

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2016/2017

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA.**  
Plan de Cuidados Estandarizado al ingreso.

**INSTITUTIONALIZED ELDERLY PERSON.**  
Standardized Care Plan for admission.

**Autor/a:** Iryna Havrylyak

Directora: Ana Carmen Lucha López

## **INDICE**

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	7
Desarrollo:	
Valoración.....	8
Diagnóstico y Planificación.....	11
Ejecución y Evaluación.....	13
Conclusiones.....	14
Bibliografía.....	15
Anexos.....	17

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCION:**

La dependencia del adulto mayor es un gran asunto de calidad de vida. El anciano posee diversas necesidades por sus cambios físicos y psicológicos. Las perdidas físicas, económicas y sociales, junto con la imposibilidad de prestar los cuidados por parte de la familia causan la institucionalización del anciano.

Enfermería presta mayor atención y ayuda durante el proceso adaptativo en el nuevo entorno para prevenir un empeoramiento del estado de salud del anciano y dar una buena respuesta a la modificación de su estilo de vida.

### **OBJETIVO:**

Analizar las necesidades básicas del adulto mayor recién institucionalizado y realizar un plan de cuidados estandarizado.

### **METODOLOGIA:**

Revisión del estado de la cuestión y aplicación del proceso de atención enfermera para elaborar un plan de cuidados. Para ello se utiliza el proceso enfermero y el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

### **DESARROLLO:**

La valoración por parte del personal de enfermería constituye la piedra angular de plan de cuidados para el paciente, de manera que una buena valoración permitirá establecer, en primer lugar, una relación terapéutica y, en segundo lugar, sentará la base de todo el proceso de atención enfermera.

La aplicación del proceso enfermero a la persona mayor institucionalizada, es un elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales, que permite determinar los factores de riesgo, fomentar la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, conservar la salud e independencia funcional y mejorar la calidad de vida en los adultos de edad avanzada. Realizar este proceso a partir del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, proporciona un sistema metodológico dinámico y organizado para el diagnóstico y planificación de las diferentes esferas (clínica, funcional, mental) que conforman al paciente.

Por tanto, se ha trabajado con los siguientes diagnósticos: 114. Síndrome de estrés del traslado, 207. Disposición para mejorar la relación, 184. Disposición para mejorar la toma de decisiones, 126. Conocimientos deficientes, y se han planificado los cuidados derivados.

### **CONCLUSION:**

La aplicación del modelo de Virginia Henderson permite detectar las necesidades del anciano y planificar los cuidados correspondientes mediante el proceso enfermero. Se puede afirmar que el ingreso de una persona mayor en una institución es un proceso psicológicamente doloroso y estresante y por tanto la enfermería necesita prestar mayor atención y cuidados en este proceso adaptativo.

### **PALABRAS CLAVE:**

Persona mayor institucionalizada, valoración, actuación enfermería.

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

Dependence on the elderly is a great quality of life issue. The old man has different needs for his physical and psychological changes. Physical, economic, and social losses, together with the impossibility of caring for the family, lead to the institutionalization of the elderly. Nursing gives more attention and help during the adaptive process in the new environment to prevent a worsening of the health of the elderly and give a good response to the modification of their lifestyle.

### **Objective:**

Analyze the basic needs of the newly institutionalized elderly and carry out a standardized care plan.

### **Methodology:**

Review of the state of the issue and application of the nursing care process to develop a care plan. This is done using Virginia Henderson's nurse process and basic needs model.

### **Development:**

The assessment by the nursing staff is the cornerstone of the care plan for the patient, so that a good evaluation will first establish a therapeutic relationship and, secondly, will lay the basis of the whole process of Nurse care.

The application of the nursing process to the institutionalized elderly person is an integrating element of physical, social, psychological, and spiritual aspects, which allows the identification of risk factors, promotion of health promotion, prevention of diseases, preservation of health and independence functional and improve the quality of life in the elderly. Performing this process from Virginia Henderson's Basic Needs Model provides a dynamic and organized methodological system for the diagnosis and planning of the different spheres (clinical, functional, and mental) that make up the patient.

