

13  
28.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**T E S I S**

**"EL REPOSO EN CAMA COMO  
FACTOR DE RIESGO QUE PROVOCA  
DISMINUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD  
EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS"**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

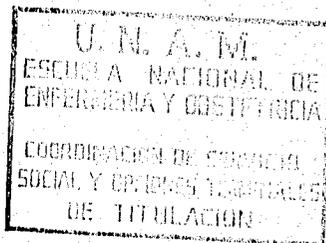
PRESENTAN

LAURA ANGÉLICA GOÑI MICHEL  
RAQUEL ANAELA MARTINEZ MEZA

ASESOR

Lic. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ

MEXICO D.F.



1996

*Rosa Elia Mendoza Perez*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIAS**

**A..**

**MIS PADRES, que me enseñaron el  
oficio de aprender**

**A..**

**MIS HIJOS MARIANA Y RUBÉN, fuente de energía,  
gracias por ser mi motivo de superación**

**A..**

**ALONSO, mi gran amor,  
día a día te descubro y me enamoro más de tí**

**Laura**

## DEDICATORIAS

A..

MIS PADRES, por todo el cariño y apoyo  
que me han brindado a lo largo de mi  
vida.

A..

DANIEL, mi único y gran amor,  
por que la vida nos permita caminar  
siempre juntos

A..

DANIELA, resultado de un gran amor, por  
ser la motivación más importante para continuar  
siempre adelante.

**RAQUEL**

## RECONOCIMIENTOS

A..

Dr Ricardo Olper Palaci por su paciencia  
entusiasmo y apoyo incondicional.

A..

Act. Carlos Tendilla Pozo , por su  
infatigable y talentoso aporte

## AGRADECIMIENTOS

A...

La Escuela Nacional de Enfermería y  
Obstetricia de la UNAM, que a través de  
sus maestros, nos tienden sus brazos para  
formas Enfermeras profesionales

A...

La Sociedad de Beneficiencia Española  
por las facilidades que se nos otorgó en  
la realización de la presente investigación.

Un especial reconocimiento y enorme gratitud al  
Dr Juan José Morales Virgen, Médico Geriatra  
del Instituto Nacional de la Nutrición,  
al Dr Miguel Lujan Estrada Jefe de la Unidad  
de Farmacología Clínica del Hospital Español,  
a la Dra Luz Esther Rangel, Directora  
del Centro Alzheimer,  
a la Enf. Mariza Gonzalez Arzave, Maestra de la  
Escuela de Enfermería del Hospital Español y  
al Ing. Rafael Martinez Meza.  
Cuyos comentarios inteligentes y aportaciones fueron  
importantes en el desarrollo del trabajo.

**A..**

**Nuestras compañeras de trabajo de la  
Escuela de Enfermería del Hospital Español  
por sus lecciones de profunda solidaridad.**

**A...**

**Todas aquellas personas, que de una u otra forma  
apoyaron moral, intelectual y físicamente.**

## ÍNDICE

<b>CAPITULO I.- Antecedentes.....</b>	<b>8</b>
1.1.- Envejecimiento.....	8
1.2.- Cambios en el Proceso de Envejecimiento.....	9
1.3.- Aspectos Demográficos.....	13
1.4.- Aspectos Epidemiológicos.....	15
1.5.- La Familia del Anciano Hospitalizado.....	16
1.6.- Riesgos de la Hospitalización.....	17
1.7.- Evaluación Funcional.....	20
1.8.- Escala de CRICHTON.....	21
1.9.- Programa "YALE" de Atención Geriátrica.....	23
<b>CAPITULO II.- Planteamiento del Problema.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPITULO III.- Material y Método.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPITULO IV.- Resultados.....</b>	<b>28</b>
4.1.- Prueba de Hipótesis.....	34
4.2.- Conclusiones.....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO I.- Escala de Valoración de Comportamiento de Crichton.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO II.- PROPUESTA.....</b>	<b>43</b>

## INTRODUCCIÓN

Las personas mayores son altamente propensas al decaimiento de sus funciones cuando son hospitalizadas por alguna enfermedad aguda. El proceso de envejecimiento actúa conjuntamente con el de la enfermedad, lo que produce un diagnóstico múltiple. Al ser hospitalizado, el anciano además de tener que reubicarse en un entorno extraño, el reposo en cama le genera inmovilidad y supresión sensorial, lo cual puede llevarlo a un estado de declinación funcional irreversible; complicaciones que no están relacionadas con el problema que determinó su ingreso. Este decaimiento funcional puede causar el incremento de las tasas de mortalidad en pacientes de edad avanzada, así como elevar los costos de su hospitalización.

Los modelos tradicionales de hospitalización de agudos, en donde el personal baña, alimenta y cuida a estos pacientes, sin asegurarse de que estos puedan realizar esas funciones, contribuyen a la pérdida de independencia. Además del reposo forzado en cama, la administración de sedantes, la instalación de catéteres, que funcionan como sujeciones, y el suministro de medicamentos que agudizan los estados confusionales, así como las restricciones físicas y el entorno amenazante, contribuyen a la pérdida de la independencia

## CAPITULO I.- ANTECEDENTES.

### 1.1.- ENVEJECIMIENTO.

En la actualidad ya no importa tanto buscar la "fuente de la eterna juventud", sino la calidad y el bienestar de los ancianos. El envejecimiento es un proceso que hace frágiles a las personas; les provoca disminución de las reservas en los sistemas fisiológicos, con lo cual se incrementa exponencialmente la vulnerabilidad a enfermar y el riesgo de muerte. (Miller 1994)

El proceso de envejecimiento implica una compleja interacción de factores intrínsecos y extrínsecos y es, sin duda, diferente en cada individuo.<sup>1</sup> Esta individualidad está determinada por ritmos y estilos de vida, que varía tanto de persona a persona como entre sus aparatos y sistemas, cuya función se deteriora a un ritmo diferente de acuerdo a la interacción de variables, como la nutrición, el medio ambiente, enfermedades, etc.

La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad de enfermar durante la vejez, originándose consecuencias negativas en el organismo, es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Ello se refleja en la diferencia habitual entre enfermedad aguda y crónica, entendiéndose por aguda la de corta duración, y cuyo desenlace puede preverse, mientras que la enfermedad crónica se caracteriza por su larga duración y lleva asociada una limitación residual. Cuando a una afección crónica se le añade un episodio agudo, las consecuencias son, lógicamente, mucho más graves; el organismo tiene menos resistencia; y aumenta las posibilidades de muerte.

---

<sup>1</sup>O.P.S. "La Atención de los Ancianos un Desafío para los Años Noventa" Publicaciones Científicas N° 546  
Mex. D.F. 1994 pp 45-57

## 1.2.- CAMBIOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

En una vejez que transcurre normalmente, sin intervención de enfermedades, pueden apreciarse varias modificaciones que caracterizan a lo que se denomina vejez física o corporal. Entre esas modificaciones están las que se refieren a las células y a los tejidos; en las primeras se observa que con el transcurso del tiempo, los procesos de reproducción o división celular se hacen más lentos, de tal modo que no se alcanza a reparar suficientemente la pérdida de aquellas células que van sucumbiendo por desgaste. Mientras disminuyen las células y los tejidos activos, aumentan los tejidos inertes como el fibroso o escleroso.

Otra paulatina modificación que se produce en los tejidos y células de los ancianos es la aparición de sustancias que no son útiles a su actividad y que van infiltrando los citoplasmas de pigmento y grasa. Igualmente las células epiteliales y las fibras elásticas son remplazadas por tejido conjuntivo cuyo aumento constituye la esclerosis. Hay una tendencia a la pérdida de agua de los tejidos o deshidratación.

Las combustiones celulares se hacen con menor consumo de oxígeno, por lo que simbólicamente algunos afirman que es el comienzo de la extinción de la llama de la vida; esta reducción de las combustiones celulares se deben al descenso del metabolismo basal. Los órganos se atrofian, es decir reducen su masa, y esto se ha condensado en la **ley morfogenética de la vejez**, según la cual, en esta etapa de la vida los órganos tienden a la atrofia o reducción.<sup>2</sup>

Desde el punto de vista fisiológico, las funciones desempeñadas por estos órganos reducidos sufren una disminución, la cual no se hace aparente en las condiciones de vida ordinaria, pero sí cuando el organismo está sometido a mayores esfuerzos. Una de las condiciones que llevan al viejo a ser más

---

<sup>2</sup>Lozano Cardoso A. "Introducción a la Geriatria" Méndez Editores S.A. de C.V. Mex. D.F. 1992 pp 17-25

susceptible a estados morbosos, son las alteraciones en su homeostasis. El viejo se caracteriza por su "fragilidad hemostática".

La homeostasis se conoce como el mantenimiento o el equilibrio, es decir la conservación del "medio interno". Es básico que todos los órganos y tejidos del organismo mantengan estas condiciones constantes y estables. Por ejemplo, el sistema inmunológico al declinar puede cometer errores en la producción de anticuerpos y de esta forma transformarlos en autoagresores del organismo, destruyendo células normales del mismo. La mayor frecuencia del cáncer en la edad avanzada podría estar vinculada a esta inmunodeficiencia.

Estas modificaciones de las células, tejidos, órganos y funciones son las que hacen aparente el envejecimiento y dan lugar al denominado signo o atributo del envejecer. Entre estos signos del envejecimiento hay algunos que son ostensibles y que permiten reconocer fácilmente a las personas de edad avanzada, como: las arrugas de la piel, especialmente de la cara; la calvicie y las canas; el areo senil alrededor de la córnea; la pérdida de los dientes; el encorvamiento y el adelgazamiento; la marcha menos firme y al final insegura; la disminución de la potencia de la voz y el cambio de su timbre; la disminución de la agudeza visual y auditiva, entre otros.

