

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Nombre:

Erick Alexander Hernández López

Materia:

GERIATRÍA

Tema:

Resumen ÁREAS GENERALES DE LA GERIATRÍA

Dra. Ana Laura Domínguez Silva

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 27/08/2020.

Atención hospitalaria en los ancianos

Las visitas al servicio de emergencias a menudo son causadas 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 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.

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. La información basal proporcionada por el médico personal del paciente facilita la planificación de la evaluación y el tratamiento en el departamento de emergencias. 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).

- Evaluación del estado funcional
- Estrategias para manejar los problemas 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

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).

- Equipo geriátrico interdisciplinario: identificar y satisfacer las necesidades complejas de los ancianos y detectar y prevenir problemas.
- 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.
- 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.
- Buena comunicación entre los profesionales: prevenir errores y duplicación en las pruebas de diagnóstico y los tratamientos (específicamente, fármacos)
- 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.

Efectos adversos de los fármacos las razones de estos efectos incluyen:

- Polimedicación.
- Cambios en la farmacocinética o la farmacodinámica relacionados con la edad.
- Cambios en los fármacos (intencionales y no intencionales) durante la hospitalización y en el momento del alta.

Prevención deben implementarse las siguientes acciones:

- Las dosis de los fármacos deben titularse con cuidado.
- Debe calcularse la depuración de creatinina para los fármacos que se excretan por vía renal con el fin de ajustar las dosis.
- Deben medirse las concentraciones séricas de los fármacos.
- Deben observarse las respuestas del paciente.

Efectos del reposo en cama prolongado, 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.

Prevención

Se recomienda implementar procedimientos para evitar la trombosis venosa profunda, salvo que estén contraindicados y 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 la prevención 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 ≥ 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

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. En la Prevención solicitarles 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.

Úlceras por decúbito

Esto se debe a los cambios cutáneos relacionados con la edad y 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. La incontinencia, la nutrición inadecuada y las enfermedades crónicas pueden contribuir al desarrollo de úlceras por decúbito. En la 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.

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.

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.

Prevención

- 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 enfermo.

Transiciones de cuidado

- Todos los registros de salud relevantes son transferidos
- El paciente y su familia están completamente informados de lo que debería ocurrir en el nuevo centro de salud
- El traspaso es amable: al menos una llamada telefónica entre las organizaciones que derivan y reciben e, idealmente, una llamada telefónica entre el profesional que deriva y el que recibe

Referencia

Bakerjian, D. (2018). Atención hospitalaria en los ancianos. MSD y los Manuales MSD, 1-6.