



### "PROTOCOLO-PSICOPROFILAXIS PREVIO Y POSTERIOR AL ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA"

#### Título del trabajo:

PROTOCOLO - PSICOPROFILAXIS INTRA-EXTRA HOSPITALARIA AL ALTA CON UN DIAGNOSTICO-CUADRUPLE Y DINAMICO A PACIENTES DE 60 a. de la U.P.S.G.

#### Duración del trabajo:

5 meses, desde Abril 1990 a Agosto 1990.

#### Autores:

**M<sup>a</sup> Cruz García García**

Due del H.M.n.

**Constancia Fdez. Fdez.**

Asistente Social H.M.N.

**Delfina Mariño Fdez.**

Asistente Social H.M.N.

#### Correspondencia:

M<sup>a</sup> Cruz García García  
C/ printana, 13 - 4<sup>o</sup> C  
33009 OVIEDO (Asturias)

#### Muestra de 28 pacientes

(Capacidad total de la Unidad: 30 pacientes).

#### Material utilizado:

- 1.- La H<sup>a</sup> de enfermería:  
Observaciones enfermería  
Curso clínico  
H<sup>a</sup> Clínica  
Registro visitas de familiares  
Hojas registro hospital a su ingreso
- 2.- Hojas de cambio de turno.

#### Se aportan: GRAFICAS / DIAPOSITIVAS / TRANSPARENCIAS

#### Se ha excluido a la hora de realizar el trabajo:

1 éxitus, 1 alta (al cual se realiza seguimiento extrahospitalario = CALIDAD - SANITARIA).

#### OBJETIVOS EN GENERAL:

Atención geriátrica personalizada INTEGRAL E INTEGRADA.

En la **UNIDAD DE PSICOGERIATRIA** mientras permanezcan institucionalizados.

a.- Intentar mantener el enf. en contacto con la realidad.

b.- Mejorar relativamente sus costumbres de ASEO y COMIDA. Según la velocidad propia para hacerlo en cada paciente.

c.- Evitar aislamiento e indiferencia con TOD.

d.- Mejorar en lo posible sus condiciones físicas.

#### En el **SEGUIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO**

- Crear un ambiente terapéutico de ayuda.

- LIMITE: el abanico de posibilidades en cuanto a recursos materiales y humanos de la Residencia...

#### Para conseguir el **OBJETIVO: seguimiento extrahospitalario, es preciso adquirir:**

**1.- Una mentalidad adecuada** dentro del equipo multidisciplinario (Med-DUE-Auxiliares-sanitarios-asistente social-sacerdote).

a) Si el paciente demanda atención espiritual, se le debe proporcionar porque es un ser: bio-psico-social espiritual.

b) **ESPIRITUAL**, no como religión, sino como necesidad del ser humano de creer en algo.

c) Atención integral e integrada.

**2.- Técnica-vehículo:** Para el seguimiento extrahospitalario.

a) Se planteó a la Dirección de Enfermería, la necesidad de integrar dentro del horario de trabajo del Hospital, el seguimiento del paciente al alta hospitalaria, por ser calidad sanitaria.

b) Se utiliza vehículo del Area hospital de Día.

#### VENTAJAS

- La relación intrahospitalaria.  
- Todo es ventajoso, siempre que no se provoque distorsión de organización o rotura del cordón umbilical. Equipo multidisciplinario U. PSG, paciente.

- Dado que en la U. PSG hay altas muy aisladas en períodos dilatados de Tiempo, no tenemos mayor inconveniente y se encuentran Soluciones Rápidas.

#### INCONVENIENTES

- Centralización de la conducción del vehículo.

- Cada Unidad o área debe tener su autonomía, la dependencia lleva implícitos límites y sujeciones a argumentos **verbales** (día, hora...) y **técnicos** (la no disponibilidad del vehículo por requerirlo el Hospital de Día).

**3.- Adquirir una línea de actuación: TRABAJO en equipo UNIDIRECCIONAL, con ilusión y sin ningún tipo de reservas.**

En ésta Unidad de Psicogeriatría, éste seguimiento es **doblemente importante por:**

A.- Por ser pacientes de **Psicogeriatría.**

# NOTAS DE ENFERMERIA

## "PROTOCOLO-PISOCOPROFILAXIS PREVIO Y POSTERIOR AL ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA"

M<sup>a</sup> C. García, C. Fernández, D. Mariño



**PSICO:** Ya que al considerar a la enfermedad mental como una desadaptación del individuo en el medio en el que se encuentra, originándole malestar a él mismo y actuando como agente perturbador.