Las modificaciones del esqueleto explican los cambios de la figura corporal, por efecto de una refacción del tejido óseo, denominada osteoporosis. Los cuerpos vertebrales se reducen y los discos intervertebrales se degeneran y se aplastan, esto aumenta la incurvación de la columna y explica el encorvamiento y reducción de talla que generalmente se va acentuando a medida que se acumulan más años de la vida.<sup>1</sup>

La reducción de la masa muscular, la atrofia de los tejidos elásticos y la esclerosis de las articulaciones hacen que la caja torácica se haga más rígida y

---

<sup>1</sup>Nicola Pietro "Geriatría" Manual Moderno Mex. D.F. 1985 pp-226

la capacidad respiratoria disminuya alterando el aspecto mecánico o sea el ventilatorio por lo que en el viejo se presenta una limitación de aire en vías aéreas. En lo que respecta a la perfusión, se ha visto que la diferencia arteriovenosa no aumenta en la forma esperada, lo que sugiere que los tejidos sometidos a estrés no son perfundidos o que ha sido alterada la utilización histórica de oxígeno; estas alteraciones se han atribuido a una disminución de los quimiorreceptores alveolares, así como a la respuesta disminuida ventilatoria tanto hipercápnica como hipóxica.<sup>4</sup>

El sistema circulatorio también se modifica, pues los vasos van sufriendo la pérdida de elasticidad de sus paredes con lo que la velocidad de la circulación se reduce; las venas se dilatan por pérdida de elasticidad y dificultad en el retorno de la sangre al corazón. Puede observarse que la frecuencia del pulso sufre una reducción, la presión arterial sistólica aumenta y la diastólica disminuye, con lo que la diferencia entre una y otra, denominada presión diferencial está aumentada. El corazón del viejo, cuando no está afectado por enfermedades, siempre estará en una constante adaptación a los cambios. Una hipotensión brusca en el viejo que no es contrarrestada en forma eficiente y rápida mediante la actividad de los barorreceptores o por la liberación de catecolaminas de angiotensina II y acaso por la vasopresina, provocan una hipoperfusión generalizada, cuya repercusión afectará principalmente a los vasos del cerebro y del corazón.

Los procesos digestivos se ven modificados por la atrofia de las glándulas elaboradoras de jugos digestivos. Así por ejemplo, la secreción gástrica disminuye en su tenor ácido y fermentivo.

La relación entre homeostasis y el agua, es alterada principalmente a causa de una mala regulación del riñón, por los osmorreceptores de la hipófisis posterior

---

<sup>4</sup>Nicola Pietro "Geriatría" Manual Moderno Mex. D.F. 1985 pp 91-94

y muy probablemente por el hipotálamo, y además el riñón tiene modificaciones intrínsecas evidenciadas por cambios anatómicos y funcionales progresivos e irreversibles a partir de los 40 años ya que tienden a disminuir su tamaño y a la reducción de unidades funcionales. Esto causa falta de concentración de la orina por falta de líquidos (osmolaridad baja)

Una de las características del viejo, es la falta de sed; otro dato que aparece es la disminución de la diuresis con hipernatremia; ante un estrés el viejo fácilmente se deshidrata. Con respecto al potasio, se ha observado en los viejos, que son sensibles a las cargas de este. (nefronas perdidas más disminución del sistema renina-angiotensina-aldosterona). Las hiperkalemias son graves y mortales por actuar sobre el corazón, lo que lleva al paro cardíaco.<sup>3</sup>

Los órganos de los sentidos declinan progresivamente. En lo que respecta a la vista, el poder de acomodación disminuye y se instala la presbicia, que altera la visión de cerca e impide la lectura si no se aleja lo que se quiere ver o se utilizan lentes correctivos.

En el oído se va reduciendo la agudeza que puede llegar hasta la sordera; disminuyen en su agudeza también el olfato y el gusto, que hace que las personas de edad avanzada aprecien menos el sabor de los alimentos. También se nota disminución en el sentido del tacto; la sensibilidad y los reflejos se modifican, apreciándose menos rapidez en las reacciones.

A nivel cerebral hay alteraciones morfológicas y funcionales. El anciano pierde durante el proceso de envejecimiento neuronas y gran cantidad de sinapsis intracefálicas, además aparecen placas seniles y de lipofuscina, tal vez por peroxidación de ácidos grasos insaturados, el riego cerebral también es cada vez menor y puede llegar hasta el 20 o 30%, menos, las funciones cognitivas

<sup>3</sup>Salgado Alberto "Manual de Geriatria" Salvat Mex D.F. 1990 pp 185-195

tienden a disminuir con el paso de la edad. La forma de como evoluciona la inteligencia a lo largo de la vida, es un tema muy complicado y hasta el momento, sin respuesta. Investigaciones recientes nos muestran que posiblemente la inteligencia no decline, si se mantienen actividades intelectuales.<sup>6</sup>

El sueño tiene mucha importancia, ya que se calcula que un anciano tiene de 12 a 15 episodios de apnea por hora de sueño, estos episodios de hipoxia provocan elevaciones pasajeras de la presión arterial pulmonar y sistémica, sin embargo, lo anteriormente señalado por sí solo no va a tener grandes repercusiones "homeostáticas". Pero durante un estrés, como pueden ser las infecciones respiratorias, tanto altas como bajas, la acción de drogas que deprimen el centro respiratorio (barbitúricos y benzodiazepinas) más las apneas prolongadas y frecuentes, esto sí ocasiona el principio de un desequilibrio.<sup>7</sup>

Todos estos cambios biológicos de involución natural que se operan en el curso del proceso de envejecimiento, caracteriza al **envejecimiento saludable o normal**. Se puede decir que cuando la homeostasis del cuerpo humano se altera es porque se ha roto un equilibrio de funciones.

### **1.3.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

El fenómeno del envejecimiento de la población, que se inició en los países desarrollados hace varias décadas, avanza con extraordinaria rapidez en el mundo en desarrollo. El promedio de vida se ha prolongado; diferentes factores han contribuido a este hecho. Por una lado, el mejoramiento del nivel vida en general y por otro el avance de la medicina ha permitido que gran parte de la población llegue y supere los 65 años de edad.

---

<sup>6</sup>Krassoievitch Miguel "Psicoterapia Geriátrica" Fondo de Cultura Económica Mex. D.F. pp 56-67

<sup>7</sup>Krassoievitch, op. Cit., pp 73-78

tienden a disminuir con el paso de la edad. La forma de como evoluciona la inteligencia a lo largo de la vida, es un tema muy complicado y hasta el momento, sin respuesta. Investigaciones recientes nos muestran que posiblemente la inteligencia no decline, si se mantienen actividades intelectuales.<sup>6</sup>

El sueño tiene mucha importancia, ya que se calcula que un anciano tiene de 12 a 15 episodios de apnea por hora de sueño, estos episodios de hipoxia provocan elevaciones pasajeras de la presión arterial pulmonar y sistémica, sin embargo, lo anteriormente señalado por si solo no va a tener grandes repercusiones "homeostáticas". Pero durante un estrés, como pueden ser las infecciones respiratorias, tanto altas como bajas, la acción de drogas que deprimen el centro respiratorio (barbitúricos y benzodiazepinas) más las apneas prolongadas y frecuentes, esto si ocasiona el principio de un desequilibrio.<sup>7</sup>

Todos estos cambios biológicos de involución natural que se operan en el curso del proceso de envejecimiento, caracteriza al **envejecimiento saludable o normal**. Se puede decir que cuando la homeostasis del cuerpo humano se altera es porque se ha roto un equilibrio de funciones.

### **1.3.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

El fenómeno del envejecimiento de la población, que se inició en los países desarrollados hace varias décadas, avanza con extraordinaria rapidez en el mundo en desarrollo. El promedio de vida se ha prolongado; diferentes factores han contribuido a este hecho. Por una lado, el mejoramiento del nivel vida en general y por otro el avance de la medicina ha permitido que gran parte de la población llegue y supere los 65 años de edad.

---

<sup>6</sup>Krassoievitch Miguel "Psicoterapia Geriátrica" Fondo de Cultura Económica Mex. D.F. pp 56-67

<sup>7</sup>Krassoievitch, op. Cit., pp 73-78

América Latina ha estado experimentando notables incrementos absolutos y relativos en relación con la población de 60 años y más. En 1980 dicha población era de 23.3 millones (6.5% del total), y se calcula que para el año 2000 será de 42.5 millones (7.9%)

México también se ve afectado en este proceso, lo cual motiva a una serie de modificaciones que repercuten sobre la economía, la estructura familiar y las necesidades de atención sanitaria, entre otras. La pirámide poblacional comienza a dar muestras de ello, con un ensanchamiento en su cúspide al tiempo que la base se estrecha.

Sin embargo, a pesar de que estos aumentos están originando demanda de servicios médicos y sociales para este segmento creciente de la población, sólo algunos países han incrementado políticas claras y coherentes al respecto.

Al establecerse políticas en pro de los ancianos, debe destacarse el concepto de transición demográfica para acompañar adecuadamente los cambios en el proceso de envejecimiento.

Asimismo, debe diferenciarse la situación de los ancianos desde el punto de vista funcional, teniendo en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad y estado terminal. La gente que hoy tiene 65 años puede muy bien esperar vivir la octava o quizá la novena década, por lo que ahora tenemos suficiente tiempo para emprender acciones efectivas de promoción a la salud dando prioridad a aquellas que pretenden mejorar la calidad de vida y el estado funcional, en lugar de únicamente prolongar la vida. \*

---

\*Ortiz de la Huerta D. " Panorama Sociodemográfico en América Latina Siglo XX " en la Atención Integral al Anciano 1993 Depto. De Salud Pública Facultad de Medicina UNAM. Pp 7-15

#### 1.4.- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

El perfil de morbimortalidad de la población mexicana envejecida ya empieza a plantear una situación compleja, pues además de la enfermedad y la muerte atribuida a causas infecciosas, los trastornos de tipo crónico degenerativos se han ubicado en pocos años dentro de los primeros lugares

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de defunciones en las personas de edad avanzada; los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte; los accidentes figuran dentro de las primeras cinco causas y la diabetes mellitus aparece también como una de las primeras causas.

