

NOMBRE DEL ALUMNO: Noemi
Gómez Méndez.

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Erika
Cedillo Reyes.

NOMBRE DEL TRABAJO:
Hospitalización del Adulto Mayor.

MATERIA: Patología del Adulto

GRADO: Sexto Cuatrimestre

“HOSPITALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR”

INTRODUCCION:

En nuestros días, el incremento de la población anciana y una mayor esperanza de vida, plantean grandes retos para el Sector Salud, debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas, su diagnóstico a edades más tempranas y a la producción de diversos tipos de incapacidades que en conjunto dan lugar a una demanda de servicios de salud mayor y compleja al involucrar diferentes niveles de atención.

Los hospitales pueden proporcionar atención médica de emergencia, realizar pruebas de diagnóstico, tratamientos intensivos o cirugía, que pueden requerir internación o no requerirla. Los ancianos utilizan los hospitales con mayor frecuencia que los más jóvenes, quedan internados en un mayor porcentaje de consultas al departamento de urgencias, requieren más internaciones, que son más prolongadas, y usan más recursos mientras permanecen en el hospital.

La principal causa de hospitalización del 2006 al 2009 fue la Diabetes Mellitus y sus complicaciones, demostrando que se debe tener mayor vigilancia o mejor control sobre los usuarios que padecen esta enfermedad crónica.

La hospitalización de los adultos mayores debido a patología aguda o crónica agudizada, marca un evento de importancia trascendental; ya que, por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, la estancia prolongada en cama que contribuye al inmovilismo y la polifarmacia dan cuenta tan sólo de algunos factores asociados a esta pérdida en las capacidades funcionales. El deterioro funcional representa un reto para los sistemas de salud actuales debido a que los pacientes que son egresados de los hospitales con algún grado de dependencia, son incapaces de vivir solos y necesitan asistencia continua en su domicilio por familiares, o bien, son ingresados a una institución de larga estancia para su cuidado. De los adultos mayores que son ingresados a áreas de hospitalización, hasta el 33% presentan deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria y se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años de edad. La recuperación de estos pacientes es lenta y en el mejor de los casos, sólo la mitad de ellos retornan a su situación funcional previa a la hospitalización en los siguientes 3 meses. Así, se estima una pérdida funcional al egreso entre el 35 y 73% durante la estancia hospitalaria. De este modo, es en el proceso de hospitalización y con los cuidados que se tienen durante el mismo, lo que puede marcar una diferencia en el curso del internamiento de este grupo de pacientes. La correcta evaluación de la funcionalidad previa al ingreso hospitalario, así como la identificación de síndromes geriátricos pueden ayudar a dirigir estrategias

específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización en adultos mayores frágiles. Es así como la rehabilitación, entendida como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, educativas y sociales tiene por objeto, siempre y cuando sea posible, recuperar, compensar o mantener aquellas capacidades funcionales del individuo para favorecer un grado suficiente de autonomía que mejore su calidad de vida, y consiga una mayor satisfacción personal y mejor integración social.

El personal de enfermería debe seguir un protocolo de atención para cuidar correctamente a los adultos mayores que estén hospitalizados.

Las primeras intervenciones a realizar para el ingreso de un adulto mayor son la recepción de documentos y el consentimiento de los familiares, seguido de los siguientes procesos:

LA VALORACIÓN CLÍNICA

En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas (infecciones sin elevación de la temperatura, infartos de miocardio sin dolor, etc.), y adicionalmente, para favorecer su manejo integral se han integrado síndromes geriátricos como inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, malnutrición, sarcopenia, etc., esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario. Hay que recordar que el propio envejecimiento fisiológico eleva la incidencia de enfermedades y éstas repercuten en aspectos funcionales, lo que favorece la incapacidad.

La anamnesis es complicada debido a los problemas de comunicación, la presencia de déficits sensoriales (auditivos y visuales predominantemente), además de que los posibles deterioros, intelectual y psicomotriz, dificultan entrevistas completas (largas). Es probable que se requieran varias entrevistas clínicas para lograr realizar completa la VGL. Es frecuente encontrarse delante de múltiples quejas y una descripción vaga de los síntomas. Como en cualquier historia clínica, se deben registrar los antecedentes personales, la revisión por aparatos y sistemas, la historia farmacológica (fundamental por el riesgo de iatrogenia), y la historia nutricional (dieta habitual, número de comidas al día, dietas prescritas).

