Descargado el: 5-09-2026 ISSN 2221-2434

Artículos de revisión

Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos

Peculiarities in Dementia Treatment and Care in the Nursing Home

Armando Carlos Roca Socarrás[1]

[1] Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, Holguin, Holguin, Cuba, CP: 80100

Cómo citar este artículo:
Roca-Socarrás A. Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2011 [citado 2026 Sep 5]; 1(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/48

Resumen

La demencia en una larga y debilitante enfermedad cuya evolución se caracteriza por pérdida progresiva de la autonomía y la capacidad, llegando al deterioro cognitivo marcado y a la dependencia. Un número considerable de adultos mayores con demencia, es admitido en hogares de ancianos, en diferentes etapas del estado demencial. El objetivo de este artículo es destacar algunos elementos en relación con la epidemiología, predictores de institucionalización, diagnóstico, comorbilidad y aspectos especificos del cuidado y tratamiento, que permitan personalizar su manejo en las residencias. De esta forma se incrementa el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y se optimiza el tratamiento y calidad de vida de la persona mayor con demencia.

Palabras clave: demencia, servicios de salud para ancianos, anciano, cuidados paliativos, hogares para ancianos

Abstract

Dementia is a long and debilitating illness characterized by gradual loss of autonomy and abilities, reaching a point of marked cognitive impairment and dependence. In different stages of its progression, a considerable number of elderlies with dementia are admitted in Nursing Homes. The objective of this article is to highlight some elements in relation to the epidemiology, institutionalization predictors, diagnostic, comorbidity and specific aspects of the care and treatment that allow personalizing its management in these residences. Thus, knowledge levels on this disease will be increased and the treatment and life quality of aged population with dementia will be improved.

Key words: dementia, health services for the aged, aged, hospice care, homes for the aged

Recibido: 2011-07-21 14:46:01
Aprobado: 2011-10-17 15:01:14

Correspondencia: Armando Carlos Roca Socarrás. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. aroca@hvil.hlg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las poblaciones de adultos mayores de los países desarrollados y en desarrollo, se están incrementando cada días más. Hoy la expectativa de vida es mayor debido a los avances en el campo de la salud. Sin embargo, las personas están viviendo más pero con una pobre salud, con enfermedades crónicas no transmisibles que afectan su independencia en la cotidianidad y su calidad de vida. Esta tendencia hacia un envejecimiento poblacional y un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, amplifica la necesidad de cuidados para un número importante de ancianos.[1, 2]

Dentro de este grupo de enfermedades se encuentran las demencias, síndrome progresivo e irreversible de pérdida de las funciones cognitivas que cursa con amnesia, dificultades en el lenguaje y desempeño de las actividades de la vida diaria, desorientación, cambios de personalidad, y otros síndromes psiquiátricos y geriátricos.[3]

Personas mayores con demencia encontramos en todos las regiones del mundo y muchos de estos pacientes se admiten en los hogares de ancianos por diversas razones.

La demencia es una de las condiciones que da lugar a una mayor incapacidad funcional en el anciano, lo que unido a los trastornos de conducta, sobrecarga del cuidador y una serie de condiciones biológicas, psicológicas, económicas y sociales que con elevada frecuencia se presentan a lo largo de la evolución de la enfermedad, condicionan que sea precisamente la demencia el principal motivo de institucionalización.[4, 5]

Los pacientes con demencia, institucionalizados en residencias, presentan una serie de características diferenciadoras. Al ser más ancianos, muestran una mayor gravedad en la evolución de la demencia y suelen presentar una mayor comorbilidad que aquellos que viven en la comunidad.

Además, en los países con mayor envejecimiento poblacional, el ámbito residencial ha ido cambiando y actualmente no se le puede identificar con centros exclusivamente sociales, sino que tienen que hacer frente a una carga asistencial cada vez mayor como consecuencia de la progresiva complejidad de los ancianos que reciben.[5]

Cuba no es ajena a esta problemática, que tiende a incrementarse a pesar de que el número de hogares de ancianos se mantiene invariable.

Motivados por los elementos introductorios del tema, decidimos describir una serie de aspectos vitales en el manejo diario de los pacientes con demencias institucionalizados, con el objetivo de contribuir al conocimiento del personal médico y paramédico que trabaja en estos centros.

El método utilizado para la realizar este trabajo fue la búsqueda, a través de la base de datos Pubmed, de los términos de ínteres. Se utilizó el sistema de palabras claves (MeSH) de Pubmed, seleccionando los siguientes términos: dementia, prevalence, nursing homes, palliative care, physical restraints, elderly, pain, mortality, depression, quality of care. También se revisaron portales de sitios de guías relevantes como Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute for Health and Clinical Excellence, New Zealand Guidelines Group, Guidelines International Network y Guía Salud. Además se consultaron las publicaciones seriadas cubanas que se encuentran en el sitio revistas médicas de Infomed. La revisión fue realizada durante los meses de mayo y junio del 2011.