Una vez que se planifica el ALTA tras valorar Médicos + Superv. + Asist. sociales-psicólogo + Psiquiatra, por tener una higiene mental apta el paciente.

Se debe hacer Psicoprofilaxis favorecedora previa y posterior al alta.

**GERIATRICO:** Valoración importante por influir la edad, precisando cariño, comprensión (donde aparte hay que sumar las alteraciones del envejecimiento patológico sobreañadido a cada anciano en particular.

INCONVENIENTES POR EL RETARDO UNA VEZ SE HA REALIZADO EL TRAMITE DEL ALTA:

**En la Unidad de Psicogeriatría:** Involución psicofísica y éxitus.

**Causa:** Episodios de AÑOS desde que se presenta solicitud de Residencia 3ª edad, hasta SER concedida.

**Factor condicionante:** El ser paciente mayor de 60 años, de ambos sexos, con patología psiquiátrica, de carácter variado y con procesos somáticos asociados.

### VENTAJAS POR EL RETARDO

1.- El que se garantiza la calidad de los cuidados institucionales y la dignidad de calidad de vida en la medida de lo posible por el EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y SIN NINGUN TIPO DE RESERVAS.

(Mentalidad adecuada + Técnicas + New equipo).

2.- Modificación en hábito AVD y aprendizaje conductual.

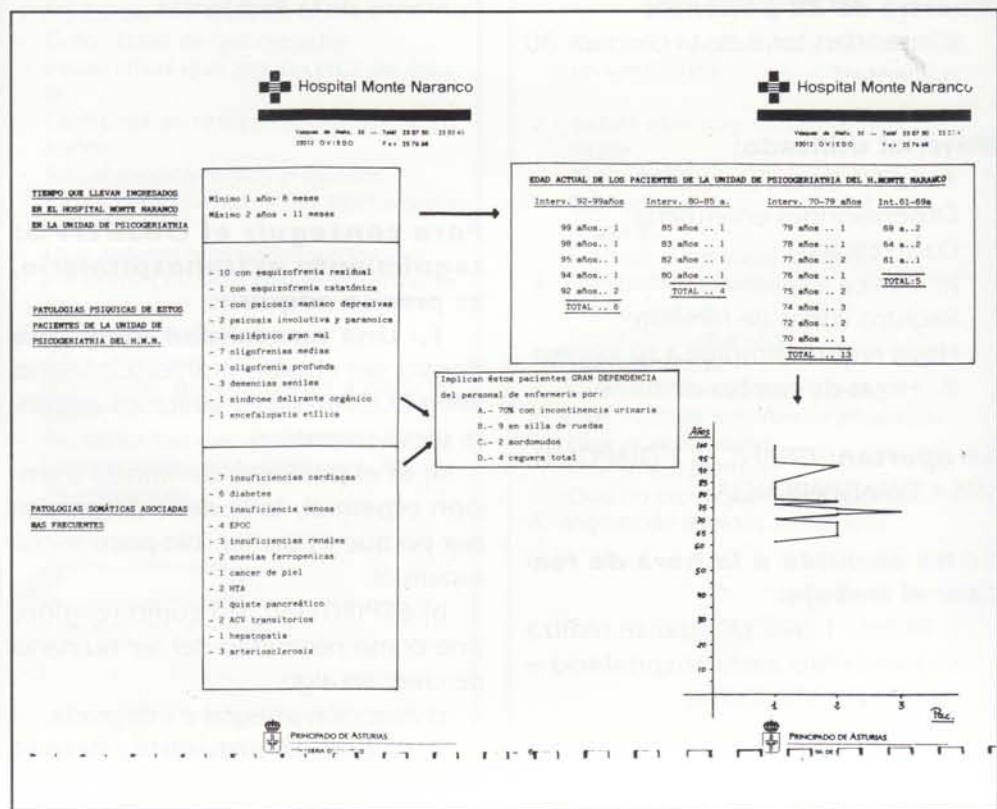
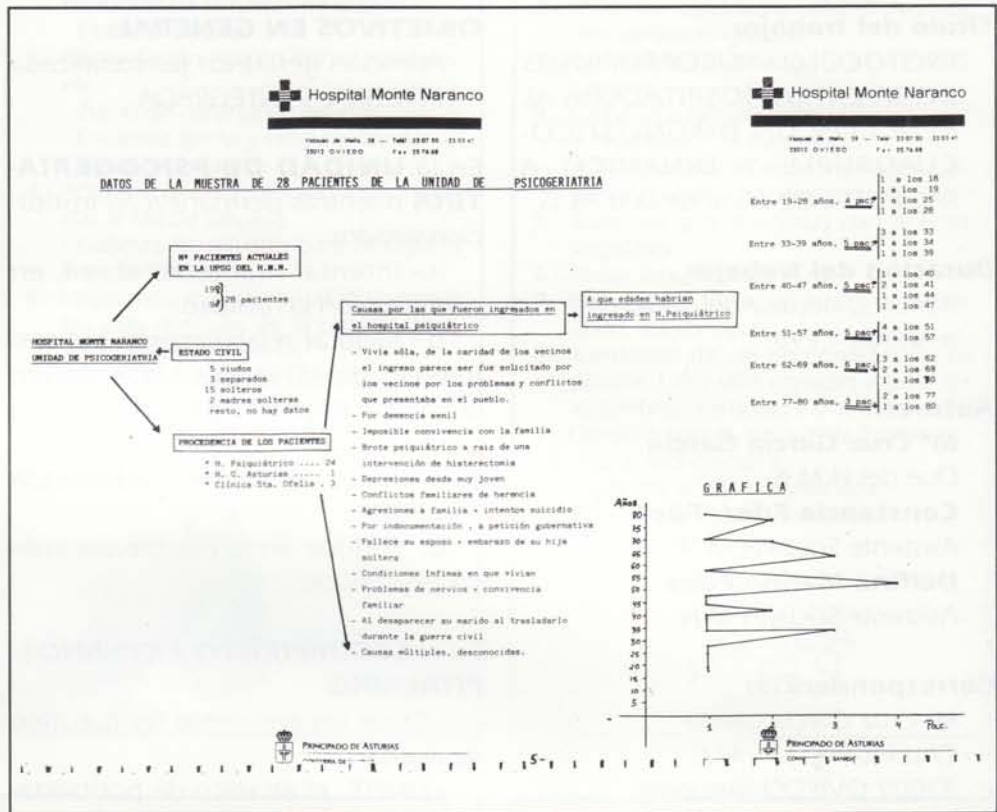
3.- Convatir INVOLUCION MOTRIZ (dentro de sus facultades físicas residuales).

