



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**E. U. de Enfermería y Fisioterapia**

**Grado en Enfermería**

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

**Trabajo de carácter profesional**

### **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADOS**

**Estudiante: Teresa de Jesús Martínez Uriarte**

**Tutor: Rocío Jiménez Carabias**

**Salamanca, enero de 2018**

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Concepto de demencia y epidemiología.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Criterios diagnósticos.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3. Clasificación.....</b>	<b>5</b>
<b>2.4. Valoración neuropsicológica.....</b>	<b>7</b>
<b>2.5. Síntomas psicológicos y conductuales.....</b>	<b>7</b>
<b>2.6. Tratamiento farmacológico.....</b>	<b>8</b>
<b>2.7. Demencia e institucionalización.....</b>	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. DESARROLLO DEL TEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Metodología.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2. Valoración.....</b>	<b>10</b>
<b>4.3. Plan de cuidados de Enfermería.....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>27</b>

## **1. RESUMEN**

La demencia constituye una de las grandes causas de discapacidad y dependencia, repercutiendo en la vida de los ancianos afectados a nivel físico, psicológico, social y económico, en sus familias y en la sociedad.

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia agravan el deterioro cognitivo y funcional del paciente, y son con frecuencia elementos decisivos a la hora de su institucionalización.

Los centros sociosanitarios han ido evolucionando ante una demanda asistencial cada vez de mayor envergadura, desarrollando medidas organizativas y de modificación del entorno.

En estos centros residenciales es fundamental el papel del profesional de Enfermería, ya que, desde una perspectiva interdisciplinar, desarrolla su práctica asistencial basada en la elaboración de un plan de cuidados individualizado, a través de la valoración detallada de las necesidades del paciente y posterior desarrollo de los diagnósticos, objetivos e intervenciones a realizar, proporcionando al anciano con demencia institucionalizado una asistencia integral y de calidad.

He seguido el modelo de Virginia Henderson, valorando las 14 necesidades básicas y desarrollando sus correspondientes intervenciones según la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

## **ABREVIATURAS**

OMS: Organización Mundial de la Salud.

AVD: Actividades de la vida diaria.

DCL: Deterioro cognitivo leve.

EA: Enfermedad de Alzheimer

SPCD: Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

MMSE: *Mini Mental State Examination*.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

ACE: Anticolinesterásicos

ADI: Anciano con demencia institucionalizado.

ACPD: Atención centrada en la persona con demencia.

PAE: Proceso de atención de Enfermería.

SNO: Suplemento nutricional oral.

MNA: *Mini Nutritional Assesment*.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. CONCEPTO DE DEMENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento continuo de la población anciana y, como consecuencia, también un aumento de la prevalencia de las patologías asociadas al envejecimiento, como es el caso de la demencia. Ésta es definida por la OMS como un síndrome, de naturaleza crónica o progresiva, que afecta a la memoria, las capacidades cognitivas y el comportamiento, así como a la capacidad de la persona para mantener las AVD. Se trata actualmente de una de las mayores causas de dependencia y discapacidad en la vejez. Según estudios epidemiológicos, en 2050 se superará la cifra de 115 millones de afectados a nivel mundial. La OMS la declaró en 2012 una prioridad de salud pública.<sup>1</sup>

La edad constituye el primer factor de riesgo, aunque también existen otros factores, potencialmente modificables, como la inactividad física, el tabaquismo, la hipertensión arterial, obesidad y diabetes, entre otros.<sup>2</sup>

El paso del envejecimiento normal hacia el síndrome demencial suele ocurrir de manera progresiva, por lo que constituye todo un reto detectar de forma precoz los síntomas que alerten de esta progresión, ya que el denominado DCL presenta un elevado índice de conversión en demencia, alrededor del 10-12% anual.<sup>3</sup> Este concepto surgió a finales del siglo pasado, definido por Petersen. Su diagnóstico se basa en la alteración subjetiva de la memoria, resultado positivo en baterías neuropsicológicas generales y conservación de las capacidades para las actividades habituales.<sup>4</sup>

El síndrome demencial se sustenta, en cambio, en una afectación significativa en la capacidad funcional para las AVD, ocasionada por la alteración de las capacidades para recordar información nueva, razonamiento y tareas complejas, de las capacidades visoespaciales, del lenguaje y de la conducta.<sup>4</sup>

Conforme se ha ido progresando en su estudio ha surgido la necesidad de concretar unos criterios diagnósticos consensuados.

### 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS *(Anexo II: Tabla Criterios diagnósticos)*

- **Criterios DSM-IV-TR:** El Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en la cuarta edición revisada.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición.

- **Criterios de Dubois et al:** Son exclusivos para el diagnóstico de la EA
- **Criterios NIA-AA:** Surgieron en 2011 a propósito del trabajo conjunto de grupos pertenecientes al National Institute of Aging estadounidense (NIA) y la Alzheimer's Association (AA). Destacar que únicamente estos criterios incluyen los SPCD como posibles criterios diagnósticos, lo cual es un importante paso hacia delante, ya que algunos SPCD pueden ser los primeros síntomas encontrados en los inicios de la enfermedad. <sup>5</sup>

## 2.3. CLASIFICACIÓN

Se pueden establecer tres principales categorías etiológicas:

### 2.3.1. Demencias degenerativas primarias

Se encuentra afectado fundamentalmente el sistema nervioso central, sin excluir la posible alteración de otros órganos. Abarcan la mayor parte de las causas de demencia.<sup>4</sup>

#### a) DE PREDOMINIO CORTICAL

##### - *Enfermedad de Alzheimer:*

Representa el 35% de todas las demencias.<sup>6</sup> Desde el punto de vista histopatológico, presenta a nivel parenquimatoso, depósitos de proteína  $\beta$ -amiloide formando placas seniles u ovillos neurofibrilares, y depósitos de proteína  $\tau$  hiperfosforilada, a nivel intracelular.<sup>4</sup> Clínicamente diferenciamos tres etapas: 1) Leve o temprana: olvidos frecuentes, desorientación parcial, problemas en el cálculo y la denominación, pérdida de iniciativa y ausencia de percepción de la enfermedad; 2) Moderada o media: aumenta el déficit de memoria a corto plazo, mayor deterioro del lenguaje, viéndose afectada la comprensión, aparecen trastornos práxicos y gnósticos, aumenta la desorientación temporoespacial, se alteran las funciones ejecutivas y destacan los SPCD (como agresividad y alucinaciones); c) Grave o avanzada: se ve afectada la memoria remota así como un gran deterioro del resto de funciones, presentando el paciente una completa dependencia.<sup>1</sup>

##### - *Demencia frontotemporal (DFT):*

Histológicamente se aprecia atrofia cerebral de lóbulos temporales y/o frontales. A nivel clínico, destacan las alteraciones de la conducta y del lenguaje, como apatía, impulsividad, conductas estereotipadas, etc; más tarde pueden derivar en logorrea, ecolalia, aprosodia, incluso mutismo. No suele verse afectada la memoria ni las

capacidades espaciales. En su evolución puede asociarse a parkinsonismo o enfermedad de la neurona motora.<sup>4,6</sup>

