



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



# **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA BRINDADO AL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN BASE A LOS ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

## **TESINA**

### **PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Presenta:**

**Elizabeth Salinas Flores**

**Asesora:**

**E.E.A.G Alejandra Miranda Martínez**



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.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	7
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
<b>OBJETIVOS</b> .....	10
General .....	10
Específicos.....	10
<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES DE LA CALIDAD</b> .....	11
1.1 Historia de la calidad.....	11
1.2 Conceptos generales de calidad .....	13
<b>CAPITULO II. CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD</b> .....	15
2. I Avedis donabedian.....	15
2.1.2 Aportaciones de avedis donavedian sobre la calidad en la atención de la salud .....	15
2.1.2.1 la calidad de la atención médica .....	15
2.1.2.2 La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? .....	17
2.1.2.3 Garantía de calidad en la atención de salud: el papel del consumidor	18
2.1.2.4 La calidad en la atención sanitaria: ¿De quién es la responsabilidad?	19
<b>CAPITULO III. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO</b> .....	22
3.1 Contexto histórico del cuidado de enfermería .....	22
<b>CAPITULO IV. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO</b> .....	25
4.1 La salud en México .....	25
4.2 La atención médica .....	25
4.2.1 Características .....	26
4.3 La atención del personal de enfermería.....	27
<b>CAPÍTULO V. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA</b> .....	29
<b>CAPÍTULO VI. ANTECEDENTES DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENFERMERÍA (ANA)</b> .....	30
6.1 Estándares de práctica de enfermería gerontológica: 2001 .....	30
6.3 Estándares de la práctica de enfermería .....	32

6.4 Estándares del ejercicio profesional.....	32
6.5 Normas de la práctica en enfermería gerontológica de la asociación americana de enfermería (ana).....	34
<b>CAPÍTULO VII. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN MÉXICO.....</b>	<b>36</b>
7.1 Estándares en la práctica de enfermería por la conamed.....	36
7.1.1 Estándar: identificación.....	36
7.1.2 Estándar: diagnostico/s medico.....	39
7.1.3 Estándar: alteración de las constantes vitales.....	40
7.1.4 Estándar: formula/dieta/líquidos orales.....	40
7.1.5 Estándar: ingesta del paciente.....	42
7.1.7 Estándar: realización de tratamiento.....	45
7.1.8 Estándar: signos y síntomas.....	46
7.1.9 Estándar: cuidados de enfermería.....	48
7.1.10 Estándar: identificación de necesidades.....	49
7.1.11 Estándar: intervenciones de enfermería.....	51
7.1.12 Estándar: respuesta y evolución.....	52
7.1.13 Estándar: responsable de la atención.....	52
7.1.14 Estándar: responsable de supervisar la atención.....	53
7.1.15 Estándar: personal.....	54
7.1.16 Estándar: resultados de la atención.....	58
7.1.17 Estándar: resultados de eventos adversos en cuidados de enfermería.....	59
7.2 Indicadores de calidad en enfermería de México por la comisión interinstitucional de enfermería (CIE).....	60
<b>CAPÍTULO XI. ANÁLISIS.....</b>	<b>62</b>
10.1 Análisis de la calidad del cuidado de enfermería brindado al adulto mayor institucionalizado en base a los estándares profesionales.....	62
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>102</b>

ANEXO 1.- Escala de valoración de riesgo de caídas (EVRC).....	102
ANEXO 2: Riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden) .....	104
ANEXO 3: Escala Glasgow.....	105
ANEXO 4: Escala Ramsay.....	105
ANEXO 5.-Criterios de Beers.....	106
ANEXO 6.-Criterios STOPP/ STAR. ....	108
ANEXO 7.-MIni nutricional assesmant (MNA).....	112
ANEXO 8.-Examen Mini Mental de Folstein. ....	113
ANEXO 9.-Escala de Yesavage versión reducida. ....	114
ANEXO 10.-CAM. Método de evaluación de la confusión (Confussion Assessment Method). ....	115
ANEXO 11.-Indice de Katz.....	116
ANEXO 12.-Escala de Lawton-Brody.....	117

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo es producto del interés en el actual crecimiento de la población envejecida en México que va acompañada de un incremento de enfermedades crónicas y de adultos mayores con mayor vulnerabilidad fisiopatológica, lo que hace que su cuidado en casa sea de manejo más complejo, sobrepasando a los familiares a cargo de estos ancianos al requerir una atención especializada y obligándolos a la necesidad de incorporar a su familiar a un sistema institucionalizado como lo son las residencias de larga estancia.

Los cuidados que este grupo etario requiere son de tipo integral y de calidad, basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido, relacionadas con las actividades de la vida diaria, funcionalidad; de concepciones psicológicas de las personas de esta edad, centrados más en el “cuidar” y no el “curar”, orientados en mantener la salud, controlar los factores de riesgo y prolongar la independencia funcional por lo que requieren de una atención multidisciplinaria principalmente del profesional de enfermería que es quien se encarga del cuidado constante en las residencias geriátricas.

Esta tesina quiere responder ¿Cómo puede el profesional de enfermería proporcionar cuidados de alta calidad al adulto mayor en las instituciones? y ¿Qué principios deben guiar nuestra actuación profesional?, sí es que deseamos ofrecer unos cuidados adaptados a las necesidades de los adultos mayores. Razón por la cual los capítulos desarrollados en este trabajo son sobre la calidad, cuidados de enfermería, indicadores y estándares de enfermería internacionales de la Asociación Americana de Enfermería (ANA), así como nacionales de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED.

En este trabajo se pretende realizar un análisis objetivo de la calidad de los cuidados que brinda enfermería tomando como base los estándares de alta calidad de la CONAMED, los cuales pretenden una atención oportuna, personalizada, humana, continua y eficiente .

También se realizó un análisis de las disposiciones constitucionales, leyes generales y específicas en salud de los adultos mayores en México, países de América Latina y el país Europeo España.

Y finalmente se realiza una propuesta Estándares para la atención institucionalizada Geronto-Geriátrica, para enfermería producto de lo observado en una práctica en una residencia geriátrica, basada en el manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno de la CONAMED.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México es un país que está experimentando una serie de cambios que nos lleva a que el número de personas mayores se incremente de manera exponencial; la población total es de 112, 336, 538 de los cuales 10, 055, 379 son personas de 60 años y más. Los estados con mayor proporción de personas adultas mayores son: Distrito Federal 11.3%, Oaxaca 10.7%, Veracruz 10.4%, Baja California 6.8%, Baja California Sur 6.6% y Quintana Roo 4.8%.<sup>1</sup>

Un porcentaje de esta población padece múltiples problemas de salud, como enfermedades crónicas degenerativas y complicaciones de las mismas que condicionan a la aparición de síndromes geriátricos que los lleva a una pérdida de la funcionalidad debido a un proceso de envejecimiento patológico que los condiciona a una situación de dependencia para el desempeño de las actividades de la vida diaria, provocando alteraciones en el ámbito familiar que en muchas ocasiones los conlleva a tomar la decisión de recurrir a instituciones geriátricas de larga estancia.

Debido a lo anterior, las personas adultas mayores requieren de una atención multi e interdisciplinaria, pero sobre todo capacitada y especializada en gerontogeriatría, en este caso, nos enfocamos en el profesional de enfermería que se encarga del cuidado constante en las residencias geriátricas.

El profesional de enfermería especializada es una pieza clave en la atención del adulto mayor de ahí que la especialidad de enfermería gerontogeriátrica sea una necesidad sentida y expresada por diferentes instituciones, por lo que el día de hoy nos lleva a reflexionar sobre cómo debería de ser la calidad de la atención que brindan estos profesionales de la salud a este grupo etario.

Según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, la calidad del servicio es el conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales

---

<sup>1</sup> INAPAM. Estadísticas sobre Adultos Mayores en México. 22 de Septiembre de 2016.

(fracción reformada 12/07/2018).<sup>2</sup> Lo que hace que el hecho de proporcionar cuidados de enfermería en el contexto de las instituciones o de los centros geriátricos obliga a las enfermeras a reflexionar sobre la naturaleza de las relaciones del cuidar. Nos obliga, como profesionales, a replantearnos seriamente si lo que consideramos como "bueno" en nuestra práctica realmente lo es y si debemos efectuar cambios. La evaluación de la calidad de la atención a los adultos mayores que se brinda por el profesional de enfermería sería como un proceso comparativo entre el plan de cuidados establecidos previamente a la valoración y diagnósticos de enfermería con los resultados obtenidos y los objetivos propuestos. El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, lo que se puede considerar calidad.

En la ejecución de todas las acciones de Enfermería especialmente los cuidados, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procedimientos y la aplicación de la ética médica.

---

<sup>2</sup> Ley de los derechos de las personas adultas mayores. 12/07/2018

## JUSTIFICACIÓN

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%.<sup>3</sup>

El acceso efectivo a servicios de salud de calidad es una prioridad, el cuidar al adulto mayor implica una responsabilidad consciente e intencional para la enfermera; es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético.

El cuidado ha sido considerado como el núcleo de la enfermería. Y estas, a lo largo de la historia, han realizado un gran esfuerzo para mantener este cuidar holístico, desde su formación profesional, hasta su práctica clínica, como en la gestión, la educación y la investigación.

Averiguar cuál es la calidad del cuidado que se brinda a los adultos mayores en las instituciones nos daría una respuesta a ¿Cómo queremos que sea la profesión de enfermería? y ¿Qué principios deben guiar nuestra actuación profesional?, sí es que deseamos ofrecer unos cuidados adaptados a las necesidades de los adultos mayores.

Pensar en los cuidados enfermeros en las instituciones geriátricas, analizar la situación actual y ser conscientes de que el futuro del cuidado en geronto geriátrica también permitirá que la atención de enfermería hacia los adultos mayores sea el más adecuado.

---

<sup>3</sup> Instituto nacional de geriatría. Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. México, 2017.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

- Analizar la calidad del cuidado de enfermería que brinda al adulto mayor institucionalizado en base a los estándares de calidad del cuidado establecidos en México.

### ESPECÍFICOS:

- Analizar la calidad del cuidado enfocados en el área de enfermería geronto geriátrica y su aplicación en la actualidad.
- Analizar los estándares de calidad del cuidado enfocados en el área de enfermería geronto geriátrica y su aplicación en la actualidad.
- Reconocer la importancia del cuidado que se debe brindar a los adultos mayores en las instituciones de larga estancia.
- Describir como son los cuidados que brinda actualmente enfermería a los adultos mayores.
- Proponer bases para brindar cuidados de calidad en la atención de enfermería geronto geriátrica a partir de los indicadores y estándares revisados.

## CAPÍTULO I. GENERALIDADES DE LA CALIDAD

### 1.1 HISTORIA DE LA CALIDAD

A lo largo de la historia el ser humano ha manifestado preocupación por la calidad. Por lo que el término “calidad” se puede analizar a través del concepto en su evolución histórica. Indudablemente el hombre ha controlado la calidad a través de un largo proceso.

#### **Primeras civilizaciones** <sup>4</sup>

Los primeros vestigios de la preocupación del hombre por la calidad se remota a la antigua babilonia con el código de Hammurabi (1752 A.C.) que “si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando al dueño, el albañil será condenado a muerte”.

Por otro lado, los fenicios tenían como práctica habitual cortar la mano a lo que reiteradamente hacia productos defectuosos.

En el antiguo Egipto ya existía la figura del inspector de calidad que comprobaba que los bloques de piedra tuviesen las dimensiones adecuadas para construcción de grandes obras.

#### **Fabricación artesanal**

En la época medieval, la fabricación y venta eran realizadas en pequeños talleres por el artesano que captaba directamente las quejas de los consumidores, información que le servía para mejorar su proceso y no volver a cometer fallos. Con la expansión del comercio se da un nuevo paso en la gestión de la calidad apareciendo las garantías de calidad en los contratos de venta.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Francisco J. Miranda. Introducción Gestión de la calidad. 1ra Edición Delta. España, 2017.

<sup>5</sup> Armando J. Y Cervantes Isabel Ma. Gestión integral de la calidad: Un enfoque por competencias. Primera edición. Grupo Editorial Patria, México 2017.

<sup>4</sup> Francisco J. Miranda. Introducción Gestión de la calidad. 1ra Edición Delta. España, 2017.

<sup>5</sup> ARMANDO J. Y CERVANTES ISABEL Ma. GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD: UN ENFOQUE POR COMPETENCIAS. PRIMERA EDICIÓN. GRUPO EDITORIAL PATRIA, MÉXICO 2017.

Durante los siglos XVII Y XVIII surgen en las grandes ciudades los gremios. Estas organizaciones de artesanos establecían unas especificaciones para los materiales con los que se trabajaba, para los procesos y para productos elaborados.

A mediados del siglo XVIII se inició el uso de partes intercambiables en la fabricación de armas (Honoré Le Blanc propuso el sistema y Eli Whitney lo popularizo). Este uso de piezas intercambiables desembocaría finalmente en la revolución industrial.

Asimismo, durante la revolución francesa (1794) se creó un taller nacional de calibres cuyo objetivo era lograr la estandarización de las municiones para diferentes tipos de fusiles, donde se fabricaron ya conceptos de inspección y control de fábrica.

### **Revolución industrial**

Con la revolución industrial de finales del siglo XVIII se produce una paulatina incorporación de la maquina a los talleres, generando una reestructuración interna de las fábricas. La separación entre ejecución y planificación y control, que originalmente originó un importante incremento de la productividad, provoco también un efecto sobre la calidad final del producto. Sin embargo, en esta época la mala calidad de los productos no era un problema dado que existía un exceso de demanda sobre la oferta, que se adquiría cualquier producto que se ofreciese con independencia de su nivel de calidad.<sup>4</sup>

### **Periodo entre guerras**

En 1924 W. A. Shewhart de Bell Telephone Laboratories diseño una gráfica estadística para controlar las variables de un producto. Y así inicio la era del control estadístico de la calidad.

## **Revolución de la calidad en Japón**

Tras concluir la segunda guerra mundial se comienza a figurar en Japón una auténtica revolución de la calidad. Varios ingenieros japoneses (Asaka, Ishikawa, Kogure, Mizuno, Moriguchi, entre otros) comienzan a estudiar en profundidad el control estadístico de calidad, basándose en los estudios de Shewhart. A partir de estos trabajos, los directivos de numerosas empresas observan que la mejora de la calidad produce, de manera natural, una mejora en la productividad.<sup>4</sup>

## **Época de calidad total**

En la actualidad, las empresas comprometidas en materia de calidad incorporaron el sistema de gestión de la calidad (SGC), proceso encaminado a integrar la calidad en todas las fases del proceso y niveles de la organización. La tendencia se observa en las empresas que se certifican en más de una norma internacional ISO.<sup>5</sup>

## **1.2 CONCEPTOS GENERALES DE CALIDAD**

El concepto etimológico de la palabra calidad proviene del vocablo griego “kalos” que significa: bueno, hermoso, apto, favorable; y del vocablo latino “qualirem”, que significa: propiedad.

Es importante entender que la calidad la define principalmente el cliente (paciente) quien recibe nuestro servicio. También es el esfuerzo por complacer a los clientes y no solo conformarse con resolver los problemas que surgen.

A continuación se describen conceptos generales de calidad de acuerdo a los principales exponentes. Y posteriormente nos enfocaremos en Avedis Donabedian quien se enfoca de manera particular en la calidad específicamente en el área asistencial.

## **Calidad de acuerdo a ISO 9000:2000**

Es el grado en el que un conjunto de características (rango diferenciador) inherentes cumple con los requisitos de necesidad o expectativa establecida, generalmente ya implícita o explícita.<sup>6</sup>

### **Kaoru Ishikawa**

Considera la calidad como "desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto más económico, más útil y siempre satisfactorio para el consumidor".<sup>7</sup>

### **Philip Crosby**

Define la calidad como la conformidad o cumplimiento de los requisitos, esta definición se enmarca hacia la producción se relaciona con la inspección de los productos.<sup>7</sup>

### **Jura**

Plantea que la calidad de un producto o servicio es la estandarización del artículo o servicio obtenido en el proceso de producción o servicio que determina el grado de su correspondencia con el conjunto de exigencias establecidas por la documentación técnica y los consumidores. Para Jura la calidad no surge de forma accidental sino de la planificación.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Ayuso Murillo, Diego. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Primera Edición Días Santos. 2018.

<sup>7</sup> Guajardo García Edmundo. Administración de la calidad total. Editorial PAX MÉXICO.

## **CAPITULO II. CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

### **2. I AVEDIS DONABEDIAN**

**Definición de calidad:** es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, evitando riesgos para el paciente.<sup>6</sup>

#### **2.1.2 APORTACIONES DE AVEDIS DONABEDIAN SOBRE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

##### **2.1.2.1 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA<sup>8</sup>**

Donabedian define la calidad como "una adecuación más precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso", con una evidente implicación para los servicios colectivos. A lo largo del artículo de este artículo aparece una reiterada preocupación por una real democratización de la calidad de la atención, vista en términos de su aportación a la duración y a la calidad de la vida.

La definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores:

1. El fenómeno que constituye el objeto de interés.

Limitándose al desempeño de un profesional o técnico de la salud o bien un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional en la atención de las personas que se han convertido en sus pacientes.

Como existe una considerable falta de claridad respecto a cada uno de estos tres elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y de confusión. Con relación al fenómeno objeto de interés, la mayor división ocurre entre dos escuelas de pensamiento.

---

<sup>6</sup> Ayuso Murillo, Diego. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Primera Edición. Días Santos. 2018.

<sup>8</sup> Avedis Donabedian. La calidad de la atención médica. Rev. Calidad Asistencial 2001.

2. Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio.

Presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso o, incluso, un sistema de atención médica. Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella.

3. Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

Hace posible la evaluación la atención, permitiendo que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad.

Donabedian emprende una revisión completa de los métodos de evaluación de la calidad de la atención de la cual destacan los hallazgos de las fallas en el sistema de atención médica. Adicionalmente, Donabedian se aboca a una tarea original de ordenación y clasificación de dichos métodos.

Y explica el contexto del monitoreo de la calidad en un país industrializado; los Estados Unidos. El análisis de Donabedian sobre los tipos de fuerzas que llegan a producir una intervención gubernamental en la monitorización de una atención en su mayor parte privada reviste, sin duda, un interés general.

El artículo de Avedis Donabedian ofrece los elementos para emprender una profunda reflexión de la calidad asistencial.

### **2.1.2.2 LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA. ¿CÓMO PODRÍA SER EVALUADA? <sup>9</sup>**

Donabedian en este artículo abarca todos los campos: desde la reflexión sobre qué es calidad, los diferentes niveles de su definición, los componentes de la calidad, la relación entre calidad y costes, la definición de utilidad, de calidad máxima y calidad óptima, los enfoques de la evaluación (estructura proceso y resultados) y su interacción, la reflexión sobre la validez de los diferentes enfoques, la satisfacción como elemento crucial de los resultados, los diferentes métodos de evaluación, los tipos de criterios y sus ventajas, las fuentes de información para la evaluación y los retos pendientes para seguir avanzando en la evaluación de calidad.

Donabedian en este artículo ha detallado esquemáticamente, los pasos a dar al procurar evaluarla calidad de la asistencia médica. Necesitamos entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y quien brinda la asistencia, para identificar y cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y el bienestar del paciente. Nuestra información acerca del proceso y el resultado de la asistencia necesita ser completa y precisa. Los criterios y estándares necesitan ser flexiblemente adaptables a las peculiaridades clínicas de cada caso, en particular, se necesita aprender cómo obtener con precisión las preferencias de los pacientes para llegar evaluaciones de la calidad verdaderamente individualizadas. Todo esto tiene que producir un profundo análisis de las responsabilidades de los profesionales de la asistencia sanitaria con respecto al individuo y a la sociedad.

---

<sup>9</sup> Avedis Donabedian. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev. Calidad Asistencial 2001.

### **2.1.2.3 GARANTÍA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD: EL PAPEL DEL CONSUMIDOR<sup>10</sup>**

Avedis Donabedian considera que los consumidores interpretan muchos papeles en la escena de la atención sanitaria: a menudo como pacientes, otras veces como antiguos o futuros consumidores y siempre como ciudadanos.

Como consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.

Los consumidores realizan una contribución indispensable para definir la calidad y fijar los estándares que la van a juzgar. Esta contribución engloba unas consideraciones que se encuentran en el mismo núcleo central de la calidad y otras que están más en la superficie, aunque todas ellas son de gran importancia.

Para Avedis el grado de satisfacción del consumidor juega un papel tripartito en la atención médica. Se trata en primer lugar de un juicio sobre la calidad de la atención que incorpora las expectativas y percepciones del paciente. En segundo lugar, se trata de un "resultado" de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también, una consecuencia a la que deben aspirar los sistemas de atención sanitaria como signo de su éxito. En tercer lugar, la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en mejorar su éxito. De este modo, con una transmutación sutil, la satisfacción del paciente, siendo un resultado de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial.