DESARROLLO

Epidemiología

En los países de altos ingresos un número importante de ancianos que padecen de demencia viven y fallecen en un hogar de ancianos. Esto se evidencia con mayor claridad en países como Estados Unidos de América,[6] Italia,[7] Cánada,[8] Reino Unido,[9] y Australia.[10]

En estos países, que invierten la mayor parte del presupuesto mundial en investigaciones sobre demencias, se ha descrito el poco reconocimiento y tratamiento adecuado de los adultos mayores con demencia que se encuentran institucionalizados.[11]

Los síndromes y condiciones geriátricas, la identificación del dolor y síntomas no dolorosos, así como el manejo de la enfermedad en sus diferentes estadios, constituyen procesos pendientes de un mejor manejo en muchas residencias del primer mundo.

Si tenemos en cuenta que el mayor incremento del número de pacientes con demencia está

ocurriendo en las naciones de ingresos medios y bajos, donde constituye el más fuerte predictor de dependencia, y al mismo tiempo, existe una gran falta de información sobre la enfermedad al considerarla parte normal del envejecimiento, cobra importancia ofrecer una atención adecuada en las instituciones de cuidados a largo plazo.

En Cuba se registra una prevalencia de las demencias a nivel comunitario comparable a la de Europa,[12] y además exhibe altos niveles de dependencia,[13] en un escenario que tiene un 17,4 % de envejecimiento poblacional.[14] Sin embargo, hay pocos estudios sobre el comportamiento de esta entidad en las residencias para personas mayores que aporten elementos sobre su prevalencia y la calidad en el manejo.

Predictores de institucionalización

Existe una disminución global del número de cuidadores disponibles para las personas mayores. Este proceso afecta por igual a países de altos, medios y bajos ingresos. En el caso de las demencias más que en cualquier otra enfermedad los cuidadores sufren de sobrecarga. Otros predictores de institucionalización lo constituyen la severidad de la demencia, duración de la enfermedad, cuidadores con altos niveles de educación, con empleos y salarios elevados, comorbilidad del binomio cuidadorpaciente, deterioro funcional del paciente y trastornos del comportamiento.[15]

Evaluación cognitiva

En lo que se refiere a la esfera cognitiva, existen tanto los pacientes cognitivamente intactos, como otros con demencias severas, con grados variables de capacidad funcional, que ingresan de forma temporal o definitiva, ya sea por la propia demencia o por otras enfermedades. A todos ellos se les debe realizar una valoración integral y, por ende, una evaluación cognitiva. Por tanto, en las residencias se aborda el diagnóstico de la demencia en muy diversos momentos de su evolución. La utilización de instrumentos de evaluación por parte del médico y la enfermera del hogar, es fundamental en los pacientes procedentes de la atención primaria, secundaria e institucional. El Mini Examen Cognitivo de Folstein,[16] Escala Isquémica de Hachinsky[16] y el test del Informador[17] pueden ofrecer elementos para el diagnóstico y evaluación del deterioro cognitivo. También el uso de criterios diagnósticos para la demencia DSM IV y sus diferentes subtipos es importante.[18]

Entre los últimos encontramos los criterios NINCDS-ADRDA para la demencia Alzheimer,[19] NINDS-AIREN para la demencia vascular,[20] criterios de consenso para posible demencia por cuerpos de Lewy[21, 22] y criterios Lund Manchester para demencia frontotemporal.[3, 23]

Un diagnóstico de demencia en la residencia, permitiría compartir con el paciente y sus familiares su problema de salud, la elaboración de directivas anticipadas de vida, tomar decisiones respecto a cuestiones sociales y económicas, con quién o quiénes debe compartirse la información sobre su enfermedad, elegir modelos de cuidados y disminuir estigmas sobre la enfermedad. Por parte del personal del Hogar, permite configurar una estrategia de cuidados teniendo en cuenta preservar la calidad de vida del anciano con demencia.

Una vez que el paciente acude con el diagnóstico, se realiza una nueva evaluación revisando puntos críticos en su historia de salud anterior que permitan modelar un procedimiento adecuado para el establecimiento de un plan de cuidados.

Evaluación funcional

La evalución funcional y la evolución evolutiva del paciente con demencia, están estrechamente ligadas. Aquí la enfermera del Hogar juega un rol destacado al realizar el primer diagnóstico funcional del paciente con instrumentos como el Índice de Katz[24] y el Barthel.[25] También puede participar en la valoración evolutiva con el uso de estos instrumentos y de otros como Clinical Dementia Rating,[26] Functional Assessment Stating[27] y Global Deterioration Scale.[28, 29]

Evaluación del dolor

El dolor es el síntoma más frecuente en la población anciana y uno de los que más sufrimientos genera, sin embargo, en muchas ocasiones pasa desapercibido o es mal controlado por diversos motivos: dificultad en la comunicación por trastornos orgánicos y/o mentales, presencia de enfermedades diferentes al motivo de ingreso que también producen dolor, falsas creencias del personal facultativo sobre la sensibilidad al dolor del anciano, mala tolerancia a los analgésicos y el problema añadido de las interacciones medicamentosas y efectos secundarios por la polifarmacia en estos

pacientes.