- *Demencia por cuerpos de Lewy:*

Representa el 15% de las demencias neurodegenerativas, histológicamente se aprecian neuritas afectando principalmente a los ganglios basales. Clínicamente se manifiesta con síntomas parkinsonianos, fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales y alteración de la atención.<sup>6</sup>

b) DE PREDOMINIO SUBCORTICAL

Esta clase de demencias se caracterizan por el deterioro del sistema extrapiramidal. A nivel clínico se manifiestan principalmente por un enlentecimiento psicomotor; también aparecen cambios en la personalidad (depresión, afectación de la memoria, alteraciones del lenguaje...). El deterioro cognitivo, en cambio, suele ser menor que en las demencias corticales. Destacan la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington y parálisis supranuclear progresiva.<sup>6</sup>

### **2.3.2. Demencias vasculares**

Son las demencias más frecuentes después de las degenerativas primarias, abarcando todas aquellas ocasionadas por lesiones vasculares isquémicas o hemorrágicas, y también las demencias mixtas vasculares-degenerativas.<sup>6</sup>

Su comienzo suele ser brusco, evolucionando de manera fluctuante, con sintomatología neurológica focal. Los factores de riesgo asociados son de origen vascular, como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y dislipemias.

Se clasifican según la localización de las lesiones, siendo las principales la demencia multiinfarto, demencia por infarto estratégico, demencia por enfermedad de pequeños vasos y demencia por isquemia-hipoxia.<sup>4,6</sup>

### **2.3.3. Demencias secundarias**

Son producidas por un número elevado de alteraciones patológicas intra o extracerebrales, etiológicamente conocidas, tratables y en muchos casos reversibles si se detectan precozmente. Su frecuencia es baja, y dentro de las principales causas se encuentran: hidrocefalias, neoplasias cerebrales, alteraciones endocrino-metabólicas, demencias carenciales, tóxicas, por fármacos, traumáticas, desmielinizantes, por alteraciones psiquiátricas o por procesos infecciosos.<sup>4</sup>

## 2.4. VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Se trata de una de las actividades fundamentales para el diagnóstico diferencial de las demencias. Dentro de los instrumentos de valoración señalamos:

<i>Escalas breves cognitivas</i>	<i>Baterías neuropsicológicas</i>	<i>Escalas de evaluación funcional</i>	<i>Valoración Evolutiva</i>
<b>Rápidas, accesibles, proporcionan información inicial y valiosa.</b>	Evalúan de manera sistemática y general el estado mental.	Establecen el impacto del deterioro sobre la vida cotidiana.	Diferenciación de las distintas fases; existe una amplia heterogeneidad
<b>1)MMSE (MiniMental State Examination de Folstein)</b>	1)El CAMDEX: examen cognitivo CAMCOG	1)Índice de Lawton y Brody (AIVD)	1)La Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS): 7 estadios
<b>2)MEC (Mini Examen Cognoscitivo): adaptación del MMSE por Lobo en 1979</b>	2)Test de Barcelona abreviado (TB-A)	2) Índice de Barthel (ABVD)	2)Clinical Dementia Rating (CDR): 5 niveles
	3)Test de los 7 minutos.		3) Cuestionarios al informador (CI)

**Tabla 2.** Elaboración propia en base a referencias bibliográficas 7 y 8

## 2.5. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

Se trata de un término relevante, acuñado por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en la conferencia de consenso de 1996, ya que no sólo agravan el deterioro cognitivo y funcional del paciente, sino que constituyen la más dolorosa realidad a la que se enfrentan los pacientes, familiares y profesionales. Con frecuencia son elementos decisivos a la hora de la institucionalización de los pacientes.<sup>9</sup>

Este término abarca dos tipos de síntomas: los psicológicos, obtenidos en la anamnesis (depresión, ansiedad, psicosis, etc); y los conductuales, obtenidos mediante la observación (hiperactividad motora, agresividad, desinhibición, etc).<sup>9</sup>

Los SPCD presentan una prevalencia elevada, por lo que es necesario un marco sistemático e integral enfocado a su diagnóstico, tratamiento y prevención.<sup>10</sup>

Respecto a su manejo, es muy importante intentar identificar un SPCD primario, ya



que posiblemente esté en la base de los demás SPCD, y valorarse dentro de la historia y entorno concretos del paciente.<sup>9</sup>

## 2.6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

**-Demencias primarias:** actualmente no existe un tratamiento que prevenga, cure o estabilice de forma definitiva la enfermedad, pero sí tratamientos sintomáticos moderadamente efectivos: 1) *Anticolinesterásicos o inhibidores de la acetilcolinesterasa (ACE):* Donepezilo, Galantamina y Rivastigmina. Sus principales efectos adversos son las alteraciones gastrointestinales, pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, síncope y bradicardia; 2) *Moduladores de la transmisión glutamatérgica: Memantina,* generalmente bien tolerada, siendo sus efectos adversos más frecuentes la agitación y las alucinaciones. Es muy recomendable incluir escalas como el MMSE para determinar objetivamente la respuesta al tratamiento.<sup>3</sup>

**-Demencias secundarias:** el tratamiento principal es el de la enfermedad causal.<sup>3</sup>

**-Demencia vascular:** el tratamiento farmacológico prioritario es la profilaxis de la enfermedad cerebro vascular. Estudios recientes muestran la eficacia de los ACE.<sup>3</sup>

**-Demencia por Cuerpos de Lewy y demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson:** el tratamiento principal se basa en los ACE, recurriendo a la levodopa para tratar los síntomas extrapiramidales<sup>3</sup>

**-Tratamiento de los SPCD:** Los SPCD varían en el tiempo, incluso desaparecen, por lo que es necesario valorar regularmente la dosis y reducirla progresivamente comprobando su utilidad y sopesando sus riesgos y beneficios.<sup>9</sup> Destacan:

ANTIPSIKÓTICOS	ANSIOLÍTICOS	ANTIDEPRESIVOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Atípicos (Risperidona):</i> no repercute en la función cognitiva / mejora la calidad del sueño/ a dosis altas: hipoT y síntomas extrapiramidales</li><li>• <i>Típicos (Haloperidol):</i> desaconsejado, elevada tendencia efectos secundarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Benzodiazepinas:</i> desaconsejados en ancianos/ farmacodependencia</li><li>• <i>Neurolepticos a dosis bajas o ciertos antidepresivos</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Citalopram o Sertralina:</i> indicados en depresión, ansiedad y alteraciones conductuales</li><li>• <i>Combinados con ACE o con Memantina</i></li></ul>

## **2.7. DEMENCIA E INSTITUCIONALIZACIÓN: NECESIDAD DE UN PLAN DE CUIDADOS**

La demencia, por todo lo expuesto anteriormente, constituye el principal motivo de institucionalización. Los ADI reflejan una mayor edad, mayor complejidad en su evolución y mayor comorbilidad.<sup>11</sup> Se estima que su presencia en los centros sociosanitarios españoles ronda el 62%.<sup>12</sup> Por ello, es imprescindible el desarrollo de una metodología de calidad como pilar fundamental en la práctica asistencial en los centros gerontológicos.