Therefore, we have worked with the following diagnoses: 114. Transfer stress syndrome, 207. Provision to improve the relationship, 184. Provision to improve decision-making, 126. Poor knowledge, and we have planned the derived care.

### **Conclusion:**

The application of the Virginia Henderson model allows the identification of the needs of the elderly and the planning of the corresponding care through the nursing process. It can be affirmed that the entrance of an elderly person into an institution is a psychologically painful and stressful process and therefore the nursing needs to pay more attention and care in this adaptive process.

### **Keywords:**

Institutionalized elderly person, assessment, nursing performance.

## INTRODUCCION

La población española mayor de 65 años representa un 18,8% del total, y las proyecciones de las Naciones Unidas para el año 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34,4% de población mayor, situándose por detrás de Japón e Italia (1).

El paralelismo entre el envejecimiento y la dependencia son términos que preocupan a los profesionales sanitarios. Los cambios derivados del proceso de envejecimiento y los problemas de salud de la persona mayor favorecen la disminución de su capacidad funcional y autonomía (2).

Por la "Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia." de 14 de diciembre 2006 en España, **Autonomía** personal se define como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria" y **Dependencia** es "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y son las alteraciones o limitaciones las que llevan a ser una persona con discapacidad (4).

En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, la misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (5).

El manejo adecuado de los problemas relacionados con las capacidades funcionales de la población adulta mayor, podría evitar situaciones de incapacidad severa como: inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual o que se encuentre en riesgo de sufrir caídas (6).

En la práctica asistencial encontramos diferentes perfiles de ancianos: desde el que es autónomo al que presenta diferentes grados de dependencia; por ello, se hace necesario una categorización en función del estado de salud, patologías, funcionalidad y dependencia para poder realizar una valoración geriátrica más precisa de la que se lleva en la actualidad en muchos centros asistenciales, todo ello con el objetivo de detectar sus necesidades y aplicar unos cuidados más individualizados.

Según Lazcano (7) la clasificación habitual para la función de persona mayor es la siguiente:

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.
3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.
4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

La situación social de un anciano, su forma de vivir, la relación con los cuidadores, el acceso a los medios de transporte, la situación financiera o económica, el nivel de comprensión, sus expectativas y su visión de la enfermedad desde un punto de vista cultural o religioso pueden influir en su salud tanto como los antecedentes médicos personales, los diagnósticos anteriores, la comprensión de la medicación, los hallazgos en la exploración física y la capacidad funcional (8-10).

La dependencia del adulto mayor es un gran asunto de calidad de vida y es la principal causa de institucionalización por sus cambios físicos y psicológicos. La ausencia de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente, o la falta de voluntad de prestar los cuidados por una persona familiar, son causas de institucionalización del anciano.

El adulto mayor debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal, donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos, ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación. Es posible que la internación geriátrica acelere el deterioro, aumente el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo o aislamiento (11,12).

La valoración inicial del paciente para identificar sus necesidades y poder elaborar los diagnósticos de enfermería, es el punto de partida para realizar un adecuado Plan de Cuidados. La valoración de las necesidades del paciente constituye la primera etapa del proceso de atención de enfermería y tiene como objetivo identificar las necesidades prioritarias de los pacientes (13).

Aplicar a la valoración inicial el modelo de Virginia Henderson consiste en la recogida de los datos del paciente, la identificación de sus problemas, sus necesidades, limitaciones e incapacidades y priorizar las necesidades iniciales de atención según las 14 necesidades definidas por el modelo (14,15).

La definición de vida activa no está totalmente estandarizada, pero generalmente se refiere a la expectativa de vida sin incapacidad. La incapacidad o dependencia es el más poderoso determinante del uso de cuidados a largo plazo. Por tanto, el interés general en la atención de la persona mayor es evitar y limitar la aparición y el desarrollo de discapacidad y dependencia (16).

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Realizar un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente anciano recién institucionalizado.