Existe evidencia de que el dolor en los residentes con demencia permanece sin detectarse de forma frecuente, y en otras ocasiones es subtratado; en parte debido a la dificultad del paciente para comunicarse y también por el poco entrenamiento del personal que lo atiente en detectarlo.[3]

Para las personas con demencias en estadios ligeros y moderados, el médico y la enfermera deben preguntar frecuentemente acerca de la presencia de dolor. Se pueden utilizar escalas de auto reporte del dolor cuando todavía existe la posibilidad de comunicarse, así como escalas visuales al afectarse la comunicación. Las causas de dolor deben definirse y tratarse al igual que en otras ramas de la medicina[3]

El dolor detectado debe ser tratado adecuadamente y evaluado periódicamente. Habrá que tener en cuenta que el reporte de dolor por el paciente con déficit cognitivo tiene tanto valor como el reporte de aquellas personas mayores cognitivamente intactas.[30]

Dentro de las escalas que pueden utilizarse están las siguientes: Coloured Visual Analogue Scale, para pacientes con enfermedad de Alzheimer ligera y moderada; PAINAD Scale para las demencias avanzadas; y Pain Assessment Check List for Seniors with Severe Dementia (PACSLAC). Estos instrumentos incluyen diferentes combinaciones de observación, las cuales son potencialmente indicativas de la presencia de dolor.[31-33] El instrumentos que se eliga para evaluar la presencia de dolor se utilizará en futuras evaluaciones para definir la mejoría o el deterioro del paciente.

Observaciones de procesos fisiológicos

1. Patrón de respiración, sudoración.
2. Expresiones faciales: muecas de dolor, muecas de otro tipo, ceño fruncido, pestañeo rápido.
3. Movimientos corporales: defensivos, alteración de la marcha, retorciendo las manos, marchando, haciendo movimientos repetitivos.
4. Vocalizaciones: gimiendo, pidiendo ayuda, gritando, lenguaje ofensivo o agresivo.
5. Cambios en la interacción interpersonal: reacciones agresivas retiradas, resistiendo cuidados.
6. Cambios en patrones de actividad o rutinas: vagabundeo, alteraciones del patrón de sueño, alteraciones del patrón de descanso.
7. Cambios en el estado mental: llorando, irritabilidad, incremento de la confusión.

En el estadio final de la enfermedad el dolor es un síntoma importante a tener en cuenta.

La mejor opción terapéutica está en la historia médica del paciente, su respuesta a medidas farmacológicas anteriores, en centrarse en la causa del dolor encontrado.
La aromaterapia, los ejercicios, la terapia de relajación, masajes y quiropraxia, son algunas medidas no farmacológicas en el tratamiento del dolor.[30]

Evaluación de las caídas

En los ancianos con demencia existe una combinación de insuficiencias en funciones sensoriales y motoras, donde se incluyen la reducción de la visión, pérdida de la sensibilidad periférica, disminución del tiempo de reacción, debilidad muscular y aumento del balanceo postural, que conllevan a una gran variabilidad de los patrones de marcha e incremento del riesgo a caer.[34]

Estudios prospectivos han demostrado que el apropiado manejo de la hipotensión arterial sintomática, de los síntomas autonómicos y de la depresión, además de la estimulación a practicar ejercicios periódicos, forman partes vitales de todo procedimiento que persiga disminuir la incidencia de caídas en dementes.[35]

En la evaluación del riesgo de caídas pueden emplearse escalas como el Test Timed Up and Go.[36]

Restricciones físicas

Individuos con demencias tienen un riesgo elevado de sufrir restricciones físicas debido a su deterioro cognitivo, caracterizado por: fallos de memoria tanto para la memoria reciente como la remota, afectación del lenguaje, dificultades en el juicio y trastornos en la percepción visual. Existe una mayor probabilidad de que experimenten delirios y trastornos conductuales como agitación, ansiedad, psicosis y vagabundeo.

Por estas razones van a recibir una mayor cantidad de medicamentos psicoactivos, que contribuyen al desarrollo de hipotensión postural, sedación o reacciones extrapiramidales.[37]

Cambios agudos en la conducta o en el nivel de alerta son, frecuentemente, signos de necesidades fisiológicas no detectadas, tales como, la hipoxia, deshidratación, el dolor o la toxicidad por medicamentos.

En las demencias moderadas y severas, la marcha, la apraxia, la inestabilidad y la limitación de los movimientos, incrementan el riesgo de caer.