4.- Captar la atención del paciente creando un cambio de estímulos.

\* Indicar una actividad concreta.

\* Iniciar conversaciones (hablar en base a hechos reales, acciones de la

vida cotidianas TV, si ha dormido bien, si tiene apetito, si hace buen día, aunque no responda verbal o lo haga de forma incoherente.



# NOTAS DE ENFERMERIA

## "PROTOCOLO-PISOCOPROFILAXIS PREVIO Y POSTERIOR AL ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA"

M<sup>a</sup> C. García, C. Fernández, D. Mariño



### PROTOCOLO-PSICOPROFILAXIS INTRA (ingreso) - EXTRAHOSPITALARIO (ALTA) CON UN DIAGNOSTICO CUADRUPLE Y DINAMICO A PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SERA CUADRUPLE Y DINAMICO

#### CUADRUPLE

- 1.- Psíquico.
- 2.- Orgánico.
- 3.- Funcional (grado de validez o invalidez para realizar las AVD).
- 4.- Problemática socio-familiar.

#### DINAMICO

- 1.- Posibilidad de inducir cambios en ese apoyo individualizado al paciente.
- 2.- Se precisa seguimiento en éstos pacientes geriátricos, el cambio los influye y a veces no tienen la energía para llamar a nadie solicitando ayuda moral, originándole depresión extra-hospitalaria.
- 3.- Se valora con el seguimiento la medida en que se adapta al nuevo grupo de convivencia llegar a la mayor cobertura óptima de sus necesidades (amigos, tor... recursos humanos y materiales).

#### CUADRUPLE

##### 1.- EN EL ASPECTO PSIQUICO

- Alteraciones más frecuentes y repetitivas, causas, actuación de enfer. duración (horas, días).

##### PROBLEMAS MAS OBJETIVABLES Y GENERALES DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA

- INHIBICION psicomotora notable (permaneciendo quieto y siendo difícil/arrancable unas palabras).
- INICIATIVA bloqueada.
- Hiperactividad no justificada (más problema sociofamiliar, más desorientado T-E).
- AGITACION (grado de influencia de las bromas).
- Labilidad afectiva (susceptibilidad

e irritabilidad) perturbación del control emocional.

