

NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL LÓPEZ SANTIZ.

NOMBRE DEL PROFESOR(A): LIC. ERIKA CEDILLO REYEZ.

NOMBRE DEL TRABAJO: RESUMEN DE LOS PROCESO QUE SE DEBEN DE CONSIDERAR DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO, SU ESTANCIA Y LA PLANIFICACIÓN DE ALTA DEL ADULTO MAYOR

MATERIA: ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA.

PASIÓN POR EDUCAR

CARRERA: LIC. ENFERMERÍA.

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 24 DE JULIO 2020.

RESUMEN DE LOS PROCESOS QUE SE DEBEN DE CONSIDERAR DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO, SU ESTANCIA Y LA PLANIFICACIÓN DE ALTA DEL ADULTO MAYOR.

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.

Factores de riesgo asociados a deterioro funcional durante la hospitalización en el adulto mayor hospitalización en el adulto mayor El envejecimiento se asocia a distintos cambios fisiológicos que aunados a la hospitalización o al reposo en cama, contribuyen al deterioro funcional del adulto mayor, estos son: disminución de la masa muscular, disminución de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la densidad mineral ósea, disminución de la mecánica ventilatoria, reducción del volumen plasmático, tendencia a la incontinencia urinaria, privación sensorial, disminución del apetito y de la sed.

Las principales comorbilidades que contribuyen al deterioro funcional en el adulto mayor son: enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, deterioro cognoscitivo, ansiedad, depresión, enfermedades respiratorias, enfermedades

musculo-esqueléticas, déficit somatosensorial principalmente visual y la hospitalización.

El deterioro funcional puede ser la consecuencia más negativa de la hospitalización, independiente de la corrección y adecuado tratamiento de la patología que originó el ingreso. La combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la hospitalización incrementan el riesgo de desacondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica, lo que también se conoce como “cascada hacia la dependencia”. Mientras que el incremento de la actividad física puede resultar en una transición óptima hacia el egreso.

Los efectos más predecibles del deterioro funcional por desacondicionamiento son vistos en el sistema musculo-esquelético incluido la disminución de masa muscular y la reducción de la fuerza que puede limitar seriamente la movilidad. La combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la hospitalización pueden incrementar el riesgo de desacondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica, lo que también se conoce como “cascada hacia la dependencia”. Mientras que el incremento de la actividad física puede resultar en una transición óptima hacia el egreso.

El ambiente hospitalario contribuye al deterioro funcional debido a: Uso de camas elevadas, ausencia de elementos que facilitan la orientación temporo-espacial, horarios rígidos de administración de cuidados por personal de salud, pasillos con barreras arquitectónicas, utilización de aditamentos auxiliares para la micción y defecación (uso de cómodos – patos, pañal) y cambios bruscos de la alimentación condicionando alteraciones en la rutina de intestino. De igual forma, la presencia de alguno de los siguientes síndromes geriátricos promueve al doble el riesgo de deterioro en la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado: caídas, incontinencia urinaria y fecal, sarcopenia, mareo o hipotensión ortostática, déficit sensorial y deterioro cognoscitivo.

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.

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.

La escala ISAR-HP contribuye a determinar los objetivos del tratamiento durante el ingreso hospitalario, promueve el inicio temprano de rehabilitación y mejora la comunicación entre los pacientes, los cuidadores y el personal de salud.

Evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado

La evaluación funcional provee datos objetivos que pueden indicar el futuro deterioro o mejoría en el estado de salud del adulto mayor y permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. El primer paso en la prevención de la pérdida de la funcionalidad es la identificación del riesgo, esto puede lograrse a través de una evaluación geriátrica integral para dirigir las intervenciones preventivas durante la estancia hospitalaria. Una evaluación integral incluye la identificación de deterioro funcional, cognoscitivo y psicológico, el entorno social y los recursos económicos.

La evaluación de las actividades de la vida diaria juega un papel importante en la toma de decisiones en el manejo clínico de los pacientes geriátricos. Por lo que se recomienda utilizar el Índice de Barthel para evaluar la funcionalidad debido a que además es un fuerte predictor independiente de sobrevida en pacientes hospitalizados. Un valor mayor a 60 puntos se traduce en una independencia asistida y es asociado a menor tiempo de estancia hospitalaria, mientras que una puntuación menor a 40 puntos corresponde a una dependencia severa.

La evaluación del potencial de rehabilitación necesita realizarse una vez que la enfermedad médica aguda ha sido resuelta, de esto depende que se obtengan los beneficios que ofrece una rehabilitación. Sin embargo, en muchas ocasiones la enfermedad requerirá ser manejada concurrentemente con los esfuerzos de una rehabilitación temprana.

