



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de carácter profesional

VALORACIÓN y CUIDADOS de ENFERMERÍA en el PACIENTE con ENFERMEDAD de ALZHEIMER

Estudiante: Paniagua Mahillo, Elsa

Tutor: Cardoso Muñoz, Antonio Manuel

Salamanca, mayo 2019

A mi abuelo y a todas aquellas personas que como él luchan o han luchado contra esta enfermedad.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	3
4. DESARROLLO del TEMA	4
4.1. La ENFERMEDAD de ALZHEIMER	4
4.1.1. Historia y concepto de la Enfermedad de Alzheimer	4
4.1.2. Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer	4
4.1.3. Cuadro clínico	4
4.1.4. Criterios para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer	6
4.1.5. Valoración del deterioro cognoscitivo global, del estado funcional y del estado emocional.	7
4.1.6. Tratamiento	8
4.1.7. Prevención de las demencias	9
4.1.8. Importancia de Enfermería en la Enfermedad de Alzheimer	10
4.1.9. Cuidar al cuidador	10
4.2. VALORACIÓN y CUIDADOS de ENFERMERÍA en el PACIENTE con ENFERMEDAD de ALZHEIMER	12
5. CONCLUSIONES	26
6. BIBLIOGRAFÍA	27
7. ANEXOS	31

Listado de abreviaturas

ABVD:	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD:	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AP:	Atención Primaria
AVD:	Actividades de la Vida Diaria
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
DeCS:	Descriptores en Ciencias de la Salud
DSM:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
EA:	Enfermedad de Alzheimer
MEC:	Mini- Examen Cognoscitivo
MMSE:	Mini-Mental State Examination de Folstein
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
NOC:	Nursing Outcomes Classification
NIC:	Nursing Interventions Classification
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAE:	Proceso de Atención Enfermera

1. RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer es la **principal causa de demencia**. Es una enfermedad gravemente incapacitante para aquellos que la padecen, y suele ser devastadora para sus cuidadores y familiares. Supone un elevado costo económico, social y fundamentalmente humano. La Organización Mundial de la Salud reconoció a la demencia como “*una emergencia sanitaria en la salud pública*” y advierte que existen unos 50 millones de personas que padecen demencia en el mundo, registrando cada año cerca de 10 millones de casos nuevos, con una previsión de triplicarse para el año 2050 ⁽¹⁾.

Con este trabajo **pretendemos** dar a conocer la importancia de la enfermedad, así como también desarrollar una prevención primaria, modificando estilos de vida para eliminar factores de riesgo modificables e informar de cuáles son los primeros síntomas del Alzheimer con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz, y poner en marcha, lo más pronto posible, el tratamiento adecuado.

Por otro lado, destacar la **importancia del papel de Enfermería** tanto en la prevención primaria, como en el diagnóstico precoz y la función asistencial en cada una de las fases de la enfermedad. Atendiendo, no solo al paciente, sino incluyendo al cuidador principal y al resto de familia. A partir de los patrones funcionales alterados según el Modelo de Marjory Gordon y con la utilización de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) - NIC (Nursing Interventions Classification) - NOC (Nursing Outcomes Classification), hemos elaborado un plan de cuidados dirigido al paciente con Enfermedad de Alzheimer y a su cuidador principal o familia. En el Protocolo de Actuación Enfermera se ha determinado aquellos patrones funcionales alterados o con riesgo de estarlo, estableciendo unos objetivos deseados a conseguir por el paciente o familia a través de unas intervenciones enfermeras con el fin de disminuir al máximo las posibles complicaciones, y facilitar el bienestar y el cuidado del enfermo ⁽²⁾.

Palabras claves: “Demencia”, “Enfermedad de Alzheimer”, “Enfermería”, “Plan de Cuidados Enfermería”, “Modelo de Marjory Gordon”.

2. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia, y uno de los principales motivos de morbimortalidad en el paciente mayor ⁽³⁾.

La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾ como *“un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva. En la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores como la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.”* Supone una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.

La demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas. Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050 ⁽²⁾. La Confederación Española de Asociaciones de Familiares con Alzheimer y otras demencias (CEAFA) estima en 24 millones las personas con Alzheimer, con una previsión del doble para el año 2040, en España la cifra de afectados es de aproximadamente 600.000 ⁽⁴⁾.

En cuanto a la repercusión social y económica, los costos referidos a la atención prestada en la demencia a nivel mundial en 2015 se estimaron en 818 millones. Debido al aumento de prevalencia e incidencia y al impacto social, económico y humano, no solo en las personas que la padecen, sino también en sus cuidadores, sus familias y la sociedad en general, se considera a la demencia como una *“prioridad de salud pública”*, estableciendo en mayo de 2017, el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, que propone una serie de medidas como la sensibilización sobre la enfermedad, la reducción del riesgo, la investigación o el apoyo a los cuidadores ⁽¹⁾.

No existe tratamiento que pueda revertir la evolución de la EA, sin embargo, sí existen numerosas intervenciones para mejorar la vida de estos enfermos y sus familiares ⁽⁴⁾. En cuanto a los factores de riesgos y prevención primaria, observamos que la edad es el principal factor de riesgo no modificable. No obstante, se dan factores de riesgo modificables relacionados con el estilo de vida, como son la inactividad física, la obesidad, la diabetes, el consumo de tabaco y alcohol ⁽⁵⁾.

3. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es dar a conocer las necesidades y posibles dificultades de un paciente con Enfermedad de Alzheimer y de acuerdo a ello, elaborar un Plan de Actuación de Enfermería (PAE) que asegure una adecuada práctica asistencial con el fin de mejorar su calidad de vida.

Los **objetivos secundarios** tienen como propósito explicar las características básicas de la enfermedad, informar de las posibles complicaciones y facilitar la prevención primaria y secundaria, a través de promoción de estilos de vida saludable y de detección de signos precoces.

En cuanto a la **metodología**, para la realización de la *primera parte del trabajo* hemos realizado una **revisión bibliográfica no sistemática** siguiendo las recomendaciones de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) del año 2018 ⁽⁶⁾ y consultando las distintas fuentes: libros de Enfermería, revistas científicas, manuales de cuidados al paciente con EA, Guías de Práctica Clínica para la Enfermedad de Alzheimer, Guías de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria en la EA, Manual de Valoración de Patrones Funcionales.

Para la elaboración de la *segunda parte del trabajo*, la realización del PAE, nos hemos basado en los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, que focaliza su atención sobre 11 áreas con importancia para la salud en los individuos, familias o comunidades. Hemos utilizado una terminología común (taxonomía NANDA para los diagnósticos enfermeros, NIC para las intervenciones enfermeras y NOC para los resultados de Enfermería) ⁽²⁾.

4. DESARROLLO del TEMA

4.1. La ENFERMEDAD de ALZHEIMER

4.1.1. Historia y concepto de la Enfermedad de Alzheimer

Según la OMS ⁽¹⁾ la **demencia** es un síndrome, de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva. Afecta a la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. La **Enfermedad de Alzheimer**, es la forma más común de demencia, acapara entre un 60% y un 70% de los casos. *Alois Alzheimer*, neurólogo alemán, fue quién describió el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre. Tal como la describió, es un trastorno degenerativo cerebral en el que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de la proteína amiloide y aparecen lesiones características como son las placas seniles y los ovillos neurofibrilares ⁽⁴⁾.

