

UD 6: APOIO PSICOLÓXICO AO NENO E ADOLESCENTE ENFERMOS

1. ENFERMIDADE E ETAPAS VITAIS DO NENO

IDADE	CARACTERÍSTICAS	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Primeiros Meses	Comunícase mediante o llanto e movementos corporais. Non existe unha idea da enfermidade. Difícil identificar a causa do malestar.	Procurar que sempre haxa unha persoa significativa e que lle ofrezca un entorno seguro.
1 a 3 Anos	Maior interacción cos outros e dependente da nai. Egocentrismo e rabietas frecuentes. A enfermidade percíbese segundo experiencias previas. O coñecemento substitúese pola intuición.	Explicar segundo o seu nivel de comprensión, todos os procedementos e a súa finalidade. Persoa significativa con eles.
Etapa Preescolar 3-6 anos	Expresa sentimentos con palabras curtas e frases sinxelas. Fala só e usa a imaxinación. Pregunta constantemente "por qué". Relaciona a enfermidade cun mal comportamento (culpa e castigo). Vantaxes percibidas: evitar escola, recibir regalos.	É necesario prepararlle con antelación segundo o seu nivel de comprensión. Necesaria a sinceridade nas explicacións para aumentar a confianza. Hai que explicar as normas hospitalarias para a cooperación. Eloxiar os logros para aumentar a autoestima.
Etapa Escolar 6-12 anos	Pensa antes de actuar e abandona o egocentrismo. Expresa sentimentos e ideas de forma lóxica. Colabora en tarefas do fogar. Diferencia entre enfermidade e saúde. Ten en conta a opinión dos demais. Recoñece as desvantaxes da enfermidade.	Escoitar a súa opinión. Se a estancia hospitalaria é longa, facilitar o contacto co exterior e evitar o retraso escolar.

2. O NENO E A HOSPITALIZACIÓN

- En nen@s independentes (ou parcialmente) a hospitalización supón volver a ser dEPENDENTE. Isto pode provocar perda de control.
- Pode haber reaccións difíciles: mal humor, rabietas... ou actitude pasiva: pasotismo, falta de interés...

FASES DA REACCIÓN DO NEN@ ANTE A HOSPITALIZACIÓN

PROTESTA	DESESPERACIÓN	NEGACIÓN	ADAPTACIÓN
Chora, grita e chama polos pais.	Tristeza, pouco activo, posible regresión (chupar o dedo, arrincar o pelo).	Mostra interese polo entorno pero non indica o seu malestar.	O persoal sanitario e os pais colaboran no seu coidado.

RECOMENDACIÓNS

- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios en menores de 12 anos.
- Explicar os procedementos ao neno para mellor tolerancia.
- Manter contacto con familiares e amigos para reducir a soidade.
- Preparar a volta á escola se hai cambios físicos ou atraso escolar.

3. O ADOLESCENTE E A HOSPITALIZACIÓN: CARACTERÍSTICAS

1. A adolescencia é unha etapa de maduración psicolóxica e física.
2. A enfermidade implica perda de independencia e impacto psicolóxico.
3. Pode sentirse vulnerable e inseguro.
4. Importancia de proporcionar información sobre a súa saúde e enfermidade.
5. Inseguridade e medo a ser diferente dos seus compañeiros.
6. Ambivalencia: busca independencia pero tamén apoio.
7. Importancia da imaxe corporal e preocupación polas secuelas.
8. A hospitalización representa unha perda de liberdade e independencia.
9. A separación do grupo aumenta a sensación de illamento e aburrimiento.
10. As restricións horarias e normas hospitalarias xeran frustración.
11. Colabora no tratamento pero pode reaccionar con rebeldía.
12. Pode mostrar actitudes de rexeitamento ou desinterese.
13. A hostilidade é unha reacción posible ante a perda de autonomía.
14. A comunicación con médicos pode ser difícil.

4. O ADOLESCENTE E A HOSPITALIZACIÓN: RECOMENDACIÓNS

- a) Manter contacto social e facilitar información clara.
- b) escoitar e comprender a súa ambivalencia.
- c) Evitar tratar ao adolescente como un neno pequeno.
- d) Favorecer a toma de decisións sobre a súa saúde.
- e) Axudar a manter conexións sociais para reducir o illamento.