Donabedian concluye que es el usuario quien debe decidir lo que está bien o mal en relación al intercambio personal, las amenidades y los resultados deseables de la atención. Esta delimitación de responsabilidades aparece de forma aún más

---

<sup>10</sup> Avedis Donabedian. Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Rev. Calidad Asistencial 2001.

nítida en sus reflexiones sobre la participación del usuario en el proceso asistencial.

#### **2.1.2.4 LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA: ¿DE QUIÉN ES LA RESPONSABILIDAD?<sup>11</sup>**

Donabedian planteo la calidad de la atención sanitaria como el resultado de dos elementos:

- a) Los atributos fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria.
- b) Las formas en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria. El primero de ellos describe las herramientas, y el segundo describe la manera de emplearlas.

Y también que la calidad de la atención es fruto de la interacción de estos dos elementos y que cuenta con siete atributos principales:

- Eficacia: La capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en la salud, cuando se utiliza en las circunstancias más favorables.
- Efectividad: El grado en el que las mejoras de salud, actualmente disponibles, se alcanzan en realidad.
- Eficiencia: La capacidad de reducir el coste de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.
- Optimización: El equilibrio entre las mejoras de salud y los costes de consecución de esas mejoras.
- Aceptabilidad: Conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y miembros familiares responsables.
- Legitimidad; Conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, mores, leyes y reglamentos.

---

<sup>11</sup> Avedis Donabedian. La calidad en la atención sanitaria: ¿de quién es la responsabilidad? Rev. Calidad Asistencial 2001.

- Equidad; Conformidad con el principio que determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

Avedis coloco la interacción de profesionales y pacientes en el centro del universo de la atención sanitaria, porque cree que es ahí donde tienen lugar los procesos y las decisiones más críticas de calidad. Considera esta idea como el horno atómico donde se genera la calidad.

Utiliza la palabra "generar" porque la atención no se puede concebir como algo que entrega el médico y acepta el paciente. Debería tratarse del producto de la participación libre, igual y totalmente informada de ambos, de la misma manera aplicada con el profesional de enfermería.

### **2.1.3 INDICADORES Y ESTÁNDARES PARA EVALUAR Y MONITORIZAR LA CALIDAD DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios; para ello se desarrolló indicadores y estándares.<sup>12</sup>

Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial en enfermería. Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y específicos de la asistencia, y dan la posibilidad de comparación al disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en la atención son correctos o no, así como nos permiten realizar acciones de mejora.<sup>12</sup>

El estándar es un conjunto de reglas que deben cumplir los procedimientos o investigaciones que afirmen ser compatibles con sí mismos. Los estándares

---

<sup>12</sup> Comisión Interinstitucional de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: 3 Indicadores.

ofrecen muchos beneficios al reducir las diferencias entre los procedimientos y generan un ambiente de estabilidad y calidad en beneficio de los pacientes (CONAMED, 2017).

Al estándar se debe asociar el concepto de indicador este es una variable objetiva, bien definida y utilizada para controlar la calidad de la atención del profesional de enfermería. Son las medidas de satisfacción de las necesidades y expectativas razonables de los pacientes.

Uniando los estándares y los indicadores la calidad del servicio de enfermería será oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios (CONAMED, 2017).

## CAPITULO III. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO

### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado cada momento histórico desde el inicio de la civilización hasta nuestros días. Como referencia tenemos cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional.<sup>13</sup>

La primera etapa, denominada “doméstica del cuidado” se caracteriza por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el periodo histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del imperio Romano.

La segunda “etapa vocacional del cuidado”, segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuentra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religiosos, hasta el final de la Edad Media.

La tercera “etapa técnica del cuidado”, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

Finalmente, la “etapa profesional del cuidado”, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud del población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.

---

<sup>13</sup> Martínez, Ma. Luisa y Chamorro, Elena. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Tercera Edición ELSEVIR. España, 2017.

## **3.2 TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

Entre las teóricas reconocidas a nivel mundial, en este caso por su teoría general, que puede entenderse y aplicarse en la rama y especialización del cuidado gerontológico y geriátrico se encuentra Virginia Henderson y su teoría de las 14 necesidades básicas (modelo basado en los escritos de autores como Thorndike y Maslow).

Del mismo modo, existe otra teórica llamada Dorotea Orem, cuyo modelo conceptual “La teoría general de enfermería”, es indudablemente, altamente plausible para enmarcar el cuidado enfermero al paciente anciano.

Por último, cabe destacar, en el caso de que el sujeto anciano no sufra de ningún tipo de patología psiquiátrica, la utilización del modelo de las relaciones interpersonales de H. Peplau en la práctica diaria con pacientes que sufren algún tipo de afectación mental.<sup>13</sup>

A continuación se describen detalladamente estos modelos.

### **3.2.1 VIRGINIA HENDERSON: TEORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS**

Henderson considera al paciente como un individuo que precisa de ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Virginia propuso las 14 necesidades básicas en las que basa la atención de enfermería. El objetivo de los cuidados de enfermería es lograr la independencia, ayudándola a satisfacer sus necesidades para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre el individuo. De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, los cuidados básicos son aquellos que llevar a cabo las enfermeras en cumplimiento de su función propia.<sup>14</sup>

### **3.2.2 DOROTEA OREM: TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA**

---

<sup>14</sup> Carrasco, Roció. Manual de enfermería geriátrica. Editorial CTO. Madrid, 2012.

Orem observo que algunas personas eran incapaces de mantener sus propios cuidados o los cuidados dependientes sobre una base continua. A partir de esta observación realizo sus teorías: la del autocuidado donde describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requisitos. La teoría del cuidado dependiente que va paralelamente a la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el autocuidado continuo, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesario para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas aplicables al cuidado del adulto mayor<sup>15</sup>.

### **3.2.3 HILDEGARD PEPLAU: MODELO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES**

Hildegard Peplau ejerció un gran liderazgo en la profesión de enfermería; tuvo un papel fundamental en la definición de enfermería en la ANA (1980) y fue la promotora de los estándares profesionales. Describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un “proceso interpersonal significativo, terapéutico” reconocido como el primer tratado de teoría en enfermería. Analizo cuatro experiencias a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y resolución. Peplau estableció esquemas de los aspectos cambiantes de las relaciones enfermera-paciente y propuso y describió seis roles de la enfermera: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor. El trabajo de Peplau está orientado específicamente hacia la relación entre enfermeras y pacientes y es una teoría para la práctica enfermera.<sup>14</sup>

---

<sup>15</sup> Raile, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Octava edición, Elsevier. España, 2015.

## **CAPITULO IV. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO**

### **4.1 LA SALUD EN MÉXICO**

En México, el sistema nacional de salud se integra por instituciones de seguridad social, instituciones de población abierta y el sector privado, mismas que son:

- Entre las instituciones de seguridad social tenemos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (Pemex), prestando servicios únicamente a sus derechohabientes.
- Entre las instituciones de población abierta están: la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS Oportunidades, que presta servicios a la población que no tiene seguridad social.
- El sector privado, que brinda servicios a las personas con capacidad de pago.<sup>16</sup>

### **4.2 LA ATENCIÓN MÉDICA**

En México, el Estado se hace cargo del desarrollo social, por ello los servicios de salud dependen directamente de la capacidad de financiamiento del mismo. La dinámica social, política y económica de los mexicanos es sumamente compleja, se cuenta actualmente con una población de 119, 938, 473 habitantes<sup>17</sup>, con una tasa anual de crecimiento de 1.4 por ciento.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Balderas. Administración de los servicios de enfermería. 5ª Edición Mc Graw Hill. Año 2009.

<sup>17</sup> INEGI. Censo y conteo de población y vivienda; 2015.

<sup>18</sup> INEGI. Encuesta Intercensal; 2015.

#### 4.2.1 CARACTERÍSTICAS

- Atención médica de tipo curativo y asistencial. La cultura de los mexicanos nos induce a la búsqueda de la atención médica sólo cuando la enfermedad está presente. No es práctica común realizarse revisiones periódicas, ni cuidar la salud. Como consecuencia, en muchas ocasiones es demasiado tarde y se hace necesario el internamiento para restaurar la salud.
- Cobertura limitada a la capacidad económica del paciente. A pesar de los esfuerzos del Estado en cuestiones de salud para proveer a todos los mexicanos de la garantía constitucional, la cobertura de atención no incluye al 100% de la población. Podemos decir que la salud está al alcance de quien puede pagarla.
- Tratamientos con base en medicamentos. Prioritariamente se atiende al paciente con fórmulas medicamentosas, lo que subordina a las instituciones médicas a la industria farmacéutica.
- Atención de tipo especializado. La medicina se practica por especialidades, es decir, si tienes problemas de corazón acudes al cardiólogo; de riñón, al urólogo, etc., lo que implica una deficiencia en cuanto a la atención médica integral.
- Concentración de establecimientos médicos en las zonas geográficas de mayor densidad de población. Por supuesto, los recursos para atender la salud y los recursos humanos también muestran concentración. La mayoría de los establecimientos médicos que tienen capacidad para atender la problemática grave de las personas está localizada en las grandes ciudades del país.
- La atención. El tipo de atención que se recibe en los establecimientos médicos depende del tipo de institución. Es frecuente que sea deficiente en las instituciones descentralizadas por servicio, como lo son las que pertenecen a la seguridad social.

En dichos establecimientos es el médico quien dirige, organiza, distribuye y toma decisiones. El paciente se convierte en un receptor pasivo asociado al interior de las instituciones.

### 4.3 LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Se considera que el indicador de enfermeras en México es de 3.9 profesionales por 1000 habitantes, está por debajo de la recomendación de la Organización Panamericana de la salud que requiere al menos de 6 profesionales de enfermería por cada mil habitantes<sup>19</sup>.

La OMS dice que se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población. En las Américas, alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación.<sup>20</sup>

Según los datos del Ministerio de Sanidad, en 2013 en cuanto a la Enfermería, los datos arrojan una tasa de 5.1 profesionales por cada mil habitantes. Comparada con el resto de los países europeos, Dinamarca con 16.7 y Finlandia con 14.7 enfermeras por cada 1.000 habitantes son los países europeos con la mayor disponibilidad de enfermeras en ejercicio, seguidos de Alemania con 13.3 e Irlanda con 11.9 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En el otro extremo se encuentran Grecia con 3.2 y Turquía con 2.0 enfermeras por cada 1,000 habitantes. La media de los países europeos es de 8,4 enfermeras por cada 1,000 habitantes, ratio al que España se sitúa lejos. Los datos colocan a España en el puesto número 24 de 28 de los países europeos en tasa de enfermeras<sup>21</sup>; mientras que México (con 3.9 profesionales por 1000 habitantes), se encuentra en el puesto número 31 de 34 de América Latina en tasa de enfermeras.

Los países de Latino América con mayor disponibilidad de enfermeras en ejercicio son E.U. con 11.6 y Canadá con 10,6 enfermeras por cada 1,000 habitantes,

---

<sup>19</sup> Excélsior. México, corto de enfermeras. 01/03/2018.

<sup>20</sup> OMS. Enfermería en América Latina; 2010.

<sup>21</sup> OCDE Indicadores. Panorama de la salud 2017.

seguidos de Costa Rica con 2.4, Chile con 2.2 y Uruguay con 1.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes.<sup>22</sup>

El personal de enfermería en México se concentra en las grandes instituciones del Sector Salud y en las entidades del centro y noroeste del país. Predomina en el ejercicio de la profesión el sexo femenino en un 94%.<sup>12</sup>

Si de calidad se trata, el déficit del personal de enfermería en la atención primaria constituye un problema particularmente serio, porque cuando se consideran las necesidades crecientes del panorama de salud a que nos enfrentamos y su complejidad a futuro, nos damos cuenta que la problemática de salud se dirige al entorno ambiental.

La licenciada en enfermería afronta serios problemas en su desempeño profesional, ya que, es común que encuentren todo tipo de oposición a su trabajo, por el temor al desplazamiento que dicho personal puede hacer de los niveles técnicos y auxiliares; por otra parte, enfrenta la oposición del médico que no acepta a la licenciada en enfermería como profesional del equipo de salud, y también resiente la rigidez característica del sistema de salud diseñado tradicionalmente.<sup>12</sup>

Para lograr la calidad en la atención de enfermería en el sistema de salud, es necesario integrar a la práctica profesional de enfermería, un nuevo paradigma administrativo, y es importante terminar con los modelos médicos y administrativos que limitan y empobrecen.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Cassiani SHB, Hoyos MC, Barreto MFC, Sives K, da Silva FAM. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. Rev. Panamá Salud Pública. 2018; 42:e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>

<sup>12</sup> Balderas. Administración de los servicios de enfermería. 5ª Edición Mc Graw Hill. Año 2009.

<sup>23</sup> Balderas. Administración de los servicios de enfermería. 6ª Edición Mc Graw Hill. Año 2012.

## CAPÍTULO V. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

**5.1 CALIDAD:** es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, evitando riesgos para el paciente

**5.2 EFICACIA:** La capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en la salud, cuando se utiliza en las circunstancias más favorables.

**5.3 EFICIENCIA:** La capacidad de reducir el coste de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.

**5.4 ESTANDAR:** es un conjunto de reglas que deben cumplir los procedimientos o investigaciones que afirmen ser compatibles con sí mismos. Los estándares ofrecen muchos beneficios al reducir las diferencias entre los procedimientos y generan un ambiente de estabilidad y calidad en beneficio de los pacientes.

**5.5 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA:** se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

**5.6 INDICADOR:** es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial en enfermería.

**6.7 KARDEX:** Se trata de una ficha individual o tarjeta por paciente que se realiza para el control de las intervenciones de enfermería, contiene información relacionada con el plan de cuidados del paciente, permite que sea consultado todas las veces que sea necesario, a fin de esclarecer y obtener la misma información.

## CAPÍTULO VI. ANTECEDENTES DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENFERMERÍA (ANA)

### 6.1 ESTÁNDARES DE PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: 2001

#### Estándares de cuidados de enfermería clínica 2001<sup>24</sup>

##### 1. **Recolección de datos de salud del adulto mayor**

La enfermera gerontológica recaba datos de la salud del paciente, La información es recibida de adultos mayores, sus familiares y seres queridos, el equipo interdisciplinario para que en base a los conocimientos de enfermería se utilice para elaborar un plan exhaustivo de cuidados.

##### 2. **Análisis de los datos para determinar diagnósticos de enfermería.**

La enfermera gerontológica analiza los datos de la valoración para determinar su diagnóstico. Ella, de manera independiente o en colaboración con el grupo interdisciplinario de proveedores de cuidados, evalúa los datos de salud para desarrollar diagnósticos completos que guíen las intervenciones.

3. **Identificar los resultados de los análisis para establecer objetivos a cumplir.** La enfermera gerontológica se basada en los resultados de la valoración inicial del adulto mayor, establecerá los objetivos esperados al brindar los cuidados de enfermería gerontológica y mejorar o conservar el estado de salud del mismo. Concentrándose especialmente en maximizar el estado funcional y de bienestar, así como la calidad de vida del adulto mayor.

##### 4. **Desarrollo de un plan de atención.**

La enfermera gerontológica desarrolla un plan de atención que prescribe intervenciones para alcanzar los objetivos esperados. Se elabora un plan de atención en colaboración con el adulto mayor, sus seres queridos y los miembros del equipo interdisciplinario.

##### 5. **Intervenciones para el plan de cuidados.**

---

<sup>24</sup> Patricia A. Tabloski. Enfermería Gerontológica. Segunda edición Pearson. España, 2010.

La enfermera gerontológica pone en práctica las intervenciones especificadas en el plan de cuidados. Utiliza una amplia gama de intervenciones culturalmente adecuadas, incluso la promoción y conservación de la salud, la rehabilitación y la paliación.

#### **6. Valoración del progreso del adulto mayor.**

La enfermera gerontológica valora el progreso del adulto mayor hacia los objetivos esperados. Es esencial recabar nuevos datos, revisar las bases de datos (originales), los cambios en el diagnóstico y modificaciones del plan de cuidados.

### **6.2 ESTÁNDARES DE EFICACIA DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL <sup>26</sup>**

1. La enfermería gerontológica evalúa de manera sistemática la calidad de los cuidados y la eficiencia de la práctica de enfermería.
2. La enfermería gerontológica evalúa su práctica de enfermería respecto a los estándares de práctica profesional y los estatutos y reglamentos pertinentes.
3. La enfermería gerontológica adquiere y mantiene actualizado los conocimientos aplicables a la práctica de enfermería.
4. La enfermería gerontológica contribuye al desarrollo profesional de compañeras, colegas y otros.
5. La enfermería gerontológica determina de manera ética sus decisiones y acciones en favor de adultos mayores.
6. La enfermería gerontológica colabora con el adulto mayor, sus cuidadores y los miembros del equipo interdisciplinario para brindar cuidados exhaustivos.
7. La enfermería gerontológica interpreta, aplica y evalúa los descubrimientos de la investigación, para fundamentar y mejorar la práctica de enfermería gerontológica.

8. La enfermería gerontológica considera factores relacionados con seguridad, eficacia y costos, al planear y seleccionar los servicios de cuidados de salud para el paciente.

### **6.3 ESTÁNDARES DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

Los estándares de la práctica de enfermería describen lo que serían unos cuidados competentes. Las fases del cuidado se concretan en un modelo de pensamiento crítico conocido como proceso de enfermería: Valoración, diagnóstico, resultados y planificación, implementación y evaluación. El proceso de enfermería establece las bases de la toma de decisiones clínicas y contempla todas las actuaciones significativas del proceso del profesional de enfermería a la hora de administrar cuidados al paciente<sup>25</sup>:

Estándares de la práctica enfermera según la ANA son: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, Planificación, implantación y evaluación.

### **6.4 ESTÁNDARES DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

Los estándares del ejercicio profesional de la ANA, describen el nivel de competencia en el comportamiento del profesional. Los estándares suponen un método para garantizar que los pacientes reciben cuidados de calidad, que los profesionales de enfermería saben exactamente lo que se necesita para proporcionar los cuidados de enfermería y que se aplican las medidas para determinar y se aplican las medidas para determinar si los cuidados de enfermería cumplen los estándares.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Patricia A. Fundamentos de enfermería. Novena Edición Elsevier. España, 2013

## **Estándares del ejercicio profesional según la ANA**

1. **Ética:** el profesional de enfermería ejerce su profesión de forma ética.
2. **Formación:** el profesional de enfermería adquiere el conocimiento y las competencias necesarias para un ejercicio de la enfermería actualizado.
3. **Práctica basada en la evidencia e investigación:** el profesional de enfermería integra la evidencia científica y los resultados de la investigación en su práctica profesional.
4. **Calidad de la atención:** el profesional de enfermería contribuye a prestar una atención de enfermería de calidad.
5. **Comunicación:** el profesional de enfermería se comunica de manera eficaz en todas las áreas de su trabajo.
6. **Liderazgo:** el profesional de enfermería demuestra dotes de liderazgo en su práctica profesional y en la profesión.
7. **Colaboración:** el profesional de enfermería colabora con el usuario de los servicios sanitarios, su familia y otros en el ejercicio de la enfermería.
8. **Evaluación de la práctica profesional:** el profesional de enfermería evalúa su propia práctica enfermera en relación con los estándares y directrices, estatutos relevantes, reglas y regulaciones de la práctica profesional.
9. **Recursos:** el profesional de enfermería utiliza los recursos adecuados para planificar y proporcionar servicios de enfermería seguros, eficaces y económicamente responsables.
10. **Asistencia sanitaria ambiental:** el profesional de enfermería ejerce su profesión de manera segura y adecuada para el medio ambiente.

## **6.5 NORMAS DE LA PRÁCTICA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENFERMERÍA (ANA)**

Las normas de cuidados de enfermería gerontológica describen las competencias necesarias de la asistencia para cada paso del proceso de enfermería, incluyendo la valoración, el diagnóstico, la identificación de los resultados, la planificación, la aplicación y la evaluación. Estas competencias son las bases fundamentales de las acciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería gerontológica al cuidar de sus pacientes.<sup>26</sup>

### **Normas de la Ana para la asistencia clínica en enfermería gerontológica**

Norma I: Valoración. El Profesional de enfermería gerontológica recoge datos sobre la salud del paciente.

La entrevista, la valoración funcional, la valoración del entorno, la valoración física y la revisión de los archivos sanitarios mejoran la capacidad del profesional de enfermería para hacer juicios clínicos sensatos.

Norma II: Diagnóstico. El profesional de enfermería gerontológica analiza los datos de la valoración para determinar un diagnóstico.

El profesional de enfermería gerontológica, de forma independiente o en colaboración interdisciplinaria, evalúa los datos de la valoración para desarrollar diagnósticos globales que forman la base de las intervenciones sanitarias.

Norma III: Identificación de Objetivos. El Profesional de enfermería gerontológica identifica los objetivos esperados individualizados en el paciente.

Los objetivos finales de la asistencia de enfermería gerontológica son influir en los resultados de salud y mejorar o mantener el estado de salud de la persona en proceso de envejecimiento. Los objetivos a menudo se centran en maximizar el estado de bienestar, el estado funcional y la calidad de vida de estas personas.