Las caídas son un problema importante para las personas mayores frágiles, y especialmente para aquellos que tienen una demencia. Cuando el personal del centro determina que el anciano está en riesgo de caer, se indican restricciones con el objetivo de brindar seguridad; a pesar de que existen evidencias de su efecto contrario.[38] Estas situaciones se producen cuando el paciente, forcejeando por liberarse de la restricción física, se agita y queda atrapado entre las barandas de las camas y el colchón, o se coloca encima de las barandas y cae desde una posición más alta que el plano de la cama, o se encuentra fatigado e inestable una vez que es liberado de la cama o silla.

Dentro de las complicaciones secundarias al uso de las restricciones físicas se encuentran:

1. Lesiones nerviosas (lesión del plexo braquial). Lesiones isquémicas musculares (manos y pelvis). Lesiones en la piel (úlceras por presión, lesiones traumáticas, abrasiones). Asfixia y estrangulamiento.
2. Incontinencia urinaria y fecal.
3. Aumento del riesgo de complicaciones relacionadas con la inmovilización (deshidratación, impactación fecal, complicaciones respiratorias, neurológicas, hemodinámicas, desmineralización ósea).
4. Complicaciones derivadas de las caídas como fracturas en diferentes localizaciones y hematoma subdural.
5. Estrés (físico y psíquico), miedo, depresión, apatía y agresividad.
6. Reducción de las posibilidades de comunicarse. Aumento de la confusión.
7. Percepción de rabia, humillación y desesperanza. Pérdida de autoestima y autonomía.
8. Síndrome poscaída y aislamiento social.

Existen dos pautas para evitar las restricciones físicas en estos pacientes. En primer lugar, la comprensión, prevención y capacidad de respuesta ante los cambios de comportamiento del paciente; en segundo lugar, trabajar hacia cambios organizativos considerando los escenarios.[39, 40]

Dentro del manejo del anciano demente con riesgo de restricciones físicas, hay que considerar la valoración del mensaje implícito en la conducta del paciente, la identificación de necesidades desconocidas y cambios del comportamiento, la utilización de instrumentos estandarizados como los mencionados en el diagnóstico, al ingreso y en sucesivas evaluaciones periódicas, la evaluación de conductas que colocan al paciente en riesgo de sufrir restricciones, y la estabilización de los problemas médicos que presenta el anciano.

Comorbilidad

Los adultos mayores con demencia admitidos en instituciones de cuidados a largo plazo, son portadores de una notable historia de enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades pueden ser de aparición anterior y posterior al proceso demencial, lo que se relaciona con su fisiopatología, duración de la enfermedad, edad avanzada, estilos de vida, y con los avances en el campo de la salud que han permitido una expectativa de vida mayor.

Se ha descrito la relación de diferentes formas del deterioro cognitivo con enfermedades y factores de riesgos como: hipertensión arterial,[41] hipotensión arterial,[42] diabetes mellitus,[43, 44] hipercolesterolemia,[45] obesidad,[44] pérdida de peso,[46] enfermedad cerebrovascular,[47, 48] infarto del miocardio,[49] insuficiencia cardiaca,[50] cáncer,[51] hábito de fumar,[52] insuficiencia renal crónica,[53] y la presencia de la apolipoproteina E Ɛ4.[54]

Aunque la evidencia en ocasiones no es concluyente cuando de prevención se trata,[55] lo cierto es que los encargados de atender ancianos en su labor diaria encuentran pacientes con varias de estas enfermedades en su historia de

salud pasada y actual. Muchas veces, tratarlas y reconocer hasta qué punto pertenece un determinado síntoma o signo a cada una de ellas, constituye un arte para el profesional de la salud.

Los pacientes con demencia explican menos síntomas que los enfermos sin demencia ante igual grado de comorbilidad. Del mismo modo que el tener demencia complica el diagnóstico y manejo de otras enfermedades médicas, la comorbilidad puede convertir el tratamiento de las demencias en algo problemático.

Se ha demostrado una mayor polifarmacia en los casos de demencia vascular.[56]

Depresión

Diferentes investigaciones han demostrado que la valoración de la depresión es baja entre ancianos con demencia institucionalizados. Las personas mayores dementes presentan mayores signos de depresión que otros residentes cognitivamente intactos. También la depresión es frecuente en los pacientes con deterioro cognitivo severo que sufren tanto de dolor no diagnósticado como de problemas del comportamiento.