- PROTAGONISMO COMICIAL
- Afectividad EMBOTADA
- Negativismo
- Conducta inducida por celos y agocentrismo.
- Distintas formas de interaccionar con el personal, según su estado de ánimo (bien de forma gestual, voces, escritura, diálogo verbal (verborrea), 1-5 palabras (vocabulario incoherente la mayor parte de los pac. 80%).
- Indiscreciones sexuales de aparición repentina.
- Retraimiento a su fantástico mundo = MUTISMO.

#### PROFESIONAL DE ENFERMERIA

- Prevención por la observación de forma individual.
- Crear un ambiente de seguridad para él, que se sienta comprendido y pueda establecer conversación.
- Motivar al pac. para su conducta inhibida y apática.
- Interaccionar todo lo posible con el enf. aunque no responda verbal ó lo haga de forma incoherente.
- Hablar en BASE A HECHOS REALES o acciones de la vida cotidiana (TV, si hace buen día, etc.).
- Tratar de ganar su atención proporcionando un cambio de estímulos, iniciar una conversación, proporcionar una actividad concreta.
- Orientar en cuanto a su realidad personal y realidad exterior, llamar al paciente por su nombre, indicar donde está, recalcar fecha, día, mes y año.

#### CUADRUPLE

##### 2.- EN EL ASPECTO FISIOPATOLOGICO

Valorar H<sup>o</sup> Clínica de su **enfermar** físico (La disminución de su capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva de sus órganos y sistemas).

- a.- Signos físicos (T<sup>a</sup>, TA, Pulso, R).
- b.- Signos generales (fiebre, aste-

nia, anorexia, obesidad, adelgazamiento).

- c.- Signos funcionales.
- \* Cardiovasculares (dolor, palpitaciones, lipotimias).
- \* Respiratorios (tos, dolor, disnea, secreciones, cianosis).
- \* Digestivos (vómitos, diarreas, estreñimiento, distensión abdominal o no).
- \* Genitourinarios (dolor, hemorragias, trastornos de la micción).
- \* Oftalmológicos (cataratas, disminución de la visión...)
- \* Audición (Hipoacusias).
- \* Fonación
- \* Dermatológicos (erupciones, maceración piel por humedad ocasionada por incontinencias).

#### ANEXO OBSERVACIONES INDIVIDUALIZADAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:

- Si toman los medicamentos escondidos entre los alimentos y previamente machacados (con que alimento es infalible y los ingieren).
- Con los inyectables, se suelen poner muy nerviosos cuando ven la jeringa, así que habrá que ponerlos por la vía indicada, mediante una acción rápida y hablando previamente con ellos, entretenerlos y distraer su atención.
- Los medicamentos debe darlos el DUE y vigilar que los ingiera inmediatamente.
- Hay pacientes que quieren una determinada cantidad de agua para los comprimidos efervescentes si no se contrarian y se niegan.

#### CUADRUPLE

##### 3.- VALORACION FUNCIONAL

Grado de validez e invalidez para la realización de AVD.

##### Hábitos de comer

- \* Indicar tipo de dieta.
- \* Precisan terapia, modificación de conducta, por no utilizar cubiertos

# NOTAS DE ENFERMERIA

## "PROTOCOLO-PISOCOPROFILAXIS PREVIO Y POSTERIOR AL ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA"

M<sup>a</sup> C. García, C. Fernández, D. Mariño



adecuados y limpiamente.

\* Utilizan sólo la cuchara desaliñadamente.

\* Precisan ser alimentados de forma parcial o total.

\* Vómitos, náuseas, atragantamientos por discinesias.

\* Utilizan sonda nasogástrica (cambio-día). Educación sanitaria ¿a quién?

\* Problemas de MEC por escasez piezas dentarias.

\* Negativismo, precisando dar ORDENES CON FIRMEZA, de empezar a comer con ayuda de cubiertos.

\* Alimentos que rechaza y causa.

\* Por salud mental apta, se le permite utilizar cuchillo.

### Hábitos eliminación

MICCIÓN:

\* Controla o no esfínter vesical.

\* Línea de incontinencia adoptada.

\* Utilizar SV (cambio-día). Educación voluntaria.