---

<sup>26</sup> Patricia A. Tabloski. Enfermería Gerontológica. Editorial Pearson 2ª edición. Madrid, 2010.

Norma IV: Planificación. El Profesional de enfermería gerontológica desarrolla un plan asistencial que prescribe intervenciones para alcanzar los resultados esperados.

Se usa un plan de asistencia para estructurar y guiar las intervenciones terapéuticas y lograr los objetivos esperados. Se desarrolla en conjunto con el paciente, sus familiares y los miembros del equipo interdisciplinario.

Norma V: Aplicación. El Profesional de enfermería gerontológica aplica las intervenciones en el plan asistencial.

El Profesional de enfermería gerontológica usa un amplio abanico de intervenciones culturales directas e indirectas para promoción a la salud, el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud, la rehabilitación y la paliación. El Profesional de enfermería gerontológica selecciona las intervenciones basadas en la evidencia de acuerdo con su nivel de formación y practica cuando sea posible.

Norma VI: Evaluación. El Profesional de enfermería gerontológica evalúa los resultados de la persona mayor respecto al logro de los resultados esperados.

La práctica de enfermería es un proceso dinámico y en continuo cambio. El Profesional de enfermería gerontológica evalúa continuamente las respuestas de la persona mayor al tratamiento y las intervenciones. La recogida de datos nuevos, la revisión, la base de datos, la alteración de los diagnósticos de enfermería y la modificación del plan asistencial a menudo son esenciales. La eficiencia de la asistencia d enfermería depende de la evaluación en curso.

## CAPÍTULO VII. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

### 7.1 ESTÁNDARES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA POR LA CONAMED

Estándares de alta calidad en los servicios de enfermería se definen como: "...la atención oportuna, personalizada, humana, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a los estándares definidos para su práctica profesional competente y responsable, el propósito es lograr la satisfacción del paciente (usuario) y del prestador del servicio, ya que su participación determina el éxito o fracaso en la recuperación del paciente, por lo que es importante analizar las características con las que se otorga ésta atención pretendiendo una mejora permanente".<sup>27</sup>

Para este trabajo se utilizó El Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería de CONAMED, del cual se utilizaran solo 17 estándares que son aplicables en una residencia de adultos mayores, ya que en México no contamos con estándares específicos para la atención geriátrica.

#### 7.1.1 ESTÁNDAR: IDENTIFICACIÓN

**Definición:** Suficiencia, oportunidad, precisión y legibilidad en el registro de "datos de identificación" del paciente: Unidad Médica, nombre y apellidos del paciente, número de afiliación, edad, sexo, servicio, cama y fecha.

**Descripción e importancia:** Aunque hablar de identificación parecería un tema inútil es de destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Mayo de 2007 (OMS), emitió un documento llamado "Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente", en el cual sostiene que la identificación incorrecta de los pacientes está determinada como una causa fundamental de muchos errores y

---

<sup>27</sup> Secretaria de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.

que los principales campos en donde puede darse una identificación incorrecta son entre otras la:

- Administración de medicamentos.
- Infusión intravenosa con fines terapéuticos, profilácticos, diagnóstico o tratamiento.

En estas resoluciones se plantea que al ser tratados los pacientes por un gran número de miembros del equipo de salud (debido al establecimiento de límites en las horas de trabajo), incrementa la probabilidad de problemas de traspaso y de comunicación.

La planificación cuidadosa de los procesos de atención asegurará una debida identificación de los pacientes antes de realizar cualquier intervención por parte del equipo médico y proporcionará una atención más segura, con menos errores, independientemente de la tecnología o el enfoque empleado.

Las siguientes medidas son las sugeridas para los estados miembros de la OMS:

Sistemas implementados:

- 1) Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria para verificar la identidad de los pacientes antes de administrar la atención.
  - a) Fomentar el uso de al menos dos identificadores (nombre y fecha de nacimiento) para corroborar la identidad del paciente en el momento de la admisión, transferencia o cambio de entorno para recibir atención.
  - b) Estandarizar los enfoques para la identificación de los pacientes entre los sistemas de atención sanitaria.
  - c) Fomentar la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso de atención.

2) Incorporar capacitación para procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional de los trabajadores de la atención sanitaria.

3) Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de su correcta identificación.

El dispositivo de identificación del paciente deberá incluir preferentemente un indicativo del grado de riesgo de caída (Escala de Valoración de Riesgos de Caídas, Consultar ANEXO 1 y de riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden, Consultar) ANEXO 2.

De manera complementaria se recomienda al profesional de enfermería la corroboración de cualquier tipo de alergia, de manera documental (en el expediente) y con el paciente, al realizar el enlace de turno (administración de medicamentos, tratamientos, procedimientos y planes de cuidados relacionados con el paciente).

En los registros clínicos de Enfermería y/o notas de Enfermería deberá ir el nombre completo y correcto del paciente, iniciando preferentemente por apellido paterno, apellido materno y nombre(s) debiendo coincidir con el resto de los documentos que integran el expediente clínico según la NOM 004 SSA3 2012, así como, con la pulsera y la ficha de identificación que se coloca en la cabecera del paciente.

Situaciones especiales.

Usuarios atendidos en el servicio de urgencias que no tengan documentación y no sea posible conocer su identidad en el momento del ingreso: Se llevará a cabo la identificación anotando en el espacio de nombre y apellidos la palabra DESCONOCIDO, comprometiéndose el personal correspondiente a recabar todos los datos a la mayor brevedad posible.

### 7.1.2 ESTÁNDAR: DIAGNOSTICO/S MEDICO

**Definición:** Suficiencia, oportunidad, precisión y legibilidad en el registro del diagnóstico médico.

**Descripción e importancia:** Desde la antigüedad el médico se ha valido de sus sentidos para obtener datos que le permitan diagnosticar y tratar a los enfermos: la vista, el oído, el tacto, el olfato y, a veces, el gusto han sido parte de sus herramientas básicas. Al inicio, los distintos datos clínicos (signos y síntomas) que los médicos descubrían a través del tiempo se agrupaban muy lentamente hasta ser considerados síndromes y luego enfermedades.

El diagnóstico es en principio un “proceso que identifica signos y síntomas en los pacientes y clasifica su enfermedad, localiza su probable destino, pronóstico y nos induce a tratamientos específicos con la confianza de que serán más beneficiosos que perjudiciales”.

El diagnóstico médico es un medio de la terapéutica eficaz, que se basa en el análisis de datos seguros (obtenidos por medio de la anamnesis de manera directa e indirecta), relación médico-paciente y examen físico, su propósito es obtener un diagnóstico médico fehaciente, el cual asegure la mejor atención al paciente, por ello debe estar integrado de manera clara, suficiente y precisa en el expediente clínico, la finalidad es planificar en base a este la atención y cuidado del paciente, y contribuir al restablecimiento o mantenimiento de la salud.

El profesional de enfermería debe considerar el diagnóstico médico para planificar algunos de los diagnósticos, intervenciones y actividades que realizará con el paciente, no obstante, es recomendable corroborar que el diagnóstico médico sea el mismo que se encuentra en el expediente clínico al realizar el llenado de la hoja de enfermería, elaborar dispositivos de identificación, aplicar medicamentos o realizar procedimientos.

### **7.1.3 ESTÁNDAR: ALTERACIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES**

**Definición:** Suficiencia, oportunidad y legibilidad en el registro de alteraciones de las constantes vitales en el apartado de “signos y síntomas” de la hoja de enfermería, por turno y/o en su caso, conforme a la frecuencia señalada en la prescripción médica.

**Descripción e importancia:** La práctica de enfermería le exige al profesional preparación teórico-práctica, además, requiere la aplicación del juicio clínico siempre manteniendo un fundamento científico en sus intervenciones y actividades, lo cual le permite identificar alteraciones de las constantes vitales y planear de manera adecuada el manejo y control de éstas.

A los signos vitales (FC, T, T/A y FR), se les delimita en parámetros establecidos, que clínicamente reflejan el estado fisiológico del organismo y a través de estos evaluamos el estado homeostático del paciente. La enfermera al valorar las constantes vitales puede detectar alteraciones que pudiesen poner en riesgo (potencial o real) la estabilidad del paciente, marcando así el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinarán un cuidado reflexivo e individualizado del paciente.

En resumen las constantes vitales deben ser tomadas al paciente como mínimo una vez por turno y en casos específicos, con la periodicidad que se marque en las indicaciones médicas (dependiendo del estado del paciente). Resulta indispensable concientizar al profesional de enfermería sobre la importancia de sus intervenciones con el paciente.

### **7.1.4 ESTÁNDAR: FORMULA/DIETA/LÍQUIDOS ORALES**

**Definición:** Congruencia, Suficiencia, oportunidad, y legibilidad en los registros relacionados con la formula, dieta, líquidos orales y de acuerdo a prescripción médica.

**Descripción e importancia:** Fórmula: son aquellos alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales constituidos por una mezcla definida de macro y micronutrientes que se administran por vía digestiva. Con carácter general se entiende que se trata de fórmulas nutricionalmente completas, por lo que se pueden utilizar como única fuente nutricional.

Estas dependerán de la edad, del funcionamiento gastrointestinal y del diagnóstico de base, la elección debe ser individualizada, valorándose la cantidad y calidad de los nutrientes, así como la cobertura de micronutrientes.

### **Fórmulas para adultos:**

**Estándar:** Contienen la cantidad de nutrimentos apegado a las recomendaciones para población sana, tienen proteína intacta y lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga, con o sin fibra, generalmente no contienen gluten o lactosa, 1 Kcal/ml.

**Dieta:** es todo aquello que consumimos de alimentos y bebidas en el transcurso de un día.

Diferentes tipos de dietas:

- **Basal o normal:** Se caracteriza por no poseer ningún tipo de restricción alimenticia, se adecúa a los gustos y características que establece el individuo, sin embargo debe ser lo más equilibrada posible.
- **Terapéutica:** son aquellas prescritas a los pacientes ante la presencia de una patología que requiere mayor o menor cantidad de calorías o nutrientes, así mismo puede limitar el consumo de algunos tipos de alimentos:

**Líquidos:** Mantiene fluidos corporales vitales, aportan sales, minerales y energía.

Diferentes tipos de líquidos:

- Claros: son todos aquellos que proveen electrolitos y energía en forma de alimentos de fácil digestión y proporcionan un mínimo de residuo intestinal.
- Generales: proveen de energía, proteínas, lípidos, e hidratos de carbono por medio de alimentos de fácil digestión y proporcionan un mínimo de residuo intestinal.

### **7.1.5 ESTÁNDAR: INGESTA DEL PACIENTE**

**Definición:** Congruencia, Suficiencia, oportunidad, y legibilidad en los registros relacionados entre el tipo y cantidad de alimentos o líquidos ingeridos por el paciente en los diferentes turnos con la prescripción médica.

**Descripción e importancia:** La ingesta del paciente (fórmula, dieta y líquidos orales), será determinada por el médico tratante en cuanto a las características físicas y nutriólogicas del paciente, alteraciones metabólicas, función gastrointestinal, patología de base y evolución con el tratamiento establecido en el momento del inicio del apoyo vía enteral.

La ingesta del paciente se debe adecuar a: la edad, el sexo, el peso, la talla, IMC, actividad física, estado de salud, cultura y estrato socioeconómico del paciente.

La enfermera debe corroborar la congruencia entre la indicación médica y la fórmula, dieta y líquidos, que serán proporcionados al paciente para su alimentación.

El registro de enfermería debe enfocarse en la descripción de los alimentos (fórmula, dieta y líquidos) que son ingeridos por el paciente (indicando porciones y en caso de ser posible cantidades).

## 7.1.6 ESTÁNDAR: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

**Definición:** Congruencia entre el nombre del medicamento, presentación, dosis, vía de administración, fecha, hora y frecuencia registrado como suministrado al paciente con la prescripción médica.

**Descripción e importancia:** La “administración de medicamentos” consiste en preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Es importante la implementación de los 5 correctos: los cinco correctos para la administración de medicamentos, le permiten al personal enfermero que va a administrar una medicación, seguir algunas precauciones estándares para evitar o minimizar la posibilidad de un error.

Al utilizarlos en enfermero se asegura de cumplir algunas pautas para la administración que ya están establecidas y que lo guían para una mejor práctica.

1. Paciente correcto Asegurarse sobre la identidad del paciente (ficha de identificación, de manera directa con el paciente, con apoyo de familiar, ficha de identificación, hoja de enfermería o expediente).
2. Medicamento correcto (Corroborar el nombre del medicamento indicado).
3. Dosis correcta (Tener claro cuál es la dosis a administrar, verificar si la cantidad es la correcta).
4. Hora correcta.
5. Vía correcta, La vía seleccionada siempre deberá ser la más segura, el enfermero debe conocer la vía por la que deberá administrar la medicación.

La información que suele ofrecer el Kardex o el resumen de asistencia del paciente son los siguientes:

- Datos biográficos básicos (nombre, edad, sexo).

- Diagnóstico médico principal.
- Órdenes médicas en curso que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
- Debe ser claro, actual y flexible.
- Medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.).
- Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente.
- Las medidas de acción de enfermería deben estar basadas en principios científicos. Se han de desarrollar objetivos a corto y largo plazo para lograr metas aceptables.

Legalmente para que un medicamento pueda administrarse tiene que respaldarse su prescripción y administración en forma escrita en el expediente clínico y bolear el medicamento administrado con bolígrafo adecuado al turno, con ello se disminuyen las interpretaciones erróneas o posibles equivocaciones.

En caso de urgencia para la administración de un medicamento, se debe registrar como orden verbal en el expediente clínico, para que posteriormente el médico la indique y firme la prescripción.

Valorar el estado de salud del paciente, antes de administrar cualquier medicamento, especialmente en pacientes disneicos, ya que puede afectar el ritmo respiratorio. Preguntar al paciente si es alérgico a ciertos medicamentos e indicarlo en el expediente clínico y en una tarjeta visible (de acuerdo a los lineamientos del hospital) el aviso: “soy alérgico a...”.

### 7.1.7 ESTÁNDAR: REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO

**Definición:** Congruencia en la realización de los tratamientos de acuerdo con la prescripción médica. (Terapias respiratorias, cambios de posición).

**Descripción e importancia:** Los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención.

Protocolizar las técnicas y las actividades de enfermería resultará de interés para unificar aquellos criterios de actuación que nos servirán de base en el momento de desarrollar los Planes de Cuidado. Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones antes de comenzar a elaborar un Plan de Cuidados.

1. Determinar el grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados o actividades de enfermería.
2. Elegir un Modelo de Enfermería.
3. Tener en cuenta todas las complicaciones potenciales y reales.
4. Enunciar los problemas como diagnósticos y utilizar la nomenclatura NANDA.
5. Definir objetivos en función de los problemas detectados.
6. Elegir los cuidados de enfermería, como actividades concretas.
7. Determinar los criterios de evaluación de los resultados.

Tipos de planes de cuidado:

- Individualizados: son los que se centran en que cada persona es un ser único.
- Estandarizados: se centran en que ante problemas comunes existen respuestas similares.

Los Planes de Cuidado estándar, nos proporcionan una guía completa de cuidados para situaciones específicas y proporciona unos menores tiempos de actuación de enfermería.

Los Planes de Cuidado estándar no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro Plan de Cuidados estándar a cada uno de nuestros pacientes.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

- Valoración.
- Diagnósticos (NANDA).
- Criterios de Resultados (Objetivos) NOC.
- Intervenciones (Actividades) NIC.
- Evaluación.

Intervenciones interdependientes o de colaboración: Son las intervenciones iniciadas por otros miembros del equipo en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de la enfermería. Pueden implicar la colaboración de trabajadores sociales, fisioterapeutas, médicos.

Los registros clínicos deben ser estructurados por medio de un lenguaje técnico-científico, comprensible a todos los miembros del equipo de salud. Para lo cual se deben excluir faltas de ortografía, legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales.

### **7.1.8 ESTÁNDAR: SIGNOS Y SÍNTOMAS**

**Definición:** Registro de los signos observados, los síntomas que refiere el paciente y la hora en que se presentan en cada turno.

**Descripción e importancia:** Un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad.

El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo. En este sentido, habría que subrayar que los síntomas

se convierten en elementos fundamentales a la hora de establecer un diagnóstico a un paciente.

Es importante distinguir entre el síntoma (comentado por el paciente) y el signo clínico, que es una manifestación objetiva advertida por el médico. Los signos clínicos se hacen evidentes en la biología del enfermo y reflejan una enfermedad.

Los síntomas o datos subjetivos son percepciones del paciente acerca de sus problemas de salud. Sólo el paciente puede proporcionar este tipo de datos. Ejemplo: Dolor es un hallazgo subjetivo. Solamente el paciente puede proporcionar información sobre su frecuencia, duración, localización e intensidad. Habitualmente, los datos subjetivos incluyen sentimientos de ansiedad, malestar físico o estrés mental. Los signos o datos objetivos son observaciones o determinaciones hechas por la persona que recoge los datos. Ejemplo: De datos objetivos son: un área roja en el cuerpo, la temperatura corporal, la presión arterial.

La enfermera busca anomalías que puedan proporcionar información sobre problemas de salud pasados, presentes y futuros. Al hacer el examen físico se le explica cada paso al paciente, se debe proteger su intimidad la dignidad su intimidad, la dignidad y la temperatura del paciente y se descubre cada región del cuerpo en forma sucesiva.

El registro de datos minucioso es una muestra de competencia profesional y es una de las funciones independientes de enfermería y es esencial para la labor de la enfermera.

Anotar en la nota de enfermería, los signos y síntomas presentados en el paciente. Así como hora en cada turno y firma de quien lo realiza.

Todo lo anterior mencionado es parte de una valoración que se utiliza continuamente, cuando la enfermera entra en contacto con un usuario debiendo realizar valoraciones periódicas programadas.

La documentación de la valoración de enfermería debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Entre ellas se encuentran diversos factores que afectan el estado de salud de una persona o la capacidad de funcionamiento.

Y la documentación en el cuidado enfermero, favorece la comunicación, facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente, forma un registro legal permanente y es una fuente de datos para la investigación.

### **7.1.9 ESTÁNDAR: CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**Definición:** Congruencia de las actividades de enfermería realizadas al paciente con base a los signos y síntomas presentados por éste.

**Descripción e importancia:** Los cuidados son acciones encaminadas a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluyen también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

- Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.
- Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica mente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

- Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

De acuerdo a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) Cuidados funcionales o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería.

- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.
- Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.

Anotar en la nota de enfermería, las actividades realizadas al paciente durante su turno. Así como hora y firma de quien lo realiza.

#### **7.1.10 ESTÁNDAR: IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES**

**Definición:** Identificación de necesidades de atención del paciente con relación a los problemas de salud reales.

**Descripción e importancia:** Para la identificación de necesidades es importante comenzar por la valoración del paciente ya que es el método idóneo para recoger información y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. La valoración proporciona datos útiles

en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

En la práctica, la valoración se suele realizar tanto por Necesidades de Virginia Henderson como por Patrones de Salud de Marjory Gordon.

Aspectos a valorar en las Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar normalmente por todas las vías.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones.
11. Necesidad de practicar sus creencias.
12. Trabajar en algo gratificante para la persona.
13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas.
14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud.

### **7.1.11 ESTÁNDAR: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**Definición:** Congruencia de las actividades de enfermería realizadas al paciente con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud identificadas.

**Descripción e importancia:** La intervención es todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para obtener resultados sobre el paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados directos como indirectos, así como aquellos iniciados por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento.

Se especifican las siguientes definiciones de los tipos de intervención de enfermería en la NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

- Intervenciones de enfermería dependientes: A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.

Por ejemplo: Cuando el médico indica al profesional en enfermería que administre el analgésico en caso de ser necesario.

- Intervenciones de enfermería independientes: A las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

Por ejemplo: Cuando el paciente lleva días sin asearse, el profesional de enfermería, no necesita una indicación médica para apoyarle en un baño de esponja o de regadera.

### **7.1.12 ESTÁNDAR: RESPUESTA Y EVOLUCIÓN**

**Definición:** Existencia de registros relacionados con de la respuesta y evolución del paciente al esquema terapéutico aplicado.

**Descripción e importancia:** En la etapa de evaluación del cuidado del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

El proceso de evaluación tiene dos etapas.

1. La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente.
2. La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacía la consecución de los resultados esperados.

La enfermera puede hacer uso de escalas para evaluación del paciente:

- Anotar el número correspondiente a la suma de los criterios de la escala de evaluación de Glasgow (Anexo 3) según corresponda al paciente.
- Anotar el número correspondiente a la suma de los criterios de la escala de evaluación de Ramsay (Anexo 4).

### **7.1.13 ESTÁNDAR: RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN**

**Definición:** Existencia del registro en el espacio correspondiente de: nombre y apellidos paterno y materno, firma y matrícula de la enfermera responsable de la atención.

