RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. A LA MEJOR COMUNICACION 1990

"ROL DE ENFERMERIA EN LA NUTRICCION A PACIENTES DE PSICOGERIATRIA"

1as Jornadas Nacionales de Enfermería Geriátrica
Zaragoza, 25, 26 y 27 de Octubre de 1990

Autor:
Mª Cruz García García
Enfermera del Hospital Monte Naranco. Oviedo.

Lugar:
Hospital Monte Naranco.

Muestra:
"30 Pacientes". Unidad de Psicogeriatría.

Duración:
5 meses (Mayo - Septiembre 1990).

Area Temática:
Aspectos Nutriccionales.

*** Agradezco la colaboración del Personal Auxiliar de la Unidad de Psicogeriatría, sobretodo.**

Correspondencia:
Mª Cruz García García. C/ Quintana 13-4º C - 33009. OVIEDO (Asturias).

EL CONOCIMIENTO DETALLADO DEL GRADO DE AUTOSUFICIENCIA en las actividades de la vida diaria (AVD) proporciona una **mejor administración de los recursos humanos y materiales.**

SITUACION REAL DEL EQUIPO DE TRABAJO EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO:

Se logra actualizar Hª de Enfermería de forma dinámica.

U. Psicogeriatría	Comunidad religiosa
5 quirófanos	
cirugía	cirugía
U. de Reanimación Quirúrgica	M.I. Geriatría (1º)
M.I. Geriatría (P. Izq.)	M.I. Geriatría (P. Dcha.)
AREA	
HOSPITAL DE DIA	GIMNASIO (rehabilitación)

UNIDAD DE PSICOGERIATRIA (U. PSG.)

Está funcionando desde Octubre de 1987, consta de 12 habitaciones, 3 de ellas con capacidad de 4 camas y 9 habitaciones con 2 camas = 30 camas. Los baños son geriátricos, con bañera en medio de 1 sala de baño y 2 duchas, 4 WC, todos ellos son comunes para todos los enfermos.

1 Sala de estar-comedor, 1 Oficio, 1 Lencería, 1 Control de Enfermería, 1 vertedero, terraza abierta comunicando con todas las habitaciones, terraza cerrada, Sala de Terapia Ocupacional, Sala de Descanso.

La Planta está ubicada en el 3 piso y último del Hospital Monte Naranco.

Recursos humanos: * 1 médico de MIG., visita diaria.
* 2 Psiquiatras-consultor, localizados.
* 1 Psicólogo.
* Personal DUE: TM: 2 ó 1 y la supervisora.
TT: 1
TN: NO, (1 DUE localizada)
* Personal Auxiliar de clínica: TM: 2 ó 3.
TT: 2 ó 3.
TN: 2.
* Sanitarios, 1 en cada turno.
* Asistentes sociales: 3 para todo el Hospital.
* Personal de limpieza, por turno.
* Servicios comunes al Hospital: RX, laboratorio, Gimnasio.

TRATAR DE APLICAR CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DESDE UNA CALIDAD DE VIDA PROPIA

Es no considerar a los ancianos enfermos (Pat. Psíquica + somática variada) como algo DEPRIMENTE y DESAGRADABLE integrado por pacientes incontinentes y encamados continuamente.

Por otra parte, como la muerte suele estar cerca en éstos pacientes (CRONICOS E INVALIDANTES), el esfuerzo que se hace con ellos, si es grande, puede considerarse como perdido, en definitiva, puede crear una FRUSTRACION de todo el personal asistencial.

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

Por ello, es muy importante acercarnos a los ancianos con la debida FORMACION para proporcionarles una ASISTENCIA INTEGRAL.

Con una FORMA de trabajo en EQUIPO, sobre todo con ILUSION.

La ESTIMA que tengamos de los pacientes de la Unidad de Psicogeriatría, será en principio su ETIQUETA DE AUTOESTIMA.

Solamente decir que creyendo en la Enfermería, se desarrolla la enfermería y concienciarse de que la calidad de vida de éstos ancianos, depende en muchos casos exclusivamente, de la profesionalidad de la enfermera.

Para la realización del trabajo:
Rol de Enfermería en la NUTRICION a PACIENTES DE PSICOGERIATRIA

→ He realizado un PROTOCOLO SUPERVISION DE ENFERMERIA del PATRON-ALIMENTICIO (13 parámetros)

→ Se obtuvo recogida de información
1.- PRINCIPAL FUENTE: la observación directa de forma DIARIA en la U.PSG.
2.- Hª ENFERMERIA: Observaciones enfer. curso clínico. Hª clínica.
3.- Libro Medicación y Cuidados.
4.- HOJA-DIETA que se confecciona en planta.
5.- Relación con:
a) Servicios laboratorio.
b) Con COMISION DE NUTRICCION
c) Con el médico-estomatólogo.

