



UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TABASCO

Lic. En Enfermería

Alumno

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Materia:

Enfermería Gerontológica

Docente:

Jessica Del Carmen Jiménez

Actividad de equipo

“resumen sobre el proceso hospitalario del paciente geriátrico”

PROCESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE GERIATRICO

Asistencia hospitalaria

La atención hospitalaria

El personal de enfermería de las unidades médicas prestadoras de servicios de atención deberá ejecutar e implementar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas en el plan de cuidados para la atención de las PAM durante la hospitalización:

- Independientemente del motivo de hospitalización, las PAM deberán ser valoradas en búsqueda de factores de riesgo que puedan precipitar o empeorar condiciones geriátricas específicas (por ejemplo, delirium, dolor, úlceras por presión, inmovilidad, desnutrición, entre otras).
- Se deberá reconocer que la familia o el cuidador son parte fundamental en el tratamiento del paciente hospitalizado y no considerarlos pone en riesgo la eficacia de los cuidados de enfermería otorgados.
- El régimen terapéutico de las PAM es complejo, por ello el uso y manejo de medicamentos debe cumplirse de forma segura y eficiente acorde con los estándares de calidad y seguridad.
- Cuando el profesional de enfermería identifique a las PAM de alto riesgo durante la hospitalización, deberá gestionar el enlace con las áreas o servicios para una evaluación y atención especializada.
- Durante la estancia hospitalaria, el profesional de enfermería deberá capacitar y sensibilizar al paciente y a sus familiares sobre temas de movilidad, orientación en tiempo y espacio, higiene personal, higiene del sueño, medidas de seguridad, prevención de úlceras, comunicación, uso seguro y efectivo de los medicamentos, dieta y nutrición, manejo del dolor y todas aquellas acciones que correspondan a los riesgos individuales de cada paciente.
- Garantizar, junto con el equipo multidisciplinario, una planificación para la transición de cuidados con el fin de disminuir el riesgo al egreso del paciente, así como para garantizar una continuidad de cuidados adecuada a las necesidades individuales.
- Propiciar la educación y formación del equipo de salud para la atención de las personas adultas mayores (PAM). En la siguiente sección se proponen acciones operativas específicas para iniciar el cumplimiento de dichos estándares. Y mediante se implementan se irán introduciendo planes de cuidados de enfermería.
- Valorar el riesgo de dependencia de funcional en las PAM.
- Aplicar un instrumento de valoración para la detección de factores de riesgo de dependencia funcional a todas las PAM mayores de 60 años.
- Identificar a las PAM que requieren evaluación adicional como lo establece el instrumento ya mencionado. Personas adultas mayores sin riesgo.
- Implementar acciones de promoción de la salud adaptadas a la edad, el sexo y la cultura de las PAM.
- Fomentar el autocuidado en la adopción de hábitos saludables, entre los cuales se pueden considerar: o Actividad física incluyendo la aeróbica, de equilibrio, de fortalecimiento muscular y de flexibilidad; por ejemplo, realizar al menos 30 min.

Cuidados geriátricos básicos en el ámbito hospitalario

Valoración de enfermería:

- Identificación de riesgos.
- Identificación de problemas y síndromes geriátricos frecuentes en las PAM hospitalizadas.
- Aplicar las herramientas SPPICESS para la identificación de los principales síndromes geriátricos.

Minimizar el declive funcional.