La exploración del sistema musculo-esquelético en la valoración del potencial rehabilitador en el adulto mayor debe incluir: evaluación de la postura (alineación de la columna, cifosis, lordosis), palpación del tono, contracturas musculares, signos inflamatorios, protrusión ósea, movilidad articular activa/pasiva y rango de movimiento articular medido por goniometría, estabilidad articular en los rangos de movimiento, evaluación de la sensibilidad superficial (tacto ligero temperatura y dolor) y profunda (propiocepción), fuerza muscular escala de Daniels.

Consecuencias del deterioro funcional en el adulto mayor hospitalizado

El desacondicionamiento es un proceso complejo de cambios fisiológicos que siguen a un periodo de inactividad, reposo en cama o de un estilo de vida sedentaria. Sus consecuencias repercuten en la pérdida funcional de varias aéreas como son el estado mental, grado de continencia y en la habilidad de completar actividades de la vida diaria.

El reposo prolongado en cama, conlleva a procesos adversos como el síndrome de desacondicionamiento físico o abatimiento funcional, además de eventos atribuibles a los procesos de hospitalización prolongada, tales como: enfermedades nosocomiales, trombosis venosa profunda, inmovilidad, lesiones cutáneas por presión, disminución de la masa ósea, atrofia o desgaste muscular (sarcopenia), disminución de la fuerza muscular, disminución de la capacidad ventilatoria y muerte.

La incontinencia y constipación son consecuencias del desacondicionamiento y pueden tener un impacto significativo en la recuperación funcional y restauración de las actividades de la vida diaria (AVD). La dependencia en las AVD como consecuencia de la hospitalización se traduce en una mayor carga al cuidador, llegando al colapso y al maltrato, además de un incremento en la utilización y costos de los servicios de salud.

El deterioro funcional secundario a la hospitalización se debe abordar como “síndrome geriátrico”, éste se relaciona con otros síndromes geriátricos que deberán sospecharse o prevenirse durante la hospitalización debido a que sigue un modelo de presentación conocido como “etiología en cascada”: inmovilidad, úlceras por presión, sarcopenia y fragilidad, caídas por hipotensión ortostática, estreñimiento e impactación fecal, incontinencia urinaria, malnutrición y anorexia, delirium, deterioro cognoscitivo, depresión, trastornos del sueño, colapso del cuidador y maltrato al adulto mayor.

Intervenciones de rehabilitación en el adulto mayor hospitalizado

Terapia Física para prevención de complicaciones.

Las contracturas musculares en miembros pélvicos son una de las principales causas de inmovilidad en el paciente hospitalizado y suele progresar a una discapacidad moderada a severa para la marcha y traslados al egreso. Si el paciente permanece en cama por más de 48 horas, aun cuando se encuentre en posición correcta, desarrollará contracturas progresivas de flexión de cadera y rodilla si no se inicia la movilización de forma temprana (las primeras 24–48 horas). Por lo anterior, no se debe restringir el movimiento articular ni muscular con posiciones viciosas o reposo total (al menos que la enfermedad de base lo contraindique). La prevención de contracturas musculares se basa en: una la movilización temprana de las cuatro extremidades y cambios de posición, mantener una posición y alineación óptima de las articulaciones y la movilización articular temprana.

Los objetivos de un programa integral de rehabilitación en el adulto mayor hospitalizado son:

- ✚ Estabilizar el desorden primario que origine inmovilidad.
- ✚ Prevenir complicaciones o discapacidad secundarias al evento de hospitalización.
- ✚ Detectar y tratar las alteraciones funcionales (ej. marcha, alimentación, vestido, baño, aseo, incontinencia) e intervenir oportunamente para su manejo.
- ✚ Promover la adaptación a su medio, a la discapacidad residual y a su dinámica familiar al egreso hospitalario.

Se debe prescribir un programa de ejercicio de forma segura y efectiva para conservar el tónus y fuerza muscular, sobre todo de miembros pélvicos, con la finalidad de prevenir pérdida de masa muscular y la subsecuente discapacidad que limite la bipedestación, marcha o transferencias.

Se recomienda la intervención con terapia física en un programa de ejercicios que se realice dos veces al día durante el periodo de hospitalización, con una duración de 30 minutos por sesión, iniciando con 5 a 10 repeticiones de cada

ejercicio y se sugiere iniciar las siguientes actividades: • Estiramiento muscular para mejorar la flexibilidad.