OBJETIVOS DEL TRABAJO

- Establecer un CONTROL DE CALIDAD en los CUIDADOS de ENFERMERIA "dentro del patrón alimenticio" a pacientes de la Unidad de Psico-geriatría teniendo en cuenta el feed-back de mayor o menor relación de 13 parámetros que pasamos a describir.

1.- PATOLOGIA PSIQUICA: Aporta datos sobre los LIMITES de los pacientes, las distintas formas de interacionar con el personal, según su estado de ANIMO (son la FORMA-GESTUAL, VOCES; diálogo verbal = verborrea, 1-5 palabras (vocabulario incoherente) la mayor parte de los pacientes = 80%. EL ROL del personal de la U. PSG. es interaccionar todo lo posible con el enfermo aunque éste no responda verbalmente o lo haga de forma incoherente.

2.- PATOLOGIA SOMATICA: Condiciona el TIPO DE DIETA.

3.- MEDICACION: Informa de:

* El % de pacientes en que el régimen habitual de cuidados intestinales depende de enemas o laxantes (V.O., V.R.).
* Del % de pac. que precisan un aporte extra de proteínas (úlceras por decúbito), valorando de forma posterior el grado de influencia en la cicatrización de las heridas.
* Que pacientes D3 toman ANTIDIABETICOS-ORALES. Relación riesgo hipoglucemia detectado por BM-test, control C/ 15 h. y analítica de sangre : C/ 3 meses / necesidad de asegurar un aporte alimenticio / día.
* Del % de pac. que precisan antiemeticos.
* Del % de pac. que precisan diuréticos.
* Del % de pac. que precisan ión K, Fe, tónico energético por anoréxia.
* Del % de pac. que precisan antiácidos.

4.- DIETA: Valoración de la ingesta real y más ADECUADA relacionada con las necesidades metabólicas y no producir un feed-back paciente-personal de IRRITABILIDAD.

Se ha conseguido éste OBJETIVO con UN METODO: La OBSERVACION individualizada de los pac. de la U. de Psicogeriatría.

5.- PATRON METABOLICO Y NUTRICIONAL: Indicamos los problemas y el nº de pacientes en los que se da de forma más llamativa.

6.- HABITOS DEL COMER: En donde la mayor parte de los pacientes utilizan desaliñadamente cubiertos (cuchara o tenedor).

7.- TERAPIA MODIFICACION HABITO ALIMENTICIO: Se indica forma de llevarlo a cabo por el personal de la Unidad de Psicogeriatría (aux. + DUE).

8.- EN EL PATRON ACTIVIDAD: Informan del nº de pacientes que precisan silla de ruedas y la causa, y el nº de pacientes que presentan estabilidad en bipedestación y marcha de forma PARCIAL o TOTAL.

LAS ALTERACIONES EN LOS PIES: (deformidades, callosidades, etc.), dificultan su movilidad y facilitan el aislamiento y la obesidad que determinará una sobrecarga en muchos aparatos y sistemas del organismo.

+

LA HIPOACUSEA Y DISMINUCION DE LA VISION: Limitan las relaciones sociales de éstos pacientes y terminan aislándoles, con el consiguiente empeoramiento de su FUNCION MENTAL Y PSIQUICA.

+

Utilización de silla de ruedas por distintas causas.

↓

VIDA SEDENTARIA = ESTREÑIMIENTOS

Precisando ser combatido el problema por la medicación, dieta, o estimular ambulación.

9.- PATRON ELIMINACION: Es muy importante el registro de deposiciones/día y aspecto heces.

10.- INTEGUMENTARIOS: Los signos que indican, cuadro de deshidratación etc.

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

11.- EDAD:

De 99.....1
98.....1
95.....1
94.....1
92.....2
85.....1
83.....1
82.....2
81.....1
80.....1
79.....1
78.....1
77.....2
76.....1
75.....2
74.....2
72.....1
70.....3
69.....2
64.....1
61.....1
?.....Indocumentado

DISMINUYE EL Nº DE CALORIAS QUE PRECISAN AL DIA POR LA EDAD MAYOR DE 60 AÑOS.

12.- PESO: Si presentan obesidad, se cambia a DIETA HOPOCALORICA.

13.- TALLA: Se realiza control de peso 1 v/semana.