La exploración física no difiere de la que se realiza en un adulto. Se inicia con la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración. Se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y se consignan peso y talla). Posteriormente se hace una revisión topográfica, algunos puntos a resaltar en el adulto mayor son:

- **Cabeza:** evaluación de arterias temporales, boca (estado dental, prótesis, micosis, tumoraciones), ojos (capacidad visual y presencia de cataratas, entropion y ectropion), capacidad auditiva.

- *Cuello*: presencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, soplos, rigidez cervical.
- *Tórax*: auscultación cardiaca, pulmonar, palpación de mamas en la mujer y presencia de deformidades en columna (xifosis dorsal).
- *Abdomen*: igual que el adulto (inspección, palpación, percusión y auscultación).
- *Tacto rectal*: en busca de hemorroides, impacto fecal y revisión prostática en el hombre.
- *Extremidades*: fuerza y tono muscular, presencia de pulsos y reflejos, y búsqueda intencionada de edema o deformidades articulares (incluyendo dedos de los pies)
- *Neurológico*: Trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia, equilibrio, marcha, sensibilidad.
- *Piel*: lesiones tróficas, úlceras, tumoraciones.

Una vez realizada la valoración clínica habitual se realizan pruebas complementarias de laboratorio y gabinete; éstas pueden ser básicas o incrementarse en número, en función de lo que buscamos. Las más habituales son: biometría hemática (hemograma), química sanguínea (glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, albumina y fosfatasa alcalina), electrolitos séricos, examen general de orina, electrocardiograma y placa de tórax, y riesgo de fractura por fragilidad ósea (FRAX). Cuando hay sospechas de algún padecimiento neurológico de tipo degenerativo se agregan pruebas tiroideas, medición de ácido fólico y vitamina B12.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Nos permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria básicas (AVDB), que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) (que son las actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero), y algunos consideran las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) (aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso). A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Sabemos que una buena alimentación con el suficiente aporte proteico es indispensable para el funcionamiento corporal, es necesario conocer los riesgos que tiene el paciente con su alimentación. Se recopilan datos antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y subjetiva sobre la alimentación. Su

puntuación máxima es de 30 puntos; < de 17 puntos indica mal estado nutricional, de 17 a 23-5, riesgo de malnutrición, y más de 24, normalidad.

VALORACIÓN MENTAL

Se compone del área cognitiva y afectiva, con esto conoceremos las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte cognitiva depende de muchos factores, entre otros están los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona (hipertensión, diabetes, problemas tiroideos, etc.), los factores de riesgo para las distimias del anciano y, la más frecuente, la depresión.

es en el proceso de hospitalización y con los cuidados que se tienen durante el mismo, lo que puede marcar una diferencia en el curso del internamiento de este grupo de pacientes. La correcta evaluación de la funcionalidad previa al ingreso hospitalario, así como la identificación de síndromes geriátricos pueden ayudar a dirigir estrategias específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización en adultos mayores frágiles. Es así como la rehabilitación, entendida como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, educativas y sociales tiene por objeto, siempre y cuando sea posible, recuperar, compensar o mantener aquellas capacidades funcionales del individuo para favorecer un grado suficiente de autonomía que mejore su calidad de vida, y consiga una mayor satisfacción personal y mejor integración social.

Las medidas a realizar durante la estancia del adulto mayor en un centro hospitalario son las siguientes:

Signos vitales: checar cada dos horas que estén dentro de los parámetros normales.

