos organizativos, por la reducción de personal y por su falta de formación inicial en el sector psiquiátrico.

■ **El comportamiento agresivo es uno de los síntomas reveladores del sufrimiento** inherente a la enfermedad mental. Por tanto, se pueden considerar aceptables en cierta medida. Para hacerse cargo del acto de violencia es necesario que las diferentes partes intervinientes reflexionen, actúen con rapidez y con coordinación entre ellas. ●

Ante un paciente violento

En caso de manifestación violenta de un paciente, estar dispuestos a neutralizar la crisis es la prioridad.

- Hay que evaluar la peligrosidad de la situación;
- Precisar que somos sanitarios;
- Intentar instaurar un clima de confianza personalizando la conversación;
- Dedicar al paciente todo el tiempo necesario;
- Identificar sus necesidades;
- Ofrecerle ayuda;
- Demostrar empatía, ya que su sufrimiento es real;
- Utilizar herramientas de comunicación verbal y no verbal que sean accesibles para los pacientes;

- Descifrar, si es posible, las razones de tal estado de agitación;
 - Poner límites basándose en el reglamento del servicio;
 - Y por último, hacer que intervenga el médico para proponer un tratamiento (puntual y sedante) si la violencia no cesa.
- **Por el contrario**, si subestimamos la peligrosidad del paciente, si no hacemos caso a sus expectativas y mantenemos una relación dominante “yo sé que esto es bueno para ti” o si dejamos que exista discordancia entre nuestras palabras y nuestros actos, lo único que conseguiremos será provocar todavía más reacciones negativas.

El maltrato “cotidiano” en los establecimientos sanitarios

¿Cómo puede un sanitario demostrar brutalidad física o psíquica con un enfermo o sus familiares, desarrollar prácticas humillantes o no estar atento a las necesidades básicas de una persona? Para comprender estas situaciones, conviene estudiar las distintas formas de maltrato “cotidiano” que se pueden dar en un centro hospitalario.

El objetivo de este artículo no es estigmatizar a los sanitarios que intervienen en un contexto de trabajo difícil y que se enfrentan a la reducción de personal y a la falta de medios y de disponibilidad, sino identificar las situaciones y mejorar la prevención.

Definición

Las palabras “maltrato cotidiano” dan idea del carácter banal y difuso de los cuidados sanitarios, que se manifiesta con la negación de las necesidades, de las expectativas y de los derechos de las personas hospitalizadas y de sus

familiares: el aseo se realiza con demasiada rapidez, no se respetan los ritmos de levantarse y acostarse. También se les acusa de una actitud laxista repleta de “pequeños” olvidos cotidianos: un paciente olvidado en la camilla, una paciente desnuda encima de la cama mientras espera una sábana

La opinión de los profesionales

Los profesionales reconocen este insidioso fenómeno difícil de cuantificar que entra dentro del campo de la banalización de la violencia:

- el cuerpo abandonado como un objeto y la aceptación de gestos limitados aparecen cuando la prioridad deja de ser la persona enferma para dar paso a la organización hospitalaria y sus profesionales;
- una organización sanitaria exigente, rígida y mal adaptada que institucionaliza progresivamente el maltrato puede conducir a los sanitarios a adoptar una actitud indiferente, inoportuna o agresiva y comportamientos “al límite” e incluso delictivos. Ocupados en tareas complejas, éstos no siempre tienen la perspectiva adecuada para valorar las consecuencias de sus actos ni de sus palabras. ●

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Actitud
- Formación
- Psiquiatría
- Sufrimiento
- Violencia

Los dos grandes tipos de maltrato “cotidiano” que sufren los pacientes

► El maltrato vinculado al comportamiento individual

- La falta de respeto por la presencia del paciente. El enfermo considera que lo tratan como a un objeto invisible: los profesionales hablan y conversan entre ellos incluso de temas personales e ignoran su presencia.
- El desprecio a la palabra del enfermo. La ciencia médica puede parecer “tiránica” cuando los profesionales no hacen caso a lo que les dicen los enfermos o sus familiares.
- La presión psicológica: amenazas y humillaciones, frases ofensivas, culpabilización de los familiares, por ejemplo.

- La falta de respeto a los derechos de los pacientes: derecho a la información, alivio del dolor, respeto de la dignidad. Se infantiliza al

paciente, éste percibe los cuidados como una forma de atentar contra su pudor.

► El maltrato vinculado a la organización

- La falta de disponibilidad de profesionales en la organización y las tareas que hay que realizar, éstos se “olvidan” de los enfermos, no dan información
- El ritmo impuesto a los procedimientos, el ruido y la falta de descanso.
- El mal funcionamiento de una organización compleja: tiempos de espera, cambios sin previo aviso, pruebas inoportunas, modificaciones del horario, salidas mal preparadas...



Talin Ardic-Pulas [1], Ingrid Choucraallah [2]

[1] Responsable sanitario, servicio de reanimación del Hospital Henri-Mondor (AP-HP), Creteil

[2] Directora de Ifas, Cruz Roja francesa, Limeil-Brévannes

Escuchar y hablar para neutralizar la **violencia en la asistencia sanitaria**

¿Cómo reaccionar cuando un paciente se muestra violento? Dos Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE nos cuentan sus experiencias y nos ofrecen la reflexión que han realizado para analizar y comprender la situación. Todas las vivencias aportan una pista para saber cómo reaccionar de la forma más adecuada ante pacientes que pueden estar desestabilizados.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Agresividad
- Integridad
- Paciente
- Cuidados
- Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la violencia es “la amenaza o uso intencionado de la fuerza física o de poder contra uno mismo, contra otra persona o contra un grupo que sufra o corra el riesgo de sufrir un traumatismo, daños psicológicos”. La violencia es un fenómeno físico, psíquico y verbal. Es un modo de expresión o de comunicación cuando responde a un instinto de supervivencia y, ante un acto, puede ser una reacción defensiva para protegerse².

Entender la agresividad del paciente

■ Si el paciente es agresivo es porque se siente amenazado:

- **en su integridad física** (insatisfacción de las necesidades paramédicas);
- **a nivel psicológico** (violencia de la intimidad, privación de valores y creencias, pérdida de la libertad para actuar, pérdida de los roles sociales);



© F. Soutff/Elsevier Masson SAS

• **por la pérdida de sus bienes** (ropa, joyas, efectos personales que pueden dar seguridad).

El paciente ya no tiene identidad, se encuentra al límite de la infantilización, es víctima de los reglamentos y procedimientos internos, pierde su humanidad y corre el riesgo de hacerse violento.

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE puede encontrar situaciones de violencia en su trabajo.** ¿Cómo debe reaccionar y qué conclusiones extraemos? Véronica y Cecilia³ cuentan su testimonio de situaciones violentas en su trabajo.

En un servicio de reanimación polivalente

■ **Véronica, Técnico en Cuidados de Enfermería/AE, trabaja desde hace 9 años en un servicio de reanimación polivalente:** «hace un año, cuando estaba aseando a una paciente, me dio una bofetada, me insultó y me escupió. Yo lo viví como algo intolerable. En el momento del incidente me quedé parada, era incapaz de decir una palabra o de hacer un gesto. No supe qué decir ni qué hacer, estaba paralizada. No entendí su actitud. Yo pensaba que no había hecho nada mal, siempre había sido amable, tranquila y agradable con ella, siempre la había escuchado. Cuando me escupió, sentí que perdía toda mi dignidad. A los dos o tres días me daba miedo volver a encontrarme con esa violencia. Gracias al apoyo, conversaciones y comprensión de mis compañeros pude tomar un poco de perspectiva. Me pregunté a mí misma: “¿he hecho bien mi trabajo?, ¿mi actitud se podría malinterpretar?, ¿he utilizado el tono apropiado?”. Entendí que la paciente no tenía nada personal conmigo, que se encontraba en un estado de debilidad, a la espera de ver satisfechas sus necesidades y que todo ello se tradujo en una agresividad verbal

y física. Esa experiencia me enseñó que no se puede decir que “eso a ti no te va a pasar”. Todos nosotros, con independencia de nuestra experiencia, podemos vernos en esa situación y sentirnos perdidos. Lo más importante es encontrar el apoyo necesario dentro del equipo para analizar la situación sin emitir juicios de valor y poder superar ese miedo».

■ **Con este primer testimonio, comprendemos** que la violencia da miedo porque suele ser imprevisible. Estar en el punto de mira de la violencia del paciente era algo incomprensible para Verónica. En su mente existe una dicotomía entre lo que representan los cuidados (el bien) y la violencia (el mal). Cambiar de perspectiva, compartir la vivencia y comentarla con los compañeros le ayudaron a entender, analizar y aceptar la solución.

En geriatría

■ **Cecilia, Técnico en Cuidados de Enfermería/AE, trabaja desde hace 3 años en un servicio de geriatría, en el turno de noche.** Nos cuenta el caso de un paciente enfermo de Alzheimer que recibieron en el servicio. «El paciente era autónomo y desde que llegó, empezó a expresar su angustia rompiendo toda la vajilla. Daba vueltas, intentaba golpearnos. Ya sólo sabía comunicarse con ese método. Lo primero que hice fue tomar un poco de distancia, luego relativicé la situación diciéndome que la enfermedad afectaba a su actitud. Entendía que el hecho de “romper” era un modo de comunicación y que esa violencia no iba dirigida específicamente contra nosotros».

■ **La violencia puede provocar estrés en el sanitario,** que no tiene por qué estar preparado para vivir ese tipo de situaciones. En ese ca-



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

so, debe hablar con calma, no enfadarse, explicar al paciente que la violencia no sirve para nada y que ya ha entendido que su comportamiento expresa su desasosiego. Si de primeras el sanitario responde con irritación o agresividad, con un “ya basta”, “estese quieto”, etc. puede agravar la situación.

■ **Cecilia añade:** «Nunca me tomé la violencia como un ataque personal. Entendí que era una forma de expresión. El contexto es diferente por las noches porque la angustia se acentúa y eso puede aumentar la agresividad cuando ésta ya ha aparecido. Si un compañero se tuviera que enfrentar a esa situación, le diría que intentara comprender al paciente, que intentara saber si ese comportamiento violento esconde un dolor, por ejemplo.»

■ **De este testimonio deducimos** que la calidad de la comunicación es muy importante. Preguntas como “¿qué es lo más doloroso para usted?” o “¿qué le resulta insoporable?” pueden ayudar al sanitario

a neutralizar una situación que suele ser muy difícil de pasar.

Conclusión

■ **Ante una situación de violencia,** los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE se enfrentan a momentos de soledad y de miedo, independientemente de su experiencia y del servicio en el que trabajen. No expresan su miedo por temor a ser juzgados o criticados. Cada centro dispone de varias acciones formativas para ayudar a los sanitarios a comprender y controlar las situaciones de violencia.

■ **Es importante poder decir libremente** lo que sentimos en relación con el paciente sin que eso se tenga que interpretar como una debilidad o un juicio de valor.

■ **Por último, tenemos que recordar que es normal tener miedo ante estas situaciones.** Todos y cada uno de nosotros ha tenido, tiene o tendrá miedo y debemos dominarlo para poder hacer bien nuestro trabajo. ●

Notas

1 Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre

violencia y la salud, 2002,

2 Balahoczkzy M. La violence dans les soins: la repérer et la gérer. Revue Médicale Suisse 2006; 85.

3 Hemos cambiado los nombres propios para respetar el anonimato de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.



Diabetes mellitus y pie diabético

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por una producción insuficiente de insulina por parte del páncreas endocrino o por una alteración de los receptores de ésta. Aproximadamente el 15% de los pacientes con diabetes desarrollan una úlcera del pie diabético.

Acciones de la insulina

1. La insulina es un factor hipoglucemiante. Desciende la glucemia al favorecer su paso a través de la membrana celular.
2. Interviene en la formación de glucógeno.
3. Gluconeogénesis (formación de glucógeno a partir de aminoácidos y grasas).
4. Lipogénesis.

Tienen tendencia a la cetoacidosis y pérdida de peso.

Tiene buena respuesta a la insulina.

Tipo II o del adulto

Tiene un comienzo tardío (después de los 40 años). La deficiencia insulínica es relativa. Suelen ser obesos.

El comienzo es insidioso, diagnosticándose por las complicaciones.

El tratamiento se inicia con la dieta. Si no es suficiente se añaden antidiabéticos orales. Si fallan estos tratamientos, se tratará con insulina.