En los últimos años, muchos autores han abogado por desarrollar el denominado modelo de atención centrada en la persona con demencia (ACPD), con el objetivo fundamental de preservar la condición de persona frente al declive de las facultades mentales. Se ha fomentado el uso de información biográfica, la personalización de los entornos, incluso la participación del ADI en su plan de atención individualizado.<sup>13</sup>

El modelo ACPD se basa en cuatro elementos fundamentales, dentro del llamado VIPS: *valoración* de la persona con demencia (V), atención *individualizada* (I), entendimiento del mundo desde la *perspectiva* del paciente (P) y proporcionar un entorno *social* que cubra las necesidades del paciente (S).<sup>14</sup> Para llevar dicha atención de calidad a la práctica asistencial de los centros sociosanitarios, el profesional de Enfermería lidera la elaboración de un plan de cuidados individualizado, realizado desde un enfoque interdisciplinar, que proporcione una asistencia integral y de calidad.

### **3. OBJETIVOS**

**General:** Realizar un Plan de Cuidados de Enfermería para un paciente anciano con demencia institucionalizado, que garantice una práctica asistencial de calidad e individualizada.

**Específicos:**

- Resaltar la importancia del profesional de Enfermería en los centros sociosanitarios a través de la implantación de un plan de cuidados en pacientes con demencia.

- Destacar la relevancia de los SPCD como causa fundamental de sufrimiento para el paciente y su familia, así como principal precipitante de su institucionalización.
- Exponer la conveniencia de la implantación del modelo de ACPD, como método válido y necesario para la defensa de la dignidad de los ADI.
- Poner de manifiesto la necesidad de adaptación y adecuación de los centros sociosanitarios a las necesidades de autonomía, seguridad, privacidad y socialización de los AID.
- Presentar el equipo interdisciplinar como eje fundamental para el desarrollo de una práctica asistencial integral y de calidad.

## **4. DESARROLLO DEL TEMA**

### **4.1. METODOLOGÍA**

El PAE constituye el fundamento del ejercicio de nuestra profesión, ya que se trata de la aplicación del método científico a la práctica de la Enfermería.

El modelo por Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, define la función Propia de Enfermería como: *“La función de la Enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo”*.<sup>15</sup>

En base a este modelo he desarrollado el plan de cuidados de enfermería para ADI, comenzando con la valoración como herramienta indispensable que nos permite mantener una perspectiva integral e individualizada, a través de la observación de la presencia de síndromes geriátricos y las necesidades de cada paciente, para posteriormente planificar los cuidados más favorables. Debido a la gran heterogeneidad que engloba esta patología, el plan de cuidados debe tener distintos enfoques según la fase y situación personal de cada paciente.

### **4.2. VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **Necesidad 1: Respirar normalmente**

En la fase inicial de la demencia el patrón respiratorio no se ve afectado. En cambio, según avanza la enfermedad, sí puede alterarse como consecuencia de estados de estrés, ansiedad, dolor o depresión favorecidos por la pérdida de autonomía y el

proceso de adaptación a la residencia. En la fase severa y terminal se produce habitualmente una escasa o nula movilización de las secreciones, ocasionado en parte por la sedestación o encamamiento, lo cual conlleva un alto riesgo de aspiración.

### **Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente**

Así como la demencia es en sí misma un factor de riesgo de malnutrición, también de manera inversa la malnutrición favorece el deterioro funcional y cognitivo del paciente con demencia.<sup>16</sup> Es necesaria la realización de analíticas periódicas evaluando el nivel de albúmina y prealbúmina, entre otros datos. En algunos casos es preciso valorar la necesidad de SNO para mejorar la evolución nutricional y, en consecuencia, funcional y cognitiva de los ancianos institucionalizados.

La escala más utilizada para la evaluación del riesgo nutricional es el MNA, por su sencillez y rápida aplicación, aunque presenta una baja sensibilidad en las fases moderada y severa.<sup>17</sup>

La disfagia suele aparecer en la fase moderada, agravándose en la terminal, en la que llega a ser completa, tanto para alimentos líquidos como sólidos.

Otro aspecto de esta necesidad es valorar el estado de hidratación, que en el caso del ADI se ve muy afectada por factores como: edad avanzada, menor sensación de sed, inmovilidad, alteraciones conductuales, problemas para la deglución, etc. Es función de enfermería no sólo detectar estos síntomas sino prevenirlos.

### **Necesidad 3: Eliminar normalmente por todas las vías**

La incontinencia urinaria constituye uno de los principales síndromes geriátricos. El ADI tiene mayor riesgo de padecerla debido al deterioro cognitivo, funcional, físico y psicosocial. Favorece las infecciones urinarias, escaras, problemas dermatológicos, caídas y alteraciones del sueño, restringiendo la vida social y aumentando la dependencia en las AVD, en detrimento de la calidad de vida del anciano.<sup>18</sup>

Por otro lado, esta necesidad engloba también la eliminación intestinal, siendo el estreñimiento la alteración más frecuente en la población anciana con demencia. Las principales causas son una menor hidratación, consumo escaso de fibra, inmovilidad, medicación y debilidad, entre otros. Una complicación que desde Enfermería se debe prevenir por ser frecuente y potencialmente grave, es la formación de fecalomas.

### **Necesidad 4. Moverse y mantener posturas adecuadas**

El deterioro del lenguaje, los cuadros depresivos y la alteraciones en la motilidad fina son algunas causas del reposo prolongado y la inmovilidad. Sus consecuencias

psicológicas (depresión, miedo a las caídas...), físicas (deterioro músculo-esquelético, caídas, úlceras por presión,..) y sociales (pérdida de relaciones sociales, pérdida de autocuidado), son muy significativas en los ADI.

Para su valoración contamos con instrumentos como el Índice de Barthel (ABVD) y el Índice de Lawton y Brody (AIVD).<sup>18</sup> Inicialmente se conserva la independencia en las AVD; posteriormente se ve reducida su autonomía (mayor desequilibrio en bipedestación, periodos más largos de sedestación, aumento de las caídas); y en la fase terminal o de encamamiento, Enfermería se centrará en la prevención de complicaciones secundarias a la inmovilización (musculoesqueléticas, respiratorias, gastrointestinales y cutáneas).

Respecto a las sujeciones físicas, destacar que no constituyen una medida apropiada para prevenir caídas, sino que están asociadas a complicaciones, algunas de ellas muy graves incluso llegando a ocasionar la muerte del anciano. En los últimos años se ha trabajado en la concienciación del uso adecuado de las mismas con el objetivo de reducir al mínimo su prescripción.<sup>19</sup>

#### **Necesidad 5. Dormir y descansar**

Los trastornos del sueño tienen una elevada prevalencia en el caso del ADI. Las principales causas son la desorientación temporoespacial, confusión crónica, problemas asociados al tipo de medicación y su distribución durante el día, exceso de estímulos durante la noche, habitaciones compartidas, etc.<sup>18</sup>

#### **Necesidad 6. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse**

Se trata de una actividad compleja debido a que exige la coordinación de distintas áreas cerebrales. Encuentran dificultades como no encontrar la vestimenta adecuada, colocarla de manera errónea, o tener dificultad con los cierres. En el estadio avanzado se observa la pérdida progresiva y finalmente completa de esta capacidad. Enfermería valora su correcta realización y colabora cuando es necesario, siendo un momento de gran utilidad para analizar las capacidades y necesidades del ADI.

