

Carrera enfermería

Nombre del alumno leyvi Christian lopez lopez

Materia enfermería gerontogeriatrica

Trabajo resumen de ingreso hospitalario

Fecha de entrega 22/07/20

Catedrática erika cedillo reyes

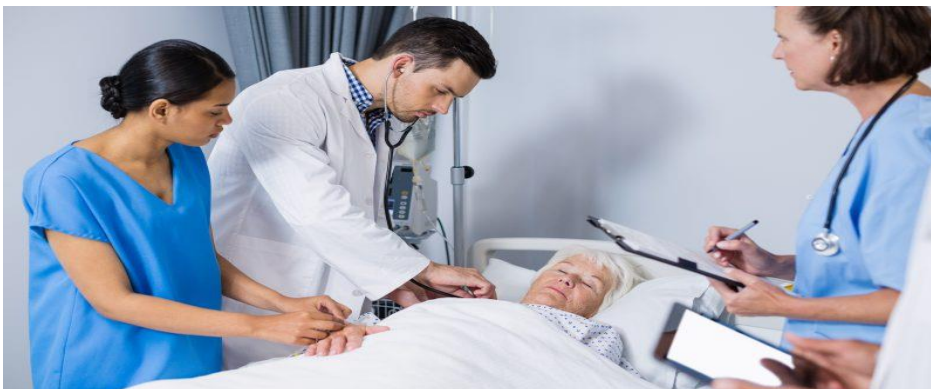
La hospitalización de los adultos mayores debido a patología aguda o crónica agudizada, marca un evento de importancia trascendental; ya que, por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, la estancia prolongada en cama 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 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

Se recomienda utilizar la escala para la "Identificación de Adultos Mayores en Riesgo – Pacientes Hospitalizados (Identification of Seniors At Risk – Hospitalised Patients ISAR-HP, por sus siglas en inglés) es útil para detectar el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización. (Ver Anexo 1 Ver Anexo 1). r Anexo 1 La escala ISAR-HP utiliza 4 reactivos que otorgan una puntuación mínima de 0 y máxima de 5. Un resultado de 2 o más puntos traduce un riesgo para deterioro funcional durante y al egreso de la hospitalización. • Necesidad de apoyo para asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria antes de hospitalizarse. • Uso de algún dispositivo para la marcha. • Necesidad de asistencia en viaje. • Sin educación después de los 14 años de edad.

Servicios de Salud para el Adulto Mayor:

- **HOSPITAL GERIATRICO:** Exclusivo para el Adulto Mayor con servicios centrales completos.
- **SERVICIO DE GERIATRIA:**
 - ✓ Integrado en un hospital general.
 - ✓ Dispone de niveles asistenciales, capaces de garantizar la continuidad de los cuidados:
 - UGA, UME, ULE, HODIGE.
- **UNIDADES GERIATRICAS:**
 - ✓ Consta de un nivel o varios niveles no completas como puede ser:
 - UME, ULE, HODIGE, o Unidades Especializadas Especificas.



Ingreso hospitalario de urgencias

Los ancianos tienden a enfermarse más. Más del 40% de los pacientes ancianos atendidos en los departamentos de urgencias debe hospitalizarse y el 6% concluye en la unidad de cuidados intensivos. Más del 50% debe tomar fármacos nuevos. Los ancianos pueden usar el departamento de urgencias como reemplazo del médico de atención primaria o pueden llegar a ese departamento porque no reciben una atención primaria adecuada. Las visitas al servicio de emergencias a menudo son causados por una avería en la estructura social de un anciano frágil paciente-p. ej., en caso de ausencia o enfermedad de su cuidador, el paciente puede llamar a una ambulancia en lugar de ir al consultorio de su médico. Sin embargo, en muchos casos, las razones de la consulta son verdaderas emergencias.

La visita al departamento de emergencias puede generar más estrés para el adulto anciano porque, en general, no cuenta con adaptaciones especiales para ellos (p. ej., habitaciones tranquilas, camas más bajas, almohadas adicionales, iluminación indirecta).

La evaluación del anciano suele tardar más y requiere más pruebas de diagnóstico porque muchos ancianos no presentan signos y síntomas evidentes de una enfermedad. Por ejemplo, el infarto de miocardio se manifiesta con dolor torácico en < 50% de los pacientes > 80 años. En cambio, los pacientes ancianos pueden informar debilidad o sólo una sensación extraña.

Ciertos factores no evidentes (p. ej., polimedicación, efectos adversos de fármacos) pueden afectar la presentación de una enfermedad en esta población. Por ejemplo, una caída puede ser secundaria a un abuso, un efecto adverso de un fármaco (p. ej., sedación excesiva), riesgos en el hogar, problemas físicos (p. ej., trastornos visuales), depresión o alcoholismo crónico. Los efectos adversos a fármacos son responsables de al menos el 5% de las internaciones de ancianos.

Entre el 30 y el 40% de los pacientes ancianos que consultan al departamento de emergencias presenta compromiso cognitivo pero sin diagnóstico de demencia; en el 10%, el compromiso cognitivo con delirio no se reconoce. Cuando corresponda (p. ej., si el paciente anciano presenta problemas de orientación personal, temporal o espacial), debe realizarse una prueba cognitiva estandarizada en el departamento de emergencias. No obstante, este tipo de evaluación resulta apropiada para cualquier anciano que concurra al departamento de emergencias. El compromiso cognitivo disminuye la fiabilidad de la anamnesis del paciente y del diagnóstico, aumenta el riesgo de delirio durante la internación, y debe tenerse en cuenta cuando se planea la derivación. Se debe investigar si el comienzo del compromiso cognitivo es reciente para determinar si es posible evaluarlo completamente en el departamento de emergencias. El compromiso cognitivo de comienzo

reciente puede indicar sepsis, hemorragia subdural oculta o un efecto adverso de un fármaco.

