



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

La enfermedad de Alzheimer. Un caso clínico

Alumno: Virginia Milla Sánchez

Tutor: Prof. D. Alfonso J. Cruz Lendínez

Dpto.: Departamento de Enfermería

Cotutora: Manuela Camacho Ortega

Jaén 8 de Junio, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

La enfermedad de Alzheimer. Un caso clínico

Alumno: Virginia Milla Sánchez

Tutor: Prof. D. Alfonso J. Cruz Lendínez

Dpto.: Departamento de Enfermería

Cotutora: Manuela Camacho Ortega

Jaén 8 de Junio, 2015

ÍNDICE:

1.- Resumen/ Abstract	Pág. 3
2.- Introducción	Pág. 5
3.- Justificación	Pág. 12
4.- Presentación del caso clínico	Pág. 13
5.- Desarrollo del Plan de Cuidados	Pág. 14
a) Fase de Valoración	Pág. 14
b) Fase Diagnóstica	Pág. 20
c) Fase de Planificación	Pág. 21
d) Fase de Ejecución	Pág. 27
e) Fase de Evaluación	Pág. 30
6.- Conclusión	Pág. 34
7.- Bibliografía	Pág. 36

1.-Resumen:

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. UN CASO CLÍNICO.

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia cuya incidencia, sigue aumentando debido al incremento de la esperanza de vida que genera, una pirámide de población cada vez más invertida. La Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, el consumo de tabaco, la obesidad y, en general aquellos estilos de vida poco saludables, constituyen algunos de los factores de riesgo que influyen en la enfermedad de Alzheimer, convirtiéndose, en un problema sociosanitario que genera elevados costes. El diagnóstico precoz desde los Servicios de Atención Primaria es fundamental, ya que, permite la instauración temprana de un Plan de Cuidados adaptado a las peculiaridades de cada individuo y a la fase de la enfermedad en la que estos se encuentren. Se describe el caso de una mujer de 83 años con Alzheimer que posee un deterioro cognitivo muy grave. Se efectuó la valoración en el domicilio de la mujer con la ayuda de su cuidador principal y se identificaron los principales problemas de salud. Entre ellos, se observaron diferentes diagnósticos de riesgo en la mujer que, podrían convertirse en diagnósticos reales, si no se trabajaba adecuadamente el déficit de conocimientos que su cuidador poseía. En esta situación, la enfermera es la responsable de informar, asesorar y potenciar las habilidades por parte del cuidador, ya que, será el encargado de ejecutar los cuidados y mejorar la calidad de vida de la mujer.

PALABRAS CLAVE: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Cuidador principal, Plan de cuidados enfermeros y Caso clínico.

Abstract:

ALZHEIMER'S DISEASE. A CLINICAL CASE.

Alzheimer's disease is the main cause of dementia with an incidence that is growing due to an increase in the life expectancy generated by a population pyramid that is getting increasingly inverted. Hypertension, Diabetes Mellitus, tobacco, obesity and generally, other unhealthy life styles are some of the factors affecting Alzheimer disease risk and turning into social and public health problem that generates high costs. Early diagnosis from Primary care Services

is essential because it allows the early establishment of a care plan adapted to the peculiarities of each individual and the disease's stage they are going through. We describe the case of an 83 years old woman with Alzheimer's disease who has a very severe cognitive impairment. The assessment was carried out at the woman's home with the help of her primary caregiver and main problems were identified. Among them, different risk diagnoses, which could turn into real diagnoses if we don't treat appropriately the primary caregiver's knowledge shortage, were identified in the woman. In this situation, the nurse is responsible for informing, advising and stimulating the ability of the caregiver because he will be responsible for implementing the care and improving the woman's quality of life.

KEY WORDS: Dementia, Alzheimer disease, Primary caregiver, Nursing care plan and Clinical case.