#### **Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental**

Influyen especialmente la tendencia al inmovilismo o inactividad, y el riesgo de deshidratación. La detección de fiebre manifiesta probablemente la existencia de una infección, siendo las más frecuentes las respiratorias, urinarias y cutáneas.

### **Necesidad 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

Una adecuada higiene corporal aporta comodidad y sensación de bienestar. Se debe favorecer su autonomía, y aportar la ayuda necesaria según avance la enfermedad.

No es infrecuente que se produzcan situaciones violentas y de rechazo a los cuidados, debido a los déficits cognitivos y psicológicos propios de la enfermedad. La rigurosa observación de la piel es el primer paso en la prevención de úlceras por presión, sabiendo que el ADI tiene un riesgo elevado de padecerlas.

### **Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas**

Es necesario un entorno cómodo, espacioso y seguro, por ello, la estructura de los centros sociosanitarios debe estar libre de barreras arquitectónicas y acondicionada con todas las medidas de seguridad posibles.

Son determinantes la motivación y adecuada formación de los profesionales, así como el ratio de los mismos y su correcta organización. Enfermería desempeña un papel fundamental directamente implicado en la seguridad del anciano.<sup>11</sup>

### **Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones**

Los trastornos del lenguaje aparecen de forma temprana y sus manifestaciones clínicas se van agravando progresivamente. La comunicación no verbal es una estrategia indispensable. La evaluación del dolor es otro aspecto fundamental, ya que se trata del síntoma más frecuente en el anciano, y lamentablemente muchas veces mal controlado. Enfermería desarrolla un importante papel de observación, fuente imprescindible de información, y colabora con otros profesionales (logopedas, psicólogos...)<sup>11</sup>

### **Necesidad 11. Necesidad de practicar sus creencias**

La situación concreta del ADI muchas veces es motivo de sufrimiento y fragilidad. Por ello, es imprescindible proteger y respetar el derecho a practicar sus valores y creencias espirituales. Además, en los centros sociosanitarios se produce con frecuencia un alejamiento doloroso del paciente con su familia, sirviendo este recurso espiritual como consuelo y alivio.

### **Necesidad 12. Trabajar en algo gratificante para la persona**

Desde la práctica enfermera se trabajará en colaboración con otras disciplinas, como el terapeuta ocupacional, para valorar las necesidades individuales y facilitar la integración de los pacientes en técnicas concretas de trabajo y actividades con fines terapéuticos.<sup>20</sup>

### **Necesidad 13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas**

Tanto el juego como las habilidades bimanuales estimulan las funciones cognitivas, físicas, psicológicas y sociales, ayudando a combatir la depresión y la apatía.

La estimulación multisensorial, sobre todo en fases avanzadas, proporciona una estimulación individualizada logrando un estado de bienestar en el paciente, sin necesidad de recurrir a estímulos cognitivos más complejos.<sup>21</sup> Favorecer las visitas y permisos con amplitud de horarios es una ayuda para promover su disfrute .

### **Necesidad 14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud**

Aunque no podemos obviar que el avance de la enfermedad incapacitará progresivamente al ADI para conocer, interpretar y recordar lo referente a su persona y salud, no es menos importante la necesidad de valorar individualmente su capacidad en cada fase de la enfermedad, y desde nuestra práctica enfermera colaborar y motivarle en su propio autocuidado.

## **4.3. PLAN DE CUIDADOS**

### **Necesidad 1: Respirar normalmente**

#### **Diagnóstico NANDA: 00032 Patrón respiratorio ineficaz**

Objetivos NOC: 0415 Estado respiratorio: ventilación/ 1608 Control de síntomas

Intervenciones NIC:

- 2210 Administración de analgésicos / 5820 Disminución de la ansiedad:  
Observar manifestaciones de dolor o ansiedad (fatiga, taquipnea, hiperventilación) y administrar medicación pautada en caso necesario.
- 6680 Monitorización de los signos vitales: control periódico de la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, coloración de las mucosas, observación del patrón respiratorio, presencia de ruidos respiratorios patológicos y expectoración.

#### **Diagnóstico NANDA: 00039 Riesgo de aspiración**

Objetivos NOC: 1918 Prevención de la aspiración

Intervenciones NIC:

- 3200 Precauciones para evitar la aspiración / 3230 Fisioterapia respiratoria: ejercicios de respiración diafragmática, drenaje postural, vibración y/o percusión; si no es capaz de expectorar se realiza aspiración de secreciones; auscultación previa y posterior; registrar.

- 3250 Mejorar la tos: realizar ejercicios de tos asistida; enseñar la posición adecuada para toser.

### **Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente**

#### **Diagnóstico NANDA: 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos**

Objetivos NOC: 0602 Hidratación

Intervenciones NIC:

- 4120 Manejo de líquidos: establecer rutinas (beber cada dos horas aunque no se tenga sensación de sed, y en cada comida se aporta un vaso de agua, a tomar en sorbos pequeños, ofrecer una pajita si es necesario); en caso de disfagia sustituir por gelatinas o espesantes.
- 4130 Monitorización de líquidos: registrar el balance de entradas y salidas cuando sea necesario; observar manifestaciones que alerten de una posible deshidratación (fatiga, taquicardia, hipotensión, sequedad de mucosa oral, oliguria, ausencia de lágrimas, lento llenado capilar, etc).

#### **Diagnóstico NANDA: 00002 Desequilibrio nutricional por defecto**

Objetivos NOC: 1004 Estado nutricional

Intervenciones NIC:

- 1260 Manejo del peso: control periódico (pérdidas superiores al 10% en 6 meses se informará al médico para una probable derivación al especialista), control del IMC y perímetro braquial.
- 1056 Alimentación enteral por sonda: según prescripción médica, posición incorporada 90°; infundir 50 ml de agua después de cada utilización; higiene oral con solución antiséptica; posición incorporada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal/gastrostomía: rotarla cada día sobre sí misma para modificar su punto de presión, cambiar la sujeción diariamente y siempre que se estime necesario, recambio periódico.
- 1100 Manejo de la nutrición: control de ingestas cuando sean escasas o irregulares; dieta variada y equilibrada y en las proporciones correctas; alimentos enriquecidos; complementar con SNO con el fin de conseguir un adecuado balance nutricional.
- 1710 Mantenimiento de la salud bucal: supervisar la adecuada realización de la higiene de la cavidad oral con solución antiséptica después de cada



comida, así como de la prótesis dental. En fases avanzadas realizarlo con la ayuda de depresores y torundas, evitando el reflejo faríngeo, y aplicando vaselina al finalizar. Revisiones odontológicas periódicas.

**Diagnóstico NANDA: 00102 Déficit de autocuidado: alimentación**

Objetivos NOC: 0303 Autocuidados: comer //2009 Estado de comodidad: entorno

Intervenciones NIC:

- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación: cuidar las características de los comedores, no más de seis residentes por mesa, carácter doméstico y ambiente placentero, sillas cómodas y seguras, buena iluminación, colores agradables; proteger con babero si precisa, cortar y pelar los alimentos cuando no sea capaz, utilizar tazas con asa grande; evaluar individualmente los casos de resistencia a la alimentación y de dispraxia, ambiente tranquilo exento de prisas y sin forzar; modificar la consistencia de la comida según las capacidades individuales de masticación.
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita: acompañar, animar y supervisar durante las comidas; dar el mismo menú a todos los residentes para evitar comparaciones, aunque adaptando la dieta a cada necesidad individual.