\* Patología genitourinaria.

\* Utiliza silla de ruedas

DEFECACION:

\* Utiliza silla.

\* Patología gástrica.

\* Influencia medicamentosa.

\* Precisa extracción manual de heces.

\* Extreñimiento-diarreas.

\* Laxantes utilizados.

\* Hábito, hora, eliminación y veces.

### Hábito del vestir

\* Precisan o no ayuda para vestirse

\* Fallos ocasionales (abotonamiento, cremalleras)

\* Errores y olvidos frecuentes en la secuencia del vestir

\* Negatividad a utilizar ropa de DORMIR

\* Indicar ropa más útil por su incapacidad

### Hábito HIGIENE Y AUTOESTIMA

\* ¿Grado de autosuficiencia?

\* Precisan ayuda para el aseo general (baño, corte de pelo, afeitado, peinado, limpieza peribucal, lavado ojos, limpieza oídos, protección palmar)

\* Tolerancia al baño

\* Son ordenados (doblan su ropa y la guardan)

\* A la hora de la ingesta utilizan servilletas, precisando preparación de cubiertos (vasos, servir zumo y agua, emplatados)

GRADO DE AUTOESTIMA.- Imagen en la higiene corporal y forma de vestir: Se pintan uñas, labios, se procuran elegir vestido ¿quién lo demanda más veces? el paciente o el personal de la Unidad.

### Hábitos descanso sueño

\* Múltiples despertares. Causa: Desorientación E-T, somnolencia, c/ posturales, hábito de eliminación.

\* Horas de sueño, a que hora se acuestan, hora que se levantan

\* Precisan sujeción, barandillas

### Estado de actividad motora

\* Grado de independencia para desplazarse de un sitio a otro

\* Como realizar la deambulación: Silla de ruedas, andador, bastón-muletas, precisando el brazo.

\* Motivo por el cual quiere desplazarse: Hiperactividad no justificada, pasear, amigos, jugar cartas, ver TV, pintar, escribir, lectura.

### Cuidados de enfermería, úlceras por decúbito

\* Zona, veces/día, pomada oclusión o no.

\* Información sobre la evolución.

### EVALUACION SOCIAL

1.- Situación social del paciente, estilo de vida, la familia fue receptora durante su estancia hospitalaria (venía a visitarlo, tiempo que estaba con él, le traía algo, influencia positiva o negativa en el paciente, interacción mantenida con el personal de la planta).

2.- A su alta o reinsertión. ¿Quién se responsabilizaba del paciente, ingesta, medicación TOR?

3.- Reuniones previas al ALTA del Pac. con familiares, Observaciones.

### Si el paciente realiza TOD

+ Se indica en el informe de enfermería, el tiempo libre del paciente, momentos de mayor interés y participación.

+ Actividad seleccionada por él o por el personal de planta.

+ Normalmente en la participación no debe buscarse la perfección, el paciente progresará según su velocidad propia y para hacerlo, actividades con continuidad y que mantengan despierto su INTERES.

### Datos sociofamiliares de 13 pacientes que son visitados:

#### Quién los visita

- Hijos a 5 pacientes

- Hermanos a 6 pacientes

- Maridos a 2 pacientes

#### Duración

- Hijos de 5-45 minutos

Hermanos de 15' a 2 horas

#### Veces

- Mínimo 1 v/mes

-Máximo 6 v/mes

#### Sexo femenino ¿qué traen?

- Ropa

- Alimentos

- Diálogo

#### Sexo masculino ¿qué traen?

-Interaccionan por comunicación verbal

- El 95% de los pacientes, la respuesta es con la mirada, monosílabos, gestual, gritos, frases cortas e incoherentes.

#### Como influyen

- El 75% de los familiares influyen positivamente en el paciente

- El 25% de los familiares influyen negativamente en el paciente

#### Los familiares interaccionan con el equipo multidisciplinario

Supervisora - DUE - Aux. FEED - BACK BUENO

# NOTAS DE ENFERMERIA



## "PROTOCOLO-PSICOPROFILAXIS PREVIO Y POSTERIOR AL ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA"

M<sup>a</sup> C. García, C. Fernández, D. Mariño

### DATOS INF SOCIAL

- De los 28 pacientes, el 75% reciben asistencia MEDICO FARMACEUTICA de la Seguridad Social, a través de la LISMI (Ley de Integración de los minusválidos).