**Descripción e importancia:** El profesional de enfermería es el que vela porque su paciente reciba los cuidados enfermeros que necesite en función del conocimiento científico- técnico, evidencia y recursos disponibles. Su

responsabilidad se extiende a las 24 horas del día y a todos los días que el paciente esté afectado por el proceso que causa su ingreso.

Sus funciones son realizar una valoración integral del paciente, identificar los diagnósticos enfermeros y diseñar el plan de cuidados a su ingreso. Es el responsable de poner en conocimiento del resto del equipo el plan de cuidados, incluyendo los diagnósticos identificados, los objetivos (resultados) e intervenciones a realizar. Para ello usa las taxonomías NANDA, NOC (clasificación de resultados enfermeros) y NIC (clasificación de intervenciones enfermeras).

Es el responsable de registrar en la historia clínica del paciente el plan de cuidados y es el responsable de la coordinación del resto de profesionales que realizan alguna actuación sobre su paciente.

Se encarga de elaborar el informe de continuidad de cuidados al alta o traslado, para lo cual debe prever ésta con anticipación suficiente según su turno de trabajo.

Es el profesional de referencia para la comunicación entre asistencia primaria y especializada.

Es importante también el registro de los cuidados, medicamentos, procedimientos y estado del paciente en la hoja de enfermería que deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento: nombre y firma de quien elabora.

#### **7.1.14 ESTÁNDAR: RESPONSABLE DE SUPERVISAR LA ATENCIÓN**

**Definición:** Existencia del registro en el espacio correspondiente de nombre y apellidos paterno y materno, firma y matrícula de la enfermera responsable de la supervisión de la atención.

**Descripción e importancia:** La prestación de servicios de enfermería, relacionada con los roles de educador, investigador, consultor o asesor en los temas clínicos, de la salud pública, bioéticos o legales implícitos en la atención del

personal de la salud con un nivel de participación y liderazgo, le corresponden al personal de enfermería con maestría, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados posteriores a la licenciatura en un área específica, lo faculta para asumir esos roles. Identifica problemas de la práctica y sistemas de cuidado que requieran ser estudiados. Colabora en la generación de nuevos conocimientos y en estudios interdisciplinarios o multidisciplinarios. Su función sustantiva es de docencia, administración e investigación.

El personal supervisor de los servicios de enfermería es responsable de informar los sucesos relevantes acontecidos durante la jornada laboral en las diferentes áreas de enfermería; relacionados con la administración del recurso humano, la atención a los pacientes y la interrelación con otros servicios como el área médica, nutrición, laboratorio, rayos X, que interfiera en el desempeño del personal de enfermería a su cargo.

Este supervisor es el responsable de dar continuidad a las situaciones relevantes y observaciones realizadas por personal del turno saliente; para garantizar se brinde atención de calidad a los pacientes.

Es importante anotar en la parte inferior de la hoja de enfermería, los datos de supervisor (a) (nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso) en turno que brindó la atención.

#### **7.1.15 ESTÁNDAR: PERSONAL**

**Definición del estándar:** Se dispone de personal para la prestación de atención de calidad: suficiencia en los servicios de acuerdo a indicadores de dotación de personal.

**Descripción e importancia:** La Comisión Interinstitucional de Enfermería se dio a la tarea de conformar un grupo de trabajo con representantes de las diferentes instituciones de salud, para hacer una revisión minuciosa de los documentos

normativos y los procedimientos establecidos para la dotación de recursos humanos en enfermería.

La medición del tiempo destinado a la atención directa de los pacientes por parte del personal de enfermería y el establecimiento del tiempo de atención indirecta está invertido en: los enlaces de turno, actividades de preparación de material y equipo, medicamentos, visita médica, actualización de indicaciones médicas, asistencia a reuniones de carácter administrativo o docente, entre otros. De la medición de estos tiempos resultaron dos datos: los indicadores horas enfermera-paciente y la constante aplicada en la fórmula para el cálculo de personal, representando esta última el tiempo de jornada efectiva de trabajo que utiliza el personal de enfermería para los cuidados directos y las actividades indirectas que realiza, independientemente de la jornada laboral contratada. Con el fin de tener una base que permitiera los indicadores horas enfermera – paciente que se incluyen en el presente documento y que servirán como guía para calcular el número de personal de enfermería que se asigna en las plantillas de las unidades asistenciales.

Tabla 1.- Cálculo de personal de enfermería por servicio en 24hrs.		
Fórmula	Datos	Valor
$I(C)/J=P$	I=Índice enfermera paciente C=Número de camas J=Jornada laboral diaria de trabajo expresada en horas P=Personal de enfermería para 24 horas	I= Aplicar índice según el servicio J=Utilizar constante 6

Tabla 2.-Cálculo de ausentismo previsible de personal por servicio en 24hrs.		
Fórmula	Datos	Valor
$P(D)=B$	<p>P=Personal d enfermería para 24 horas</p> <p>D=Porcentaje de ausentismo previsible</p> <p>B=Número de enfermeras por ausentismo previsible</p>	D=0.41 equivalente a 41% de días que incluye descansos, vacaciones, festivos y económicos.

3.-Cálculo del total de enfermería por servicio en 24hrs.		
Fórmula	Datos	Valor
$P+B=Z$	<p>P=Personal de enfermería en 24 horas</p> <p>B=Número de enfermeras por ausentismo previsible</p> <p>Z=Número de personal total incluido el ausentismo previsible por servicio en 24 horas</p>	

Tabla 4.-Cálculo de personal de enfermería por turno.		
Fórmula	Datos	Valor
$Z(H1)=Q$ $Z(H1)=Q$ $Z(H1)=Q$	<p>Z=Número de personal total incluido el ausentismo previsible en 24 horas</p> <p>H=Porcentaje de personal según el turno</p> <p>Q=Número de personal por cada turno.</p>	<p>H1=0.35 equivalente a 35% para turno matutino.</p> <p>H2=0.25 equivalente a 25% para turno vespertino.</p> <p>H3=0.20 equivalente a 20% para turno nocturno.</p>
<p>Ejemplo:</p> $Z(H1)=Q1$ $23(0.35)=8$	$Z(H2)=Q2$ $23(0.25)=5.7=6$	$Z(H3)=Q3$ $23(0.20)=4.6=5$ Velada A $23(0.20)=4.6=5$ Velada B

Tabla 5.-Cálculo de personal no profesional de enfermería por servicio en 24hrs.		
Formula	Datos	Valor
Q(R)=S	Q= Número de personal por cada turno. P= Porcentaje de personal profesional. V=Número de personal no profesional.	R= 0.70% equivalente a 70% y el 0.80 equivalente para el tercer nivel.
Q(U)=V	Q=Número de personal por cada turno. U= Porcentaje de personal no profesional. V=Número de personal no profesional.	U=0.30 equivalente a 30% para segundo nivel y el 0.20 equivalente a 20% para el tercer nivel.

**Ejemplo:** Calcular el personal de enfermería necesario para 24 horas, en el servicio de medicina interna con 24 camas.

1.- Cálculo de personal de enfermería por servicio en 24 horas.

$$I(C) / J = P \quad 4 (24) / 6 = 16$$

2.- Cálculo de ausentismo previsible de personal en 24 horas por servicio.

$$P (D) = B \quad 16 (0.41) = 6.56 = 7$$

3.- Cálculo del total de enfermería por servicio en 24 horas.

$$P + B = Z \quad 16 + 7 = 23$$

4.- Cálculo de personal de enfermería por turno.

$$Z (H1) = Q1 \quad 23 (0.35) = 8$$

$$Z (H2) = Q2 \quad 23 (0.25) = 5.7 = 6$$

$$Z (H3) = Q3 \quad 23 (0.20) = 4.6 = 4 \text{ Velada B}$$

$$23 (0.20) = 4.6 = 5 \text{ Velada A}$$

5.- Cálculo de personal profesional y no profesional por servicio en 24 horas.

$$Q (R) = S \quad Q (U) = V \quad 8 (0.70) = 5.6 = 6 \quad 8 (0.30) = 2.4 = 2$$

(El ejemplo corresponde al turno matutino)

### **7.1.16 ESTÁNDAR: RESULTADOS DE LA ATENCIÓN**

**Definición:** Ausencia de Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/familiares, proveedores, asociaciones u otras derivadas de la prestación de servicios.

**Descripción e importancia:** La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema. Las quejas médicas son áreas de oportunidad para detectar problemas relacionados con la calidad de la atención y resolverlos a través de acciones enfocadas a mejorar los diferentes procesos de la atención médica, son también indicadores de calidad de los servicios de salud y debido a ello se les puede relacionar, en su caso con la mala práctica, que se conceptualiza como conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma asistencial aceptada.

De 2012 a agosto de 2013. El 99% de los casos relacionados con enfermería, se identificaron elementos de mala práctica; en el 79% de los casos la mala práctica fue sin relación causal; en el 20% (20 casos), se evidenció que el acto u omisión de enfermería, generó daño a la salud del paciente; en el 65% de los casos existió mala práctica relacionada con la administración de medicamentos, específicamente: omisiones 57%, errores en las dosis 10%, errores en el nombre de los medicamentos 11%, errores en frecuencia 22%.

La reducción de la mala práctica de enfermería y por consiguiente de eventos adversos requiere un abordaje organizacional de los directivos de enfermería, dado el tipo y características de los mismos (errores en la administración de medicamentos, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, etc.), lo anterior debido a que desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente.

### **7.1.17 ESTÁNDAR: RESULTADOS DE EVENTOS ADVERSOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**Definición:** Ausencia de pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería.

**Descripción e importancia:** El incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- Cuasi incidente: no alcanza al paciente.
- Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.
- Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente.

Reporte de evento adverso. Anota la presencia de un evento adverso con el paciente durante el turno: error terapéutico, quemadura, instalación de catéter, caída etc.

- Registrar número de cama del paciente.
- Escribir apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
- Anotar la fecha de nacimiento en orden de día, mes y año, utilizando cuatro dígitos para el año. Ejemplo: 18/05/1979.
- Registrar el número de expediente.
- Describir el tipo de evento.
- Anotar por turno las acciones inmediatas que se realizaron al paciente en el momento del evento, elabora y entrega el reporte del evento, describe las acciones a seguir con el color de tinta de acuerdo al turno en que sucedió el evento.

## **7.2 INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA DE MÉXICO POR LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA (CIE)**

Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial en enfermería. Los indicadores tienen la ventaja de medir aspectos concretos y específicos de la asistencia. Y dan la posibilidad de comparación al disponer de estándares de cumplimiento que nos determinan si los resultados obtenidos en nuestro la atención son correctos o no, así como nos permiten realizar acciones de mejora.<sup>12</sup>

El objetivo de los indicadores es mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.<sup>28</sup>

### **1. MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL**

Procedimiento que realiza el personal de enfermería para proporcionar al paciente, por vía oral, elementos terapéuticos prescritos por el médico que cumplen con los siete criterios establecidos (para más información: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion\\_servicios\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion_servicios_enfermeria.pdf)).

### **2. VIGILANCIA Y CONTROL DE LA VENOCLISIS INSTALADA**

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a venoclisis instaladas que consiste en siete criterios (para más información: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion\\_servicios\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion_servicios_enfermeria.pdf)).

---

<sup>12</sup> Comisión Interinstitucional de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: 3 Indicadores.

<sup>28</sup> INDICAS. Indicadores de calidad en enfermería. <http://www.calidad.salud.gob.mx/>

### **3. TRATO DIGNO**

Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios (para más información:

[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion\\_servicios\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion_servicios_enfermeria.pdf)).

### **4. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTE**

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir caídas a pacientes con factor o factores de riesgo de caída, que cumplen con los 7 criterios establecidos (para más información:

[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores\\_infecciones\\_seguridad.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores_infecciones_seguridad.pdf)).

### **5. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN A PACIENTE**

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes con factor o factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, que cumplen con los cinco criterios establecidos (para más información:

[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores\\_infecciones\\_seguridad.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores_infecciones_seguridad.pdf)).

### **6. PREVENCIÓN DE INFECCIONES POR SONDA VESICAL INSTALADA.**

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de enfermería para prevenir infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, que cumplen con los 9 criterios establecidos (para más información:

[http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores\\_infecciones\\_seguridad.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores_infecciones_seguridad.pdf)).

## **CAPITULO XI. ANÁLISIS**

### **10.1 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA BRINDADO AL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN BASE A LOS ESTÁNDARES PROFESIONALES**

La preocupación de los cuidados de calidad no es algo reciente para enfermería, pues se encuentra arraigada al ejercicio profesional. Donavedian (1980) definió la calidad de los cuidados como “la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado, teniendo en cuenta los valores de los individuos y de las sociedades”.

La seguridad de los pacientes es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

En este trabajo se pretende realizar un análisis objetivo de la calidad de los cuidados que brinda enfermería tomando como base los estándares de alta calidad de la CONAMED, los cuales pretenden una atención oportuna, personalizada, humana, continua y eficiente .

Y que en teoría el personal de enfermería debería llevar a cabo de acuerdo a los estándares definidos para su práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del paciente (usuario) y del prestador del servicio.

**CUADRO COMPARATIVO DE LOS ESTÁNDARES DE LA ANA Y LA CONAMED PARA LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y LO OBSERVADO DURANTE LA PRÁCTICA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA**

ESTÁNDARES DE LA ANA	ESTÁNDARES DE LA CONAMED	OBSERVACIÓN DURANTE PRACTICA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA "X"	CONCLUSIÓN
<b>Estándares del ejercicio profesional</b>	<b>1.-Identificación</b>	<p>Los residentes no cuentan con una identificación física, como lo indica este estándar; la única manera de identificar a un pacientes es preguntando directamente a la persona o al personal de enfermería encargado del servicio. Mientras que para cualquier miembro interdisciplinario sería difícil poder identificar a cada paciente en su primer contacto.</p> <p>Además que el profesional de enfermería tiene la obligación de corroborar la identidad de cada paciente antes de la administración de medicamentos, para corroborar alergias, brindar tratamientos, realizar procedimientos y planes de cuidados relacionados con el paciente y no se cuenta con ningún elemento físico visual para llevarlo a cabo y da pie a que se comentan errores.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar a falta de dispositivos identificadores recomendados para la verificación de identidad del paciente, que posea nombre y apellidos, edad, sexo, servicio, cama; y es la base fundamental para disminuir errores en la atención brindada por el equipo interdisciplinario a su cargo.</p>
<p>1.-Ética: Ejerce la profesión de forma ética.</p> <p>2.-Formación: El profesional de adquiere el conocimiento y las competencias necesarias para un ejercicio de la profesión.</p>	<p>Fomentar el uso de al menos dos identificadores como pulsera o brazalete (nombre y fecha de nacimiento) para corroborar la identidad del paciente.</p>	<p>Los expedientes médicos no reúnen los requisitos mínimos establecido en la NOM 004 SSA3 2012, Del expediente clínico, como es el nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, lenguaje técnico-medico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.</p> <p>Por lo que los residente no cuentan con un diagnostico medico especifico ni adecuadamente documentado además de que no cuentan con fechas de actualización después de su ingreso.</p> <p>Se observó que el personal de enfermería no tiene</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar derivado de la omisión en la precisión y legibilidad en el registro del diagnóstico/s médico la cual es la base de la atención y enfermería debe basarse para desarrollar planes de cuidado individualizados que contribuyan al restablecimiento o mantenimiento de la</p>
<p>3.-Práctica basada en la evidencia e investigación: El profesional integra la ciencia y los resultados en su práctica.</p> <p>4.-Calidad de la atención: El</p>	<p><b>2.-Diagnóstico/s Médicos</b></p> <p>El personal de enfermería debe considerar el diagnóstico médico para planificar los cuidados e intervenciones.</p>		

<p>profesional contribuye a prestar atención de calidad.</p> <p>5.-Comunicación: El profesional se comunica de manera eficaz en su área de trabajo.</p> <p>6.-Liderazgo: El profesional demuestra dotes de liderazgo en su práctica y profesión.</p>		<p>costumbre de revisar el expediente para nada por lo que no se basa en los diagnósticos médicos para desarrollar los cuidados ni las intervenciones.</p> <p>Del expediente médico se obtienen los datos necesarios para el Kardex de cada servicio pero observamos deficiencias muy importantes en el diagnóstico médico principal el cual no es actualizado y se encuentra incompleto, la dieta no está especificada, los fármacos prescritos no coinciden con los diagnósticos, las pruebas diagnósticas no están escritas y algunas no se pueden leer de forma clara; por lo que hace más fácil que enfermería cometa errores en la atención al paciente.</p>	<p>salud del paciente.</p>
<p>7.-Colaboración: El profesional colabora con los usuarios, familia y otros en el ejercicio de su profesión.</p> <p>8.-Evaluación de la práctica profesional: El profesional evalúa su propia</p>	<p><b>3.-Alteración de las constantes vitales</b></p> <p>El personal de enfermería debe registrar y reportar las alteraciones fisiopatológicas detectadas al paciente.</p>	<p>El personal de enfermería contratado en estas instituciones generalmente son de nivel técnico y auxiliar por lo que no manejan bases fisiopatológicas que le apoyen para identificar situaciones de riesgo por lo que empezando por este punto este estándar se coloca en una situación deficiente.</p> <p>Debido a la falta de preparación académica el personal carece de pensamiento crítico para identificar alteraciones en los signos vitales y realizar las intervenciones con fundamento científico que correspondan.</p> <p>En la residencia existe una gran cantidad de adultos mayores y poco personal, lo que se toma como justificante para que en muchas ocasiones no se haga la toma o se realice el procedimiento cometiendo faltas éticas y administrativas llenando las notas con datos falsos.</p> <p>Solamente se registra y reporta alguna alteración en las constantes vitales si el paciente se agrava, pero aquí se hace la observación de que el personal desconoce cuáles son los rangos normales en esta</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar derivado de que el personal de enfermería que labora en la institución desconoce los rangos de referencia normales de los signos vitales.</p> <p>Además de que enfermería registra en el “apartado de signos vitales” de la hoja de enfermería datos falsos por la omisión o la inadecuada realización del procedimiento y no reporta puntualmente las alteraciones encontradas.</p>

práctica con los estándares de su práctica profesional.		población y de acuerdo a las características personales de cada residente así como las normas oficiales que lo determinan.	
9.-Recursos: El profesional utiliza los recursos adecuados para planificar y proporcionar su servicio de manera segura, eficaz y económicamente responsable.	<b>4.-Fórmula/ Dieta/Líquidos Orales</b>	No hay indicaciones médicas en relación a características específicas de la dieta de cada residente en esta institución, no existe valoración nutricional, ni se valora lo más mínimo como es el IMC. El personal de enfermería carece de indicaciones médicas relacionadas con la dieta, líquidos o fórmulas de los residentes, ocasionando que en la residencia los adultos mayores no tengan una alimentación acorde a su necesidades por lo que el personal de enfermería solo se limita a proporcionar los alimentos disponibles aunque no sean del agrado del residente y procurando en la medida de lo posible controlar la dieta de los que padecen DM e hipertensión. El personal de enfermería procura llevar a la paciente al comedor en los horarios establecidos para el desayuno, comida y cena.	En la residencia no se cumple el estándar a falta de la de valoración e indicación de alimentación específica que debe tener cada paciente conforme a las alteraciones metabólicas, función gastrointestinal, patología de base y evolución de cada residente.
	<b>5.-Ingesta del paciente</b>	El personal de enfermería no registra de manera verídica los alimentos que consumen los pacientes, ni la cantidad de los mismos o los líquidos ingeridos, se cometen faltas éticas poniendo en riesgo a los residentes llenando la hoja de enfermería con datos falsos en el apartado de los alimentos consumidos. El personal de enfermería justifica la mala supervisión debido a la alta cantidad de pacientes enfocándose en asistir a las personas dependientes en esta función.	En la residencia no se cumple con el estándar por la falta de veracidad en los registros en relación a la fórmula, dieta, líquidos orales y falta de valoración nutricional.
10.-Asistencia sanitaria ambiental: El profesional ejerce su profesión de manera segura y adecuada para el medio ambiente.	El registro de enfermería debe enfocarse en la descripción de los alimentos (fórmula, dieta y líquidos) que son ingeridos por el paciente; indicando porciones y de ser posible cantidades.		