En comparación con las personas de menor edad, los viejos padecen más enfermedades crónicas que agudas, lo cual se complica al concurrir más de dos patologías que se potencializan, fenómeno conocido como pluripatología, por lo cual los ancianos ocupan más los servicios de salud.

Asimismo, como resultado de la prolongación de la vida y del aumento de los trastornos y los daños que dejan secuelas, se observa un incremento de discapacidades de diferente naturaleza<sup>9</sup>

Por todo lo anterior, la importancia de la mantención de la salud del adulto que va envejeciendo, no es el cuidado de las enfermedades crónicas, sino la detección precoz y el tratamiento oportuno de las mismas; la meta es la autosuficiencia, teniendo en consideración las necesidades humanas básicas de independencia y dignidad.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>Bronfman H. "La Salud de la Población de Edad Avanzada "Un Reto Hacia el Futuro" Cuadernos de Salud Pública N° 1 Población y Salud S.A. Mex. D.F. 1994 pp- 12-11

<sup>10</sup>La Forest Jacues "Introducción a la Gerontología" Editorial Herder Barcelo España 1991 pp 111-135

### 1.5.- LA FAMILIA DEL ANCIANO HOSPITALIZADO.

La institución familiar ha experimentado cambios importantes a consecuencia del desarrollo industrial. La estructura de la familia tradicional de tres generaciones (abuelo, padres e hijos) se ha visto modificada siendo remplazada por la familia nuclear, formada solamente por padres e hijos, principalmente en el ambiente urbano. <sup>11</sup>

La familia viene a ser la institución más protectora y constructiva para el viejo y es ampliamente reconocida a nivel internacional como recurso prioritario en la atención de la salud y del bienestar del anciano. Puede desempeñar un doble papel: o sirve como medio terapéutico, o por el contrario es un factor de agresión

En términos generales la familia sigue siendo la fuente habitual de ayuda y apoyo para los ancianos en por los menos tres aspectos: a) proporciona ayuda financiera en situaciones de urgencia o en forma continua; b) prevé cuidados en caso de enfermedad, de manera temporal o permanente; y c) brinda estima, afecto y gratificación a la mayoría de las personas añosas. <sup>12</sup>

Los países desarrollados ahora estimulan la reintegración de los núcleos familiares como una de las soluciones a la problemática de la vejez.

En México el acercamiento de padres e hijos, en general, es mayor por la existencia del patriarcado o clanes, y hay menos desintegración familiar. Sin embargo queda un grupo de ancianos que viven solos, que no tienen hijos o si los tienen, es poco el contacto con ellos. Existen otras formas de apoyo, como lo son los cuidadores que pueden ser desde un pariente lejano o algún sirviente con el cual siempre han vivido y funcionan como cuidadores primarios proporcionando todo tipo de apoyo físico y moral.

<sup>11</sup>Gallinsnoky D. "Geriatría Comunitaria" Szpirman, L. Comp. Medicin Familiar y Salud Comunitaria en Israel 1982 pp 289-310

<sup>12</sup>ibidem.

Se debe evaluar el problema familiar desde el momento de ingresar a un anciano a una área de hospitalización de agudos, para determinar su participación, ya que estos contactos serán determinantes en la evolución y recuperación del anciano hospitalizado.

#### 1.6.- RIESGOS DE HOSPITALIZACIÓN.

En muchos hospitales un alto porcentaje de pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna y ortopedia, tienen más de 65 años de edad. Con frecuencia más de una enfermedad está presente en el momento de la hospitalización, lo que puede hacer muy complejo el cuidado médico y de enfermería.

En personas de edad avanzada que tienen disminuidas las reservas fisiológicas, pero que aún pueden caminar, ir al baño, bañarse y otras funciones diarias; después de unos días de reposo en cama, entendiéndose éste como el confinamiento de una persona a una cama prácticamente las 24 horas del día con el objetivo de lograr un mínimo funcionamiento de todos los sistemas orgánicos (Nancy Roper mayo de 1992 ), pueden originar su dependencia futura en terceros para llevar a cabo esas actividades, incluso si son reversibles, se requiere una rehabilitación prolongada porque el tiempo de reacondicionamiento es mayor que el de desacondicionamiento.<sup>13</sup>

El envejecimiento usual puede acompañarse de una alteración funcional, como disminución de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica; inestabilidad vasomotora; reducción de la densidad ósea; declinación de la ventilación pulmonar, disminución del apetito, la sed y la tendencia a la incontinencia urinaria. A la hospitalización y al reposo en cama se le añaden factores, como:

---

<sup>13</sup>Creditor MD. "Peligros de Hospitalización de personas de edad avanzada" Ann intern Med Mexicana Vol 1 N° 2 pp 76-80

inmovilización forzada, reducción del volumen del plasma, pérdida ósea acelerada, aumento del volumen de cierre y supresión sensorial, etc.

Las consecuencias de las interacciones individuales entre los efectos del envejecimiento y la hospitalización pueden interactuar entre sí, produciendo un estado de declinación funcional irreversible, con cuadros de delirio, fracturas, úlceras por presión e incontinencia, que culminan en la trasferencia a un asilo.

El reposo en cama en posición supina origina una pérdida del volumen del plasma de unos 600 ml. en promedio y una caída adicional de PO<sub>2</sub>; estas pérdidas contribuyen a la propensión a la hipotensión postural y síncope que ya existía en el envejecimiento usual. El síncope en cualquier circunstancia puede causar lesiones, pero esta posibilidad aumenta si ocurre cuando se están levantando de una cama alta de hospital en un ambiente extraño y si el anciano presenta síntomas de confusión<sup>14</sup>

Muchos pacientes hospitalizados tienen dificultad para implementar sus estrategias habituales que evitan la incontinencia. Quizá no conozcan con claridad el camino al sanitario, además de los otros obstáculos ya mencionadas y las diversas "sujeciones", como líneas intravenosas y de oxígeno nasal o catéteres. Y si agregamos la utilización de fármacos como los psicotrópicos que pueden reducir la percepción de orinar, serían las causas posibles que justifican que casi del 40 al 50% de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años tengan incontinencia.

Otra problemática del paciente hospitalizado es la integridad de la piel. Con el envejecimiento hay cambios en la piel: adelgazamiento de la epidermis y la dermis, reducción de la vascularización, disminución del recambio epidérmico y pérdida de la grasa subcutánea. La presión directa en la piel, mayor que la del riego capilar de 32 mmhg, por un lapso de 2 horas, origina necrosis

---

<sup>14</sup>Creditor MD. *ibidem*

cutánea. Después de periodos cortos de inmovilización, las presiones sacras llegan a 70 mmhg, y las presiones bajo el talón sin apoyo es en promedio de 45 mmhg. Las úlceras de presión suelen desarrollarlas los ancianos en tan solo unas horas de inmovilización y pueden ser más aceleradas en personas con incontinencia y en una cama o una silla mojada.

La supresión sensorial origina confusión y delirio. La disminución de los impulsos sensoriales de todos los tipos que ocurren con la inmovilización, puede producir trastornos intelectuales y perceptuales. No sorprende que una persona de edad avanzada, que ingresa a una cama de hospital en una habitación tranquila con iluminación tenue, cuyos anteojos y auxiliares para la audición se quedaron en casa; agregando la posibilidad de que la persona se despierte después de un periodo de coma o de anestesia, además de los otros factores que ya se mencionaron, sufra cuadros delirantes.

Es posible identificar los factores que contribuyen a una cascada de dependencias, los cuales pueden evitarse modificando el ambiente usual, no insistiendo en el reposo en cama, eliminando el peligro de camas altas con barandales y facilitando la deambulación, la socialización y el desarrollo de equipos multidisciplinarios con la especialidad de geriatría para ayudar a satisfacer las necesidades de estos pacientes.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>Creditor MD. *ibidem*

## 1.7.- EVALUACIÓN FUNCIONAL

La salud del anciano, se define muchas veces en un contexto de "funcionalidad", que es la capacidad que se tiene para realizar las actividades de la vida diaria y la automantenimiento.<sup>16</sup>

La disminución gradual y variable de la capacidad funcional constituye una parte normal del proceso de envejecimiento. Cerca de los 75 años se produce una pérdida definida de reserva funcional que varía de un individuo a otro; a esta merma se le debe añadir el impacto causado por las enfermedades.

La finalidad de un equipo multidisciplinario es reducir al mínimo esta disminución funcional, por un lado, mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades y por otro, normalizando los niveles funcionales óptimos después de una enfermedad

En los ancianos el término función es de nivel superior, como: recordar fármacos que debe tomar, realizar actividades cotidianas de aseo, deambular, estar en sociedad y poder ir a otros sitios fuera del domicilio.

Puesto que los ancianos con enfermedades agudas suelen presentar pérdida funcional simultánea en varios órganos y también en diversas esferas (mental, física y social), su evaluación debe incluir una amplia variedad de mediciones efectuadas en varios momentos.