5. MEDOS MÁIS COMÚNS NO NENO E ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MEDO	MEDIDAS PARA SUPERALO
DANO FÍSICO	Nenos pequenos: calmarlles, mecerlles o acariciarlles. 1-3 anos: explicar a proba con anterioridade e consolar despois. Preescolar: explicar e practicar actividades de distracción. Escolar: mostrar gráficos ou fotografías. Adolescentes: comprenden o razoamento científico, se senten ameazados se afecta a súa esfera sexual. Agradecen a discreción.
DOLOR	Menores de 3 anos: observar as conductas (llanto, apetito...) e as súas respostas fisiolóxicas (sudor...). A partir de 3 anos: son capaces de comunicar a localización e intensidade do dor. Explicar con antelación. Clima de confianza, non enganar o neno.
SEPARACIÓN DA FAMILIA	Hasta os 4 anos: sofren ante a separación dos pais, pensan que lles abandonaron. Os sanitarios deben explicar que os pais van a volver e permanecer o seu lado. Escolares e adolescentes: necesitan a presenza de alguén da súa idade para superar a separación. Flexibilizar as visitas e permitir obxectos persoais (ambiente coñecido e seguro)
EXTRAÑO E DESCOÑECIDO	Nenos: o ambiente descoñecido e a xente extraña produce medo no neno. Adolescente: o extraño produce recelo, non medo. O persoal debe presentarse .
PÉRDIDA DE CONTROL	O realizar un procedemento sen a colaboración do paciente aparecerá perda de control. Explicar o que vai suceder e as súas consecuencias para diminuír a ansiedade
INGRESO HOSPITALARIO	Programado: hai inquietude. Explicar que profesionais lle atenderán. Permitir visitas e obxectos persoais. Urxencia: medo e nerviosismo, padres angustiados. Manter a calma.

6. A HOSPITALIZACIÓN: REACCIÓNS DA FAMILIA

SOBREPROTECCIÓN	TOLERANCIA EXCESIVA	ESCASA OU INCORRECTA EDUCACIÓN SOBRE A ENFERMIDADE	ANSIEDADE	RESPOSTA AXUSTADA Á SITUACIÓN
Impiden que o fillo faga cousas só, ven riscos e perigos en todas partes.	Cumpren todos os caprichos do neno.	Evitan falar do tema “enfermidade” para que o nen@ “non sufra” ou usan ameazas “se non comes todo voute levar ao médico para que che poñan un tubo”.	O nerviosismo dos pais transmítese ao fillo.	Axudan ao neno a comprender a enfermidade, resollen dúbidas e a adaptarse á nova situación.

7. ENFERMIDADES MÁIS COMÚNS NA INFANCIA

ENFERMIDADE	ETIOLOXÍA	MANIFESTACIÓNS (signos e síntomas)	PRONÓSTICO/ EVOLUCIÓN	FORMA DE CONTAXIO	TRATAMENTO
BRONQUIOLIT E: Enfermidade inflamatoria das vías respiratorias inferiores.	Virus respiratorio sincitial (VRS)	Dificultade respiratoria. Febre. Taquipnea. Sibilancias Crepitancia Tos.	Xeralmente evoluciona favorablement e. Casos graves pode causar neumonía.	Vía aérea Contacto directo	Sintomático <u>Hidratación</u> <u>Osixenoterapia</u> (se é preciso). <u>Broncodilatadores</u> (casos graves) Preventivo: <u>vacina</u> de 0-6 meses (en tempada)
OTITE MEDIA AGUDA: Exudado e inflamación en oído medio.	Bacteriana (Streptococcus pneumoniae (neumococo)/ Haemophilus influenzae)	Otalxia (dolor) Febre Otorrea (líquido) Otoscoopia: abombamento timpánico	Complicación máis frecuente: mastoidite (inflamación do oso mastoides)	Vía aérea Contacto directo. Habitualmente tras unha infección vírica respiratoria de vías altas.	Tratamento: Antibióterapia Analxésicos En casos de mastoidite ás veces é preciso drenar. Preventivo: vacina contra o neumococo e o Haemophilus influenzae
SDME BOCA-MAN-PE: infección cutáneo-mucosa	Virus de Cocksackie	Febre. Dor gorxa. Anorexia. Irritabilidade. Vesículas na boca (enxiva, lingua, cara interna meixela) e no ano Sarpullido que non pica e vesículas nos pes e mans.	Xeralmente benigna, desaparece espontaneamente nuns días. Risco de deshidratación por rexeitamento de alimento e bebida.	Aérea Saliva e secrecións nasais. Feces Líquido de bochas É contaxioso días antes dos síntomas e semanas despois, polo que non ten sentido illar ao neno (pode ir á gardería se non ten síntomas)	Tratamento sintomático. Prevención: medidas hixiénicas.