En el departamento de emergencias también debe averiguarse el riesgo de suicidio, la incontinencia y el estado nutricional e inmunizaciones, de manera de planificar el seguimiento adecuado.

Comunicación entre los profesionales

Una buena comunicación entre los médicos del departamento de emergencias y los pacientes, los cuidadores, los médicos de atención primaria y los miembros del personal de los hogares de ancianos mejora significativamente la evolución de los pacientes ancianos con problemas complicados. Las instrucciones establecidas por el paciente por adelantado deben comunicarse en forma rápida y precisa a los médicos del departamento de emergencias. La información basal proporcionada por el médico personal del paciente facilita la planificación de la evaluación y el tratamiento en el departamento de emergencias. En los informes al médico de atención primaria, deben describirse incluso las lesiones simples (p. ej., un esguince del tobillo, una fractura de la muñeca de Colles), porque estas lesiones pueden afectar notablemente la capacidad funcional y la independencia del paciente.

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



Hospitalización}

Sólo los pacientes ancianos con problemas graves que no pueden ser tratados correctamente en otro sitio deben hospitalizarse. La internación expone a riesgos en esta población generados por el aislamiento, la inmovilidad, las pruebas de diagnóstico y los tratamientos (en particular los cambios en los regímenes terapéuticos). Cuando los

pacientes se trasladan a o de un hospital, es probable que se agreguen medicamentos o se modifique su tratamiento farmacológico, lo que puede ocasionar efectos adversos. El tratamiento en hospitales puede ser deshumanizante e impersonal. La internación aguda debe durar sólo el tiempo necesario para permitir una transición exitosa a la atención domiciliaria, un centro con atención de enfermeros especializados o un programa de rehabilitación ambulatorio.

La evolución del paciente hospitalizado empeora a medida que avanza la edad, aunque la edad fisiológica es más importante que la edad cronológica a la hora de predecir los resultados. Los resultados son mejores en pacientes hospitalizados para realizar procedimientos electivos (p. ej., reemplazo de una articulación) que en los internados debido a enfermedades graves (p. ej., insuficiencia multiorgánica).

Alrededor del 75% de los pacientes ≥ 75 años funcionalmente independientes en el momento del ingreso en el hospital deja de ser independiente al egreso; el 15% de los pacientes ≥ 75 años se traslada a instituciones con atención de enfermería especializada. La tendencia actual hacia las internaciones breves en hospitales de agudos seguida por la atención durante la etapa subaguda y la rehabilitación en instituciones de enfermería especializada puede explicar estos porcentajes tan elevados. No obstante, incluso aunque un trastorno sea tratable o parezca no complicado, los pacientes pueden no recuperar el estado funcional con el que contaban al llegar al hospital.

Mejoría de los resultados

Las siguientes estrategias pueden ayudar a reducir el deterioro funcional y mejorar la atención de los pacientes ancianos:

- **Equipo geriátrico interdisciplinario**: identificar y satisfacer las necesidades complejas de los ancianos y detectar y prevenir problemas frecuentes en esta población, que pueden desarrollarse o empeorar durante la hospitalización
- **Enfermero de atención primaria** (un enfermero responsable de un solo paciente en forma continua): implementar el plan terapéutico del equipo, controlar la respuesta al tratamiento de enfermería y médico y educar y asesorar al paciente, los miembros del plantel y de la familia
- **Cambios en el ambiente hospitalario, a menudo instituidos por enfermeros**: por ejemplo, llevar a los pacientes más complejos cerca de la sala de enfermería o cambiar de compañeros de cuarto
- **Programas de habitación compartida con un miembro de la familia**: proporcionar una mejor atención personalizada, aliviar al personal de algunas tareas, reducir la ansiedad del paciente (en particular si tiene delirio o demencia) y permitirle a un miembro de la familia que participe en forma activa en la recuperación

- **Buena comunicación entre los profesionales:** prevenir errores y duplicación en las pruebas de diagnóstico y los tratamientos (específicamente, fármacos)
- **Documentación del régimen farmacológico:** dejar asentada la indicación de cada fármaco nuevo, mantener un listado cotidiano de los fármacos prescritos y recibidos por el paciente y, de esta manera, evitar el uso de fármacos innecesarios y prevenir las interacciones entre medicamentos
- **Indicaciones (directivas) por adelantado:** documentar la elección del paciente de un sustituto en la toma de decisiones relacionadas con la salud
- **Movilización temprana y participación en actividades funcionales:** Para evitar el deterioro físico debido a la disminución de la actividad durante la enfermedad y la hospitalización
- **Planificación del alta:** asegurar la continuación de la atención apropiada
- **Unidades de atención aguda del anciano:** Para proporcionar una atención eficaz para los ancianos hospitalizados con la mayoría de las estrategias mencionadas anteriormente

Tabla I
Características demográficas, antropométricas y de laboratorio de los pacientes incluidos en el estudio (n: 97)

<i>Variable</i>	<i>Promedios y frecuencias</i>
Edad	71 ± 7,7 años
Sexo	42% (41) Hombres 58% (56) Mujeres
Peso	65,6 ± 16,4 kg
Talla	1,60 ± 0,9 metros
Índice de masa corporal	25,5 ± 5,6 kg/m ²
Circunferencia de brazo	28,4 ± 4,9 cm
Circunferencia de pierna	31 ± 4,4 cm
Distancia talón-rodilla	46,2 ± 4,7 cm
Pliegue tricúspital	14,8 ± 5,7 mm
Linfocitos totales	5.200 ± 1.200 linfocitos/mm ³
Albumina sérica	3 ± 0,7 g/dl