



3er. CONGRESO INTERNACIONAL  
de Enfermería  
y Envejecimiento

# **CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

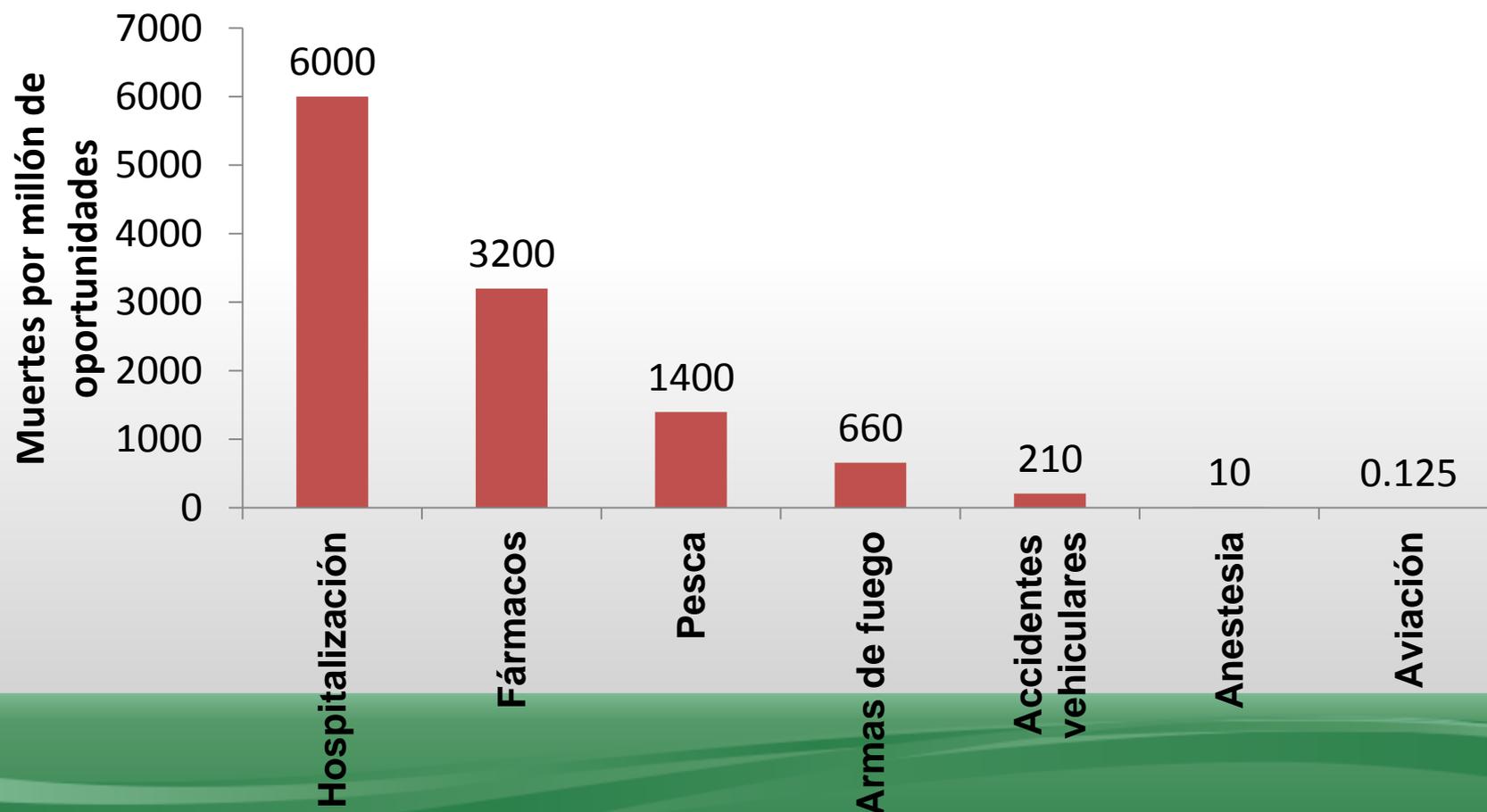
Alma Laura Deyta Pantoja  
Subdirección de Formación Académica  
Instituto Nacional de Geriátria

# Objetivos:

Reconocer al hospital como una fuente de posibles daños a la salud

Identificar los factores de riesgo para la pérdida de funcionalidad en el adulto mayor hospitalizado.

