

INTRODUCCIÓN

El motivo que nos lleva a realizar éste trabajo es: Por un lado, la desatención en el campo psicoemocional de los familiares directos de niños afectados por T.C.E. ,lo cual, genera un alto grado de ansiedad y estrés(1) en éstos familiares que se manifiesta en el trato con el personal y así, se pueden mostrar (agresivos, demandantes...etc.).

Por otro lado, la desinformación causada por la sobrecarga de trabajo que todos conocemos en los servicios de urgencias ,que nos lleva a atender en primer lugar, el aspecto biológico (por la gravedad que puede conllevar) , sin tener en cuenta el estado psicoemocional.

Los T.C.E, por tanto están presentes en la vida cotidiana, siendo muy importante, en ellos una asistencia correcta, para su buena resolución posterior. Esta asistencia además de los cuidados de enfermería desde el punto de vista técnico que todos conocemos no debe olvidarse de proporcionar al paciente los cuidados básicos necesarios (14 necesidades de Virginia Henderson.) (6)

Por ello, la población en general y en especial los padres de éstos niños, deben conocer qué es un T.C.E., sus posibles lesiones, consecuencias y tratamientos, así como, su manejo en situación de emergencias, o de observación domiciliaria cuando esté indicado.

Como causas más habituales se puede observar que es más frecuente en varones (2) , por caída accidental y la mitad de ellos en el ámbito familiar. Para algunos niños, el primer T.C.E. se debe a la caída de una cama, a la edad en que comienza a darse la vuelta por sí mismo.(5) Posteriormente, debido a su natural e ilimitada curiosidad para comenzar a explorar hasta el último rincón de la casa, por lo que serán más propensos a los accidentes (9).

Según la edad:

- Menores de 12 meses; caída en un momento de despiste de los cuidadores.
- De 1-2 años; falta de coordinación motora e inestabilidad característica de la edad.
- Mayor de 2 años; hiperactividad normal, competitividad y falta de sensación de peligro.
- Mayor de 8 años; atropello y accidente de bicicleta.
- Mayor de 10 años; accidentes deportivos.

En definitiva, es labor de enfermería enfocar nuestra atención a la asistencia holística (bio/psico/social) a pacientes y familiares pudiendo así detectar posibles problemas.

OBJETIVOS

Presentar la iniciativa de fomentar la Educación para la Salud (EpS) a padres y familiares.

METODOLOGÍA

Hemos partido de unos datos suministrados por el complejo Hospitalario Materno-Infantil.(edificio; anexo, ,sección, informática). La muestra está constituida por niños que han acudido al servicio con diagnóstico de T.C.E. en un periodo de 6 meses (1-01-03 al 30-06 03).

Para ello hemos realizado :

- 1.- Análisis de los datos estadísticos mediante el estudio de los porcentajes.
- 2.-Búsqueda bibliográfica sobre el tema de EpS en el área de urgencias para T.C.E. infantiles.
- 3.- La alta incidencia de quejas formuladas verbalmente por los familiares en lo que a falta de información se refiere, sobre el estado de sus hijos, cuando éstos están siendo atendidos por el personal sanitario razón que les causa un alto nivel de ansiedad y de angustia.
- 4.- Diseño de un póster con los datos obtenidos como experiencia piloto para posteriormente analizar su impacto y efectividad en los siguientes 6 meses. Se ha querido con ello, causar un impacto visual con el fin de informar y disminuir en lo posible, el nivel de ansiedad y fundamentalmente, educar a los padres y familiares de niños afectados de T.C.E.,durante el tiempo que permanecen en la espera.
- 5.- Cuestionario (tabla nº 1) que se le entrega a los padres con el fin de valorar la apreciación del mismo y que nos permita así evaluar el póster.

VALORE USTED DEL 1 AL 5 LA APRECIACIÓN DEL CARTEL INFORMATIVO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (T.C.E.)