### **ESPECIFICOS:**

- Realizar una valoración de enfermería por necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.
- Definir los diagnósticos de enfermería, siguiendo la taxonomía NANDA.
- Determinar los resultados esperados e identificar las intervenciones.

## **METODOLOGIA**

### **1-Estado de la cuestión**

Para desarrollar el trabajo y poner en práctica los objetivos mencionados anteriormente, se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Scielo, Cuiden, Pubmed. La búsqueda se ha realizado sobre artículos publicados desde 2006 hasta 2016.

Resumen de búsqueda bibliográfica:

Bases de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Dialnet	adulto mayor institucionalizado	30	2
Scielo	enfermería, valoración, geriátrica	13	4
Cuiden	anciano, valoración	379	1
Pubmed	elderly person institutionalized	202	1

Otra fuente de información han sido los libros, en un total de 15, disponibles en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

### **2-Diseño del Plan de Cuidados**

Para elaborar un Plan de Cuidados se aplica la metodología enfermera del proceso enfermero.

Además, se ha seguido el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, que permite la identificación de sus problemas, sus necesidades, limitaciones e incapacidades y priorizar las necesidades iniciales de atención en las primeras etapas de su vida en la institución. Se utilizarán las catorce necesidades del modelo y cada una constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las variables obtenidas en la valoración permiten definir los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones utilizando para ello las taxonomías NANDA (17), NOC (18), NIC (19), Vínculos de NOC y NIC a NANDA (20,21).

## **DESARROLLO**

### **Valoración**

El objetivo principal de la valoración es reunir información precisa, concreta y necesaria para determinar los problemas y sus posibles causas, así como las capacidades, que facilitan la búsqueda de soluciones por parte de enfermería.

Recogida de datos: Anteriores informes de Historia clínica. Datos sociodemográficos (edad, sexo, números DNI y afiliación a Seguridad Social), persona de contacto y su estado civil.

De manera especial van a afectar a los cuidados, aspectos como la edad, la situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades (22).

#### **- Necesidad 1: *Respirar normalmente.***

Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.

Enfermería debe tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Valorar:

- Frecuencia respiratoria (FR).
- Saturación parcial de oxígeno (SpO2%)
- Tipo de respiración
- Permeabilidad de la vía aérea
- Tos, secreciones
- Si es fumador

#### **- Necesidad 2: *Comer y beber de forma adecuada.***

Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y poder absorber suficientes nutrientes para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.

La enfermería debe conocer si sigue algún tipo de dieta, si tiene inapetencia, náuseas, vómitos, alteración del peso. Problemas en la boca para masticar, tragar. Si tiene prótesis dental, si es portador de sonda nasogástrica, si tiene gastrostomía, si tiene necesidad de ayuda para alimentarse. Tomar Peso, Talla, IMC (Índice Masa Corporal).

Instrumentos de ayuda a la valoración: Índice de Barthel (Anexo 1).

#### **- Necesidad 3: *Eliminar los desechos corporales.***

Capacidad de la persona para de forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.

Enfermería valora si la eliminación es normal, incluye la protección de la piel contra la irritación, si tiene incontinencia, si es portador de sonda vesical, si tiene colostomía o urostomía. Observar en la piel sudoración, si tiene otras pérdidas de líquidos.

Instrumentos de ayuda a la valoración: Índice de Barthel (Anexo 1).

**- Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada.**

Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, de arreglar su domicilio, aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se aadecue a sus necesidades y a su confort. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.

La enfermería valora el grado de actividad en la vida cotidiana, su situación habitual: deambulante, sillón-cama, encamado. Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado). Dificultades o limitaciones para moverse. Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad.

Instrumento de ayuda a la valoración: Índice de Barthel (Anexo 1).

**- Necesidad 5: Dormir y descansar.**

Capacidad de la persona para dormir lo suficiente como para sentirse descansada y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

La valoración incluye: horas de sueño/descanso, durante día/noche, lugar donde prefiere descansar - en sillón o cama. Si tiene dificultades para conciliar o mantener sueño por alguna enfermedad (dolor) o estímulos ambientales nocivos (frio, calor, ruidos). Si usa algún medicamento que facilita el sueño.

**- Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada.**

Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestido. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través del vestido y de las modas.

Datos a valorar: si lleva ropa y calzado adecuado al tiempo, si es cómoda, que dificultades o limitaciones tiene al elegir la ropa o problemas vestirse solo. Si tiene costumbres establecidas sobre su vestimenta.

Instrumento de ayuda a la valoración: Índice de Barthel (Anexo 1).

**- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.**

Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y para apreciar los propios límites en este sentido. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y actuar respecto del entorno de manera conveniente.

Valoración: medir temperatura corporal, determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental. Capacidad para manejar termómetros: déficit visual, cognitivo, discapacidad física.

**- Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad cutánea.**

Capacidad de la persona para lavarse por sí misma y mantener su higiene personal, así como para servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc. y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.

Valorar capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa, características de hidratación, coloración, elasticidad de la piel y mucosas. Si tiene

alteraciones o lesiones de la piel - úlceras por presión, úlceras vasculares, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas.

Instrumento de ayuda a la valoración: Escala de Norton, valora riesgo de úlceras por presión (Anexo 2).

**- Necesidad 9: *Evitar los peligros del entorno.***

Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.

Enfermería debe valorar los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitar, reducir o resolver. Medidas de seguridad habitual personales y ambientales, si realiza prevención. Condiciones del hogar, entorno familiar y social. Frecuencia de caídas. Si tiene alteraciones sensoriales-perceptivas de vista, oído, tacto. Si usa gafas, audífonos, bastones.

Instrumentos de ayuda a la valoración: Test de Pfeiffer, versión española para el cribado de deterioro cognitivo (Anexo 3).

**- Necesidad 10: *Comunicarse con los otros.***

Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura y a las palabras. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente en las relaciones afectivas.

La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. Valorar como se comunica, si tiene limitaciones cognitivo perceptuales, su participación en actividades lúdicas. Percepción de sí mismo. Si tiene autoestima, si recibe visitas, solicita compañía, si tiene personas importantes en su vida.

Instrumentos de ayuda a la valoración: Test de Pfeiffer (Anexo 3).

**- Necesidad 11: *Reaccionar según las propias creencias y valores.***

Capacidad de la persona para explorar, conocer, y promover sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.

La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos. La necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermería desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a qué necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

Antes de la valoración es deseable desarrollar cierta relación interpersonal entre la enfermera y el nuevo residente. Después valorar como la persona identifica su situación actual en el nuevo entorno residencial, como valora su estado de salud y bienestar. Si tiene miedo por vivir en nuevas circunstancias según sus creencias y valores, si le da importancia a la religiosidad / espiritualidad en su vida.

**- Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado.**

Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa, así reforzando su autoestima y su sentimiento de alegría y autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.

Valorar patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales, su adaptación en nuevo entorno. Si tiene deseo de realización y superación, que actividades le gusta realizar, nivel de interés participar en actividades ocupacionales de la institución. Si tiene dificultad para realizar pasatiempos.

Instrumento de ayuda a la valoración: Escala Geriátrica de Depresión - Yesavage para personas mayores de 65 años (Anexo 4).

**- Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento.**

Capacidad de la persona para distraerse, entretenerte, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemas personales (por ejemplo, un juego, un audiovisual, etc.), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

Una situación de salud como problema de dependencia total o parcial puede romper la integridad de la persona y se deben desarrollar actividades más adaptables a su situación actual para alejar la persona de pensamientos negativos.

Es preciso valorar que actividades recreativas realiza habitualmente, si presenta dificultad actual para realizar sus pasatiempos, causas a las que atribuye esta dificultad, si cree que puede evitar, reducir o resolver por sí solo en su nuevo entorno.

**- Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.**

Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener capacidad para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y contribuye a la propia salud física y mental.

