

Los cuidados enfermeros desde una unidad de conductas adictivas: en busca de la excelencia.

Mayte Sanoguera Martínez

Enfermera. Unidad de Conductas Adictivas.

Resumen

Se pretende dar a conocer la aportación profesional de la enfermería, en el conjunto del equipo multidisciplinar ubicado en la unidad de conductas adictivas de Catarroja. Así mismo se presentan los datos correspondientes a los años 2001, 2002, 2003 que proporcionan información relevante sobre la demanda de los tratamientos que hacen los pacientes.

Se hace énfasis en la necesidad de la formación continuada con objeto de actualizar las claves terapéuticas para intervenir con estos pacientes.

Palabras Clave

Intervención de enfermería, adicciones, equipo, programa de metadona.

Summary

We try to release the nursing professional contribution in the joint of the cross-disciplinary team located in the unit of addictive behaviour of Catarroja. In that way, we introduce the facts corresponding to years 2001, 2002, 2003 which provide relevant information about the request for treatment that patients look for.

Emphasis is put on the necessity of continued formation which aim is update the therapeutic keys to be able to take part with these patients.

Key Words

Nursing intervention, addictions, team, methadone programme.

Correspondencia a:

Mayte Sanoguera Martínez. Enfermera. Unidad de Conductas Adictivas. C/ Rambleta s/n. Catarroja. Teléfono 961223505. Valencia.



INTRODUCCIÓN:

Las U.C.A.S se crean como unidades de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, así como de referencia para el tratamiento de patologías de dependencia a cualquier tipo de drogas, dentro del Área de Salud en el que radiquen. Son pues, el recurso primario de atención sanitaria a las drogodependencias y otros trastornos adictivos dentro del sistema sanitario público.

La vía de acceso a nuestra UCA, puede ser, bien a demanda del paciente o bien por derivación desde cualquier centro o servicio sanitario, social, judicial....., siempre que el paciente pertenezca a nuestra Área de Salud.

UCA DE CATARROJA

Es el nuestro, un equipo multidisciplinar, formado por cinco profesionales, 2 psicólogos, 1 doctora, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.

La acogida del paciente, donde se abre la Historia de Salud, la realiza la enfermera, una vez se ha obtenido el máximo de información del paciente y de las sustancias que consume, pasa a la visita con el psicólogo e inmediatamente a la doctora, durante este proceso hay un consenso entre los profesionales para que la atención al paciente sea lo más adecuada.

Salvo la entrevista o 1ª visita, que la realiza la enfermera, en el resto de actividades, tanto la enfermera como la auxiliar participan de todo el trabajo de forma conjunta.

El personal de enfermería (enfermera y auxiliar de enfermería), realizan entre otras, las siguientes actividades:

- Atención al público: Citas (personal o telefónicamente)
- Solicitud de Metadona: Inicios y modificaciones prescritos por la doctora.
- Recepción y organización de las dosis de metadona por pacientes (en este momento hay aproximadamente 110 pacientes)
- Dispensación de metadona, dos días por semana.
- Recogida de muestras (analíticas de orina), tanto de los pacientes incluidos en el programa de mantenimiento con metadona, como de los pacientes que acuden diariamente a la unidad a tratamiento médico o psicológico.
- Análisis semanal de las muestras mediante técnica de detección de opiáceos, cocaína, metadona y benzodiacepinas. Para ello utilizamos la máquina ETS-PLUS.
- Detección de sustancias, mediante tiras reactivas.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