PROPOSITO DEL TRABAJO:

1.- La valoración de la ingesta real y más adecuada relacionada con las necesidades metabólicas y no PRODUCIR un feed-back paciente-personal de irritabilidad. Llevar a cabo un control dietético: Los fundamentos principales de los que me sirve para recoger la información fueron:

A.- OBSERVACION: Medios (Objetivos, subjetivos)
Formas: Directa, indirecta.

B.- COMUNICACION: Con el paciente y personal auxiliar.

C.- ENTREVISTAS, con familiares (ocasionales).

METODO:

2.- Personal involucrado, para que con una mentalidad DIETETICA los esfuerzos influyan de forma positiva en los pacientes.

A.- En la Unidad de Psicogeriatría (U. PSG).
B.- En relación al servicio de dietética.
C.- En relación al servicio de laboratorio.
D.- En relación a la Comisión de nutrición.
E.- Con el médico estomatólogo.

PROTOCOLO SUPERVISION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PATRON ALIMENTICIO

3.-

1.- Patología Psíquica.
2.- Patología somática.
3.- Medicación.
4.- Dieta.
5.- Patrón Met. y nutrición.
6.- Hábitos del comer.
7.- TMH alimenticio.
8.- Patrón actividad.
9.- Patrón eliminación.
10.- Integumentarios.
11.- Edad.
12.- Peso.
13.- Talla.

UTILIZACION MAPA DIETETICO - MEDICACION + FICHAS-PROTOCOLO INDIVUALIZADA

PROPOSITO

LLEVAR A CABO UN CONTROL DIETETICO en pacientes de la Unidad de Psicogeriatría en donde el mayor inconveniente es que **no** manifiesten de forma coherente, por el lenguaje, **sus** problemas alimenticios.

Sólamente por la observación individualizada por parte del personal cada día se puede deducir **cantidad, preferencia de alimentos y líquidos.**

La valoración de la INGESTA-REAL Y MAS ADECUADA relacionado con las necesidades metabólicas y **no** producir un FEED-BACK paciente-personal IRRITABILIDAD.

Los fundamentos principales de los que me serví para recoger la información fueron:

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

A.- OBSERVACION pacientes a las horas ingesta.

Los medios de observación = Extensión de ser bio-psico-social

1.- Objetivos.

2.- Subjetivos (los que el pac. siente o describe).

La forma: 1.- Directa.

2.- Indirecta.

B.- COMUNICACION con el paciente y personal auxiliar.

C.- ENTREVISTA con familiares.

DESARROLLO DE LOS FUNDAMENTOS PRINCIPALES: OBSERVACION

A/ OBSERVACION: DIRECTA (al emplear los órganos de los sentidos).

VISTA: Realizamos inspección (vemos, miramos).

TACTO: Realizamos palpación (comprobar el estado de la piel, comprobar el edema de una pierna).

OLFATO: No sólo referido al propio paciente (olor de una herida infectada) sino también a su entorno (falta de higiene x incontinencia).

OIDO: Información que se recoge es inmediata al igual que con la vista (el pac. nos relata su situación, también podemos percibir el TONO de su voz (excitado, cansado, normal, etc...)

GUSTO: Comprobación de una dieta S/S en un enfermo renal, hipertenso, etc.

A/ OBSERVACION: INDIRECTA

Es igualmente una constante en la labor de enfermería, generalmente nos proporciona una observación cuantificada (una medición). Ejem. la temperatura a través de un termómetro, analíticas de sangre.

DESARROLLO DE LOS FUNDAMENTOS PRINCIPALES: COMUNICACION

B/ COMUNICACION:

Del paciente con el profesional de enfermería. Este elemento favorece la recogida de información directamente del paciente, información subjetiva.

Es fundamental establecerla de forma continuada (dolor, molestias gastrointestinales, etc...).

DESARROLLO DE LOS FUNDAMENTOS PRINCIPALES: ENTREVISTA

C/ ENTREVISTA:

La entrevista con un objetivo: Recoger información amplia y lo más completa sobre el hábito del comer.

Con una técnica: Actitud de cordialidad, en la interrelación, ya que ésto influye en el resultado y efectividad de la entrevista.

METODO

"PERSONAL INVOLUCRADO PARA QUE CON UNA MENTALIDAD DIETETICA LOS ESFUERZOS INFLUYAN DE FORMA POSITIVA EN LOS PACIENTES".

En la U. PSG (Médico - Supervisora - DUE - Personal Auxiliar)

1.- Se realizan hojas, registro dietético, donde las ingestas que se valoran son en el turno de mañana (DNO Y CDA), en el turno de tarde (MDA y CNA).

2.- Se registran parámetros (edad, peso, talla, pliegue triceps, pliegue subescapular, y circunferencia brazo).