*Por favor, lea con atención y conteste a las preguntas del siguiente cuestionario, con el fin de valorar su eficacia.

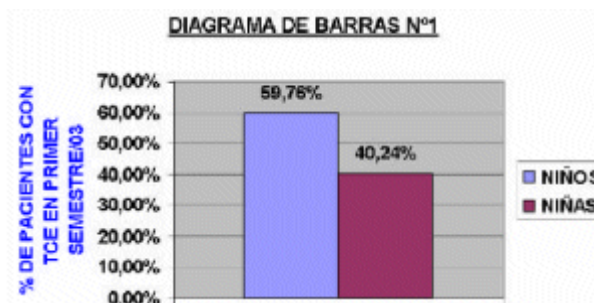
*Señale en las casillas números del 1 al 5 según la escala.

*Recuerde que es un cuestionario anónimo.

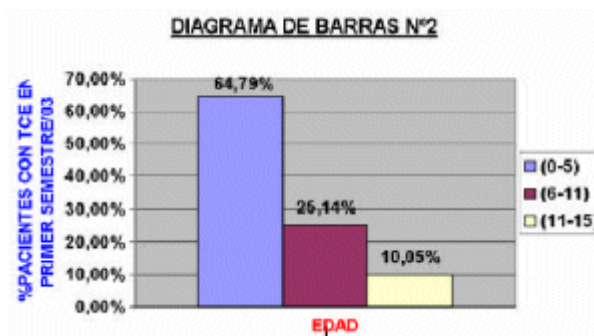
ESCALA LIKER: 1.- No estoy de acuerdo, 2.-Poco de acuerdo,,3.-De acuerdo; 4.-Muy de acuerdo,5.-Bastante de acuerdo

1.-¿Cuál es el nivel de conocimientos que tiene sobre T.C.E.?	1	2	3	4	5
2.-¿Esta ud. de acuerdo con el póster que de información sobre T.C.E.?	1	2	3	4	5
3.-¿Y ha entendido con claridad el contenido?	1	2	3	4	5
4.-¿Cree ud. que se ve con claridad y está accesible?	1	2	3	4	5
5.-¿Le ha sido útil?	1	2	3	4	5

Según la estadística obtenida en los seis primeros meses del año en curso, fueron vistos en el servicio de urgencias un total de 338 pacientes con diagnóstico de T. C. E. De los cuales , 202 eran varones correspondiendo al 59'76% del total y 136 niñas que corresponde al 40'24% del total.



Por intervalo de edad se observó que la edad de mayor incidencia de T.C.E. está comprendida en niños y niñas entre 0 y 5 años con un total de 219 que refleja un porcentaje del 64'79%.En segundo lugar de 6 a 10 años con un porcentaje del 25'14%. En tercer lugar de 11 a 15 años con un porcentaje del 10'05%.



Nos llamó la atención que en el rango de edad de 0 a 1 se observó la existencia de un niño afectado con T.C.E. de 10 días y ocho niños de meses de edad (entre 3 y 5 meses). Estos datos hace pensar en la necesidad de iniciar EpS sobre el cuidado y manipulación del niño en el periodo post-natal inmediato.

Esto justifica sobremanera , la necesidad de EpS terciaria desde el servicio de urgencias de pediatría.

RECOMENDACIONES EN TRAUMATISMOS CRANEALES (10)

El paciente tiene que ser vigilado en su domicilio las próximas 24 horas por una persona responsable en un ambiente tranquilo.

No hay que impedir que el niño duerma, pero hay que despertarle cada 3 ó 4 horas.

Si le han dado puntos de sutura ,se le retirarán en su Centro de Salud dentro de 5 a 7 días.

En caso de presentar alguno de los signos o síntomas que se indican a continuación,deberá volver inmediatamente al Servicio de Urgencias:

- Pérdida de conciencia, somnolencia (distinta al sueño normal) o dificultad para despertarle.
- Comportamiento anormal: Extraño, desmemoriado, delirante, irritable o irracional.
- Dificultad para hablar o expresarse.