2- Introducción:

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa del cerebro que afecta a las áreas corticales y parte del sistema límbico. Posee un curso crónico, progresivo e irreversible que suele afectar principalmente, a los mayores de 65 años aunque, también es posible su aparición en edades más tempranas^{1,2,3}. El deterioro cognitivo y conductual están caracterizados por la pérdida neuronal y glial de las fibras nerviosas del Sistema Nervioso Central (SNC) que se manifiesta con atrofia cerebral^{4,5}.

El paciente con Alzheimer presenta ovillos neurofibrilares y placas neuríticas en exceso, puesto que, la base del proceso es una alteración de las neuronas en las diferentes partes del cerebro, especialmente a nivel de la corteza temporal⁴. Al igual que ocurre en otras enfermedades de tipo neurodegenerativo, también podemos encontrar una acumulación de proteínas anormales que son generadas por mutaciones o errores durante la postraducción de estas. Estos errores, se corresponden con cambios en la estructura de la proteína, daño oxidativo o fosforilación^{5,6,7}.

Para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer se utilizan los criterios del Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 4º edición (DSM-IV), la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10º edición (CIE-10) y los del National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke, junto con, Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)^{5,6,7,8}.

En la mayoría de los casos, la Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por el deterioro de la memoria, de la capacidad para realizar cualquier Actividad de la Vida Diaria (AVD) y la afectación de áreas como: el lenguaje, la capacidad para razonar y la capacidad para realizar movimientos coordinados. El comportamiento se verá alterado por cambios progresivos de la personalidad y el humor^{5,6,7}.

En la actualidad, no existe un tratamiento curativo para la enfermedad⁵. Los tratamientos disponibles moderan su curso y, tratan de prevenir la aparición de síntomas característicos de la EA y/o mejorar los que hay establecidos^{5,9}.

Las enfermedades neurodegenerativas son la cuarta causa de muerte en nuestro país¹⁰, siendo el Alzheimer el tipo de demencia más frecuente^{5,6,11,12}.

La EA produce un elevado costo sanitario y social^{7,13} y, conlleva, un gran impacto para el paciente y su familia, ya que, representa la muerte en vida de una persona. Los pacientes con Alzheimer acaban convirtiéndose en dependientes totales de la familia o de los cuidadores principales, haciéndose necesaria la realización de cuidados constantes y continuos. Por ello, es preciso brindar una atención integral tanto del paciente como de la familia, siendo recomendable, ofrecer información completa desde las fases iniciales resolviendo, aquellas dudas que pudiera surgir acerca de la enfermedad y los cuidados que necesitará la persona con EA³.

La Enfermera deberá emplear una comunicación que mantenga un diálogo bidireccional en un ambiente tranquilo y adecuado, utilizando un lenguaje comprensible, respetuoso y manteniendo la empatía.

Algunos documentos nos pueden ayudar en nuestra labor con el paciente y la familia, reforzando la información ofrecida e incluso, complementándola o ampliándola. El profesional de Enfermería posee a su alcance documentos diversos entre los que se encuentran: “Manual de consulta para Cuidadores y Familiares”¹⁴, ofrecido por el proyecto *kNOW Alzheimer*, “Guía para familiares de enfermos con Alzheimer: «Querer cuidar, saber hacerlo»”¹⁵ o “Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer”¹⁶ de la Fundación Reina Sofía. Estos son solo algunos ejemplos. Del mismo modo, existen asociaciones de enfermos con Alzheimer que, podemos encontrar a través de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA)¹⁷.

En España, la prevalencia de las demencias varía del 5-14.9% entre los ancianos mayores de 65 años. La tasa de demencia para este grupo de población rondaría los 10-15 casos nuevos por cada 1000 personas al año. Gracias a los numerosos estudios realizados, sabemos que la incidencia de la EA aumenta exponencialmente con la edad, deteniéndose únicamente, en aquella población muy envejecida. Si analizamos los datos de casos nuevos que se encuentran por cada 1000 personas al año estos, serían los siguientes:

- 1-8 casos nuevos para la población de 60-64 años.
- 50-150 casos nuevos para la población mayor de 90 años¹.

