

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA



PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES POR ENFERMERÍA

Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería

México, 2017

Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería

Primera edición, 2017

D. R. © Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería
Homero 213, piso 13, Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México 11570

D. R. © Instituto Nacional de Geriátría
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 2767, Colonia San Jerónimo Lídice
Delegación La Magdalena Contreras, Ciudad de México 10200

ISBN: 978 607 460 560 0

Revisó y autorizó

Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Secretaría de Salud
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería
claudia.leija@salud.gob.mx

Coordinación del proyecto

Karina Elizabeth Caballero García
Jefa del Departamento de Normas y Programas de Enfermería
de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
karina.caballero@salud.gob.mx

María Isabel Negrete Redondo
Subdirectora de Formación Académica del
Instituto Nacional de Geriátría
isabel.negrete@salud.gob.mx

Matilde Morales Olivares
Representante de la Dirección General de Coordinación de los
Hospitales Federales de Referencia
mormatilde@gmail.com

Ilustración de portada: Archivo fotográfico del Instituto Nacional de Geriátría

SECRETARÍA DE SALUD

José Narro Robles
Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Gabriel J. O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética

Ernesto Héctor H. Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
y Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General

Carmen García Peña
Directora de Investigación

Arturo Ávila Ávila
Director de Enseñanza y Divulgación

Nuestro agradecimiento a las siguientes instituciones por su valiosa participación y compromiso

Centro Diurno para la Tercera Edad

Centro Gerontológico "Vicente García Torres"

Clínica Naval de Cuernavaca

Coordinación de Programas de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Hospital Juárez Centro

Hospital Juárez de México

Hospital Nacional Homeopático

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Nacional de Geriátrica

Instituto Nacional de Psiquiátrica

Instituto Politécnico Nacional

Petróleos Mexicanos (Hospital Central Sur)

Secretaría de Marina

Servicios Estatales de Salud de Hidalgo

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Universidad Panamericana

Reconocemos, asimismo, la extraordinaria colaboración del equipo de la Subdirección de Formación Académica del Instituto Nacional de Geriátrica.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. ANTECEDENTES	13
II.1 Colaboración interinstitucional	
II.2 Ruta crítica	
III. MARCO JURÍDICO	27
IV. POLÍTICAS	29
V. OBJETIVOS	31
V.1 Objetivo general	
V.2 Objetivos específicos	
VI. ESTÁNDARES GENERALES	33
VI.1 De la atención ambulatoria	
VI.2 De la atención hospitalaria	
VII. ESQUEMA GENERAL PARA EL CUIDADO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	35
VII.1 Cuidados geriátricos básicos en el ámbito ambulatorio	
VII.2 Cuidados geriátricos básicos en el ámbito hospitalario	
VII.3 Cuidados geriátricos específicos	
VIII. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	41
IX. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA	43
X. ANEXOS	47
1. Instrumento de valoración para detección de factores de riesgo de dependencia funcional	
2. Identification of Seniors at Risk - Hospitalized Patients (ISAR-HP)	
3. Hospital Admission Risk Profile (HARP)	
4. Instrumento para la detección de problemas geriátricos SPPICEES	
5. Infraestructura mínima para la implementación de consultorías de enfermería para el cuidado de la persona adulta mayor	

PRESENTACIÓN

El incremento de la esperanza de vida en México representa uno de los mayores retos a los que actualmente se enfrenta la sociedad y que en un futuro no muy lejano tomará mayor relevancia. El tema del envejecimiento debe pasar a ser de primera importancia en la agenda nacional, pues hoy las personas mayores de 60 años constituyen 9% de la población total en México y en 2050 esta cifra podría ser un poco superior al 20%.¹

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente en varios factores del desarrollo y funcionamiento de la sociedad; el envejecimiento saludable debe abordarse no sólo desde la perspectiva médica sino con una óptica integral; es decir, no basta con atender los aspectos clínicos, sino también los sociales, los económicos y los culturales.

El acceso efectivo a servicios de salud de calidad es una prioridad para el Gobierno de la República, que se ha propuesto promover el envejecimiento activo, saludable y con dignidad, así como la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El Instituto Nacional de Geriátría se ha comprometido a impulsar la mejora de la atención geriátrica en los diferentes ámbitos asistenciales. Para lograrlo, ha construido alianzas interinstitucionales con la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, específicamente con la Dirección de Enfermería, la Comisión Permanente de Enfermería y las instituciones públicas de salud.

En el marco de esta colaboración comprometida y proactiva, las instituciones del Sistema Nacional de Salud han establecido una estrategia para la promoción de la atención del adulto mayor, que incluye el diseño del *Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por Enfermería* que aquí presentamos, resultado de una ruta crítica que, en los últimos años, ha sumado la participación de diversos actores.

El presente protocolo comprende los cuidados esenciales y específicos que el personal de enfermería deberá proporcionar a la persona adulta mayor, tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario, con la finalidad de promover, mantener o restaurar su capacidad funcional con la ayuda de instrumentos prácticos y de fácil aplicación.

¹ Estimaciones propias con datos de CONAPO, “Proyecciones de la Población 2010–2050”.

Una de las acciones clave que propone para potenciar esta estrategia es la implementación de las consultorías de enfermería orientadas al cuidado de este grupo de edad, mismas que sin duda coadyuvarán a detonar una atención con calidad y seguridad.

La atención del envejecimiento es un tema tan importante que no se nos puede hacer viejo. Nadie saldrá vivo de este mundo; hagámoslo con dignidad y en las mejores condiciones posibles.

Este documento representa, así, un paso en la ruta para la mejora continua de la atención de las personas mayores.

José Meljem Moctezuma

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

I. INTRODUCCIÓN



El aumento sostenido y acelerado del número de Personas Adultas Mayores (PAM) tiene efectos en las diferentes dimensiones de la vida, como la salud, la economía y la familia, lo que obliga a todas las disciplinas a incluir el tema de la persona adulta mayor en sus planes y programas de acción.

Este envejecimiento poblacional constituye un desafío para los diferentes sectores gubernamentales debido a que aún no se ha desarrollado la infraestructura necesaria para garantizar el bienestar de este sector de la población, ni la capacidad humana para atender profesionalmente sus diversas demandas.

Ante esta situación, el Instituto Nacional de Geriatría y la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en colaboración con la Comisión Permanente de Enfermería, han establecido un vínculo de trabajo interinstitucional para aportar elementos que coadyuven a la mejora de la atención de este grupo etario. Dicha colaboración ha sido y será determinante para avanzar en la inclusión de la mejora del cuidado de las personas adultas mayores dentro de las instituciones asistenciales.

El presente documento tiene como fin exponer las bases en las que se fundamenta el protocolo para la mejora de la atención a las personas adultas mayores por parte de los profesionales de enfermería; asimismo, explica las estrategias y metodologías que se han llevado a cabo y realiza propuestas a corto y mediano plazo.

II. ANTECEDENTES

Las medidas de salud pública de gran alcance implementadas en el país han permitido un aumento considerable en la esperanza de vida del mexicano promedio, que en la actualidad alcanza los 74.9 años y se prevé que para 2050 llegue a los 80 años. El impacto demográfico es manifiesto en el hecho de que hoy, en México, se cuentan más adultos mayores que niños menores de 5 años. Si bien es cierto que las personas una vez que alcanzan los 60 años tienen una alta probabilidad de vivir alrededor de 22 años más (tal como sucede en países desarrollados), esto no implica que lo hagan en las mejores condiciones de salud; de hecho, se anticipa que en los últimos 5 años de vida presenten una merma importante de su capacidad funcional y su calidad de vida.

La transformación epidemiológica que ha impuesto el fenómeno del envejecimiento poblacional se refleja claramente en la carga de la enfermedad por las condiciones crónico-degenerativas, la multimorbilidad compleja, la presencia de deterioro multisistémico y el conjunto de síndromes geriátricos que a la postre conducen a discapacidad y dependencia. En este sentido, enfermedades de larga duración y de alto costo como la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular constituyen causas primordiales de discapacidad y mortalidad. Cerca de una quinta parte de las PAM son agobiadas por el síndrome de fragilidad (presencia de deterioro multisistémico) y cuatro de cada diez reportan haber sufrido al menos una caída durante el último año. El aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como el deterioro cognitivo y la demencia (7.9 y 7.3%, respectivamente) es causa importante de años perdidos por discapacidad, especialmente en las mujeres.

Si bien es cierto que 70% de las PAM son funcionales e independientes, la frecuencia de discapacidad aumenta con la edad y cerca de 27% manifiestan dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria y de autocuidado, tales como asearse, caminar o levantarse de la cama; esta cifra aumenta hasta 47.5% para las personas de 80 años y más. Estos problemas se ven agravados por desventajas sociales tales como la pobre escolaridad, así como por barreras ambientales que dificultan el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, sobre todo en los entornos rurales. Los cuidados y apoyos que necesitan las personas mayores en esta situación son proporcionados básicamente por las familias, recayendo la responsabilidad más frecuentemente en las mujeres.