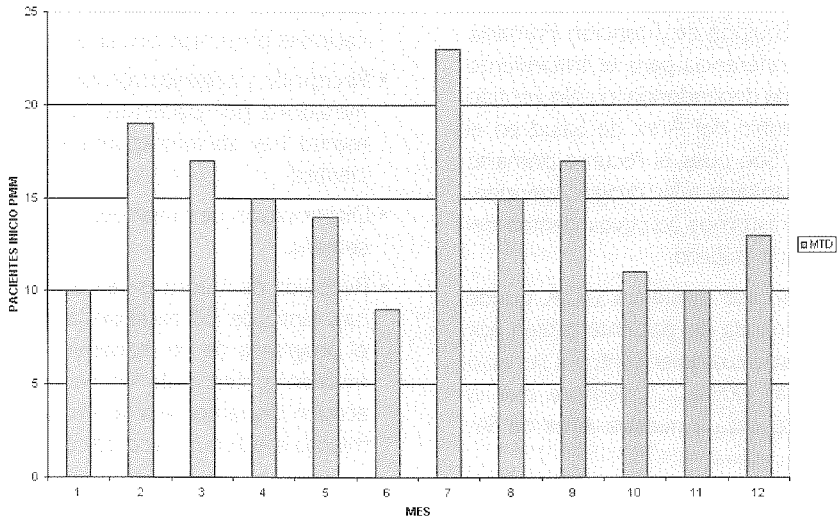
El profesional de enfermería utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para conocer, comprender, diagnosticar y tratar la respuesta del drogodependiente a los problemas reales y o potenciales derivados del consumo de drogas, con el fin de mejorar la calidad de vida o conseguir el bienestar óptimo de éste.

El Proceso de Atención de Enfermería al drogodependiente se divide en cinco fases basadas en las etapas del método científico.

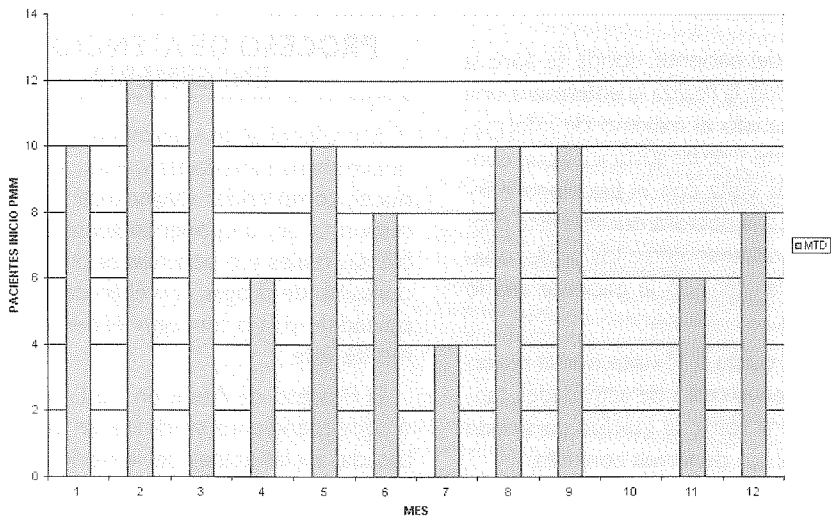
- 1.-Recogida de datos. VALORACIÓN
- 2.-Análisis e interpretación. DIAGNÓSTICO



uca catarroja 2001 - Gráfico 4



UCA CATARROJA 2002 - Gráfico 5





3.-Planificación de cuidados. PLANIFICACIÓN

4.-EJECUCIÓN

5.-EVALUACIÓN

I-VALORACIÓN:

Consta de dos partes, la entrevista y la observación.

ENTREVISTA

El profesional de enfermería, recoge de forma sistemática en la Historia de Salud, cuatro tipos de datos, que son: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

El objetivo de la entrevista es obtener la máxima información acerca del paciente para poder hacer una buena valoración del mismo.

Datos objetivos: Serían los datos personales (nombre, dirección, teléfono de contacto, edad, estado civil), los laborales (estudia, trabaja, parado, autónomo, pensionista), problemas judiciales (detenciones, causas pendientes, ingresos en prisión...).

Datos subjetivos: Los que nos relatan los familiares, o el mismo paciente. Suelen ser cambios emocionales, en sus relaciones familiares, con los amigos, con los compañeros de trabajo. Sucesos de la vida del paciente que, a pesar del paso del tiempo, no es capaz de superar. En definitiva hechos y momentos de especial relevancia para la persona.