	<p>4. Hora correcta.</p> <p>5. Vía correcta.</p> <p>6. Verificar la fecha del medicamento.</p> <p>7. Informar al paciente sobre el medicamento.</p> <p>8. Registrar medicamento aplicado.</p> <p>9. Preguntar alergias.</p> <p>10. Preparar, administrar y registrar usted mismo.</p>	<p>cuál es la dosis a administrar, debido a que el Kardex no es totalmente legible y tampoco verifica si la cantidad es la correcta o no para cada paciente.</p> <p>4.-El horario de la administración de los medicamentos no se cumple al cien por ciento porque las enfermeras adelantaban o en ocasiones se retrasaban en los horarios además de acostumbrar marcar los medicamentos antes de administrarlos.</p> <p>5.-Las enfermeras si administran los medicamentos vía correcta de los medicamentos ya que la mayoría son vía oral y sub cutáneas. El personal de enfermería no revisa el Kardex de manera periódica, no busca errores, tampoco busca soluciones para evitarlos y no lo actualizan. Se utilizan abreviaturas y símbolos no estandarizados en el nombre de los fármacos.</p> <p>6,7,8,9 y10.-Tampoco pregunta alergias a los pacientes antes de administrar los fármacos, no suelen revisar las fechas de caducidad de los medicamentos, no se les informa a los pacientes que fármacos se les está dando ni para qué son y registran los medicamentos antes de administrarlo.</p>	<p>antes de administrarlo.</p>
--	---	--	--------------------------------

<b>Estándares de cuidados de enfermería gerontológica</b>	<b>7.-Realización de Tratamiento</b>		
<p>1.- Recolección de datos de salud del adulto mayor. La enfermera gerontológica debe recabar datos del adulto mayor para elaborar un plan de cuidados.</p> <p>2.- Análisis de datos para determinar diagnósticos de enfermería. La enfermera gerontológica evalúa los datos obtenidos de salud para desarrollar diagnósticos de enfermería.</p>	<p>Unificar criterios de actuación para desarrollar los Planes de Cuidado individualizados utilizando la nomenclatura NANDA, NIC y NOC en base a un modelo de enfermería para dar pie a que el tratamiento siga una congruencia en la realización de cuidados de enfermería y su registro con lenguaje técnico-científico, sin faltas de ortografía y legibles.</p>	<p>El personal de enfermería de esta institución no realiza cuidados de enfermería basados en un modelo o teoría aplicable en el ámbito gerontológico y geriátrico como por ejemplo el de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas que es el más reconocido en para brindar cuidados a los adultos mayores.</p> <p>Además de que enfermería no utiliza la taxonomía NANDA, NIC y NOC para realizar los cuidados los cuales no son personalizados, no se establecen diagnósticos de enfermería, no se realiza planes de cuidados y no se establecen intervenciones para mejorar las necesidades de salud de los pacientes.</p> <p>Los cuidados que se brindan en la institución no tienen un seguimiento por turno, ya que en cada uno la enfermera a cargo hace lo que le resulta más cómodo y rápido.</p> <p>El personal de enfermería realiza cuidados que llama “de rutina” en cada turno como son: baños de regadera, asistencia en la alimentación y administración de medicamentos sin tener iniciativa para llevar a cabo otras intervenciones específicas por paciente justificándose por el gran número de adultos mayores que tiene a su cargo cada enfermera.</p> <p>Por último terminan su turno llenando sus hojas de enfermería antes de terminar con notas muy simples sin cumplir con los requisitos que establecen las NOM siendo un ejemplo el uso de corrector en errores y omisiones.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar porque el profesional de enfermería que labora en la institución no brinda atención estableciendo planes de cuidados individualizados por lo que no hay congruencia en la realización de los mismos y falta de continuidad.</p> <p>Además que los cuidados de enfermería no están basados en la NANDA, NIC y NOC, ni en un modelo de enfermería para llevarlos a cabo.</p> <p>No son registrados adecuadamente en las hojas de enfermería.</p>
<p>3.- Identificación de resultados para establecer objetivos a cumplir. La enfermera</p>	<p><b>8.-Signos y Síntomas</b></p> <p>El profesional de enfermería debe identificar con claridad aquellos hallazgos que</p>	<p>El personal de enfermería de esta institución al ser en su mayoría de nivel técnico y auxiliar maneja bases fisiopatológicas y menos sabe distinguir la diferencia entre un signo y un síntoma dejando este estándar en una situación deficiente.</p> <p>Cabe destacar que en la hoja de enfermería los signos</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar derivado ya que el personal de enfermería que labora en la institución desconoce la</p>

<p>gerontológica en base a los resultados de la valoración establecerá los objetivos esperados al brindar sus cuidados.</p>	<p>necesitan intervenciones de enfermería y registrarlos en la hoja de enfermería.</p>	<p>y síntomas no se especifican adecuadamente siendo omitidos por el personal de enfermería sin tomar en cuenta la presencia de síntomas referidos como el dolor, no se realizan exploraciones físicas disminuyendo la oportunidad de encontrar signos importantes como lesiones en la piel o alteraciones en los signos vitales. El personal de enfermería al no realizar registros minuciosos en las hojas de enfermería de manera correcta y verídica deja una clara muestra de la falta competencia y valores éticos en su profesión poniendo en riesgo la salud de los pacientes a quien brinda sus cuidados.</p>	<p>diferencia entre lo que es un signo y un síntoma. Además de que enfermería registra en el “signos y síntomas” de la hoja de enfermería datos erróneamente y no reporta puntualmente los signos y síntomas que pueden poner en riesgo la salud del paciente.</p>
<p>4.- Desarrollo de un plan de atención. La enfermera gerontológica desarrollara intervenciones para alcanzar los objetivos esperados.</p>	<p><b>9.-Cuidados de enfermería</b> Actividades de enfermería realizadas al paciente con base a los signos y síntomas presentados por éste, con la intención de satisfacer sus necesidades básicas y así mejorar su calidad de vida. De acuerdo a la NANDA.</p>	<p>El personal de enfermería de esta institución no realiza cuidados de acuerdo a la NANDA, NIC y NOC porque al ser de nivel técnico y auxiliar desconoce la existencia del el uso de las mismas para desarrollar cuidados fundamentados de manera científica. El personal de Enfermería y medicina no aplican de manera periódica la Valoración Geriátrica Integral que incluyen escala geriátricas siendo estas un pilar fundamental para detectar problemas físico, psíquicos y emocionales en los adultos mayores dándonos la pauta para identificar alteraciones en su funcionalidad para determinar intervenciones específicas que requieran ya sea de alta, mediana o baja complejidad.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar debido a que enfermería no realizar uso de la taxonomía NANDA y no brinda cuidados individualizados basados en juicio clínico sobre los problemas de salud reales o potenciales que presenta el paciente.</p>
<p>5.- Intervenciones de enfermería. La enfermera gerontológica pone en práctica las intervenciones especificadas en el plan de cuidados.</p>	<p><b>10.-Identificación de Necesidades</b> El profesional de enfermería realizara primeramente una valoración de enfermería mediante modelo o teoría para</p>	<p>Los profesionales de enfermería de la residencia no realiza una valoración de ningún tipo y menos se basan en un modelo o teoría de enfermería por lo que este estándar no existe prácticamente en esta institución. Además de que el personal de enfermería en ningún momento realiza una valoración para identificar las necesidades alteradas de los pacientes para realizar sus cuidados dentro de la institución.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar ya que el personal de enfermería no se basa en ningún modelo o teoría de enfermería para para valorar e identificar las</p>

<p>6.- Valoración del progreso del adulto mayor. La enfermera gerontológica el progreso del adulto mayor tomando en cuenta los objetivos propuestos.</p>	<p>detectar el estado del paciente e identificar problemas de salud reales.</p>		<p>necesidades alteradas del paciente.</p>
	<p><b>11.-Intervenciones de enfermería</b></p> <p>El profesional de enfermería en base a su diagnóstico realizara las actividades necesarias para solucionar o minimizar los problemas detectados.</p>	<p>Las intervenciones de enfermería no reúnen los requisitos mínimos establecido en la NOM 019 SSA3 2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. El personal de enfermería de la institución se limita a realizar intervenciones dependientes que son en su mayoría actividades prescritas por un médico como la administración de fármacos y funciones “de rutina” que se limitan a baños de regadera o esponja y asistencia en la alimentación omitiendo una valoración geriátrica integral que permite jerarquizar las necesidades del paciente. Es importante mencionar que en la atención geriátrica las intervenciones que se realizan son mayormente independientes</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar debido a que las actividades realizadas por el personal de enfermería no cumplen con la finalidad de satisfacer las necesidades del paciente.</p>
	<p><b>12.-Respuesta y Evaluación</b></p> <p>El profesional de enfermería realizara una comparación del estado del paciente mediante el uso del PAE para ver si las intervenciones realizadas han dado resultado o se necesita una modificación.</p>	<p>El personal de enfermería de la residencia no realiza una valoración, ni planifica intervenciones, ni establece objetivos terapéuticos y menos realiza proceso de enfermería a ningún paciente, por lo que no hay una evaluación del estado del paciente después de su ingreso. Lo único que hace enfermería es cambiar de servicio al paciente independiente que se agrava a un servicio de especiales y se le brinda cuidados de enfermería constantemente con médico. Y también lleva en ocasiones a los pacientes al servicio de rehabilitación física a los pacientes a sus sesiones programadas.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar porque el profesional de enfermería no utiliza el proceso de atención de enfermería y más porque no realiza una evaluación de las intervenciones realizadas a cada paciente.</p>

<b>Estándares de eficiencia de la enfermería profesional</b>	<b>13.-Responsable de la atención</b>		
<p>1.- La enfermería gerontológica evalúa de manera sistemática la calidad de los cuidados y la eficiencia de la práctica de enfermería.</p> <p>2.- La enfermería gerontológica evalúa su práctica de enfermería respecto a los estándares de práctica profesional y los estatus y reglamentos pertinentes.</p>	<p>El profesional de enfermería debe anotar en la hoja de enfermería: su nombre y firma; además de los signos vitales del paciente medicamentos administrados, observaciones y procedimientos realizados.</p>	<p>Las enfermeras registran en la hoja de enfermería su nombre así como su firma en las hojas de los pacientes que estuvieron bajo su cuidado; sin embargo esta hoja carece de veracidad pues se llenan antes de administrar los medicamentos en los horarios establecidos, llenar la dieta antes de tiempo y los signos vitales no siempre son tomados.</p> <p>Las notas de enfermería son muy simples como que el “adulto mayor está estable, come adecuadamente, se asiste en baño o alimentación y se administran sus medicamentos de la DM O Presión”, recurriendo al corrector al surgir situaciones completamente distintas antes de terminar el turno. Esta situación incumple con la NOM 004SSA 2012 Del expediente clínico, que establece que la hoja de enfermería debe tener letra legible, <u>sin enmendaduras ni tachaduras</u> y <u>conservarse en buen estado</u>.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar pese a que el personal de enfermería llena la hoja de enfermería con su nombre y firma, pero no realiza registros de manera verídica los signos vitales, las notas de enfermería y los medicamentos.</p>
<p>3.- La enfermería gerontológica adquiere y mantiene actualizado los conocimientos aplicables a la práctica de enfermería.</p>	<p><b>14.-Responsable de la supervisión de la atención</b></p> <p>El profesional de enfermería supervisor es responsable de dar continuidad a las situaciones relevantes y observaciones realizadas por personal del turno saliente; para garantizar se brinde atención de calidad a los pacientes.</p>	<p>En la residencia geriátrica si existe una supervisora de enfermería que solo se presenta para dar inducción a los estudiantes que asiste a realizar sus prácticas en esta institución.</p> <p>Sin embargo esta no realiza la función de supervisar la atención de enfermería en los diversos servicios de la residencia en ninguno de los turnos.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar por el hecho de que si tienen a un profesional de enfermería supervisor que no cumplen que con su función.</p>
<p>4.- La enfermería gerontológica contribuye al</p>	<p><b>15.-Personal</b></p> <p>Se debe contar con el número de profesiones</p>	<p>El personal de enfermería de la residencia es insuficiente en todos los turnos, empezando porque en la residencia geriátrica tienen un índice</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar porque labora</p>

<p>desarrollo profesional de compañeras, colegas y otros. 5.- La enfermería gerontológica determina de manera ética sus decisiones y acciones en favor de adultos mayores. 6.- La enfermería gerontológica colabora con el adulto mayor, sus cuidadores y los miembros del equipo interdisciplinario para brindar cuidados exhaustivos. 7.- La enfermería gerontológica interpreta, aplica y evalúa los descubrimientos de la investigación, para fundamentar y mejorar la práctica de enfermería gerontológica.</p>	<p>mínimos necesarios para atender a los pacientes en cada turno, servicio y los 365 días del año; con el 80% de personal profesional-20% de personal no profesional para 3 nivel de atención y 70% de personal profesional-30% de personal no profesional para 2 nivel de atención; distribuyendo el 35% en turno matutino, 25% en vespertino y 20% en el nocturno para cada velada.</p>	<p>aproximadamente de 1 enfermera por cada 20 pacientes (adulto mayores) independientes y de 1 enfermera por cada 10 pacientes totalmente dependientes este solo en el turno vespertino; por lo que la atención que brinda enfermería en la residencia no es la ideal; sin embargo el exceso de pacientes no es una justificación para no brindar un cuidado integral y de calidad. El personal de que trabaja en esta institución como ya mencione anteriormente es de nivel técnico y auxiliar cuando el estándar sugiere de este tipo de personal no profesional debe ser solo del 30-20% por lo que este estándar es como si no existiera en esta residencia.</p>	<p>mayormente personal no profesional de enfermería como lo son técnicos, auxiliares y carece de profesionales de enfermería de licenciatura o especialistas cuando debe ser al revés. El número de personal de enfermería laborando en la residencia es insuficiente para brindar la atención por lo que no hay suficientes enfermeras en los diversos turnos.</p>
	<p><b>16.-Resultados de la atención</b></p> <p>Ausencia de quejas, reclamaciones judiciales, demandas presentadas por pacientes/familiares derivadas del servicio de enfermería.</p>	<p>En la residencia existen quejas que involucran al personal de enfermería principalmente por parte de los pacientes que no están conformes con la atención que les brinda las enfermeras.</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar por la existencia de quejas referente a la atención del profesional de enfermería por parte los pacientes.</p>
	<p><b>17.-Resultados de eventos adversos en cuidados de enfermería</b></p> <p>Ausencia de pacientes que sufren eventos</p>	<p>El personal de enfermería comete varios eventos adversos principalmente en la administración de medicamentos en la omisión de los mismos, horarios establecido no respetados, en la dosis y el nombre de los medicamentos al ser abreviados; seguido de las caídas de pacientes dentro del servicio o durante el</p>	<p>En la residencia no se cumple con el estándar por no registrar las circunstancias como la cuasi falla, incidentes sin daño o eventos adversos</p>

	adversos relacionados con los cuidados de enfermería.	traslado de un lugar a otro que a pesar de dejar marcas a los adultos mayores como lo son las contusiones o hematomas, no son registrados en ningún lado y en ocasiones ni reportados verbalmente en los enlaces de turno comprometiendo la seguridad de los pacientes y arriesgándose a una acción jurídica por parte del familiar.	que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes relacionados con los cuidados de enfermería.
--	---	--	--

El profesional de enfermería es responsable de la calidad de la asistencia proporcionada al paciente por medio de un proceso llamado garantía de calidad. Esta actividad consiste en las actividades de control de la calidad que evalúan, vigilan o regulan el estándar de servicios proporcionados al consumidor.

A los pacientes se les asegura la calidad de la asistencia a través de la formación profesional y técnica de cada profesional sanitario; la acreditación de los hospitales (p. ej., por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]); el permiso para la práctica de hospitales, farmacias y residencias, y la certificación en temas especiales.

La calidad del cuidado de enfermería implica que la atención de este profesional debe cumplir con los siguientes atributos:

- Oportuna: otorgar la atención de enfermería en el momento y con las características que el paciente la necesita.
- Integral: cubriendo las esferas biológica, psicológica y social.
- Trato amable y respetuoso: que la enfermera vea al paciente como un individuo bio-psico-social, que lo vea como una persona y no como un número de cama o como una patología.
- Segura: con ausencia de daño como consecuencia de la atención; que esté libre de riesgos, de eventos adversos y que sobretodo sea confiable.
- Continua: que la atención se brindada sin interrupciones.
- Ética: el profesional de enfermería debe fomentar la buena práctica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.

Podemos decir que la atención con calidad de enfermería no siempre se logra otorgar conforme a los atributos con los que idealmente se contemplan en la definición de “calidad de la atención de enfermería” y tienen que ver tanto con la dimensión técnica como con la dimensión interpersonal y con los resultados en salud.

## PROPUESTA

### ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA GERONTO-GERIÁTRICA

#### ESTÁNDAR 1.- IDENTIFICACIÓN

**Objetivo:** Identificar de manera rápida, exacta e inequívoca al paciente adulto mayor, disminuyendo errores y evitar causarle daño derivado de la atención sanitaria.

#### DESCRIPCIÓN

Se debe identificar al adulto mayor a su ingreso a la institución, con dos dispositivos como la pulsera o brazaletes y tarjeta para cabecera o pie de cama que contengan mínimo: nombre completo y fecha de nacimiento, de manera clara y legible para garantizar su funcionalidad.

Los profesionales de enfermería deben hacer uso de dispositivos que contengan datos relevantes para una correcta identificación:

- Tarjeta de identificación para cabecera o pie de cama: Nombre y apellidos del paciente, número de expediente, edad, sexo, servicio al que pertenece, núm. de cama, fecha de nacimiento, diagnóstico/s y alergias.
- Pulsera o Brazaletes: Nombre y apellidos del paciente, servicio al que pertenece, número de expediente, sexo, Núm. de cama y fecha de nacimiento.
- Pines identificadores: Nombre y apellidos del paciente.

Se recomienda estandarizar el sistema de identificación y utilizar por lo menos dos dispositivos para llevarlo a cabo en todos los servicios; y así el equipo

interdisciplinario identificara de manera rápida, correcta y fácil a los residentes dentro de la institución.<sup>29</sup>

El equipo interdisciplinario encargado de la atención sanitaria debe corroborar la identidad del paciente antes y al momento de la administración de un medicamento, realizar cualquier procedimiento, transferir o cambiar de entorno al paciente para recibir atención.

Así como deben coincidir los dispositivos de identificación con el resto de los documentos que integran el expediente médico como lo marca la NOM 004 SSA3 2012 Del expediente clínico. Además de que el personal de enfermería deberá reemplazar el dispositivo de identificación personal cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida o su legibilidad no sea posible.

### **Situaciones especiales.**

Usuarios atendidos al momento de la institucionalización que no tengan documentación y no sea posible conocer su identidad en el momento del ingreso: Se llevará a cabo la identificación anotando en el espacio de nombre y apellidos la palabra DESCONOCIDO, comprometiéndose el personal correspondiente a recabar todos los datos a la mayor brevedad posible.

## ESTÁNDAR 2.- DIAGNÓSTICO/S MÉDICOS

**Objetivo:** Fomentar el uso de los diagnóstico/s médicos para realizar procesos de atención de enfermería y brindar cuidados individualizados al adulto mayor.

### DESCRIPCIÓN

El diagnóstico es en principio un “proceso que identifica signos y síntomas en los pacientes y clasifica su enfermedad, localiza su probable destino, pronóstico y nos induce a tratamientos específicos con la confianza de que serán más beneficiosos

<sup>27</sup> Secretaría de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continúa en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.

que perjudiciales”; debe cumplir con la NOM 004 SSA3 2012 Del expediente clínico, por lo que debe contener: nombre completo del paciente, edad, sexo, número de cama o expediente y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Así como deberá ser elaborada por el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas del paciente adulto mayor, con la finalidad de planificar su atención, su cuidado y contribuir al restablecimiento o mantenimiento de su salud.

El profesional de enfermería debe considerar el diagnóstico médico para planificar algunos de los diagnósticos, intervenciones y actividades que realizará con el paciente, no obstante, es recomendable corroborar que el diagnóstico médico sea el mismo que se encuentra en el expediente clínico al realizar el llenado de la hoja de enfermería, elaborar dispositivos de identificación, aplicar medicamentos o realizar procedimientos.

### ESTÁNDAR 3.-TOMA, REGISTRO Y ALTERACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

**Objetivo:** Realizar una toma y registro de los signos vitales con el procedimiento adecuado; así como realizar las intervenciones de enfermería.

#### DESCRIPCIÓN

La enfermera tomará las constantes vitales al adulto mayor para detectar alteraciones que pudiesen poner en riesgo potencial o real la estabilidad del paciente, marcando así el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinarán un cuidado reflexivo e individualizado del paciente.

Enfermería debe realizar el registro de las constantes vitales en el apartado de “signos y síntomas” de la hoja de enfermería, por turno y/o en su caso, conforme a

la frecuencia señalada en la prescripción médica y reportar las alteraciones encontradas; así como planear de manera adecuada el manejo y control de éstas.

A continuación se describen los procedimientos correctos de como tomar la frecuencia cardiaca, temperatura, presión arterial y frecuencia respiratoria; y se incluyen los rangos normales de un adulto mayor.

### **Frecuencia cardiaca**

La medición de la frecuencia cardiaca se efectuará de acuerdo a los procedimientos que a continuación se describen:

1. Colocar al paciente en decúbito dorsal o semiflower.
2. Seleccionar la arteria en que se tomara el pulso o frecuencia cardiaca (Temporal, carotidea, braquial, radial, cubital, femoral, poplítea, tibial posterior o pedial).
3. Presionar la arteria ligeramente con la punta de los dedos índice, medio y anular, lo necesario para percibir las pulsaciones.
4. Contar el número de latidos durante un minuto.
5. Identificar frecuencia, ritmo, amplitud y tensión del pulso.
6. Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.
7. Dejar cómodo al paciente.