La OMS estima que el 2% de la población padece diabetes, de los que el 80% son no insulino-dependientes. La prevalencia en España se estima entre el 2,8 y el 3,9%, de los que el 90% corresponden a la diabetes tipo II.

La **retinopatía diabética** es la primera causa de ceguera en adultos,

por lesión de los pequeños vasos que suministran sangre a la retina. Después de 15 años de evolución, el 2% de los diabéticos pierden la visión y hasta un 10% desarrolla lesiones oftálmicas graves. Se evalúa mediante el fondo de ojo.

La **nefropatía diabética** se produce por deterioro de los pequeños vasos sanguíneos a nivel renal. Está en relación con la gravedad y duración de la enfermedad. La detección precoz, por un aumento de proteinuria, puede iniciar el tratamiento que retrase la progresión del daño renal.

La **neuropatía diabética** se debe a las lesiones de las fibras nerviosas producidas por la hiperglucemia. La falta de sensibilidad en los pies es la manifestación más frecuente, consecuencia de una lesión de los nervios de las piernas. Al tener menor sensibilidad, aumenta el riesgo de ulceración. La neuropatía diabética se relaciona sobre todo con el control glucémico, pero también con otros factores de riesgo vascular modificable, como los triglicéridos, índice de masa corporal, tabaquismo e hipertensión.

La neuropatía puede ser subclínica, detectada mediante pruebas, o clínica, con manifestaciones.

La **polineuropatía distal** es la más frecuente. Un 54-75% de las neuropatías son distales y simétricas, de instauración lenta y progresiva. El paciente refiere entumecimiento, parestesias, dolor de pies (área del calcetín) y de manos (área de los guantes). El dolor suele empezar por la noche y mejora al caminar. El paciente presenta **alodinia** (dolor producido por un estímulo que generalmente no produce dolor) que se suele manifestar por no aguantar el roce de la ropa.

SUMARIO:

Definición

Epidemiología

Prevalencia

Etiología

Fuentes de infección y mecanismos de transmisión

Tipos y medidas de aislamiento

Bibliografía

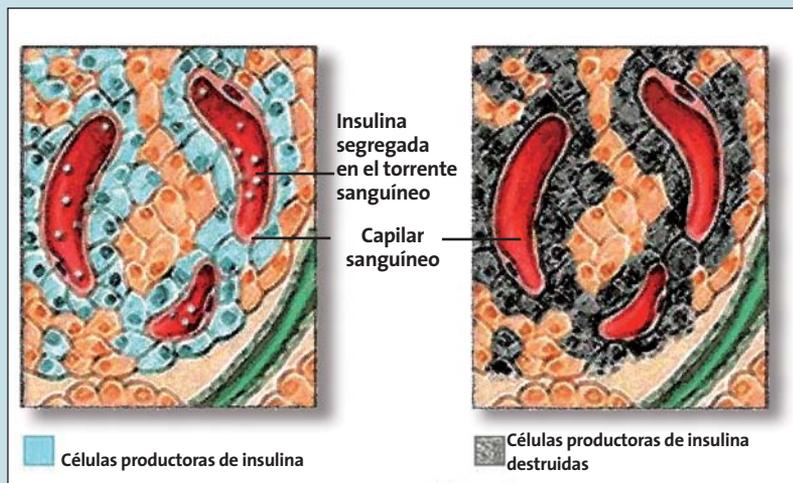
Diabetes mellitus

■ **Síndrome metabólico que cursa con hiperglucemia, glucosuria, polidipsia, polifagia, poliuria**, que se complica con un síndrome vascular que afecta a pequeños y grandes vasos (retinopatía, nefropatía, vasculopatía, neuropatía).

Hay dos tipos de DM:

Juvenil o tipo I

Por déficit grave de insulina, con comienzo agudo (antes de los 20 años).





Es frecuente la afectación de la piel por el descontrol glucémico prolongado, manifestándose por:

- **Dermopatía diabética.** Lesiones en forma de pequeñas pápulas rojas que en un tiempo de dos semanas se hacen atróficas y de coloración parda.
- **Necrobiosis lipídica.** Placas bilaterales de superficie amarillenta recubierta de costras y pequeñas ulceraciones con zonas de atrofia.
- **Ampollas** a nivel de extremidades superior e inferior.

Pie diabético

■ **Alteración clínica, de origen preferentemente neuropático** e inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que puede añadirse un proceso isquémico que, por una causa traumática, produce lesión o úlcera en el pie.

■ **La úlcera del pie diabético es una llaga o herida abierta** que en general se produce en la planta del pie, en el 15% de los pacientes con diabetes. Un 6% de los pacientes diabéticos con úlcera en el pie deben ser hospitalizados por una infección u otra complicación relacionada con las úlceras.

La diabetes es la principal causa de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores en los países desarrollados y entre el 14 y el 24% de los pacientes con diabetes que tienen úlcera en el pie sufren una amputación. El riesgo de amputación en el diabético es 15 veces el de la población general y el 50% de las amputaciones no traumáticas se producen en diabéticos.

■ **Entre los factores que influyen en la fisiopatología del pie diabético** destacan el daño endotelial, terreno facilitador para

la formación de microtrombos e isquemia consecuente con daño neurológico.

Componentes en el desarrollo del pie diabético

1. Componente neuropático

La causa primaria para padecer un pie diabético es el daño progresivo que la diabetes provoca sobre los nervios (neuropatía). Los nervios están encargados de informar sobre los diferentes estímulos (nervios sensitivos o aferentes) y de controlar a los músculos (nervios eferentes o motores). En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la dolorosa y térmica, y que los músculos se atrofien, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura ósea.

1.1. Neuropatía sensitiva. Falta de sensibilidad táctil, térmica, dolorosa y vibratoria. Dolor o parestesias. Al producirse una herida o exposición al frío o calor no se sentirán.

1.2. Neuropatía motora. Atrofia, debilidad muscular. La pérdida de control muscular favorece la aparición de deformidades que favorecen roces, cambios en la distribución de los apoyos del pie durante la marcha y por tanto, posibles lesiones.

1.3. Neuropatía autónoma. Piel caliente y descenso o ausencia de sudor.

2. Componente vasculopático

La isquemia derivada de la insuficiencia arterial por la angiopatía diabética provoca importantes trastornos tróficos, con debilidad de la piel, sequedad y otras alteraciones de las uñas y del vello. Además, la respuesta inflamatoria, que depende del flujo circula-



torio se encuentra disminuida. La cicatrización de heridas también se retrasa. El tratamiento farmacológico sistémico tiene una eficacia disminuida por la dificultad de llegar a la zona lesionada, por lo que resulta necesario el tratamiento local.

Aparece claudicación intermitente, incluso dolor en reposo, que empeora en decúbito y mejora con las piernas colgando. Se siente frío en los pies con descenso o ausencia de pulsos periféricos.

3. Componente traumático

Con los dos componentes descritos anteriormente, cualquier mínimo traumatismo puede desencadenar una herida, que el paciente puede no advertir por falta de sensibilidad. Esta herida, al no ser tratada, es una puerta abierta para los microorganismos, causantes de la infección. Al estar la respuesta inflamatoria disminuida, los gérmenes crecen con mayor facilidad por





falta de la función leucocitaria y la cicatrización se encuentra alterada, produciéndose la úlcera. Las úlceras son heridas caracterizadas por una pérdida de sustancia y especialmente por su escasa tendencia a la cicatrización.

La falta de riego sanguíneo con las toxinas producidas por el metabolismo infeccioso facilita la aparición de procesos necróticos que, si no son eliminados de forma adecuada, provocan la liberación de toxinas en sangre que acaban ocasionando una gangrena del miembro, cuyo único tratamiento es la amputación.

Todos los pacientes diabéticos deben estar vacunados correctamente frente al tétanos.

Valoración del grado de úlcera

La **escala de Wagner** clasifica la úlcera según el grado de severidad en función de la profundidad de la úlcera, el grado de infección y de gangrena. Establece seis grados:

- **Grado 0.** No hay lesiones (callos, fisuras, hiperqueratosis).
- **Grado 1.** Úlcera superficial.
- **Grado 2.** Úlcera profunda.
- **Grado 3.** Úlcera profunda con celulitis, absceso u osteítis.

- **Grado 4.** Gangrena localizada.
- **Grado 5.** Gangrena extensa.

Factores de riesgo del pie diabético

El control de los factores de riesgo del pie diabético desempeña un papel fundamental en la reducción de la incidencia de esta afección.

- **Neuropatía diabética.** Es la complicación más frecuente de la Diabetes Mellitus.
- **Presencia** o no de infección.
- **Existencia de signos** de déficit de circulación.
- **Deformidades** óseas.
- **Antecedentes** de exceso de alcohol.
- **Ancianos** de más de 70 años.
- **Tabaquismo.** Es factor de riesgo de vasculopatía periférica en pacientes diabéticos. El abandono del hábito tabáquico es la modificación más importante en la conducta de un diabético que contribuirá a disminuir el riesgo de aparición de la enfermedad cardiovascular.
- **Hiper glucemia.** El control glucémico desciende la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares y

neuropáticas. Además la hiper glucemia produce aumento de glicosilación del colágeno, que favorece la formación de callos y el descenso de la movilidad de las articulaciones, ambos predictivos de la formación de úlceras.

- **Hipertensión.** La hipertensión multiplica por 5 el riesgo de desarrollar vasculopatía periférica.
- **Dislipemia.** Los trastornos lipídicos asociados a la diabetes (aumento de LDLc, aumento de triglicéridos y descenso de HDLc) se han asociado con el desarrollo de la enfermedad vascular periférica.
- **Bajo nivel socioeconómico.** Los pacientes de clase social más baja tienen mayor riesgo en la formación de úlceras y posterior amputación. La peor higiene y cuidado de los pies, el retraso en acudir a los servicios sanitarios y un menor apoyo social y familiar pueden condicionar este mayor riesgo.

Los cuidados de enfermería en relación con el pie diabético

■ **El personal de Enfermería tiene como actividad principal** los cuidados que se pueden definir como el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos propios destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

Respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes, el profesional de enfermería debe tener un papel preferente de educador y de identificador de riesgos.

■ **Las ulceraciones de los pies** en el paciente diabético se pueden enmarcar dentro de las heridas crónicas, es decir, lesiones deprimidas de la piel con afectación variable, pudiendo llegar desde



epidermis hasta el plano óseo y con una característica común, que es su dificultad para cicatrizar y su frecuente recidiva (70% de los pacientes ulcerosos).

■ **El Equipo de Enfermería tiene diversos objetivos** en relación con el pie diabético:

Objetivos generales

Mejorar la información y formación de los pacientes diabéticos sobre los cuidados de sus pies y de la diabetes, aportando mayor conocimiento de su enfermedad, logrando mayor calidad de vida y reduciendo las secuelas y complicaciones derivadas de su enfermedad.

Objetivos específicos

1. **Identificar** al paciente con pie diabético.
2. **Educación sanitaria** del paciente, familiares y cuidadores.
3. **Aumentar la autoestima e independencia** del paciente respecto a su nueva situación.
4. **Prevención, detección y tratamiento precoz** de cualquier lesión del pie, especialmente la úlcera.

Objetivos a corto y largo plazo.

1. **Disminuir el porcentaje de úlceras** neurovasculares diabéticas.
2. **Disminuir el número** de amputaciones mayores.
3. **Incrementar el porcentaje** de pacientes rehabilitados.
4. **Incrementar el porcentaje de usuarios estabilizados** y con buen grado de autonomía.

El cuidado de los pies

■ **Es esencial el cuidado diario de los pies**, revisándolos para detectar si aparecen heridas, rozaduras, ampollas o grietas. La revisión diaria se aconseja realizarla con buena iluminación natural e inspeccionando

bien todas las zonas de la planta y de los espacios interdigitales con la ayuda de un espejo. Se debe acudir al médico en caso de que aparezcan lesiones, cambios de color, dolor o hinchazón en los pies.