4.1.2. Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer

Debido al aumento de la esperanza de vida y al consecutivo envejecimiento poblacional, se ha producido un incremento de aquellas enfermedades más frecuentes en edades avanzadas, como las demencias en general y la EA en particular ⁽⁴⁾.

La **prevalencia e incidencia** se incrementa a partir de los 65 años de forma exponencial y muestra un predominio del sexo femenino. Según el metaanálisis ⁽⁷⁾ “*La prevalencia e incidencia de la Enfermedad de Alzheimer en Europa*”, realizado en Octubre 2017, la **prevalencia** fue del 5,05% (3,31% en los hombres y 7,13 % en las mujeres), con tendencia creciente con el aumento de la edad. En cuanto a la **incidencia** en Europa fue de 11,08 por 1.000 personas-año, con la misma predisposición creciente por años.

4.1.3. Cuadro clínico

Los síntomas de la enfermedad están determinados por la forma de progresar las lesiones en el cerebro. La corteza cerebral, relacionada con la capacidad de pensamiento, planificación y recuerdo, es la primera área del cerebro que se ve afectada, al ser en ella donde se acumulan los depósitos de placa amiloide ⁽⁴⁾.

A grandes rasgos podríamos dividir dos grupos de síntomas:

- Los relacionadas con la **esfera cognoscitiva**, que incluyen el deterioro progresivo de la concentración, la memoria reciente y remota, la orientación, la praxia, la función del lenguaje, la ejecución psicomotora y las actividades de la vida diaria. Tiene lugar la “*Triada afasia-apraxia-agnosia*”⁽⁸⁾.
- Los relacionadas con la **esfera conductual**, que engloban alteraciones en la conducta, el afecto y síntomas psicóticos, en general en forma de delirios, alucinaciones, agresividad, agitación, depresión, ansiedad, desinhibición, alteraciones del sueño y de la conducta alimentaria⁽⁹⁾.

La EA es una enfermedad crónica, generalmente de larga evolución, en la que pueden distinguirse tres etapas⁽¹⁰⁾:

- La **primera etapa o etapa leve** se caracteriza por fallos de memoria, dificultad para encontrar las palabras adecuadas y problemas de concentración. Los afectados son conscientes de estas alteraciones y pueden aparecer episodios depresivos o cambios de personalidad.
- En la **segunda etapa o etapa modera** se suman trastornos del lenguaje y apraxias. Comienzan las limitaciones de las actividades de la vida diaria (AVD), pierden autonomía y la memoria se ve fuertemente afectada. Pueden darse también trastornos de conducta como intranquilidad y temperamento impredecible. Requieren un nivel más alto de cuidados.
- Por último, en la **tercera etapa o etapa severa** de la enfermedad, el paciente sufre una gran debilidad, suele ser incontinente y padecer inmovilismo, es incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y requiere cuidados continuos. En esta última etapa son numerosos los pacientes que quedan incapacitados, postrados en cama.

Los límites entre las etapas son ambiguos, pero esta división puede facilitar el reconocimiento de la evolución de la enfermedad.

4.1.4. Criterios para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer

Las demencias se diagnostican de una forma fundamentalmente **clínica**, siguiendo generalmente los siguientes pasos ⁽⁴⁾:

- Amplia **anamnesis** que permita obtener información sobre cambios en las capacidades intelectuales: memoria, lenguaje y cálculo. Valoración de síntomas depresivos, cambios de personalidad, agresividad, etc.
- **Antecedentes personales** como enfermedades de base que puedan interferir en las competencias intelectuales (hipertensión, diabetes, traumatismos craneales, etc.), enfermedades psiquiátricas y consumo de tóxicos o fármacos que puedan afectar a las capacidades mentales.
- **Antecedentes familiares.** Existencia de historia familiar de demencia.
- **Evaluación** a través de la exploración física general, neurológica (búsqueda de alteraciones en la fuerza, sensibilidad o coordinación entre otros), neuropsicológica (evaluación de la capacidad intelectual mediante test breves como el *Minimental Test o MMSSE de Folstein*), conductual (escalas para valorar síntomas de depresión y ansiedad) y funcional (valoración de lo que el paciente es capaz de hacer a través de las *AVD*).

Existen **pruebas complementarias** para el diagnóstico como son las analíticas, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, entre otras. La EA se clasifica en tres criterios: posible, probable y definida o segura. El diagnóstico de enfermedad segura solo es válido con la confirmación de una muestra de cerebro, no realizable en vida. Por tanto, el mayor grado de certeza diagnóstica posible en vida es el de probable ⁽⁴⁾.

Se utilizan una serie de **sistemas de clasificación** que permiten catalogar los trastornos mentales con el objetivo de unificar criterios diagnósticos. Entre ellos encontramos el *DSM IV* (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su cuarta edición) (*Tabla 1*) y *CIE 10* (Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición).

<p>A. Desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos manifestados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la memoria (aprender nueva información o recordarla) 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: <ul style="list-style-type: none"> • Afasia • Apraxia • Agnosia • Alteración de funciones ejecutivas <p>B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.</p> <p>C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.</p> <p>D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otras enfermedades del sistema nervioso central que puedan provocar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (p. ej., enfermedad cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington). - Enfermedades sistémicas que puedan ocasionar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA) - Efectos del consumo e sustancia, intoxicaciones. <p>E. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.</p> <p>F. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.</p>

Tabla 1: Criterios Diagnósticos según la DSM IV⁽¹¹⁾.

4.1.5. Valoración del deterioro cognoscitivo global, del estado funcional y del estado emocional.

El Equipo de Atención Primaria tiene un papel primordial en el diagnóstico precoz de las demencias en general, y de la EA en concreto, ya que la Atención Primaria (AP) es el ámbito más próximo y accesible al ciudadano; los profesionales de Enfermería poseen una perspectiva longitudinal del paciente que es fundamental para la detección precoz de estas enfermedades.

Se recomienda la aplicación de **escalas y test de cribados** en los ancianos mayores de 75 años, en los mayores de 65 años institucionalizados y en aquellos otros que, independientemente de la edad, tengan limitaciones en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) ⁽¹²⁾ .

Los profesionales de AP, deben realizar una evaluación sistemática de las áreas cognitivas afectadas en el Alzheimer, para lo cual utilizan una serie de test cognitivo breve como el *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo* y el *Test de Pfeiffer* ⁽¹³⁾ (*Anexo I*); evalúan la capacidad funcional del paciente para realizar las ABVD y las AIVD a través del *Índice de*

Barthel, Índice de Katz e Índice de Lawton y Brody ⁽¹³⁾ (*Anexo II*); así como también, examinan la marcha, el equilibrio y riesgo de caídas mediante el uso de la *Escala FAC*, el *Test “Levántese y ande”* y la *Escala Tinetti* ⁽¹³⁾ (*Anexo III*). Sin olvidar la evaluación del estado emocional empleando la *Escala de depresión de Hamilton* ⁽¹⁴⁾ y la *Escala de Yesavage* ⁽¹⁵⁾ para la depresión geriátrica (*Anexo IV*).