- ✚ Movilizaciones (activas o pasivas) para mejorar el rango de movimiento articular.
- ✚ Ejercicios de fortalecimiento y resistencia de forma lenta y progresiva.
- ✚ Ejercicios de propiocepción, con la finalidad de mejorar la percepción del pie en el espacio y el apoyo en bipedestación.
- ✚ Ejercicios de balance, equilibrio y reeducación de marcha, se pueden utilizar auxiliares como andadera o bastón (si la enfermedad de base lo permite).

En pacientes con desacondicionamiento importante por diferentes causas como reposo prolongado o enfermedad aguda, se pueden iniciar ejercicios isométricos y posteriormente de fortalecimiento con resistencia progresiva utilizando únicamente la gravedad como resistencia. Se puede realizar en cama o en sedestación. La rehabilitación pulmonar es una intervención efectiva para el tratamiento de los pacientes con problemas pulmonares porque disminuye el riesgo de reingresos al hospital y se obtienen grandes mejorías clínicamente relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud y de la capacidad para el ejercicio. En pacientes hospitalizados en condiciones de moverse por sí mismos, se sugiere iniciar un entrenamiento aeróbico supervisado o ejercicios de resistencia leve (movilización de 4 extremidades contra gravedad sin carga de peso) para prevenir complicaciones, mejorar comorbilidades y con esto mejorar la calidad de vida. Es aconsejable que el personal del equipo interdisciplinario proporcione la enseñanza del ejercicio al personal de enfermería y al cuidador del paciente para poder reproducir el programa 2 o 3 veces al día y al egreso al domicilio. Los siguientes son condiciones que contraindican la rehabilitación: delirium hiperactivo o alteraciones de la conducta, inestabilidad hemodinámica, angina inestable, enfermedad coronaria aguda, elevación de la presión arterial en reposo $>200/110$ mmHg), arritmias, aneurisma aórtico, disección aórtica, fase terminal de insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca valvular severa, infección de articulaciones, conocimiento de aneurismas cerebrales o sangrado intracraneal, hemorragia aguda de retina o cirugía oftalmológica reciente.

Intervenciones de rehabilitación en el adulto mayor hospitalizado

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional (TO) se define como el conjunto de acciones e intervenciones con objetivos específicos que favorecen la adquisición de conocimiento, destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las AVD con un máximo de autonomía, integración social y calidad de vida.

La intervención de terapia ocupacional debe iniciar con una valoración integral de las AVD del paciente en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario para determinar el grado de deficiencia funcional. Se recomienda otorgar un programa que se realice al menos 3 veces por semana o de preferencia una vez al día.

La duración del programa lo determinará el equipo interdisciplinario de acuerdo a la evolución. Las actividades que lleva a cabo el terapeuta ocupacional son:

- ✚ Realizar valoraciones del potencial rehabilitatorio de un paciente para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentadas.
- ✚ Desarrollar programas de tratamiento que favorezcan habilidades para las AVD.
- ✚ Otorgar recomendaciones de adaptadores y entrenamiento con los mismos.
- ✚ Proporcionar orientación y enseñanza de las actividades y ejercicios a los familiares y/o cuidadores primarios.
- ✚ Se recomienda la aplicación de terapia ocupacional enseñando al personal de salud y cuidadores las siguientes actividades:
- ✚ Enseñanza de técnicas para manejo de la sensibilidad superficial (tacto fino y dolor) y sensibilidad profunda (temperatura, vibración, estereognosia y propiocepción) con la finalidad de disminuir el riesgo de privación sensorial o en el manejo de alteraciones sensitivas ya establecidas.
- ✚ Manejo de esquema corporal frente a espejo.
- ✚ Enseñanza de las técnicas para transferencias del paciente de la cama a la silla o de la silla al retrete, puede auxiliarse de la sábana clínica para movilizar al paciente sin realizar esfuerzo.

Se recomienda incluir dentro del programa de rehabilitación integral del paciente adulto mayor hospitalizado a la familia y/o cuidador proporcionando programas de enseñanza de ejercicios y recomendaciones para realizar en casa y dar seguimiento posterior a la hospitalización tanto del paciente como del cuidador primario para prevenir la presencia de colapso y si éste se presentara, minimizar el impacto sobre el paciente.

Beneficios de las intervenciones de rehabilitación en el adulto mayor hospitalizado.

La implementación de un programa multidisciplinario para prevenir el abatimiento funcional y pérdida de calidad de vida durante la hospitalización ha demostrado tener resultados favorables especialmente en adultos mayores con alto riesgo de abatimiento funcional durante la hospitalización.