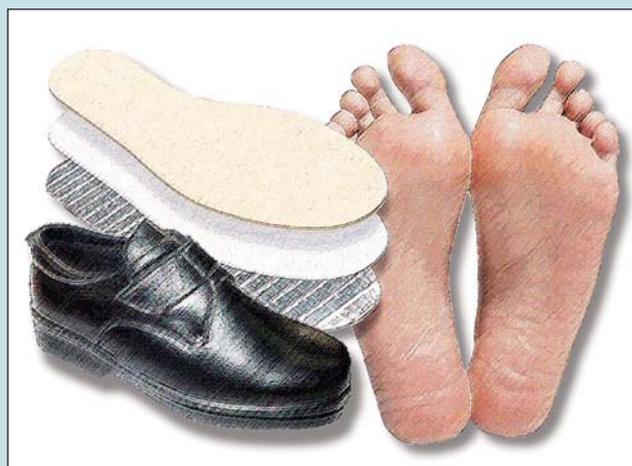
■ **La correcta higiene de los pies y la elección adecuada del calzado** es la estrategia básica para evitar la aparición de rozaduras, heridas, quemaduras y lesiones.

- **Lavarse los pies diariamente con agua templada** (ni muy caliente, que no supere los 37°C, ni muy fría). Se aconseja comprobar la temperatura del agua con un termómetro de baño o con el codo, ya que es frecuente que en los pies se pueda haber perdido la sensibilidad y no se perciba la temperatura real del agua.
- **Secar bien los pies con una toalla suave y sin frotar**, con especial cuidado en los espacios interdigitales. Si la piel está muy seca se puede aplicar una crema hidratante pero con la precaución de no aplicarla en los espacios interdigitales ya que hay riesgo de maceración.
- **Mantener los pies secos utilizando talco no medicinal** antes de calzarse cada mañana y cada vez que se cambie de calcetines o calzado.
- **Las uñas de los pies deben cortarse con tijeras de punta roma y en línea recta** para evitar que se encarnen, sin apurar el corte ni erosionar los dedos. Es aconsejable utilizar una lima para mantener la longitud de las uñas y pulir los bordes.
- **No se deben cortar ni quitar las durezas y callos de los dedos**, ni utilizar callicidas. Si hay hiperqueratosis o fisuras se puede utilizar vaselina salicilica al 10% en la zona. Si hay deformidad se valorará la posibilidad de plantillas. De ser necesario se consultará al podólogo.

- **No se deben utilizar pomadas, alcohol o desinfectantes para las heridas de los pies**, ya que pueden irritar o cambiar la coloración de la piel y de la herida, dificultando su seguimiento médico. Las heridas deben lavarse con agua y jabón, siguiendo las recomendaciones del médico.
- **Los pies no deben colocarse cerca del fuego, estufas o fuentes de calor**. No se deben utilizar bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentar los pies.
- **Utilizar crema de protección solar también en los pies** si se está expuesto al sol.
- **No andar descalzo**.
- **No fumar ni tomar alcohol**.

En relación con el calzado:

- **Debe de utilizarse siempre** con calcetines.
- **No utilizar sandalias**, chancas o zapatos que dejan los pies al descubierto.
- **Se debe evitar el uso de zapatos con tacón** y los que terminan en punta.
- **El calzado debe ser cómodo**, que no ajuste ni provoque rozaduras ni lesiones en los pies.
- **Se aconseja el uso de zapatos de piel, sin costuras internas**, flexibles, ligeros, transpirables y con la suela que no resbale.





- **Se aconseja comprar el calzado al final del día, cuando los pies están más hinchados,** ya que si en este momento es cómodo, lo será el resto del día.
- **Los zapatos nuevos** deben utilizarse durante períodos cortos los primeros días.
- **La compra de zapatos ortopédicos** debe realizarse bajo criterio y prescripción médica.
- **Los zapatos deben mantenerse adecuadamente,** reparándolos y asegurando el buen estado de las suelas.
- **Se debe revisar el interior del calzado antes de ponérselo,** para evitar que haya algún elemento que pueda lesionar el pie.
- **Es aconsejable tener más de un par de zapatos para cambiarlos cada día y alternarlos,** así se garantiza una buena ventilación de los zapatos y se evita la presión siempre en las mismas zonas del pie.
- **Los calcetines y medias deben de ser de tejidos naturales** (lino, algodón, lana) y sin costuras. No se deben utilizar medias o calcetines sintéticos, con elásticos o gomas. No deben quedar ni prietos ni flojos en la pierna y el pie.

- **Deben de cambiarse diariamente los calcetines o medias,** y si los pies sudan mucho o se ha hecho mucho ejercicio, con más frecuencia.

Alimentación

■ **La dieta ideal es una alimentación equilibrada,** que se ajuste a las necesidades, gustos, nivel de actividad física y estilo de vida.

■ **El dietista asesorará** sobre la alimentación adecuada.

Los principios inmediatos presentes en los alimentos son:

- **Carbohidratos.** Producen energía.
- **Proteínas.** Intervienen en los procesos de reparación de tejidos.
- **Grasas.** Se depositan en las células grasas. Son la energía de reserva.

■ **La nutrición está íntimamente relacionada con la diabetes.**

Diversos nutrientes han sido relacionados con la etiología de la diabetes por lo que la nutrición juega un papel importante en la prevención de complicaciones en estos pacientes. La diabetes tipo II se está viendo desplazada a edades más tempranas por los cambios en

los estilos de vida y el aumento de la incidencia de obesidad infanto-juvenil. Es en esta etapa donde más se puede actuar desde un punto de vista nutricional, disminuyendo los factores de riesgo.

■ **Una dieta equilibrada, con restricción de la ingesta calórica y de grasas** y con ejercicio moderado, permiten reducir los nuevos casos de diabetes tipo II.

■ **En el caso de niños diabéticos, la nutrición debe ir encaminada a permitir un adecuado desarrollo pondero-estatural,** favorecer la normoglucemia y evitar la presencia de complicaciones, por lo que será una dieta equilibrada a sus necesidades, pero también debe ser lo más parecida a la de los niños de su edad.

■ **Los adultos, en relación con las grasas,** deben intentar reducir al menos el 10% de las fuentes de grasas saturadas y en relación con el resto, deben ser monoinsaturadas y poliinsaturadas. Para evitar la hipoglucemia se elegirán alimentos ricos en hidratos de carbono y fibra, sobre todo en la cena para evitar la hipoglucemia nocturna y, en caso de producirse, se suministrarán azúcares simples de absorción rápida.

■ **El plan de alimentación debe contener alimentos de los tres grupos** de principios inmediatos en cantidades suficientes que ayuden a mantener un buen control de la diabetes, aporten la energía adecuada y el material con el que reparar y mantener el organismo.

Es recomendable:

- Planificar la comida.
- Masticar lentamente.
- Disminuir la cantidad de alimentos ricos en grasas, sal y el consumo de azúcar.
- Comer frutas y verduras.

Educación sanitaria

Ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse si no se

desarrollan programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales. Educar no es informar, ya que con la información sólo transmitimos conocimientos. El proceso educativo es más complejo, requiriendo un aprendizaje, en el que influyen múltiples factores (conocimiento, factores personales y factores ambientales).

■ **El aprendizaje se realiza en tres niveles**, cognitivo, afectivo (creencias, experiencias, actitudes) y psicomotor.

La educación puede ser individual y grupal.

● **Educación individual.**

Al adaptarse a las características del paciente puede ser muy efectiva. Está indicada al inicio de la enfermedad, cuando se comienza el tratamiento con insulina, o en períodos de descompensación en la vida del paciente.

Es la más adecuada como primer acercamiento al paciente en el momento del diagnóstico o en el primer contacto con el grupo de salud y también necesaria para la educación continuada durante toda la vida.

● **Educación grupal.**

Indicada en las fases posteriores. El grupo puede actuar como motivador y reforzador.

Entre los programas para mejorar la calidad de vida del diabético destaca el código de conducta para estos pacientes, que son las siete leyes de éxito del paciente diabético:

1. Educación diabetológica para el paciente diabético y sus familiares.
2. Asistencia trimestral a su consulta médica de control (normoglucemia).
3. Asistencia mensual al podólogo.
4. Asistencia semestral al odontólogo/estomatólogo.
5. Alcanzar y mantener el peso ideal siguiendo la dieta indicada.

6. Practicar actividad física acorde con la edad y estado de salud.

7. La ley del NO. No tabaco, no alcohol, no drogadicción.

■ **La condición del paciente diabético produce un impacto en el estado anímico del paciente** y en su entorno familiar, laboral y social. La importancia de este impacto depende sobre todo de:

- Edad en que se diagnostique.
- Apoyo del entorno familiar.
- Capacidad del individuo para afrontar los acontecimientos.

■ **Entre los pensamientos más frecuentes** motivados por el impacto anímico son:

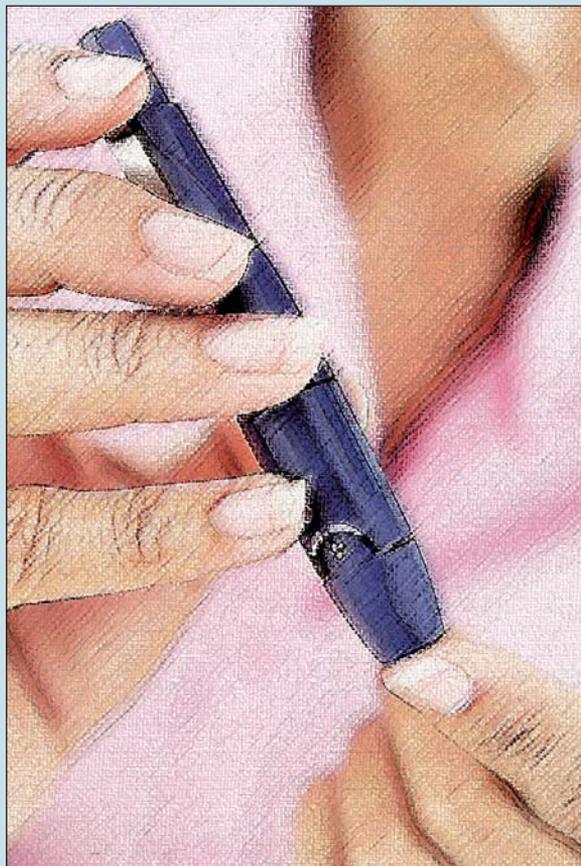
- **Negación** (seguro que es un error, es algo pasajero).
- **Resistencia** (búsqueda de culpables).
- **Hipervaloración del estado de salud previo** (siempre he estado bien).
- **Temor acompañado de sensación de amenaza constante**, generando ansiedad y angustia (qué me va a pasar, no puedo hacer nada).

■ **Estos pensamientos generan** conductas como:

- **Buscar otras opiniones.**
- **Medicina alternativa.**
- **Minimizar la acción del tratamiento**, olvidando las limitaciones que impone la enfermedad y tendencia a comportarse como si no existiera el riesgo de descompensación aguda.

■ **En caso de padres de niños con diabetes** pueden darse conductas de superprotección o disciplina casi tiránica como compensación a los sentimientos de culpa:

- **Depresión reactiva, pasividad, tristeza** (nada tiene sentido), alteración del sueño, tendencia al aislamiento.
- **Rebeldía.** El diabético hace valer su condición de enfermo desvalido y se comporta con exigencia.



● **Temor.** Se evitan situaciones de conflicto, descenso de relaciones sociales, alerta constante al empeoramiento, llanto de impotencia y trastorno del apetito. Como resumen se puede decir que:

- **La adaptación a la diabetes es un proceso largo en el tiempo** y variable en cada persona.
- **Es imprescindible confiar en el equipo de profesionales** que van a seguir y tratar la enfermedad.
- **Pedir ayuda** si se necesita.
- **Estar en contacto con la asociación** puede ser de gran ayuda. ●

Bibliografía

Manual Merk. 1989.
 Sociedad Española de Diabetes. 2003.
 Manual Farreras 1996.
 Diagnóstico clínico y tratamiento. Krupp y Chatton. 2002.
 Propedéutica Clínica. W. B. Buckinham. 2002.
 Separata Nosocomio 57

Accesos vasculares, **complicaciones**, cuidados y **seguimiento** en **hemodiálisis** durante dos años

Los riñones tienen la función de limpiar la sangre de las sustancias tóxicas y de líquidos que le sobran, que se eliminan en forma de orina, además de producir hormonas necesarias para el organismo. Cuando en un paciente, por un problema de insuficiencia renal aguda o crónica, los riñones dejan de funcionar, la diálisis permite realizar mediante equipamientos médicos, las funciones de los riñones.