Datos históricos: Antecedentes psicopatológicos, tanto familiares como personales. Antecedentes familiares relacionados con el consumo de drogas, incluido el alcohol.

Historia toxicológica del paciente, consumo experimental con drogas, edad de

inicio, vía de administración de las mismas. Edad de consumo habitual, periodos de abstinencia, cambios en la vía de administración, si los ha habido, dosis y frecuencia de consumos. Mezcla de sustancias tóxicas.

Historia de Salud: Infección porVIH, por Hepatitis, ETS(enfermedad de transmisión sexual),Tuberculosis...y otras patologías relevantes.

Tratamientos anteriores, tanto si han sido en centros públicos como privados, fecha de inicio del tratamiento y tiempo que duró la abstinencia, si la hubo.

Datos actuales: Sustancia/s que consume en la actualidad, dosis (gramos, papelas...) y frecuencia del consumo (diario, semanal...).

Durante la entrevista, la actuación del profesional de enfermería, es la de mostrar interés, escucha activa, intentar no interrumpir al paciente, adoptar una aptitud de empatía, evitar prejuicios e intentar ser objetivos. Para ello utilizaremos la técnica del " Counselling". Es un método de trabajo que facilita el seguimiento del tratamiento. Es una herramienta para establecer una relación profesional-paciente adecuada. Se trata de "hacer algo con alguien", en lugar de "hacer o decir algo a alguien". Es el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas, de modo que esta sea capaz de tomar las decisiones que considere adecuadas para él y su salud.

En la entrevista, tendremos claro el objetivo que se persigue (p. ej. Saber la cantidad diaria de alcohol que está consumiendo), buscar el momento y la disponibilidad del paciente (p. ej. cuando nos habla de los amigos con los que sale) y mantener nuestro control emocional en todo momento (aunque el paciente se muestre alterado).

En este tipo de comportamiento asertivo, la enfermera mantiene una comunicación cla-



ra, segura, basada en el respeto y la empatía. La comunicación no verbal debe basarse en la mirada directa, el tono firme y audible, la expresión facial no crispada, y mantener una distancia y gestos adecuados a la situación.

En ocasiones podemos encontrar una reacción hostil o agresiva en el paciente (normalmente cuando vienen presionados por la pareja, la familia, el juez..). En este caso hay que manejar la situación para que el paciente disminuya su agresividad y poder seguir con la entrevista. En ocasiones si hay algún familiar presente que distorsiona la entrevista, se le invita a salir de la consulta. Esto da tranquilidad al paciente y así podemos seguir obteniendo información, que de otra manera no sería posible porque no colaboraría.

2-OBSERVACIÓN

La comunicación no verbal del paciente, es muy importante, porque nos dará idea del grado de sinceridad del mismo y también del grado de confianza con el profesional de enfermería. Posturas rígidas, movimientos con las manos, con las piernas, que se van suavizando o calmando conforme avanzamos en la entrevista nos da a entender que el paciente empieza a estar más cómodo. Hemos de estar atentos ante cualquier signo externo que nos llame la atención:

Mediante la Vista observaremos: marcas, tatuajes, abscesos, heridas, cianosis, mirada, pupilas, dentadura, sudoración, babeo, rinorrea, llanto, marcha, actitud, tiritona, nerviosismo, palidez, bostezos.....

Mediante el oído apreciaremos si hay: tos, alteración del habla, tartamudeo, llanto, ronquidos, hipo, jadeo....

Por el tacto percibiremos: aspereza, frialdad, edema, carne de gallina....

Por el olfato detectaremos halitosis, alcohol, tabaco...

2-DIAGNÓSTICO

El profesional de enfermería emite un juicio diagnóstico. El diagnóstico de enfermería suele constar de dos enunciados, una respuesta humana y un factor relacionado o de riesgo unidos por las palabras "relacionado con".

p. ej. Temblor de manos, relacionado con la abstinencia de alcohol.

p. ej. Bostezos, relacionado con la falta de metadona.

3-PLANIFICACION

Durante esta fase se elaboran los objetivos y se ponen en marcha programas como:

- Educación para la Salud en Prevención de riesgos y reducción de daños:
 - Sexo seguro.
 - Programa de Mantenimiento con Metadona.
- Terapia de grupo.