## Riesgo de muerte por exposición a distintas situaciones (EUA)



La hospitalización frecuentemente provoca el deterioro del estado funcional, pudiendo dar como resultado problemas de salud diferentes al motivo de admisión. A estos problemas no relacionados con el diagnóstico al ingreso o al alta y que conllevan un aumento de la morbimortalidad, prolongación de las estancias y aumento del gasto sanitario se le llama “evento adverso” (EA).

En ello intervienen factores de riesgo que se pueden ver acumulados e incrementar los EA.

Los programas de prevención de EA demuestran que los ancianos acumulan el mayor número de estos:

- Errores en la medicación r/c polifarmacia
- Riesgo de broncoaspiración r/c disfagia, AVC, deterioro cognitivo
- Riesgo de caída relacionado con déficit sensorial
- Delirium r/c deterioro cognitivo
- Riesgo de upp r/c encamamiento, e incontinencia urinaria
- Deterioro funcional r/c encamamiento
- Riesgo de infección r/c sonda vesical, catéter central.
- Necesidades no atendidas r/c valoraciones al ingreso incompletas o ausentes de dicho formulario de valoración (Análisis Modal de Fallos y Efectos AMFE)

### AMFE

Proceso	Posible fallo	Posible causa	Posible efecto	Puntuación			
				Grav.	Frec.	Detec.	IPR
Preparación y administración de medicación en paciente anciano	Duplicidad de la dosis. Omisión de la dosis. Transcripción incorrecta de la prescripción.	Falta de conciliación entre prescripción y pauta domiciliaria. Interpretación incorrecta entre nombres comerciales.	Efectos indeseables en el paciente. Ausencia de efecto terapéutico.	9	7	9	567
				9	8	8	576
Prevención de riesgo de broncoaspiración	Detección inadecuada del riesgo.	Ausencia de herramienta/escala. Cambio en el estado del paciente (ACVA, SCA, etc.). Falta de formación. Insuficiente educación sanitaria a familiares.	Broncoaspiración. Posible infección respiratoria.	8	7	9	504
				9	6	4	216
Cuidado de la piel	Ausencia de movilización en pacientes encamados. No cambios posturales. No movilización precoz.	Valoración inadecuada del deterioro funcional durante su estancia. Desconocimiento del protocolo (subjetividad de la valoración Braden). Sobrecarga asistencial para pacientes dependientes.	Deterioro funcional relacionado con el encamamiento. Aparición de UPP. Presencia de irritaciones o heridas en la piel.	8	7	6	336
				9	7	7	441
				9	5	4	180
Valoración del estado mental	Ausencia de valoración definida.	Subjetividad de la valoración. Sobrecarga asistencial. Falta de formación.	Desarrollo de síndrome confusional agudo.	9	6	7	378
Valoraciones al ingreso	Valoraciones incompletas. Valoración incorrecta.	Subjetividad de las valoraciones. Falta de formación. Sobrecarga asistencial.	No se detectan los riesgos y las necesidades del PAF. No se aplican las medidas preventivas.	9	5	6	270
				9	4	5	180
Prevención de caídas y lesiones	Detección inadecuada del riesgo. Ausencia de medidas desplegadas.	Subjetividad de la valoración. No se valora el déficit sensorial. Falta de formación. Sobrecarga de trabajo. El paciente o familia se opone a alguna medida de prevención. No facilitar gafas o audífonos.	Caídas. Lesiones indeseadas en el paciente	9	8	7	504
				9	7	5	315
Cuidado de catéteres en PAF	Desconocimiento de protocolos. Ausencia de medidas de prevención de la infección.	Falta de formación. Falta de reevaluaciones periódicas.	Infección urinaria en pacientes con sonda. Bacteriemias en pacientes con catéter central.	6	8	3	144
				6	5	4	120