La evaluación más precisa de un anciano, se complementa mediante el diagnóstico médico y la evaluación funcional. La pérdida de la capacidad funcional constituye el indicador más sensible para identificar una nueva enfermedad y vigilar el progreso del tratamiento instaurado. El conocimiento del estado funcional basal de un individuo permite la detección precoz de la enfermedad, por ejemplo: enfermedades como neumonía, infecciones de vías urinarias, insuficiencia cardíaca, etc., pueden manifestarse todas ellas

<sup>16</sup>Salgado Alberto "Manual de Geriatria" Salvat Mex. D.F. 1990 pp 105-118

inicialmente en forma de confusión o de incontinencia urinaria. El pronóstico respecto a la recuperación será tanto mejor cuanto mayor sea el nivel funcional previo a la enfermedad y cuanto mejor sea el manejo multidisciplinario y la rehabilitación temprana.

La evaluación funcional exhaustiva, incluye las tres principales esferas del modelo biopsicosocial y las dos escalas de valoración funcional, denominadas **actividades de la vida diaria (AVD)**, las básicas y las instrumentales.

Puede utilizarse la función cognitiva del anciano para describir su estado funcional en varios estadios fundamentales; antes de la enfermedad, al inicio del tratamiento y después de la intervención terapéutica. La comparación de estos estadios permiten trazar una trayectoria de las funciones del paciente para precisar un diagnóstico y un pronóstico además de un tratamiento apropiado.<sup>17</sup>

### **1.8.- ESCALA DE CRICHTON.**

Como se mencionó anteriormente, los cambios naturales de la función en el viejo, aunado a enfermedades, pueden desencadenar una serie de trastornos que lo lleven a una pérdida de la función permanente. Para conocer con más precisión el estado físico y social del anciano existe un índice o escala denominada **valoración del comportamiento** propuesta por **CRICHTON**, con la que se mide el grado de incapacidad del anciano para realizar actividades de la vida diaria. También proporciona conductas relacionadas con la función social; mide además aspectos cognoscitivos y finalmente toma en cuenta el estado de ánimo.

Los índices que valora son 11: movilidad, orientación, comunicación, cooperación, inquietud, sueño, capacidad para vestirse y alimentarse, control

---

<sup>17</sup>Mashad Fretwell "Evaluación Funcional Exhaustiva" Manual Merck de Geriatria" Méx D.F. 1990 pp 290-300

de esfínteres, estado de ánimo y aseo. Cada uno de ellos tiene 5 categorías de calificación de 1 punto, es decir no empeoramiento y 5 puntos de severo empeoramiento, la suma total va de 11 que se refiere al estado óptimo funcional, hasta 55 puntos que es el mayor grado de pérdida de función (anexo 1)

Para su validación, dos psicólogos clínicos fueron entrenados en el uso de la escala geriátrica de apreciación de conducta de CRICHTON. Cada entrevistador trabajó independientemente aplicando los índices a 47 casos en sujetos con alteraciones mentales. Posteriormente fueron calculadas particularmente y después comparadas entre sí.

Los resultados que se obtuvieron de 94 pruebas (47x2) en el rango de 12 a 54, significó el 28.7 y su desviación estándar de 8.8, el coeficiente de correlación para escalas individuales calificaron de 0.23 para "ánimo" hasta 0.77 para "inquietud", la mayoría de las consecutivas correlaciones fueron aceptablemente altas, el coeficiente de correlación para la escala total marcada fue de 0.81.

La escala fue buena, a excepción de "cooperación" y estado de "ánimo". Las definiciones de los rangos de la cooperación pueden ser mejoradas por ejemplo: categoría 1, "lleno de cooperación"; categoría 3 "coopera con frecuencia, persuasión"; categoría 4 "usualmente no coopera"; categoría 5 "se resiste completamente". El rango "ánimo" puede ser omitido sin afectar severamente la integridad de la escala.

Se demostró que el uso de la valoración de CRICHTON es un adecuado instrumento examinador y guía objetiva para evaluar el proceso de envejecimiento, procesos patológicos y como un eficaz medio de la enseñanza en la rehabilitación.

El índice está basado en funciones biológicas primarias y funciones psicosociales reflejando la adecuación de la organización neurológica y respuesta locomotora.<sup>14</sup>

### 1.9.- PROGRAMA "YALE" DE ATENCIÓN GERIÁTRICA.

Existe en el Hospital YALE-NEW HAVEN U.S.A., un programa de atención de enfermería dirigido a pacientes geriátricos en hospitalización aguda. Es un modelo de atención para identificar cuanto antes a los pacientes con riesgo de padecer perjuicio funcional.

El equipo está integrado por Enfermeras Generales, especialmente entrenadas en geriatría, Enfermeras Especialistas en Gerontología y Médico Geriatra.

Las intervenciones incluyen la observación e identificación de pacientes geriátricos delicados, programas de educación en geriatría dirigido a todas las enfermeras y apoyo a las enfermeras geriátricas que dan las recomendaciones

Se seleccionan seis condiciones de enfoque como indicadores del perjuicio funcional general en los ancianos hospitalizados, que incluyen lesión cutánea (úlceras por presión), deficiencia nutricional, incontinencia (urinaria o fecal), confusión (delirio o demencia), evidencia de caídas, disminución funcional y disturbios del sueño.

Estas alteraciones son comunes en el anciano durante la hospitalización y determinan su pronóstico y el daño funcional futuro.

Una vez detectados los pacientes con algún signo vital geriátrico activo o en potencia de desarrollarlo se implementan las acciones pertinentes .

Lo novedoso de este programa es el entrenamiento y establecimiento de la función de Enfermería con recursos geriátricos, y la enfermera geriátrica se

---

<sup>14</sup>Martin G. Col " Inter-Rater Realice Reliability of the Crutchon Geriatric Behavioral Rating Scale"  
División of Psychogeriatrics S.T. Mary's Hospital Montreal Canada Abril 1988.

integró como parte de la atención standard de enfermería en los cuidados médicos y quirúrgicos con el objetivo de mantener la función de pacientes geriátricos en esas unidades .

Actualmente el programa se encuentra en evaluación para determinar su impacto en la reducción del perjuicio funcional y sus efectos sobre la mortalidad ,duración de estancia ,así como el mejoramiento de la atención global de pacientes geriátricos.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Sharon K. Inouye MD, MPH Denise Acampora, MPH Ronald Miller MD. "The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients." U.S.A. 1993 by the American Geriatrics Society.

## CAPITULO II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El anciano es en potencia, un gran demandador de servicios de salud, ya que con frecuencia presenta padecimientos crónicos degenerativos que aunados a algún padecimiento específico, provocan aumento en los índices de ocupación de camas hospitalarias con un promedio de 14.5 días de estancia.

La hospitalización es un factor de riesgo en las personas de edad avanzada ya que para muchos de ellos va seguida de una declinación, a menudo irreversible, del estado funcional y de un cambio en la calidad y estilo de vida. Por otra parte, el reposo en cama genera inmovilidad y supresión sensorial, lo cual puede llevarlo a un estado de declinación funcional irreversible.

Los objetivos de la investigación fueron determinar la influencia de los días de inmovilidad en cama en reposo y/o sillón, como factor de riesgo que determina la disminución de la función en ancianos hospitalizados que ingresan con funcionalidad óptima. Del mismo modo, valorar la funcionalidad de los ancianos al ingresar y egresar de la hospitalización e identificar los cambios que presentan al ser dados de alta

La hipótesis planteada fue:

"Los ancianos hospitalizados que permanecen en reposo en cama y/o sillón 5 días o más disminuyen su funcionalidad."

### CAPITULO III.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación analítica, comparativa, observacional, prospectiva y longitudinal en el 3º piso del Hospital Español durante el periodo comprendido del 1º de junio al 31 de agosto de 1995.

Se estudiaron 78 pacientes, clasificados en dos grupos para su comparación: 25 pacientes que no registraron cambios funcionales y 53 que sí presentaron algún tipo de deterioro

Se aplicó la escala de valoración de comportamiento de CRICHTON, para determinar el grado de funcionalidad la cual fue aplicada en dos momentos; al ingresar y al dar de alta a los ancianos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 70 años de edad; con valoración de comportamiento de CRICHTON con puntaje de once; y sin patología neurológica ni psiquiátrica, diagnosticada previamente. Se estudiaron en forma prospectiva evaluándolos diariamente por personal especializado, y se aplicó otra evaluación final para determinar sus cambios al ser dados de alta.

Los resultados fueron sometidos a evaluación estadística con la aplicación de medidas de descripción como: frecuencias simples, porcentajes, media y promedios. Se realizó prueba estadística de regresión teniendo como variable independiente el reposo en cama.

La información obtenida en las evaluaciones se usará exclusivamente para los fines que se señalaron en la investigación. Esta investigación no sometió a ningún riesgo a las personas evaluadas. Los beneficios que se persiguen están

encaminados a mejorar la atención al paciente geriátrico hospitalizado mediante un programa de prevención de deterioro funcional.

## CAPITULO IV.- RESULTADOS

La muestra estudiada se constituyó por 78 pacientes; de los cuales el grupo I fue de 25 casos que no registraron ningún cambio en su puntuación durante su hospitalización; y el grupo II se conformó con 53 casos que presentaron cambios en su funcionalidad.

Los diagnósticos de ingreso que predominaron en ambos grupos fueron los de trastornos agudos con un 52% y 59% (traumatismos e infecciones), 48% y 41% crónicos (principalmente cardiovasculares) (cuadro y gráfica 1)

**Cuadro I.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN  
SEGÚN DIAGNOSTICO DE INGRESO**

TIPO DE DIAGNOSTICO	GRUPO I SIN DETERIORO		GRUPO II CON DETERIORO	
<b>AGUDO</b>	13	52%	31	58%
<b>CRONICO</b>	12	48%	22	42%
<b>TOTAL</b>	25	100%	53	100%

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Martin G.Col

Canada 1988. Modificada Gofí L. Martínez R. México D.F.