4.1.6. Tratamiento

Actualmente la Enfermedad de Alzheimer no tiene curación, pero sí posee un tratamiento específico para intentar controlar y mejorar algunas de las alteraciones que genera. El plan terapéutico debe contar con medidas farmacológicas, si fuera necesario, e intervenciones no farmacológicas, en las que se incluyen técnicas y terapias cognitivas, conductuales y afectivas. Este debe ser individualizado, adaptado a las características del paciente y revisado periódicamente ⁽⁴⁾.

- **Tratamiento farmacológico**

Existen dos grupos de fármacos utilizados en la EA:

1.- Fármacos anticolinesterásicos:

Son fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa, evitan la degradación de la acetilcolina, neurotransmisor que se ve más afectado en la enfermedad. Se sabe que existe correlación directa entre el déficit colinérgico cerebral y el deterioro cognitivo. Los fármacos recomendados con un nivel de evidencia clase I son donepecilo, rivastigmina y galantamina. Los efectos adversos que pueden ocasionar son: náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, insomnio, síncope y bradicardia. Pueden, también, exacerbar o inducir síntomas extrapiramidales ⁽¹⁶⁾.

2.- Moduladores de la transmisión glutamatérgica

La memantina es un antagonista de receptor N-metil D aspartato no competitivo. Actúa sobre la vía del glutamato implicada en los procesos de aprendizaje y memoria, y en la neurodegeneración, ya que una actividad glutamérgica excesiva tiene efectos neurotóxicos. Las reacciones adversas más frecuentes son la confusión, cefalea, mareo y alucinaciones ⁽¹⁶⁾.

- **Tratamiento no farmacológico**

Los tratamientos no farmacológicos son beneficiosos para la mejora del bienestar del paciente, reducen el impacto de la enfermedad y enlentecen su curso, controlan tanto la conducta como la aparición de complicaciones. Buscan aumentar la calidad de vida de las personas afectadas y la de sus familiares ⁽¹⁷⁾.

Según la CEAFA las terapias no farmacológicas más empleadas son las siguientes ⁽⁴⁾:

- **Estimulación cognitiva:** engloba las actuaciones dirigidas a mantener o retrasar el deterioro de las capacidades y funciones a través de ejercicios, prácticas y actividades concretas.
- **Actividades de la Vida Diaria:** fomentan el mantenimiento de las capacidades funcionales y autonomía personal. Favorecen el retraso de la dependencia.
- **Gerontogimnasia:** gimnasia adaptada que pretende mantener y/o mejorar el estado físico. Busca conservar la autonomía el máximo tiempo posible y contrarrestar el deterioro provocado por la enfermedad.
- **Arteterapia:** fomenta el área cognitiva por medio de las actividades manuales con el fin de ralentizar el deterioro cognitivo.
- **Musicoterapia:** estimulación de la memoria mediante el uso de la música al estar unida a emociones y recuerdos pasados.

4.1.7. Prevención de las demencias

Se sabe que existen una serie de factores de riesgos que predisponen a padecer la EA. Estos pueden ser divididos en factores de riesgo modificable y no modificable (*Tabla 2*).

Para intentar reducir el número de nuevos casos de demencia debe realizarse una estrategia poblacional, dado que todas las personas están expuestas al envejecimiento y por tanto, a la posibilidad de padecer la enfermedad, al ser la edad el factor de riesgo fundamental. Por tanto, para disminuir la incidencia y su posible aparición prematura se debe realizar una **prevención primaria** basada en ⁽¹⁸⁾:

- 1.- Evitar los factores de riesgo modificables.

2.- Aconsejar un estilo de vida saludable a través de la actividad física e intelectual y una dieta equilibrada.

<i>Factores de riesgo no modificables</i>	<i>Factores de riesgo modificables</i>
Edad avanzada (principal factor de riesgo).	HTA.
Sexo femenino.	Colesterol total elevado, dislipemia, DM tipo 2 y obesidad.
Historia familiar de demencia.	Consumo de alcohol y hábito tabáquico.
Genética: presencia del alelo de la Apolipoproteína E (APOE) y APOE4.	Complicaciones posteriores a accidente cerebro vascular.
	Depresión y bajo nivel educativo.

Tabla 2: Factores de riesgo modificables y no modificables ⁽⁵⁾.

Esta prevención primaria debe ir seguida de una **prevención secundaria** eficaz y de calidad, para detectar de forma precoz posibles casos de EA. El diagnóstico precoz permite iniciar el tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, en las primeras etapas de la enfermedad, fundamental para retrasar la aparición de los síntomas ⁽⁴⁾.

4.1.8. Importancia de Enfermería en la Enfermedad de Alzheimer

Las intervenciones autónomas de Enfermería son fundamentales para garantizar la satisfacción de las necesidades tanto de la persona con EA como de su entorno. Los profesionales de Enfermería tienen una perspectiva global del paciente, atendiendo a la esfera biológica, psicológica y social.

El objetivo final será conseguir la mayor autonomía y calidad de vida posible del enfermo y sus familiares. Así como ofrecerles intervenciones de calidad en los cuidados de Enfermería, estimulación, apoyo, enseñanza y asesoramiento durante todo el proceso ⁽¹⁹⁾.

4.1.9. Cuidar al cuidador

La pérdida de autonomía del paciente con Alzheimer requiere de cuidados y supervisión continuos, que suelen recaer en los familiares, especialmente sobre la persona que asume el rol de cuidador primario. Los cuidados que se otorgan a estos

pacientes suelen ser de larga duración y elevada intensidad, originando la sobrecarga del cuidador principal. El **nivel de sobrecarga** del cuidador depende de varios factores como el tiempo de evolución de la enfermedad, la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de recursos y sistemas de apoyo y, por último, las características personales individuales ⁽²⁰⁾.

Existen numerosos instrumentos para evaluar la sobrecarga del cuidador principal, actualmente el más utilizado es el *Cuestionario de Zarit*. Se trata de un cuestionario que mide los efectos negativos sobre el cuidador, teniendo en cuenta los aspectos de salud física y psicológica, las actividades sociales y los recursos económicos (*Anexo V, VI*) ⁽²¹⁾.

Entre las **alteraciones fisiológicas** que pueden sufrir los cuidadores de enfermos de Alzheimer encontramos las siguientes: disminución del sistema inmunológico, alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, osteomusculares y dolores asociados. En relación a las **alteraciones psicológicas**, pueden sufrir depresión, ansiedad, conflictos familiares y finalmente agresividad ⁽²²⁾.

Por lo tanto, el **trabajo de los profesionales de Enfermería** debe tener un doble enfoque de la enfermedad: el paciente y el cuidador principal. Es necesario adquirir un nivel de compromiso para evitar situaciones de abandono asistencial, así como ayudar a los cuidadores a sobrellevar dignamente el cuidado de su familiar enfermo y facilitar la elaboración de los duelos ^(19, 23).