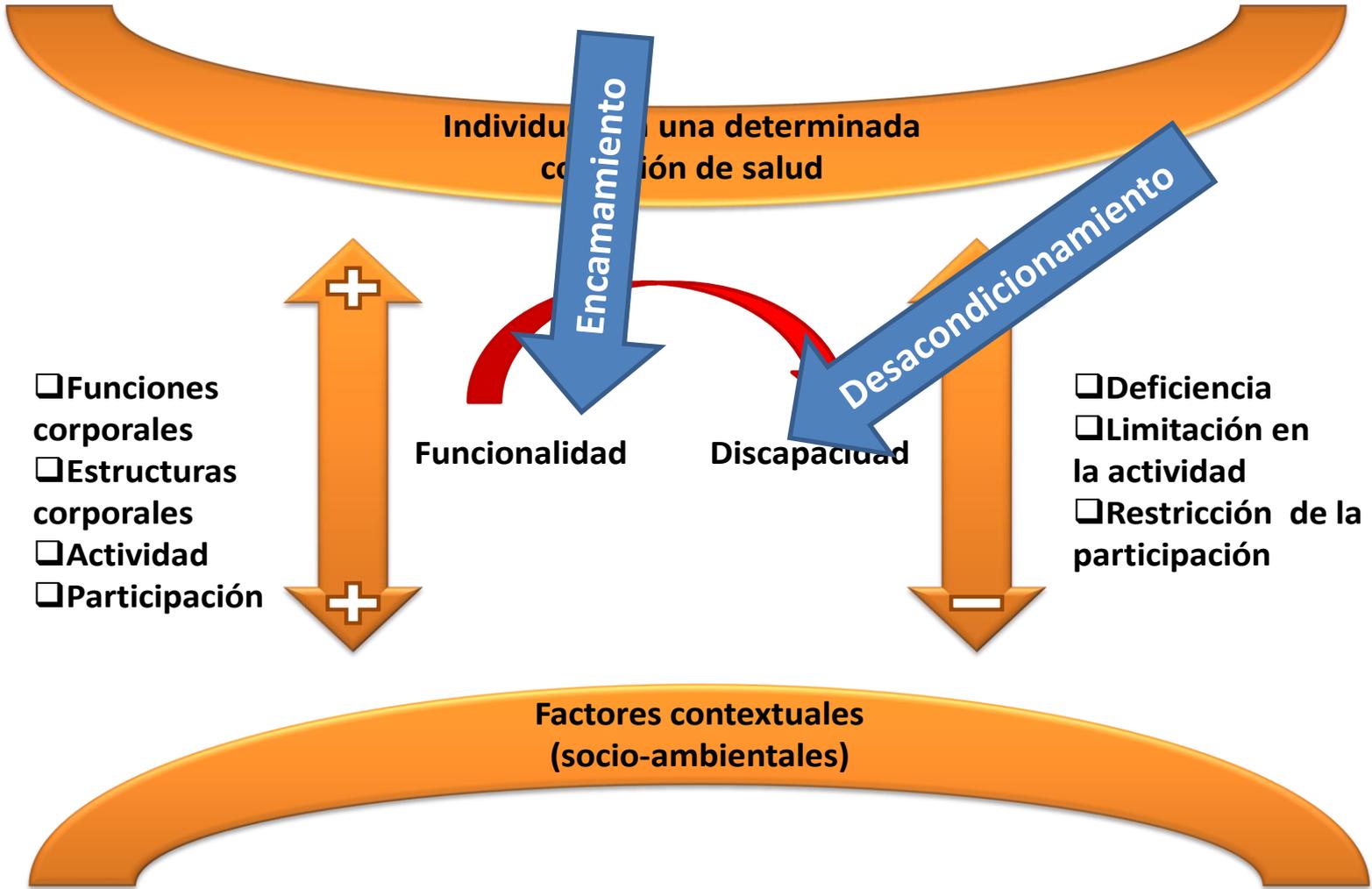
Grav.: gravedad; Frec.: frecuencia; Detec.: detección.

## **Funcionalidad**

La capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente

El mantenimiento de la funcionalidad en el anciano constituye una prioridad de cualquier sistema de salud por sus implicaciones sociales, económicas y sanitarias.

La valoración de la situación funcional en el anciano permite identificar su nivel de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)



La población más anciana está expuesta a situaciones de riesgo que pueden empeorar su funcionalidad y desencadenar complicaciones. Los ancianos pueden empeorar durante la hospitalización como consecuencia de su patología y del encamamiento que conlleva a inmovilización, pérdida muscular, privación sensorial y aislamiento. Así mismo, el pronóstico de recuperación funcional tras el año de ingreso será bajo.