**Necesidad 3: Eliminar normalmente por todas las vías**

**Diagnóstico NANDA: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria**

Objetivos NOC: 0502 Continencia urinaria /1924 Control del riesgo: proceso infeccioso

Intervenciones NIC:

- 5634 Enseñanza: entrenamiento para el aseo: valorar el entorno (largas distancias, obstáculos, miedo a las caídas); prendas de sencillo manejo (sin botones ni cierres complicados); observar la comunicación no verbal como vía frecuente de solicitud de ayuda; nunca culpar o regañar sino utilizar refuerzos positivos para aumentar la motivación y confianza.
- 0600 Entrenamiento del hábito urinario: establecer horarios recordatorios; registros de control de diuresis; limitar los líquidos dos o tres horas antes de acostarse; prescindir de bebidas con efecto diurético (café, té, etc).
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria: detectar el tipo de incontinencia y sus causas, establecer medidas para su tratamiento y control.

- 6610 Identificación de riesgos: controlar la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, observar signos de retención o de ITU, o situaciones que conlleven riesgo (sondaje vesical, uso continuado de absorbentes).

**Diagnóstico NANDA: 00015 Riesgo de estreñimiento**

Objetivos NOC:

0501 Eliminación intestinal /0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

Intervenciones NIC:

- 0450 Manejo del estreñimiento/ impactación fecal: observar manifestaciones (dolor, molestias, ausencia de deposición, diarrea tras varios días sin deposición); vigilar periódicamente la presencia de ruidos intestinales, registrar la frecuencia de la deposición, consistencia, volumen y color; dieta rica en fibra, uso adecuado de laxantes, aumentar la hidratación y la actividad física; en caso de fecalomas realizar extracción manual o enema de evacuación, informando al anciano del procedimiento y favoreciendo un clima de relajación y confianza.

**Diagnóstico NANDA: 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro**

Objetivos NOC: 0310 Autocuidados: uso del inodoro

Intervenciones NIC: -5634 Enseñanza: entrenamiento para el aseo: intervenciones descritas en el diagnóstico “Deterioro de la eliminación urinaria”

**Necesidad 4: Moverse y mantener posturas adecuadas**

**Diagnóstico NANDA: 00085 Deterioro de la movilidad física**

Objetivos NOC: 0208 Movilidad/ 0200 Ambular

Intervenciones NIC:

- 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular/ 0226 Terapia de ejercicios: control muscular: determinar limitaciones concretas y nivel de motivación; medidas de control del dolor; ropa cómoda; proporcionar apoyos positivos y metas reales; colaborar con el fisioterapeuta.
- 1800 Ayuda con el autocuidado: observar la capacidad de autonomía a nivel motor en la realización de las AVD; entorno cómodo y seguro.
- 0222 Terapia de ejercicios/equilibrio: registro y evaluación de las caídas, valorar signos y síntomas de hipotensión, estimular la actividad física periódica, colaborar con el fisioterapeuta.

- 0221 Terapia de ejercicios/ambulaci3n: uso adecuado de dispositivos de ayuda como andador o bast3n, valorar la capacidad para acceder por escaleras, rampas o terrenos irregulares; colaborar con el fisioterapeuta.

**Diagn3stico NANDA: 00040 Riesgo de s3ndrome de desuso**

Objetivos NOC: 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiol3gicas

Intervenciones NIC:

- 0740 Cuidados del paciente encamado: cambios posturales frecuentes, ropa de cama limpia, seca y sin arrugas; dispositivos para prevenir pies equinos, vigilar zonas de presi3n, movilizaciones activas/pasivas.
- 6580 Sujeci3n f3sica: velar por la dignidad del paciente, promover cambios organizativos previos a la sujeci3n; protocolos de control (prescripci3n m3dica, consentimiento informado, medidas de supervisi3n, reevaluaci3n peri3dica por parte del equipo interdisciplinar).

**Necesidad 5: Dormir y descansar**

**Diagn3stico NANDA: 00198 Trastorno del patr3n del sue1o**

Objetivos NOC: - 0004 Sue1o

Intervenciones NIC:

- 2300 Administraci3n de medicaci3n: administrar medicaci3n prescrita; una vez normalizado el patr3n es preferible prescindir de ella.
- 6482 Manejo ambiental/confort: disminuir los est3mulos ambientales e interrupciones durante la noche; ambiente limpio y agradable.
- 1850 Mejorar el sue1o: tratar el dolor, evitar siestas diurnas, crear una rutina diaria individualizada.

**Necesidad 6: Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse**

**Diagn3stico NANDA: 00109 D3ficit de autocuidado: vestido**

Objetivos NOC: 0302 Autocuidados: vestir

Intervenciones NIC:

- 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal: prendas accesibles, prepar3rselas por orden si es necesario, ofrecer s3lo la ropa de temporada, orientar cada ma1ana respecto al tiempo; sustituir botones, cremalleras y cordones por gomas, velcros o cierres adhesivos; proporcionar el tiempo necesario; mantener sus complementos habituales.

### **Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal**

**Diagnóstico NANDA: 00008 Termorregulación ineficaz**

Objetivos NOC: 0800 Termorregulación

Intervenciones NIC:

- 3900 Regulación de la temperatura: valorar signos de hipo/hipertermia; adecuar los recursos (ropa, agua caliente, calefacción...).
- 6680 Monitorización de los signos vitales: control de la temperatura.

### **Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

**Diagnóstico NANDA: 00108 Déficit de autocuidado baño/higiene**

Objetivos NOC: 0305 Autocuidados: higiene

Intervenciones NIC:

- 6462 Manejo de la demencia/baño: favorecer su autonomía, supervisar; En caso de rechazo a los cuidados, valorar la historia de vida, antecedentes y medicación prescrita, no forzar, dedicar el tiempo suficiente y establecer rutinas sencillas; registrar y analizar incidencias. En la fase terminal, realizar el aseo en cama, movilizándolo con la máxima delicadeza y protegiendo su intimidad.

**Diagnóstico NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

Objetivos NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones NIC:

- 3584 Cuidados de la piel: secado minucioso e hidratación; aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados; colocación de parches, cuñas o cojines en caso necesario; ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- 3590 Vigilancia de la piel: pliegues, puntos de presión, área perineal y zonas delicadas (color, textura, hidratación, lesiones o edemas, etc).
- 3540 Prevención de úlceras por presión: detectar zonas de riesgo (calor, rubor, presión o fricción), cambios posturales frecuentes, uso de cojín y colchón antiescaras, taloneras; asegurar una nutrición adecuada.
- 2316 Aplicación de medicación tópica: curas en caso de úlceras o lesiones (limpieza local, desbridamiento enzimático o quirúrgico, pomadas antibióticas, selección de apósito apropiado); registrar.