En nuestro país, aproximadamente la mitad de los mayores de 60 años se encuentra en las fases iniciales de la EA. Siendo, los datos descritos de un 35,9% para la fase de predemencia y un 14,2% para aquellos que ya manifiestan signos y síntomas¹⁸.

Los últimos estudios inciden más en la importancia que poseen los factores de riesgo que, en la determinación de un diagnóstico precoz¹⁸. Estos juegan un importante papel en la Enfermedad de Alzheimer, ya que, el conocimiento de cada uno de ellos nos ayudará a conocer mejor las causas que la producen y a desarrollar una adecuada prevención^{19,20}.

La edad es uno de los factores de riesgo, no modificables, más importantes junto con el sexo. A medida que una persona envejece, el riesgo de padecer Alzheimer lo hace exponencialmente, sobre todo, en aquella población mayor de 65 años^{1,2,3,5,7,19} aunque, existen evidencias que afirman que, este riesgo tiende a desaparecer a partir de los 90 años⁵.

El sexo es otro de los factores de riesgo que continua en la lista, ya que, se ha demostrado que las mujeres poseen un mayor riesgo de padecer EA que los hombres^{3,6,19}.

La historia familiar y la genética también se consideran factores de riesgo determinantes^{1,3,5,19}. Se ha observado que existen familias, en las cuales, varios de sus miembros padecen o han padecido Alzheimer. Esto se debe a que los familiares de 1º grado de personas con EA poseen un 10-30% más de probabilidades de desarrollar la enfermedad^{6,12}. Diferentes estudios señalan al alelo ε4 del gen APOE, como factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer¹. Se cree que sería el responsable del 50-60% de los casos con incidencia esporádica⁵. Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, este factor se encuentra combinado con otros que han sido adquiridos y además, se apunta a que debe de existir un desencadenante para que la enfermedad realmente aparezca^{1,6,19}.

Otros factores serían el riesgo vascular, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la Diabetes Mellitus, la obesidad, el consumo de tabaco, la depresión, un nivel de escolarización o formación reducido, la exposición a tóxicos, la exposición a campos electromagnéticos, la hiperhomocisteinemia y la existencia de un traumatismo craneoencefálico moderado-grave previo, entre otros^{1,5,6,18,19,20}.

El consumo prolongado de AINES, la terapia sustitutiva de hormonas y la hiperuricemia sin embargo, reducen el riesgo de padecer EA²⁰. El adecuado tratamiento sobre los factores ambientales controla la aparición de la enfermedad por lo tanto, se recomienda el seguimiento de hábitos de vida saludable entre los que se incluyen: la dieta equilibrada²⁰, la realización de ejercicio físico y cognitivo³, el consumo moderado de café, té y alcohol⁶ y, el establecimiento de relaciones sociales adecuadas²⁰.

Los síntomas de la enfermedad fueron identificados por Emil Kraepelin¹². La enfermedad del Alzheimer sin embargo, se describe por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer, neurólogo de origen alemán³. Los años de evolución de la enfermedad varían entre las distintas fuentes. Algunas, apuntan a los 7-10 años^{12,21} pero, su duración media aproximada es de unos 10- 12 años⁶ y esta podría prolongarse más allá de los 15 años¹². La evolución del Alzheimer puede ser dividida en distintas fases o etapas pero, se debe tener en cuenta que, estos síntomas se presentan y progresan de forma distinta en cada persona:

- Etapas inicial o Predemencial: El paciente olvida muchas cosas pero, es consciente de esos olvidos. Al no recordar hechos recientes, la persona presenta sucesivos despistes que, pueden ocasionarle cierta apatía y frustración. Comienza a perder vocabulario y se hace presente la dificultad para la adquisición de nuevos conocimientos. La persona tiene problemas durante el desempeño de las actividades que, antes realizaba de forma automática. Se vuelven desconfiados ya que, creen que las personas que les rodean les esconden aquellas cosas que no recuerdan dónde han dejado. Por momentos, pierden la referencia temporo-espacial pero, pese a ello, aún están capacitados para salir solos a la calle^{3,4,5,6,21}.