PROBLEMAS A COMBATIR:

* **CANTIDAD** de alimentos que rechazan y causa (dificultad mecánica, discinesias, atragantamientos, problemas de sabor, olor, presentación).

A pesar de mantener la rutina horaria que facilita la evacuación intestinal: El régimen habitual de cuidados del paciente de ENEMAS o LAXANTES.

* **OBESIDAD:** Debido a patrón de actividad escaso (Flexión Ms Is, rigidez).

* **REAJUSTE:** De los componentes de las tomas por SNG que sean más ricos en fibrina, para valorar grado de influencias en la cicatrización de la herida

En relación al Servicio de DIETETICA.

En base a las alternativas más apropiadas dietéticas que registra la supervisora de la planta en colaboración con el personal de la Unidad, desde cocina confeccionar un régimen-dietético procurando proporcionar una nutrición lo más completa posible ajustada a cada paciente.

En relación con el Servicio de Laboratorio.

Analíticas de sangre, realizadas para registrar DATOS de GLUCOSA, UREA, IONES, PROTEINAS TOTALES.

Objetivo: de los enfermos de la U. PSG, están mejor o peor alimentados que los no institucionalizados.

En relación a la Comisión de Nutrición.

Un factor muy importante es la estrecha colaboración con la administración en todo lo concerniente a **INSTALACION Y CONSERVACION DE EQUIPOS,** utensilios y abastos.

En relación al Médico-estomatólogo.

Extraciones dentales, si precisa.

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

CADA PACIENTE DE PSICOGERIATRIA UN PROBLEMA DIETETICO

PROTOCOLO - SUPERVISION

DE ENFERMERIA DENTRO DEL PATRON ALIMENTICIO

1.- PATOLOGIA PSIQUICA
2.- PATOLOGIA SOMATICA
3.- MEDICACION
4.- DIETA
5.- PATRON METABOLICO Y NUTRICIONAL
6.- HABITOS DE COMER
7.- OBSERVACIONES INDIVIDUALIZADAS (TERAPIA, MODIFICACION HABITO ALIMENTICIO)
8.- PATRON ACTIVIDAD
9.- PATRON ELIMINACION
10.- INTEGUMENTARIOS
11.- EDAD
12.- PESO
13.- TALLA

1.- PATOLOGIAS PSIQUICAS

1	ENCEFALOTAPIA - ETILICA
11	CON ESQUIZOFRENIA RESIDUAL
1	CON ESQUIZOFRENIA CATATONICA
1	CON PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA
2	CON PSICOSIS INVOLUTIVA Y PARANOICA
1	EPILECTICO GRAN MAL
7	OLIGOFRENIAS MEDIAS
1	OLIGOFRENIA PROFUNDA
4	DEMENCIAS SENILES
1	SINDROME DELIRANTE ORGANICO

2.- PATOLOGIAS SOMATICAS ASOCIADAS + FRECUENTES

7	INSUFICIENCAS CARDIACAS
6	DIABETES (2 insulino - dependientes)
1	INSUFICIENCIA VENOSA
4	EPOC
3	INSUFICIENCIAS RENALES
2	ANEMIAS FERROPENICAS
1	CANCER DE PIEL
2	HTA
1	QUISTE PANCREATICO
2	ACV TRANSITORIOS
1	HEPATOPATIA
3	ARTERIOSCLEROSIS
1	TRAQUEOSTOMIA
1	CANCER DE MAMA
1	CELULITIS M.I.I.

TONICO ENERGETICO: Para abrir el apetito = 3,3%
ADMINISTRACION ION K = 3,3%
ADMINISTRAR HIERRO = 16,6%
TRATAMIENTO Y PROFILAXIS de la insuficiencia coronaria aguda y crónica = 23,3%
ANTIDIABETICO ORAL no insulino dependiente = 3,3%
TRATAMIENTO depósito urato/Ac. úrico = 3,3%
ANTAGONISTAS de los receptores H2 de la Histamina = 10%

VADEMECUM MUESTRA 30 pacientes

3.- MEDICACION

A	Akineton retard (3) Actilevol (1)	Ameride (1) Almax (2)	Atarax (2) Adiro (1)
B	Boi-K (1)		
C	Cromatombic (3) Cordilan (3)	Cesplon (1) Cordilan retard (1)	
D	Daonil (1) Deparkine (2)	Duphalac (8) Distraneurine (2)	Dormodor (1)
F	Farlutal (1) Ferriogradumet (2)		
G	Gevral (1)		
H	Hydergina (1) Haloperidol (9)		
L	Lexatin (1) Lanirapid (1)	Lioresal (1) Luminal (2)	
M	Maalox (1) Meleril (3)		
N	Norfloxacina (1) Neosidantoina (3)		
P	Persantin (1) Precitene (1)	Panadol (1) Primperan (1)	
R	Rivotril (2)		
S	Sinogan (2) Surmontil (1)	Seguril (3)	
T	Theo-dur (1) Tagamet (1)		
U	Uniket (1)		
Z	Zantac (1) Zyloric (1)		