## **Necesidad 9: Evitar los peligros ambientales**

### **Diagnóstico NANDA: 00155 Riesgo de caídas**

Objetivos NOC: 1910 Ambiente seguro del centro sociosanitario /1909 Conducta de prevención de caídas

Intervenciones NIC:

- 6490 Prevención de caídas: identificar déficits cognitivos y físicos, fomentar el ejercicio físico, evitar la sobremedicación (benzodiazepinas, hipnóticos, neurolépticos), control de la tensión arterial, optimizar la organización de escenarios y del personal; detectar la necesidad de dispositivos de ayuda y mantenerlos en buen estado.
- 6486 Manejo ambiental/seguridad: ausencia de barreras arquitectónicas; adecuada temperatura (20°-23°C), correcto sistema de ventilación, adecuada iluminación, ventanas amplias que permitan ver el exterior; pasillos y escaleras anchos; suelos antideslizantes, sin alfombras, irregularidades ni desniveles; pasamanos ininterrumpido; cama segura con barandillas laterales, ducha con silla adaptada, barandillas y alfombras antideslizantes, medios de solicitud de ayuda (timbre, luz de llamada); uso de adecuados sistemas de comunicación, alarmas y grúas.

### **Diagnóstico NANDA: 00129 Confusión crónica**

Objetivos NOC: 0901 Orientación cognitiva

Intervenciones NIC:

- 4820 Orientación de la realidad: mantener siempre un contacto visual, identificarnos cuando nos acerquemos, dirigirnos por su nombre; orientar en tiempo, lugar y personas, pistas visuales, flechas indicativas, letreros, reloj y calendario adaptados.
- 4350 Manejo de la conducta: indicaciones simples, tono de voz bajo y respetuoso, evitar confrontaciones; relacionar sus conductas con necesidades no satisfechas; colaborar con el psicoterapeuta.
- 6460 Manejo de la demencia: determinar tipo y grado de déficit (escalas de evaluación); ajustar periódicamente la medicación.
- 8020 Reunión multidisciplinaria sobre cuidados: recordar la historia de vida, poner en común valoraciones y objetivos de cada profesional.

### **Diagnóstico NANDA: 00133 Dolor crónico**

Objetivos NOC: 1605 Control del dolor

Intervenciones NIC:

- 2210 Administración de analgésicos: evaluar su eficacia
- 5900 Distracción: relajación, terapia musical, masajes, etc.
- 1400 Manejo del dolor: valoración exhaustiva (localización, duración, frecuencia, factores desencadenantes); detectar posibles manifestaciones (patrón respiratorio, expresiones faciales, postura corporal, cambios en los patrones de actividad y sueño, cambios en el estado emocional, etc).

**Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones**

**Diagnóstico NANDA: 00051 Deterioro de la comunicación verbal**

Objetivos NOC:

0903 Comunicación: expresiva /0904 Comunicación: receptiva

Intervenciones NIC:

- 4920 Escucha activa: establecer contacto visual, leve contacto físico; aplicar la terapia de validación, basada en el respeto y la empatía.
- 4976 Mejorar la comunicación/déficit del habla: parafrasear su discurso, utilizar pronombres no específicos para responder cuando no se entienda lo que dice; colaborar con el equipo de logopedas.

**Diagnóstico NANDA: 00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado**

Objetivos NOC: 1205 Autoestima/1201 Esperanza

Intervenciones NIC:

- 5270 Apoyo emocional: conocer previamente al ingreso su historia de vida, establecer un protocolo de apoyo el primer mes, recomendar llevar objetos personales con valor afectivo para “hacer suyo” ese nuevo espacio, facilitar los permisos y visitas, seleccionar el ambiente y compañía apropiados (habitación, mesa de comedor, dinámicas grupales).

**Diagnóstico NANDA: 00131 Deterioro de la memoria**

Objetivos NOC: 0908 Memoria

Intervenciones NIC:

- 4760 Entrenamiento de la memoria: aplicar técnicas de orientación a la realidad, reminiscencia y entrenamiento en capacidades cognitivas específicas.

### **Necesidad 11: Necesidad de practicar sus creencias**

#### **Diagnóstico NANDA: 00169 Deterioro de la religiosidad**

Objetivos NOC: 2011 Estado de comodidad psicoespiritual

Intervenciones NIC:

- 5420 Apoyo espiritual/5424 Facilitar la práctica religiosa: recoger información acerca de este aspecto de su vida, ofrecer las actividades más afines a sus creencias; ayudar en los desplazamientos; facilitar el contacto con objetos relacionados (rosario, estampas, etc).

### **Necesidad 12: Trabajar en algo gratificante para la persona**

#### **Diagnóstico NANDA: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional**

Objetivos NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)

Intervenciones NIC:

- 5540 Potenciación disposición de aprendizaje/5370 Potenciación de roles: recabar información sobre su historia de vida, nivel cultural, desarrollo profesional y aficiones; proporcionar prensa escrita y programas de radio o televisión acordes a su capacidad e interés.

### **Necesidad 13: Desarrollar actividades lúdicas y recreativas**

#### **Diagnóstico NANDA: 00097 Déficit de actividades recreativas**

Objetivos NOC:

1604 Participación en actividades de ocio/0116 Participación en juegos

Intervenciones NIC:

- 4330 Terapia artística: pintura, manualidades, musicoterapia, etc.
- 5450 Terapia de grupo: salidas o excursiones, bailoterapia, cine, etc.
- 4430 Terapia con juegos: juegos de mesa, bingo, etc.
- 4390 Terapia con el entorno: piscina, horticultura, terapia asistida con animales, etc; incluir la estimulación multisensorial en fases avanzadas.

### **Necesidad 14: Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud**

#### **Diagnóstico NANDA: 00078 Gestión ineficaz de la propia salud**

Objetivos NOC: 1602 Conducta de fomento de la salud

Intervenciones NIC:

- 4420 Acuerdo con el paciente: recordar cada día las tareas que debe realizar; refuerzos positivos que mantengan el estímulo.
- 1800 Ayuda al autocuidado: supervisar, valorar su predisposición y capacidad para llevar a cabo tareas de higiene, alimentación, movilidad, medicación y citas médicas.

## **5. CONCLUSIONES**

El profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental dentro de los centros sociosanitarios, ya que lidera la elaboración y puesta en práctica del plan de cuidados de Enfermería, desarrollado como objetivo principal de este trabajo. La valoración a lo largo de las 14 necesidades es detallada y minuciosa, centrada en la detección de riesgos y prevención de complicaciones, como la malnutrición, broncoaspiración, formación de fecalomas y úlceras por presión. Nuestros cuidados irán enfocados al mantenimiento de la propia autonomía y autocuidado del paciente, supervisando y potenciando sus capacidades intelectuales y sociales, así como fomentando el ejercicio físico periódico que disminuya el riesgo de caídas y reduzca al mínimo el uso de sujeciones físicas. También es necesario el desarrollo y colaboración en terapias de entrenamiento de la memoria y de orientación a la realidad, así como el apoyo emocional tras el ingreso en el centro. Es imprescindible conocer a fondo y tratar adecuadamente los SPCD, conociendo la historia de vida del paciente, a través de una escucha activa, detectando expresiones no verbales y manifestaciones de dolor, relacionando estas conductas con necesidades no satisfechas, y favoreciendo el mínimo consumo de fármacos.