<b>Paciente Adulto Mayor</b>	
<b>Rango (x min)</b>	<b>Frecuencia cardiaca</b>
<b>60-80</b>	Normal
<b>≥110</b>	Taquicardia
<b>≤60</b>	Bradicardia

### **Temperatura corporal**

La medición de la temperatura corporal se efectuará de acuerdo a los procedimientos que a continuación se describen:

1. Limpiar el termómetro con una torunda con solución desinfectante, secarlo con otra nueva y desechar las torundas.
2. Rectificar el termómetro a utilizar (De mercurio o electrónico dependiendo de la situación específica del paciente).
3. Solicitar al paciente que se descubra el área del cuerpo en donde se colocará el termómetro (Bucal, Rectal, axilar, ótico o infrarrojo, dependiendo la situación del paciente).
4. Colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda, tomando en cuenta el diagnóstico e indicaciones posturales. Preparar la zona donde se va a tomar la temperatura.
5. Colocar el termómetro en la región elegida.
6. Dejar el termómetro por el espacio de tiempo requerido (dependiendo el tipo de termómetro).
7. Retirar el termómetro. Y documentar la cifra obtenida en grados centígrados (°C).
8. La Temperatura Corporal debe tomarse mínimo una vez por turno o de acuerdo a la frecuencia señalada en la prescripción médica, valores de referencia:

Paciente Adulto Mayor	
Temperatura normal	36.5-37.5 °C

### **Presión Arterial**

La medición de la presión arterial se efectuará de acuerdo a los procedimientos que a continuación se describen:

1. El paciente deberá abstenerse de fumar, tomar productos que contengan cafeína y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
2. Debe estar sentado con un buen soporte para la espalda, con su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
3. La medición podrá realizarse en posición supina, de pie o acostado.
4. La medición se efectuará después de 5 minutos de reposo por lo menos.

5. Preferentemente se utilizará esfigmomanómetro de mercurio o en caso contrario uno aneroide recientemente calibrado.
6. Se utilizará un brazalete de tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos el 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguillo de mayor tamaño, así como los pacientes pediátricos.
7. Deberán registrarse los dos valores (presión sistólica y diastólica); la aparición del primer ruido de Korotkoff, define la aparición de la presión diastólica y el último ruido de Korotkoff definir la presión diastólica.
8. El valor de la presión arterial corresponde al promedio de dos mediciones, separadas entre sí por dos minutos o más. Si las dos presiones difieren por más de 5 mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá el promedio.

La Tensión o Presión Arterial se debe valorar mínimo una vez por turno o de acuerdo a la prescripción médica. Valores de referencia:

<b>Presión Arterial en Pacientes Adultos</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica mmHG</b>	<b>Diastólica mmHG</b>
<b>Óptima</b>	<120	<80
<b>Normal</b>	120-129	80-84
<b>Fronteriza</b>	130-139	86-89
<b>Hipertensión 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensión 2</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensión 3</b>	≥180	≥110
<b>Hipertensión Aislada</b>	<b>Sistólica</b> ≥140	<90

Fuente: NOM 030 SSA3 2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

## Frecuencia Respiratoria

La medición de la frecuencia respiratoria se efectuará de acuerdo a los procedimientos que a continuación se describen<sup>30</sup>:

1. El paciente deberá permanecer en reposo, y preferentemente en decúbito supino.
2. Contabilizar las inspiraciones que realiza el paciente mediante la observación de los ascensos del tórax.
3. Si la observación es dificultosa colocar la muñeca del paciente sobre el tórax, como si se fuese a contar el pulso.

Paciente Adulto Mayor	
Frecuencia respiratoria normal	16-20 respiraciones por min.

Tipos de respiración:

- Eupnea: Respiración normal.
- Disnea: Dificultad para respirar.
- Ortopnea: Dificultad para respirar en una posición.
- Taquipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria en reposo.
- Bradipnea: Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Polipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria posterior a la realización de un esfuerzo físico.
- Hiperpnea o hiperventilación: Se caracteriza porque la amplitud y la frecuencia están aumentadas.
- Hipopnea: Respiraciones superficiales.

<sup>27</sup>Secretaría de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continúa en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.

## ESTÁNDAR 4.-DIETA E INGESTA DEL PACIENTE

**Objetivo:** Cubrir las necesidades fisiológicas nutricionales del adulto mayor de manera individualizada tomando en cuenta su edad, sexo, peso, IMC, actividad física, estado de salud y patologías de base.

### DESCRIPCIÓN

Se debe realizar una valoración nutricional al adulto mayor al ser institucionalizado para especificar el tipo de dieta que se le debe brindar. Esta dependerá de la edad, del funcionamiento gastrointestinal y del diagnóstico de base, valorándose la cantidad y calidad de los nutrientes, así como la cobertura de micronutrientes que requiere el paciente.

Tipos de dieta:

- Basal o normal: Se caracteriza por no poseer ningún tipo de restricción alimenticia, se adecúa a los gustos y características que establece el individuo, sin embargo debe ser lo más equilibrada posible.
- Terapéutica: son aquellas prescritas a los pacientes ante la presencia de una patología que requiere mayor o menor cantidad de calorías o nutrientes, así mismo puede limitar el consumo de algunos tipos de alimentos.

La enfermera debe corroborar la congruencia entre la indicación médica y la dieta que serán proporcionados al paciente para su alimentación; así como registrarla en la hoja de enfermería.

Y el registro de enfermería debe enfocarse en la descripción de los alimentos dieta y líquidos que son ingeridos por el paciente indicando porciones y en caso de ser posible cantidades.

**Objetivo:** Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir, reducir errores y brindar seguridad necesaria al adulto mayor durante la administración de sus medicamentos.

#### DESCRIPCIÓN

El profesional de enfermería debe utilizar los 10 correctos: los diez correctos para la administración de medicamentos, le permite a la enfermera que va a administrar un fármaco tomar las precauciones estándares necesarias para evitar o minimizar la posibilidad de un error.

Al utilizar los “10 correctos” la enfermería se asegura de cumplir algunas pautas para la administración que ya están establecidas y lo guían para una mejor práctica.

1. Paciente correcto, asegurarse sobre la identidad del paciente en la ficha de identificación, de manera directa con el paciente, con apoyo de familiar, ficha de identificación, hoja de enfermería o expediente.
2. Medicamento correcto, se debe corroborar el nombre del medicamento indicado.
3. Dosis correcta, tener claro cuál es la dosis a administrar, verificar si la cantidad es la correcta.
4. Hora correcta, seguir puntualmente el horario establecido de los medicamentos para garantizar la eficiencia del fármaco.
5. Vía correcta, La vía seleccionada siempre deberá ser la más segura, el enfermero debe conocer la vía por la que deberá administrar la medicación.
6. Verificación de la fecha de caducidad del medicamento, la fecha de caducidad es el día límite para un consumo óptimo desde el punto de

vistas sanitario y según el fabricante ya no es seguro para la salud del paciente.

7. Informar al paciente sobre su medicamento, se le debe mencionar al paciente el nombre del medicamento y la razón de su administración.
8. Pregunta alergias
9. Registrar el medicamento administrado, se debe anotar cada medicamento administrado de no hacerlo especificar la razón y nunca se be bolear un medicamento antes de administrarlo.
10. Preparar, administrar y registrar el medicamento usted mismo.

### **Kardex<sup>31</sup>**

La información que suele ofrecer el Kardex o el resumen de asistencia del paciente son los siguientes:

- Datos biográficos básicos (nombre, edad, sexo).
- Diagnóstico médico principal.
- Órdenes médicas en curso que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
- Debe ser claro, actual y flexible.
- Medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.).
- Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente.
- Las medidas de acción de enfermería deben estar basadas en principios científicos. Se han de desarrollar objetivos a corto y largo plazo para lograr metas aceptables.

Legalmente para que un medicamento pueda administrarse tiene que respaldarse su prescripción y administración en forma escrita en el expediente clínico y bolear

---

<sup>27</sup>Secretaría de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continúa en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.

el medicamento administrado con bolígrafo adecuado al turno, con ello se disminuyen las interpretaciones erróneas o posibles equivocaciones.

## ESTÁNDAR 6.-REALIZACIÓN Y CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

**Objetivo:** Brindar congruencia y continuidad en la realización en los cuidados de enfermería y el tratamiento terapéutico que el adulto mayor requiera.

### DESCRIPCIÓN

La valoración del adulto mayor debe realizarse de forma individualizada, la continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente<sup>32</sup>.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

- Valoración.
- Diagnósticos (NANDA).
- Criterios de Resultados (Objetivos) NOC.
- Intervenciones (Actividades) NIC.
- Evaluación.

Entre las teóricas reconocidas a nivel mundial, en este caso por su teoría general, que puede entenderse y aplicarse en la rama y especialización del cuidado gerontológico y geriátrico se encuentra Virginia Henderson y su teoría de las 14 necesidades básicas; por lo que se sugiere utilizar esta teoría para que enfermería valore al adulto mayor.

Aspectos a valorar en las Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson:

---

<sup>27</sup> Secretaría de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continúa en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar normalmente por todas las vías.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones.
11. Necesidad de practicar sus creencias.
12. Trabajar en algo gratificante para la persona.
13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas.
14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud.

La importancia de una buena coordinación del equipo interdisciplinario sanitario es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados y así poder ofrecer el profesional de enfermería continuidad en el tratamiento terapéutico del adulto mayor.

## ESTÁNDAR 7.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**Objetivo:** Proporcionar cuidado integral de enfermería al adulto mayor de calidad acorde a las necesidades que requiera.

### DESCRIPCIÓN

Los cuidados son definidos como “la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar” (NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD).

El cuidado que se le debe brindar a un adulto mayor debe ser integral; y de acuerdo a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) lo Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.

Y de acuerdo a la NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud, define tres tipos de cuidados:

- Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.
- Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica mente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido.

El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

- Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

Por lo que al adulto mayor se le brindaran los cuidados específicos que requiera y se deberá registrar en la hoja de enfermería, las actividades realizadas al paciente durante su turno. Así como hora y firma de quien lo realiza.

## ESTÁNDAR 8.-VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

**Objetivo:** Mejorar los diagnósticos de enfermería, la planificación de los cuidados y la respuesta del adulto mayor a las intervenciones efectuadas por el personal enfermería para mejorar o mantener su funcionalidad.

### DESCRIPCIÓN

La valoración geriátrica integral es una herramienta fundamental para la práctica clínica, que permite identificar las necesidades del paciente geriátrico. Los beneficios derivados de esta valoración son la reducción de la variabilidad de la práctica asistencial gerontológica, la separación de las necesidades básicas del adulto mayor de sus problemas de salud y el análisis de la dependencia funcional que permite llevar a cabo el diseño de las estrategias de intervención coordinada entre el equipo interdisciplinario.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Guía de práctica clínica para la Valoración Geronto Geriátrica integral en el adulto mayor Ambulatorio. México: Secretaría de Salud, 2011.

Al realizar esta valoración los profesionales de enfermería les permitirá identificar a los adultos mayores con alto riesgo y síndromes geriátricos, para otorgar intervenciones no farmacológicas de manera oportuna e integral, mantener y recuperar la funcionalidad mental, emocional, física y social del adulto mayor.

### **VALORACIÓN ESPECÍFICA MÉDICA**

La valoración farmacológica, nutricional, auditiva y óptica debe ser realizada por el profesional especialista correspondiente para la correcta evaluación y las se tomen las medidas pertinentes.

#### **Evaluación Farmacológica en el paciente geriátrico**

El envejecimiento altera la farmacocinética y la farmacodinamia e influye en la elección, dosis y frecuencia de la administración de muchos fármacos.

La multipatología en el anciano provoca un consumo mayor de fármacos conocido como polifarmacia lo que se refiere al uso de 5 o más fármacos, que contribuyen al incremento de reacciones adversas. Y la manera más eficaz de prevenir estas reacciones es disminuir la cantidad de fármacos prescritos.

El médico a cargo del adulto mayor debe asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos de acuerdo con los criterios de Beers (Anexo 5). También debe considerar los criterios STOPP/ STAR, que indica cuales fármacos se deben evitar en ciertos padecimientos y cuales recomendar (Anexo 6); además de iniciar el tratamiento farmacológico con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente, enumerar los medicamentos que prescribe, la presentación, la dosis, la vía y el intervalo de administración, así como los posibles efectos adversos claves para un reajuste o cambio de fármaco.

### **Evaluación visual y auditiva del paciente geriátrico**

Se debe realizar un examen periódico anual por un optometrista u oftalmólogo al adulto mayor, dando prioridad a los pacientes que padecen DM, hipertensión arterial y glaucoma, para disminuir el factor de riesgo para caídas, aislamiento y dependencia funcional.

También se debe realizar una evaluación auditiva a los adultos mayores por el médico de cabecera en la residencia. Para esto se recomienda realizar la prueba de “voz susurrada o del susurro”:

- El evaluador se coloca a 15cm atrás del paciente.
- El evaluador debe susurrar 10 palabras.
- El paciente deberá repetir las palabras inmediatamente después de habérselas susurrado (la incapacidad de repetir 50% de las palabras indica a que paciente no le será útil un dispositivo auxiliar).

### **Evaluación de incontinencia urinaria del paciente geriátrico**

El médico de cabecera deberá realizar al adulto mayor, una evaluación clínica en busca de incontinencia tomando en cuenta que el paciente refiera “cualquier escape de orina” y descartando que la causa sea por una la infección de vías urinarias, impactación fecal, atrofia vaginal, delirium o polifarmacia. El diagnóstico de incontinencia ya sea de urgencia u esfuerzo se indiquen ejercicios de pélvicos y entrenamiento vesical.

### **Evaluación nutricional del paciente geriátrico**

El profesional médico debe evaluar continuamente el estado nutricional del adulto mayor, para ello se puede utilizar el Mini Nutricional Assesmant (MNA) que es la herramienta que valora el estado nutricional de los adultos mayores y tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad 98% (Anexo 7).

## **Recomendación del esquema de vacunación en el adulto mayor**

El profesional médico debe valorar el esquema de vacunación con el que cuenta el adulto mayor, para prevención y control de enfermedades que afectan a este grupo etario en específico.

El esquema de vacunación actual para el adulto mayor es:

- Vacuna Anti-Influenza, a partir de los 60 años.
- Vacuna Anti-numocócica, dosis única en mayores de 60 años.
- Vacuna Td, primera dosis a partir de los 60 años, sin antecedente vacunal y segunda dosis de 4-8 semanas después de la primera dosis a partir de los 60 años.

## **EVALUACIÓN MENTAL Y PSICO-AFECTIVA DEL PACIENTE GERIÁTRICO**

La valoración del deterioro cognitivo, así como emocional puede ser realizada por el profesional médico, de enfermería especialista o general capacitado, tomando en consideración el envío al especialista cuando se detecte un problema que lo amerite.

### **Evaluación del deterioro cognitivo**

El deterioro cognitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores como: el lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosis, etc. Por lo que es de suma importancia su valoración al adulto mayor de manera oportuna y de ser necesario hacer el diagnóstico de demencia.

El Mínimo Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein o MMSE Modificado es la herramienta más útil, su aplicación requiere menos de 10 minutos e identifica de manera temprana trastornos de la memoria y deterioro cognoscitivo (Anexo 8).

Se recomienda descartar causas secundarias de deterioro cognoscitivo como lo son: fármacos psicotrópicos, depresión, hipo o hipertiroidismo, tumor cerebral, hematoma sub-dural, entre otras.

### **Evaluación de depresión**

Para valorar los niveles de depresión en el adulto mayor se tiene la escala de Yesavage de 30 reactivos (Anexo 9), es de vital importancia ya que la depresión en los ancianos se manifiesta con síntomas inespecíficos como: la pérdida de peso, insomnio, irritabilidad, cambios del estado de ánimo y aislamiento social.

### **Evaluación de Delirium**

El delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, aunque es más frecuente en ancianos, sobre todo con síndrome de fragilidad, demencia o al consumo fármacos (psicotrópicos u opioides).

La escala utilizada para detectar el delirium en el adulto mayor es la CAM (Confussion Assessment Method) que puede ser aplicada por personal no médico psiquiatra (Anexo 10).

## **EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO**

La valoración de la capacidad del adulto mayor, así como emocional puede ser realizada por el profesional médico, de enfermería especialista o general capacitado, tomando en consideración enviar al paciente al especialista cuando se detecte un problema que lo amerite y no pueda ser tratado en la institución.

### **Actividades básicas de la vida diaria**

El deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor es un fenómeno frecuente asociado a la edad y también es un indicador de expectativa de vida activa, a mayor dependencia menor expectativa de vida.

El índice de Katz (Anexo 11), es un instrumento que se puede utilizar para valorar la funcionalidad e independencia del adulto mayor según la secuencia en la que el

paciente pierde o recupera la independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

### **Actividades instrumentales de la vida diaria**

Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúa como se desenvuelve del adulto mayor en su entorno, implica mayor complejidad al requerís de capacidad física, cognitiva y psicoafectiva.

Para evaluar las actividades instrumentales en pacientes geriátricos se utiliza la escala de Lawton-Brody que también valora autonomía física (Anexo 12).

### **Evaluación del riesgo de caídas**

Los adultos mayores frecuentemente presentan algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria lo que representa un mayor riesgo de este grupo etario a sufrir una caída. Por lo que es de vital importancia la evaluación del riesgo y los factores que presentan para caídas, para la cual podemos utilizar la EVRC (Anexo 1).

## **ESTÁNDAR : PERFIL, SUFICIENCIA Y SUPERVISIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

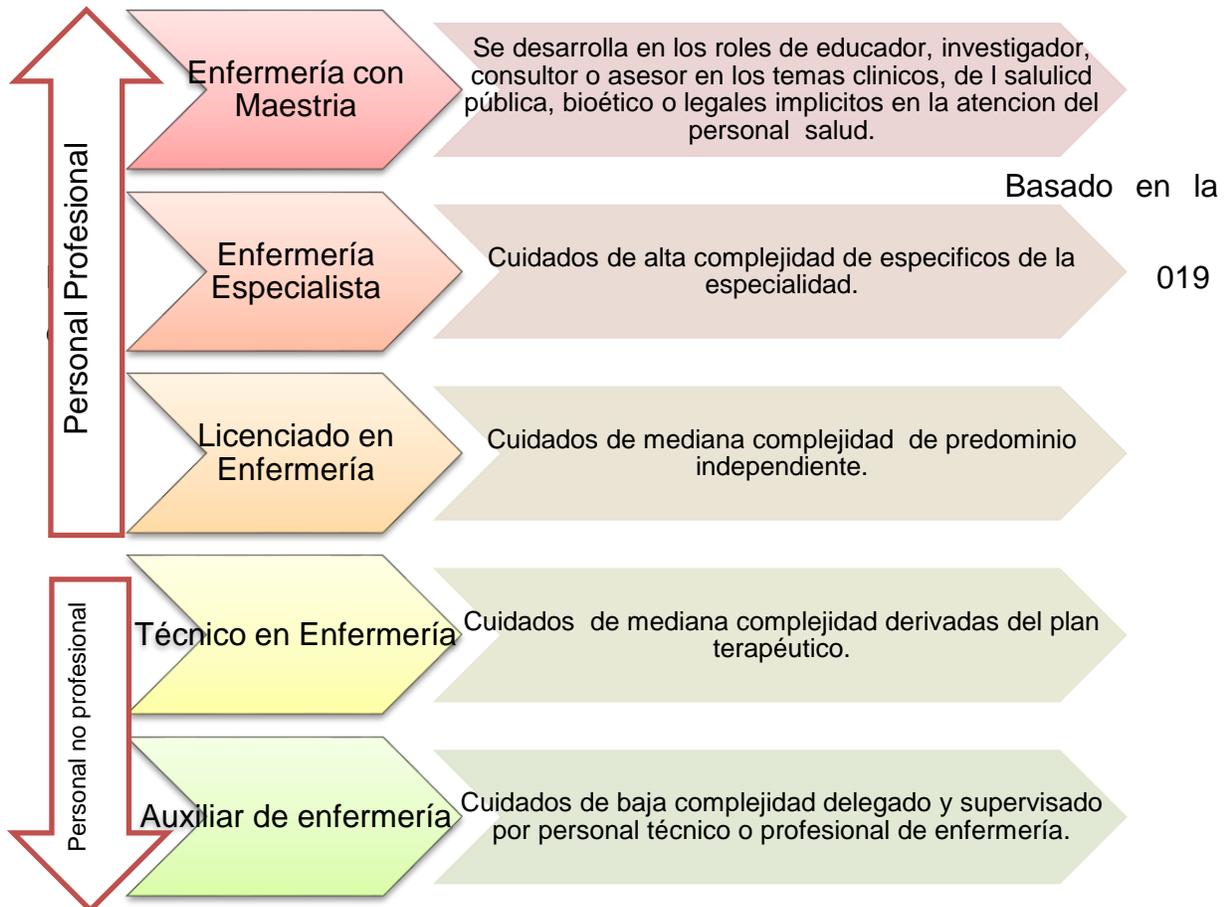
**Objetivo:** Disponer de personal de enfermería necesario y capacitado para atender al adulto mayor de manera oportuna, personalizada y eficiente.