Es fundamental, en la **actuación asistencial**, para lograr un cuidado óptimo y asegurar el bienestar físico y psicológico del enfermo y del cuidador principal, la anticipación a los problemas, la evaluación de la sobrecarga del cuidador principal, aportar compromiso y facilitar el contacto familiar, con las Asociaciones de Familiares de Alzheimer, con los recursos sociales y/o sanitarios ^(19, 23).

4.2. VALORACIÓN y CUIDADOS de ENFERMERÍA en el PACIENTE con ENFERMEDAD de ALZHEIMER

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados e integrales. Es un juicio clínico en el cual se interpreta y analiza una serie de observaciones, y propone un plan de acción al respecto ⁽²⁴⁾. Consta de cinco etapas correlativas y relacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para su utilización es fundamental el empleo de un modelo de cuidados enfermeros y el manejo de los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC ⁽²⁵⁾.

Para la primera etapa del PAE, la **valoración enfermera**, hemos optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (*Tabla 3*) dado que permiten tener una visión integral del paciente, abarcando las esferas más importantes afectadas en la EA como son la cognitiva, funcional, emocional, y social.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
Patrón 2: Nutricional - metabólico
Patrón 3: Eliminación
Patrón 4: Actividad - ejercicio
Patrón 5: Sueño - descanso
Patrón 6: Cognitivo - perceptual
Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
Patrón 8: Rol - relaciones
Patrón 9: Sexualidad - reproducción
Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
Patrón 11: Valores - creencias

Tabla 3: 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon ⁽²⁶⁾.

En esta *primera fase* se procede a la **recogida de datos** valorando los 11 patrones funcionales de forma directa, a través de la entrevista, la observación y la exploración física del paciente o de manera indirecta a través de informes previos, historia clínica, etc. Se realiza la validación o verificación de los datos y la organización de estos agrupándolos por patrones funcionales. De esta forma, en la *segunda etapa* del proceso, se elabora el **diagnóstico enfermero** (diagnóstico real o diagnóstico de riesgo) proporcionando la base para que en la *tercera etapa* (**planificación**) se proceda a la selección de las intervenciones enfermeras destinadas

a lograr los objetivos marcados. En la *cuarta etapa* se ejecutan **las intervenciones enfermeras** planificadas para lograr los objetivos establecidos. *La quinta*, y última etapa, es de **evaluación** de cada una de las etapas descrita, y se determina el cumplimiento o no de los objetivos y la decisión de introducir algún cambio en el Plan de Cuidados ⁽²⁶⁾.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

En la fase inicial de la enfermedad este patrón podría no verse afectado. El paciente con EA leve puede tener dificultad a la hora de recordar eventos o acciones, como la toma de medicación. Según avanza la enfermedad, sufrirá alteraciones debido a la pérdida de autonomía. El paciente en fase moderada y severa tendrá dificultades para realizar por sí mismo su cuidado personal, también se verá obstaculizado el cumplimiento del tratamiento. Además, aumentará exponencialmente el riesgo de caídas y posibles traumatismos, por lo que será fundamental crear un ambiente seguro para prevenir situaciones peligrosas y estresantes. El enfermo en fase terminal será totalmente dependiente, necesitando de cuidados continuos ⁽⁴⁾.

Diagnósticos NANDA: [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud

Objetivos NOC:

- [1823] *Conocimiento: fomento de la salud*
- [1602] *Conducta de fomento de la salud*

Intervenciones NIC:

- [5510] *Educación para la salud*: determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo y/ o familiares. Formular los objetivos del Programa de Educación para la salud.
- [6610] *Identificación de riesgos*: identificar los riesgos y planificar la reducción de estos. Determinar la disponibilidad y calidad de recursos.

Diagnóstico NANDA: [00155] Riesgo de caídas

Objetivos NOC:

- [1909] *Conducta de prevención de caídas*.
- [1910] *Conducta de Seguridad: ambiente seguro del Hogar*.

Intervenciones NIC:

- [6490] *Prevención de caídas*: controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en el acto de deambular. Ayudar a deambular a las personas inestables.
- [6486] *Manejo ambiental: seguridad*. Modificar el ambiente para reducir los riesgos y peligros. Instalar dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del ambiente (barandillas, taburetes).

Diagnóstico NANDA: [00043] Protección ineficaz

Objetivos NOC:

- [1902] *Control del riesgo*

Intervenciones NIC:

- [6486] *Manejo ambiental: seguridad*. Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente y eliminar o modificarlos cuando sea posible. Utilizar dispositivos adaptativos y de protección para aumentar la seguridad.

Patrón 2: Nutricional - metabólico

La relación entre el estado nutricional y el deterioro cognitivo es recíproco. La malnutrición se relaciona con el aumento de los trastornos conductuales, y empeoramiento de las capacidades cognitivas y funcionales. Además, el adelgazamiento progresivo no deseado produce empeoramiento funcional, aumentando el riesgo de caídas y úlceras por presión ⁽²⁷⁾.

Los trastornos del comportamiento alimentario aparecen desde muy pronto, y aumentan y evolucionan a lo largo de la enfermedad. Se produce dificultad para reconocer los alimentos, uso incorrecto de los cubiertos y la no apertura de la boca entorpeciendo así la autoalimentación del paciente. El paciente se vuelve completamente dependiente del cuidador principal. Con la evolución de la enfermedad se dificulta la masticación e inactividad del reflejo de deglución aumentando el riesgo de atragantamiento y de aspiración.

La disfagia suele aparecer en la fase moderada, agravándose según evoluciona la enfermedad. Puede llegar a ser completa tanto para alimentos líquidos como sólidos. En ocasiones, se hace necesario el uso de nutrición enteral.

Los pacientes con demencia alteran su dieta y se han hallado déficits vitamínicos que deben ser resueltos con una dieta adecuada y, según qué casos, con aportes extra mediante suplementos ^(4,27).

Diagnóstico NANDA: [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Objetivos NOC:

- [1008] *Estado Nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.*

Intervenciones NIC:

- [1100] *Manejo de la nutrición:* determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- [1050] *Alimentación:* mantener al enfermo sentado y con la inclinación de la cabeza correcta para favorecer la deglución. Realizar la higiene bucal después de comer.

Diagnóstico NANDA: [00102] Déficit de autocuidado: alimentación

Objetivos NOC:

- [0303] *Autocuidados: comer*

Intervenciones NIC:

- [1803] *Ayuda con los autocuidados: alimentación.* Colocar al paciente en una posición cómoda. Proporcionarle ayuda física si lo requiere.
- [1860] *Terapia de deglución:* retirar los factores de distracción del ambiente antes de ejercitar con el paciente la deglución. Proporcionar dispositivos de ayuda en la alimentación. Observar si hay signos o síntomas de aspiración.

Diagnóstico NANDA: [00039] Riesgo de aspiración

Objetivos NOC:

- [1010] *Estado de deglución*

Intervenciones NIC:

- [3200] *Precauciones para evitar la aspiración:* vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Evaluar la presencia de disfagia. Mantener lo más incorporado posible y

prolongar la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.

- [1056] *Alimentación enteral por sonda*: preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en su domicilio. Cerciorarse de la correcta colocación de la sonda y, su anclaje y fijación a la piel. Mantener el cabecero de la cama 30-45 ° durante la alimentación.