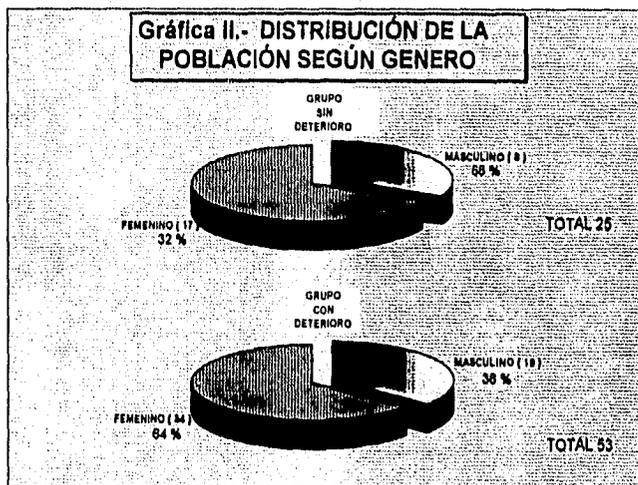


Respecto al sexo, se encontró que en ambos grupos predomina el sexo femenino con un 68% y 64% respectivamente (cuadro y gráfica2 )

**Cuadro II.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GENERO**

SEXO	GRUPO I SIN DETERIORO		GRUPO II CON DETERIORO	
MASCULINO	8	32%	19	36%
FEMENINO	17	68%	34	64%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Martin G.Col  
Canada 1988. Modificada Goñi L. Martinez R. México D.F.

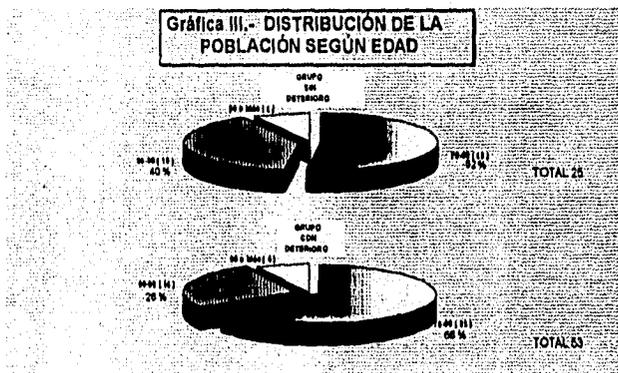


Con relación a los rangos de edad, en ambos grupos predominó el de 70 a 80 años con un 52% y 66% respectivamente (cuadro y gráfica 3). El promedio de edad es de 82.3 con una edad mínima de 70 y una máxima de 93 años.

**Cuadro III.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD**

GRUPO DE EDAD	GRUPO I SIN DETERIORO		GRUPO II CON DETERIORO	
70-80	13	52%	35	66%
80-90	10	40%	14	26%
90 o Más	2	8%	4	8%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Martin G.Col  
Canada 1988. Modificada Gohi L. Martínez R. México D.F.

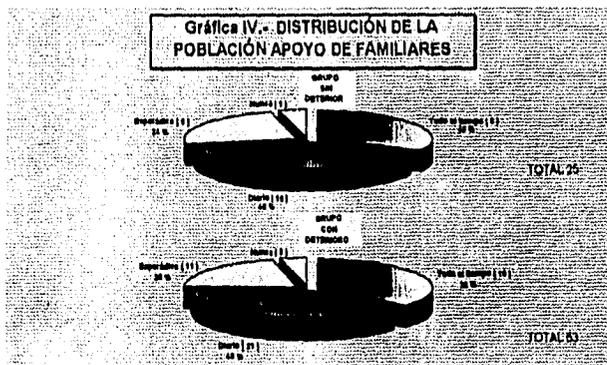


En cuanto al apoyo de los familiares durante la hospitalización, fue de asistencia diaria con un 40% en ambos grupos (cuadro y gráfica 4)

**Cuadro IV.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN APOYO DE FAMILIARES**

APOYO FAMILIAR	GRUPO I SIN DETERIORO		GRUPO II CON DETERIORO	
Todo el tiempo	10	32%	18	36%
Diario	6	40%	21	40%
Esporádico	1	24%	11	20%
Nunca		4%	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Martin G. Col  
Canada 1988. Modificada Gorfi L. Martínez R. México D.F.



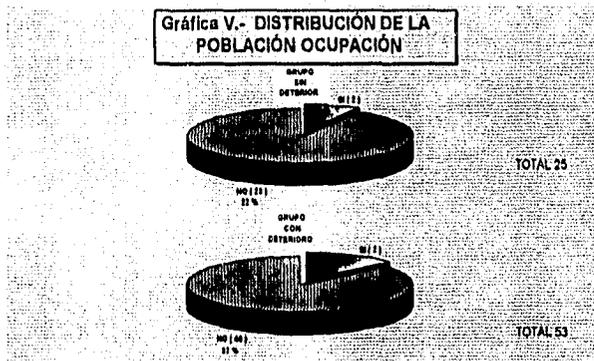
Respecto de la ocupación de los ancianos estudiados, se encontró que tanto el grupo I como el II no realizaban ningún tipo de actividad laboral, 92% y 87% respectivamente (cuadro y gráfica 5)

El promedio de estancia en el grupo I fue de 7 días con un mínimo de 3 y un máximo de 15; en el grupo II el promedio fue de 13 días con un mínimo de 6 y un máximo de 24 días.

**Cuadro V.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN**

OCUPACIÓN	GRUPO I SIN DETERIORO		GRUPO II CON DETERIORO	
SI	2	8%	7	13%
NO	23	92%	46	87%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Martin G.Col  
Canada 1988. Modificada Goñi L. Martínez R. México D.F.



En relación al reposo en cama, se encontró que el grupo I tuvo un promedio de 3.1 días y el grupo II de 11.4 días de reposo en cama.

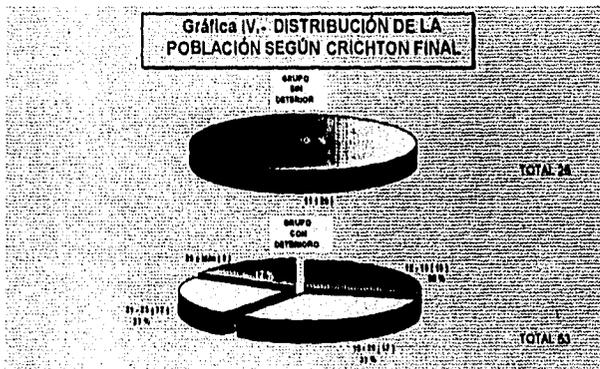
Los resultados de la escala de valoración de comportamiento de CRICHTON aplicada al grupo I no reportó ningún cambio, el 100% se fue de alta con 11 puntos de valoración final. Mientras que en el grupo II el 28% egresó con una

valoración de 12 a 15 puntos; y el 72% con un cambio en su funcionalidad de 16 a 44 puntos de deterioro. (cuadro y gráfica 6)

**Cuadro VI.- DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CRICHTON FINAL**

CRICHTON FINAL	GRUPO I SIN DETERIORO	GRUPO II CON DETERIORO
11	25	0%
12 - 15	0%	15
16 - 20	0%	17
21 - 25	0%	12
26 o Más	0%	9
<b>TOTAL</b>	25	63

Fuente: Escala de valoración de comportamiento de CRICHTON Merin G.Col  
Canada 1988. Modificada Goñi L. Martínez R. México D.F.



#### 4.1.- PRUEBA DE HIPÓTESIS

El objetivo de la prueba fue el establecer la magnitud de la relación entre la disminución funcional en ancianos hospitalizados y el reposo en cama.

La estadística de prueba utilizada fue la regresión lineal múltiple aplicada mediante el paquete STATA y verificado en el paquete Q PRO 5 versión para Windows 5.0, creando primero una base de datos en el paquete FOX PRO. Se analizaron 78 casos con puntaje inicial y puntaje final de acuerdo a la valoración de CRICHTON

La decisión estadística es que habiendo encontrado un valor de R múltiple de 0.75 se afirma con el 95% de confianza, que existe una fuerte asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, es decir, el tiempo de reposo en cama y/o sillón afecta de manera directa la funcionalidad del anciano hospitalizado. (cuadro y gráfica 7)

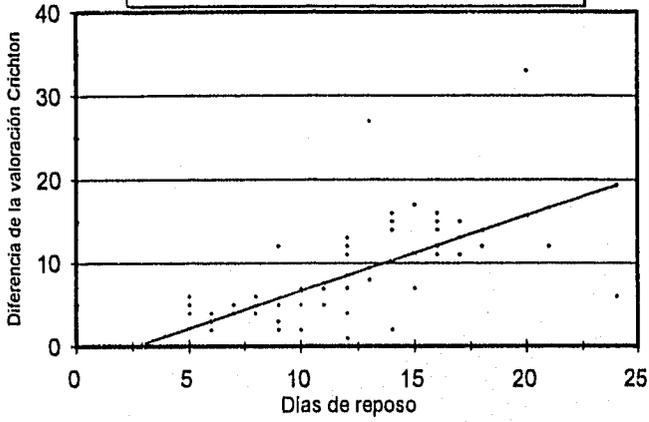
Se determina en la decisión de la investigación que los datos encontrados en la prueba estadística son congruentes con lo observado directamente con las valoraciones aplicadas.

**Estadísticas de regresión**  
(cuadro 7)

---

R múltiple	0.76
R cuadrado	0.58
R cuadrado ajustado	0.58
Error típico	4.34
<b>Observaciones</b>	<b>78</b>

Gráfica 7.- REGRESION LINEAL



## 4.2.- CONCLUSIONES

Las personas de edad avanzada hospitalizadas que son sometidas al reposo forzoso en cama, deben ser consideradas como pacientes de riesgo, debido a la alta propensión a presentar deterioro en sus funciones y a la aparición de complicaciones que no tienen relación con su diagnóstico de ingreso.