El síndrome demencial unido a dichos SPCD constituye el principal motivo de institucionalización. Por ello, los centros sociosanitarios deben adaptarse a las necesidades reales de los ADI, desarrollando infraestructuras y escenarios específicos que maximicen sus capacidades, ralenticen su deterioro y minimicen el riesgo de accidentes.

Es fundamental realizar el trabajo diario desde un enfoque interdisciplinar, ya que el enriquecimiento que aportan otras disciplinas facilita la resolución de problemas complejos. Nuestra práctica enfermera debe estar basada en el modelo de atención centrado en la persona, con el fin de preservar ante todo la dignidad del ADI frente al declive de sus capacidades, defendiendo sus derechos y fomentando oportunidades para su enriquecimiento personal.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

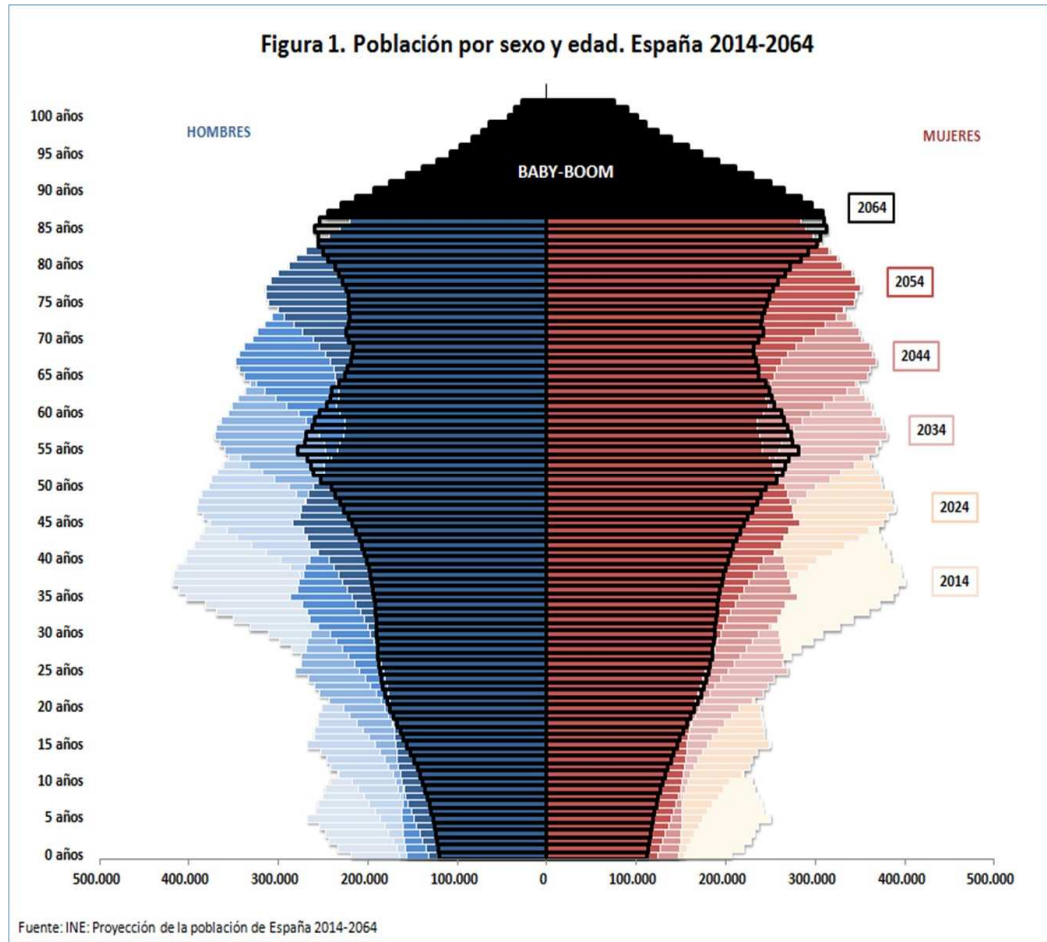
1. Organización Mundial de la Salud. Demencia: Una prioridad de Salud Pública. Washington, DC: OPS; 2013.
2. Niua H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*. 2017 [acceso 6 noviembre 2017]; 32(8): 523-532. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
3. López Locanto O. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Arch Med Interna* 2015 [acceso 9 noviembre 2017]; 37(1):61-67. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n2/v37n2a03.pdf>
4. San José Gallegos A. Prevalencia de la demencia y sus subtipos en una zona rural de la provincia de Valladolid [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina; 2013 [acceso 7 noviembre 2017]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/4546>
5. López Álvarez J, Aguera Ortiz L. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría* 2015 [acceso 8 noviembre 2017]; 5 (1): 3-14. Disponible en: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501\\_0003\\_0014.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf)
6. Longoria Ibarrola M, Salinas Contreras R, Sosa Ortiz M. Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Arch Neurocién (Mex)*. 2016; 21 (Supl-especial-I): 7-25.
7. Contador I, Fernandez Calvo B, Ramos F, Tapias Merino E, Bermejo Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol* 2010 [acceso 21 noviembre 2017]; 51 (11): 677-686. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e092/383e45afd322fe8a270a4a2f4e985e87104b.pdf>
8. Llamas Velasco S, Llorente Ayuso L, Contador I, Bermejo Pareja F. Versiones en español del *Minimental State Examination*(MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol* 2015 [acceso 21 noviembre 2017]; 61 (8): 363-371. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/283842742>
9. Olazarán Rodríguez J, Aguera Ortiz LF, Muñiz Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y

- tratamiento. Rev Neurol 2012 [acceso 13 noviembre 2017]; 55 (10): 598-608. Disponible en: [http://www.mariawolff.org/\\_pdf/olazaran.pdf](http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf)
10. Fort I, Formiga F, Robles M, Regalado P, Rodríguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. Med Clín (Barc). 2010 [acceso 7 noviembre 2017]; 134 (3): 101-106. Disponible en: <https://medes.com/publication/55152>
  11. Roca Socarrás A. Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 3 noviembre 2017]; [aprox. 11p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/48>
  12. Robles Castiñeiras A, Díaz Grávalos GJ, Reinos Hermida S, López González A, Vázquez Gil C, García Caballero A. Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores sociales: estudio transversal multicéntrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012 [acceso 8 noviembre 2017]; 47 (3): 96-101. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-sintomas-neuropsiquiatricos-pacientes-institucionalizados-S0211139X12000571?redirectNew=true>
  13. Villar F, Vila-Miravent J, Celdrán M, Fernández E. La participación de personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizada: impacto en el bienestar y la calidad del cuidado. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 [acceso 15 noviembre 2017]; 48 (6): 259- 264. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.001>
  14. Sarabia Cobo C, de Lorena Quintal P, Pérez Rugosa V, Hermosilla Grijalbo C, Núñez García MJ, García Ruiz MA. El cuidado centrado en la persona con demencia en la prevención de la agitación y otros síntomas neuropsiquiátricos en ancianos institucionalizados. Metas Enferm mar 2016 [acceso 14 noviembre 2017]; 19 (2): 20-26. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80875/>
  15. FUNCIDEN- Fundación para la cooperación, investigación y desarrollo de la Enfermería, NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera [Internet]: Enfermeriaactual.com [acceso 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com>.