Diagnóstico NANDA: [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Objetivos NOC:

- [1101] *Integridad tisular: piel y membranas*.

Intervenciones NIC:

- [610] *Cuidados de la incontinencia urinaria* / [410] *Cuidados de la incontinencia intestinal*: eliminar la causa de la incontinencia si es posible. Proteger la piel de la humedad ya sea de orina, heces o sudor mediante cremas antihumedad. Mantener la cama y ropa limpias. Vigilar la piel por si aparecieran úlceras por presión o infecciones.
- [1750] *Cuidados perineales*: mantener el periné limpio y seco. Aplicar barrera protectora si fuera necesario.
- [3500] *Manejo de presiones*: realizar cambios de la carga corporal. Vestir al paciente con prendas no ajustadas. Uso de colchón o cama terapéutica. Utilizar taloneras y coderas si fueran necesarias.
- [3590] *Vigilancia de la piel*: observar si existiera enrojecimiento, calor, edema y ulceraciones. Identificar las posibles zonas de presión e instaurar medidas para evitar mayor deterioro. Enseñar al cuidador a identificar los signos de pérdida de integridad de la piel.

Patrón 3: Eliminación

La incontinencia urinaria aumenta el riesgo de úlceras por presión, infecciones, sepsis, caídas, alteraciones del sueño y problemas dermatológicos. La persona con EA tiene más riesgo de padecer insuficiencia urinaria debido al deterioro cognitivo, funcional, y psicosocial asociado a su enfermedad. El estreñimiento es otra de las alteraciones frecuentes, se asocia fundamentalmente a la inmovilidad, deshidratación, escaso consumo de fibra y uso medicamentos, entre otros.

Diagnóstico NANDA: [00015] Riesgo de estreñimiento

Objetivos NOC:

- [0501] *Eliminación intestinal*
- [0204] *Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas*

Intervenciones NIC:

- [430] *Control intestinal*: vigilar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- [0450] *Manejo del estreñimiento/ impactación fecal*: identificar los factores que pueden ser causa del estreñimiento. Instruir al paciente o familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento.

Diagnóstico NANDA: [00016] Deterioro de la eliminación urinaria

Objetivos NOC:

- [0503] *Eliminación urinaria*

Intervenciones NIC:

- [0590] *Manejo de la eliminación urinaria*: controlar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. Enseñar a la familia a realizar el registro de la diuresis. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

Patrón 4: Actividad - ejercicio

Describe la capacidad de actividad, ejercicio, ocio y recreación. Pretende conocer el nivel de autonomía del paciente para la realización de las actividades de la vida diaria que requieran de consumo de energía ⁽²⁵⁾.

En etapas iniciales el paciente mantiene la independencia en las AVD. Según evoluciona la enfermedad su autonomía se ve disminuida, afectando a la marcha, el equilibrio y la bipedestación. Aumenta el riesgo de caídas y complicaciones asociadas a ellas. Es común, en las personas con Alzheimer, la deambulación, y la consiguiente amenaza de que se pierdan, sufran lesión grave, o en el peor de los casos, fallezcan. En la fase terminal es frecuente el encamamiento.

Enfermería debe prevenir las complicaciones en cada fase de la enfermedad y retrasar al máximo posible la inmovilización. Para su valoración contamos con instrumentos como el *Índice de Barthel* (ABVD) y el *Índice de Lawton y Brody* (AIVD) ⁽¹³⁾.

Diagnóstico NANDA: [00085] Deterioro de la movilidad física

Objetivos NOC:

- [0200] *Ambular* / [0222] *Marcha* / [0208] *Movilidad*.

Intervenciones NIC:

- [221] *Terapia de ejercicios: ambulación*. Proporcionar un dispositivo de ayuda para deambular si el paciente tiene inestabilidad. Colaborar con el fisioterapeuta.
- [1800] *Ayuda con el autocuidado*: estimular la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción. Disponer al paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal.

Diagnóstico NANDA: [0040] Riesgo de síndrome de desuso

Objetivos NOC:

- [0204] *Consecuencias de la inmovilidad. Fisiológicas*

Intervenciones NIC:

- [0740] *Cuidados del paciente encamado*: utilizar cama o colchón terapéutico adecuado. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. Cambios posturales.

Diagnóstico NANDA: [00154] Vagabundeo

Objetivos NOC:

- [1926] *Deambulaci3n segura*
- [1919] *Fugas*

Intervenciones NIC:

- [6460] *Manejo de la demencia*: proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria. Facilitar un espacio para paseos seguros. Utilizar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar al paciente a localizar las distintas habitaciones.

- [6470] *Precauciones contra fugas* / [6486] *Manejo ambiental: seguridad*. Supervisión y control del paciente. Detectar de forma precoz indicios de fuga potencial. Ofrecer al paciente un entorno seguro y cómodo.

Patrón 5: Sueño - descanso

El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes en las personas con Alzheimer. Además, suele asociarse frecuentemente el miedo, la angustia, y la agitación nocturna con la somnolencia diurna. Los problemas de sueño suelen generar nerviosismo, irritabilidad, decaimiento y temperamento emocionable. Estas molestias pueden deberse a un número insuficiente de horas de descanso, o a una mala calidad del sueño. Dicho trastorno del ritmo sueño-vigilia produce la sobrecarga del cuidador y del resto de la familia al no permitir el descanso nocturno ⁽²⁸⁾.

Diagnóstico NANDA: [00198] Trastorno del patrón del sueño

Objetivos NOC:

- [004] *Sueño*

Intervenciones NIC:

- [1850] *Mejorar el sueño*: ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día ofreciendo una actividad que favorezca la vigilia. Ajustar el ambiente y realizar técnicas para favorecer el sueño.
- [6482] *Manejo ambiental: confort*. Ajustar la iluminación y la temperatura para asegurar un ambiente cómodo y tranquilo. Evitar interrupciones y permitir periodos de reposo.

Diagnóstico NANDA: [00095] Insomnio

Objetivos NOC:

- [1211] *Nivel de ansiedad* / [1212] *Nivel de estrés* / [1210] *Nivel de miedo*.

Intervenciones NIC:

- [5820] *Disminución de la ansiedad* / [5270] *Apoyo emocional*: permanecer, y animar a la familia a estar con el paciente, para promover la seguridad y reducir el miedo. Escuchar con atención, y tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante. Observar si existieran signos verbales y no verbales de ansiedad.