*** El nº ( ) indica el nº de pacientes que lo toman.**

DIURETICOS = 10%
ACCION NEUROLEPTICA = 46,6%
ACCION ANALGESICO - ANTIPIRETICO = 6,6%
ANTIAGREGANTE PLAQUETAR Y PROTECTOR DEL MIOCARDIO = 3,3%
ANTIBIOTICO EN INF. urinaria = 3,3%
ANTIACIDOS = 10%
LAXANTE V.O. = 26,6%
LAXANTE V.R. = 20%
ANTIEMETICO = 3,3%
ANTIEPILEPTICO = 6,6%
ANTICONVULSIVANTE-PSICOTROPO = 16,6%
ACCION SEDANTE HIPNOTICO = 23,3%
ANTIESTROGENICO y antigonadotrofinicas = 3,3%
Mejora sistema del deterioro mental relacionado con la edad = estimula receptores dopaminérgicos y blanqueando los adreno-receptores alfa = 3,3%

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

	DIETA SEMIBL.	BASAL	DIABETICO	HIPOCALORICO	BLANDA	TURMIX	LIQUIDAS	OTRAS DIETAS
HABITACIONES 12	0	C/S = 7 S/S = 1	C/S = 1 S/S = 3	C/S = 4 S/S = 3	C/S = 1	C/S = 3 S/S = 3 D_3C/S = 1 D_3 S/S = 1	0	2 SNG

EL PERSONAL de la Unidad de Psicogeriatría (U. PSG) a las horas de INGESTA

1.- Al DNO y MDA... Preparación de alimentos (abrir galletas y tarrina mermelada, desenvolver mantequilla y quesitos, trocear pan: TODO INTRODUCIR EN LA TAZA PARA LOS 30 pac.)

2.- A la CDA y CNA... Servir emplatados y preparación cubiertos, colocar vasos + servir agua. Sólo el personal de la Unidad de Psicogeriatría, utiliza el cuchillo, no los pacientes.

ES COMUN a las 4 ingestas: Colocar... manteles para 23 pacientes.
servilletas para 7 pacientes. Calidad Tela.

4.- DIETA

Con el fin de CUIDAR HIGIENE DEL VESTIR y utilizar para la limpieza de resíduos comida (zona peribucal) y manos.

OBSERVACIONES GENERALES DE LOS PACIENTES

- 17 pacientes... rechazan líquidos (en CDA y CNA).
- 14 pacientes... Alteran el orden de alimentos.
- Precisan ayuda total del personal 301-C y 303-A (2).
- Precisan ayuda parcial, para asegurar ingesta y líquidos (301-D, 302-B, 303-C, 304-A, 307-B, 308-B, 309-B, 310-A).
- Descuidan el aporte alimenticio.

El Personal de la U. PSG, en el **Traslado** de los pacientes al salón-comedor:

1.- Pacientes que son llevados en silla de ruedas al salón-comedor = 11
(301-A, 301-B, 301-C, 302-B?, 302-D, 303-A, 305-B, 306-A, 307-A, 307-B, 312-A).

2.- Precisan ayuda del personal (sostenido por el brazo) = 5
(302-B, 302-C, 309-B, 310-A?, 310-B).

3.- Obedecen órdenes = 3 // Obedecen parcialmente a órdenes = 3
(303-B, 303-D, 311-A) (312-B, 311-B, 306-B).

4.- Protagonismo (comicial) para captar la atención del personal ocasionalmente = 2
(302-A, 309-B) y frecuentemente 1 paciente (304-B).

5.- Una vez sentados en las sillas correspondientes en el salón-comedor, se levantan múltiples veces = 4.
(301-D, 305-A, 304-B (Precisa sujección) y 303-C (con sujección).
Observación: Desatan sujección.

6.- Precisan AYUDA parcial y frecuentemente repetición verbal de ORDENES para llegar al salón-comedor.
(304-A, 308-A, 308-B, 304-B).

7.- No acuden (precisando ir a buscarlos) a las horas de INGESTA = 2
(306-B, 309-A) (por ser pacientes más independientes).

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

5.- PATRON METABOLICO Y NUTRICIONAL

Pacientes en los que se da de forma más llamativa.