En efecto, los dos grupos de pacientes estudiados no se comportaron de forma semejante no obstante haber ingresado por motivos similares. Al ser comparados entre sí observamos que un grupo de pacientes no presentó deterioro en tanto que el otro sí presentó daño.

También pudimos observar que entre las variables sexo, edad y ocupación, no tuvieron influencia significativa que indicara la causa del deterioro, debido que en ambos grupos se presentaron los mismos resultados.

Lo que realmente marcó la diferencia entre el grupo I, que no sufrió deterioro y el grupo II, con daño funcional, fue el promedio de días de reposo en cama, es decir en el primer grupo permanecieron en reposo en cama 3.1 en tanto que en el segundo grupo estudiado permanecieron 11 días, lo que indica que el daño es directamente causado por la inmovilidad forzada en cama.

Las áreas que presentaron mayor deterioro, fueron las funcionales entendiéndose como tales aquellas que afectan la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD), como son: moverse, vestirse, comer, asearse, etc. Pero se observó que conforme aumentaban los días en cama se

incrementaba el deterioro en las áreas del comportamiento o mentales como: la orientación, la comunicación, la agitación y el estado de ánimo.

Con relación a la variable del sueño, se detectó que los pacientes ingresaron sin ingerir hipnóticos, y fueron dados de alta tomando algún tipo de sedante y con trastornos del sueño, lo cual incrementa el riesgo a sufrir deterioro .

Debido a que la mayoría de los decaimientos funcionales en las ancianos hospitalizados están relacionados con las actividades de enfermería, tales como la movilidad, la deambulación y el uso de sujeciones inadecuadas, concluimos que como una apotación del estudio realizado, debemos desarrollar un programa de atención de enfermería dirigido a pacientes en hospitalización aguda no intensiva, a fin de prevenir oportunamente el daño funcional a través de actividades estructuradas de enfermería que prevengan el deterioro mediante protocolos específicos.

## BIBLIOGRAFÍA

Bonfinan "La Salud de la Población de Edad Avanzada" un Reto Hacia el Futuro Cuadernos de Salud Pública 1º Población y Salud S.A., México D.F. 1994

B. J. Tapitch, P.W. Iyer y Col "Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados" Interamericana Mc Graw-Hill, Mexico D.F. 1990

Baena Guillermina "Instrumentos de Investigación" Tesis Profesionales y Trabajos Académicos Editores Mexicanos Unidos, S.A., México D.F. 1991

Creditor M.D. Manton "Peligros de la Hospitalización de Personas de Edad Avanzada" Ann Intern Med Ed Mexicana Vol 1 N° 2

D. Polit/ B. Hungler "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" Ed. Interamericana 2º ed. Mex. D.F. 1990

Fred N. Kerlinger "Investigación de Comportamiento" Ed. Mc Graw Hill 3º ed Mex D.F. 1989.

Galinsky D. "Geriatría Comunitaria" , Szpirman, L. Camp, Medicina Familiar y Salud Comunitaria en Israel 1982

Gutiérrez Robledo, L.M. "Perspectivas para el desarrollo de la Geriatría en México" Ensayo Salud pública Méx. D.F. 1990 Vol. 32 N° 6

J. Quevanvilliers. Y Col "Gerontología Geriátrica" Cuadernos de la Enfermera  
M Toray-Masson, S.A. Barcelona España 1981

Krassoievith Miguel "Psicoterapia Geriátrica" Fondo de Cultura Económica  
México D.F. 1993

Laforest Jacques "Introducción a la Gerontología " Edit Herder Barcelona  
1991.

Lozano Cardoso "Introducción a la Geriátria" Méndez Editores, S.A. de C.V.  
1992 México D.F.

Martín G. Col. "Inter-Rater Relice Reliability of the Crichton Geriatric  
Behavioural Rating Scale" División of Psychogeriatrics S.T. Mary's Hospital  
Montreal Canada abril de 1988.

Martín J. Gorbien MD. Jeanne Bishop, MD. Mark H Beers MD, Dean Norman  
MD "Iatrogenic Illness in Hospitalizer Elderly People." U.S.A. 1992 by the  
American Geriatrics Society.

Mashad Fretwell "Evaluación Funcional Exhaustiva" Manual Merck de  
Geriatria 1990

Mezey M. Doval "Evaluación de la Salud en el Anciano " Prensa Médica  
Mexicana 1984 México D.F.

Moragas M.R. "Gerontología Social" Edit. Herder Barcelona España 1990.

Nicola Pietro "Geriatría" Manual Moderno México D.F. 1985.

O.P.S. "Pronunciamento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina" Centro Latinoamericano de Demografía, Centro Internacional del Envejecimiento, Santiago de Chile Nov. 1992

O.P.S. "La Atención de los Ancianos un Desafío para los Años Noventa" Publicaciones Científicas N° 546 1994.

Ortiz de la Huerta D. "La Salud de los Ancianos, Nuevo Desafío" Fac. de Medicina UNAM Departamento de Medicina Social y Medicina Preventiva 1993

Ortiz de la Huerta D. "Panorama Sociodemográfico en América Latina Siglo XXI" en la Atención Integral del Anciano 1993 Depto de Salud Pública Facultad de Medicina UNAM, México D.F.

Rea castañeda Rogelio y Col "Estructura de los Capítulos del Protocolo de Investigación Según el Tipo de Estudio" Educación Médica y Salud Vol. 4 Julio-Sep. 1987

Salgado Alberto "Manual de Geriatría" Salvat Mexico D.F. 1990

Sharon k. Inouye MD. MPH Denise Acampora, MPH. Ronald Miller MD. "The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline"

in hospitalized elderly patients." U.S.A 1993 by the American Geriatrics Society.

Vazquez Camacho Luis "El Método Científico en la Investigación en Ciencias de la Salud" Edit. Francisco Mendez México D.F. 1991.

# ANEXO I

## ESCALA DE VALORACION DE COMPORTAMIENTO DE CRICHTON MARTIN G. Col Canada 1988. Modificada Goñi L. Martínez R. México D.F. 1995

### DATOS GENERALES

FECHA \_\_\_\_\_

- 1.- NOMBRE \_\_\_\_\_ 2.- EDAD \_\_\_\_\_ 3.- SEXO \_\_\_\_\_  
 4.- FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ 5.- FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_ 6.- OCUPACION \_\_\_\_\_  
 7.- VALORACION INICIAL(CRICHTON) \_\_\_\_\_ 8.- VALDRACION FINAL (CRICHTON) \_\_\_\_\_  
 9.- LA FAMILIA Y/O CUIDADOR PRIMARIO LO VISITA. Todo el tiempo \_\_\_\_\_ diario \_\_\_\_\_ esporádico \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_ no tiene \_\_\_\_\_  
 10.- DIAS DE REPOSO EN CAMA Y/O SILLON \_\_\_\_\_  
 11.- DIAGNOSTICO DE INGRESO \_\_\_\_\_

	1	INICIAL	FINAL	2	INICIAL	FINAL	3	INICIAL	FINAL	4	INICIAL	FINAL	5	INICIAL	FINAL
<b>Movilidad</b>	completa escaleras			buena, no escaleras			camina vigilado			camina con ayuda			no camina		
<b>Orientación</b>	completa			identifica personas			no las identifica			se pierde a veces			se pierde siempre		
<b>Comunicación</b>	normal			comprende pero necesita ayuda			comprende con gran ayuda			comprende con mucha dificultad			no comprende		
<b>Cooperación</b>	muy cooperativo			pasivo			necesita estimulos			poca actividad espontánea			aislado		
<b>Agitación</b>	no bene			ocasional			persistente			día y noche			constante		
<b>Se viste</b>	sin ayuda			le cuesta			precisa vigilar			necesita mucha ayuda			incapaz		
<b>Come</b>	normal			debe vigilarse			precisa mucha vigilancia			muy defectuosamente			imposible		
<b>Esfinteres</b>	contiene			incontinencia nocturna			a veces de día			casi siempre			incontinente		
<b>Sueño</b>	normal			precisa a veces hipnóticos			siempre con hipnóticos			malo			muy malo		
<b>Estado de Animo</b>	normal			no siempre estable			alterado			inhibido			deteriorado		
<b>Se asea</b>	sin ayuda			le cuesta			vigilado			necesita mucha ayuda			incapaz		

## **ANEXO II.- PROPUESTA**

### **PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LA DISMINUCIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

#### **JUSTIFICACIÓN**

Las personas mayores son altamente propensas al decaimiento de sus funciones cuando son hospitalizadas por alguna enfermedad aguda. Este decaimiento funcional, puede causar el incremento de las tasas de mortalidad en pacientes de edad avanzada, así como elevar los costos de su hospitalización. En el estudio realizado se encontró que 68% de pacientes geriátricos hospitalizados tiene problemas significativos de confusión y en las funciones básicas diarias como caminar, el bañarse, vestirse y comer.

Los modelos irradicionales de hospitalización de agudos, en donde el personal baña, alimenta y cuida a los pacientes, sin asegurarse de que puedan realizar esas funciones, contribuye a la pérdida de independencia. Además del reposo forzoso en cama, la administración de sedantes, la instalación de catéteres que funcionan como sujeciones, y el suministro de medicamentos que agudizan los estados confusionales, las restricciones físicas y el entorno amenazante, contribuyen a la pérdida de la independencia de estos pacientes y a la aparición de los "signos vitales geriátricos" que se refieren a siete indicadores del perjuicio funcional general.

## OBJETIVOS

- \* Implementar un programa de atención de enfermería para prevenir la disminución funcional de pacientes geriátricos hospitalizados.
- \* Identificar a los pacientes geriátricos con riesgo de padecer un perjuicio funcional
- \* Desarrollar protocolos específicos de acuerdo a los signos vitales geriátricos encontrados.