Introducción

■ **Existen dos tipos diferentes de diálisis:** hemodiálisis y diálisis peritoneal. La hemodiálisis consiste en filtrar periódicamente el exceso de líquidos y las sustancias tóxicas del organismo mediante el paso de la sangre del paciente por un filtro¹.

Para poder realizar un correcto tratamiento se precisa un abordaje rápido y fácil al torrente sanguíneo y que permita obtener altos flujos, esto se consigue mediante los accesos vasculares².

Desde los inicios del tratamiento con hemodiálisis se han producido importantes avances en los accesos vasculares, pero siempre se ha necesitado aplicar unos buenos cuidados de enfermería para conseguir un adecuado desarrollo y prolongar la supervivencia del acceso. Estos cuidados varían según se trate de una fístula arteriovenosa o catéter venoso central, y es imprescindible que se realicen de forma protocolizada².

Objetivos

■ **Describir** para qué sirven y cuáles son los principales accesos vasculares que se utilizan en las unidades de hemodiálisis.

■ **Detallar los protocolos** de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis del hospital Infanta Leonor en el cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares.

■ **Reseñar las funciones** específicas del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en los protocolos anteriores.

■ **Describir la población en hemodiálisis** del Hospital Infanta Leonor, con especial referencia a sus accesos vasculares.

Accesos vasculares

El acceso vascular ideal debe reunir, al menos, tres requisitos:

■ **Permitir el abordaje seguro** y continuado del sistema vascular.

■ **Proporcionar flujos suficientes** para suministrar la dosis de hemodiálisis programada.

■ **Carecer de complicaciones.**

Este acceso vascular no existe en la actualidad, aunque la fístula arteriovenosa interna en sus diferentes modalidades, y en especial la radio-cefálica, es el acceso que más se aproxima, dada su elevada supervivencia. De hecho, este tipo de acceso está considerado prototipo de acceso vascular y es el objetivo a conseguir en los pacientes que inician hemodiálisis. Como acceso vascular alternativo a la fístula arteriovenosa interna,

el que más se emplea es la prótesis arteriovenosa, que suele ser de politetrafluoroetileno. El catéter venoso central es la tercera modalidad de acceso vascular, y su uso debe ser considerado temporal o en situaciones muy concretas, como la imposibilidad de crear un acceso vascular permanente, insuficiencia cardíaca congestiva o hipotensión crónica.

Para la realización de un acceso vascular permanente, se debe efectuar una evaluación preoperatoria teniendo en cuenta:

- Exploración física del sistema arterial y venoso.
- Estudios radiológicos: eco-Doppler, flebografía, arteriografía, etc.
- Historia clínica del paciente: colocación previa de catéteres o marcadores³, enfermedad vascular periférica, diabetes mellitus, lesiones traumáticas o cirugía previa en extremidad, estados comórbidos que limiten la supervivencia del paciente³.

Tipos de accesos vasculares

Se pueden crear dos tipos de accesos vasculares:

■ Permanentes

- **Fístula arteriovenosa:**
- **Fístula autóloga:** se realiza la anastomosis con los vasos propios del paciente.

● **Fístula de injerto:**

- **Autólogos:** vasos propios del paciente.
- **Heterólogos:** procedentes de vasos de animal.
- **Sintéticos:** fabricados con materiales como dacrón y politetrafluoretileno (Goretex®) y hemasite o fístula de botón.
- **Homólogos:** de material humano como la vena de cadáver o cordón umbilical.

■ **Transitorios**

- **Catéteres:** suelen ser transitorios pero si se agotan las posibilidades de fístula, se convierten en permanentes.

Fístula arteriovenosa interna (FAVI)

■ **Es la mejor opción.** Se realizará uniendo una arteria a una vena cercana a través de una anastomosis, para aumentar el flujo sanguíneo produciendo venas más anchas y fuertes que faciliten la inserción repetida de agujas. El profesional sanitario insertará dos agujas en la fístula, una para extraer la sangre del cuerpo y la otra para retornar al cuerpo la sangre ya filtrada⁴.

Se realizan quirúrgicamente unos meses antes de comenzar la hemodiálisis con el fin de que el lugar cicatrice y madure adecuadamente. Una fístula arteriovenosa bien realizada y con buenos cuidados, debe durar por encima de

los diez años sin complicaciones. Se suelen realizar en los brazos, pero también se pueden hacer en la pierna.

■ **Localización**

● **Radiocefálica.** Es la más frecuentemente usada y consiste en la anastomosis de la arteria radial a la vena cefálica. Esta anastomosis suele hacerse latero-terminal.



● **Radiobasílica.** Consiste en llevar la vena cubital hasta la arteria radial. Es la más trabajosa de realizar y la más incómoda para el paciente. Se puede realizar en los pacientes que han perdido la vena cefálica.



● **Humerocefálica.** El acceso autólogo humerocefálico directo, se considera como el procedimiento secundario por excelencia tras la fístula arteriovenosa de la muñeca.

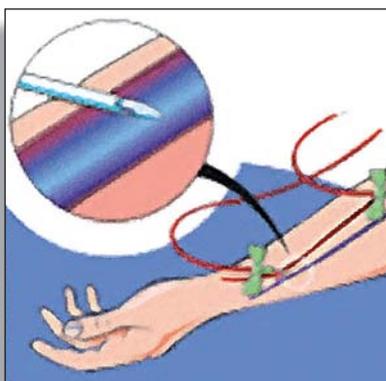
● **Humerobasílica.** Se presenta una vía de acceso utilizando el eje venoso basilico-mediano-cefálico y la arteria humeral como alternativa cuando los vasos del antebrazo han sido empleados previamente. Brinda un amplio trayecto de punción, con nula participación del sistema venoso profundo y es de suma utilidad en niños ya que la mayor acumulación de tejido adiposo en la zona del antebrazo y muñeca, asociados al pequeño calibre de los vasos superficiales dificultan el acceso clásico⁵.

● **Braquiocefálica.** Consiste en la anastomosis latero-terminal de la arteria braquial con la vena cefálica en posición terminal. Es una buena opción para aquellos pacientes en los que se ha perdido una fístula radiocefálica. Cuando se puede realizar, es una fístula de pocos problemas y con una facilidad de uso y durabilidad semejante a los de la fístula radiocefálica.

● **Otras.** Se han descrito otras alternativas como la carótida yugular o la femorosafena, pero ninguna es comparable a las descritas. Si no se puede realizar ninguna de las anteriormente nombradas se realizará un injerto⁶.

■ **Complicaciones**

● **Hemorragia.** La primaria se asocia a problemas en la punción de la vena o por problemas de coagulación. Es frecuente que se produzca por mala canalización de la vena o por desgarro de la misma. En caso de extravasación se debe retirar la aguja y comprimir con hielo o alcohol gel durante 10 min. La hemorragia secundaria suele ir asociada a infección, especialmente en los injertos protésicos⁶.



Fístula arteriovenosa interna (FAVI)

- **Aneurismas.** Aparece dilatación y adelgazamiento de las paredes. Hay que vigilarlos por la posibilidad de aparición de trombosis, embolismo, infección o rotura. Su solución es quirúrgica⁷.

- **Pseudoaneurismas.** Son bastante frecuentes y en general sólo requieren observación. Consisten en hematomas encapsulados en conexión con la luz del vaso. Se previenen cambiando la zona de punción⁷.

- **Infecciones.** Se presentan, en su mayoría, en los orificios de punción y con mayor incidencia en injertos sintéticos y son, con mucha frecuencia, causa de hemorragias, trombosis, pseudos aneurismas y tromboflebitis de las venas del miembro que porta la fístula⁷. Se diagnostican fácilmente por la presencia de calor, dolor, edema y enrojecimiento. Una fístula infectada puede derivar en serios problemas como sepsis, endocarditis y trombosis de la fístula. Jamás se pinchará en una zona que se sospeche infectada.

- **Trombosis:** Se producen como consecuencia de un engrosamiento en la pared de la vena, por punciones repetidas y/o traumáticas o estrechamiento de la anastomosis⁷. Otras veces pueden ser por hipotensión, compresión mecánica de la vena o inadecuada realización de la fístula. A menudo se produce por la extravasación de sangre que comprime la vena y precipita la trombosis⁶.

- **Síndrome de robo arterial.** Aparece frialdad y parestesias de la extremidad, que puede llegar a la necrosis de las puntas de los dedos y quedar isquémicos, la causa suele ser que la sangre pasa de la arteria a la vena a través de la fístula⁶. Su tratamiento es la cirugía para reducir la salida del flujo venoso o la anastomosis⁷.

- **Síndrome de “sangre negra”.** Por aumento de la resistencia venosa en el retorno, ésta se vuelve más negra (desaturada). La solución es quirúrgica.

- **Hipertensión venosa.** Cuando en la fístula de muñeca existe una obstrucción de las venas proximales o cuando la fístula es latero-lateral radio cefálica, puede presentarse un flujo distal hacia la red superficial de la mano, que puede llegar a producir un edema, pérdida de color e incluso ulceración de la piel. El tratamiento es quirúrgico.

Injerto

■ **Se realizará suturando el extremo del injerto a una arteria,** mientras que el otro extremo está suturado a una vena.

El uso de material protésico para la realización de un acceso vascular para la hemodiálisis ha demostrado ser una solución de alto coste tanto económico como de morbilidad y calidad de vida de los pacientes, por la necesidad del gran número de procedimientos

quirúrgicos o radiológicos para mantenerlo útil.

Antes de colocar una prótesis deben de identificarse las arterias y las venas, con un diámetro adecuado para el implante.

La posición de la prótesis es en forma recta o forma de asa, siendo ésta la preferida en el antebrazo, pero la elección estará condicionada por las características del paciente. La localización dependerá del lecho vascular conservado.

En caso de que no fuese posible una prótesis en los miembros superiores es posible implantarla entre la arteria femoral y la vena femoral o la safena en el cayado.

Las prótesis deben tener entre 20 y 40 cm para garantizar una gran longitud de punción. El diámetro de las prótesis deberá oscilar entre 6 y 7 mm⁵.

El tiempo de maduración de la prótesis será de 4 a 6 semanas, aunque hay autores que opinan que puede ser utilizada a los pocos días de su implantación.

Después de la cirugía para la realización del injerto, el paciente puede experimentar dolor o hinchazón en el área que cubre el injerto durante tres o cuatro semanas. Si es así, el brazo deberá mantenerse elevado. Sin embargo, tienen mayor riesgo de infectarse y de coagularse¹⁰.

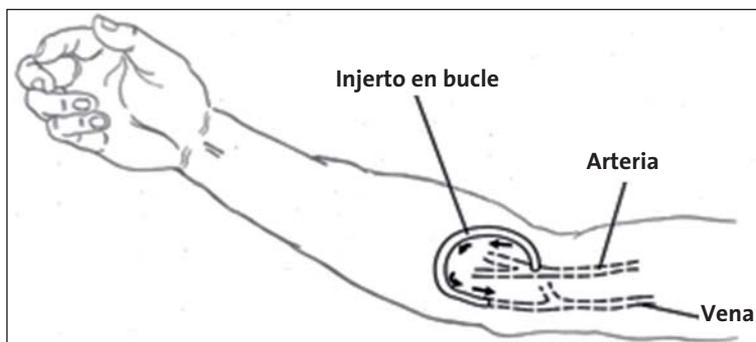
Los injertos son usados cuando la vascularidad nativa del paciente no permite una fístula arterio-venosa.

■ Localización

- Arteria radial en muñeca.
- Arteria humeral en fosa antecubital.
- Arteria humeral en brazo.
- Arteria humeral próxima a axila.
- Arteria axilar⁷.

■ Complicaciones

La complicación más frecuente es la anastomosis proximal o venosa que aumenta el éxtasis sanguíneo



Injerto

en el vaso con peligro de trombosis.

Todas las prótesis biológicas plantean dificultades a la hora de realizar procedimientos reparadores en caso de complicaciones tales como estenosis venosas, aneurismas y sobre todo infecciones.

El 40% de los injertos presenta alguna complicación dentro del primer año, siendo las más comunes la trombosis y los problemas en el lugar de punción, como son erosiones de la piel, infecciones y pseudo aneurismas⁷.

La duración de un injerto es siempre menor que la de una fístula arteriovenosa, pero con una buena técnica quirúrgica y unos buenos cuidados en su manejo, pueden durar bastante.