Cuidados de heridas en caso de alguna intervención quirúrgica

Mantener vía aérea permeable

El reposo en cama prolongado, como puede ocurrir durante la hospitalización, causa des acondicionamiento y rara vez se justifica. La inactividad resultante produce los siguientes efectos:

- En caso de inactividad completa, la fuerza muscular se reduce un 5% por día, lo que a su vez incrementa el riesgo de caídas.
- Los músculos se acortan y las estructuras periarticulares y articulares cartilaginosas cambian (con mayor rapidez en las piernas), lo que limita el movimiento y contribuye al desarrollo de contracturas.
- La capacidad aeróbica disminuye significativamente, lo que a su vez reduce mucho el consumo máximo de O₂.
- La pérdida ósea (desmineralización) se acelera.
- El riesgo de trombosis venosa profunda aumenta.

Incluso después de unos pocos días de reposo en cama, los pacientes ancianos con reducción de las reservas fisiológicas pero que aún pueden manejarse independientemente pueden perder esa capacidad. Aunque la pérdida sea reversible, la rehabilitación requiere una intervención compleja, costosa y relativamente prolongada.

En los ancianos, el reposo en cama puede causar una pérdida del contenido mineral óseo de las vértebras a una velocidad 50 veces mayor que en los pacientes más jóvenes. La pérdida asociada con 10 días de reposo en cama tarda 4 meses en revertirse.

Prevención

Salvo que esté contraindicada debido a una razón específica, debe alentarse la actividad (en particular, la caminata). Si el paciente necesita asistencia para caminar, los terapeutas deben proporcionársela en horarios programados. No obstante, los médicos, los enfermeros y los miembros de la familia también deben ayudarle al paciente a caminar durante el día. Las indicaciones deben fomentar la actividad.

Si se requiere inmovilización o ésta se produce como resultado de una enfermedad prolongada, se recomienda implementar procedimientos para evitar la trombosis venosa profunda, salvo que estén contraindicados.

Con frecuencia se necesita rehabilitación. Los objetivos realistas para la rehabilitación domiciliaria pueden basarse en el nivel de actividad previa a la internación del paciente y en las necesidades actuales.

Caídas

Los cambios relacionados con la edad (p. ej., insensibilidad de los barorreceptores, disminución del contenido corporal de agua y del volumen plasmático) aumentan el riesgo de presentar hipotensión ortostática. Estos cambios, sumados a los efectos del reposo en cama y el uso de sedantes y algunos antihipertensivos, incrementan el riesgo de caídas (y de síncope).

En los pacientes ancianos hospitalizados, > 60% de las caídas se produce en el baño; con frecuencia el paciente se golpea con objetos duros. Algunos pacientes se caen al levantarse de la cama. El individuo se encuentra en una cama y un entorno extraño y puede confundirse fácilmente. La colocación de barandas en la cama puede ayudar a recordar a los ancianos que soliciten asistencia antes de intentar levantarse, pero el paciente también puede intentar treparse sobre las barandas. lo que contribuye a las caídas.

Prevención

En general, las barandas deben retirarse o mantenerse bajas. La mejor alternativa al uso de barreras físicas o químicas es identificar, analizar en forma minuciosa, y modificar o corregir los factores de riesgo de caídas (incluso la agitación) y controlar estrictamente a los pacientes con riesgo elevado. El uso de camas bajas y mantener libre el camino en habitaciones y pasillos, también ayuda a reducir el riesgo de caídas.

Incontinencia

La incontinencia urinaria o fecal aparece en > 40% de los pacientes hospitalizados \geq 65 años, con frecuencia dentro del primer día de internación. Sus razones son

- Entorno extraño
- Dificultad para acceder al baño
- Enfermedades que afectan la deambulación
- Cama demasiado alta
- Barandas en la cama
- Equipo que molesta, como vías intravenosas, tubuladuras que se conectan con cánulas nasales para el aporte de oxígeno, monitores cardíacos y catéteres
- Psicotrópicos que pueden reducir la percepción de la necesidad de orinar, inhibir la función de la vejiga o el intestino o comprometer la deambulación
- Fármacos que pueden provocar incontinencia urinaria (p. ej., anticolinérgicos y opiáceos, que causan incontinencia urinaria de rebosamiento, diuréticos que producen incontinencia urinaria de urgencia)

El colchón puede ser incómodo, en especial en pacientes operados o con artritis crónica. Los individuos con demencia o enfermedad neurológica pueden ser incapaces de usar un timbre para solicitar ayuda para ir al baño.