## METODOLOGÍA

El programa de cuidados geriátricos, está diseñado para estandarizar los cuidados de enfermería.

Se establecerá en un sala general de hospitalización de agudos de medicina interna y cirugía. Los pacientes elegidos serán mayores de 70 años, los cuales se valorarán en el momento del ingreso aplicando la escala de valoración de CRICHTON y se inicia protocolo de rehabilitación temprana (protocolo I)

A partir de la observación diaria se hace un seguimiento para identificar la presencia de alguna alteración funcional. Se seleccionan siete condiciones de enfoque de riesgo como indicadores del perjuicio funcional general en pacientes geriátricos hospitalizados, estas condiciones representan los "**signos vitales geriátricos**" que incluyen 1) Lesión cutánea (úlceras por presión); definida como una área localizada de desintegración cutánea resultado de una presión entre cualquier prominencia ósea y un objeto externo. (protocolo II) 2) Deficiencia nutricional (desnutrición); definida como un insumo nutricional menor que los requerimientos, 20% del peso corporal o más abajo del ideal, o

pérdida involuntaria de peso. (protocolo III) 3) Incontinencia (urinaria y/o fecal); definida como pérdida involuntaria de orina o evacuación en cantidad suficiente como para ser un problema social y/o de salud. (protocolo IV) 4)

Confusión o delirium; definido como un síndrome mental orgánico agudo, caracterizado por falta de atención, y cuando menos uno de los siguientes puntos: pensamiento desorganizado o nivel alterado de conciencia, el síndrome puede acompañarse de actividad psicomotora aumentada o reducida, ciclos de sueño-vigilia desorganizados, perjuicio global cognitivo, o alucinaciones. (protocolo V) 5)

Evidencias de caídas; definida como un cambio no intencional de posición a un nivel inferior. (protocolo VI) 6)

Lesión funcional; definida como requerimiento de atención parcial o total en una o más actividades de la vida diaria como: alimentación, baño, cuidado, vestido, aseo o actividad de movilidad como: traslado, caminar etc. (protocolo VII) 7) Alteración en el sueño; definida como desordenes en el sueño suficiente como para interferir en el funcionamiento, incluye, insomnio, hipersomnia, ciclos de sueño-vigilia interrumpido. (protocolo VIII)

Se eligieron estas condiciones por que son comunes durante la hospitalización geriátrica y se asocian con un incremento en la mortalidad, duración en la estancia, necesidad de atención en el hogar y de enfermera en casa. Además de que el desarrollar estas condiciones serán determinantes en el pronostico del paciente más que el diagnóstico con el cual ingresaron.

## **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES**

El equipo de atención geriátrica debe ser interdisciplinario, compuesto por Enfermeras Especialistas en Geronto-Geriatría, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería, Médico Geriatra o Internista. Además se consultarán a otros especialistas.

pérdida involuntaria de peso. (protocolo III) 3) Incontinencia (urinaria y/o fecal); definida como pérdida involuntaria de orina o evacuación en cantidad suficiente como para ser un problema social y/o de salud. (protocolo IV) 4) Confusión o delirium; definido como un síndrome mental orgánico agudo, caracterizado por falta de atención, y cuando menos uno de los siguientes puntos: pensamiento desorganizado o nivel alterado de conciencia, el síndrome puede acompañarse de actividad psicomotora aumentada o reducida, ciclos de sueño-vigilia desorganizados, perjuicio global cognitivo, o alucinaciones. (protocolo V) 5) Evidencias de caídas; definida como un cambio no intencional de posición a un nivel inferior. (protocolo VI) 6) Lesión funcional; definida como requerimiento de atención parcial o total en una o más actividades de la vida diaria como: alimentación, baño, cuidado, vestido, aseo o actividad de movilidad como: traslado, caminar etc. (protocolo VII) 7) Alteración en el sueño; definida como desordenes en el sueño suficiente como para interferir en el funcionamiento, incluye, insomnio, hipersomnia, ciclos de sueño-vigilia interrumpido. (protocolo VIII)

Se eligieron estas condiciones por que son comunes durante la hospitalización geriátrica y se asocian con un incremento en la mortalidad, duración en la estancia, necesidad de atención en el hogar y de enfermera en casa. Además de que el desarrollar estas condiciones serán determinantes en el pronostico del paciente más que el diagnóstico con el cual ingresaron.

## **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES**

El equipo de atención geriátrica. debe ser interdisciplinario, compuesto por Enfermeras Especialistas en Geronto-Geriatria, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería, Médico Geriatra o Internista. Además se consultarán a otros especialistas.

Enfermeras Especialistas en Geronto-Geriatria. La función de la Enfermera Especialista será:

- 1.- Registrar diariamente a los pacientes ingresados que reúnan los criterios de admisión en el programa y aplicación de la escala de valoración inicial de Crichton.
- 2.- Observar cotidianamente a los pacientes evaluados con la finalidad de detectar factores de riesgo, revisando sus expedientes, y reportes de enfermería.
- 3.- Implementar intervenciones en el momento en que se presente un "signo vital geriátrico", por medio de protocolos específicos y recomendaciones al personal a cargo del paciente.
- 4.- Educar a las Enfermeras Generales y Auxiliares acerca del programa y de las intervenciones a seguir, así como distribuir boletines informativos.
- 5.- Educar a la familia del paciente con la finalidad de lograr su colaboración y la continuidad del manejo.
- 6.- Educar al paciente sobre la patología que cursa y sobre el programa para prevenir la presencia de signos vitales geriátricos, e iniciar rehabilitación temprana.
- 7.- Establecer comunicación directa con el médico responsable del servicio para consulta e informe de la evolución de los pacientes así como de los protocolos establecidos.
- 8.- Llevar un registro de los casos incluidos y de las intervenciones específicas que se estén realizando a fin de evaluar la eficacia de los protocolos establecidos.

Enfermeras Generales.- Las Enfermeras Generales representan un papel central para el programa de atención geriátrica. Estas enfermeras son del equipo regular del servicio de medicina interna y cirugía que demuestren interés en la atención de pacientes delicados geriátricos. Se dará un entrenamiento

especial para identificar y manejar al paciente de edad avanzada con riesgo y apoyar a la enfermera especialista en la implementación de los protocolos específicos, por lo tanto representan el enlace entre el paciente y el equipo.

Auxiliares de Enfermería.- Este personal también es del equipo regular del servicio, al igual que las Enfermeras Generales, son de fundamental importancia debido a en ellas recaen muchas de las actividades básicas de atención, como son la movilización, el aseo, la alimentación etc. por lo tanto su actuación es la clave para la prevención del perjuicio de función. En consecuencia, a este personal se le dará un entrenamiento formal para garantizar la eficacia del programa.

Médico Geriatra o Internista. Se le mantendrá informado del registro de pacientes y de aquellos que presenten algún signo vital geriátrico, así como la discusión de los casos a los que se les inicie protocolo.

- 1.- Participará en la visita diaria.
- 2.- Proporcionará consulta médica a solicitud de la Enfermera Especialista o de la Enfermera General en cuanto a las observaciones hechas respecto de los casos que presenten alteración geriátrica.
- 3.- Establecerá comunicación con el resto del equipo
- 4.- Participará en los programas de educación, proporcionando en su caso las conferencias necesarias.

Otros Especialistas. De acuerdo del signo vital geriátrico que se presente se solicitará la intervención de otros especialistas con la finalidad de apoyar en el manejo específico y garantizar la eficacia del protocolo.

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**

Para la evaluación del programa se determinará su impacto en la reducción del perjuicio funcional en pacientes geriátricos hospitalizados y sus efectos sobre mortalidad y duración de la estancia lo que redundará en reducción de costos.

Se realizará un vaciamiento de datos de todos los casos seleccionados y de su seguimiento; se llevará un registro de las recomendaciones hechas y si éstas han sido implementadas, valorando su efecto.

Se realizará una evaluación con todos los participantes para verificar los resultados obtenidos al final de la aplicación del programa.

Una vez evaluado el programa se verá la posibilidad de su implementación permanente y de ser posible llevar este modelo de atención a otros marcos hospitalarios.

Esperamos que este concepto de manejo centrado en enfermería, para desarrollar experiencia en geriatría, proporcione medios factibles y eficaces para prevenir el deterioro funcional y contar con un estándar de calidad con la finalidad de mejorar la atención global del paciente geriátrico agudamente enfermo.

## **I.- PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN TEMPRANA**

### **DEFINICIÓN:**

Se refiere a las medidas encaminadas a disminuir el riesgo al daño funcional, provocado por el reposo en cama durante la hospitalización.

### **FACTORES RELACIONADOS**

- \* Inhabilitación del paciente por parte del personal
- \* Limitación de movimiento
- \* Reposo en cama sin movilidad

Las personas mayores que son hospitalizadas son más propensas a sufrir daño funcional, debido a que durante el internamiento son sometidos al reposo, y la falta de movilidad ocasiona aceleración del proceso de envejecimiento.

### **OBJETIVO**

Implementar un programa para prevenir la disminución funcional en pacientes hospitalizados.

### **INTERVENCIONES**

- 1.- Animar al paciente que cuide de sí mismo en lo referente al aseo, vestido y alimentación
- 2.- Favorecer el ejercicio y la movilidad, tanto pasiva como activa mediante un programa específico de ejercicio
- 3.- Evitar la polifarmacia y educar al paciente para que no se automedique
- 4.- Mantener actividad mental con programtas de estimulación a la memoria y orientación a la realidad
- 5.- EVITAR EL REPOSO EN CAMA.