Enfermería debe valorar circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, si sabe leer y escribir. Grado de conocimiento de su actual estado de salud, si tiene interés por aprender, si propone preguntas sobre algún tema, participa en discusiones, propone alternativas. Si tiene interés en sesiones educativas prestadas por la institución donde va a residir.

Instrumentos de ayuda a la valoración: Test de Pfeiffer (Anexo 3).

## **Diagnóstico y Planificación**

El paciente geriátrico tiene variabilidad de patologías y circunstancias personales. Determinar las características comunes de estos pacientes en el momento del ingreso posibilita la realización de un plan de cuidados estandarizado (23).

A continuación, se exponen los diagnósticos más comunes para personas mayores en el momento del ingreso y durante el periodo adaptativo en la institución.

<b>Plan de cuidados estandarizado</b>
<p><b>NANDA:</b> (00114) Síndrome de estrés del traslado.</p> <p><u>Definición:</u> Trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro. Persona presenta dependencia y preocupación por el traslado de un entorno a otro.</p>
<p><b>NOC:</b> (1311) Adaptación al traslado - Respuesta emocional y conductual adaptativa de un individuo cognitivamente sano a un cambio necesario en el entorno de vida.</p> <p><u>Indicadores:</u> 01. Reconoce la razón del cambio en el entorno de vida. 02. Participa en la toma de decisiones en el nuevo entorno. 16. Mantiene relaciones positivas con los demás en el nuevo entorno.</p>
<p><b>NIC:</b> (5350) Disminución del estrés por traslado - Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.</p> <p><u>Actividades:</u> Asignar un «compañero» que le ayude en la integración en el nuevo ambiente. Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de estrés por traslado (p.ej., anorexia, ansiedad, depresión, aumento de exigencias y desesperanza). Proporcionar actividades recreativas (p.ej., participación en aficiones, actividades cotidianas). Ayudar al individuo en su período de duelo y a superar la pérdida del hogar, amigos e independencia. Evaluar el impacto de la alteración del estilo de vida, pérdida de hogar y adaptación al nuevo entorno.</p>
<p><b>NIC:</b> (7560) Facilitar las visitas – Estimulación de las visitas beneficiosas por parte de la familia y amigos.</p> <p><u>Actividades:</u> Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera. Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, según corresponda. Establecer las responsabilidades y actividades de la familia para ayudar al paciente.</p>
<p><b>NANDA:</b> (00207) Disposición para mejorar la relación.</p> <p><u>Definición:</u> Patrón de colaboración para satisfacer las necesidades de cada uno, que puede ser reforzado.</p> <p>La persona expresa deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de ideas, de información, de las necesidades emocionales.</p>
<p><b>NOC:</b> (121) Desarrollo adulto mayor – Progresión cognitiva, psicosocial y moral a partir de los 65 o más años de edad.</p> <p><u>Indicadores:</u> 01. Mantiene la función cognitiva. 09. Mantiene intereses por la vida. 19. Desarrolla nuevos intereses.</p>
<p><b>NIC:</b> (5100) Potenciación de la socialización – Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</p> <p><u>Actividades:</u> Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas. Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p>
<p><b>NIC:</b> (5230) Mejorar el afrontamiento - Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p><u>Actividades:</u> Proporcionar un ambiente de aceptación. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p>

**NANDA:** (00184) Disposición para mejorar la toma de decisiones.

Definición: Patrón de elección del rumbo de las acciones para alcanzar los objetivos relacionados con la salud a corto y largo plazo, que puede ser reforzado.

La persona expresa deseo de mejorar su decisión con los valores socioculturales, mejorar la toma de decisiones.

**NOC:** (906) Toma de decisiones – Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.

Indicadores: 01. Identifica información relevante. 06. Reconoce el contexto social de la situación.

**NIC:** (5250) Apoyo en la toma de decisiones – Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

Actividades: Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso al centro. Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.

**NANDA:** (00126) Conocimientos deficientes.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Alteración de la memoria, insuficiente interés en el aprendizaje, no sigue completamente las instrucciones, conducta inapropiada (agitación, apatía).