La transición en el proceso de adaptación a la vida residencial es difícil, y constituye un cambio importante en el medio y estilo de vida. Mientras algunos residentes tienen un proceso de adaptación exitoso y sin complicaciones, otros transitarán esta etapa con mayores desafíos debido a su salud actual, estado emocional, cognitivo y habilidad de afrontar el cambio.[3]

Los residentes con demencia, de reciente admisión, pueden tener disminuidas sus habilidades de afrontar el cambio, así como redes de apoyo de familiares y amigos debilatadas que lo puedan preparar y asistir durante la transición. Esto los convierte en pacientes más suceptibles a la depresión.[57]

La asociación de demencia y depresión constituyen fuertes predictores de institucionalización para los ancianos ubicados en la atención primaria y secundaria.[58, 59]

En la demencia vascular, la depresión es más prevalente y severa que en la enfermedad de Alzheimer.[60]

La evaluación de la depresión en pacientes con demencia puede realizarse con instrumentos como la Escala de Yesavage y la de Cornell.[61]

Trastornos del comportamiento

La evaluación del paciente con demencia de ligera a moderada debe incluir una investigación sobre la presencia de trastornos del comportamiento y otros síntomas neuropsiquiátricos. El cuestionario Neuropsychiatry Inventory de Cummings es un instrumento breve pero valioso que puede utilizarse en la práctica clínica.[62]

Evaluación social

Cada residente con demencia es un individuo con su historia social, de vida, sus creencias, fortalezas, debilidades, preferencias y expectativas. En la labor diaria del personal que trabaja en los hogares de ancianos, se debe establecer una relación con el residente que permita encontrar sus necesidades, describirlas y manejarlas desde una perspectiva del cuidado.

- Debe maximizarse en la persona mayor la autonomía, dignidad, privacidad, socialización, independencia, seguridad y posibilidad de elegir.
- Estimular el desarrollo personal partiendo de su individualidad.
- Proponer estilos de vida que promuevan la salud.
- Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de cuidado.
- Desarrollar relaciones positivas y productivas entre los residentes, el personal del hogar, la familia y la comunidad.

Por ejemplo, si el residente fue introvertido toda su vida, un número considerable de actividades grupales tendrían un efecto negativo. Para este caso sería más apropiado pequeñas actividades grupales con amigos cercanos.

Cuando se desarrollen programas, es importante tomar en consideración que deben estar basados en el nivel de funcionamiento, preferencias personales y habilidad para participar. Los residentes con niveles de funcionamiento bajos deben tener actividades sociales y de recreación separadas de los que funcionan a un nivel alto.

La implementación de programas paralelos

apropiados para los distintos niveles de funcionamiento de los residentes, incrementará la oportunidad de participación y la satisfacción del anciano y su familia.

Educación del equipo de atención

La educación de todo el personal que trabaja con el anciano demente en los diferentes niveles de desempeño, es vital para el éxito, en general, de un plan de cuidados en la residencia de ancianos. Sin la actualización periódica de las habilidades y conocimientos, el equipo de trabajo del hogar está en desventaja en el proceso de conocer las necesidades particulares de los residentes. El incremento de la satisfacción de aquellos que trabajan con el anciano demente, se relaciona directamente con su calidad de vida.

Un elemento dentro de la satisfacción de los trabajadores es la oportunidad de educación continuada y de entrenamiento, en aras de mejorar sus habilidades para el cuidado.

El abordaje de los pacientes con demencia demanda una extensa preparación debido a la complejidad de la enfermedad. Una mirada acerca de los elementos básicos de la entidad debe formar parte de la orientación inicial y de las ofertas educacionales posteriores. Otros tópicos a tratar serían el efecto del envejecimiento sobre órganos y sistemas, manejo de los trastornos de conducta, restricciones físicas, caídas, demencia avanzada, comunicación y requerimientos especiales en la atención a las demencias.[10]

Los pacientes con demencias en ocasiones muestran trastornos del comportamiento, los cuales constituyen un desafio al proceso de atención del equipo que conduce su vida en el hogar. Muchas veces no son reconocidas estas conductas como un mecanismo que tiene el residente con demencia para comunicarse, lo que dificulta el cumplimiento de su programa diario.

Medio residencial

La mayor parte de las residencias para ancianos en Cuba no se construyeron teniendo en cuenta las personas mayores con demencia. No obstante, deben evolucionar hacia un medio que asegure la prestación de servicios de calidad para estos pacientes; lo que significa crear una infraestructura que garantice independencia, seguridad, autonomía, privacidad, socialización, dignidad, oportunidad y privacidad para los residentes.

Los residentes que viven en un medio diseñado acorde a sus necesidades tienen mayores oportunidades de retener sus habilidades cognitivas y experimentan una mayor calidad de vida. La adaptación de un escenario específico para pacientes con esta enfermedad neurológica degenerativa, maximiza las habilidades remanentes y compensa las pérdidas.

Se estimulará al anciano y su familiar a traer objetos personales, incluso con gran significación desde el punto de vista afectivo, para decorar su nuevo espacio. Personalizar este nuevo proyecto de vida debe ser un objetivo primordial para el equipo encargado de atenderlo.

En relación con los comedores se debe tomar en consideración que el medio es tan importante para el paciente como el menú.