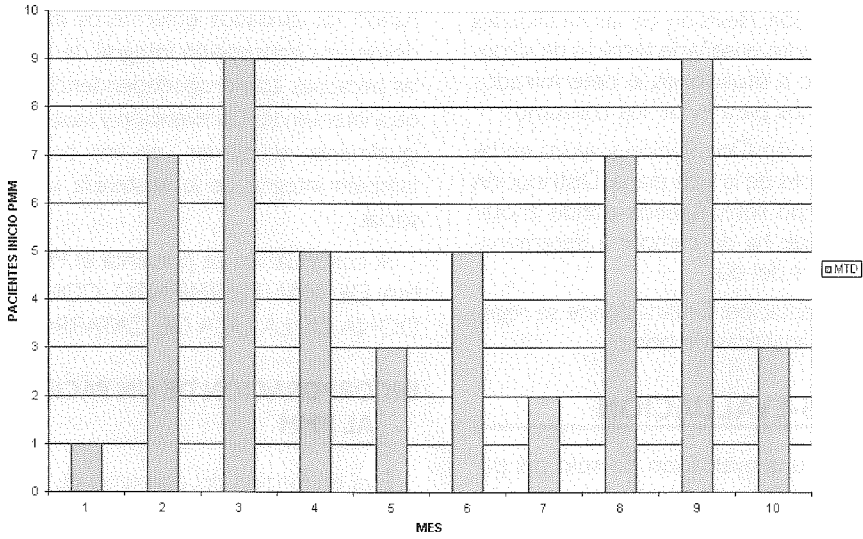
4-EJECUCIÓN

Se interviene teniendo en cuenta el grado de deterioro del paciente, la marginación social, el nivel de autoestima, la participación de la familia, de los amigos, la capacidad de aprendizaje, las posibilidades de rehabilitación y reinserción.

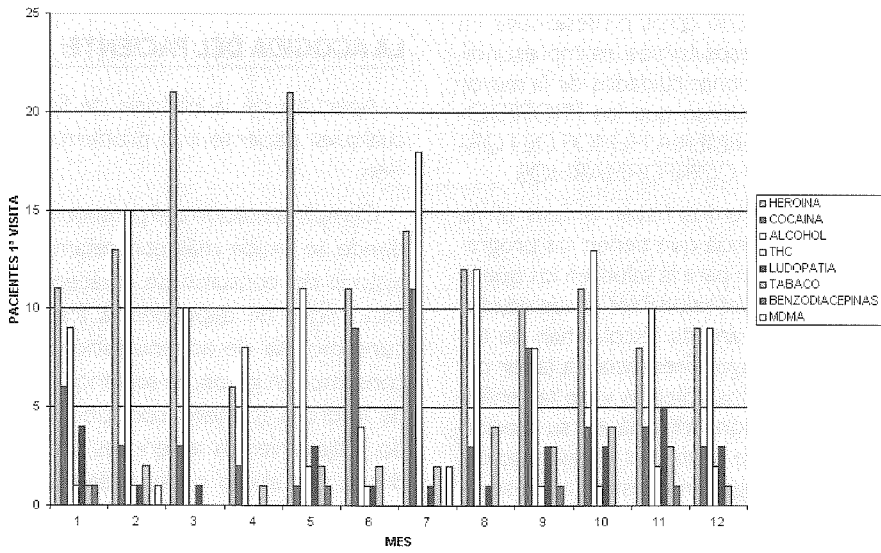
Ej: Paciente que lleva 3 meses dando resultados positivos a opiáceos en orina.