1.- Puede informar de anorexia → Psicógena (301-A, 301-B, 301-D, 302-B, 302-C, 309-A, 305-A)
→ Somnolencia (304-B, 309-B, 306-B, 312-B).

2.- ↑ tono muscular MANO para abrir (pte. galletas, mermelada o mantequilla, o quitar plástico bollo de pan) el 96% de los pacientes.

3.- Pueden informar de ingesta-purga, eructación, repleción, epigastria d/ingestas: (302-C, 301-A, 308-A, 305-A, 301-B, 303-A).

4.- Pueden informar de debilidad en la deglución que empeora hacia el final de las comidas: (302-C).

5.- Peligro de broncoaspiración: (302-D, 306-A).

6.- Tendencia a la BULIMIA: (303-C, 303-A).

7.- Por discinesias del área buco-facial, puede referir atragantamientos: (307-B, 305-A, 303-A).

8.- Realizar 3 ingestas: Nunca CNA, el 303-D.

9.- Dificultad mecánica por pérdida dental: 301-B, 301-C, 302-B, 302-C, 303-A, 303-C, 308-A, 308-B, 310-A, 312-A).

10.- Interrumpir ingestas por labilidad emocional: (305-B, 306-B).

11.- Puede referir DISTENSION ABDOMINAL: (311-A, 303-B).

12.- Estreñimiento: (301-B, 305-B), diarreas: (306-B, 312-B).
Extracción de heces (no peristaltismo): 307-A.

13.- Imposibiliad c/dieta por alucinación visual: 309-A.

14.- Disfagia a líquidos (310-A, 303-C).

15.- Polifagia y polidipsia: (310-B).

16.- Molestias gástricas: (306-B, 305-A, 301-B).

6.- HABITOS DEL COMER

A.- Limpiamente, con los cubiertos adecuados.

B.-Desaliñadamente, sólo con la cuchara.

C.- Ha de ser alimentado totalmente.

D.- Ha de ser alimentado parcialmente y ocasionalmente para asegurar INGESTAS.

E.- Ha de ser alimnentado parcialmente y frecuentemente para asegurar INGESTAS.

F.- A las 12 h. de la mañana, hidratación con zumos.

G.- A las 24 h. suplemento leche a los D3.

H.- A las 24 ho. suplemento zumo en tomas por SNG.

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

7.- T.M.H. ALIMENT.

T.M. HABITO ALIMENTICIO: Objetivo que no interrumpa ingestas por labilidad emocional (305-B)

A.- Con el diálogo ↑ Estímulo apoyo emocional + PROCEDIMIENTO DE LA RAZON

T.M. HABITO ALIMENTICIO: Objetivo: Lograr mayor independencia: (301-D, 302-B, 304-B, 308-A, 310-B, 302-C).

A.- Le colocas el cubierto adecuado en la mano y visualmente te fijas en si comienza o no a comer.
B.- Si no lo hace, cojes su mano con el cubierto y la llevas a la boca 2 o 3 veces, verbalmente con firmeza le dices que continue con la ingesta = sin ayuda del personal.
C.- ANTE episodio de negatividad, si la causa es para reclamar atención egocéntrica + celos y buscar dependencia se actua con firmeza.
(**Se asegurara** ingestas y LIQUIDOS siempre por prevención según su PATOLOGIA psicógena o somática).

T.M. HABITO ALIMENTICIO: Conseguir que realicen las ingestas dentro del horario establecido (307-A, 312-B).

A.- Por la frecuente repetición verbal + órdenes con firmeza + razonamiento convincente.

8.- PATRON ACTIVIDAD

A.- Silla de ruedas la utilizan 10 p. y ocasionalmente 1 persona

CAUSAS:

* Alteración movilidad secundaria a esclerosis múltiple.
* Fractura femur derecho.
* Fractura de acetábulo derecho.
* Fractura cadera antigua.
* Flexión M_sI_s, rigidez.

B.- Estabilidad en Bipedestación y marcha.

PARCIALMENTE → 8 pacientes (2 utilizan andador 6 sostenidos por los brazos)
(302-A, 302-B, 302-C, 304-B, 308-B, 309-B, 310-A, 310-B)

TOTAL → 11 pacientes
(301-D, 303-B, 303-C, 303-D, 304-A, 305-A, 306-B, 309-A, 311-A, 311-B, 308-A)

*** Existen intervalos de tiempo con variables = ↑ o ↓ bloqueo actividad motora.**

9.- PATRON ELIMINACION

CONTROL DE ESFINTERES

a.- Normal.
b.- Incontinencia urinaria ocasional → Posibilidad de reeducar esfinter vesical.
c.- Incontinencia urinaria frecuente.
d.- Doble incontinencia

↓

Un 70% con incontinencia urinaria.