IMPÉTIGO: infección cutánea	Bacteriana (Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus)	Bochas ou úlceras amarelas en nariz, boca, manos, antebrazos e zona de cueiro. Poden picar e reventar formando costras. É máis frecuente en pel irritada, que se sobreinfecta.	Remite en poucos días despois da instauración do tto antibiótico.	Contacto directo Fomites	Antibioterapia (tópica ou oral, dependendo da extensión das lesións)
GASTROENTERITE POR ROTAVIRUS	Virus (Rotavirus)	Diarrea acuosa Vómitos Febre	Entre 5 e 7 días. A enfermidade pode ser desde leve a grave (ollo coa deshidratación)	Transmisión fecal- oral	Prevención: Vacinas Lavado de mans despois de WC. Evitar auga contaminada, lavar ben alimentos crús... Tto: hidratación con suero de rehidratación oral. Non suspender LM!!!!

8. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES NA INFANCIA

TIPO DE ACCIDENTE	MEDIDAS PREVENTIVAS
CAÍDAS: Desde o berce ou a cama. Polas escaleiras ou terrazas. Debido a chans esvaradíos, calzado inadecuado, etc.	Os berces deben ter barreiras en todos os laterais, ben suxeitas e ancoradas con seguridade. As caídas desde as camas pódense evitar colocando unha cadeira ou un obstáculo alto que impida que o neno role e caia. Débese bloquear o acceso ás escaleiras para que os nenos non poidan subir. As terrazas deben estar pechadas con fechaduras ou peches de seguridade que impidan o acceso dos máis pequenos. Hai que asegurarse de que os chans non esvaren e que as solas do calzado non estean gastadas.

QUEIMADURAS: Por acción directa do lume. Por contacto cun obxecto (líquido ou sólido) a alta temperatura ou abrasivo.	Vixiar en todo momento a presenza dos nenos na cociña e controlar de preto os seus movementos. Evitar que se acheguen aos fogóns cando estean acesos, que toquen tixolas ou pratos quentes, que xoguen con acendedores ou mistos, que acheguen as mans aos cinzeiros ou ás lapas das cociñas e superficies incandescentes. Impedir que teñan acceso a produtos químicos.
FERIDAS: Por obxectos punzantes ou cortantes.	Os nenos deben manterse afastados de obxectos punzantes e cortantes que se empregan na cociña, como coitelos e garfos. Tamén supoñen un gran risco as tixeiras e coitelos empregados en manualidades ou na escola.
INTOXICACIÓNS OU ENVELENAMENTOS: Inxestión de medicamentos. Produtos de limpeza. Inhalación de gases.	Evitar que os medicamentos estean ao alcance dos nenos; o ideal é gardalos nun botiquín con peche e nunha altura suficiente para impedir o seu acceso. Os produtos de droguería deben almacenarse nos seus envases orixinais para evitar confusións e gardarse nun armario pechado, separado dos alimentos.
Electrocucións. Incendios. Queimaduras.	Colocar protectores nos enchufes. Tomas de terra (cuestión da instalación). Dispositivos diferenciáis (cuestión da instalación).

9. TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

- Os Trastornos da Conduta Alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos crónicos que conlevan alteracións da conduta alimentaria.
- A persoa afectada mostra unha forte preocupación en relación ao peso, a imaxe corporal e á alimentación, entre outros.
- Teñen grave repercusión orgánica (nutricional, bioquímica...) e, en casos extremos, poden chegar a provocar a morte.
- É necesaria a intervención dun equipo multidisciplinar (médicas, enfermeiras e psicólogas especializadas en TCA) para lograr a curación.
- Os trastornos máis frecuentes son a anorexia nerviosa e a bulimia.

“Trastornos alimentarios e da inxestión de alimentos” da quinta edición do Manual Diagnóstico e Estadístico dos Trastornos Mentais (**DSM-V**), inclúese:

- **Anorexia nerviosa**
- **Bulimia nerviosa**
- **Trastorno por atracón.** Caracterizado por presenza de atracóns sin conductas compensatorias posteriores e que asocian ao menos tres das seguintes características:
 - Comer moito máis rápido do normal.

- Comer ata sentirse desagradablemente cheo.
- Comer grandes cantidades cando non se sente fame.
- Comer debido á vergoña que se sente pola cantidade que se inxire.
- Sentirse despois a disgusto, deprimido ou avergonzado.
- **Pica.** Caracterizada pola inxesta persistente de sustancias non nutritivas (papel, pelo...).
- **Trastorno de rumiación.** Caracterizado pola reguritación dos alimentos de forma repetida durante a lo menos un mes.
- **TCA non especificada.**

9.1 ANOREXIA NERVIOSA

Trastorno mental que consiste nunha perda voluntaria de peso inducida ou mantida polo mesmo enfermo por un desexo patolóxico de adelgazar e un intenso temor á obesidade.

- Son especialmente frecuentes no xénero feminino (non exclusivo)
- Adoita iniciarse na adolescencia (12-21 anos).

ETIOLOXÍA:

Confluencia dunha serie de factores predispoñentes:

1. **Influencia xenética**
2. **Factores individuais:** sexo feminino, carácter perfeccionista, persoas responsables, eficaces no estudio, no deporte...
3. **Factores familiares:** familias ríxidas, competitivas, orientadas ao éxito. Adoita haber presenza de casos de alcoholismo, ou trastornos psiquiátricos en familiares de primeiro grao e situacións de divorcio.
4. **Factores culturais:** culto ao corpo, inicio dunha dieta restritiva.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Según o DSM-V, para establecer un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, é necesario que a persoa cumpra unha serie de criterios en relación á sintomatoloxía que presenta:

- a) Restricción da inxesta con repercusión nutricional e perda de peso. En adultos considerase un IMC<17.5 ou un peso inferior ao 85% do esperable.
- b) Medo intenso a gañar peso acompañado de comportamentos dirixidos á perda de peso, estando incluso por debaixo do peso normal.
- c) Alteración da percepción do peso con negación do perigo que conleva o baixo peso corporal.

Anteriormente considerábase a amenorrea como outro criterio clínico, pero xa non se considera necesario no DSM-V.

COMPLICACIONES FÍSICAS:

- Debilidade
- Edemas por hipoproteinemia
- Distensión abdominal
- Hipotermia e intolerancia ao frío
- Bradicardia
- Anemia
- Osteoporose

- Alteracións bioquímicas: Deshidratación, acidosis metabólica polos laxantes, hipercolesterolemia por déficit en síntesis de ácidos biliares, aumento de GOT, GPT, GGT e enzimas musculares por destrución tisular...

TIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

- **Tipo restrictivo.** A paciente restrinxe os alimentos ingeridos e realiza actividade física sen presentar atracóns nin recurrir a purgas (uso excesivo de laxantes, vómitos, diuréticos ou enemas).
- **Tipo purgativo/compulsivo.** Xunto á restrición alimentaria hai conduta de atracóns e recurso a purgas. Neste tipo é máis frecuente a comorbilidade con trastornos do control de impulsos, abuso de sustancias e trastorno límite da persoa.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Adoita recomendarse hospitalización cando a redución de peso supera un 20% do recomendado con fracaso do tratamento ambulatorio nutricional, ou se hai trastornos hidroelectrolíticos (Na, K...). sodio (Na^+), potasio (K^+), calcio (Ca^{2+}), magnesio (Mg^{2+}), cloruro (fosfato (HPO_4^{2-}) y bicarbonato (HCO_3^-)).

Recorre ao ingreso involuntario por orde xudicial so en casos de alto risco de morte por desnutrición ou conduta suicida.

CURSO CLÍNICO

Tende á cronicidade, aínda que responde aos tratamentos. Canto antes se inicie este, mellor é o pronóstico.

- A metade adoita recuperar o peso normal
- un 20% melloran con pesos baixos e
- un 20% non cambian.
- Un 5% vólvense obesas.

Mortalidade alta: 5%, consecuencia da inanición ou por suicidio.

TRATAMENTO (ademais das pautas xerais):

- ✓ Recuperación dun mínimo estado de saúde orgánica reinstaurando a nutrición (inicialmente de forma ambulatoria, aínda que con frecuencia non se consegue e é preciso ingreso hospitalario).
- ✓ Ingreso hospitalario ante conflitos persoais ou relacións familiares deterioradas.
- ✓ Restrición da actividade física.
- ✓ Axuda psicoterapéutica: terapia condutual con reforzos e castigos; reorganización familiar, intervencións grupais...

9.2 BULIMIA

Caracterízase pola perda de control sobre a conduta alimentaria, o que conduce á inxesta de gran cantidade de alimentos nun curto período de tempo, seguida de condutas compensatorias para evitar o aumento de peso, como xexún, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos e exercicio físico excesivo. Existe ademais unha importante preocupación pola figura e o peso, igual que no caso da anorexia.

Prevalencia 1-3%, de inicio máis tardío que a anorexia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

a) Episodios recurrentes de atracóns de comida. Un episodio de atracón caracterízase polos dous seguintes feitos:

- Inxesta dunha cantidade de alimentos superior ao da maioría de persoas.
- Sensación de falta de control sobre o que se inxire durante o episodio

b) Comportamentos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar o aumento de peso, como o vómito autoinducido, uso incorrecto de laxantes, etc.

c) Os atracóns e os comportamentos compensatorios inapropiados prodúcense ao menos unha vez á semana durante 3 meses.

d) A autoevaluación vese influída (indebidamente) pola constitución e o peso corporal.

As persoas bulímicas adoitan ter maior conciencia de enfermidade que as que sofren anorexia, polo que é máis fácil que recoñezan o trastorno. Hai maior comorbilidade con trastornos afectivos, abuso de sustancias e trastornos de personalidade que na anorexia.

FACTORES ETIOLÓXICOS

1. Culturais
2. Historia persoal ou familiar de sobrepeso.
3. Historia de abuso sexual na infancia
4. Familia desestructurada

TIPOS

• **Tipo purgativo.** O paciente provoca regularmente o vómito ou usa laxantes, diuréticos ou enemas en exceso.

• **Tipo non purgativo.** O paciente usa outras conductas compensatorias inapropiadas, como o xexún ou o exercicio intenso, pero non se provoca regularmente o vómito nin usa laxantes, diuréticos ou enemas en exceso.

COMPLICACIÓNS

Non proceden de desnutrición senón das conductas de purga.

• **Trastornos hidroelectrolíticos:** hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocloremia y alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes), hiperamilasemia.

• **Trastornos dixestivos:** parotidite, perda do esmalte dental e caries, esofaxite.

• **Signo de Russell**

CURSO E PRONÓSTICO

Tende á cronicidade e é fluctuante, con períodos de normalidade e recaídas frecuentes.

Os períodos de remisión superiores a un ano asóciase á mellor pronóstico.

En xeral é mellor que en anorexia.

9.3 TRATAMENTO ANOREXIA NERVIOSA E BULIMIA

PAUTAS DE TRATAMENTO PARA A ANOREXIA NERVIOSA E A BULIMIA

Os obxectivos do tratamento nos pacientes con TCA deben ser individualizados, realistas e adaptados ao contexto e situación clínica do paciente:

- Restaurar ou normalizar o peso e o estado nutricional.
- Reducir ou eliminar os atracóns e os comportamentos purgativos que existan, así como minimizar a restrición alimentaria.
- Proporcionar educación sobre patróns alimentarios saudables.
- Promover a realización de exercicio físico saudable.
- Tratar as complicacións médicas intercurrentes.
- Conseguir un mellor axuste social e confianza persoal.

O tratamento dos pacientes con TCA pode realizarse en distintos niveis asistenciais e debe ser sempre multidisciplinar, sendo os pilares fundamentais a psicoterapia, o soporte médico e a abordaxe nutricional.

En xeral, o tratamento nutricional dos TCA ten dúas fases:

- **1ª fase: educativa:** Elaboración dun plan de educación nutricional para aumentar os coñecementos de nutrición.
- **2ª fase: experimental:** Modificar a conducta alimentaria, poñendo en marcha o plan de educación nutricional previamente deseñado: inxesta calórica diaria, ganancia ponderal, peso á alta, limitación na elección de alimentos, indicar se o paciente debe ser vixiado...