Los resultados de los metanálisis han mostrado que la rehabilitación geriátrica otorgada durante y posterior a la hospitalización produce beneficios en la funcionalidad y la autopercepción de la salud en los adultos mayores. La prescripción de intervenciones de rehabilitación a través de ejercicios en el paciente adulto mayor hospitalizado ha demostrado una reducción de las readmisiones a urgencias, visitas al médico familiar y un incremento en la calidad de vida hasta 24 semanas posterior al egreso hospitalario, reducción en la institucionalización al momento del egreso, además puede disminuir la incidencia de caídas, mejorar la funcionalidad, reducir la estancia hospitalaria, mejoría de la percepción personal de salud y calidad de vida, así como disminución de la carga al cuidador y en la mortalidad.

ANTES DEL INGRESO

Departamento de asistencia social.

Al tener conocimiento de la persona que va a ingresar, el asistente social iniciará las siguientes tareas:

- ✚ Ponerse en contacto con el anciano.
- ✚ Ponerse en contacto con sus familiares o personas responsables.
- ✚ Visitar al anciano, en situaciones necesarias, en su lugar de residencia o domicilio.
- ✚ Pedir recopilación de los informes médicos que se posean sobre el anciano.
- ✚ Estimular a traer algunos recuerdos personales significativos para el anciano (fotografías...).
- ✚ b) Ampliar el conocimiento si existen otras fuentes de información sobre la situación real del nuevo residente.
- ✚ c) Con los datos recopilados elaborará un informe donde consten:
 - ✚ Los antecedentes personales, familiares y sociales del anciano: estudios que realizó, trabajos que desarrolló, lugares donde vivió, aficiones, acontecimientos familiares..., es decir, una sucinta biografía de la persona en cuestión.
 - ✚ Datos personales y situación actual.
 - ✚ Centro o lugar de donde procede.
 - ✚ Motivo del ingreso.

d) En la redacción del informe se tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico que se haya percibido en el anciano en estos contactos previos; valorando asimismo la capacidad para la realización de las tareas diarias.

e) Concertar y programar el día y la hora de ingreso con el anciano, su familia o las personas responsables (10h, de lunes a viernes).

f) Comunicar a todos los departamentos o unidades del centro que se tienen que hacer cargo del anciano, al menos tres días antes, por medio de la entrega del informe elaborado, todos los datos recopilados y día y hora del ingreso.

g) Finalmente, el asistente social se preocupará de adquirir y tener preparadas las marcas con el nombre para la ropa del nuevo residente.

Los distintos departamentos del centro.

- Estarán preparados, previa lectura del informe presentado por asistencia social, a brindar una adecuada acogida al anciano.
- El Departamento de Enfermería, por medio del enfermero/a de la unidad, informará al personal de planta de la llegada del nuevo ingreso y de los datos que considere oportunos para la adecuada acogida.

Enfermero de la unidad.

a) Comprobará que la habitación esté preparada: cama hecha, toallas en su lugar, jabón para la higiene, útiles ordenados y en buen estado.

b) Informará al residente que corresponda que va a tener un nuevo compañero de habitación. c) Elegirá a alguno de los residentes antiguos, si puede ser el compañero de habitación, sino uno fijo por planta, para que se ocupe de acompañar e introducir al recién llegado en la dinámica de la residencia, durante los primeros días. También se asignará a un voluntario para que le acompañe.

d) Designará al auxiliar que se va a ocupar del recién llegado en los momentos de su primer contacto con el nuevo entorno.

MOMENTO DEL INGRESO

- ✚ Departamento de asistencia social.
- ✚ Recibirá al recién llegado y sus acompañantes en la entrada de la residencia.
- ✚ Les invitará a que pasen a su despacho para completar datos, recibir los informes médicos anteriores, y conversar con el anciano y sus acompañantes según oportunidad.
- ✚ En este momento se rellenará la ficha social: datos personales, teléfono de contacto de los familiares. Se recogerá el D.N.I. y la Cartilla de Seguridad Social. Se subirá fotocopia de todo para la planta (de la Cartilla de la Seguridad Social 5 fotocopias para los traslados al hospital y consultas a especialistas médicos).
- ✚ Tanto al anciano como a los acompañantes se les entregará la “tarjeta de bienvenida”.
- ✚ La asistente social se pondrá en comunicación con el enfermero para que se haga presente, salude al nuevo residente y juntos lo acompañen a su planta.

Introducción en planta.