## **II.-PROTOCOLO DE ÚLCERA POR PRESIÓN**

### **DEFINICIÓN:**

Lesión isquémica y posterior necrosis de la piel, del tejido subcutáneo, a menudo también del músculo resultado de una presión entre cualquier prominencia ósea y un objeto externo.

### **FACTORES RELACIONADOS:**

\* Inmovilidad física y humedad, Presión externa en prominencias óseas. Las úlceras por decúbito aumentan la mortalidad de los pacientes geriátricos, y las complicaciones, como sepsis y la osteomielitis, y se añaden al tiempo de permanencia del enfermo en el hospital y la necesidad de rehabilitación posterior.

### **OBJETIVO:**

Identificar los factores de riesgo e iniciar un tratamiento preventivo

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Instaurar un programa de cambios de posición del paciente cada 2 horas
- 2.- Limitar el tiempo que el paciente permanece en una silla no más de 2 horas ya que en esta posición aumenta la presión ejercida sobre las tuberosidades isquiáticas. Evitar que el paciente se deslice de la silla para evitar las fricciones y debe utilizarse un cojín para disminuir la presión
- 3.- Enseñar a la familia y al paciente la importancia de los cambios de posición y que realice pequeños movimientos del cuerpo.
- 4.- Conservar la piel limpia, seca y lubricada.
- 5.- Promover la deambulación si es posible.
- 6.- Usar aparatos estáticos (reellenos de espuma, o agua, aire o gel)
- 7.- Dar masaje en prominencias óseas cada 2 horas.
- 8.- Proporcionar una nutrición adecuada, aumentando calorías y proteínas.

### **III.-PROTOCOLO DE DEFICIENCIA NUTRICIONAL**

#### **DEFINICIÓN:**

Es el estado de desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos y sus requerimientos debido a una ingesta inapropiada de nutrientes o bien una utilización inadecuada de esta por el organismo.

#### **FACTORES RELACIONADOS**

- \* Falta de interés por la comida.
- \* Consume menos cantidad de alimento que el recomendado diariamente
- \* Debilidad muscular
- \* Estado de animo deprimido.

Todas las enfermedades pueden originar una ingesta insuficiente de alimento y pérdida de peso.

#### **OBJETIVO:**

Tratar oportunamente los problemas de deficiencia nutricional con la finalidad de evitar el deterioro del paciente.

#### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Consumir una dieta equilibrada y rica en calorías.
- 2.- Estimular al paciente para que coma llevándole alimentos de su preferencia.
- 3.- Establecer un modelo de 4 o 6 comidas pequeñas.
- 4.- Enseñar la importancia de la higiene bucal para resaltar el sabor de los alimentos.
- 5.- Procurar que este acompañado durante las comidas
- 6.- La comida deberá fácil de masticar y con presentación agradable
- 7.- Solicitar intervención del servicio de apoyo nutricional.

## **IV.- PROTOCOLO DE INCONTINENCIA**

### **DEFINICIÓN:**

Estado en el que el individuo experimenta de forma involuntaria, la emisión de orina.

### **FACTORES RELACIONADOS:**

- \* Alteración del medio ambiente
- \* Defectos sensoriales
- \* Limitaciones del movimiento

Toda incontinencia de inicio súbito debe ser reversible hasta que se demuestre lo contrario. Debe buscarse la causa específica, como la incapacidad del paciente para levantarse al baño o alcanzar el orinal.

### **OBJETIVO:**

Recuperar hábitos miccionales regulares que eviten el deterioro funcional mediante un programa de rehabilitación.

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Identificar la causa específica para dirigir el tratamiento oportuno
- 2.- Eliminar o cambiar los fármacos que causen la incontinencia como (descongestivos con efecto adrenérgico, broncodilatadores, sedantes)
- 3.- Identificar presencia de impacto fecal para tratarse oportunamente.
- 4.- Establecer un horario de cada 2 horas durante el día con ayuda necesaria
- 5.- Llevar al baño paciente antes y después de cada comida.
- 6.- Establecer medidas de ajuste en la ingesta de líquidos, disminuyendo estos durante la tarde.
- 7.- Verificar que el paciente tenga fácil acceso baño
- 8.- Administrar los diuréticos antes de las 10 de la mañana.
- 9.- **NO UTILIZAR PAÑALES.**

## **V.- PROTOCOLO DE CONFUSIÓN O DELIRIO**

### **DEFINICIÓN:**

Es un síndrome mental orgánico agudo, caracterizado por alteración fluctuante en la capacidad de conocimiento, el estado de ánimo, la atención, el nivel de conciencia y pensamiento desorganizado.

### **FACTORES RELACIONADOS.**

- \* Procesos infecciosos, alteraciones metabólicas, problemas hipóxicos
- \* Administración de fármacos en especial los psicotrópicos.
- \* Psicológicas y ambientales

Los estados confusionales reflejan la existencia de trastornos del metabolismo cerebral. Al igual que en cerebros inmaduros, el de un individuo mayor tiende a responder de este modo a un umbral más bajo.

### **OBJETIVO:**

Identificar los factores de riesgo que provocan cuadros confusionales y darles y tratamiento oportuno para evitar el deterioro del paciente.

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Aplicar escalas de valoración mental para identificar oportunamente algún cambio cognitivo durante la hospitalización.
- 2.- Identificar la causa posible que provoco el síndrome y pedir la interconsulta al médico especialista para darle solución rápida.
- 3.- Promover un ambiente más silencioso y tranquilo posible, preferentemente con una luz tenue (evitar la oscuridad total)
- 4.- Orientar al familiar y al personal para que tranquilicen al paciente y lo orienten y expliquen la situación actual
- 5.- Presencia constante del familiar y del personal para evitar **SUJECIONES.**

## **VI.-PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

En los hospitales el anciano suele desorientarse y confundirse por todo el entorno que le rodea y que le es amenazante. Las caídas pueden estar causadas por cualquier enfermedad aguda o crónica que produzca debilidad o sensación de mareo.

### **FACTORES RELACIONADOS:**

\*El uso de barandales con frecuencia ocasiona las caídas debido a que el paciente intenta bajarse de la cama y suele ser demasiado alta; La falta de dispositivos adecuados dentro del hospital que permita la movilización del paciente; El entorno desconocido, el uso de sedantes y sujeciones como catéteres y sondas.

### **OBJETIVO**

Detectar los pacientes con riesgo de sufrir caídas

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Procurar la presencia de algún familiar en forma permanente principalmente durante el periodo agudo para evitar que el paciente se desoriente.
- 2.- Disminuir la altura de la cama e informarle en todo momento al paciente en donde se encuentra.
- 3.- Acudir al llamado del paciente para ayudarlo a moverse
- 4.- Evitar la obscuridad total.
- 5.- Estimular la alimentación y la hidratación para evitar la debilidad.
- 6.- Estimular el ejercicio para conservar la fuerza muscular.
- 7.- Establecer un programa de estimulación cognitiva.
- 8.- Evitar sujeciones innecesarias.
- 9.- **EVITAR QUE EL PACIENTE PRESENTE CUADROS DELIRANTES.**

## **VII.- PROTOCOLO DE LESIÓN FUNCIONAL**

### **DEFINICIÓN:**

Es el requerimiento de atención parcial o total en una o más actividades de la vida diaria como: alimentación, baño, vestido, aseo, desplazamiento y continencia como consecuencia de la falta de movilidad.

### **FACTORES RELACIONADOS:**

\* Inmovilización mecánica o prescrita; alteración mental o neurológica; debilidad, depresión; problemas de manipulación.

La capacidad funcional debe medirse por separado de la salud física aunque puede haber cierta superposición entre ambas, ya que será la que marcará el impacto del daño del paciente.

### **OBJETIVO**

Prevenir el deterioro funcional y detectar factores de riesgo oportunamente.

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Realizar ejercicios activos y pasivos de movilización dentro de la cama si no puede levantarse
- 2.- Levantar al paciente de la cama lo más pronto posible (de acuerdo con el equipo médico)
- 3.- Conservar la movilidad articular, fuerza muscular mediante un programa de ejercicios programados.
- 4.- Fomentar la independencia, animando al paciente a que realice actividades de atención personal (bañarse, alimentarse, acudir al baño etc.)
- 5.- Promover la deambulación todo el tiempo que el paciente resista
- 6.- Conservar una estimulación sensorial adecuada
- 7.- **POR CADA DÍA QUE EL ANCIANO PERMANECE EN REPOSO EN CAMA SE REQUIEREN 3 DÍAS DE REHABILITACIÓN**

## **VIII.- PROTOCOLO DE ALTERACIÓN DEL SUEÑO**

### **DEFINICIÓN:**

Es la interrupción del tiempo de sueño, que origina un malestar o que interfiere con el estilo de vida deseado.

### **FACTORES RELACIONADOS:**

\*Ansiedad, depresión, interrupción en el estilo de vida o en los hábitos de sueño normales debido a una enfermedad u hospitalización (controles frecuentes, o intervenciones terapéuticas).

El insomnio transitorio se produce por situaciones de estrés, por ejemplo durante una hospitalización.

### **OBJETIVO:**

Desarrollar un plan específico para controlar o corregir las causas de la falta de sueño mediante técnicas de "control de estímulo" y otras normas generales.

### **INTERVENCIONES:**

- 1.- Restricción de la permanencia en la cama durante el día y evitando siestas mediante un programa de actividades diurno.
- 2.- Comparar los modelos actuales de sueño del paciente, con los hábitos normales antes de la hospitalización.
- 3.- Resolver las posibles causas de falta de sueño como : dolor ansiedad, temor, preocupaciones etc.
- 4.- Evitar hasta donde sea posible las interrupciones del sueño con las rutinas del servicio.
- 5.- Determinar la eficacia de sedantes prescritos (dosis óptima sin efectos secundarios)
- 6.- **EVITE EL USO DE FÁRMACOS PARA DORMIR**