**NOC:** (3012) Satisfacción del paciente: enseñanza - Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.

Indicadores: 15. Discusión de estrategias para mejorar la salud. 18. Tiempo para el aprendizaje del paciente. 19. Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles.

**NIC:** (5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje – Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Actividades: Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente. Aumentar la orientación en la realidad del paciente, según corresponda. Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes. Establecer un ambiente de aprendizaje lo antes posible en contacto con el paciente.

## Ejecución y Evaluación

Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales. Valorar a la persona para determinar su situación actual y si las intervenciones siguen siendo apropiadas. Si no es efectivo, volver a valorar y hacer los cambios necesarios de forma inmediata. Preparar el entorno con seguridad, confort y comodidad. Registrar las acciones enfermeras y actualizar el plan según sea necesario. Valoración de los

resultados y toma de decisiones sobre la necesidad de introducir cambios o dar por finalizado el plan. Planificar la valoración continuada (24).

Para evaluar la consecución de resultado se utilizan Escalas de Likert, que se incluyen en cada uno de los indicadores de resultados (Ejemplo en Anexo 5). Las puntuaciones en la escala de medición de los indicadores ayudan a la enfermera a determinar la obtención del resultado.

## **CONCLUSIONES**

Tras el estudio de varias fuentes bibliográficas, centradas en la persona mayor institucionalizada, puedo afirmar que el modelo de Virginia Henderson es el más usado por los profesionales de enfermería en instituciones. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC y el estudio de necesidades siguiendo el mencionado modelo de Virginia Henderson permiten detectar alteraciones y planear cuidados de forma individualizada en el paciente anciano. Las actividades que enfermería realiza para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se aplican a través de un plan de cuidados.

A la vista de los resultados observados en estudios de casos de ingreso y la adaptación del anciano a la institución, se puede afirmar que el ingreso de la persona mayor en una institución es un proceso psicológicamente doloroso y estresante. La internación geriátrica acelera su deterioro y aumenta el grado de dependencia. La institucionalización debería ser el último recurso, ya que se identifica como uno de los factores que actúan en la disminución de la autonomía de la persona mayor. En un entorno residencial la importancia de la familia y la comunicación con ellos para las personas mayores es superior que en cualquiera otra situación. También es muy positivo integrarlos en lo posible en la vida de la residencia, estimular la práctica de actividades físicas, fomentar los contactos sociales y familiares.

Por parte de enfermería se debe prestar una especial atención al proceso adaptativo de nuevos residentes, para atenuar sus sufrimientos, prevenir un empeoramiento de su estado de salud y dar una buena respuesta a la modificación de su estilo de vida. Por ello la estandarización de un Plan de Cuidados es un elemento imprescindible para los profesionales de enfermería.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume II: Demographic Profile. New York: United Nations; 2015. p.705-708
2. López A, Formiga F, Ruiz D, Duaso E. Clínicas en Geriatría Hospitalaria. En: Formiga F, Mascaró J. Valoración Geriátrica en Hospital de Agudos. Barcelona: Elsevier; 2006. p.11
3. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: BOE Nº299; 15.12.2006. p.44142-56
4. Chan M. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo: Edición OMS; 2015. 282p.
5. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*. 2011; 22(4): 162-166
6. Cardona D, Estrada A, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J. La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. *CES Salud Pública*. 2011; 2(1): 3-12
7. Lazcano BG. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rodríguez GR, Lazcano BG. Práctica de la Geriatría. 2<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2007. p.83-104
8. Lach H, Smith C. Focus on function. In: Linton A, Lach H. Gerontological nursing concepts and practice. 3<sup>rd</sup> ed. St Louis, Saunders: Elsevier; 2007
9. Alba Martín R, Armenteros Berral M, Barroso Estévez E, Fernández Córdoba AM, Sánchez Z. Proceso de atención de enfermería en un paciente geriátrico. *SCELE: Rev. Recién*. 2014; 9(11): 1-14
10. Molero MM, Perez-Fuentes MC, Gazquez JJ. European Journal of Investigation in Health. Psychology and Education. 2011; 1(1): 31-43
11. Sepúlveda CR, Rivas ER, Bustos ML, Illesca PM. Perfil socio- familiar en adultos mayores institucionalizados. *Ciencia y Enfermería*. 2010; 16(3): 49-61
12. Rojas Ocaña MJ, Toronjo Gómez A, Rodríguez Ponce C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 2006; 17(1): 6-23
13. Sharon Jensen MN. Valoración de la salud en enfermería. Guía práctica. 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2011. p.6, 892-916
14. Uribe C. Valoración Inicial de Enfermería. Estándar operacional. *Revista de Actualizaciones en Enfermería(Colombia)*. 2013; 16(4): 27-34
15. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M, Valverde Sánchez M. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos*. 2007; 18(2): 72-76
16. López Mongil R. Valoración y examen del paciente geriátrico. En Gil P. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid: SEGG; 2015. p.27-46
17. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2015-2017. 10<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p.137-447
18. Johnson M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. 760p.
19. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2014. 937p.