- Dolor de cabeza intenso y progresivo.
- Mareo prolongado.
- Vómitos repetidos.
- Convulsiones (movimientos anormales de todo el cuerpo o de una parte de él).
- Cualquier anomalía en la visión que antes no tuviera (visión borrosa, movimientos extraños de los ojos, etc).
- Desviación de la comisura bucal.
- Debilidad, parálisis u hormigueo en brazos y /o piernas.
- Camina de forma extraña o se desequilibra.
- Salida de sangre o líquido claro por la nariz u oído.
- Cualquier otro signo o síntoma que le preocupe.

CONCLUSIÓN

Los familiares de éstos pacientes, a menudo experimentan estrés que genera en dichas familias la presencia de cambios en el control emocional, personalidad y comportamiento , particularmente irritabilidad y agresividad.

El efecto más obvio y dramático tiene lugar entre los miembros de la familia más próximos. La familia requiere atención, educación, orientación y ayuda después del TCE.

Por ello, se debe dar información desde que lo permita la situación de la asistencia sanitaria , que se le esté aplicando en ese momento, evitando usar términos y expresiones que disminuyan la credibilidad y profesionalidad del personal como "no se preocupe", "no pasa nada", "quédese tranquilo " ... etc.

Aquí se hace patente la importancia de la presencia de la enfermera como nexo de unión entre la persona afectada y los familiares, por eso es que hacemos hincapié en que en los servicios de urgencias exista una enfermera dedicada a dar información y prestar soporte psicoemocional mientras su hijo está siendo atendido por el resto de profesionales.

Como conclusión final vemos la necesidad de llevar a cabo la EpS no solo la terciaria que es lo que se hace en este momento sino potenciar la EpS primaria desde los Centros de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Junqué Plaja,C ; Bruna Rabassa,O; Mataró Serrat,M: Fundación Mapfre Medicina. Orientación y terapia familiar en el proceso de rehabilitación de pacientes afectados por daños cerebral traumático. Revista Mapfre Medicina 1996;7:4;(253-262).
- 2.-González Bravo, N: Manejo inicial del Traumatismo craneo- encefálico en la infancia.www.comts.es/pediatría/CONGRESO-AEP-2000/PONENCIAS-htm/NIEVES-GONZ% C3%ALLEZ.htm.
- 3.- Amescua ,M : La enfermera y los niños I. Revista Rol de Enfermería 1995;207:(23-29).
- 4.- De las Cuevas, T; Arteaga Manjón-Cabeza R. M : Traumatismos craneo-encefálicos en el niño . Boletín de Pediatría 2000; 40: (109-114).
- 5.- Navarrete Allepuz, P y López ,D: Atención de Enfermería en un paciente con Traumatismo craneoencefálico. Enferm Científ.144-145:39-42. Protocolo y pautas de actuación.mar/abril/1994.
- 6.- Marrimer , A.(1989) :Modelos y Teorías de Enfermería. Ediciones Rol S.A .Necesidades Básicas de Virginia Henderson, 8: 67-78.
- 7.- Calvo, M.A : El Traumatismo Craneal y su vigilancia domiciliaria durante las primeras 48 horas. Salud y Cuidados. [En línea] Nº 0 (2002) [Consulta 29 Sep. 2003]. www.Saludycuidados.net/número 0/ traumacraneal.htm.
- 8.- Aguilár Salvador , M.J : Traumatismos craneo-encefálicos; un estudio comparativo. Revista Rol de Enfermería.1995;206: (51-53).
- 9.- Bermejo Pastor ,M: Traumatismos Craneoencefálicos.Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Sep. 2002. www.aepap.org.
- 10.-Protocolo del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Urgencias de Pediatría (Información a los padres del niño con traumatismo craneal leve).