### **DESCRIPCIÓN**

#### **Perfil profesional de enfermería para realizar cuidaos geriátricos**

El profesional de enfermería es el encargado de proporcionar cuidados enfermeros al paciente geriátrico basado en conocimiento científico- técnico, evidencia y recursos disponibles adquiridos en durante su formación académica.

Este personal de enfermería deberá desempeñar los cuidados en las instituciones de acuerdo a su formación como lo marca la NOM 019 SSA3 2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud:



personal de enfermería que debe laborar en las instituciones que brindan servicios geriátricos tiene que ser mayormente del tipo profesional especialista en geriatría y en menor cantidad la no profesional; debido a que el cuidado que requieren los pacientes es complejo y las funciones que debe realizar enfermería es la valoración integral del paciente geriátrico, identificación de los diagnósticos enfermeros y la elaboración de planes de cuidados; además de establecer sus objetivos (resultados esperados) e intervenciones a realizar. Para ello usa las

taxonomías NANDA, NOC (clasificación de resultados enfermeros) y NIC (clasificación de intervenciones enfermeras).

### **Suficiencia de personal de enfermería en los servicios**

En cuando al número específico de enfermeras en cada servicio y turno en geriatría en la actualidad no se ha especificado; sin embargo podemos basarnos en el índice de la medicina interna para los pacientes funcionales y la terapia intermedia de adultos para los pacientes que requieren cuidados especiales, quedando de la siguiente manera:

- Índice de enfermera-paciente geriátrico funcional en 24hrs: 4 a 4.8
- Índice de enfermera-paciente geriátrico totalmente dependiente: 1 Enfermera especialista por cada 3 camas.

Lo que por ejemplo si intentáramos calcular la cantidad necesaria de personal de enfermería para 24 horas, en el servicio geriátrico de pacientes independientes con 35 camas.

1.- Cálculo de personal de enfermería por servicio en 24 horas.

$$I(C) / J = P \qquad 4 (35) / 6 = 23$$

2.- Cálculo de ausentismo previsible de personal en 24 horas por servicio.

$$P (D) = B \qquad 23 (0.41) = 9.43 = 9$$

3.- Cálculo del total de enfermería por servicio en 24 horas.

$$P + B = Z \qquad 23 + 9 = 32$$

4.- Cálculo de personal de enfermería por turno.

$$Z (H1) = Q1 \qquad 32 (0.35) = 11.2 = 11$$

$$Z (H2) = Q2$$

$$23 (0.20) = 6.4 = 7 \text{ Velada A}$$

$$32 (0.25) = 8$$

$$23 (0.20) = 6.4 = 6 \text{ Velada B}$$

$$Z (H3) = Q3$$

5.- Cálculo de personal profesional y no profesional por servicio en 24 horas

$$Q (R) = S \quad Q (U) = V$$

$$11(0.70) = 7.7 = 8$$

(Para el turno matutino)

$$11(0.30) = 2.4 = 3$$

En conclusión en un servicio geriátrico con capacidad de 35 pacientes independientes es necesario 32 enfermeras, las cuales se distribuirían en los diversos turnos de la siguiente manera: 11 enfermeras en el matutino de las cuales 8 deben ser licenciadas en enfermeras y 3 auxiliares o técnicas en enfermería; 8 enfermeras en el turno vespertino: 6 licenciadas y 2 auxiliares o técnico; 7 enfermeras para la velada A, 5 licenciadas y 2 auxiliares o técnicas; y 6 enfermeras para la velada B: 4 licenciadas y 2 auxiliar o técnica.

### **Superviso de los cuidados de enfermería**

El personal supervisor de los servicios de enfermería es responsable de informar los sucesos relevantes acontecidos durante la jornada laboral en las diferentes áreas de enfermería; relacionados con la administración del recurso humano, la atención a los pacientes y la interrelación con otros servicios como el área médica, nutrición, laboratorio, rayos X, que interfiera en el desempeño del personal de enfermería a su cargo.

El personal supervisor de los servicios de enfermería debe ser un profesional con maestría, debido a que su formación académica lo faculta para asumir los roles de educador, investigador, consultor o asesor en los temas clínicos, de la salud pública, bioéticos o legales implícitos en la atención del personal de la salud con un nivel de participación y liderazgo, le corresponden al personal de enfermería

con maestría, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados posteriores a la licenciatura en un área específica, lo faculta para asumir esos roles. Identifica problemas de la práctica y sistemas de cuidado que requieran ser estudiados.<sup>34</sup>

Es responsable de dar continuidad a las situaciones relevantes y observaciones realizadas por personal del turno saliente; para garantizar se brinde atención de calidad a los pacientes geriátricos.

---

<sup>34</sup> NOM 019 SSA3 2013, Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

## CONCLUSIÓN

El crecimiento acelerado de adultos mayores en México hace necesario que las instituciones sanitarias públicas y privadas, brinden a este grupo etario en particular una atención del tipo especializada, debido a que el envejecimiento en la actualidad está mayormente acompañada de enfermedades crónico degenerativas más el proceso fisiológico normal que este proceso conlleva y termina sobrepasando la capacidad de los familiares para brindar cuidados desde casa; así que terminan recurriendo a las instituciones de larga estancia.

Los cuidados geriátricos que recibe el adulto mayor institucionalizado debe ser de "calidad"; esto significa que la atención se debe brindar de manera oportuna, personalizada continua y eficiente, por el equipo interdisciplinario sanitario responsable de su atención.

Cuantificar la calidad de los cuidados que brinda el personal de enfermería en las residencias es algo complicado, más aun tratándose del ámbito geriátrico por lo que en este trabajo se analizó mediante los estándares profesionales y de geriatría de la Asociación Americana de Enfermería (ANA), sobre todo basado en los Estándares de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), del cual solo se utilizaron 17 que son analizables en una institución de larga estancia dando como resultado las siguientes afirmaciones:

1. Es de vital importancia que el personal de enfermería que labora en las instituciones de larga estancia para adultos mayores, sea mayormente de tipo profesional lo que significa que deberán ser enfermeras especialistas en geriatría o licenciadas generales capacitadas para atender este tipo de pacientes y en menor cantidad el tipo no profesional como lo son auxiliares o técnicos en enfermería.
2. La atención de enfermería debe estar basada en un modelo o teoría aplicable al área geriátrica; además de que enfermería debe hacer uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC para la elaboración de planes de cuidados individualizados y así mejorar la eficiencia de la atención proporcionada al paciente geriátrico.

3. Los cuidados que el personal de enfermería debe brindar al paciente geriátrico es mayormente del tipo independiente por lo que no está limitada a indicaciones médicas y dependerán de las necesidades requeridas por el adulto mayor.
4. Para garantizar la calidad en los cuidados que enfermería brinda al paciente geriátrico, se debe contar con la cantidad suficiente de personal en las instituciones tanto en los diversos servicios con los que cuenta, como en todos los turnos.

En la actualidad la sociedad aún desconoce que para atender a la población anciana, es necesaria una formación especializada ya que el cuidado que requieren los ancianos representa un trabajo complejo; no obstante, el poco interés que las personas presentan a los cuidados geriátricos ha contribuido a que el papel de las enfermeras gerontológicas no sea suficientemente valorado y que en las instituciones la presencia de enfermería especialistas en geriatría sea muy escasa; ya que si se no se valora al adulto mayor, menos se valora al profesional que lo cuida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. INAPAM. Estadísticas sobre Adultos Mayores en México. 22 de Septiembre de 2016.
2. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. 12/07/2018.
3. Instituto nacional de geriatría. Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. México, 2017.
4. Francisco J. Miranda. Introducción Gestión de la calidad. 1ra Edición Delta. España, 2017.
5. Armando J. Y Cervantes Isabel Ma. Gestión integral de la calidad: un enfoque por competencias. Primera edición. Grupo editorial patria, México 2017.
6. Ayuso Murillo, Diego. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Primera Edición Días Santos. 2018.
7. Guajardo García Edmundo. Administración de la calidad total. Editorial PAX MÉXICO.
8. Avedis Donabedian. La calidad de la atención médica. Rev. Calidad Asistencial 2001.
9. Avedis Donabedian. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev. Calidad Asistencial 2001.
10. Avedis Donabedian. Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Rev. Calidad Asistencial 2001.
11. Avedis Donabedian. La calidad en la atención sanitaria: ¿de quién es la responsabilidad? Rev. Calidad Asistencial 2001.
12. Comisión Interinstitucional de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: 3 Indicadores.
13. Martínez, Ma. Luisa y Chamorro, Elena. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Tercera Edición ELSEVIR. España, 2017.
14. Carrasco, Roció. Manual de enfermería geriátrica. Editorial CTO. Madrid, 2012.
15. Raile, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Octava edición, Elsevier. España, 2015.

16. Balderas. Administración de los servicios de enfermería. 5ª Edición Mc Graw Hill. Año 2009.
17. INEGI. Censo y conteo de población y vivienda; 2015.
18. INEGI. Encuesta Intercensal; 2015.
19. Excélsior. México, corto de enfermeras. 01/03/2018.
20. OMS. Enfermería en América Latina; 2010.
21. OCDE Indicadores. Panorama de la salud 2017.
22. Cassiani SHB, Hoyos MC, Barreto MFC, Sives K, da Silva FAM. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. Rev. Panamá Salud Pública. 2018; 42:e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>
23. Balderas. Administración de los servicios de enfermería. 6ª Edición Mc Graw Hill. Año 2012.
24. Patricia A. Tabloski. Enfermería Gerontológica. Segunda edición Pearson. España, 2010.
25. Patricia A. Fundamentos de enfermería. Novena Edición Elsevier. España, 2013.
26. Patricia A. Tabloski. Enfermería Gerontológica. Editorial Pearson 2ª edición. Madrid, 2010.
27. Secretaria de salud. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 40 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería. 1ª Edición, febrero 2017.
28. INDICAS. Indicadores de calidad en enfermería. <http://www.calidad.salud.gob.mx/>
29. Fuentes: Gamboa C. & Valdés S. Julio, 2017. Adultos mayores: Análisis integral de su situación jurídica en México. [Archivo PDF]. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-11-17.pdf>
30. Martínez, A. & Rodríguez P. (2004), Gerontología y derecho. Aspectos jurídicos y personas mayores, Madrid, Editorial Medica Panamericana.

## ANEXOS

### ANEXO 1.- ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS (EVRC)

Criterios	Calificación	Descripción
<b>Limitación física</b>	2	Presenta cualquier factor señalado como limitante.
<b>Estado mental alterado</b>	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	2	Requiere o inicia tratamiento con unos o más medicamentos de riesgo señalados.
<b>Problemas de comunicación</b>	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
<b>Sin factores de riesgo</b>	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo pero está hospitalizado.

Nombre y Apellido de la enfermera		
Turno Matutino	Turno Vespertino	Turno Nocturno

Criterios de riesgo	Criterios de riesgo	Criterios de riesgo
<b>Limitación física</b>	Impedimento, defecto o restricción que reduce las posibilidades de realizar actividad por sí mismo.	Dentro de este grupo se consideran: Pacientes menores de 6 años y mayores de 65 años; pacientes con deterioro musculo esquelético como: fracturas, artritis. Deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio, enfermedad vascular cerebral, parálisis cerebral infantil y/o sensitivos-preceptuales; lesiones de columna vertebral, enfermedad; síndrome de desuso, (reposo prolongado) antecedente de caídas previas, disminución de la masa muscular (desnutrición), fuerza (estados de ayuno prolongado) y disminución del control muscular (anestesia, parálisis cerebral infantil), índice de masa corporal por arriba del 75% para la edad, (obesidad), incapacidad física que afecte la movilidad (amputación), periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis u otras patologías que limiten la actividad física.
<b>Estado mental alterado</b>	Desviación del estado del equilibrio y adaptación activa que no permite al individuo interactuar con el medio ambiente.	Se consideran las alteraciones sensitivo preceptuales tales como: lesiones medulares, parálisis, enfermedad vascular cerebral; déficit propioceptivo por anestesia o sedación, deterioro cognitivo; déficit de memoria, desorientación, confusión, agitación, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; hipoglucemia, hiperpotasemia, deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de polio o parálisis cerebral infantil, enfermos en estados terminales y en estado crítico.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Medicamentos que por su naturaleza provocan efectos específicos o secundarios considerados de riesgo.	Efectos y/o reacciones adversas de diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálico, anti arrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos y broncodilatadores.
<b>Problemas de comunicación</b>	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la comunicación.	Diferencias culturales (dialectos), defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva (sordera), alteración del sistema nervioso central (tumores cerebrales), efectos de la medicación, barreras físicas (intubación oro traqueal) y psicológicas (psicosis).
<b>Sin factor de riesgo</b>	Persona que en la valoración inicial no presenta riesgo alguno; sin embargo está expuesta a factores del entorno que pueden considerarse como riesgo adicional.	Considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbre de llamado funcionando, bancos de altura, sillas de ruedas, tripees, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapante, etc.

## ANEXO 2: RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN (ESCALA DE BRADEN)

Criterio	Evaluación				Puntuación por criterio
	1	2	3	4	
Percepción sensorial	1.Completamente limitada	2.Muy limitada	3.Ligeramente limitada	4.Sin limitaciones	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
Exposición a la humedad	1.Contantemente húmeda	2.A menudo húmeda	3.Ocasionalemnte húmeda	4.Raramen húmeda	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
Actividad	1.Encamado/a	2.En silla	3.Deambula ocasionalmente	4.Deambula frecuentemente	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
Movilidad	1.Completamente inmóvil	2.Muy limitada	3.Ligeramente limitada	4.Sin limitaciones	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
Nutrición	1.Muy pobre	2.Probablemente inadecuada	3.Adecuada	4.-Exelente	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
Roce y peligro de lesiones	1.Problema	2.Problema potencial	3.No existe problema aparente	4.Sin limitaciones	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo

Puntos para la clasificación del riesgo	
Escala	Puntos
Alto riesgo	<12
Riesgo mediano	13-14
Riesgo bajo	15-16 < de 75 años 15-18 ≥ de 75 años

### ANEXO 3: ESCALA GLASGOW

Respuesta apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
A estímulo doloroso	2
No hay respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1
Mejor respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
No movimientos	1

### ANEXO 4: ESCALA RAMSAY

Nivel	Respuesta
1	Ansiosa, agitado o intranquilo
2	Tranquilo cooperador y orientado
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Dormido, con respuesta a órdenes energías
5	Dormido, con respuesta solo al dolor
6	Sin respuesta alguna

## ANEXO 5.-CRITERIOS DE BEERS.

MEDICAMENTOS	ASUNTO	SEVERIDAD
Aceite mineral	Riesgo potencial de aspiración y efectos adversos. Existen alternativas más seguras.	Alta
Ácido Etacrínico	Riesgo potencial de hipertensión y desequilibrios de líquidos. Existen alternativas más seguras.	Baja
Amiodarona	Asociada con problemas del intervalo QT y riesgo de producir "torsades de pointes". Riesgo de alteraciones tiroideas. Escasa eficacia en ancianos	Alta
Amitriptilina	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedativas, Amitriptilina raramente es el antidepresivo de elección en ancianos.	Alta
Anfetaminas (excluye metilfenidato)	Efectos adversos estimulantes del SNC.	Alta
Anfetaminas y anorexígenos	Estos fármacos tienen un potencial para causar dependencia, hipertensión, angina e infarto de miocardio.	Alta
Anticolinérgicos y antihistamínicos (Clorfeniramina, Difenhidramina, Hidroxizina, Ciproheptadina)	Todos los antihistamínicos pueden tener propiedades anticolinérgicas potentes. Se prefiere el uso de antihistamínicos no anticolinérgicos para tratar reacciones alérgicas.	Alta
Antiespasmódicos (Dicloverina, Alcaloides de la Belladona)	Los antiespasmódicos gastrointestinales son altamente anticolinérgicos con una eficacia incierta. Se recomienda evitar estos fármacos (especialmente su uso prolongado).	Alta
Barbitúricos	En ancianos son altamente adictivos, pudiendo causar más efectos adversos que la mayoría de los hipnóticos y sedantes.	Alta
Benzodiazepinas de acción corta a dosis: >3mg de Lorazepam, >2mg de Alprazolam, y >0,25mg de Triazolam.	Debido a una sensibilidad incrementada a las Benzodiazepinas en ancianos, dosis más pequeñas podrían seguir siendo eficaces y mejor toleradas. La dosis total diaria no debe exceder la dosis máxima recomendada.	Alta
Benzodiazepinas de larga acción (Diazepam, y Clorazepato)	Estos fármacos tienen larga vida media en ancianos (con frecuencia días), produciendo sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas. En caso necesario es preferible una Benzodiazepina de acción corta e intermedia.	Alta
Cimetidina	Efectos adversos del SNC incluyendo confusión.	Baja
Clorpropamida	Presenta una vida media prolongada en ancianos y puede ocasionar hipoglucemia prolongada. Puede provocar secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH, según siglas en inglés).	Alta

<b>Dextropropoxifeno</b>	Ofrece pocas ventajas analgésica frente a paracetamol, provoca estreñimiento y sedación y riesgo de caídas.	Baja
<b>Difenhidramina</b>	Puede causar confusión y sedación. No se debería emplear como hipnótico, y cuando se usa para el tratamiento de reacciones alérgicas en urgencias, se deben usar a las dosis más bajas posibles.	Alta
<b>Digoxina</b>	Alto grado de intoxicación por digital a dosis >0,125 mg/d, excepto en el tratamiento de las arritmias auriculares. La disminución del filtrado glomerular puede incrementar el riesgo de toxicidad. Existen opciones con menos riesgo.	Alta
<b>Disopiramida</b>	De todos los fármacos antiarrítmicos, es el más potente inotrópico negativo, y además puede inducir insuficiencia cardíaca en ancianos. Usar preferiblemente otros antiarrítmicos.	Alta
<b>Doxepina</b>	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedativas, raramente es el antidepresivo de elección en ancianos.	Alta
<b>Estrógenos solos</b>	Existe evidencia de potencial carcinogénico (cáncer de mama y endometrial) y escaso efectos cardioprotector en ancianas.	Baja
<b>Fluoxetina</b>	Larga vida media y riesgo de producir estimulación excesiva del SNC, alteraciones en el sueño e incremento de la agitación. Existen alternativas más seguras	Alta
<b>Indometacina</b>	De todos los AINE disponibles es el que produce más efectos adversos sobre el SNC, gástricos y renales.	Alta
<b>Ketorolaco</b>	Se debe evitar su uso inmediato y a largo plazo en ancianos, debido la mayoría presentan patologías gastrointestinales asintomáticas.	Alta
<b>Meperidina</b>	Puede causar confusión y presenta más desventajas que otros opiodes.	Alta
<b>Alfa-Metildopa</b>	Puede causar bradicardia y exacerbar depresión en ancianos.	Alta
<b>Metiltestosterona</b>	Riesgo potencial de hipertrofia prostática y problemas cardíacos.	Alta
<b>Nifedipino de acción corta.</b>	Riesgo potencial de hipotensión y constipación	Alta
<b>Nitrofurantoina.</b>	Riesgo potencial de daño renal. Existen alternativas más seguras.	Alta
<b>Metocarbamol, Carisoprodol, y Oxibutinina</b>	La mayoría de los relajantes musculares y antiespasmódicos son mal tolerados por la población anciana, debido a sus efectos adversos anticolinérgicos, sedación y debilidad. Además, es cuestionable su eficacia en ancianos a las dosis toleradas. No se consideran las formas de liberación retardada.	Alta
<b>Sulfato ferroso &lt;325 mg/d. D</b>	No incrementan drásticamente la cantidad de hierro absorbido, sin embargo aumentan la incidencia de constipación.	Baja

## ANEXO 6.-CRITERIOS STOPP/ STAR.

Criterios STOPP: Medicamentos inapropiados en personas de 65 años o más.

### A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

**DIGOXINA** a dosis mayores a 0.125mg/día por tiempo prolongado y en presencia de Insuficiencia renal. (Tasa de filtrado glomerular (GRF) estimada: <50 ml/min).

**DIURÉTICOS DE ASA** para Edema bimalleolar sin signos clínicos de insuficiencia cardiaca (*no hay evidencia de su eficacia*).

**DIURÉTICOS DE ASA** como monoterapia de primera línea en la hipertensión (*existen alternativas más seguras y efectivas*).

**DIURÉTICOS TIAZÍDICOS** con historia de gota. (*puede exacerbar la gota*).

**BETA-BLOQUEADORES** no cardio-selectivos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. (*Riesgo de broncoespasmo*).