La intervención va dirigida a poner en marcha un plan de cuidados de enfermería,

UCA CATARROJA 2003 - Gráfico 6



UCA CATARROJA 2001 - Gráfico 4





para conseguir unos objetivos; en nuestro ejemplo, este plan se divide en tres fases:

- Preparación: Revisión de las habilidades del paciente, enseñarle técnicas de afrontamiento a situaciones, o determinados momentos, para evitar los consumos.
- Intervención: Orientación y ayuda en las actividades de la vida diaria. Distribución del tiempo libre. Agenda donde anotar tareas que ha de cumplir a determinadas horas del día.
- Documentación: Gráfica donde se registran las analíticas de orina

5-EVALUACIÓN

Haremos una evaluación no solo del paciente, sino también de nuestra intervención, para lo que debemos responder a las siguientes preguntas. ¿El paciente ha conseguido los objetivos? ¿Podíamos haber hecho más?.

Es necesario añadir a lo dicho hasta aquí que la formación continuada, el intercambio de experiencias con otros profesionales en reuniones, congresos, cursos...es imprescindible para proporcionar cuidados de la mayor calidad, porque pienso que los PROFESIONALES DE ENFERMERIA HEMOS DE FORMARNOS Y NO CONFORMARNOS.

También queremos hacer énfasis en la enorme importancia que tienen los programas de educación para la salud, en los que el fomento de hábitos saludables desde edades tempranas en el ámbito escolar; han de tomar cada vez mayor presencia. La labor del profesorado de los colegios y de las enfermeras de Atención Primaria en su función educadora han de contribuir al descenso del consumo de drogas en nuestros adolescentes.

Lo dicho en el punto anterior se inscribe en el nivel de la Prevención, desde las UCAS

hemos de completar el proceso con la cobertura asistencial y lo hacemos proporcionando los cuidados enfermeros necesarios desde una concepción integral de la salud a las personas con drogodependencias. Una y otra intervención, prevención y asistencia son igualmente necesarias en una concepción también integral de la asistencia sanitaria y social.

A continuación se presenta el PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA DE LA UCA DE CATARROJA.

INCORPORACIÓN DE UN PACIENTE AL PMM

Está en función del consumo de opiáceos (heroína), dosis, frecuencia y de las recaídas o tratamientos anteriores que han fracasado. También se pueden incluir pacientes que consumen Metadona comprándola en el mercado ilegal.

LA ACOGIDA DEL PACIENTE:

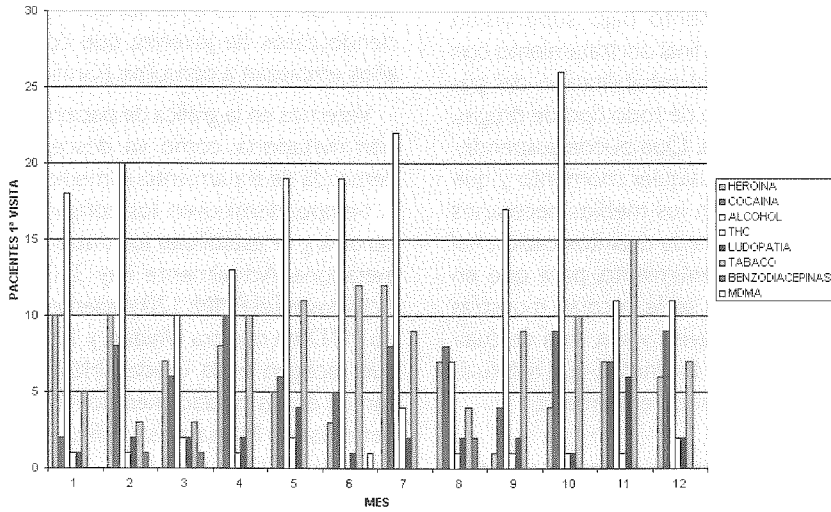
Apertura de la Historia de Salud como cualquier paciente con problemas de adicción.

Cumplimentación del protocolo de MTD, donde se incide más concretamente en la historia del consumo de opiáceos. Edad de inicio, edad de dependencia, frecuencia de consumo, vía de administración, forma de consumo (en grupo, en solitario..), obtención de la droga (camello, conocido, desconocido..), tratamientos anteriores por la misma droga, uso abuso o dependencia de otras drogas.