- ✚ Una vez en la planta el enfermero presentará al anciano a todo el personal: auxiliares, limpiadora, médicos; informándole de sus nombres, funciones y localización.
- ✚ Hará así mismo las presentaciones oportunas entre el recién llegado y los compañeros de habitación, de mesa y de planta.
- ✚ Tras acompañar al anciano a su habitación, y enseñarle las instalaciones de la misma, uno de los auxiliares, junto con la familia, colocará la ropa en el armario. Durante esta tarea tendrá en cuenta las carencias que puede presentar el vestuario del anciano, para comunicarlo inmediatamente a la asistente social.
- ✚) El enfermero colocará el adhesivo con el nombre del anciano en la entrada de la habitación antes del ingreso.
- ✚ El enfermero acompañará al médico en el diálogo-valoración-diagnóstico de la salud con el anciano.

Unidad de medicina.

El médico, acompañado del enfermero, en diálogo con el anciano y su familia o acompañantes, recabará la siguiente información para la historia del nuevo residente:

- ✚ Antecedentes patológicos.
- ✚ Patología actual.
- ✚ Alergias.
- ✚ Dieta.
- ✚ Deambulación.
- ✚ Continencia.

- ✚ Pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica de sangre y orina, comburttest, glucemia basal, constantes vitales, exploración física y psíquica.

b) Notificará inmediatamente por escrito a Enfermería y Rehabilitación los tratamientos a seguir.

c) El médico de la planta en el día del ingreso de un nuevo residente, si fuese preciso, contará con el refuerzo o ayuda de su compañero de otras plantas.

d) El médico responsable presentará la historia clínica completa en la reunión del departamento médico.

4. Unidad de psicogeriatría.

a) Realizar la entrevista personal con valoración psicogeriatría.

b) Incluir en un grupo de terapia de grupo. c) Programar terapia individual si lo precisa.

Unidad de enfermería.

a) El enfermero de planta se ocupará de atender a las necesidades del anciano según el grado de dependencia en cuanto a:

- ✚ Aseo personal.
- ✚ Programación de duchas.
- ✚ Grado de incontinencia: carro, pañales, colector, sonda vesical...
- ✚ Sueño: a observar por el turno de noche.
- ✚ Programación de curas, sonda vesical, sonda nasogástrica, inyectables, etc.
- ✚ Valorar si necesita barandillas en la cama para preservar su seguridad.
- ✚ Revisión de podología, anotándose si precisa nuevas revisiones.

b) Rellenará la historia de enfermería.

c) Se le pesará el primer día y se le tomará las constantes durante tres días seguidos: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y glucemia.

d) Colocará el nombre, con los adhesivos oportunos, en las carpetas y vasitos de medicación.

e) En la primera reunión interdisciplinar que corresponda a la planta del nuevo residente se estudiará el caso y se revisará el cumplimiento del seguimiento del protocolo.

Unidad de terapia ocupacional y fisioterapia.

a) Uno de los terapeutas presentará al nuevo residente la unidad de terapia ocupacional.

b) Al anciano se le hará una inmediata valoración del estado general, balance articular, balance muscular, actividades de la vida diaria (incluida la observación en planta).

c) Se objetivará el tratamiento a aplicar.

d) En la primera reunión de Actividades de la Vida Diaria se presentará la valoración sobre el nuevo residente.

e) Proponerle y animarle a acudir a las labores.

Unidad de animación.

- ✚ Informarle de las actividades de ocio y esparcimiento: fiestas, coro, periódico, club, conoce mi pueblo
- ✚ Proponerle las actividades que puede desarrollar y participar.
- ✚ Integrarle en las actividades de planta desde el inicio.

Desarrollo:

- ✚ Al ingreso del adulto/a mayor a un área o servicio de hospitalización, hará el ingreso de enfermería la Enfermera o matrona clínica efectuando la valoración inicial y dejando el registro en formulario correspondiente.
- ✚ La Asistente Social deberá informarse de los ingresos de adulto/a mayor en horario hábil de lunes a viernes para pesquisar tempranamente aquel adulto/a mayor que requiera de la intervención social.
- ✚ El equipo de enfermería deberá entregar la educación respecto a los cuidados básicos del adulto/a mayor, relacionado con el plan de intervención educativo relacionado con el grado de dependencia.
- ✚ El médico deberá dejar registrado en ficha clínica la eventual alta del usuario con 24 a 48hrs. de anticipación e informarle al familiar para que prepare el domicilio para recibir al usuario.
- ✚ El familiar deberá hacerse partícipe y manifestar interés por educarse durante la hospitalización y al momento del alta.
- ✚ En caso que sea necesario, derivar al paciente a hospitales de Menor Complejidad según protocolo.