Patrón 6: Cognitivo - perceptual

En la EA este patrón se ve altamente alterado por la pérdida progresiva de neuronas y de sus terminaciones que ocasionan los problemas cognitivos, en relación a funciones intelectuales como la memoria, el razonamiento y el lenguaje. Según avanza la enfermedad estos síntomas se hacen más notables. En etapas tempranas de la enfermedad el paciente presenta dificultad para recordar sucesos recientes, así como para encontrar las palabras adecuadas; con el progreso de la enfermedad, presenta desorientación temporoespacial, afasias y agnosias, y una pérdida progresiva de la memoria que finaliza, en la fase terminal, con el olvido de todo recuerdo e información. Se acompaña de lenguaje incomprensible o mutismo ⁽⁴⁾

Diagnóstico NANDA: [00131] Deterioro de la memoria

Objetivos NOC:

- [0908] *Memoria*
- [0900] *Cognición*

Intervenciones NIC:

- [4760] *Entrenamiento de la memoria*: realizar técnicas de memoria como juegos de memoria, listas, utilización de etiquetas o repaso de la información.
- [4720] *Estimulación cognitiva*: estimular la memoria reforzando o repitiendo la información. Presentar la información en pequeñas y concretas dosis. Proporcionar un calendario y orientar con respecto al tiempo, lugar y persona. Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- [6460] *Manejo de la demencia*: incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados. Proporcionar un ambiente físico estable y seguro, y una rutina diaria. Evitar situaciones extrañas y estresantes.

Diagnóstico NANDA: [00173] Riesgo de confusión aguda

Objetivos NOC:

- [0901] *Orientación cognitiva*

Intervenciones NIC:

- [4820] *Orientación de la realidad*: interactuar con el paciente, dirigirse a él por su nombre, de manera calmada y sin prisas. Evitar frustrar al paciente con demandas que no pueda realizar.

Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Siguiendo la Pirámide de Necesidades de Maslow, la necesidad de autoestima se ve afectada por la enfermedad desde el principio, sobre todo a lo que se refiere a su amor propio y su autovaloración ⁽⁴⁾. En etapas iniciales, los pacientes con EA son conscientes de sus fallos de memoria, generando estrés, miedos, depresión y baja autoestima ⁽¹⁰⁾. Por lo que es muy importante que Enfermería insista a los familiares en la importancia de demostrar afecto, comprensión y cariño, además de permitir y potenciar la autonomía del paciente. Se utilizan para la valoración de la ansiedad y depresión, las escalas *Goldberg* y *Yesavage* ⁽¹⁵⁾.

Diagnóstico NANDA: [00119] Baja autoestima crónica

Objetivos NOC:

- [1205] *Autoestima*

Intervenciones NIC:

- [5270] *Apoyo emocional*: animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Permanecer con el paciente proporcionándole sentimientos de seguridad, ayuda y apoyo. Mostrar empatía y cercanía.
- [5400] *Potenciación de la autoestima*: determinar la confianza del paciente en su propio criterio. Reforzar los puntos fuertes del paciente y sus logros.

Diagnóstico NANDA: [00146] Ansiedad

Objetivos NOC:

- [1211] *Nivel de Ansiedad*

Intervenciones NIC:

- [5820] *Disminución de la ansiedad*: permanecer con el paciente, y animar a la familia a ello. Crear un entorno tranquilo y de confianza. Evitar los desencadenantes ambientales como ruidos y objetos brillantes.

Diagnóstico NANDA: [00124] Desesperanza

Objetivos NOC:

- [1201] *Esperanza*
- [0006] *Energía psicomotora*
- [1300] *Aceptación: estado de salud*

Intervenciones NIC:

- [5530] *Control del estado de ánimo*: relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y ofrecerle la oportunidad de hablar de sus sentimientos. Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales.
- [5270] *Apoyo emocional*: animar al paciente a que exprese sus sentimientos. Dar muestra de afecto, abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- [5440] *Aumentar los sistemas de apoyo*: observar la situación familiar y la red de apoyo. Implicar a la familia en los cuidados y la planificación.

Patrón 8: Rol - relaciones

La EA conlleva un deterioro cognitivo que afecta a la ejecución de las AVD. Las actividades avanzadas son las que primero se pierden, dificultando e impidiendo desarrollar un trabajo, organizar o planificar eventos, entre otras. Posteriormente, con el avance de la enfermedad, se verán afectadas las AIVD como son el uso de herramientas o instrumentos (cocinar, gestión del dinero, cuidado de animales) y finalmente, en las fases avanzada, las ABVD donde se incluyen la higiene, alimentación, movilidad, etc.

Por lo que la aparición de un caso de Alzheimer en el seno familiar supone tener que redefinir roles, tareas, modificar expectativas, asumir alteraciones en las relaciones y responder a situaciones, a menudo, difíciles y no siempre de forma favorable. Los profesionales de la salud, y concretamente Enfermería, son responsables de proporcionar una atención no sólo al enfermo y al cuidador principal, sino a toda la unidad familiar. Los profesionales de Enfermería deben brindar apoyo moral, asesoramiento e información de los recursos que puedan facilitar el cuidado del enfermo ⁽²⁹⁾.

Diagnóstico NANDA: [00051] Deterioro de la comunicación verbal

Objetivos NOC:

- [0903] *Comunicación expresiva* / [0904] *Comunicación receptiva*

Intervenciones NIC:

- [4920] *Escucha activa*: utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. Prestar atención al tono, volumen y entonación de la voz. Verificar la comprensión del mensaje.

Diagnóstico NANDA: [00055] Desempeño inefectivo del rol

Objetivos NOC:

- [1302] *Afrontamiento de problemas*
- [2205] *Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos*

Intervenciones NIC:

- [5230] *Mejorar el afrontamiento*: valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. Proporcionar un ambiente de aceptación. Animar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- [7040] *Apoyo al cuidador principal*: determinar la aceptación del cuidador de su papel y sus conocimientos. Admitir las dificultades que conlleva. Permitir las expresiones de emoción negativa, pero, a la vez, animar al cuidador a que siga asumiendo su responsabilidad. Identificar de manera precoz indicios de estrés, y enseñar técnicas de manejo de este. Informar al cuidador sobre los recursos existentes.

Patrón 9: Sexualidad - reproducción

La persona con Alzheimer sufre, en la mayoría de los casos, una disminución del deseo y de la actividad sexual. La apatía también se extiende a la sexualidad. Por otra parte, la desorientación y desinhibición social pueden hacer que manifieste las necesidades sexuales en lugares inapropiados.

Diagnóstico NANDA: [00065] Patrón sexual ineficaz

Objetivos NOC:

- [1207] *Identidad Sexual*

Intervenciones NIC:

- [4356] *Manejo de la conducta: sexual*. Identificar las conductas sexuales inaceptables. Comentar con el paciente las formas aceptables de realización

de las necesidades sexuales individuales en privado. Proporcionar supervisión para controlar al paciente. Ayudar a la familia en la comprensión y manejo de las conductas sexuales inaceptables.

- [5248] *Asesoramiento sexual*: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y preguntas. Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual y las expresiones sexuales aceptables.

Patrón 10: Afrontamiento - tolerancia al estrés

Tanto los enfermos de Alzheimer como sus cuidadores suelen padecer estrés y ansiedad, generada por los cambios que tienen lugar en el transcurso de la Enfermedad, las situaciones inesperadas y las complicaciones ocasionadas. Es por ello, que necesitan de la intervención enfermera para el desarrollo de técnicas de aprendizaje en la relación enfermo-cuidador, en el manejo del estrés, y la proporción de apoyo emocional.