Con relación al sistema de salud y la cobertura que se ofrece a este grupo etario, sin duda hay grandes avances, como lo demuestra el aumento significativo de la filiación

a un servicio de salud, que ha pasado de 52% en el año 2000 a 83% en 2012. Sin embargo, es necesario reconocer que el sistema no siempre responde eficientemente a las múltiples y crecientes necesidades de salud de las PAM. En este sentido, un desafío considerable es la atención hospitalaria debido a su alto costo y repercusión en el estado de salud de las PAM; se estima que una de cada cinco hospitalizaciones de personas entre los 60 y 74 años es potencialmente evitable mediante acciones preventivas y de atención primaria. Lo anterior es relevante ya que el entorno hospitalario suele ser adverso para las PAM, traduciéndose en una estancia hospitalaria más larga por la aparición o el empeoramiento de condiciones geriátricas específicas, tales como inmovilidad, problemas cognoscitivos, incontinencias, síntomas depresivos, dolor, úlceras por presión, problemas de sueño, déficit sensorial y deterioro de la red social.

Otro elemento a considerar es el relativo a las condiciones actuales de los servicios de salud. Ante la enorme demanda y utilización de servicios por parte de las PAM, las unidades de atención médica públicas requieren un mayor desarrollo, ya que actualmente existen sólo 168 consultorios de geriatría para la atención ambulatoria en el país. En la parte hospitalaria se contabilizan aproximadamente 176 camas de hospitalización destinadas a geriatría, lo que se suma al insuficiente número de profesionales dedicados a este campo.

Lo anterior hace patente la necesidad de “geriatrizar al sistema” mediante personal mejor capacitado, mejores herramientas de trabajo, intervenciones de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo, criterios uniformes de actuación y nuevas formas de gestión de los servicios en los ámbitos tanto comunitarios como hospitalarios. En suma, un modelo de atención adaptado a las necesidades de las PAM que permita mitigar la carga de la enfermedad, prevenir la dependencia funcional, prevenir y detectar la fragilidad y desarrollar un contexto habilitador.

En 2015, la OMS publicó los elementos para propiciar el envejecimiento saludable; ahí se destacan acciones en tres ejes: servicios de salud, atención a largo plazo y entornos donde se desenvuelve la persona mayor. Asimismo, se señala que las intervenciones sociosanitarias habrán de diseñarse según la fase en que se encuentre el individuo respecto a su capacidad funcional e intrínseca:

- *Personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca.* Las estrategias deben centrarse en fomentar esta capacidad el mayor tiempo posible, a través de la detección y control de enfermedades y factores de riesgo, así como proporcionar espacios seguros y agradables para el desarrollo de las actividades físicas.

- *Personas que se encuentren con algún deterioro de sus capacidades.* Se necesitan servicios que ayuden a detener, moderar o revertir esta condición, al tiempo que se deberá ampliar el entorno en la facilitación de la capacidad funcional en la medida en que ésta disminuye.
- *Personas que tienen pérdidas significativas de la capacidad.* Las intervenciones en salud pública deberán enfocarse en los sistemas de atención a largo plazo, acorde con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana para que se lleven a cabo las tareas básicas que aseguren su bienestar.

Un marco referencial para emprender este camino lo ofrece la Estrategia Global y el Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud (2016-2020) de la Organización Mundial de la Salud, que propone trabajar en cinco objetivos estratégicos:

1. Fomentar el envejecimiento saludable.
2. Alinear el sistema de salud a las necesidades de las personas mayores.
3. Desarrollar un sistema nacional de cuidados de largo plazo.
4. Crear, en todo nivel, entornos amigables con las personas mayores.
5. Mejorar la medición, el seguimiento y la comprensión del envejecimiento saludable.

En este sentido, el profesional de enfermería ha sido identificado como uno de los trabajadores de la salud con intervenciones más eficaces y efectivas para implementar acciones de atención primaria, en todos los niveles de atención del sistema de salud, para abordar los elementos que propone la OMS; ello implica identificar riesgos en las PAM y así disminuir las complicaciones y el riesgo de dependencia funcional.

Una abundante bibliografía confirma que las acciones específicas de enfermería en la atención de las PAM consiguen resultados de mayor impacto cuando tienen un carácter resolutivo o de coordinación interdisciplinaria tanto a nivel comunitario, como hospitalario y de alta especialidad.

La importancia de esta propuesta radica precisamente en ese impacto para incidir en la conservación y mejora de la capacidad funcional de las personas adultas mayores.

II.1 Colaboración interinstitucional

El Instituto Nacional de Geriátría, convencido de que el personal de enfermería es el profesional idóneo para liderar y movilizar muchos de los cambios necesarios en la atención de las PAM, ha establecido una sólida alianza con la Dirección de Enfermería en colaboración con la Comisión Permanente de Enfermería, a fin de impulsar proyectos conjuntos en favor de la salud de las personas adultas mayores.

Como resultado de esta colaboración, la Comisión Permanente de Enfermería, cuyas acciones están alineadas al Programa Sectorial de Salud 2013–2018, incluye en su Plan Rector 2013–2018, objetivos, estrategias y líneas de acción para favorecer el cuidado de las PAM, como a continuación se señalan:

Objetivo 1. Contribuir a la protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de acciones de enfermería.

Estrategia 1.1. Proponer modelos de atención de enfermería dirigidos a promover el autocuidado en las personas sanas, grupos vulnerables y con factores de riesgo para enfermedades transmisibles y no transmisibles, en las diferentes etapas de la vida.

Línea de acción

- 1. Promover el diseño e implementación de modelos de atención de enfermería dirigidos a favorecer el autocuidado en las personas sanas, grupos vulnerables y con factores de riesgo para enfermedades transmisibles y no transmisibles, en las diferentes etapas de la vida.*

Estrategia 1.2. Impulsar la consultoría de enfermería en los diferentes niveles de atención.

Líneas de acción

Promover la incorporación de la consultoría por enfermería como estrategia para contribuir a promover el autocuidado en las personas sanas, grupos vulnerables, con factores de riesgo y con enfermedades transmisibles y no transmisibles, en las diferentes etapas de la vida en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

- 1. Propiciar los cambios organizacionales que permitan el establecimiento de modelos de atención de enfermería, con la consultoría como estrategia que promueve las intervenciones independientes de enfermería.*

II.2 Ruta crítica

Las estrategias que se han establecido para el desarrollo de las líneas de acción y la elaboración de este protocolo son las siguientes:

1. Establecer un grupo de expertos para la determinación de las acciones prioritarias de cuidado factibles de implementar en las instituciones, para buscar la estandarización del cuidado de las PAM.
2. Realizar diagnósticos de la situación de recursos humanos e infraestructura, valoración del perfil geriátrico de las instituciones y prevalencia de síndromes geriátricos.
3. Establecer los principales cuidados geriátricos básicos que el personal de enfermería debe considerar en el cuidado de la persona adulta mayor en los ámbitos ambulatorio y hospitalario.
4. Implementar cursos de capacitación con enfoque de competencias en modalidad *e-learning* para apoyar la aplicación de la propuesta por parte del personal de enfermería; así mismo, fomentar el consumo de la evidencia científica para la mejor toma de decisiones en la atención de las PAM.
5. Diseñar e implementar planes de cuidados alineados a las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud estipula dentro de su plan para la atención integrada para personas adultas mayores como parte de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud 2016-2020.
6. Promover la implementación de consultorías de enfermería para la persona adulta mayor en ámbitos ambulatorios y comunitarios.

A continuación se detallan los seis principales elementos de las estrategias, líneas de acción y los avances obtenidos hasta el momento.

1. Establecer un grupo de expertos para la determinación de las acciones prioritarias de cuidado factibles de implementar en las instituciones, para buscar la estandarización del cuidado de las PAM.

A partir de la convocatoria realizada por la Dirección de Enfermería, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y con la colaboración de la Comisión Permanente de Enfermería, a 18 expertos de enfermería con el perfil de especialistas o con amplia experiencia en el cuidado de las PAM y con funciones normativas provenientes de 14 instituciones asistenciales (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano

del Seguro Social, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Marina, Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia) y educativas, se definieron los siguientes objetivos:

- Elaborar y aprobar la *Encuesta para Identificación de Recursos para la Atención de las PAM* que fue aplicada en instituciones del sector salud.
- Priorizar la problemática geriátrica dentro de las instituciones para la ponderación de las intervenciones de enfermería viables según las características actuales de las instituciones asistenciales.
- Proponer los cuidados geriátricos básicos para las PAM por parte del personal de enfermería.