■ Cuidados de la fístula arteriovenosa (FAV)

Los cuidados de la FAV comienzan antes de su realización. Es importante ofrecer al paciente información general sobre el acceso vascular: qué es, para qué sirve y qué cuidados debe aplicar el paciente.

También se tiene que preservar la red venosa del paciente desde que se sabe que puede necesitar tratamiento renal sustitutivo.

Después, los cuidados de la fístula variarán según se realicen después de la operación, cuando está madurando o una vez iniciada la sesión de HD².

La información y educación del paciente es de vital importancia para conseguir que se implique en los cuidados de forma activa, para ello disponemos de la consulta de prediálisis, donde el personal de enfermería proporcionará de forma clara y con un lenguaje comprensible, la información y cuidados que debe realizar y le explicará cómo funcionan y el objetivo de cada una de las precauciones que debe tomar para el auto-cuidado de la fístula y evitar su deterioro.

■ Recomendaciones a los pacientes para el cuidado de su FAV o injerto

- **Vigilar que el acceso funcione correctamente**, para ello se enseñará al paciente a explorar a diario su AV, enseñándole qué son el soplo y la vibración (thrill) y cómo valorarlos. Para ello palpará la fístula para sentir el thrill varias veces al día⁹.
- **Debe evitar** la toma de la tensión arterial en el brazo portador de la fístula.
- **Evitar compresiones tales como ropa apretada**, reloj o pulseras, vendajes oclusivos y traumatismos en el miembro afectado.
- **Mantener la zona donde esté localizada la fístula bien seca** y limpia mediante lavado diario con jabón pH neutro.
- **Informar al personal sanitario sobre la presencia de cualquier signo de infección local** (eritema, aumento de temperatura, dolor, edema, drenaje de material seroso o purulento, etc.), así como síntomas de isquemia como frialdad, palidez, dolor, etc.⁹.
- **No se debe utilizar la fístula para otro fin que no sea la hemodiálisis**, es decir evitar venopunciones⁸.
- **Es importante** tratar de no dormir sobre el brazo portador del acceso.
- **Debe evitar realizar ejercicio** y levantar peso con dicho brazo.
- **Cubrirá** el acceso cuando se pueda dañar o contaminar.
- **Evitará cambios bruscos** de temperatura en la extremidad portadora de AV.
- **Debe mantener una relación cercana** con el personal de enfermería que lo atiende, pues les puede recordar los lugares de punción cada vez que lo atienden².

■ Cuidados de la FAV durante la sesión de hemodiálisis

- **El paciente lavará** la extremidad portadora de la fístula a la entrada de la unidad de hemodiálisis. Si no

puede hacerlo él mismo, le ayudará el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE.

- **Desinfección de la zona** de punción por el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE con clorhexidina 2%.
- **No tocar la zona** de punción después de la desinfección.
- **Si durante la sesión de hemodiálisis se extravasara la fístula**, se aplicara hielo y una gasa impregnada en alcohol-gel inmediatamente para evitar la formación de hematomas¹⁰.
- **Tanto el personal sanitario como el paciente** deben de utilizar mascarilla durante la punción de la fístula. La manipulación de cualquier acceso venoso por parte del personal de enfermería durante la hemodiálisis debe ser lo más aséptica posible⁸.

La importancia de todos los profesionales de enfermería para una buena evolución y cuidados de estos pacientes es incuestionable.

■ Conexión de la fístula

Material necesario

- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Paño estéril.
- Dos paquetes de gasas estériles.
- Dos palomillas de diálisis según calibre.



Material para conectar una fístula

Según el anticoagulante que tenga prescrito el paciente será:

- Heparina: 1 jeringa de 5cc y aguja.
- Clexane según prescripción.

Creación del campo estéril

- Tras lavarnos las manos, nos colocaremos la mascarilla y los guantes estériles.
- Sobre una superficie limpia y lisa preparamos el campo estéril con el paño.
- Echamos al campo el material, sin sus envoltorios, guardando la esterilidad.
- Cerramos el paño por los extremos y lo depositamos encima del monitor.
- Colaboramos con la enfermera en la conexión del paciente, desinfectando la zona de punción con clorhexidina.

■ Desconexión de una fistula

Material necesario

- Batea desechable
- Guante (talla según paciente)
- Gasas no estériles
- Apósito para coagulación
- Apósito convencional más esparadrapo.



Material para desconectar una fistula

Procedimiento para la retirada de agujas

- Es efectuado normalmente por un Técnico en Cuidados de Enfermería/AE y ha de retirarse cuidadosamente a fin de evitar desgarros.
- La hemostasia de los puntos de punción se hará ejerciendo una ligera presión de forma suave, para evitar pérdidas de sangre sin llegar a ocluir el flujo sanguíneo.
- Teniendo en cuenta que existe un desfase entre el orificio de la piel y el del vaso, no suelen quedar completamente uno encima del otro, la presión durante la hemostasia se ejercerá sobre el orificio de la piel y en la dirección en la que se colocaba la aguja.
- Se recomienda un tiempo de hemostasia mínimo de 10-15 min o bien hasta que se haya formado un coágulo estable en el sitio de punción. Éste puede variar de un paciente a otro, dado que puede estar influido por el tipo de fistula, estado del mismo y factores propios del paciente. Para favorecer la formación del coágulo, la presión durante el tiempo de hemostasia ha de ser continua, sin interrupciones hasta comprobar que es completa. Sin embargo, hay pacientes cuyos tiempos de coagulación al finalizar la hemodiálisis exceden los veinte minutos, lo que supone una sobrecarga de trabajo para el personal de la unidad y un retraso en la dinámica normal de la sesión, sin olvidar el estado de ansiedad que esto provoca en el propio paciente.
- La hemostasia en las primeras punciones ha de realizarse siempre por personal de enfermería experto, ya que la pared vascular todavía es muy frágil y hay riesgo de formación de hematomas. Posteriormente, se educará al paciente para que realice su propia hemostasia.
- Cuando la hemostasia de los puntos de punción se realice por

separado, uno a uno, se debe hacer primero la hemostasia del punto más proximal (retorno), ya que de no hacerse así, al comprimir el otro punto se aumentaría la presión dentro del acceso, lo que favorece el posible sangrado².

● Existen en el mercado varios materiales que se utilizan en las unidades de hemodiálisis para reducir los tiempos de hemostasia y mejorar la cicatrización, algunos de ellos son:

- Spongostan Film[®]: espuma hemostática de gelatina.
- Hemostop[®]: esponja hemostática de colágeno.
- Lyostypt[®]: hemostático local de colágeno.
- Surgicel[®]: hemostático tópico absorbible de celulosa oxigenada y regenerada.
- Tip-Stop[®]: apósito compresivo, compuesto de una pastilla compresiva de poliamida cubierta con alginato, inserta sobre film adhesivo.

Los apósitos de colágeno acortan el tiempo de hemostasia y mejoran la cicatrización de los puntos de punción. Se debe evitar el uso de pinzas o torniquetes especiales para realizar la hemostasia de las punciones. Nunca han de utilizarse en los accesos protésicos¹¹.

Para los pacientes en hemodiálisis tiene gran importancia la facilidad para coagular después de cada sesión. Hay que tener en cuenta que existe una serie de factores intrínsecos en cada paciente a la hora de coagular que nosotros no podemos modificar, como las características hemostáticas personales, y otras como la cantidad de heparina o clexane utilizada en la sesión, la distancia de la punción a la anastomosis de la fistula arteriovenosa interna o el calibre de la aguja que también interviene en la hemostasia de las punciones.

Se instruirá al paciente para que la retirada del apósito se haga al

día siguiente de la sesión de diálisis, de manera cuidadosa². La permanencia superior a la recomendada de los apósitos hemostáticos conlleva riesgo de alteración de la integridad cutánea (maceración, irritación, desarrollo de hipersensibilidad o alergias)⁵. En el caso de utilizar Tip-Stop®, el fabricante recomienda retirarlo de 2 a 4 horas después de haber obtenido la hemostasia. Si el apósito se pega a la piel, éste se humedecerá para evitar tirones y sangrado. Nunca ha de levantarse la costra de la herida. En caso de sangrado el paciente sabrá comprimir los puntos de punción y hacer la hemostasia de igual forma que cuando lo realiza al final de la sesión de HD², para lo cual usará el kit de emergencia que le proporcionamos en la unidad.

Asimismo, mantendrá una adecuada higiene del brazo del acceso vascular con lavado diario con agua y jabón, o con mayor frecuencia si las circunstancias lo aconsejan².

Catéter

■ **Los catéteres son tubos flexibles y huecos que permiten que la sangre fluya** desde y hacia el cuerpo del paciente.

La implantación de un catéter venoso central debe considerarse cuando no ha sido posible realizar una fistula arteriovenosa autóloga o protésica, o cuando sea necesario tratamiento renal sustitutivo sin disponer de otro acceso.

Hay que tener en cuenta que su tasa de supervivencia es más baja, la eficacia para administrar la dosis de hemodiálisis es menor y tiene un alto riesgo de infección³.

Aunque las guías no lo recomiendan como acceso vascular permanente, pocos o ninguno de los servicios de hemodiálisis pueden cumplir con sus recomendaciones. Muy al contrario, cada día está au-

mentando el número y porcentaje de catéteres permanentes.

El acceso de CVC (catéter venoso central) consiste en un catéter de material sintético con dos luces –u ocasionalmente dos catéteres separados–, que se inserta en una vena grande, generalmente la vena cava, la vena yugular o la vena femoral¹⁰.

Los catéteres centrales pueden clasificarse en:

- **no tunelizados** (para su uso inferior a 3-4 semanas), suelen ser semirrígidos, de poliuretano, oscilando su longitud entre 15 y 25 cm de forma recta, con extensiones rectas o curvadas según la vena a canalizar, curvadas para yugular y subclavia y rectas en femoral.

- **tunelizados** (cuando se pretende una utilización mayor de cuatro semanas)⁵. La longitud será la menor posible, para maximizar el flujo obtenido. El calibre será suficiente para garantizar un flujo adecuado para la hemodiálisis⁵.

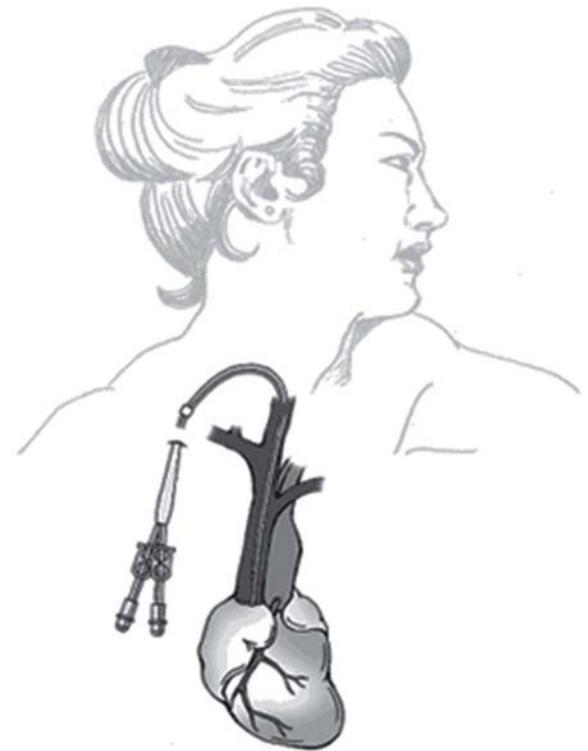
Los catéteres deben ser implantados por personal facultativo familiarizado con la técnica (nefrólogos, radiólogos vasculares o cirujanos) y que hayan demostrado suficiente experiencia.

Los catéteres vasculares centrales tunelizados se deben colocar en una sala con condiciones asépticas. La utilización de salas de radiología intervencionista reduce las complicaciones, los costes y las estancias hospitalarias.

■ Localización

Las venas generalmente canalizadas, llevan un orden: primera vena yugular interna derecha e izquierda, venas yugulares externas, venas subclavias derecha e izquierda y venas femorales derecha e izquierda.

La vena yugular interna es la vena elegida más frecuentemente, debido a su fácil acceso y su menor índice de complicaciones. Es



Localización del catéter.

usada tanto para catéteres temporales como para tunelizados. La canalización puede ser guiada con ecografía o mediante referencias anatómicas.

El segundo lugar de elección dependerá de las características anatómicas y funcionales del paciente.

La vena subclavia deberá canalizarse sólo cuando las demás vías hayan sido agotadas, ya que tiene un mayor riesgo de estenosis.