Diagnóstico NANDA: [00069] Afrontamiento ineficaz

Objetivos NOC:

- [1302] *Afrontamiento de problemas*
- [0906] *Toma de decisiones*

Intervenciones NIC:

- [5230] *Mejorar el afrontamiento*: ayudar al paciente a determinar los recursos disponibles para lograr los objetivos. Facilitar un ambiente de aceptación. Aportar información objetiva sobre su enfermedad.
- [5250] *Apoyo en la toma de decisiones*: facilitar la toma de decisiones en colaboración. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. Servir de enlace entre el paciente y la familia.

Diagnóstico NANDA: [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo

Objetivos NOC:

- [1204] *Equilibrio emocional*
- [1309] *Resiliencia personal*

Intervenciones NIC

- [5330] *Control del estado de ánimo*: evaluar el estado de ánimo con regularidad, tanto el del paciente con el de la familia. Enseñar técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- [8340] *Fomentar la resiliencia*: favorecer el apoyo, cohesión y comunicación familiar. Fomentar que la familia valore los logros alcanzados.

Patrón 11: Valores - creencias

Describe los valores, objetivos y creencias que guían las decisiones y opciones vitales del individuo ⁽²⁵⁾. Cuando el paciente con EA sea incapaz de tomar sus propias decisiones acerca de los tratamientos o intervenciones, el familiar o cuidador primario debe elegirlos teniendo en cuenta que los valores y creencias del enfermo sean los que estén guiando su decisión, y no las suyas propias.

Diagnóstico NANDA: [00067] Riesgo de sufrimiento espiritual

Objetivos NOC:

- [2001] *Salud espiritual*

Intervenciones NIC:

- [5420] *Apoyo espiritual*: utilizar herramientas para evaluar el bienestar espiritual del paciente. Tratar al individuo con dignidad y respeto. Facilitar la asistencia de recursos espirituales si lo desea. Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.

Diagnóstico NANDA: [00185] Disposición para mejorar la esperanza

Objetivos NOC:

- [1701] *Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar*

Intervenciones NIC:

- [5480] *Clarificación de valores*: tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección. Clarificar los valores del paciente. Animar al paciente a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida. Ayudarle a priorizar los valores. Comunicar los valores propios del paciente a los demás.

5. CONCLUSIONES

1. La Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, convirtiéndose en uno de los principales motivos de discapacidad y dependencia en las personas mayores.
2. Debido al aumento progresivo de la prevalencia e incidencia, consideramos a la demencia como “*una prioridad de salud pública*” poniendo en marcha un plan de actuación mundial.
3. La presencia de factores de riesgo tanto modificables como no modificables aumenta la probabilidad de padecer Alzheimer. Por lo tanto, cabe destacar la importancia que juega Enfermería en la Educación para la Salud y en la prevención de estos factores de riesgo.
4. El reconocimiento de los signos tempranos de Alzheimer permite determinar de forma precoz el diagnóstico y establecer el tratamiento adecuado de forma inmediata. Asistiendo, no solo al paciente que sufre la enfermedad, sino también al resto de familiares y cuidador principal. También, es importante evaluar la sobrecarga del cuidador principal para evitar la temida sobrecarga de este. Los profesionales de enfermería de atención primaria juegan, en este ámbito, un papel esencial al ser el eslabón sanitario más próximo al ciudadano.
5. Es necesario la adecuada formación de Enfermería en el conocimiento de la Enfermedad de Alzheimer para poder proporcionar cuidados de calidad e individualizados, a fin de mejorar el bienestar tanto del paciente como de su familia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International.** Demencia: Una prioridad de Salud Pública. [Internet] 2013 [Consultado noviembre 2018]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/
- 2.- **NNConsult.** [Internet] Elsevier. 2019. [Consultado noviembre 2018] Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- 3.- **Barragán Martínez D, García Soldevilla M.A, Parra Santiago A, Tejeiro Martínez J.** Enfermedad de Alzheimer. Elsevier [Internet] 2019 [Consultado diciembre 2018]; 12 (74) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300538?via%3Dihub>
- 4.- **CEAFA. Confederación Española de Asociaciones de Familiares con Alzheimer y otras demencias.** Atender a una persona con Alzheimer [Internet]. [Consultado diciembre 2018] Disponible en <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/publicaciones/atender-a-una-persona-con-alzheimer>
- 5.- **Ministerio de Sanidad. Servicios sociales de igualdad.** Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud [Internet]; 2016 [Consultado diciembre 2018] Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_aprobada_c_interterritorial.pdf
- 6.- **Descriptor en Ciencia de la Salud: DeCS** [Internet] Sao Paulo (SP): BIREME/ OPS/OMS. 2017. [Consultado en Diciembre 2018] Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- 7.- **Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I.** Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. Rev Neurología [Internet] 2017 [Consultado Enero 2019] 32 (8): 523-532. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032>
- 8.- **Libre Rodríguez Juan de J., Guerra Hernández, Milagros.** Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana de Medicina General Integral

[Internet] 2002 [Consultado Enero 2019], 18 (4), 264-669. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252002000400007

9.- César Reyes-Figueroa J., Rosich-Estragó M., Bordas-Buera E., Milena Gaviria-Gómez A., Vilella-Cuadrada E., Labad-Alquézar A. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. Rev Neurología [Internet] 2010 [Consultado Enero 2019] 50 (11): 653-660. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2009714>

10.- Alzheimer`s Association. Información básica sobre la enfermedad de Alzheimer [Internet] [Consultado en Enero 2019] Disponible en https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf

11.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Cuarta edición. Washington DC; 1994

12.- Thomas Carazo E., Nadal Blanco MJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Rev. Medicina de familia. SEMERGEN. [Internet] 2001 [Consultado Enero 2019] 27 (11): 557-600. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-diagnostico-terapeutico-demencia-atencion-13023105>

13.- Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional en el mayor. AMF Actualización en Medicina de Familia. [Internet] 2015 [Consultado en Enero 2019] 9 (9): 508-514. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187

14.- Purriños M.J. Escala de Hamilton. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio gallego de Salud. [Internet][Consultado Enero 2019] Disponible en: <https://afanporsaber.com/wp-content/uploads/2017/04/depresion-escala-hamilton.pdf>

15.- Gómez Angulo C. y Campo Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS -15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica [Internet] 2011 [Consultado Enero 2019] 10 (3): 735-745. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236>

16.- López Locanto Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Arch. Med Int [Internet]. 2015 [Consultado Enero 2019]; 37(2): 61-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X201500020003&lng=es

17.- Olazarán J., Reisberg B., Clare L., Cruz I., Peña-Casanova J., del Ser T., et al. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la Enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. Dement Geriatr Cogn Disord, [Internet] 2010 [Consultado Enero 2019]; 30: 161-178. Disponible en: <https://www.mariawolff.org/pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf>

18.- García Meilán J.J. Criado Gutiérrez J.M. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativa. Gea Consultoría Editorial, SL. Barcelona, España. Elsevier. 2017.

19.- EUE Santa Madrona de la Fundación “la Caixa”. El Alzheimer un reto para la Enfermería. Barcelona. Fundación “la Caixa”. 2005.