16. Hernando - Requejo V. Nutrición y deterioro cognitivo. *Nutr Hosp* 2016 [acceso 21 noviembre 2017]; 33 (Supl. 4): 49-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309246965012>
17. Tarazona Santabalbina FJ, Belenguer Varea A, Doménech Pascual JR, Gac Espínola H, Cuesta Peredo D, Medina Domínguez L, et al. Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutr Hosp.* 2009; 24 (6):724-731.
18. Medina Chávez JH, Torres Arreola LP, Cortés González RM, Durán Gómez Verónica, Martínez Hernández F, Esquivel Romero G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011 [21 noviembre 2017]; 49 (6): 669- 684. Disponible en: <http://www.Redalyc.org/articulo.oa?id=457745505015>
19. Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015 [acceso 15 noviembre 2017]; 50 (1): 35-38. Disponible en: <https://medes.com/publication/94916>
20. Becerra Pino M, Valdés Escárcega M. Abordaje no farmacológico de las demencias. *Arch Neurocién (Mex).* 2016; 20 (Supl especial-I): 95-102.
21. Van Weert J, Bensing J. Estimulación multisensorial integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. *Informaciones Psiquiátricas.* 2009; 195-196 (1-2): 33-50.

## 7. ANEXOS

### Anexo I. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESPAÑA 2014-2064.



Fuente: INE, Instituto Nacional de Estadística.

**Anexo II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEMENCIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>Déficits principales</b>	<b>Fases preclínicas</b>	<b>Tests neuropsicológicos</b>	<b>Otros requerimientos</b>	<b>SPCD</b>
<b>CIE-10</b>	Múltiples disfunciones áreas superiores/ conciencia preservada/ Repercute en AVD/ Exploración del paciente/ anamnesis a una 3ª persona	No las contempla	No se precisan	No precisa	No valora los SPCD
<b>DSM-IV</b>	Déficit central en la alteración de la memoria/ Problemas de afasia, apraxia y agnosia	Incluye fases preclínicas DCL	No se precisan	No precisa	No valora los SPCD
<b>Dubois et al</b>	Exclusivos para la EA/ Afectación memoria episódica	No las contempla	Precisa objetivación mediante tests	Biomarcadores/ pruebas de neuroimagen/ estudios genéticos	No valora los SPCD
<b>Criterios NIA-AA</b>	Síntomas cognitivos que deterioran la capacidad funcional (AVD) Entrevista al paciente y al informador	Incluye fases preclínicas DCL	Son opcionales	Evidencia opcional de biomarcadores	Incluye la valoración de los SPCD

Fuente: Elaboración propia en base a referencia bibliográfica 5.

**Anexo III. ÍNDICE DE BARTHEL: Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria**

**Comer**

10	Independiente	la comida está al alcance de la mano
5	Necesita ayuda	para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
0	Dependiente	incapaz

**Lavarse-bañarse**

5	Independiente	independiente para bañarse o ducharse
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

**Vestirse**

10	Independiente	independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc
5	Necesita ayuda	pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
0	Dependiente	dependiente

**Arreglarse**

5	Independiente	independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
0	Dependiente	necesita ayuda con el aseo personal

**Deposición**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	accidente excepcional (uno por semana)
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

**Micción (valorar la semana previa)**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	entrar y salir, limpiarse y vestirse
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón cama**

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	necesita algo de ayuda (pequeña ayuda física o ayuda verbal)
5	Gran ayuda	necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
0	Dependiente	Necesita grúa o ayuda de 2 personas. Incapaz de permanecer sentado

### Deambulaci3n

15	Independiente	independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador
10	Necesita ayuda	anda con peque1a ayuda de una persona (f3sica o verbal), o andador
5	Independiente en silla de ruedas	independiente en silla de ruedas en 50 m
0	Dependiente	Inm3vil, si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

### Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	necesita ayuda f3sica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
0	Dependiente	Incapaz. Necesita ascensor

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

0-20 dependencia total

21-60 dependencia severa

61-90 dependencia moderada

91-99 dependencia escasa

100 independencia

Fuente: Cid-Ruzafa J, Dami3n-Moreno J. VALORACI3N DE LA DISCAPACIDAD F3SICA: EL INDICE DE BARTHEL. Rev Esp Salud P3blica. 1997; 71: 177-1

### Anexo IV. 3NDICE DE LAWTON Y BRODY: Autonom3a para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

1	Capacidad para usar el tel3fono:	
	Utiliza el tel3fono a iniciativa propia, busca y marca los n3meros, etc	1
	Marca unos cuantos n3meros bien conocidos	1
	Contesta el tel3fono pero no marca	1
	No usa el tel3fono	0
2	Hacer compras:	
	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente peque1as compras	0
	Necesita ir acompa1ado para hacer cualquier compra	0
	Totalmente incapaz de comprar	0

3	Preparación de la comida:	
	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
	No participa en ninguna labor de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	
	Lava por sí solo toda su ropa	1
	Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	No viaja	0
7	Responsabilidad respecto a su medicación:	
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0
8	Manejo de sus asuntos económicos:	
	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
	Incapaz de manejar dinero	0

0= Máxima dependencia; 8= Independencia total

Fuente: Cid Ruzafa J, et al. Valoración de la discapacidad física. Rev Esp Salud Pública. Feb 2007.

#### **Anexo V. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO de LOBO (MEC)**

Fuente: FUDEN. Observatorio Metodología Enfermera. Examen Cognoscitivo Minimental



## TEST MINIMENTAL

Edad del paciente

>65 años     <=65 años

### ORIENTACIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy?          | <input type="checkbox"/> ¿En que lugar estamos? |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy?     | <input type="checkbox"/> ¿En que planta o piso? |
| <input type="checkbox"/> ¿En que mes estamos?              | <input type="checkbox"/> ¿En que municipio?     |
| <input type="checkbox"/> ¿En que estación del año estamos? | <input type="checkbox"/> ¿En que provincia?     |
| <input type="checkbox"/> ¿En que año estamos?              | <input type="checkbox"/> ¿En que país?          |

### FIJACIÓN

Repita estas 3 palabras hasta que las aprenda: Peseta, Caballo, Manzana .....

0

( 1 punto cada palabra correcta)

### CONCENTRACIÓN Y CALCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? .....

0

( 1 punto cada cálculo correcto hasta 5)

Repita estos números hasta que los aprenda: 5-9-2. Ahora dígalos hacia atrás.....

0

( 1 punto cada número correcto hasta 3)

### MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? .....

0

( 1 punto cada palabra correcta)

### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?
- Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?
- Repita la frase: "En un trigal hay cinco perros"

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

- ¿Qué son el rojo y el verde?
- ¿Qué son un perro y un gato?

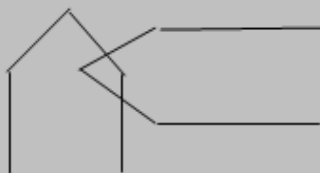
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad

y póngalo encima de la mesa .....

0

(Cada acción un punto 0-3)

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
- Escriba una frase
- Copie este dibujo:



PUNTUACIÓN TOTAL MINIMENTAL TEST: 0