El bolo fecal, las infecciones gastrointestinales (p. ej., colitis inducida por *Clostridium difficile*), los efectos adversos de los fármacos y los suplementos nutricionales líquidos pueden causar diarrea incontrolable.

Con el diagnóstico y un tratamiento apropiado, la continencia puede restablecerse.

Cambios del estado mental

Los pacientes ancianos pueden estar confundidos debido a demencia, delirio, depresión o una combinación de ellos. No obstante, los profesionales sanitarios siempre deben recordar que la confusión puede deberse a otras causas y su presencia requiere una evaluación minuciosa.

La confusión puede ser el resultado de una enfermedad específica. No obstante, puede aparecer o exacerbarse porque el ámbito hospitalario incrementa los efectos de la enfermedad aguda y los cambios en el nivel cognitivo relacionados con la edad. Por ejemplo, pacientes ancianos sin sus gafas ni sus audífonos pueden desorientarse en una habitación de hospital silenciosa y poco iluminada. Los pacientes también pueden confundirse por los procedimientos, los esquemas de horarios (p. ej., despertares frecuentes en ámbitos y habitaciones extrañas), los efectos de los psicofármacos y el estrés producido por las operaciones o las enfermedades. En la unidad de cuidados intensivos, la luz y el ruido continuos pueden producir agitación, ideas paranoides y agotamiento mental y físico.

Prevención

Puede solicitarse a los miembros de la familia del paciente que traigan las gafas y los audífonos de aquellos que los usan. La colocación de un reloj en la pared, un calendario y fotografías familiares en la habitación puede ayudar a mantener la orientación. La habitación debe permanecer iluminada lo suficiente para permitir que el paciente reconozca los elementos y a las personas presentes en la habitación y dónde están. El personal y los miembros de la familia deben recordarle al paciente acerca del sitio y el tiempo en el que se encuentran. También deben explicarse los procedimientos antes y en el momento en que se realizan.

El uso de barreras físicas se desaconseja. En los pacientes agitados, las barreras siempre incrementan la agitación. La identificación y la modificación de los factores de riesgo para la agitación y el control estricto del paciente pueden ayudar a prevenirla o a reducirla al mínimo. Los dispositivos invasivos y no invasivos conectados a los pacientes (p. ej., oxímetros de pulso, catéteres urinarios, vías IV) también pueden causar agitación; se debe considerar la relación riesgo/beneficio de estas intervenciones.

Úlceras por decúbito

En los pacientes ancianos internados suelen producirse úlceras por decúbito debido a los cambios cutáneos relacionados con la edad. La compresión directa puede producir una necrosis cutánea en tan solo 2 h si la presión es mayor que la presión de perfusión capilar de 32 mm Hg. Durante una consulta típica al departamento de emergencias, las úlceras por decúbito pueden comenzar a desarrollarse mientras el paciente anciano permanece acostado sobre una camilla dura en espera de ser examinado. Tras períodos breves de inmovilización, la presión sacra alcanza 70 mmHg y la presión que soporta un talón no protegido es en promedio de 45 mmHg. Las fuerzas de cizallamiento aparecen cuando un paciente sentado en una silla de ruedas o acostado en una cama se desliza hacia abajo. La incontinencia, la nutrición inadecuada y las enfermedades crónicas pueden contribuir al desarrollo de úlceras por decúbito.

Prevención

Debe implementarse de inmediato un protocolo para prevenir y tratar las úlceras por decúbito desde el momento de la admisión. Las medidas deben continuarse diariamente a cargo del personal que atiende al paciente y se deben revisar por el equipo interdisciplinario. Las úlceras por decúbito pueden ser la única razón por la cual los pacientes son trasladados a un hogar de ancianos.

Desnutrición

En el hospital, los pacientes ancianos pueden presentar rápidamente desnutrición o pueden estar desnutridos en el momento de la internación. La hospitalización prolongada exacerba los problemas preexistentes y a menudo provoca una pérdida nutricional significativa. La desnutrición es más grave en pacientes hospitalizados porque disminuye su capacidad de combatir la infección, mantener la integridad de la piel y participar en la rehabilitación; en estos pacientes, es más difícil la cicatrización de las heridas quirúrgicas.