- Permitir durante la estancia hospitalaria el uso de órtesis y prótesis como auxiliares visuales y auditivos, prótesis dentales y, dependiendo de las condiciones en las instalaciones, auxiliares para la marcha.
- Permitir la permanencia del cuidador primario para que colabore en el cuidado de las PAM.
- Promover la participación de las PAM en la toma de decisiones sobre su cuidado.
- Favorecer la comunicación, llamar a las PAM por su nombre o según su preferencia, asegurarse que le escucha y ve bien, hablarle en forma clara y con volumen apropiado.
- Favorecer la actividad física de las PAM durante su hospitalización, de acuerdo con su condición de salud.
- Maximizar la actividad física de las PAM, con la ayuda de su cuidador primario en caso necesario.
- Fomentar medidas de higiene del sueño, tales como evitar siestas en el día (se puede permitir una siesta después de comer, pero no mayor a 30 minutos), mantener los niveles mínimos de luz y ruido en la medida de lo posible, respetar los ciclos de sueño nocturno evitando la toma de signos vitales y la ministración de medicamentos, si las condiciones de las PAM lo permiten.
- Cotejar el uso de medicamentos y productos alternativos (suplementos, herbolarios, homeopáticos) para identificar polifarmacia y/o riesgo de interacción medicamentosa.
- Favorecer la orientación temporal del paciente con calendario y reloj visibles.
- Promover el mantenimiento o la recuperación de la funcionalidad procurando la realización de actividades básicas de la vida diaria por parte de las PAM, si sus condiciones lo permiten, evitando lo más posible suplir totalmente estas actividades.
- Identificar al cuidador primario de las PAM para su capacitación durante la estancia hospitalaria, con el propósito de extender los cuidados de rehabilitación y recuperación en el hogar.

Asistencia en el ámbito socio-sanitario.

La atención sociosanitaria (ASS a partir de ahora, aunque también se utilizara en ocasiones “cuidados de larga duración” o CLD), es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia.

Ello implica responder a varias preguntas que serán objeto de este estudio tanto a nivel teórico-general, siguiendo la literatura internacional sobre los modelos y programas de atención sociosanitaria, como a nivel de la experiencia española y de los diferentes programas autonómicos. Tales preguntas objeto de debate son las siguientes:

- a) La definición de la situación de dependencia como nueva necesidad social así como la población objeto de atención por parte de la sociedad y de las Administraciones públicas a partir de las características asumidas por la doctrina y la experiencia internacional y que se resumen en un conjunto múltiple de necesidades coincidentes de tipo sanitario y social relacionadas con la dificultad de autonomía de las personas en su vida cotidiana y la calidad de vida en las personas con dependencia, particularmente las personas mayores.
- b) En segundo lugar, se trata de responder a la pregunta de qué modelos de cuidados existen, sus características, relaciones de complementariedad / sustituibilidad y posibilidades de integración.
- c) En tercer lugar, la necesidad de protección social de la dependencia implica nuevas formas de gestión de los recursos actuales y la exigencia de nuevos recursos, que pueden ser públicos y privados, lo que plantea el problema de la financiación, así como modos efectivos de relación o integración entre el sistema sanitario, los servicios sociales y los cuidados informales.
- d) Finalmente, y con los elementos anteriores, es preciso concretar los elementos constitutivos de la atención sociosanitaria tanto organizativos como económicos y su concreción en programas de intervención.

Planificación de alta.

Es la elaboración de un plan personalizado para cada paciente que abandona el hospital, con el objetivo de contener los costes y mejorar los resultados de los pacientes. Esta debe garantizar que los pacientes salgan del hospital en el momento adecuado de su atención y que, con la debida antelación, se organice la prestación de servicios posteriores al alta.

Este plan proporciona información importante en individualizada al paciente hospitalizado o del cuidador. Se contemplan cuidados en medicamentos, tratamientos no farmacológicos, dieta entre otros, en la que también se tiene que reforzar y amplia cuidados que debe tener la persona en el hogar.

Objetivos: Analizar la importancia del plan de alta desde la percepción del paciente hospitalizado y/o su cuidador principal.

Metodología: Estudio cualitativo, fenomenológico; realizado en una IPS de Cartagena de Indias; en pacientes hospitalizados y/o su cuidador principal. La información se recolecto a través de una entrevista semi-estructurada.

Resultados: La percepción del paciente hospitalizado y su cuidador principal arrojaron cuatro categorías: las voces expresan que la falta de claridad del plan de alta trae consecuencias en el paciente, como problemas psicológicos y fisiológicos colocando en riesgo su salud con posibles complicaciones, generando pérdida de tiempo y del recurso económico para las entidades que prestan los servicios de salud; manifiestan que el plan de alta facilita la recuperación y ayuda a mejorar la calidad de vida.