- Prestaciones ECONOMICAS del FAS. 20.000 pts/mes... 35%

- Prestaciones pensionistas viuda de guerra (1 pac)... 24.000 pts/mes

- LISMI el 10% del total mensual mientras permanezcan ingresados en el centro... 2.000 pts/mes... 25%

- Pensionistas fuerzas armadas... 60.000 pts/mes (1 paciente)

- Pensionistas orfandaz minera... 35.000 pts/mes (1 paciente)

- En el trámite de LISMI... 15%

- De los 28 pacientes que están en trámite de residencia 3<sup>a</sup> edad por haber sido presentada la solicitud:

en 1988 para 3 pacientes: 92, 98 y 97 años respectivamente

en 1987 para 1 paciente: 75 años

en 1989 para 8 pacientes: 76, 77, 61, 80, 83, 82, 70, 92 años respectivamente.

### EVALUACION DINAMICA

Algunos de éstos pacientes en un momento dado, pueden ir de alta por parte médica y de enfermería, pero hay un grave problema social que limita la salida de éstos del LUGAR. Una vez establecida la capacidad funcional y compensados sus problemas clínicos, procedemos al ALTA en las mejores condiciones posibles, garantizamos la continuidad, asistencial a través de los equipos de Atención Primaria y consultas externas del Hospital y SEGUIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO por el personal de la planta desde MAYO de 1990, incluido dentro de las horas de traba-

jo.

### PREVIAMENTE

1.- Valorar grado y forma de darle información al pac. ¿Quién en 1<sup>er</sup> lugar? (igual información por el resto del equipo para no inducir alteraciones de conducta negativas)

2.- Características de la información, tranquilizadora, tener en cuenta la opinión, miedos, ansiedad del pac.

FORMA: clara, concreta y concisa

3.- Visita de la supervisora + As. sociales y paciente unos días antes a la Residencia si es posible.

### EL ALTA EN PLANTA ESE DIA

1.- Imagen en la higiene corporal y forma de vestir, atendiendo a las necesidades de abrigo del momento.

2.- Ocuparse de que haya recogido sus pertenencias por tener gran valor sentimental.

3.- Valorar el personal grado de ayuda en la realización del equipaje.

4.- Al despedirse del paciente, juega la intuición del personal y experiencia previa y que el pac. disponga a su vez de tiempo para despedirse de sus amigos del Hospital.

5.- Utilizar vehículo Hospital de Día. Iran: Supervisora, paciente, asistente social (se valora posibilidad de ir otras personas del equipo).

### SEGUIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO PLANIFICACION

1.- Se programan visitas-calidad sanitaria (límite de duración, dinámico, en función del orden de prioridades en pacientes con mayor problemática socio-familiar y de la valoración de la INTEGRACION Psíquica sobre todo.

2.- En el seguimiento habrá 1 persona fija: Supervisora como mínimo u otra persona delegada por ella desde

el principio del proceso. Si lo cree conveniente.

Mayor objetividad: Más fiable para valorar respuesta psico-física al nuevo lugar.

3.- Intervalos cortos al principio c/15 días, c/mes, c/2 meses, c/3 meses, c/6 meses.

Posibilidades de incluir llamadas telefónicas.

4.- En la Residencia ese día estar un RATO con él (calidad de amigos), mínimo 40-45 minutos (charlar, saludos, pasear, regalo, tomar un café, etc.)

### REFLEXION EN EL AÑO 1990

Valoramos si debido a su avanzada edad una vez comuniquen que el pac. "X" tiene concedida Residencia 3<sup>a</sup> edad:

- Hasta que punto no le implicará ese cambio una influencia negativa, incapaz el pac. a veces de demandar ayuda moral, con depresión extrahospitalaria.

- Sin olvidar que el 70% presentan problemas socio-familiares.

### CONCLUSIONES

En el año 1990. La Psicoprofilaxis previa y posterior al ALTA. INDUCE UN AMBIENTE TERAPEUTICO DE AYUDA.

- GRAN VALOR de la prevención por la OBSERVACION DEL PACIENTE, de forma individualizada durante su estancia HOSPITALARIA.

- El objetivo máximo a alcanzar aunque sea una minoría de pacientes geriátricos es devolver al anciano a su medio habitual, con la mínima dependencia y en las mejores condiciones bio-sico-sociales posibles. Sino es imposible garantizar la calidad de los CUIDADOS institucionales y la dignidad de la calidad de vida.