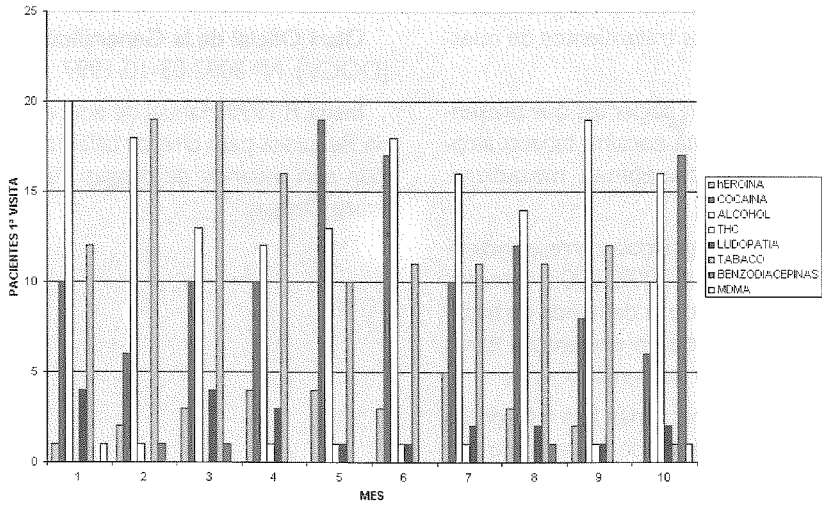
Este protocolo consta además de un contrato terapéutico, donde el paciente debe fir-



UCA CATARROJA 2002 - Gráfico 5



UCA CATARROJA 2003 - Gráfico 6





mar, obligatoriamente, su consentimiento para iniciar el PMM.

En este documento se le informa, que estará en todo momento bajo supervisión médica. Que la meta final del tratamiento con metadona es la total rehabilitación del paciente y el abandono de todo tipo de drogas, incluida la metadona. Que puede suspender el tratamiento en cualquier momento y que se le proporcionarán los medios necesarios para realizar una cura de desintoxicación. Así mismo, da su consentimiento, para que en cualquier momento se le recojan muestras de orina sin previo aviso y a la vista de cualquier profesional de la Unidad, que habitualmente es el personal de enfermería.

PERFIL DEL PACIENTE QUE ACUDE A NUESTRA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

La información recogida en este apartado se presenta a modo de conclusión ya que nos permite objetivar cómo ha evolucionado la demanda de los tratamientos de nuestros pacientes.

Habitualmente son pacientes que presentan adicción a heroína, cocaína, tabaco, alcohol, juego, benzodíacepinas, metadona, MDMA (éxtasis).

En los siguientes gráficos, correspondientes a los años 2001, 2002, 2003 veremos como ha evolucionado la demanda de tratamientos, unos han ido en aumento y otros por el contrario han descendido.

Las campañas publicitarias, han influido en el aumento de demanda de tratamiento por determinadas sustancias. Es el caso del alcohol y del tabaco el más significativo al respecto.

Respecto a la cocaína, también vemos un aumento de primeras visitas, la edad media de inicio en el consumo de esta droga está sobre los 20 a 25 años aunque están apareciendo casos de jóvenes, que con 15 a 17 años empiezan a consumir. (Gráficos 1,2,3)

Veremos en la gráfica de pacientes que inician metadona, como va descendiendo la demanda de tratamiento. A medida que pasa el tiempo, disminuyen los consumidores de heroína y se estabilizan los tratamientos con metadona. Actualmente hay 310 pacientes incluidos en el PMM, 120 pacientes recogiendo MTD en nuestra Unidad, y 190 pacientes que recogen en la Unidad Móvil que tiene parada en las poblaciones de Alfafar, Sedaví, Benetússer, Massanassa, Silla, Picassent y Catarroja. (Gráficos 4,5,6),

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Martinez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. 2002, Manual de Drogodependencias para enfermería. Agencia Antidroga. Madrid.

Diari Oficial de la Generalitat Valenciana (DOGV). N° 3092 03-10-1997.

Insua, P. 1999. Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Plan Nacional sobre Drogas.