Si el paciente tiene previsto realizarse una fistula arteriovenosa en alguno de sus brazos, deberá evitarse la utilización de la yugular y mucho menos la subclavia de ese lado².

Los catéteres no tunelizados deberán colocarse el mismo día que vayan a ser utilizados. Éste es el caso del catéter Shaldon que se ubica en los vasos femorales.

El catéter de Permcath® es de silicona, radiopaco, de doble luz y con un manguito de dacrón destinado a fijar el túnel subcutáneo y servir de barrera antibacteriana.



Catéteres

Está indicado en permanencias prolongadas (meses o años) como acceso vascular temporal y puede colocarse en cualquier vaso central, aunque el más utilizado es la vena subclavia.

Cuando estas posibilidades se agotan, por distintas patologías, y dejan de ser eficaces para la hemodiálisis, es necesario recurrir a una de las últimas alternativas de acceso vascular como es el catéter translumbar tunelizado en vena cava inferior.



Catéter translumbar tunelizado en vena cava inferior

■ Dispositivos subcutáneos

Otro dispositivo es el tipo Dialock, un acceso de titanio implantado en el espacio subcutáneo y conectado a dos catéteres de silicona reforzados, que avanzan por una vena central hasta la aurícula derecha. Dicho acceso tiene dos guías que facilitan la incisión de las cánulas de punción y unas válvulas que se cierran inmediatamente al retirar las cánulas, evitando el reflujo. Estos dispositivos suelen ser utilizados de inmediato, e incluso recibir hemodiálisis el mismo día de su implantación.

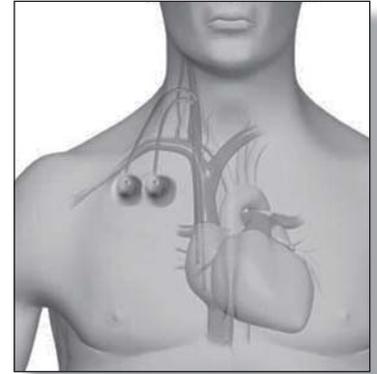
Todo el sistema se encuentra totalmente debajo de la piel. Esto creará en algunos casos un pequeño orificio en la piel llamado "ojal".

Una pequeña protuberancia en la piel permitirá localizar el área de acceso previo de la sesión de HD. En corto tiempo, la inserción y extracción de la aguja apenas causarán dolor, ya que tienen mecanismos para mantener las agujas fijas en su lugar durante la sesión. Estos dispositivos pueden ser ideales si se está en espera de un acceso permanente o de un trasplante, también si se han tenido numerosos fracasos con los accesos. No se tiene aún información del uso de estos dispositivos por períodos largos de tiempo⁴.

■ Complicaciones

● **Infección.** La infección relacionada con el catéter es la complicación más frecuente y grave de los catéteres venosos centrales. Produce una elevada morbilidad y aunque la mortalidad directa no sea alta, supone la pérdida de un acceso vascular en pacientes que en general no tienen más posibilidad de accesos para hemodiálisis. Hay dos factores fundamentales: el lugar de implantación y el tiempo transcurrido desde la implantación.

Las infecciones son más frecuentes en los catéteres no tune-



Dispositivos subcutáneos

lizados que en los tunelizados, por eso los catéteres femorales son más susceptibles de infecciones que los torácicos.

Se definen varios tipos de infecciones asociadas a los catéteres:

- **Bacteriemia.**
- **Tunelitis o infección del túnel subcutáneo.** Aparecerá inflamación y exudado purulento desde el dacrón hasta el orificio de salida, asociado o no a bacteriemia. Esta infección suelen precisar recambio del catéter.
- **Infección del orificio de salida del catéter.** Aparece exudado purulento a través del orificio de salida. Estas infecciones son más frecuentes en pacientes con escasa higiene personal y en diabéticos y se suelen resolver con antisépticos locales y antibióticos.
- **Colonización.** En el manejo de las infecciones, varía en función de la gravedad de las mismas, de la necesidad de mantener el catéter y del tipo de catéter (tunelizado o no tunelizado)⁵.
- **La estenosis del vaso** es una complicación muy frecuente que suele pasar inadvertida y es grave porque compromete la realización de otros accesos vasculares posteriores en el mismo miembro.
- **Trombosis.** Ante una trombosis estará indicada la retirada del catéter. La primera maniobra será intentar lavar el catéter. Si esta maniobra no diera resulta-

do, se tratará con fibrinolíticos, y si la desobstrucción no fuera posible, se retirará este catéter y se colocará otro⁷.

■ Recomendaciones a los pacientes para el cuidado de su catéter

En la consulta de prediálisis se llevará a cabo un programa educativo para que el paciente realice de forma adecuada el autocuidado de su catéter permanente, conozca su importancia y sus riesgos. Se proporcionará información general sobre el catéter, en qué consiste, sus partes y el porqué de su importancia, información sobre las posibles complicaciones y cómo resolverlas, indicación de los aspectos que pueden dañar el catéter e instrucciones para prevenir infecciones.

- Mantener una adecuada higiene personal general (ropa interior limpia, higiene del hogar, ropa de cama limpia, etc.)
- Utilizar apósitos transpirables (gasas y esparadrapo), solo utilizar apósitos oclusivos en circunstancias especiales (para baño en el mar o piscinas), retirándolos posteriormente, ya que al no permitir la transpiración favorecen la creación de un medio húmedo y el riesgo de infecciones.
- Uso de sujetadores, sobre todo las mujeres con mamas voluminosas para evitar desplazamientos de catéter por efecto de la gravedad⁶.
- Evitar mojar el apósito (la humedad aumenta el riesgo de infección)².
- Cuidado con el uso de material cortante cerca del catéter (tijeras, cuchillas de afeitar).
- Evitar el roce continuado sobre el catéter con cadenas, tirantes, etc.
- En caso de catéter femoral evitar sentarse en ángulo recto y caminar a diario para prevenir trombosis.
- Evitar golpes, ejercicios o actividades bruscas.

- El catéter siempre debe tener sus tapones puestos y sólo debe ser manipulado por el personal de enfermería.
- Si se producen separaciones, filtraciones o roturas en cualquier parte del catéter se debe asegurar que esté cerrado en el área superior del sitio del problema y debe acudir inmediatamente a la urgencia.
- Ante fiebre, sangrado, dolor y cualquier duda o complicación relacionada con el catéter, es necesario ponerlo en conocimiento del personal de enfermería.

■ Conexión del catéter

Material necesario:

- Dos mascarillas.
- Paño estéril.
- Dos guantes estériles.
- Dos jeringas de 20cc.
- Dos jeringas de 5cc.
- Un apósito pequeño.
- Dos paquetes de gasas estériles.
- Cuatro sueros fisiológicos.



Conexión de catéter

Según el anticoagulante que tenga prescrito el paciente será:

- Heparina: jeringa de 5cc y aguja IV.
- Clexane según prescripción.

■ Creación del campo estéril

- Lavarse las manos y colocarse las mascarillas.
- Uno de los dos Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE se colocara los guantes estériles para manipular el material.

- Sobre una superficie limpia y lisa, montamos el campo estéril con el paño.
- Echar al campo el material, sin envoltorios, preservando la esterilidad.
- Cargar las jeringas de 20cc con suero fisiológico. Se recomienda sacar el émbolo y taponar el orificio de salida de la jeringa. La compañera no estéril suministrará el suero.
- Cerrar el paño por los extremos y depositar encima del monitor correspondiente.

Colaboramos con la enfermera en la conexión del paciente, echaremos suero y clorhexidina en unas gasas estériles.

■ Desconexión de catéter

Material necesario

- Paño estéril.
- Dos jeringas de 20 cc con suero fisiológico.
- Dos jeringas de 5 cc con 2.5 cc de heparina cada una.
- Dos tapones.
- Dos paquetes de gasas estériles.
- Un apósito de 9 x 30 cm
- Un apósito de 9 x 1cm.
- Guantes estériles.

■ Creación de campo estéril

El mismo procedimiento que en la conexión.



Desconexión de catéter

Desinfección y cuidados de la piel en los accesos vasculares

El acceso vascular es, en gran medida, el que va a marcar la calidad de vida de estos pacientes sometidos a la hemodiálisis.

Una buena higiene y cuidado de la piel va a contribuir al mantenimiento del acceso durante un período más largo de tiempo, por lo que es muy importante la educación sanitaria en estos pacientes crónicos. La obesidad, diabetes, hiperproteinemia, así como cualquier tipo de inmunodeficiencia asociada, o mala higiene personal, se considera un factor de riesgo⁸.

El prurito, junto con la xerosis, son síntomas frecuentes de la enfermedad renal que afecta a la piel, por lo que es necesario aliviarlo con una buena higiene y hidratación de la piel utilizando jabones neutros y lociones hipoalérgicas.

Estudio de pacientes en hemodiálisis en el Hospital Infanta Leonor

La Unidad de Hemodiálisis del Hospital Infanta Leonor se inauguró el 21 de abril de 2008, con cuatro puestos de diálisis. El personal lo componía un jefe de servicio, dos facultativos, una supervisora, nueve enfermeros, cinco Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE y un administrativo.

En ese año teníamos 35 pacientes, de los cuales 21 eran hombres y 14 mujeres.

El personal aumentó en dos facultativos, cuatro enfermeros y tres Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.

En la actualidad contamos con 58 pacientes, dos facultativos más y un total de 19 enfermeros (fig. 1).

Las edades de los pacientes oscilan entre los 43 y los 88 años en el caso de los hombres y entre los 19 y los 84 años en el caso de las mujeres (fig 2).

En el año 2008, en la unidad de hemodiálisis teníamos 23 pacien-

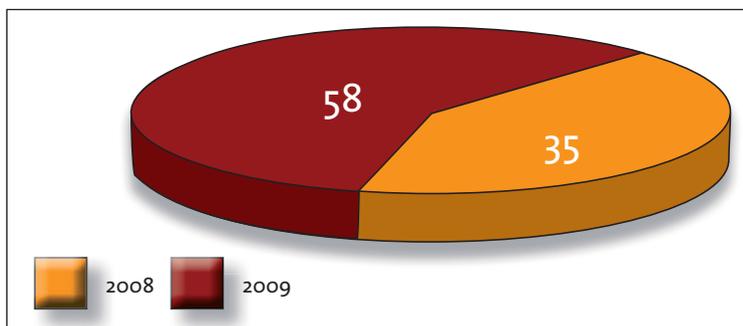


Figura 1.

tes portadores de fístulas, de los cuales 18 eran hombres y 5 mujeres. Los hombres tenían edades comprendidas entre los 42 y los 81 años, cuya media era de 66,8 años. Las 5 mujeres tenían edades comprendidas entre los 29 y los 79 años cuya edad media era de 58,2 años.

El número de fístulas autólogas en los varones era 13 y en las mujeres era 3.

En la actualidad tenemos 44 pacientes portadores de fístula, de los cuales 29 son hombres y 15 mujeres. Los hombres tienen edades comprendidas entre los 43 y los 84 años y las mujeres entre los 19 y los 81.

El número de fístulas autólogas en varones en la actualidad es de 20 y en mujeres es de 10 (fig 3).

Los pacientes varones que portaban injertos eran 5 y las mujeres 2. En el año 2009 contamos con 9 varones y 5 mujeres (fig 4).

En el año 2008 el tiempo de coagulación oscilaba entre 10 min como mínimo y 30 min como máximo, dependiendo del tipo de acceso vascular que tuviesen.

Actualmente los pacientes con FAV coagulan en un tiempo de 12,1 min y los pacientes con injerto coagulan en 13,5 minutos (fig 5).

Nuestros agentes hemostáticos de elección son el Tip-Stop® y el Willospón. La compresión manual se prolonga por la presión ejercida por la pastilla compresiva de poliamida.

Algunas veces hemos utilizado Surgicel® cuando surgen tiempos de coagulación elevados.

Algunos de los que usan Tip-Stop®, lo hacen sin la pastilla compresiva y film adhesivo, es decir usan el alginate debajo de una gasa estéril doblada, cubierto por un apósito, pues la pastilla o el film adhesivo les provoca dolor o irritaciones en la piel. El resto utiliza el Tip-Stop® completo, cubierto por apósito mediano o pequeño.