Conclusión: Para el paciente hospitalizado y su cuidador principal es vital la aplicación del plan de alta por parte del profesional Enfermero al momento del egreso hospitalario, pues ellos describen que las recomendaciones les da seguridad en los cuidados que tienen que implementar en el hogar.

Control y seguimiento

El control y seguimiento de pacientes de forma extrahospitalaria será un aspecto básico en las nuevas modalidades de asistencia.

1. Las enfermedades cardiovasculares son las primeras causas de mortalidad y parte significativa de la morbilidad atendida.
De forma aislada o combinada, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca y ciertas arritmias malignas que son causantes de muerte súbita, son en la actualidad objeto de estudio para conocer su pronóstico a corto, medio o largo plazo a partir de parámetros que ayudan a estratificar niveles de riesgo.

El diseño del sistema La arquitectura de Airmed-Cardio se plasma en tres entidades de información: entidad Usuario Paciente (UP), entidad Usuario Médico (UM), y entidad Estación Central (EC).

De acuerdo a los requerimientos establecidos, las funcionalidades que se ofrecen en cada una de las entidades son las siguientes:

- Respecto a la entidad UP, partiendo de la exigencia de que el equipamiento del paciente fuera portable y de fácil uso, ha de tener:
 1. Posibilidad de registrar por métodos consensuados como válidos y de fiabilidad contrastada los parámetros cardiológicos necesarios: ECG I-12 derivaciones con calidad diagnóstica, presión arterial, SpO₂, pulso, etc;
 2. posibilidad de responder a un breve cuestionario que incluye tests funcionales, apreciaciones personales, etc, como complemento para la evaluación del estado puntual tanto físico como anímico.
 3. Capacidad de transmisión de la información registrada sobre servicios soportados por la red GSM.
- Respecto a la entidad EC:
 1. Disponibilidad de servicios propios para recibir y distribuir la información procedente del UP y UM.
 2. Capacidad de organización, gestión y almacenamiento en forma de carpetas individuales de paciente.
 3. Disponibilidad de servicios interfaz y mensajería necesarios para con UP y UM.
 4. Disponibilidad de servicios de comunicaciones/conectividad, servicios de auditoración y control, servicios de seguridad (control de acceso a nivel sistema, servicio, información y confidencialidad en comunicaciones).
 5. funcionamiento autónomo, sin necesidad de presencia de un operador humano para el desempeño de sus tareas.
- Respecto a la entidad UM:
 1. Posibilidad de acceso a la Estación Central a través de múltiples redes de comunicaciones (GSM, RTC, internet).
 2. Disponibilidad de herramientas para una realización adecuada de las tareas de seguimiento, control y administración de las carpetas de pacientes, tanto de forma global (dentro de su grupo de pacientes) como individual.

Desarrollo del sistema entidad Usuario-Paciente.

Respecto a los requerimientos en el envío de la información que la entidad UP transmite a la EC los aspectos más significativos son:

1. El ECG es la única señal que debe registrarse y enviarse en forma de registro continuo de una duración determinada.
2. El resto de parámetros son valores numéricos puntuales o de selección entre opciones (tensiones, pulsos, oximetría y cuestionario).

Proceso de rehabilitación.

El envejecimiento se acompaña de disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos (alteraciones del equilibrio, postura, marcha, disminución de la fuerza muscular, déficit sensorial, visual y auditivo).

Esto es importante para la rehabilitación en Geriatría, ya que deberá tomarse en cuenta en su indicación, no sólo el problema a rehabilitar, sino también las capacidades residuales que tanto en el área biológica, psicológica o social, posee el paciente para enfrentar el proceso de rehabilitación.