20. Johnson M, Moorhead S. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2012. 432p.
21. Costa CL. Fundamentos de Enfermería: Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona. 1<sup>a</sup> ed. Murcia: Diego Marín; 2010. 528p.
22. Bellido Vallejo JC. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. 1<sup>a</sup> ed. Jaén: Ilustre Colegio oficial de Enfermería; 2012. p.11-188
23. Arias C, Espinosa M. Plan de cuidados estandarizado del paciente geriátrico. Madrid: Diego Marín; 2014. p.1-14
24. Alfaro-LeFeure R. Aplicación del proceso enfermero. 8<sup>a</sup> ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014. 235p.

## ANEXOS

### Anexo 1:

#### Valoración del grado de dependencia

<u>INDICE DE BARTHEL</u>			
<b>Comida:</b>			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
<b>Lavado (baño)</b>			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
<b>Vestido</b>			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
<b>Arreglo</b>			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
<b>Deposición</b>			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
<b>Micción</b>			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo ( botella, sonda, orinal ... ).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
<b>Ir al retrete</b>			
	10	Independiente. entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
<b>Transferencia (traslado cama/sillón)</b>			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
<b>Deambulación</b>			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
<b>Subir y bajar escaleras</b>			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
<b>La incapacidad funcional se valora como:</b>		<small>* Severa: &lt; 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos. * Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.</small>	<b>Puntuación Total:</b>

Fuente: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice_de_barthel.pdf)

**Anexo 2:****Escala de Norton de riesgo de Ulceras Por Presión(UPP)****ESCALA DE NORTON MODIFICADA**

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

**CLASIFICACION DE RIESGO:**

PUNTUACION DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO.  
 PUNTUACION DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO  
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.  
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ----- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Fuente: [http://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Norton.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Norton.pdf)

**Anexo 3:****Test de valoración cognitiva de Pfeiffer**

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

Resultados:

- 0-2 errores – Normal
- 3-4 errores – Deterioro leve
- 5-7 errores – Deterioro moderado
- 8-10 errores – Deterioro severo

Fuente:

[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test\\_de\\_pfeiffer\\_version\\_espanola.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_pfeiffer_version_espanola.pdf)

**Anexo 4:**

## Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage), versión corta

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Teme que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto 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

0-5 normal, 6-9 probable depresión, 10 o más depresión establecida

1<sup>a</sup> columna – respuesta SI

2<sup>a</sup> columna – respuesta NO

Fuente: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test\\_de\\_yesavage.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf)

Anexo 5:

Escala de Likert



Fuente: <https://es.slideshare.net/ElverLuyoValera/proceso-de-enfermeria-planeacion>

**Ejemplo: Indicadores del NOC 1311 con Escala de Likert**

1311 Adaptación al traslado.	1	2	3	4	5
131101 Reconoce la razón del cambio en el entorno de vida.					
131102 Participa en la toma de decisiones en el nuevo entorno.					
131116 Mantiene relaciones positivas con los demás en el nuevo entorno.					

Valores de la Escala de Likert:

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado