

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### LA PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO COMO MEDIDA DE SEGURIDAD EN PSIQUIATRÍA

**Autor principal** MACARENA ALVARO NOGUERA

**CoAutor 1** NOELIA VACAS VALERA

**CoAutor 2** MÓNICA LÁZARO MELGAR

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Mental

**Palabras clave** atención de enfermería      antipsicóticos      seguridad      estreñimiento

#### » Resumen

Este programa surge de la necesidad de reducir el uso y abuso de laxantes en pacientes hospitalizados en una unidad de psiquiatría. Se centra en las medidas higiénico dietéticas y en el cambio de conductas no saludables en la dieta. Con el objetivo de prevenir y reducir los problemas de estreñimiento, así como el uso de laxantes farmacológicos. Al realizarlo con medidas de bajo costo, es posible reducir los gastos hospitalarios. Los pacientes tendrán unas herramientas básicas para resolver el estreñimiento por sí mismos dentro y fuera del hospital.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Hemos observado en la unidad de agudos de psiquiatría de un hospital que los pacientes suelen tener problemas de estreñimiento debido a su tratamiento de base. Estos problemas se complican a menudo por un estilo de vida sedentario y los múltiples ingresos. En este trabajo se intenta aplicar un plan de cuidados para aplicar medidas higiénico dietéticas antes de la prescripción de laxantes, todas ellas recogidas en diversos manuales y guías de salud.

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Este programa está orientado a pacientes psiquiátricos cuya función intestinal está alterada, sugiriéndose como patrón normal una frecuencia entre tres veces al día y tres veces a la semana, ya sea a consecuencia de malos hábitos de vida o derivados de los efectos secundarios de la medicación que toman para su patología de base. Los fármacos más utilizados en psiquiatría, pueden producir una disminución del tránsito intestinal que consecuentemente desencadena estreñimiento secundario, no siempre van a ser los causantes del estreñimiento, aunque la combinación de éstos puede llegar a potenciarlo. Existen por tanto otros factores concomitantes que lo desencadenan y que justifican el poner en práctica nuestro programa. Observamos que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos, tenían como parte de su tratamiento pautado, algún tipo de laxante y/o enema o micro enema. En numerosas ocasiones antes de prescribirse estos fármacos no se intentan aplicar medidas higiénico dietéticas, a pesar de ser conscientes de los efectos que implican el uso y abuso de laxantes para nuestra salud. Aplicándolo reduciríamos considerablemente los costes en laxantes ya que las medidas que utilizaríamos no suponen un gasto económico.

#### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Todas las intervenciones que vamos a describir se emplean tanto en la prevención como en el manejo del estreñimiento. Valorando tanto si están estreñidos como los factores que contribuyen al problema. En los casos que sean necesarios se usarán enemas o supositorios para despejar el recto antes de comenzar el programa de manejo intestinal. Previa prescripción médica se le asignará una dieta laxante, dentro de esa dieta se incluirá un vaso de agua caliente por la mañana en ayunas, media hora antes del desayuno todos los días, para favorecer el peristaltismo. Si no se produjese deposición en cuatro días desde el inicio del protocolo, añadiríamos al agua caliente una cucharada sopera de aceite de oliva. Las dietas ricas en fibra están contraindicadas en personas con diarrea, úlcera gástrica, diabetes con gastroparesia, estenosis intestinal o inflamación de la mucosa digestiva. Por ello debe de ser pautada por un facultativo. La introducción de mayor cantidad de fibra se realizará siempre de forma progresiva, ya que si no se realiza bien pueden aparecer molestias digestivas como diarrea, calambres abdominales o flatulencias. La ingesta de fibra recomendada en adultos es de 28-30gr al día. Se comenzará por la dosis más baja de fibra, subiendo progresivamente cada 72 h. hasta alcanzar la dosis máxima. Evitando siempre no sobrepasar la dosis máxima ya que ingerir cantidades mayores de fibra podría dificultar la absorción de minerales de la dieta como calcio, magnesio y zinc. Se utilizará salvado ya que constituye una fuente natural rica en fibra, el salvado es regulador de los procesos digestivos, aumenta el volumen del contenido intestinal, facilita la retención de agua en su interior y estimula el peristaltismo intestinal, por todo ello contribuye a la salida del bolo fecal y a que las heces sean blandas y voluminosas. Su ingesta debe acompañarse de abundantes líquidos para que sea eficaz. En dietas de 2000 y 2500 Kcal. Añadir 200cc de zumo natural de naranja o un kiwi en el desayuno. Manteniendo este complemento durante toda la hospitalización y en las recomendaciones al alta. Incidiremos en la necesidad de ingerir de 1 litro y medio a dos de agua al día, para favorecer la eliminación intestinal. Recordando que, la ingesta excesiva o escasa puede provocar otras alteraciones asociadas. La disminución de la ingesta de líquidos está ligada a un tránsito lento y una baja producción de heces. Si aumentamos la ingesta de fibra dietética en necesario una adecuada ingestión de líquidos de lo contrario se puede aumentar la probabilidad de impactación fecal. Recomendar el consumo de yogures. Existen estudios que demuestran que los lácteos fermentados disminuyen el tiempo de tránsito intestinal incluso en personas que llevan una dieta pobre en fibra, como alimento probiótico ayuda a equilibrar la flora intestinal, mejorando las secreciones intestinales y estimulando el peristaltismo. Si entre siete o diez días no se produjese deposición, valorar la necesidad de introducir agentes hiperosmolares a criterio médico. En todo momento el paciente es seguido por el equipo de enfermería de manera que si se produjese alguna alteración, se suspendería dicho protocolo para no poner en peligro su salud.

Recalcaremos el hecho de que no es necesario realizarlo más de una vez al día y nunca deberá hacerse hasta 2 horas después de haber ingerido alimentos, ni en embarazadas ni si existe sintomatología aguda abdominal.

Deberá realizarse suavemente ya que maniobras intensas pueden estimular los reflejos viscerales interrumpiendo el movimiento peristáltico. Siguiendo el sentido de las agujas del reloj, durante 2-5 minutos.

Enseñar las posturas adecuadas para favorecer el momento de la evacuación. Aseguraremos que el aseo posee la altura adecuada y utilizar elevadores o un taburete si es necesario.

Enseñar al paciente con mala contractilidad muscular a utilizar la respiración profunda para favorecer la defecación.

La respiración profunda causa un descenso del diafragma, con lo que aumentan las presiones intraabdominal e intrarrectal.

Explicarles que evitar ignorar repetidas veces el reflejo de defecación podría llevar a alterar el hábito intestinal, puesto que la retención de este suele causar su desaparición y crear estreñimiento crónico. Reflejo inhibido, reflejo perdido.

Durante el ingreso tendrán que establecer un horario regular para ir al baño, preferiblemente al despertarse y después de las comidas ya que la actividad motora del colón es mayor. Acudiendo dentro de una misma franja horaria predeterminada aunque no se sienta la necesidad de defecar en ese momento. Así se consigue un reflejo condicionado que ayudaría a prevenir el estreñimiento.

Como recomendación al alta informarles que sería conveniente levantarse cada mañana a la misma hora, para seguir las mismas pautas.

Favorecer la actividad física dentro de la unidad y fuera de ella. Mínimo 30 minutos diarios, acudiendo en la unidad a las diferentes actividades realizadas por la mañana (Taichí, yoga, gimnasia).

La fatiga, debilidad o inactividad, incluyendo el reposo en cama típico de la rutina diaria de estos pacientes, fomentaría el estreñimiento.

Aplicar vaselina o lubricante en la región anal si se produjese dolor en la defecación.

En los casos en los que existan posibles alteraciones, sangrado, hemorroides y/o lesión en la zona perianal, se proporcionará esponjas o toallitas húmedas, para la higiene, evitando el papel higiénico en la medida de lo posible. Ante cualquier anomalía avisar al personal de enfermería.

Recomendar masticar bien los alimentos, comer y beber despacio.

A parte del registro de deposiciones realizado por el personal de la unidad, se recomendará al paciente realizar una tarjeta de registro de deposiciones, para implicar al paciente en el desarrollo de un programa sano y cómodo de comportamiento intestinal.

Todos los pacientes incluidos en este procedimiento, contarán en su historia con una hoja registro.

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Nos planteamos que al aplicarse el plan de cuidados pudiesen surgir varias dificultades, una de ellas sería el hecho de que los pacientes de forma sistemática solicitan enemas y laxantes para aliviar de forma rápida sus problemas de estreñimiento. Ahora tendrían que aceptar iniciar un programa de hábitos higiénico-dietéticos, que nunca habían practicado, ni en la unidad, ni en sus casas o centros de procedencia.

Para solventar esta dificultad, sólo se aplicaría a aquellos pacientes, que previamente informados tanto de los beneficios como inconvenientes, aceptasen ser incluidos en el programa.

Otro de los obstáculos que con el que podríamos encontrarnos sería la modificación del desayuno tipo laxante del centro. Conseguido esto se podría proceder a la implantación del procedimiento.

Desde el inicio consideramos que una de las bases fundamentales del programa, sería el trabajo en equipo, tanto del personal sanitario, como familiares/cuidadores y pacientes.

#### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

Realizaremos sesiones de educación para la salud regularmente para aquellos pacientes y familias interesadas, cuya situación dentro de la unidad lo permita.

La duración aproximada será de 15 minutos, tras la merienda a la hora de las visitas, para así implicar a los familiares. Y valorar, la posibilidad de perpetuar estos hábitos al alta.

El lenguaje será claro, concreto y conciso adaptado a los pacientes y familiares. Informamos sobre la necesidad de mantener una dieta variada y rica en fibra. Dando una serie de recomendaciones:

Las verduras y hortalizas mejor en crudo.

Cereales integrales, pan: El cereal integral es más nutritivo porque el germen queda intacto. Un ejemplo: El pan de higo completo. Incidimos en la importancia de ingerir salvado (Cubierta exterior del grano)

Frutas: naranjas higos, ciruelas, pasas, frambuesas, mandarinas, fresas (estas últimas tienen efecto laxante especialmente si el estreñimiento se debe a un exceso de carne o grasas en la dieta). Ingerir con piel y bien lavadas.

Frutos secos: Con moderación, dado su alto valor calórico.

Limitar los alimentos que no tienen fibra o que endurecen las heces, como el azúcar, los caramelos, los quesos curados, el arroz, helados,

#### » Propuestas de líneas de investigación.

A partir de la hoja de seguimiento de eliminación intestinal en pacientes psiquiátricos realizaremos un registro para poder evaluar la efectividad del programa y realizar futuras investigaciones.

#### » Bibliografía.

1. Best Practice 1999; 3(1):1-6 ISSN 1329-1874 Actualizado: 20-03-07
2. Santiago López Galán, Guía farmacológica en psiquiatría. 5ª. Ed. Rey Alí. Jaén 2005.
3. Soler Pardo Gracia, Romero Callado Ángel, Mallol Castelló Montserrat, Alimentación y dietética, Ed. Escuela Superior de Formación y Calidad.
4. Mª José Sarasa, Manual de quiromasaje de la Primera Escuela de Quiromasaje de Madrid, Prat. 1993, pág. 84-85.