20.- Sabroso Alcázar C, Concha Sanz S, Felices Mas JG, Hurtado Alcalá A, Margalet Bertrand I, Morales Ortega B.M, et al. Percepción de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con demencia. Rev Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria [Internet] 2018 [Consultado Febrero 2019] 14. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11018>

21.- Crespo M., Rivas M^a T. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Rev. Clínica y Salud [Internet] 2015 [Consultado Febrero 2019] 26 (1): 9-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100002

22.- Painepán B., Kühne W. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Rev Summa Psicol. UST [Internet] 2012 [Consultado Febrero 2019] 9 (1) Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2012000100001

- 23.- Riu Subirana S., González Rodríguez V.M.** Constantemente al lado del enfermo y del cuidador (reflexiones del médico sobre la demencia) Rev. Medicina de Familia. SEMERGEN. [Internet] 2004[Consultado Febrero 2019] 30 (7): 317-370. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-constantemente-al-lado-del-enfermo-S1138359304743257>
- 24.- Luis Rodrigo M.T., Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M.V.** De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Elsevier Masson, España, 2005.
- 25.- Alba Rosales M.A., Bellido Vallejo J.C., Cárdenas Casanova V., Ibáñez Muñoz J., López Márquez A., Millán Márquez M.D et al.** Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Editorial Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, España
- 26.- Marjory Gordon.** Manual de Diagnósticos Enfermeros. Décima edición. España: Elsevier; 2001.
- 27.- Caballero M.P., Alcolea- Martínez E.** Estado nutricional en personal mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia. Rev. Psicogeriatría [Internet] 2016 [Consultado marzo 2019]; 6 (3): 99-109. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf
- 28.- Echávarri C., Erro M.E.** Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [Consultado Marzo 2019]; 30 (Suppl 1): 155-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014
- 29.- Esandi Larramendi N., Canga-Armayor A.** Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet]. 2011 Jun [Consultado Marzo 2019]; 22 (2): 56-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002

7. ANEXOS

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein).	Es la escala breve más conocida. Empleada para la valoración inicial del deterioro cognitivo y el seguimiento evolutivo de las mismas. Requiere de 5 a 10 minutos.	Puntuación máxima de 30 puntos. Puntuación inferior a 24 sería indicativo de posible deterioro cognitivo. Los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban la orientación, la memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.
MEC de Lobo (Mini- Examen cognoscitivo de Lobo).	Es la adaptación validada del MMSE para España.	Existen dos versiones: puntuación máxima de 30 y de 35 puntos. Siendo la primera más útil para comparaciones internacionales.
Test de Pfeiffer	Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Se debe tener en cuenta en la corrección el nivel educativo de la persona.	Se compone de 10 preguntas en las que puntúan los errores. Puntuación de más de 2 errores existirá sospecha de deterioro cognitivo y se le aplicará el MEC de Lobo.

Anexo I. Escalas breves cognitivas (elaboración propia según Ref. bibliográfica ⁽¹³⁾)

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Índice de Barthel	Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las ABVD, tales como comer, lavarse, vestirse y arreglarse.	Se puntúa en una escala de 0 a 100. Siendo 100 independencia y 0 dependencia absoluta. <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total: <20 • Dependencia grave: 20-35 • Dependencia moderada: 40-55 • Dependencia leve: 60-90 • Independencia: 100
Índice de Katz	Escala de valoración de las ABVD	Consta de 6 ítems dicotómicos que evalúan la capacidad para efectuar cada una de las tareas. Se puede valorar con 0 puntos la capacidad, y con 1 punto la incapacidad. También puede ser valorado por grados A,B,C...
Índice de Lawton y Brody	Permite valorar la capacidad de la persona para realizar las AIVD como es el uso de teléfono, hacer la compra y la comida.	Cada ítem se puntúa de 0 a 1, dando una puntuación mínima de 0, y máxima de 8 en mujeres y de 5 en varones. <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total: 0-1 • Dependencia severa: 2-3 • Dependencia moderada: 4-5 • Dependencia ligera: 6-7 • Autónomo: 8

Anexo II: Escalas de Ev. Funcional (elaboración propia según Ref. bibliográfica ⁽¹³⁾)

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Escala de valoración funcional de la marcha (FAC)	Escala que permite valorar la capacidad de marcha y el riesgo de caídas en un paciente, para poder emprender acciones preventivas.	Se puntúa en niveles de capacidad que comprenden desde el Nivel 0, siendo marcha nula; al Nivel 5 correspondiendo con marcha independiente en terrenos irregulares.
“Levántese y ande”.	Valora la marcha y el riesgo de caídas.	Se calcula el tiempo que el paciente tarda el levantarse de la silla caminar 3 metros y sentarse nuevamente en la silla. Se considera normal: Tiempo inferior a 10 segundos Se considera anormal y con riesgo de caídas: Tiempo superior a 20 segundos
Escala Tinetti	Realiza una valoración tanto de la marcha como del equilibrio, para detectar posible riesgo de caídas.	La puntuación máxima del equilibrio es 16, y la de la marcha 12; de la suma de ambos se obtiene un total de 28 puntos. Se considera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de caídas mínimo: 19-24 puntos. ▪ Riesgo de caídas alto: <22 puntos.

Anexo III: Escalas de valoración de la marcha, el equilibrio y riesgo de caídas (elaboración propia a partir de Ref. Bibliográfica ⁽¹³⁾).

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Escala de depresión de Hamilton	Es una escala para valorar los síntomas y los cambios del paciente diagnosticado de depresión.	La versión reducida de 17 ítems es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La puntuación va de 0 a 52. <ul style="list-style-type: none"> ▪ No deprimido: 0-7 ▪ Depresión ligera/menor: 8-13 ▪ Depresión moderada: 14-18 ▪ Depresión severa: 19-22 ▪ Depresión muy severa: >23
Escala de Yesavage para la depresión geriátrica (GDS)	Cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores.	GDS-5: Formada por 5 ítems a valorar; GDS-15: Consta de 15 ítems a valorar. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal: 0-4, ▪ Depresión leve: 5-8 ▪ Depresión moderada: 9-1 ▪ Depresión severa: 12-15

Anexo IV: Escalas de valoración del estado emocional (elaboración propia a partir de Ref. Bibliográfica ^(14,15)).

NOMBRE	Test de Zarit. Escala de Sobrecarga del cuidador principal.
DESCRIPCIÓN	Evalúa la sobrecarga del cuidador principal. Mide los efectos negativos que tiene el cuidado del enfermo sobre el cuidador.
PUNTUACIÓN	<p>Se realiza un total de 22 preguntas donde el entrevistado indicará la frecuencia con la que se siente identificado. Las respuestas se clasifican como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca = 0, • Rara vez = 1, • Algunas veces = 2, • Muchas veces = 3 • Casi siempre = 4. <p>Para la obtención del resultado se debe sumar todos los puntos. En función de la puntuación obtenida se establecen distintos grados de sobrecarga del cuidador:</p> <p>22- 46 ptos: no sobrecarga; 47- 55 ptos: sobrecarga leve, 56 -110 ptos: sobrecarga intensa.</p>

Anexo V: Test de Zarit- Escala de sobrecarga del cuidador (elaboración propia en base a Ref. Bibliográfica ⁽²¹⁾).

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO –ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

Instrucciones para la persona cuidadora:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Anexo VI: Cuestionario Zarit ⁽²¹⁾.