↓

GRAN DEPENDENCIA DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Procuraremos que cada paciente adquiera unos hábitos intestinales y vesicales. Hacemos control de diuresis. Cada 3 horas le acercamos al servicio o ponemos las medidas necesarias así el paciente se siente más cómodo y seguro. También se utiliza la ficha de incontinencia en los pacientes más severos, se ↓ ansiedad, ↑ orientación T-E y + animado en planta.

RINCÓN CIENTÍFICO

PREMIO S.E.E.G.G. 1990

10.- INTEGUMENTARIOS

1.- Adelgazamiento piel, por reducción grasa subcutánea.
2.- CAMBIOS grosor de uñas.
3.- Zonas de presión enrojecidas, solución de continuidad de la piel (efectos de la inmovilidad) GLUTEOS; SACRO; TROCANTERES; TALONES (úlceras de decúbito).
4.- Arrugas/Sequedad de la piel.
5.- Ocasionalmente DIAFORESIS.
6.- Cabeza seborríca.
7.- DISNEA, a la marcha de levantarse.
8.- Edema en Ms Is.
9.- Problema dermatológico, area peribucal alergias.
10.- Mala turgencia cutánea.
11.- Piel fría.
12.- Problemas dermatológicos en GLANDE Y ESCROTO de ERITEMA, por incontinencia vesical y micosis.
13.- CIANOSIS POR CRISIS GRAN MAL.

11.- EDAD (Muestra 30 pacientes)

Hab. 301	92	99	95	76
Hab. 302	79	94	98	85
Hab. 303	64	78	?	77
Hab. 304	77	75		
Hab. 305	75	61		
Hab. 306	74	69		
Hab. 307	72	82		
Hab. 308	69	74		
Hab. 309	80	70		
Hab. 310	70	81		
Hab. 311	82	70		
Hab. 312	92	83		

12.- PESO (Muestra 30 pacientes) Actualmente se realiza C/p - C/S

Hab. 301	SR	SR	SR	36
Hab. 302	45	47	47	SR
Hab. 303	SR	86	72	76
Hab. 304	61	60		
Hab. 305	47	SR		
Hab. 306	SR	63		
Hab. 307	SR	SR		
Hab. 308	57	68		
Hab. 309	70	56		
Hab. 310	65	56		
Hab. 311	86	48		
Hab. 312	68	68		

13.- TALLA (Muestra 30 pacientes)

Hab.	talla (cm)
301-A	1.34
301-B	1.70
301-C	1.39
301-D	1.34
302-A	1.50
302-B	1.55
302-C	1.50
302-D	1.15
303-A	1.65
303-B	1.62
303-C	1.70
303-D	1.52
304-A	1.52
304-B	1.50
305-A	1.59
305-B	1.45
306-A	1.25
306-B	1.49
307-A	1.39
307-B	1.52
308-A	1.52
308-B	1.54
309-A	1.54
309-B	1.52
310-A	1.68
310-B	1.63
311-A	1.76
311-B	1.53
312-A	1.50
312-B	1.46