La hospitalización contribuye al desarrollo de desnutrición a través de varias formas:

- Horarios rígidos de comidas, consumo de fármacos y cambios en el ambiente que pueden afectar el apetito y la ingesta de nutrientes.
- El paciente siente que la comida del hospital y las dietas terapéuticas (p. ej., dieta hiposódica) no son las que consume habitualmente y muchas veces no le resultan sabrosas.
- Comer en la cama del hospital sobre una bandeja es difícil, en particular cuando las barandas y otras barreras limitan el movimiento.
- Los ancianos pueden necesitar ayuda para alimentarse; la colaboración puede tardar en llegar y determinar que la comida se enfríe y que su sabor sea menos agradable.
- Los ancianos pueden no beber suficiente cantidad de agua porque su percepción de la sed es menor o porque el agua es difícil de alcanzar; así puede producirse una deshidratación grave (que a veces provoca estupor y confusión).
- Las prótesis dentales pueden quedar en la casa o estar mal colocadas, lo que complica la masticación; la colocación de etiquetas en las prótesis ayuda a prevenir su pérdida o su descarte en la bandeja de la comida.

Prevención

Los pacientes con trastornos nutricionales previos deben ser identificados en el momento de la admisión y tratados en la forma apropiada. Los médicos y los miembros del personal deben prever las deficiencias nutricionales en los ancianos.

Las siguientes medidas pueden ser útiles:

- Suspender la dieta restrictiva tan pronto como sea posible
- Monitorizar la ingesta nutricional en forma cotidiana
- Conversar con los pacientes y los miembros de la familia sobre las preferencias de alimentos e intentar desarrollar una dieta razonable específica para cada paciente
- Estimular a los miembros de la familia a acompañar al paciente durante la comida, porque las personas comen más cuando están acompañadas
- Asegurar que los pacientes se alimenten adecuadamente en todo momento (p. ej., si el paciente está fuera de la unidad por un estudio o tratamiento a la hora de la comida, esta debe guardarse para cuando regrese)
- Considerar nutrición parenteral temporaria o permanente o alimentación por sonda enteral en pacientes demasiado enfermos que no pueden deglutir
- Indicar explícitamente que se administren líquidos por vía oral (p. ej., proporcionar agua fresca y de fácil acceso a través de un suministro de agua u otros líquidos junto a la cama del paciente, a menos que exista alguna restricción para ello; aconsejar a los miembros de la familia, los amigos y los miembros del personal que le ofrezcan al paciente bebida en forma regular)

Alta hospitalaria

La planificación del alta puede ser compleja, porque una enfermedad aguda o una lesión pueden afectar la capacidad funcional en los ancianos (p. ej., un esguince simple de tobillo puede incapacitar al paciente salvo que cuente con ayuda en su domicilio). En la planificación del alta, deben participar enfermeros, asistentes sociales, y médicos de atención primaria. Se deben incluir los siguientes elementos:

- Evaluación del estado funcional
- Estrategias para manejar los problemas (p. ej., depresión, alcoholismo, compromiso del estado funcional) identificados durante el examen en el departamento de emergencias
- Determinar si el paciente puede obtener y tomar los fármacos indicados y si puede controlarse correctamente
- Evaluación de las capacidades del cuidador (p. ej., si requiere servicios de relevo)

Muchos ancianos se internan tras su evaluación en el departamento de emergencias.

Muchas veces, el paciente anciano ingresa en el departamento de emergencias traído por un cuidador que se niega a volver a llevarlo a su casa o que se va y lo abandona en el hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Atención hospitalaria: pagina web:

[https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%
c3%ada/prestaci%
c3%b3n-de-la-atenci%
c3%b3n-a-los-ancianos/atenci%
c3%b3n-hospitalaria-en-los-
ancianos](https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%c3%ada/prestaci%c3%b3n-de-la-atenci%c3%b3n-a-los-ancianos/atenci%c3%b3n-hospitalaria-en-los-ancianos)

Proceso paciente adulto mayor: pagina web:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/651grr.pdf>

Adulto mayor hospitalizado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s0026-17422017000300038&script=sci_arttext