Dentro de las medidas para llevar a cabo de forma exitosa la comida están:

- Servir la comida a pequeños grupos de residentes que no sobrepasen los 6 por mesas.
- Darle carácter doméstico.
- Proveer sillas de comedor seguras y estables, no con ruedas o inseguras.
- Proveer de iluminación adecuada. No utilizar luces que favorezcan el deslumbramiento.
- Utilizar colores que contrasten de forma general, el plato y la comida, el mantel y la mesa.

Con respecto a los espacios abiertos, los alrededores de la residencia deben estar preparados para pacientes con demencia sobre el principio de brindar seguridad e independencia en un entorno amigable. Dentro de las principales caracteríticas que debe tener están:

- Visible, de fácil acceso y adaptado al paciente.
- Seguro, actractivo e interesante.
- Disponer de asientos fijos.
- Discretamente asegurado.
- Diseñado para facilitar un fácil retorno hacia la instalación principal.

- Tamaño suficiente para permitir la deambulación del paciente por períodos prolongados.
- Contar con áreas de jardinería, riego y otras actividades.

La atención de la iluminación y la estimulación sensorial redundará en una mayor calidad de vida del anciano demente. Es necesario controlar el exceso de estimulación sensorial, incluyendo la reducción de la contaminación por sonidos.

Los suelos y las paredes deben convertirse en un ambiente táctil, acogedor para la persona mayor. Las superficies por las que caminan con frecuencia no pueden favorecer el deslumbramiento que influye en las caídas y la confusión.

Seguridad

Sin dudas, la seguridad es uno de los más importantes elementos cuando se trabaja con residentes que tienen deterioro cognitivo. Mantener el equilibrio entre seguridad y calidad de vida constituye una prioridad dentro de las actividades diarias.

Unidades de cuidados especiales para pacientes con demencia

En estas unidades, localizadas dentro de las residencias, se brinda un cuidado individualizado al paciente con demencia. A pesar de la severidad del deterioro cognitivo y los trastornos del comportamiento en los pacientes que atienden, han mostrado posibilidades de realizar una valoración geriátrica integral, medidas periódicas del estado funcional, cognitivo, afectivo, comorbilidad médica, presencia de síntomas neuropsiquiátricos, actividades de cuidado y evaluación de la calidad de vida. Igualmente, se ha evienciado que dichas unidades pueden contribuir a disminuir el consumo de medicamentos psicotrópicos, y a cumplir con el tratamiento a base de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa.[63]

Tratamiento

Hay una serie de factores presentes en los ancianos con demencia que pueden exacerbar el deterioro cognitivo; a estos se debe prestar atención a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Entre estas condiciones están la depresión, los trastornos del sueño, el aislamiento, el maltrato, comorbilidad y las interacciones farmacológicas.[64]

Las intervenciones cognitivas han logrado mejorías en el desempeño cognitivo y funcional en diversos estudios. Debe promoverse la práctica del ejercicio físico dentro de las medidas no farmacológicas.[64]

En el tratamiento farmacológico se utilizarán pautas ya conocidas priorizando el uso de los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Este grupo farmacológico ha demostrado que mejora la cognición y la funcionalidad de pacientes con los principales tipos de demencias: Alzheimer, vascular y demencia por cuerpos de Lewy.[62]

Demencia avanzada

Actualmente, los principios de la medicina paliativa se han extendido por todo el mundo y cada día son más los profesionales que utilizan sus enseñanzas, desde que fue acuñado el término por el clínico canadiense Dr. Balfour Mount en 1975.[1] Sin embargo, continuan las dificultades en el reconocimiento del paciente demente como un caso terminal.[65] Muchos reciben tratamientos como pacientes hospitalizados, que han demostrado su contribución en el empobrecimiento del confort y la calidad de vida, sin influir en el pronóstico. La colocación de sondas nasogástricas, uso de antibióticos intravenosos e hidratación parenteral, son tan frecuentes como el mal manejo del dolor y los síntomas no dolorosos. Se necesita una reorganización de los recursos y capacitación del personal que, disminuyendo los costos del cuidado, brinde un tratamiento basado en estándares de calidad al anciano en esta fase de la enfermedad.

CONCLUSIONES

En este artículo se analizan algunos aspectos que influyen en la atención al paciente demente ubicado en residencias para ancianos. Se destacan aspectos como la utilización de instrumentos diagnósticos en la etapa inicial y progresivamente en la evaluación del paciente, la necesidad de incrementor la educación del equipo de atención, de individualizar el abordaje del paciente con un programa que enriquezca su vida diaria siguiendo un diseño ambiental, e implementar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de forma combinada. Aunque falta mucho por aprender, si se coloca el conocimiento atesorado actualmente en función del cuidado, puede mejorarse la calidad de la

atención y lo que es mucho más importante, la calidad de vida de este grupo creciente de enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams AM, Crooks VA, Whitfield K, Kelley ML, Richards JL, DeMiglio L, et al. Tracking the evolution of hospice palliative care in Canada: A comparative case study analysis of seven provinces. BMC Health Services Research. 2010;10:147

2. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin American, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. BMC Geriatrics. 2010;10:53

3. National Institute for Health and Clinical Excellence. The NICE-SCIE Supporting people with dementia and their cares in health and social care [Internet]. London: The British Psychological Society; 2007 [citado 26 Ene 2011]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG42Dementiafinal.pdf

4. Roca Socarrás AC, Blanco Torres K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. Corr Med Cient Holg [Revista en Internet]. 2007 [citado 10 Jun 2011];11(4 suppl 1):[aprox. 16p]. Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm

5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Demencias en Geriatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2009 [citado 10 Jun 2011]. Disponible en: http://www.segg.es/sites/default/files/noticia/Libro Demencias 2009 3.pdf

6. Powers BA, Watson NM. Meaning and practice of palliative care for nursing home residents with dementia at end of life. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2008;23(4):319-25

7. DiGiulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. J Palliat Med. 2008;11(7):1023-8

8. Reid RC. Quality of care and mortality among long- term care residents with dementia. CSP. 2008;35(1):49-71

9. King´s College London; London School of Economics; Alzheimers Society. Dementia UK. The full report [Internet]. London (UK): Alzheimers Society; 2007 [citado 10 Jun 2011]. Disponible en: http://alzheimers.org.uk/site/scripts/download.php?fileID=2

10. Beer C, Horner B, Almeida OP, Scherer S, Lautenschlager NT, Bretland N, et al. Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities. BMC Geriatrics. 2009;9:36

11. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia [Internet]. London: Alzheimers Disease International; 2010 [citado 17 Ene 2011]. Disponible en: http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf

12. Llibre RJ, Valhuerdi A, Sánchez II, Reyna C, Guerra MA, Copeland JRM, et al. The prevalence, correlates and impact of dementia in Cuba. Neuroepidemiology. 2008;31(4):243-51

13. Llibre Rodriguez JJ, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Otero M, et al. Prevalence of Dementia and Alzheimers Disease in a Havana Municipality: A community-based study among elderly residents. Medicc Rev. 2009;11(2):29-35

14. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Demográfico de Cuba [Internet]. Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2010 [citado 27 Ene 2011]. Disponible en: http://www.one.cu/anuariodemografico2010.htm

15. Luppa M, Luck T, Brähler E, König HH, Riedel Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;26(1):65-78

16. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993: p. 73-103

17. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly

(IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med. 1989;19(4):1015-22

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edithion. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994

19. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimers disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and the Human Service Task Force on Alzheimers Disease. Neurology. 1984;34(7):939-44

20. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, García JH, et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology. 1993;43(2):250-60

21. Roca Socarrás AC, Blanco Torres K, Baster Moro JC. Demencia asociada a la enfermedad por cuerpos difusos de Lewy. COCMED [Revista en Internet]. 2006 [citado 10 Jun 2011];10(2):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no102/n102rev1.htm

22. McKeith IG. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. Neurology. 2005;65(12):1863-72

23. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. The Lund and Manchester groups. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994;57(4):416-8

24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9

25. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSE profile and the Barthel index. Arch Phys Med Rehabil. 1979;60(4):145-54

26. Hugues CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatry. 1982;140:566-72

27. Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez V, Goñi Imizcoz M, Guerrero Díaz MT, López Merino P, et al. Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria [Internet]. España: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León; 2007 [citado 10 Jun 2011]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf

28. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MD, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139(9):1136-9

29. Carpenter GI, Hastie CL, Morris JN, Fries BE, Ankri J. Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. BMC Geriatr. 2006;6:7

30. British Pain Society and British Geriatric Society. Assessment of pain in older people [Monografía en Internet]. London (United Kingdom): British Pain Society and British Geriatric Society; 2007 [citado 10 Jun 2011]. Disponible en: http://www.bgs.org.uk/Publications/PublicationDownloads/Sep2007PainAssessment.pdf

31. Leong IY, Chong MS, Gibson SJ. The use of a self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. Age and Ageing. 2006;35(3):252-6

32. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state of the science review. J Pain Symptom Manage. 2006;31(2):170-92

33. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatri. 2006;6:3

34. Lorbach ER, Webster KE, Menz HB, Wittwer JE, Merory JR. Physiological fall risk assessment in older people with Alzheimers disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 2007;24(4):260-5

35. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: A propective study in older people. PLoS One. 2009;4(5):e5521

36. Podsiadlo D, Richardson S. The timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8

37. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. Gerontologist. 2008;48(4):442-52

38. Hamers JP, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraints use in nursing home residents, a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2009;46(2):248-55

39. Evans LK, Cotter VT. Avoiding restraints in patients with dementia. Am J Nursing. 2008;108(3):40-9

40. Sokol D. When is restraint appropriate?. BMJ. 2010;341:c4147

41. Dickstein DL, Walsh J, Brautigam H, Stockton SD, Gandy S, Hof PR. Role of vascular risk factors and vascular dysfunction in Alzheimers Disease. Mt Sinai J Med. 2010;77(1):82-102