RINCÓN CIENTÍFICO

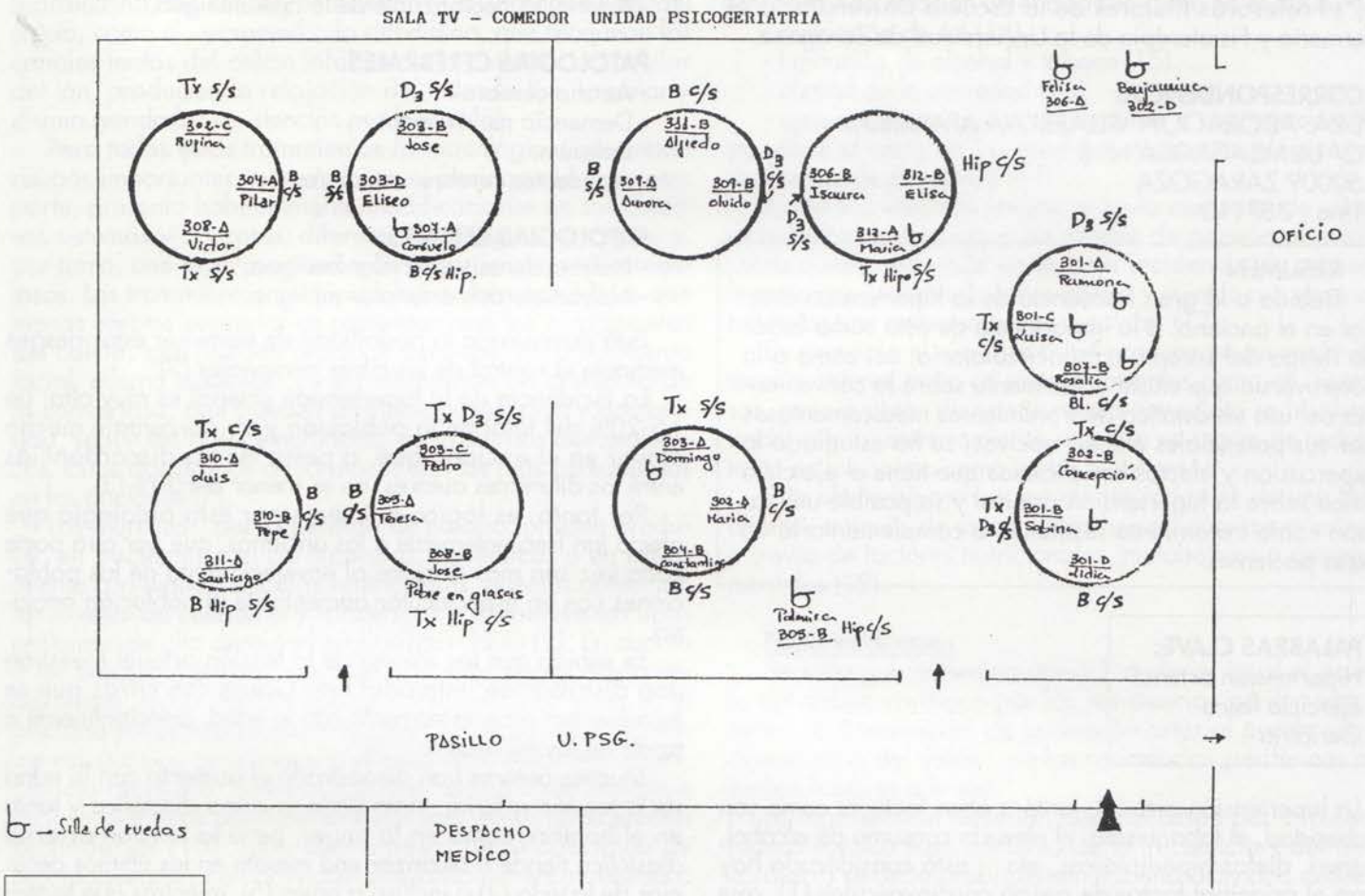
PREMIO S.E.E.G.G. 1990

COMO HA SURGIDO LA REALIZACION DEL MAPA DIETETICO Y DE MEDICACION

Al realizar un cambio de turno (x As. P.) con una persona que desconocía esa Unidad.

* La dificultad que iba a encontrar la persona DUE que llegaba por primera vez a esa planta y tenía que repartir la medicación (por unidosis) en la sala-comedor, era:
  - En las mesas los pacientes no siguen el mismo ORDEN que en las habitaciones, y el Libro de medicación sigue la distribución de los pacientes por Habitaciones de la 301 a la 312.
  - Dificultad para asociar paciente-lugar.
* El mapa DIET + MEDI, va siendo eficaz durante los primeros días (1/S) en donde resulta más problemático para: a.- Alumnos de 3º en prácticas (DUE).
  b.- En rotación del personal.

MAPA DIETETICO Y DE MEDICACION A LAS HORAS DE LA INGESTA



CONCLUSION

1.- TRATAR DE APLICAR CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DESDE UNA CALIDAD DE VIDA PROPIA.

2.- NO DESCUIDAR EL PATRON NUTRICIONAL Y METABOLICO DURANTE LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES CON PATOLOGIA PSIQUIATRICA DE CARACTER VARIADO Y CON PROCESOS SOMATICOS ASOCIADOS.

3.- EL HABER CONSEGUIDO EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA UN BUEN GRADO DE ACEPTACION ANTE LOS CAMBIOS-DIETAS.

4.- GARANTIZAR CONTINUIDAD DIETÉTICA EN BASE A NUTRICION Y NO ALIMENTACION POR PARTE DE TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO.

5.- LA IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DEL ROL DE ENFERMERIA EN LA NUTRICION A PACIENTES DE PSICOGERIATRIA Y LA INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS PARAMETROS ANALIZADOS.

6.- EL ASPECTO DINAMICO DE LA NUTRICION ES VALORAR PERIODICAMENTE, A LO LARGO DE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, SI ↑ O ↓ NECESIDADES DE LOS PACIENTES ⇄ RECURSOS HUMANOS.