Para lograr tales objetivos se establecieron mesas de trabajo que a largo de seis meses abordaron los siguientes aspectos:

- Exposición de experiencias en la atención de las PAM por personal de enfermería de las instituciones participantes en los medios ambulatorio y hospitalario.
- Exposición de experiencias en consultorías de enfermería en las instituciones participantes.
- Revisión de formatos de valoración de las PAM existentes.
- Revisión bibliográfica relacionada con intervenciones de enfermería basadas en evidencia.
- Análisis de las características institucionales.
- Aproximación de la prevalencia de síndromes geriátricos en hospitales a partir de la experiencia del grupo, reconociendo la falta de información al respecto.
- Priorización para determinar las acciones de enfermería aplicando el Método de Hanlon.¹

También se consensó la encuesta para identificar recursos para la atención de las PAM, la utilización de la herramienta SPICEES² y la identificación de los cuidados geriátricos básicos por enfermería.

¹ Este método se basa en cuatro componentes: A: Magnitud, B: Severidad, C: Eficacia, D: Factibilidad. La clasificación ordenada de los problemas se obtiene mediante la siguiente fórmula que se aplica a cada problema considerado. Puntuación de prioridad = (A + B) C x D.

² SPICEES es un acrónimo de los siguientes términos en inglés: **S**kin integrity, **P**roblems with nutrition, **P**roblems with pain, **I**mmobility, **C**onfusional states, **E**limination, **E**lder mistreatment, **S**leep (integridad de la piel, problemas de nutrición, problemas de dolor, inmovilidad, confusión, eliminación –intestino grueso y vejiga–, maltrato a las personas adultas mayores, sueño).

2. Realizar diagnósticos de la situación de recursos humanos e infraestructura, valoración del perfil geriátrico de las instituciones y prevalencia de síndromes geriátricos.

2.1 Identificación de recursos para la atención de las PAM

El objetivo del estudio fue conocer los recursos humanos, de infraestructura, capacitación y metodología de trabajo de enfermería en la atención de las PAM en las unidades de salud, a fin de establecer propuestas que permitan mejorar la calidad de la atención a través de intervenciones integrales dirigidas al envejecimiento saludable. La encuesta fue aplicada entre septiembre y octubre de 2014 por vía electrónica en la Plataforma de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), logrando recabar información de 290 unidades de salud. Los resultados se describen a continuación.

Tabla 1. Diagnóstico del capital humano y de la infraestructura en unidades de salud.

Capital humano	Infraestructura
78% del personal de enfermería no está capacitado para la atención del adulto mayor	92% de las unidades no tienen consultorio específico para la atención del adulto mayor
En 68% de las unidades no tienen integración de equipos interdisciplinarios para la atención del adulto mayor	84% de las unidades no tienen servicios de hospitalización específicos para la atención del adulto mayor

Fuente: Encuesta para la identificación de recursos para la atención de las personas adultas mayores. (2014). Comisión Permanente de Enfermería.

Tabla 2: Diagnóstico de la capacitación y el proceso de atención en unidades de salud.

Capacitación	Proceso de atención
72% de las unidades no cuentan con programas de educación continua para la atención del adulto mayor	78% de las unidades no aplican escalas específicas para la valoración de la funcionalidad del adulto mayor
87% de las unidades no tienen programas de capacitación a pacientes y familiares para la mejora de la atención del adulto mayor	87% de las unidades no tienen protocolos de atención para el adulto mayor

Fuente: Encuesta para la identificación de recursos para la atención de las personas adultas mayores. (2014). Comisión Permanente de Enfermería.

Estos resultados hacen patente el enorme vacío que existe en la capacitación y atención específica a las PAM.

2.2 Valoración del Perfil Geriátrico Institucional

A partir de la colaboración del Instituto Nacional de Geriátrica con el College of Nursing de la Universidad de Nueva York, particularmente respecto al programa NICHE (Nursing Improving Care to Hospitalized Elders), se decidió utilizar herramientas específicas encaminadas a conocer el perfil geriátrico que prevalece en las instituciones asistenciales públicas de México, para la identificación de potenciales áreas de intervención. El primer paso consistió en la traducción de la encuesta GIAP (Geriatric Institutional Assesment Profile) para su aplicación en seis hospitales en distintas regiones del país. Esta encuesta ha sido diseñada para evaluar los entornos organizacionales de los hospitales, así como sus valores institucionales, capacidad de colaboración, disponibilidad de recursos y conocimientos del personal.

El proceso de aplicación fue completado en dos fases, una presencial para entrevistas a personal de enfermería y otra aplicada en línea a través de un enlace a la plataforma del programa NICHE. Los resultados más destacados se presentan a continuación:

- Falta de conocimientos en el uso de restricciones, la identificación de depresión, educación a la salud de las PAM y cuidados paliativos.
- Falta de recursos para la educación a los pacientes.
- Falta de acceso oportuno a los servicios de salud para las PAM y sus familiares.
- Falta de recursos materiales e insumos, lo que retrasa la atención y lentifica los procesos.
- El personal de enfermería no es incluido en las decisiones políticas que afectan su trabajo.
- Alta rotación de personal, percibida como una dificultad para establecer relaciones de trabajo productivas.
- Utilización de registros electrónicos de datos, pero sin una adecuada interpretación que resulte en la mejora de la atención, a pesar de contar con estadísticos e investigadores internos.
- Alta de los pacientes sin un plan adecuado por deficiencia y/o falta de referencia a servicios comunitarios.

- No hay un rol para personal de enfermería como coordinador de cuidados ni para trabajadores sociales que refieran a los pacientes a servicios comunitarios, con lo que se incurre en altos costos de cuidado por parte de los hospitales.
- Patrón predominante de abandono social que plantea múltiples retos éticos para el personal.
- El personal manifiesta frustración por la incapacidad de satisfacer las necesidades de cuidado que requieren las PAM en el hospital.
- Se observó sufrimiento moral significativo por parte del personal de enfermería debido a su contacto constante y cercano con los pacientes en el contexto de la situación anterior.
- Muchos de los sitios parecen tener un modelo jerárquico tradicional con liderazgo centrado en el médico, lo cual afecta la coordinación interprofesional del cuidado y constituye un importante reto a afrontar.
- Debido a la falta de profesionales y programas de capacitación, así como a los problemas de distribución de personal a nivel nacional, los equipos de atención geriátrica no tienen la misma composición en cada sitio, por lo que personal de diferentes disciplinas tiene que asumir responsabilidades normalmente prestadas por otros profesionales, como sucede en otros contextos internacionales.

2.3 Frecuencia de síndromes geriátricos en instituciones.

El propósito fundamental del diagnóstico fue describir la frecuencia de los principales síndromes geriátricos encontrados en las PAM que están hospitalizadas. El protocolo diseñado por investigadores del Instituto Nacional de Geriatría (INGER) tuvo como base un cuestionario de 17 preguntas derivadas de la versión original de la herramienta SPICES (por sus siglas en inglés): S=sleep disorders (trastornos del sueño); P= Problems eating or feeding (problemas con la alimentación); I= Incontinence (incontinencias); C= Confusion (confusión); E= Evidence of fall (evidencia de caídas); S= Skin breakdown (daños en la piel). Esta herramienta (que no debe confundirse con la llamada SPPICEES) ha sido modificada por instituciones y universidades para adaptarla a sus propios contextos y fue aplicada en cuatro hospitales de la Ciudad de México, previa capacitación del personal con el fin de estandarizar su uso. El estudio se llevó a cabo de junio a octubre de 2015 y consistió en una evaluación al ingreso y otra al egreso de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión definidos.

Los resultados obtenidos demuestran que al ingreso hospitalario los síndromes más frecuentes son: deterioro sensorial, 87%; dolor, 60%; trastornos del sueño, 55%; y síntomas depresivos, 50%.

Al egreso hospitalario, los síndromes que empeoraron fueron: trastornos del sueño, 97%; dolor, 92%; síntomas depresivos, 82%; a su vez, los problemas de movilidad aumentaron de 40% a 75% y los problemas cognoscitivos pasaron de 30% a 79%.

La conclusión es que la hospitalización incrementa el riesgo de deterioro funcional en las PAM y, por lo tanto, la necesidad de implementar acciones concretas para disminuirlo.

3. Establecer los principales cuidados geriátricos básicos que el personal de enfermería debe considerar en el cuidado de la persona adulta mayor en los ámbitos ambulatorio y hospitalario.

Con base en los resultados de los diagnósticos se determinó, como primera acción, el diseño de un “Protocolo para la Atención de la Persona Adulta Mayor por Enfermería”. A ello corresponde el presente documento.

Estas acciones, por supuesto, no abarcan por completo la complejidad del cuidado de las PAM, pero con este paso inicial se busca desencadenar una serie de cambios paulatinos dentro de las instituciones que fomenten la integración de otros profesionales de la salud y generen la transformación de los procesos de atención. Como base de este protocolo se tomaron los estándares del Modelo para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General (CSG).

4. Implementar cursos de capacitación con enfoque de competencias en modalidad e-learning para apoyar la aplicación de la propuesta por parte del personal de enfermería; así mismo, fomentar el consumo de la evidencia científica para la mejor toma de decisiones en la atención de las PAM.

Un factor determinante para fortalecer la implementación de las propuestas es la capacitación enfocada a competencias, bajo una modalidad que sea accesible a un gran número de profesionales de enfermería, para lo cual el INGER ya cuenta con una oferta académica pertinente.

Como se señaló anteriormente, existe una necesidad importante de capacitar y formar en competencias geriátricas no sólo al personal de enfermería, sino a todos los profesionales de la salud vinculados con la atención de las PAM. Por ello el Instituto

Nacional de Geriatría se ha abocado a la construcción de un Modelo de Competencias que, a través del diseño de un mapa funcional, permita identificar todos los actores y las respectivas competencias que deben desarrollar para establecer una mejora de la atención consistente, eficiente y eficaz.

La intención final es la conformación de un conjunto de estándares de competencia a distintos niveles de desempeño (estratégico, de coordinación y operativo), consensados en el Comité de Gestión de Competencias de próxima creación en el INGER, que den respuesta a la principal problemática de la atención de las PAM, concluyendo idealmente en la certificación de las mismas.

Específicamente, el programa de capacitación “Cuidados de Enfermería al Adulto Mayor Hospitalizado (CUIDAMHE)”, implementado en 2010, ha sido clave para introducir la necesidad de afrontar el tema geriátrico dentro de las instituciones asistenciales y será un elemento crucial para coadyuvar a la implementación y el desarrollo del presente protocolo. A través de su modalidad presencial, el programa CUIDAMHE ha capacitado a 1400 alumnos.

A la par se ha diseñado la propuesta de instrumentar el curso en línea, cuya función principal será acercar la capacitación como una opción que nos permita mayor cobertura para responder a las necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento y habilidades en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios, que se vea reflejado en un cambio efectivo en la atención de las PAM.

5. Diseñar e implementar planes de cuidados alineadas a las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud estipula dentro de su plan para la atención integrada para personas adultas mayores como parte de la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud 2016-2020.

La postura de la OMS está basada en la evidencia de que los problemas geriátricos –como úlceras por presión, dolor crónico, déficits sensoriales, dificultad para caminar y para realizar actividades cotidianas y sociales– no están definidos como enfermedades, por lo cual el personal de salud suele no estar preparado para afrontarlos y a menudo carece de capacitación para detectar y manejar condiciones discapacitantes y síndromes geriátricos. Si se quiere prevenir la dependencia y mantener la capacidad funcional de las PAM, es necesario introducir nuevos enfoques y modelos de intervención clínica en todos los niveles de atención de la salud. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud ha comenzado el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en evidencia sobre la atención integrada para las PAM que permitirán

orientar al personal de salud no especializado en intervenciones dirigidas a prevenir, revertir o enlentecer el deterioro de la capacidad funcional de las PAM.

Dichas guías abordarán los siguientes problemas geriátricos:

1. Desnutrición
2. Deterioro músculo-esquelético
3. Riesgo de caídas
4. Incontinencia urinaria
5. Déficit auditivo
6. Déficit visual
7. Síntomas depresivos
8. Deterioro cognitivo
9. Colapso del cuidador

Los anteriores problemas son potencialmente reversibles si se abordan de forma oportuna y eficaz; por lo tanto, el diseño de los planes de cuidados geriátricos específicos por enfermería deberán basarse y alinearse a los aspectos mencionados.

En la actualidad contamos con planes de cuidados que contienen recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) y que resultan prioritarias para la atención de las PAM.

Planes de cuidados que contienen recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE):

Prioritarias para la atención de la PAM

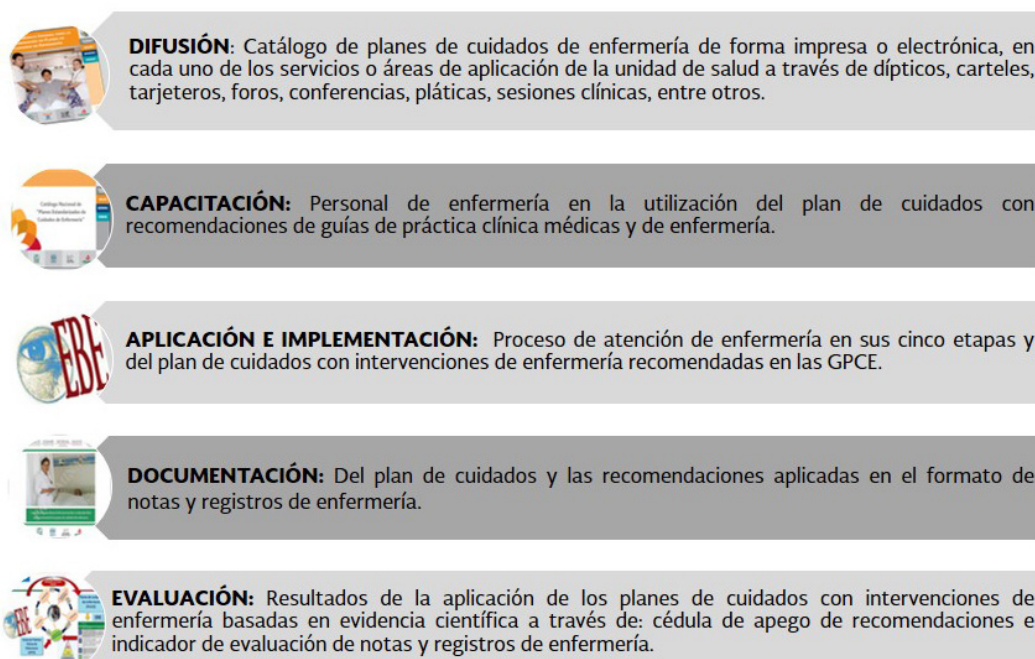
- Intervenciones de Enfermería para un envejecimiento saludable.
- Intervenciones de Enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor.
- Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera.
- Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor con síndrome de inmovilidad.
- Intervenciones de Enfermería para la atención en adultos de 65 años y más con infecciones de vías respiratorias.

- Intervenciones de Enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados.
- Intervenciones de Enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Estas guías son un elemento de rectoría para el cuidado de enfermería que favorecen la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y efectividad de la atención.

Para implementar los planes de cuidados puede seguirse la siguiente estrategia:

Figura 1: Proceso para implementación de planes de cuidado de enfermería.



Fuente: Estrategia de implementación del modelo del cuidado de enfermería (2016).

6. Promover la implementación de consultorías de enfermería para la persona adulta mayor en ámbitos ambulatorios y comunitarios.

Un caso para compartir es el proyecto impulsado por el equipo de trabajo del Hospital Nacional Homeopático, motivado por la capacitación recibida a través del programa CUIDAMHE, en el que se alienta la generación de propuestas de mejora aplicables en beneficio de las personas adultas mayores, tales como la promoción del autocuidado de una manera participativa para fomentar el envejecimiento saludable.

En este sentido, con el fin de aplicar las mejores prácticas y en un esfuerzo por implementar lo aprendido, en 2013 el personal de enfermería capacitado decidió iniciar diversas actividades técnicas y administrativas dirigidas a este importante sector de la población; el equipo tuvo la oportunidad de contar con un área física en la consulta externa, lo que permitió que desarrollaran sus actividades con la privacidad y respeto que merece este grupo de edad.

La atención inicia con la identificación de los adultos mayores que están siendo atendidos en otros servicios dentro del mismo hospital, a quienes se les aplica una valoración geriátrica SPPICEES, siguiendo los protocolos clínicos con escalas de valoración social y de valoración de la capacidad funcional, la función cognitiva y la función afectiva.

Posteriormente se hace un seguimiento ambulatorio conjugando las ventajas que da el hospital; asimismo, de acuerdo con los resultados de la escala de valoración, se llevan a cabo las derivaciones a la consulta médica, o bien, se refuerza la educación para su cuidado en casa. De igual forma, se acompaña al personal de enfermería en las áreas de hospitalización para proveer un cuidado hospitalario con mayor calidad a las PAM y facilitar el alta temprana.

Para dar atención integral a las PAM, es necesaria la intervención de varios profesionales, es decir, la atención debe ser interdisciplinaria. Para lograrlo se requiere impulsar las buenas prácticas con estándares básicos de atención, como la prevención y la promoción del cuidado, acciones básicas que el personal de enfermería capacitado está desarrollando a través de la aplicación de la consejería en el adulto mayor. La consejería de enfermería es un proceso de trabajo sistematizado y planificado en el cual la enfermera o el enfermero educa, orienta y da seguimiento a través de los cuidados específicos para prevenir, controlar y limitar un mayor deterioro a la salud.

Con base en estas experiencias y de acuerdo con un corte de información al 31 de octubre de 2016, se reporta una población atendida de 4094 y la realización de 559 valoraciones integrales, de las cuales 71% corresponden al sexo femenino y 29% al sexo masculino.

Con estos resultados es evidente que el equipo de trabajo que lleva a cabo la consultoría tiene reconocimiento y confianza por parte de la PAM y su familia.

Sin duda, a nivel nacional existen diversas experiencias en la atención a las PAM y en su manejo diferenciado; sin embargo, el ejemplo es un referente de la importancia de implementar la consultoría de enfermería como parte del proceso de atención y del seguimiento personalizado y sistematizado.

III. MARCO JURÍDICO

El marco jurídico que sustenta la pertinencia de las acciones propuestas en este protocolo se describe a continuación:

Constitución Política de México

- Artículo 1°. Consagra el mandato de no discriminación.
- Artículo 4°. Consagra la igualdad jurídica entre el varón y la mujer, establece la protección de la salud, así como el derecho a un medio ambiente adecuado, a la vivienda digna y al acceso a los servicios de salud.
- Artículo 123. Sienta las bases de los sistemas de seguridad social.

Leyes

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley General de Desarrollo Social (artículos 1, 2, 3, 6 y 10).
- Ley General de Salud (artículos 77, 112, 166 Bis y 167-180).
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Reglamentos y Acuerdos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
- Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a inmuebles federales.

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
- NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- NOM-016-SSA3-2012, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-031-SSA3-2012, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- NOM-014-SSA3-2013, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

IV. POLÍTICAS

Infraestructura

- En lo relacionado a la consultoría de enfermería, las especificaciones de la infraestructura se detallan en el anexo 5.

Requisitos del profesional de enfermería

- Las acciones serán implementadas preferentemente por licenciados en enfermería.
- La consultoría de enfermería estará preferentemente a cargo de personal de enfermería especialista en áreas de gerontogeriatría o de licenciados en enfermería con capacitación específica en la PAM.
- Aplicar los criterios de inclusión establecidos por las instancias normativas para la selección de pacientes, siendo en el ámbito ambulatorio las personas a partir de los 60 años de edad y en el hospitalario las PAM de 70 años y más.
- Favorecer la participación de otras disciplinas en el cuidado de las PAM, considerando como mínimo enfermería, medicina y trabajo social.
- Asistir a programas de capacitación en competencias geriátricas básicas para disminuir la dependencia funcional y los desenlaces adversos en las PAM.

De las instituciones

- Monitorizar los indicadores para medir el resultado de las intervenciones.
- Registrar en el sistema de información los datos estadísticos que permitan caracterizar la epidemiología de las PAM.
- Promover una atención integral de las PAM.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Contar con una herramienta técnica que sirva como directriz para el personal de enfermería, donde se establece la estandarización de las intervenciones generales y específicas orientadas a la prevención y el cuidado de los principales problemas geriátricos de la persona adulta mayor.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Ámbito ambulatorio.

- Identificar los factores de riesgo de dependencia funcional y evitar, disminuir o retrasar el nivel de dependencia en las PAM para fomentar un envejecimiento saludable.
- Implementar las intervenciones recomendadas según el nivel de riesgo identificado.

V.2.2 Ámbito hospitalario.

- Identificar a las PAM en riesgo de deterioro funcional y síndromes geriátricos frecuentes.
- Implementar los cuidados básicos enfocados al mantenimiento y recuperación de la funcionalidad de las PAM.

VI. ESTÁNDARES GENERALES

El Modelo para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General sirvió de marco para establecer los lineamientos generales que surgen de los estándares de calidad relacionados a la atención del adulto mayor, mismos que se describen a continuación:

VI.1 De la atención ambulatoria.

- La atención ambulatoria de las PAM por profesionales de enfermería implicará que tanto la persona como sus familiares y cuidadores reciban la atención, el seguimiento y el apoyo necesarios para solventar las crisis que pudieran presentarse en el domicilio, a través de la detección de factores de riesgo y la consejería para un envejecimiento saludable. Se recomienda implementar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas en el plan de cuidados para fomentar y mantener el envejecimiento saludable.
- En las consultorías de enfermería para control y seguimiento se evaluará a la persona adulta mayor que presente algún deterioro de sus capacidades y se iniciarán intervenciones que ayuden a detener, moderar o revertir esta condición.
- De igual manera, se propiciará la capacitación y educación continua por parte de todo el equipo de salud.

VI.2 De la atención hospitalaria.

El personal de enfermería de las unidades médicas prestadoras de servicios de atención deberá ejecutar e implementar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas en el plan de cuidados para la atención de las PAM durante la hospitalización:

- Independientemente del motivo de hospitalización, las PAM deberán ser valoradas en búsqueda de factores de riesgo que puedan precipitar o empeorar condiciones geriátricas específicas (por ejemplo, delirium, dolor, úlceras por presión, inmovilidad, desnutrición, entre otras).

- Las PAM con deterioro de su condición por enfermedades agudas y complicaciones de las mismas deben recibir intervenciones de enfermería específicas de cuidado que disminuyan los riesgos inherentes a la hospitalización.
- Se deberá reconocer que la familia o el cuidador son parte fundamental en el tratamiento del paciente hospitalizado y no considerarlos pone en riesgo la eficacia de los cuidados de enfermería otorgados.
- El régimen terapéutico de las PAM es complejo, por ello el uso y manejo de medicamentos debe cumplirse de forma segura y eficiente acorde con los estándares de calidad y seguridad.
- Cuando el profesional de enfermería identifique a las PAM de alto riesgo durante la hospitalización, deberá gestionar el enlace con las áreas o servicios para una evaluación y atención especializada.
- Durante la estancia hospitalaria, el profesional de enfermería deberá capacitar y sensibilizar al paciente y a sus familiares sobre temas de movilidad, orientación en tiempo y espacio, higiene personal, higiene del sueño, medidas de seguridad, prevención de úlceras, comunicación, uso seguro y efectivo de los medicamentos, dieta y nutrición, manejo del dolor y todas aquellas acciones que correspondan a los riesgos individuales de cada paciente.
- Garantizar, junto con el equipo multidisciplinario, una planificación para la transición de cuidados con el fin de disminuir el riesgo al egreso del paciente, así como para garantizar una continuidad de cuidados adecuada a las necesidades individuales.
- Propiciar la educación y formación del equipo de salud para la atención de las personas adultas mayores (PAM).

En la siguiente sección se proponen acciones operativas específicas para iniciar el cumplimiento de dichos estándares. Conforme avance la implementación de estas medidas, se irán introduciendo paulatinamente planes de cuidados de enfermería de acuerdo con la complejidad de la atención de las PAM.

VII. ESQUEMA GENERAL PARA EL CUIDADO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES



Adaptado del Modelo para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General

VII.1 Cuidados geriátricos básicos en el ámbito ambulatorio

Valoración por enfermería:

- Valorar el riesgo de dependencia funcional en las PAM.
- Aplicar un instrumento de valoración para la detección de factores de riesgo de dependencia funcional a todas las PAM mayores de 60 años (anexo 1).
- Identificar a las PAM que requieren evaluación adicional como lo establece el instrumento ya mencionado.

Personas adultas mayores sin riesgo.

- Implementar acciones de promoción de la salud adaptadas a la edad, el sexo y la cultura de las PAM.
- Fomentar el autocuidado en la adopción de hábitos saludables, entre los cuales se pueden considerar:
 - Actividad física incluyendo la aeróbica, de equilibrio, de fortalecimiento muscular y de flexibilidad; por ejemplo, realizar al menos 30 mi-

nutos de actividad física aeróbica al día, en sesiones de al menos 10 minutos (OMS, 2010; OMS, 2015).

- Alimentación saludable de acuerdo con las guías alimentarias para la población mexicana de la Academia Nacional de Medicina (ANM, 2015).

Las personas en este grupo de edad pueden obtener grandes beneficios en su salud al reducir el riesgo modificable a través de la dieta y la actividad física.

En esta etapa, como en las anteriores, es fundamental controlar el consumo de energía, mantener una dieta variada y evitar el consumo de alimentos y bebidas procesados que son densamente energéticos (alto contenido de grasa y azúcar) y suelen estar más accesibles que otros alimentos tradicionales o con mayor densidad de nutrimentos. El número sugerido de porciones por grupo de alimentos para personas mayores que recomienda la Academia Nacional de Medicina (2015) se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 1: Número de porciones sugeridas por grupo de alimentos para adultos de 60 años y más (con actividad física ligera o moderada)

Grupo de alimentos	Alimentos	Número de porciones*		
		1500 kcal	1600 kcal	1700 kcal
			60 años y más	
Verduras y frutas	Verduras	3	3	3
	Frutas	2	2	2
Cereales ^a		6	7	7.5
Leguminosas y alimentos de origen animal	Leguminosas	1.5	1.5	1.5
	Alimentos de origen animal ^b	1.5	2	2.5
Lácteos	Leche descremada ^c queso, yogurt	2	2	2
Agua simple ^d		3 a 8 vasos al día (750 a 2000 ml)		
Azúcares ^e		2	2	2
Grasas ^f		4	4	4

^a Se debe procurar comer cereales integrales y granos enteros.

^b Del total de porciones de AOA se deben preferir los alimentos con bajo contenido de grasa. Menos de la mitad de las porciones de AOA deben ser con alto contenido de grasa saturada y/o sal. El resto debe de ser con bajo contenido de grasa.

^c Se debe consumir leche natural sin grasa o con 1% de grasa.

^d Se trata de sugerencia de consumo. El consumo de agua simple debe ser mayor en personas que practican actividad física vigorosa, algún deporte o viven en climas calurosos.

^e El consumo de azúcares no debe sobrepasar 10% del requerimiento calórico diario.

^f Se sugiere preparar los alimentos sin grasa o usar las porciones de grasa que aquí se recomiendan para cocinarlos.

* Estas son porciones máximas sugeridas al día. Se recomienda evitar los azúcares y las grasas; es mejor comer una ración más de fruta que su equivalente en azúcar, por ejemplo.

Fuente: Academia Nacional de Medicina (2015).

- Promover la participación social (OMS, 2015) por medio de grupos de ayuda mutua en unidades asistenciales o comunitarias.
- Sugerir seguimiento anual.

Personas adultas mayores con riesgo.

- Implementar las intervenciones para las PAM sin riesgo, mencionadas anteriormente.
- Cotejar el uso de medicamentos y productos alternativos (suplementos, herbolarios, homeopáticos) para identificar polifarmacia y/o riesgo de interacción medicamentosa.
- Favorecer la adherencia a los tratamientos.
- Identificar al cuidador primario de las PAM para favorecer el autocuidado.
- Recomendar la adecuación de las condiciones del hogar para evitar barreras arquitectónicas.
- Establecer el enlace del cuidador o familiar con el área de trabajo social con la finalidad de que realice intervenciones que permitan conocer dinámicas, roles y jerarquías en el interior del hogar, así como identificar recursos sociales.
- Referir al siguiente nivel de atención según los factores de riesgo identificados.
- Sugerir seguimiento periódico frecuente conforme a las necesidades de las PAM conforme a factores de riesgos identificados y las intervenciones implementadas en un lapso no mayor de 6 meses.

VII.2 Cuidados geriátricos básicos en el ámbito hospitalario

Valoración por enfermería:

- Identificación de riesgos.
- Identificación de problemas y síndromes geriátricos frecuentes en las PAM hospitalizadas.
- Aplicar la herramienta SPPICEES para la identificación de los principales problemas y síndromes geriátricos (anexo 2).

Minimizar el declive funcional:

- Permitir durante la estancia hospitalaria el uso de órtesis y prótesis como auxiliares visuales y auditivos, prótesis dentales y, dependiendo de las condiciones en las instalaciones, auxiliares para la marcha.
- Permitir la permanencia del cuidador primario para que colabore en el cuidado de las PAM.
- Promover la participación de las PAM en la toma de decisiones sobre su cuidado.
- Favorecer la comunicación, llamar a las PAM por su nombre o según su preferencia, asegurarse que le escucha y ve bien, hablarle en forma clara y con volumen apropiado.
- Favorecer la actividad física de las PAM durante su hospitalización, de acuerdo con su condición de salud.
- Maximizar la actividad física de las PAM, con la ayuda de su cuidador primario en caso necesario.
- Fomentar medidas de higiene del sueño, tales como evitar siestas en el día (se puede permitir una siesta después de comer, pero no mayor a 30 minutos), mantener los niveles mínimos de luz y ruido en la medida de lo posible, respetar los ciclos de sueño nocturno evitando la toma de signos vitales y la ministración de medicamentos, si las condiciones de las PAM lo permiten. Tomar en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño.
- Cotejar el uso de medicamentos y productos alternativos (suplementos, herbolarios, homeopáticos) para identificar polifarmacia y/o riesgo de interacción medicamentosa.
- Favorecer la orientación temporal del paciente con calendario y reloj visibles.
- Promover el mantenimiento o la recuperación de la funcionalidad procurando la realización de actividades básicas de la vida diaria por parte de las PAM, si sus condiciones lo permiten, evitando lo más posible suplir totalmente estas actividades.
- Identificar al cuidador primario de las PAM para su capacitación durante la estancia hospitalaria, con el propósito de extender los cuidados de rehabilitación y recuperación en el hogar.

- Establecer el enlace del cuidador o familiar con el área de trabajo social con la finalidad de que realice intervenciones que permitan conocer la dinámica, roles y jerarquías en el interior del hogar, así como identificar los recursos sociales y, en su caso, gestionar que cuente con lo suficiente para asegurar la continuidad de los cuidados de las PAM.

Medio ambiente adecuado

- Promover un ambiente amigable para las PAM³ con medidas tales como ubicarla cerca de ventanas o establecer terapia con luz,⁴ unidades con poco mobiliario, señalamientos y camas de baja altura, en especial con personas con alto riesgo de caídas (esto puede reducir el riesgo de caídas y fracturas).
- Considerar la capacitación oportuna del cuidador primario para el cuidado en domicilio.
- Contactar a trabajo social para establecer el soporte social en la comunidad.
- Si no existe un equipo interdisciplinario para el cuidado geriátrico, favorecer la coordinación de los diferentes profesionales involucrados en el cuidado de las PAM.
- Establecer el plan de alta.

VII.3 Cuidados geriátricos específicos

- Implementar cuidados de enfermería específicos según los resultados del SPPICEES, conforme se detalla en el instrumento (anexo 4).
- Cabe mencionar que no se han considerado planes de cuidado específicos y completos de atención de enfermería para los síndromes geriátricos contenidos en el SPPICEES, los cuales se irán integrando paulatinamente.

³ Si bien no es posible que el personal de enfermería pueda crear o modificar los espacios de infraestructura, sí es factible implementar intervenciones específicas para favorecer espacios más amigables a las necesidades de la PAM.

⁴ La terapia con luz consiste en la exposición a la luz brillante o solar para estabilizar o cambiar el ritmo endógeno. Los desórdenes de sueño del ritmo circadiano pueden causar insomnio por la falta de sincronización entre el reloj interno y el horario externo.

VIII. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

- Capacitación del personal.
- Seleccionar líderes ya capacitados.
- Informar al personal sobre el propósito de la implementación.
- Seleccionar un área o servicio para implementar un programa piloto.
- Diagnóstico basal de los problemas geriátricos prevalentes.
- Registro de la información.

IX. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de México (2015). Guías alimentarias y de actividad física en el contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Documento de postura. México: Intersistemas.
- Capezuti E., Zwicker D., Fulmer T.T., et al. (eds.) (2012). Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. 4 ed. Estados Unidos: Springer.
- CENETEC (2011). Diagnóstico y tratamiento de insomnio en el anciano. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/492_GPC_Insomnio_del_Anciano/IMSS-492-11-GER_InsomnioAnciano.pdf
- CENETEC (2013). Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera. Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_603_13_ENFERMERIAENFRACTURADECADERAADULTOS/603GER.pdf
- CENETEC (2015). Intervenciones de enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-770-15/ER.pdf>
- CENETEC (2015). Intervenciones de Enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo. México: Secretaría de Salud. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-775-15-IntEnfdeteriorocognoscitivo/775GER.pdf>
- CENETEC (2015). Intervenciones de Enfermería para la atención en adultos de 65 años y más con infecciones de vías respiratorias en el primero y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-769-15/ER>.

CENETEC (2016). Intervenciones de Enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor en los tres niveles de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-312-16-IntEnf-Depresion-adulto-mayor/GER_DepresionAdultoMayor.pdf

CENETEC (2016). Intervenciones de Enfermería para un envejecimiento saludable. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-274-16-IntEnf_Envejecimientosaludable/GER-Envejecimientosaludable.pdf

Darchy B., LeMiere E., Figueredo B., Bavoux E., Domart Y. (1999). Iatrogenic diseases as a reason for admission to the intensive care unit: incidence, causes and consequences. *Archives of Internal Medicine*; 159(1), 71-78.

García Peña C. González González, C. (2012). La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. En: *Envejecimiento y salud. Una propuesta para un plan de acción*. México: Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía. Instituto de Geriátría. Universidad Nacional Autónoma de México.

González González, C. (2011). Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants. *BMC Public Health*; 11, 192.

Gutiérrez L. M., Kershenovich D. (coords.) (2012). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México: Academia Nacional de Medicina de México, Academia Mexicana de Cirugía, Instituto de Geriátría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Gutiérrez Robledo L.M., et al. (eds.) (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: Instituto Nacional de Geriátría.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002). México.

- Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Partida Bush, Virgilio (2006). Proyecciones de la población de México, 2005-2050. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatales/Pr
- Querejeta González, M. (2003). Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid. Imserso.
- World Health Organization (2004). Towards age-friendly primary health care. Ginebra: WHO. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>
- World Health Organization. Integrated care for older people [internet]. WHO 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/health-systems/integrated-care/en/>

X. ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento de valoración para detección de factores de riesgo de dependencia funcional



INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA



© Instituto Nacional de Geriátría.

VALORACIÓN PARA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL			
			HORA INICIAL DE APLICACIÓN
INSTRUCCIONES:			
1. Salude a la persona adulta mayor (PAM), preséntese dando su nombre.			
2. Explique el objetivo de la entrevista y solicite su colaboración para contestar las siguientes preguntas sobre su estado de salud.			
3. La PAM expresa su autorización para aplicarle el presente cuestionario. Sí: ____ No: ____			
4. A continuación, realice cada una de las preguntas en voz alta y observe a la persona para verificar que está escuchando y que presta atención.			
5. Tache la columna que corresponda a la respuesta de la PAM.			
Nombre(s) y apellidos:			Edad (años):
Escolaridad (años completos):			Sexo: M H
		RIESGOS	
1	¿Tiene dificultad para bañarse, vestirse, levantarse de la cama, utilizar el escusado/letrina o comer sin ayuda?	SÍ	NO
2	¿Tiene dificultades para salir de su casa, utilizar el transporte público, tomar sus medicamentos correctamente, manejar dinero o preparar alimentos sencillos sin ayuda?	SÍ	NO
3	¿Ha tenido una o más caídas en el último año?	SÍ	NO
4	¿Tiene dolor que le dificulte realizar sus actividades cotidianas?	SÍ	NO
5	¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido?	SÍ	NO
6	¿Se le olvidan las cosas y esto le causa problemas en sus actividades diarias?	SÍ	NO
7	¿En los últimos 6 meses ha perdido una talla de ropa o 2 kg de peso sin conocer la causa?	SÍ	NO
8	¿Toma más de 5 medicamentos diferentes por día, incluyendo vitaminas, naturistas y homeopatía?	SÍ	NO
9	En caso de requerir ayuda, ¿cuenta con alguien que lo apoye?	NO	SÍ
10	En general, ¿cómo encuentra su estado de salud?	Muy malo Malo	Excelente Muy bueno
6. En caso de tener una respuesta SÍ en las preguntas 1 a la 9 (excepto la 10), pase a la parte posterior del instrumento para continuar con la valoración de cada riesgo potencial identificado.			
Observaciones y comentarios			
			HORA FINAL DE APLICACIÓN
Nombre y apellidos del(a) entrevistador(a):			Fecha

VALORACIÓN DE RIESGOS POTENCIALES IDENTIFICADOS			
INSTRUCCIONES: 7.- Por cada respuesta positiva, si corresponde realice las pruebas que se indican. 8.- Según los resultados obtenidos, aplique las escalas correspondientes. 9.- Según los resultados, envíe a o realice una valoración geriátrica.			
RESPUESTA POSITIVA	PRUEBAS A REALIZAR	RESULTADO	ESCALAS
1 ¿Tiene dificultad para bañarse, vestirse, levantarse de la cama, utilizar el escusado/letrina o comer sin ayuda?	SÍ	Respuesta positiva	KATZ
2 ¿Tiene dificultades para salir de su casa, utilizar el transporte público, tomar sus medicamentos correctamente, manejar dinero o preparar alimentos sencillos sin ayuda?	SÍ	Respuesta positiva	LAWTON
3 ¿Ha tenido una o más caídas en el último año?	SÍ	1. Tome la tensión arterial para identificar presencia de hipotensión ortostática. 2. Prueba "levantarse y andar".	1. Tome la TA sentada y después de pie, si la TA sistólica baja 20 o más mmHg o la TA diastólica baja 10 o más mmHg . 2(a). fase de levantarse: No puede levantarse o necesita ayuda. 2(b). fase de andar: > 20 seg
4 ¿Tiene algún dolor que le dificulte realizar sus actividades cotidianas?	SÍ	Escala verbal análoga: de 0 a 10 (0= sin dolor 10=máximo dolor percibido). ¿En cuánto califica su dolor? <input type="text"/>	
5 ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido?	SÍ	Aplique la Escala Geriátrica de Depresión (GDS). <input type="text"/>	
6 ¿Se le olvidan las cosas y esto le causa problemas en sus actividades diarias?	SÍ	Mini-Cog®: a. Le voy a decir tres palabras que quiera que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son: árbol, mesa y avión. b. Por favor, dibuje un reloj. Comience dibujando un círculo grande. Coloque todos los números en el círculo. Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 8:20. ¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara? <input type="text"/>	
7 ¿En los últimos 6 meses ha perdido una talla de ropa o 2 kg de peso sin conocer la causa?	SÍ	Respuesta positiva <input type="text"/>	CSEN (SNAQ)
8 ¿Toma más de 5 medicamentos diferentes por día, incluyendo vitaminas, productos naturistas y homeopáticos?	SÍ	Realice cotejo de medicamentos, evalúe el apego al tratamiento y pregunte sobre el control de la(s) enfermedad(es).	
9 En caso de requerir ayuda, ¿cuenta con alguien que lo apoye?	NO	Realice VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	Identifique a la persona cuidadora primaria y enlace con trabajo social.
VALORACIÓN GERIÁTRICA. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS.			
ESCALA	RESULTADO	OBSERVACIONES	
ÍNDICE DE KATZ (ABVD)	[], ()/6		
ÍNDICE DE LAWTON (AIVD)	[], ()/8		
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO ORIENTADA A MOVILIDAD (POMA)	equilibrio []+marcha []=()		
ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (GDS)	()/15		
MINI-COG®	()/5		
CUESTIONARIO SIMPLIFICADO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL (SNAQ)	()/20		
ESCALA ADAPTADA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN	()/25		
CLASIFICACIÓN: Según las respuestas en la columna de riesgos.			
PERSONA ADULTA MAYOR SIN RIESGO (ninguna respuesta en la columna de riesgos) Educación para la salud. Promoción de la salud. Se sugiere seguimiento anual.		PERSONA ADULTA MAYOR CON RIESGO (1 ó más respuestas en la columna de riesgos) Educación para la salud y promoción de la salud. Intervención según los riesgos identificados. Referir al nivel de atención pertinente. Se sugiere seguimiento más estrecho.	

VALORACIÓN GERIÁTRICA

Anexo 2.
Identification of Seniors at Risk - Hospitalized Patients (ISAR-HP)

Identificación de personas mayores hospitalizadas en riesgo		
Ítems, antes de la admisión hospitalaria.	Sí	No
¿Necesitaba regularmente ayuda para alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria (uso de transporte, uso de teléfono, manejo de medicación, manejo de dinero, hacer compras, preparar alimentos, labores del hogar o lavar ropa)?	1	0
¿Necesitaba algún auxiliar para deambular (bastón, andadera, muletas)?	2	0
¿Necesitaba ayuda para salir de viaje?	1	0
¿Continuó su educación después de los 14 años de edad?	0	1
Puntaje: 0-1. Riesgo bajo Puntaje: 2-3. Riesgo intermedio Puntaje: 4-5. Riesgo alto		
Fuente: Adaptado de Asmus-Szepesi KJ, et al. (2013). Prognosis of hospitalised older people with different levels of functioning: a prospective cohort study. <i>Age & Ageing</i> . 42(6):803.		

Este instrumento permite detectar el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización, a los tres y a los 12 meses después del egreso hospitalario. Tiene un valor predictivo positivo de 43% y un valor predictivo negativo de 85%. Su uso es parte de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de rehabilitación temprana en el adulto mayor hospitalizado (Secretaría de Salud, 2013).

Anexo 3. Hospital Admission Risk Profile (HARP)

Perfil de riesgo a la admisión hospitalaria					
Este instrumento predice riesgo de pérdida de funcionalidad					
Edad	Puntuación	Actividades instrumentales (previas a la hospitalización)	Puntuación		
60-75 años	0	Usar el teléfono solo Salir a hacer compras Preparar alimentos* Tareas domésticas* Usar transporte público Tomar solo los medicamentos Manejar dinero * A las personas que nunca realizaron estas actividades, se les otorgará la puntuación 0	No	Sí	
76-84 años	1		0	1	
85 y más años	2		0	1	
			0	1	
			0	1	
			0	1	
			0	1	
			Puntaje AIVD: 6-7 = 0 Puntaje AIVD: 0-5 = 2		
Miniexamen abreviado del estado mental					
Orientación temporal:	x	✓	Registro Repita estas 3 palabras:	No repite	Repite
Día	0	1			
Fecha	0	1	Papel	0	1
Mes	0	1	Bicicleta	0	1
Estación	0	1	Cuchara	0	1
Año	0	1			
Orientación espacial:	x	✓	Concentración Deletree la palabra MUNDO al revés.		
Lugar u hospital	0	1		0	1
Piso	0	1		od	2
Ciudad o estado	0	1		odn	3
Municipio o delegación	0	1		odnu	4
País	0	1		odnum	5
			Memoria ¿Recuerda las 3 palabras que le mencioné antes?	No recuerda	Recuerda
			Papel	0	1
			Bicicleta	0	1
			Cuchara	0	1
Puntaje del miniexamen mental: 15 -21 = 0 Puntaje del miniexamen mental: 0 -14 = 1					
Puntaje edad: Puntaje AIVD: Puntaje estado mental: Puntaje total:			Riesgo de pérdida de autonomía: 0-1: riesgo bajo 2-3: riesgo intermedio 4-5: riesgo alto		
Fuente: Adaptado de: Sager MA, et al. (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. Journal of the American Geriatrics Society; 44(3), 251; y Dent E, Perez Zepeda M. (2015). Comparison of five indices for prediction of adverse outcomes in hospitalised Mexican older adults: A cohort study. Archives of Gerontology and Geriatrics; 60(1), 89.					

Anexo 4.
Instrumento para la detección de problemas geriátricos
SPPICEES

PROBLEMAS GERIÁTRICOS	SÍ	NO
S= Integridad de la piel (Skin). Existe riesgo de úlceras por presión.		
P= Problemas con la nutrición. En los últimos 6 meses ha perdido una talla o 2 kg de peso sin conocer la causa. La PAM está muy enferma y/o es probable que esté en ayuno por más de 5 días.		
P= Dolor (Pain). Presenta dolor que le impide realizar actividades de la vida diaria.		
I= Inmovilidad. Tiene dificultad para desplazarse y realizar sus actividades.		
C= Confusión. Ha tenido cambios de conducta y desorientación. Se observan datos de apatía, tristeza o desinterés.		
E= Eliminación Ha tenido salida de orina y/o heces sin que lo pueda evitar.		
E= Apoyo social (Elderly support). Cuenta con cuidador primario.		
S= Trastornos del sueño (Sleep). Tiene problemas para dormir.		

Fuente: Fletcher K, Hawkes P, Williams-Rosenthal S, Mariscal CS, Cox BA. (2007). Using Nurse Practitioners to Implement Best Practice Care for the Elderly during Hospitalization: The NICHE Journey at the University of Virginia Medical Center. Critical Care Nursing Clinics of North America, 19, 321-337. Retomado del capítulo 2 de la guía de planeación e implementación de NICHE: Capezuti E, Bub L, Boltz M. (2013). The NICHE Guide: The Geriatric Resource Nurse Model. En: L Bub, M Boltz, E Capezuti (eds.). NICHE Planning and Implementation Guide. New York: NYU.

SÍ	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
S = Integridad de la piel	Aplicar protocolo estandarizado.
P = Problemas de nutrición	Identificar dificultades de la nutrición comunes en la PAM. Vigilar aporte nutricional. Referir oportunamente a las disciplinas adecuadas.
P = Dolor	Identificar etiologías de dolor agudo y crónico. Monitorizar el dolor con escalas y registrar características del dolor. Identificar las medidas para el control de dolor (farmacológicas y no farmacológicas). Prevenir y minimizar los efectos colaterales del tratamiento. Anticiparse al dolor.
I = Inmovilidad	Mantener el funcionamiento independiente máximo de los pacientes. Seguir la guía práctica de enfermería sobre síndrome de inmovilidad. Referir oportunamente a las disciplinas adecuadas.
C = Confusión	<i>Delirium:</i> Cuidados geriátricos básicos. Evitar sujeciones físicas. Facilitar el sueño. Vigilancia de respuesta a medicamentos y reporte oportuno. Acompañamiento permanente del cuidador. Proporcionar orientación al cuidador. <i>Depresión:</i> Cuidados geriátricos básicos. Referir oportunamente a disciplinas adecuadas.
E = Eliminación	Identificar tipos de incontinencia tanto urinaria como fecal. Registro de episodios de incontinencia. Medidas para prevenir daños a piel. En la medida de lo posible, motivar a la PAM para que use el baño o el cómodo para reducir el uso de protectores.
E = Apoyo social	Promover la permanencia del cuidador primario. Educación al cuidador primario.
S = Sueño	Identificar factores que alteren el sueño. Cuidados de higiene de sueño. Referir oportunamente a disciplinas adecuadas.

Anexo 5.

Infraestructura mínima para la implementación de consultorías de enfermería para el cuidado de la persona adulta mayor

Para la atención de la persona adulta mayor en la consultoría es necesario contar con condiciones arquitectónicas y mobiliario que permitan efectuar las actividades dirigidas a ella.

Con base en la NOM-197 SSA1-2000, los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios son los siguientes.

Lineamientos de infraestructura

Área de espera: Es recomendable que el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante, que el establecimiento cuente con ventilación e iluminación naturales, por medios artificiales o mecánicos, y con servicios sanitarios en proporción a la demanda de pacientes y acompañantes, cumpliendo con el reglamento de construcción correspondiente. No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.

Área de tratamiento y cuidado:

- 1 lavabo
- 1 cama de exploración
- 1 escritorio (con archivero)
- 2 sillas para el paciente y su acompañante
- 1 silla para el personal de enfermería
- 1 banco de altura
- 1 báscula con estadiómetro
- 1 estetoscopio
- 1 esfignomanómetro
- 1 termómetro
- 1 glucómetro
- 1 estuche de diagnóstico

Especificaciones de infraestructura:

- Con puerta de acceso de 90 o 100 cm de ancho (Social, 2000).
- Sin escalones o desniveles para su acceso.
- Área libre de muebles y objetos dentro de la consultoría de 2 m.
- Con piso antiderrapante, no brillante (no blanco) (Salud, 2000).

**Principales acciones en la consultoría de enfermería
para el cuidado del adulto mayor**

Valoración por enfermería	
Actividad	Instrumento/Acciones
1. Como parte de la identificación del paciente se deberá incluir:	<ul style="list-style-type: none"> - Número de hospitalizaciones en el último año - Acude solo o acompañado - Uso de prótesis, ortesis y auxiliares - Datos de contacto
2. Llevar a cabo la detección de factores de riesgo de dependencia funcional.	Formato Valoración para detección de factores de riesgo de dependencia funcional.
3. Llevar a cabo la clinimetría abarcando las esferas biológica, funcional, cognitiva y social, según el riesgo detectado en el anterior instrumento.	Escalas de: Katz, MMT, GDS, Lawton, Barthel, Tinetti, Apgar, Zarit.-Zarit y Estado nutricional.
4. Realizar la clasificación según el riesgo de dependencia.	Cuadro de clasificación según resultados.
5. Realizar el plan de intervención específico y el de seguimiento.	Cuadro de clasificación según resultados; Recomendaciones/paquete de servicios y tiempo de seguimiento.
6. Realizar valoraciones subsecuentes según el plan de seguimiento, llevando a cabo las mismas actividades de la valoración inicial. Documentar los resultados del plan de seguimiento.	Establecer indicadores.
7. En los casos necesarios realizará la recomendación con otros profesionales que participan en la atención al AM.	Promover la integración de otros profesionales según el caso lo amerite. Documentar en hoja de enfermería.

Otros elementos importantes que se deben considerar en el abordaje son:

- Evaluación de la agudeza visual y auditiva
- Evaluación de trastornos del sueño
- Revisión de medicamentos prescritos y por automedicación
- Esquema de inmunización
- Estado nutricional