Tal y como establecen las evidencias muchos factores condicionan el deterioro: edad avanzada, sexo, duración estancia, patología, comorbilidad, el deterioro cognitivo y el deterioro funcional previo



## **Síndromes geriátricos**

Los síndromes geriátricos son signos y síntomas que ocurren de forma frecuente (aunque no exclusiva) en los ancianos. Pueden ser manifestaciones de diversos padecimientos, o bien ser enfermedades *per se*; pueden ser causa o efecto de distintas afecciones, frecuentemente se correlacionan entre sí, y tienen grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad del anciano.

## Los síndromes más comunes:

- Caídas
- Depresión
- Delirium
- Inmovilidad
- Trastornos de la marcha y equilibrio
- Deterioro cognoscitivo
- Incontinencia
- Constipación
- Úlceras por presión
- Polifarmacia
- Deprivación sensorial
- Etc.

En México:

98% de los pacientes adultos mayores en un hospital privado presentó al menos 1 síndrome geriátrico,

1er lugar: Polifarmacia, 68.2%

2do lugar: Déficit visual y auditivo, 58%

3er lugar: Pérdida de la autonomía, 56.6%.

A mayor edad, mayor comorbilidad y mayor número de especialistas sin comunicación entre ellos.

La mala adaptación de los auxiliares auditivos y visuales a pesar del nivel socioeconómico de los pacientes.

## Pérdida de peso

El envejecimiento se asocia con una disminución de la masa y fuerza muscular y la pérdida de hasta 3 kg de masa corporal magra por década después de 50 años de edad.

La pérdida de peso en ancianos se asocia con reducción de la supervivencia, sobre todo si la pérdida de peso es involuntaria y ésta a su vez se relaciona con más efectos adversos.



La pérdida de peso en países desarrollados se reporta en 15% en adultos mayores de la comunidad, 23% y 62% de pacientes hospitalizados y hasta 85% de los residentes en hogares para ancianos.

Se asocia con numerosos efectos adversos y es un fuerte predictor de mortalidad en personas de edad avanzada.

La tasa de mortalidad es aún mayor en la presencia de otras enfermedades médicas, como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y ECV.

El adulto mayor es particularmente propenso a perder peso y contar con factores patológicos durante su hospitalización, muchos de los cuales se vuelven más comunes con el aumento de edad.

Entre ellos esta las enfermedades gastrointestinales, síndromes de malabsorción, infecciones agudas y crónicas que regularmente causan anorexia, deficiencia de micronutrientes, etc.



### Factores sociales

- Pobreza
- Inhabilidad en compra
- Inhabilidad para preparar y cocinar alimentos
- Inhabilidad para comer por sí mismo
- Vivir solo, aislamiento social, escaso soporte de red social
- Si no se adaptan a las preferencias de alimentos étnicos de las personas institucionalizadas

### Factores psicológicos

- Depresión
- Demencia
- Alcoholismo
- Duelo

### Factores médicos

- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Infección
- Cáncer
- Alcoholismo
- Disfagia
- Artritis reumatoide
- Síndromes de mala absorción
- Hipermetabolismo (hipertiroidismo)

## Causas de pérdida de peso no intencional en el adulto mayor

### Síntomas gastrointestinales

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Vómito, diarrea, constipación
- Enfermedad de Parkinson

### Medicación

- Antibióticos
- Antineoplásicos
- Antirreumáticos
- Suplementos nutricionales
- Agentes pulmonares
- Agentes cardiovasculares
- Agentes del sistema nervioso central
- Agentes gastrointestinales

Tabla tomada y adaptada de Harrington M. A. Review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 2009; 22:93-108.

La depresión se asocia con el duelo y la falta de redes sociales, existen reportes del 2% al 10% en adultos mayores en su comunidad y esto se incrementa en los institucionalizados y hospitalizados.

Se puede manifestar con disminución del apetito y pérdida de peso, dando origen a la desnutrición.