42. Sonnesyn H, Nilsen DW, Rongue A, Nore S, Ballard C, Tysnes OB, et al. High prevalence of orthostatic hypotension in mild dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28:307-13

43. Irie F, Fitzpatrick AL, Lopez OL, Kuller LH, Peila R, Newman AB, et al. Enhanced risk for Alzheimer disease in persons with type 2 diabetes and APOE epsilon4: the Cardiovascular Health Study Cognition Study. Arch Neurol. 2008;65(1):89-93

44. Craft S. The role of metabolic disorders in Alzheimer's disease and vascular dementia: Two roads converged. Arch Neurol. 2009;66(3):300-5

45. Solomon A, Kivipelto M, Wolozin B, Zhou J, Whitmer RA. Midlife serum cholesterol and vascular dementia three decades later. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28(1):75-80

46. Luchsinger JA, Patel B, Tang MX, Schupf N, Mayeux R. Body mass index, dementia, and mortality in the elderly. J Nutr Health Aging. 2008;12(2):127-31

47. Brown WR, Moody DM, Thore CR, Anstrom JA, Challa VR. Microvascular changes in the white mater in dementia. J Neurol Sci. 2009;283(1-2):28-31

48. Melkas S, Oksala NKJ, Jokinen H, Pohjasvaara T, Vataja R, Oksala A, et al. Poststroke dementia predicts poor survival in long-term follow-up: influence of prestrike cognitive decline and previous stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(8):865-70

49. Zulli R, Nicosia F, Borroni B, Agosti C, Prometti P, Donati P, et al. Increased prevalence of silent myocardial ischaemia and severe ventricular arrhythmias in untreated patients with Alzheimers disease and mild cognitive impairment without overt coronary artery disease. Clin Neurol Neurosurg. 2008;110(8):791-6

50. Chaudhry SI, Wang Y, Gill TM, Krumholz HM. Geriatric conditions and subsequent mortality in older patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2010;55(4):309-16

51. Roe CM, Fitzpatrick AL, Xiong C, Sieh W, Kuller L, Miller JP, et al. Cancer linked to Alzheimer disease but not vascular dementia. Neurology. 2010;74(2):106-12

52. Peters R, Poulter R, Warner J, Beckett N, Burch L, Bulpitt C. Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. BMC Geriatrics. 2008;8:36

53. Murray AM. Cognitive impairment in the aging dyalisis and chronic kidney disease populations: an occult burden. Adv Chronic Kidney Dis. 2008;15(2):123-32

54. Crean S, Ward A, Mercaldi CJ, Collins JM, Cook MN, Baker NL, et al. Apolipoprotein E ε4 prevalence in Alzheimer's disease patients varies across global populations: A systematic literature review and meta-analysis. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011;31(1):20-30

55. Ligthart SA, van Charante EPM, van Gool WA, Richard E. Treatment of cardiovascular risk factors to prevent cognitive decline and dementia: a systematic review. Vasc Health and Risk Manag. 2010;6:775-85

56. Formiga F, Fort I, Robles MJ, Riu S, Rodríguez D, Sabartes O. Aspectos diferenciales de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer o con demencia vascular. Rev Neurol. 2008;46(2):72-6

57. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009

58. Roca Socarrás AC, Baster Moro JC, Cristo Núñez M, Rivas Aguilera M. Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria de salud. COCMED [Revista en Internet]. 2007 [citado 10 Jun 2011];11(4 suppl 1):[aprox. 21p]. Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev6.htm

59. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in the elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia. JAMA. 2010;304(4):443-51

60. Park JH, Lee SB, Lee TJ, Lee DY, Jhoo JH, Youn JC, et al. Depression in vascular dementia is quantitatively and qualitatively different from depression in Alzheimers disease. Dement Geriatr Cogn Disord. 2007;23(2):67-73

61. Ayuso T, Ederra MJ, Manubens JM, Nuin MA, Villar D, Zubicoa J. Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología [Internet]. España: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007 [citado 10 Jun 2011]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf

62. Hogan DB, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. CMAJ. 2008;179(10):1019-26

63. Samus QM, Mayer L, Baker A, McNabney M, Brandt J, Onyike CV, et al. Characteristics and outcomes for assisted living residents with dementia: Comparing dementia-specific care units with non-dementia-specific care units. J Am Geriatr Soc. 2008;56(7):1361-3

64. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, Belleville S, Joanette Y, Bocti C, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. CMAJ. 2008;178(10):1273-85

65. Torke A, Holtz LR, Hui S, Castelluccio P, Connor S, Eaton MA, et al. Palliative care for patients with dementia: A national survey. J Am Geriatr Soc. 2010;58(11):2114-21