**BETA-BLOQUEADORES** en combinación con verapamilo (*riesgo de bloqueo cardíaco sintomático*).

Uso de **DILTIAZEM O VERAPAMILO** en Insuficiencia cardiaca clase funcional NYHA III-IV (*pueden empeorar la insuficiencia cardiaca*).

**CALCIO-ANTAGONISTAS** con estreñimiento crónico. (*pueden agravar el estreñimiento*).

Uso de la combinación de **AAS Y WARFARINA** sin antagonistas H2 (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o IBP (*alto riesgo de hemorragia digestiva*).

**DIPIRIDAMOL** como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria (*sin evidencia de eficacia*).

**AAS** con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP (*riesgo de hemorragia*).

**AAS** a dosis superiores a 150 mg día (*aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia*).

**AAS** sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (*no indicada*).

**AAS** para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (*no indicada*).

**WARFARINA** para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de 6 meses (*no se ha demostrado un beneficio adicional*).

**WARFARINA** para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses (*no se ha demostrado beneficio*).

**AAS, CLOPIDOGREL, DIPIRIDAMOL, O WARFARINA** con una enfermedad hemorrágica concurrente (*alto riesgo de sangrado*).

### B. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PSICOFÁRMACOS

1. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con demencia (*riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo*).
2. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con glaucoma (*posible exacerbación del glaucoma*).
3. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con trastornos de la conducción cardíaca (*efectos pro-arrítmicos*).
4. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con estreñimiento (*probable empeoramiento del estreñimiento*).
5. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con un opiáceo o un antagonista del calcio (*riesgo de estreñimiento grave*).
6. **ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (*riesgo de retención urinaria*).
7. Uso prolongado de **BENZODIACEPINAS** de vida media larga (i.e. más de 1 mes) (como clordiazepóxido, flurazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como DIAZEPAM) (*riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas*).
8. Uso prolongado de **NEUROLÉPTICOS** (i.e. más de 1 mes) como hipnóticos a largo plazo (*riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas*).
9. Uso prolongado de **NEUROLÉPTICOS** (i.e. más de 1 mes) en el parkinsonismo (*es probable que empeoren los síntomas extrapiramidales*).
10. **FENOTIAZINAS** en pacientes con epilepsia (*pueden bajar el umbral convulsivo*).
11. **ANTICOLINÉRGICOS** para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (*riesgo de toxicidad anticolinérgica*).
12. **INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA** con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (*Sodio <130mmol/l en los dos meses anteriores*).
13. Uso prolongado de **ANTIISTAMÍNICOS** de primera generación, (más de 1 semana) i.e. difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (*riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos*).

### C. SISTEMA GASTROINTESTINAL

1. **DIFENOXILATO, LOPERAMIDA O FOSFATO DE CODEÍNA** para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (*riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la no diagnosticada*).
2. **DIFENOXILATO, LOPERAMIDA O FOSFATO DE CODEÍNA** para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave i.e. con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave (*riesgo de exacerbación o prolongación de la infección*).
3. **METOCLOPRAMIDA O PROCLORPERAZINA** con parkinsonismo (*riesgo de agravamiento del parkinsonismo*).
4. **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)** para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (*está indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento/profiláctico de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico*).
5. **ESPASMOLÍTICOS ANTICOLINÉRGICOS** en el estreñimiento crónico (*riesgo de agravamiento del estreñimiento*).

### D. SISTEMA RESPIRATORIO

1. **TEOFILINA** como monoterapia en la EPOC (*existen alternativas más seguras y efectivas, riesgo de efectos adversos por el estrecho índice terapéutico*).
2. **CORTICOESTEROIDES SISTÉMICOS** en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en la EPOC moderada-grave (*exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos*).
3. **IPRATROPIO** nebulizado en el glaucoma (*puede agravar el glaucoma*).

### E. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

1. **AINE** (Analgésico antiinflamatorio no esteroideo) con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H<sub>2</sub>, IBP o misoprostol (*riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa*).
2. **AINE** con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100mmHg-179/109mmHg; grave: igual o superior a 180/110 mmHg) (*riesgo de empeoramiento de la hipertensión*).
3. **AINE** con insuficiencia cardíaca (*riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca*).
4. Uso prolongado de **AINE** (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (*los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor*).
5. **Warfarina y AINE** juntos (*riesgo de hemorragia digestiva*).
6. **AINE** con insuficiencia renal crónica con tasa de filtrado glomerular (GRF) estimada: 20-50 ml/min. (*riesgo de deterioro de la función renal*).
7. **Corticosteroides** a largo plazo (más de 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artrosis (*riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides*).
8. **AINE o colchicina** a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (*el alopurinol es el fármaco profiláctico de primera línea en la gota*).

### F. SISTEMA UROGENITAL

1. **FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES** con demencia (*riesgo de mayor confusión y agitación*).
2. **FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES** con glaucoma crónico (*riesgo de exacerbación aguda del glaucoma*).
3. **FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES** con estreñimiento crónico (*riesgo de agravamiento del estreñimiento*).
4. **FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES** con prostatismo crónico (*riesgo de retención urinaria*).
5. **BLOQUEADORES ALFA** en varones con incontinencia frecuente, i.e. uno o más episodios de incontinencia al día (*riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia*).
6. **BLOQUEADORES ALFA** con sonda vesical permanente i.e. sonda durante más de dos meses (*fármaco no indicado*).

#### G. SISTEMA ENDOCRINO

1. **GLIBENCLAMIDA O CLORPROPAMIDA** con diabetes mellitus tipo 2 (*riesgo de hipoglucemia prolongada*).
2. **BETA-BLOQUEADORES** en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia, i.e. 1 o más episodios al mes (*riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia*).
3. **ESTRÓGENOS** con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (*aumento del riesgo de recurrencia*).
4. **ESTRÓGENOS SIN PROGESTÁGENOS** en mujeres con útero intacto (*riesgo de cáncer de endometrio*).

#### H. FÁRMACOS QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE A LOS PROPENSOS A CAERSE (1 O MÁS CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES)

1. **BENZODIACEPINAS** (*sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio*)
2. **NEUROLÉPTICOS** (*pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo*)
3. **ANTIHIISTAMÍNICOS DE PRIMERA GENERACIÓN** (*sedantes, pueden reducir el sensorio*)
4. **VASODILADORES** de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural persistente, i.e. descenso recurrente superior a 20mmHg de la presión sistólica (*riesgo de sincope, caídas*)
5. **OPIÁCEOS** a largo plazo en aquellos con caídas recurrentes (*riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo*)

#### I. ANALGÉSICOS

1. Uso a largo plazo de **OPIÁCEOS POTENTES**, i.e. morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (inobservancia de la escala analgésica de la OMS)
2. **OPIÁCEOS** regulares durante más de dos semanas en aquellos con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
3. **OPIÁCEOS** a largo plazo en la demencia, salvo cuando están indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave (*riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo*)

#### J. CLASE DE MEDICAMENTO DUPLICADA

Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase i.e. dos opiáceos, AINE; ISRS; diuréticos de asa, IECA simultáneos (debe optimizarse la monoterapia dentro de una sola clase antes de considerar el cambio a otra clase de fármaco). Se excluyen las prescripciones duplicadas de fármacos que pueden precisarse a demanda; i.e. agonistas beta-2 inhalados (de larga y corta duración) para el EPOC o el asma, u opiáceos para el manejo del dolor irruptivo.

**CRITERIOS START:** estos medicamentos deben ser considerados según las enfermedades en las personas de 65 años o más.

#### A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. **WARFARINA** en presencia de una fibrilación auricular crónica.
2. **AAS** en presencia de una fibrilación auricular crónica cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS.
3. **AAS o CLOPIDOGREL** con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal.
4. **TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO** cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160mmHg
5. **ESTATINAS** con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años.
6. **IECA** en la insuficiencia cardíaca crónica.
7. **IECA** tras un infarto agudo de miocardio.
8. **BLOQUEADORES BETA** en la angina crónica estable.

#### B. SISTEMA RESPIRATORIO

1. **AGONISTA BETA-2 O ANTICOLINÉRGICO INHALADO** en el asma o la EPOC leve a moderada.
2. **CORTICOSTEROIDE INHALADO** en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50%.
3. **OXIGENOTERAPIA** continua en domicilio en la insuficiencia respiratoria tipo 1 ( $pO_2 < 60$  mmHg,  $pCO_2 < 49$  mmHg) o tipo 2 ( $pO_2 < 60$  mmHg,  $pCO_2 < 49$  mmHg) bien documentada

#### C. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1. **LEVODOPA** en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad
2. **ANTIDEPRESIVOS** en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses.

#### D. SISTEMA GASTROINTESTINAL.

1. **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES** en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación.
2. **SUPLEMENTOS DE FIBRA** en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento

#### E. SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

1. **FARMACOS ANTIRREUMATICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD** en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de 12 semanas de duración
2. Bifosfonatos en pacientes que reciben corticosteroides orales a dosis de mantenimiento
3. **SUPLEMENTOS DE CALCIO Y VITAMINA D** en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida).

#### F. SISTEMA ENDOCRINO

1. **METFORMINA** en la diabetes mellitus tipo 2 con o sin síndrome metabólico en ausencia de insuficiencia renal (tasa de filtrado glomerular estimada  $< 50$  ml/min).
2. **IECA O (ARA-2)** en la diabetes con nefropatía, i.e. proteinuria franca en el sistemático de orina o microalbuminuria ( $> 30$  mg/24h) con o sin insuficiencia renal.
3. **ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS** en la DM2 si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo)
4. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o mas factores de riesgo cardiovascular.

## ANEXO 7.-MINI NUTRICIONAL ASSESMANT (MNA).

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

### Cribaje

**A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**  
 0 = ha comido mucho menos  
 1 = ha comido menos  
 2 = ha comido igual

**B Pérdida reciente de peso (<3 meses)**  
 0 = pérdida de peso > 3 kg  
 1 = no lo sabe  
 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
 3 = no ha habido pérdida de peso

**C Movilidad**  
 0 = de la cama al sillón  
 1 = autonomía en el interior  
 2 = sale del domicilio

**D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**  
 0 = sí 2 = no

**E Problemas neuropsicológicos**  
 0 = demencia o depresión grave  
 1 = demencia moderada  
 2 = sin problemas psicológicos

**F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)**  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23.  
 3 = IMC ≥ 23.

**Evaluación del cribaje**  
 (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal  
 8-11 puntos: riesgo de malnutrición  
 0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

### Evaluación

**G El paciente vive independiente en su domicilio?**  
 1 = sí 0 = no

**H Toma más de 3 medicamentos al día?**  
 0 = sí 1 = no

**I Úlceras o lesiones cutáneas?**  
 0 = sí 1 = no

**J Cuántas comidas completas toma al día?**  
 0 = 1 comida  
 1 = 2 comidas  
 2 = 3 comidas

**K Consume el paciente**

- productos lácteos al menos una vez al día?  sí  no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?  sí  no
- carne, pescado o aves, diariamente?  sí  no

0.0 = 0 o 1 síes  
 0.5 = 2 síes  
 1.0 = 3 síes

**L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?**  
 0 = no 1 = sí

**M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)**  
 0.0 = menos de 3 vasos  
 0.5 = de 3 a 5 vasos  
 1.0 = más de 5 vasos

**N Forma de alimentarse**  
 0 = necesita ayuda  
 1 = se alimenta solo con dificultad  
 2 = se alimenta solo sin dificultad

**O Se considera el paciente que está bien nutrido?**  
 0 = malnutrición grave  
 1 = no lo sabe o malnutrición moderada  
 2 = sin problemas de nutrición

**P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?**  
 0.0 = peor  
 0.5 = no lo sabe  
 1.0 = igual  
 2.0 = mejor

**Q Circunferencia braquial (CB en cm)**  
 0.0 = CB < 21  
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  
 1.0 = CB > 22

**R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**  
 0 = CP < 31  
 1 = CP ≥ 31

**Evaluación (máx. 16 puntos)**

**Cribaje**

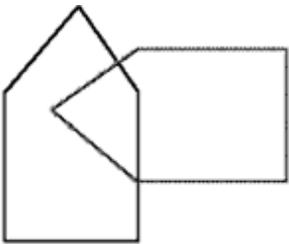
**Evaluación global (máx. 30 puntos)**

**Evaluación del estado nutricional**

De 24 a 30 puntos  estado nutricional normal  
 De 17 a 23.5 puntos  riesgo de malnutrición  
 Menos de 17 puntos  malnutrición

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001; 56A : M366-377.  
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
 Para más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## ANEXO 8.-EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN.

(NOSABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.</b>	
QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY, CUÁL ES EL AÑO, MES, DÍA, ESTACIÓN, (MÁXIMO 5 PUNTOS)	0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, EL PISO, LA CIUDAD, EL ESTADO Y EL PAÍS EN EL QUE ESTAMOS", (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
<b>FIJACIÓN</b>	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA, (MÁXIMO 3 PUNTOS.)	0 - 3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
"SI TIENE 30 PESOS Y ME LOS DA DE TRES EN TRES, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA, MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
<b>MEMORIA.</b>	
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS"	0 - 3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.</b>	
"¿QUÉ ES ESTO?(MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? ( MOSTRAR UN BOLÍGRAFO)".	0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO".	0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA, MÁXIMO 3 PUNTOS.	0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE" "CIERRE LOS OJOS"	0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA"	0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO"(0-1 PUNTOS).	0 - 1
	<p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p>NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p> <p style="text-align: right;">TOTA _____ —</p>
<p>PUNTO DE CORTE: 24 GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; &gt;14 = GRAVE)</p>	

## ANEXO 9.-ESCALA DE YESAVAGE VERSIÓN REDUCIDA.

		S Í	N O
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES)	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			

INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL.

6 A 9 DEPRESIÓN LEVE.

> 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.

## **ANEXO 10.-CAM. MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN (CONFUSIÓN ASSESSMENT METHOD).**

### **1. COMIENZO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE**

DEMOSTRADO SI TRAS PREGUNTAR A LA FAMILIA O PERSONAL DE ENFERMERÍA SE OBTIENE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿HA OBSERVADO UN CAMBIO AGUDO EN EL ESTADO MENTAL HABITUAL DEL PACIENTE?

¿ESTA CONDUCTA ANÓMALA FLUCTÚA DURANTE EL DÍA, ES DECIR, TIENDE A INICIARSE Y PROGRESAR, O AUMENTAR Y DISMINUYE DE GRAVEDAD?

### **2. ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN**

RESPUESTA POSITIVA A LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA FIJAR LA ATENCIÓN, POR EJEMPLO, SE DISTRAE CON FACILIDAD O TIENE DIFICULTAD PARA SEGUIR UNA CONVERSACIÓN?

### **3. PENSAMIENTO DESORGANIZADO**

¿TUVO EL PACIENTE ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO, COMO DIVAGACIONES O CONVERSACIONES INCOHERENTES, IDEAS ILÓGICAS O DIFUSAS O CONFUNDIÓ A PERSONAS?

### **4. NIVEL DE CONCIENCIA ALTERADA**

ESTE SÍNTOMA SE DEMUESTRA POR UNA RESPUESTA DIFERENTE A <<ALERTA>> A LA PREGUNTA:

¿GENERALMENTE CONSIDERARÍA EL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE COMO ALERTA (NORMAL); VIGILANTE (HIPERALERTA); LETÁRGICO (SOMNOLIENTO PERO FÁCILMENTE DESPERTABLE); SEMICOMATOSO (SOMNOLIENTO PERO DIFÍCILMENTE DESPERTABLE) O COMATOSO (NO DESPERTABLE)?

PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO ES NECESARIO QUE CUMPLAN CON LOS DOS PRIMEROS CRITERIO, MÁS EL 3 Ó EL 4

## ANEXO 11.-INDICE DE KATZ.

1. BAÑO
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> SE BAÑA ENTERAMENTE SOLO, O BIEN REQUIERE AYUDA ÚNICAMENTE EN ALGUNA ZONA CONCRETA (P. E.J., ESPALDA).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> NECESITA AYUDA PARA LAVARSE EN MÁS DE UNA ZONA DEL CUERPO, O BIEN PARA ENTRAR O SALIR DE LA BAÑERA O DUCHA.</p>
2. VESTIDO
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> COGE LA ROPA Y SE LA PONE ÉL SOLO, PUEDE ABROCHARSE (SE EXCLUYE ATARSE LOS ZAPATOS O PONERSE LAS MEDIAS O CALCETINES).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> NO SE VISTE POR SÍ MISMO, O PERMANECE PARCIALMENTE VESTIDO.</p>
3. USO DEL WC
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> VA AL WC SOLO, SE ARREGLA LA ROPA, SE LIMPIA ÉL SOLO.</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> PRECISA AYUDA PARA IR AL WC Y/O PARA LIMPIARSE.</p>
4. MOVILIDAD
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> SE LEVANTA Y SE ACUESTA DE LA CAMA ÉL SOLO, SE LEVANTA Y SE SIENTA DE UNA SILLA ÉL SOLO, SE DESPLAZA SOLO.</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> NECESITA AYUDA PARA LEVANTARSE Y/O ACOSTARSE, DE LA CAMA Y/O DE LA SILLA. NECESITA AYUDA PARA DESPLAZARSE O NO SE DESPLAZA.</p>
5. CONTINENCIA
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> CONTROL COMPLETO DE LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN.</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> INCONTINENCIA PARCIAL O TOTAL DE LA MICCIÓN O DEFECACIÓN.</p>
6. ALIMENTACIÓN
<p><b>INDEPENDIENTE:</b> COME SOLO, LLEVA ALIMENTO SOLO DESDE EL PLATO A LA BOCA (SE EXCLUYE CORTAR LOS ALIMENTOS).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> NECESITA AYUDA PARA COMER, NO COME SOLO O REQUIERE ALIMENTACIÓN ENTERAL.</p>
<p><b>A:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS LAS FUNCIONES. <b>B:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS UNA CUALQUIERA. <b>C:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO Y OTRA CUALQUIERA. <b>D:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA. <b>E:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC Y OTRA CUALQUIERA. <b>F:</b> INDEPENDIENTE PARA TODAS MENOS BAÑO, VESTIDO, USO WC, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA. <b>G:</b> DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.</p>
<p>RESULTADO: ÍNDICE DE KATZ: _____</p>

## ANEXO 12.-ESCALA DE LAWTON-BRODY.

	MUJER	VARON
<b>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>		
UTILIZAR EL TELEFONO POR INICIATIVA PROPIA	1	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NUMEROS FAMILIARES	1	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR EL TELEFONO PERO NO MARCAR	1	1
NO UTILIZA EL TELEFONO	0	0
<b>2. HACER COMPRAS</b>		
REALIZA TODAS LAS COMPRAS NECESARIAS INDEPENDIEMENTE	1	1
REALIZA INDEPENDIEMENTE PEQUENAS COMPRAS	0	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA REALIZAR CUALQUIER COMPRA	0	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0	0
<b>3. PREPARACION DE LA COMIDA</b>		
ORGANIZA, PREPARA Y SIRVE LAS COMIDAS POR SI SOLO ADECUADAMENTE	1	1
PREPARA, ADECUADAMENTE LAS COMIDAS SI SE LE PROPORCIONAN LOS INGREDIENTES	0	0
PREPARA, CALIENTA Y SIRVE LAS COMIDAS PERO NO SIGUEN UNA DIETA ADECUADA	0	0
NECESITA QUE LE PREPAREN Y SIRVAN LAS COMIDAS	0	0
<b>4. CUIDADO DE LA CASA</b>		
MANTIENE LA CASA SOLO CON AYUDA OCASIONAL (PARA TRABAJOS PESADOS)	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, COMO LAVAR LOS PLATOS O HACER LAS CAMAS	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, PERO NO PUEDE MANTENER UN ADECUADO NIVEL DE LIMPIEZA	1	1
NECESITA AYUDA EN TODAS LAS LABORES DE LA CASA	1	1
NO PARTICIPA EN NINGUNA LABOR DE LA CASA	0	0
<b>5. LAVADO DE LA ROPA</b>		
LAVA POR SI SOLO TODA SU ROPA	1	1
LAVA POR SI SOLO PEQUEÑAS PRENDAS	1	1
TODO EL LAVADO DE ROPA DEBE SER REALIZADO POR OTRO	0	0
<b>6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>		
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE	1	1
ES CAPAZ DE TOMAR UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRANSPORTE	1	1
VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO CUANDO VA ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONA	1	0
UTILIZA EL TAXI O EL AUTOMOVIL SOLO CON AYUDA DE OTROS	0	0
NO VIAJA EN ABSOLUTO	0	0
<b>7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION</b>		
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACION A LA HORA Y DOSIS CORRECTA	1	1
TOMA SU MEDICACION SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0	0
NO ES CAPAZ DE ADMINISTRARSE SU MEDICACION	0	0
<b>8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>		
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS POR SI SOLO	1	1
REALIZA LAS COMPRAS DE CADA DIA, PERO NECESITA AYUDA EN LAS GRANDES COMPRAS Y EN LOS BANCOS	1	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0	0