Hay que destacar que todos se realizan la hemostasia ellos mismos tras haber sido adecuadamente enseñados, para garantizar que sepan realizarlo y evitar pérdidas sanguíneas fuera de la unidad.

En nuestra unidad, en el año 2008 teníamos 12 pacientes portadores de

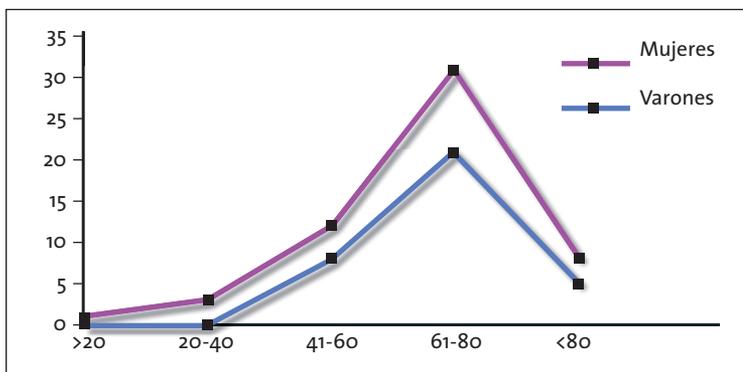


Figura 2. Edades de los pacientes en el año 2009.

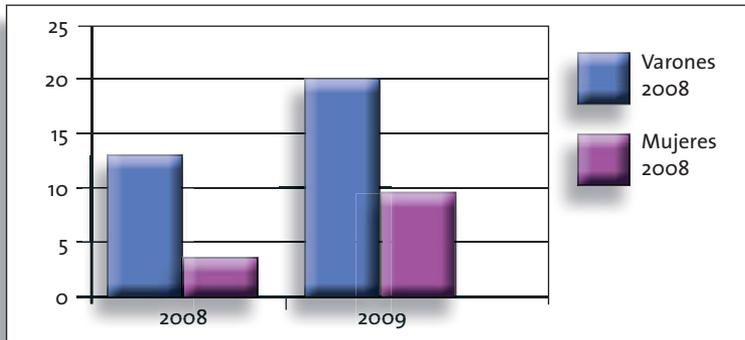


Figura 3. Pacientes con fistula autóloga.

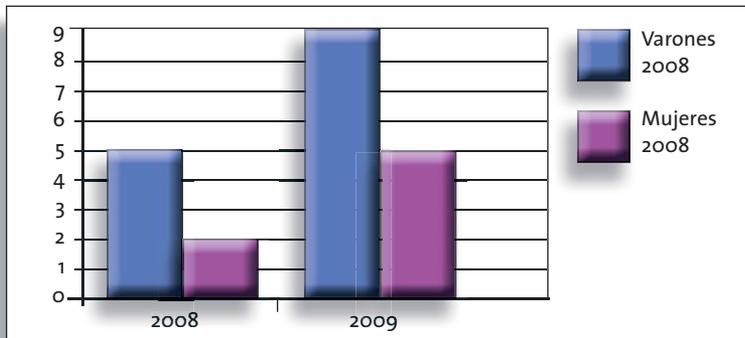


Figura 4. Pacientes con injerto.

catéter, de los cuales 3 eran hombres y 9 mujeres. Los hombres tenían edades comprendidas entre los 63 y los 87 años, cuya media era de 74,3 años. Las 9 mujeres tenían edades comprendidas entre los 56 y los 83 años cuya edad media era de 72,1 años.

En el año 2009 había 14 pacientes portadores de catéter, 6 varones y 8 mujeres, en edades comprendidas de los 49 a los 88 en el caso de los hombres y de los 36 a los 84, en el caso de las mujeres (fig 6).

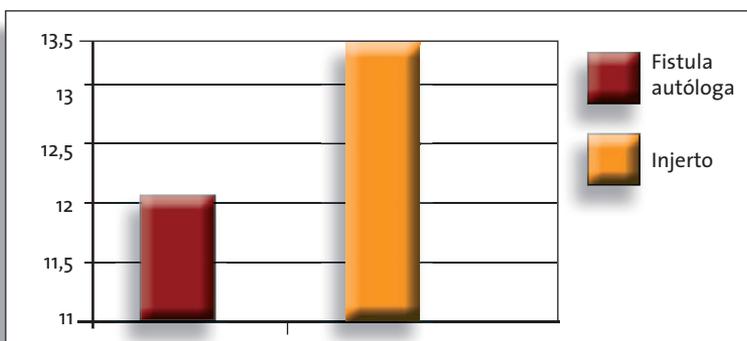


Figura 5. Tiempo medio de coagulación.

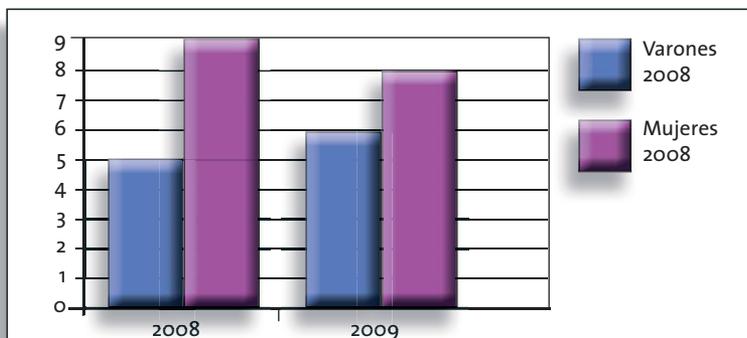


Figura 6. Pacientes con catéter.

Conclusiones

■ **En la unidad de Diálisis** del Hospital Infanta Leonor, el trabajo multidisciplinar del personal de Enfermería es muy importante, sobre todo por la variedad de accesos vasculares que presentan los pacientes, esto nos lleva a estar continuamente evaluando y actualizando nuestros conocimientos, tanto en la información como educación que damos en el día a día, pues los pacientes y sus circunstancias cambian, lo que nos obliga a mantenernos bien informados sobre los cuidados que estos precisan.

Como resultado de la buena práctica del personal de Enfermería y con la aplicación de las técnicas, rigurosamente asépticas, hemos logrado una tasa de infección cero en los accesos vasculares de nuestros pacientes, tanto en fistulas como en catéteres. ●

Bibliografía

1. Información de salud para pacientes. Fistera Salud.
2. Galera-Fernández A, Martínez-de Merlo MT, Ochando-García A. Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. *Angiología* 2005; 57 (supl 5):59-68).
3. Jimeno Martín I, Minguela J I, Ocharán-Corcue J, Chena A, Ruiz-de-Gauna R. *Revistas Diálisis y Trasplante* Vol. 29 nº 04.
4. Asociación Americana de pacientes renales. aakp.
5. Rodríguez Hernández JA, Gutiérrez Julián JM. *Guías de Acceso vascular en hemodiálisis*. Sen y Seden. 2005.
6. Carlos Haya. Net. Biblioteca/contenidos/docs/nefrología/diálisis/montseserarols. PDF.
7. Andreu Periz L. Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Elsevier Masson. 2001 Barcelona.
8. Aparicio-Martínez C, González-García A, Del Río-Prego A. Accesos vasculares para hemodiálisis. Complicaciones: infecciones del acceso vascular (autólogo o protésico). *Angiología* 2005; 57 (supl.2).
9. Lerma García D, Arnau Barragán M. A. Los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis. IV trimestre 00. Nº 12.
10. Descripción de la hemodiálisis paso a paso. Wikipedia, la enciclopedia libre.
11. Sánchez Tocino ML, Ledesma Torre C, García Rico B, Mateos Hernández R. Valoración de la utilización de materiales hemostáticos en la coagulación post-hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enfermería Nefrología* 2005.

Perfil del cuidador principal en una Unidad de Medicina Interna

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE que trabajan en hospitalización, por su trabajo habitual, tienen un estrecho contacto con los cuidadores que acompañan a los pacientes, circunstancia que conduce a una inquietud por mejorar el conocimiento sobre los mismos y sobre su estado de salud, así como por trabajar para mejorar la relación con estas personas. Se considera que un mayor conocimiento va acompañado de una serie de intervenciones que favorecen, en gran modo, la percepción de los cuidadores de estar correctamente atendidos, a la vez que se consigue una mayor colaboración y aprendizaje en el cuidado del paciente. Por ello se llevó a cabo un estudio descriptivo que ha permitido identificar el perfil del cuidador principal que frecuenta la unidad, donde, entre los datos recogidos, se ha encontrado un nivel elevado de esfuerzo en un 75,36% de las personas estudiadas.

Introducción

La salud no es asunto exclusivo de los servicios ni de los profesionales sanitarios ya que sólo una parte de la atención necesaria está asegurada por ellos. La mayoría de los cuidados son autodispensados o suministrados por la familia. Esta circunstancia se olvida frecuentemente.

Cuidar a un familiar es una de las responsabilidades más difíciles que

aparecen en la vida. Si bien cuidar puede traer satisfacciones, existen sacrificios y exigencias que pueden llegar a ser muy fuertes, repercuten en diferentes áreas de la vida de la persona cuidadora y en el funcionamiento familiar. Dado que cuidar a lo largo del tiempo a personas dependientes supone la renuncia a una parte de la propia vida del cuidador y puede llegar a ser abrumador, es importante que se controle.

Por ello, para que el cuidar sea posible y soportable, hay que tener en cuenta las necesidades de las personas cuidadoras en general, en particular las necesidades de formación, así como sus condiciones sociales y afectivas.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE, por nuestro trabajo habitual, tenemos un estrecho contacto con los cuidadores lo que nos ha llevado a tener inquietud por mejorar el conocimiento sobre éstos y sobre su estado de salud así como trabajar para mejorar la relación con ellos. Consideramos que un mayor conocimiento, por nuestra parte, va a determinar en gran modo la percepción de los cuidadores de estar correctamente atendidos y a su vez se va a conseguir una mayor colaboración y aprendizaje en el manejo del paciente.

Objetivo

Describir el perfil del cuidador principal y el índice de esfuerzo de los cuidadores.

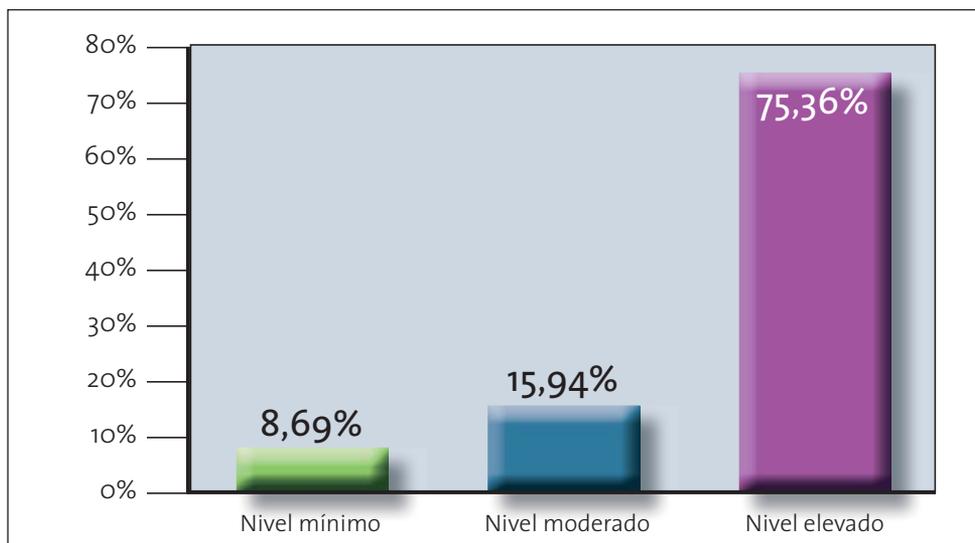


Fig. 1. Índice de esfuerzo del cuidador

Material y método

- **Estudio:** descriptivo.
- **Población:** los cuidadores principales de pacientes dependientes ingresados en nuestra unidad de Medicina Interna.
- **Muestra:** los cuidadores que frecuenten la Unidad en el período comprendido entre el 15 de enero y el 8 de junio de 2009.
- **Criterios de inclusión:**
 - Estar más de 12 h sin tener relevo en el cuidado.
 - Que el paciente vaya a requerir cuidados al alta.
- **Criterios de exclusión:**
 - No querer participar en el estudio.
 - Ingresos hospitalarios inferiores a 72 h de estancia.
 - Cuidadores contratados por la familia.
- **Variables del estudio:**
 - Datos de identificación y sociodemográficos del cuidador: sexo, edad, nivel cultural (sin estudios, primarios, graduado escolar, formación profesional, estudios superiores), residencia habitual (provincia, pueblo, aldea, ciudad, extranjero residente, visitante), ocupación (trabaja, ama de casa, parado, jubilado, estudia), relación de parentesco (padre, hijo, hermano, abuelo, amigo, otros).
 - Índice de esfuerzo del cuidador
 - Nivel mínimo < 4
 - Nivel moderado de 4 a 6
 - Nivel elevado > 7
- **Instrumento de recogida de datos:** entrevista semiestructurada con dos cuestionarios, uno sobre datos de filiación (elaboración propia) y el Cuestionario de índice de esfuerzo del cuidador de Moral et al (2003), Anexos 1 y 2.
- **Análisis de los datos:** estadísticos descriptivos por porcentaje.