El aislamiento social y la soledad se han asociado con disminución del apetito y la ingesta de energía en el anciano durante su internamiento. Las personas mayores tienden a consumir mucho más alimento (hasta un 50 %) durante una comida al comer en compañía de amigos o familiares, que cuando comen solos.



Inmovilidad, temblores y problemas de vista pueden reducir la capacidad de una persona de edad para consumir alimentos.

La mala dentadura limita el tipo y la cantidad de alimentos ingeridos. Se ha visto que las personas con dentaduras postizas son más propensas a tener menor aporte proteico que las que tienen sus propios dientes.





**Polifarmacia** presente durante la hospitalización en los ancianos puede provocar una deficiente absorción de nutrientes, síntomas gastrointestinales y pérdida de apetito.

En diversos estudios realizados se ha encontrado polifarmacia en aproximadamente 80% de los adultos mayores valorados.



**Las caídas** son una de las principales causas de discapacidad e incluso de muerte en este grupo poblacional. El problema de las caídas alcanza la cualidad de ser uno de los síndromes "gigantes de la geriatría" y se les incluye dentro del concepto de inestabilidad, además no son una enfermedad en sí mismas sino la expresión de múltiples patologías tanto crónicas como agudas.



En las personas mayores de 85 años, las caídas se producen entre un 31% y un 35% y en un 50% en los hospitalizados, principalmente en mujeres hasta 75 años, edad en que la frecuencia se iguala para ambos sexos.

Se ha encontrado que la principal alteración fisiológica que contribuye a éste problema es el déficit sensorial (auditivo y visual)

Entre las alteraciones patológicas están las musculoesqueléticas, cardiovasculares (IC, hipertensión arterial), psicológicas (depresión, ansiedad, demencia, confusión mental).

Consecuencias de las caídas



**Fractura de cadera, inmovilidad**



**Depresión, baja autoestima, miedo a volver a caer**



**Conflictos familiares, desintegración familiar, estrés del cuidador**



**Estancias prolongadas en hospitalización, rehabilitación, fármacos**

## Conclusiones

La edad y el tiempo de estancia hospitalaria influyen en la funcionalidad del adulto mayor., a partir del segundo día de hospitalización inicia el deterioro funcional del adulto mayor

El déficit sensorial es uno de los principales factores de riesgo para la disminución de la funcionalidad.

La falta de programas de atención al adulto mayor dificulta la valoración, identificación de riesgos y la oportunidad de prevenir complicaciones (síndromes geriátricos), EA.

La no inclusión del cuidador o familia en los cuidados del adulto mayor favorece las complicaciones y reingresos hospitalarios.

Es necesario:

Contar con programas de prevención de EA

Tener programas dirigidos al cuidador y/o familias

Capacitar al personal de salud

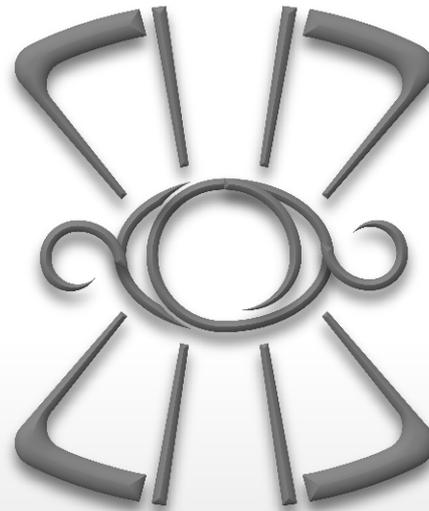
Sistematizar el registro y almacenamiento de la información generada en la atención del anciano

García Zenón, T., López Guzmán, J. A., Villalobos Silva, J. A., & Deses, D. d. (2006). Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *Medicina Interna de México* , 369-374.

González Cordero, I. a., Barragan Berlanga, A. J., & Valdovinos Chávez, S. B. Pérdida de peso en el adulto mayor durante la hospitalización. *AVANCES* , 9 (28), 8-20.

Novo García, C., La Fuente López, C., & Romero Alarcón, C. (2009). Deterioro funcional del anciano tras un ingreso hospitalario. *Revista de enfermería C y L*, 20-25.

Tejeda Alvarez, I. d., & al., e. (2005). Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo Científico Médico de Holguín* .



**Gracias por su atención**