La medicina física y de rehabilitación, fisiatría, es la rama de la medicina que:

1. Contribuye a la prevención de la discapacidad física, sensorial y mental.
2. Detecta precozmente, evalúa y diagnóstica en forma integral, los procesos discapacitantes de todo tipo.
3. Prescribe, dirige, supervisa y evalúa los programas y procedimientos adecuados para adaptar o readaptar a la persona con discapacidad por medio de la restauración o el restablecimiento del movimiento de las funciones de comunicación humana y de la eficiencia psicológica social y vocacional, haciendo uso de recursos médicos, familia y comunicación.
4. Investiga las causas y mecanismos de la discapacidad en todas sus formas, las respuestas de los tejidos, órganos y sistemas a las acciones terapéuticas y las repercusiones sociales de la discapacidad.

La Rehabilitación, es un acto de atención de la salud y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, la prevención y la asistencia a las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar, el de su familia y la comunidad.

Objetivos de la rehabilitación en el adulto mayor.

Recuperación funcional. Es este el objetivo general de la especialidad, y para lograrlo se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Readaptación desde el punto de vista psicológico, social y biológico.
- Resocialización para que se mantenga activo en su medio habitual.
- Reincorporación de la familia.

Principios de la rehabilitación del adulto mayor.

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener o restaurar la independencia en actividades básicas de la vida diaria.
- Desde el inicio, del tratamiento obtener la confianza y cooperación del paciente.

- Crear una atmosfera razonable esperanzadora y optimista.
- Aplicar tratamientos simples e individualizados.
- Efectuar las secciones terapéuticas por cortos periodos de tiempo.
- Integración de todo el personal de asistencia.

Pautas a seguir en el tratamiento de rehabilitación física en geriatría.

- Fisioterapia más medicación oral o parenteral (pocos medicamentos y pocas dosis).
- Métodos de fisioterapia iguales a los aplicados al adulto joven, pero tomando en cuenta la edad, enfermedad de base y capacidad vital.
- Vigilar los trastornos cardiorrespiratorios y la fatiga muscular, por lo tanto, hay que hacer pausas y medir la tención arterial y el pulso.
- Práctica de la ergoterapia funcional (artística, artesanal o ludoterapia).
- Ortesis (aditamentos ortopédicos), si fuera necesaria, sencilla y de poco peso.
- Tratamiento personalizado, teniendo en cuenta que cada persona envejece de manera diferente.

Aspectos a evaluar en la rehabilitación geriátrica.

Es necesario el llegar a un diagnóstico basado en un buen examen clínico y tener en cuenta aspectos importantes que nos lleven al posterior tratamiento del paciente.

Los síntomas más importantes por los cuales las personas consultan los servicios de rehabilitación geriátrica son:

- Dolor agudo o crónico.
- Disminución o pérdida de la funcionalidad.
- Alteración de la marcha, la postura y/o el equilibrio.
- Trastornos sensoriales, principalmente superficiales.
- Alteración de las funciones corticales superiores.
- Problemas relacionados con la comunicación.
- Alteraciones psicológicas o familiares.
- Compromiso de la capacidad sexual.

Que evaluar en la rehabilitación

La valoración clínica del adulto mayor, destinada a cuantificar, en términos funcionales, los problemas bio-psico-sociales del paciente, así como las capacidades residuales con que cuenta para enfrentar el proceso rehabilitador. Las variables a evaluar son fundamentalmente:

- Lenguaje.
- Estado psicológico y mental del enfermo).
- Estado nutricional.
- Frecuencias cardiaca y respiratoria.
- Algas y Artralgias.
- Actividades de la vida diaria (AVD).
- Control de esfínter vesical y rectal.
- Amplitud articular.
- Trofismo.

- Fuerza muscular.
- Sensibilidad superficial y profunda.
- Reflejos.
- Movilidad
- Marcha y equilibrio, incluyendo evaluación de miembros inferiores.
- Enfermedades sobreañadidas.
- Complicaciones.
- Ortesis o aditamentos

Todos estos aspectos nos permiten conocer el grado de deterioro funcional y la reserva potencial de capacidad física con que cuenta el paciente, a fin de diseñar adecuadamente el tratamiento de rehabilitación.