Resultados

El número total de personas entrevistadas fue de 69; 76,81% mujeres y el 23,18% hombres. En cuanto a la edad, el 72,46% se encontraba en un intervalo de 20 a 40 años; el 47,82% entre 40 y 60 años; y el 40,57% en una horquilla de 60 a 70 años.

Sobre el nivel cultural referido a los estudios realizados: sin estudios (no sabe leer ni escribir) el 21,73%; primarios (no terminó estudios) el 23,18%; graduado escolar 13,04%; formación profesional 10,14%; y estudios superiores 17,39%.

La residencia habitual fue provincia (pueblo o aldea) el 42,02%, ciudad el 53,62%; y visitante 4,34%.

Sobre la ocupación: trabajaba el 33,33%; era ama de casa el 47,82%; estaba parado el 5,79%; y jubilado el 13,04%.

En relación de parentesco, se encontró: padres 5,79%; hijos 27,53%; esposa 39,13% y esposo 13,04%; hermanos 10,14%; amigos 1,44%; otros 2,89%.

El índice de esfuerzo se reflejó en < de 4 (nivel mínimo) el 8,69%; de 4 a 6 (nivel moderado) el 15,94%; y > de 7 (nivel elevado) el 75,36%. (Figura 1)

Discusión

De los datos extraídos podemos describir el perfil del cuidador principal (Figura 2) que frecuenta nuestra unidad como mujer en un 73,81%, en un intervalo de edad entre 40 y 60 años en un 47,82%. Con relación al nivel cultural un 37,68% tienen estudios primarios. La residencia habitual es la ciudad en un 53,62%. La ocupación habitual es la de ama de casa (47,82%); sin descartar el 13,04% que son jubilados; o el 31,88% que trabajan. La relación de parentesco más destacada es la de la esposa 39,13%; seguida de la de los hijos en un 27,53%.

Sobre el nivel de esfuerzo del cuidador encontramos un llamativo nivel elevado en un 75,36% de las personas entrevistadas.



Anexo1

Datos del cuidador principal

SEXO:

- Mujer Varón

EDAD:

NIVEL CULTURAL:

- sin estudios (no sabe leer ni escribir)
 primarios (no terminó estudios)
 graduado escolar
 formación profesional
 estudios superiores

RESIDENCIA HABITUAL:

- provincia (pueblo o aldea)
 ciudad
 extranjero: - residente
 visitante

OCUPACIÓN:

- trabaja
 ama de casa
 parado
 jubilado
 estudia

RELACIÓN DE PARENTESCO:

- padres
 hijos
 esposa
 esposo
 hermanos
 abuelos
 amigos
 otros

Dadas las características que identifican el perfil del cuidador que frecuenta nuestra unidad y el alto nivel de esfuerzo que presentan, entendemos que se deben instaurar estrategias para reconducir o paliar dicho esfuerzo.

Realizar la detección y atención precoz desde el debut (preferentemente) del cansancio de cuidadores de personas dependientes en el hospital busca mejorar la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares a lo largo del tiempo. ●

Bibliografía:

López Alonso et al (2004). Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
 Moral Seffano MS et al (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Atención primaria; 32 (2): 77-85.

Anexo2

Cuestionario de Índice de esfuerzo del cuidador

(Moral et al, 2003 con modificaciones)

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general.

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica (Sí – No).

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

1. Tiene trastornos de sueño

(Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche):

- SI NO

2. Es un inconveniente

(Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar):

- SI NO

3. Representa un esfuerzo físico

(Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla):

- SI NO

4. Supone una restricción

(Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas):

- SI NO

5. Ha habido modificaciones en la familia

(Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad):

- SI NO

6. Ha habido cambios en los planes personales

(Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones):

- SI NO

7. Ha habido otras exigencias de mí tiempo

(Ej. por parte de otros miembros de la familia):

- SI NO

8. Ha habido cambios emocionales

(Ej. causa de fuertes discusiones):

- SI NO

9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas):

- SI NO

10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es una persona diferente de antes):

- SI NO

11. Ha habido modificaciones en el trabajo

(Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda):

- SI NO

12. Es una carga económica

- SI NO

13. Nos ha desbordado totalmente

(Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento):

- SI NO

Puntuación total:.....

Nivel de esfuerzo:.....

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?". El "número de suscriptor" corresponde con el número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista.
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 deberá introducir su número personal de suscriptor (número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista) y se le asignará su usuario y clave de acceso.



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 _____
 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: administracion@fundacionfae.org

► Lectura

El pájaro espectador

- **Autor:** Wallace Stegner
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 18,95 euros

Una postal se convierte en el punto de partida de un viaje por los recuerdos, los sentimientos y las reflexiones que acompañan el final de una vida, en este caso la de Joe Allston y su esposa Ruth.

Las palabras de una vieja amiga llevan a este agente literario jubilado a retomar los diarios que escribió veinte años atrás cuando, después de la muerte de su único hijo, el matrimonio viajó unos meses por Dinamarca para conocer el país del que era originaria su familia. Uno de los capítulos destacados en este recorrido por las vivencias es la relación que entablaron con la misteriosa aristócrata danesa Astrid Wredel-Krarup, su anfitriona en Copenhague.



La lectura de estos diarios despertará en Joe y Ruth sentimientos y preguntas largamente postergados.

Galardonada con el National Book Award en 1977, *El pájaro espectador* aborda temas trascendentales en la obra de Wallace Stegner como el matrimonio, el paso del tiempo

o las tensiones generacionales, lo que la convierten en una de las mejores novelas de este autor americano.

Diario de un ama de casa desquiciada

- **Autor:** Sue Kaufman
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 21,95 euros

Libros del Asteroide nos acerca la historia de Tina Balsler, un ama de casa de clase alta, con dos preciosas hijas y un abogado de



éxito por marido. A pesar de esta perfecta fotografía de su vida, la protagonista de esta hilarante novela nos irá detallando a través de su diario —su tabla de salvación—, la radiografía de sus verdaderos sentimientos, miedos e insatisfacciones.

A través de las agudas anotaciones que realiza sobre sí misma y su entorno, Tina va descomponiendo sus etapas vitales para intentar arrojar un poco de luz sobre las causas que le han trasladado a una vida aburrida y convencional.

Diario de un ama de casa desquiciada, la novela de más éxito de Sue Kaufman, fue publicada por primera vez en 1967 y está considerada como uno de los relatos fundacionales y más representativos de la

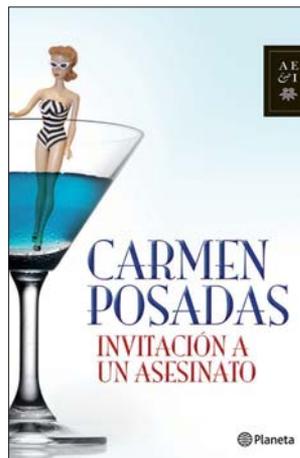
nueva conciencia femenina surgida a mediados del siglo pasado en Estados Unidos.

Invitación a un asesinato

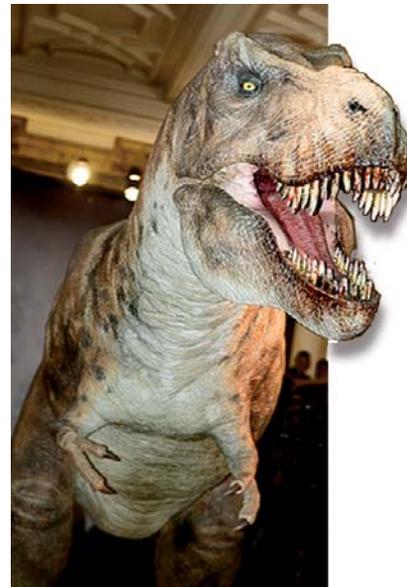
- **Autor:** Carmen Posadas
- **Editorial:** Planeta
- **Precio:** 21,50 euros

Para evitar el inminente declive al que se está asomando su vida —recién divorciada de su quinto marido y completamente arruinada—, Olivia Uriarte lleva a cabo un minucioso plan para organizar su asesinato: un lujoso velero en mitad del océano, ocho invitados que, por distintas razones, serían capaces de escribir su final y un compendio de pistas para que su hermana Ágata pueda resolver correctamente el rompecabezas son los protagonistas de la nueva novela de Carmen Posadas.

El humor, la ironía y el ingenio trazan esta trama que tiene como escenario social el ambiente que envuelve a los nuevos ricos y en la que la autora trata temas tan actuales como el suicidio o las adopciones frustradas.



Carmen Posadas nos hace una invitación para unir las piezas en que desmonta un asesinato; no debemos rechazarla.



► Exposición

Entre dinosaurios

- **Lugar:** El Umbracle, Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia
- **Fecha:** hasta el 29 de mayo de 2011
- **Precio:** entre 4 y 6 euros

Tras una sorprendente recreación del hábitat del pasado más remoto, que nos traslada al Jurásico y el Cretácico, el Umbracle se ha convertido en el hogar de 26 dinosaurios robotizados, en lo que es la mayor muestra de estas características de Europa.

Mientras recorre los 3.000 metros cuadrados que ocupa la exposición, el visitante podrá caminar entre un Estegosaurio de 2,5 m, un Diplodocus de 27 m de largo o un Tiranosaurio Rex de 14 m. Estos curiosos y espectaculares inquilinos del Umbracle, con su natural apariencia, son capaces de efectuar una gran variedad de movimientos y sonidos que sorprenderán a grandes y pequeños.

La muestra estará abierta hasta el próximo día 29 de mayo y se podrá visitar en horario de 10 a 19 h. ●

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011

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

Nombre y apellidos

N.I.F.

Domicilio N° Piso

Letra Esc.: C.P.

Localidad Provincia

Tif.: Móvil E-mail

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación

Marque con "X" la actividad o actividades deseadas

	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (20 h.- 2,2 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos (65 h.- 3,6 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: Traumatismos y quemados (80 h.- 5,4 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 7,8 créditos)	99,00 €	129,00 €
<input type="checkbox"/> Actualización en drogodependencias para AE/TCE (65 h.- 3,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (80 h.- 5,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo I: Maltrato infantil (50 h.- 5,1 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo II: Maltrato a la mujer (50 h.- 3 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo III: Maltrato a mayores (50 h.- 2,8 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos)	99,00 €	129,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE al paciente infeccioso (20 h.- 2,2 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCE ante la globalización de las enfermedades (50 h.- 3,5 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE en la unidad de urología (50 h.- 3,5 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (20 h.- 1,7 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos (40 h.- 6,6 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles (65 h.- 7,7 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas para AE/TCE en Atención Especializada (65 h.- 5,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (65 h.- 4,6 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (20 h.- 2,3 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 5,4 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,5 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El TCE/AE en servicios especiales: urgencias urológicas (80 h.- 4,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Farmacología básica para AE/TCE (40 h.- 2,7 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (20 h.- 1,8 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (20 h.- 2,6 créditos) SÓLO EN CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión (65 h.- 7,9 créditos)	57,00 €	81,00 €

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 200 (por edición)

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

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.

"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 2010/2011 TÉCNICO 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

Nombre y apellidos N.I.F.

Domicilio N° Piso

Letra Esc.: C.P.

Localidad Provincia

Tif.: Móvil E-mail

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación

Marque con "X" la actividad deseada

	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos)	99 €	129 €

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 200 (por edición)

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

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.

"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".

XXII CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA /AE

PALMA DE MALLORCA 1, 2 Y 3 DE JUNIO 2011



URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL TRABAJO EN EQUIPO SALVA VIDAS