- Etapa media o demencia inicial: El paciente olvida sucesos recientes. En una conversación, no es capaz de hilar frases lógicas pero, si mantiene la sintaxis de estas y, aparece la repetición de palabras³. En esta etapa comienza a abandonar todas sus actividades y, percibe de una forma errónea el espacio. La persona empieza a perderse y en algunos casos, aparece depresión ya que, no es consciente de lo que le está ocurriendo. Se observan alucinaciones, mioclonias y distonias^{4,5,6}. Cerca del 90 % de los pacientes sufren algún tipo de trastorno de la conducta en esta fase^{4,22}. Estos cambios pueden presentarse en cualquier etapa de la enfermedad aunque, son menos frecuentes en la fase avanzada. Suelen ser sutiles al principio pero, existe un riesgo de autolesión que se incrementa a medida que el paciente tiene problemas para reorganizar su comportamiento²¹. Por lo tanto, el cuidado se dificulta enormemente y es este, uno de los factores que influye en la institucionalización de algunos pacientes, al mismo tiempo que, reduce la calidad de vida del enfermo de EA y su cuidador principal^{5,22,23}. En cuanto al sueño, los ciclos de sueño vigilia tienden a invertirse, esto supone, un exceso del número de despertares durante la noche y, presencia de siestas distribuidas a lo largo del día²¹.
- Etapa avanzada o demencia moderada: se caracteriza por la Triple A, definida por la presencia de agnosia, afasia y apraxia. La primera indica una incapacidad para identificar o reconocer una determinada sensopercepción. La segunda, se refiere a un trastorno o dificultad a la hora de expresar o comprender el lenguaje. Y la última, indica una alteración de los gestos^{4,5}. La marcha del paciente se vuelve entrecortada, con pérdida en el equilibrio y dificultad para la coordinación. Es típico que aparezca el vagabundeo o deambulación errática. En esta etapa, la persona no posee ninguna referencia temporo-espacial y suele mostrar más tendencia al sueño²¹.
- Etapa final o Demencia grave: El paciente presenta crisis comiciales, mioclonias y automatismos. Comienza a mostrar una indiferencia ante

la comida y escasa respuesta a estímulos de agitación^{5,6}. En ciertos pacientes, se ha observado conservación de la memoria emocional³. La persona se encontrará encamada, adoptando, por lo general, una postura fetal. La muerte del paciente suele estar ocasionada por un tromboembolismo, una infección o aspiración, generalmente^{4,5,11,21}.

Debemos de tener en cuenta que las necesidades del paciente dependerán de la fase de la enfermedad en la que este se encuentre y, de las propias circunstancias y características del individuo. Es por ello que, la atención de cada uno de ellos deberá de seguir una estrategia global e individualizada de asistencia.

El diagnóstico de la enfermedad no puede realizarse a través del análisis de muestras biológicas pero, existen herramientas que ayudan a la Enfermera cuando sospecha que el paciente sufre demencia. Esta sospecha se genera cuando existe un deterioro de la memoria referido por el paciente o familia en un periodo superior a los 6 meses⁵. Las herramientas empleadas son una serie de test que, se usan con frecuencia en Enfermería y que tienen como objetivo principal, la medición del rendimiento de una persona en una determinada tarea con la cual, se somete a examen el estado mental. Gracias a ellos, la Enfermera podrá establecer tras la valoración de la persona, un plan de cuidados precoz. A continuación, se nombran aquellos test y cuestionarios de cribado de demencias ofrecidos desde el Servicio Andaluz de Salud²⁴:

- Cribado de deterioro cognitivo. Test de Pfeiffer en versión Española
- Cribado de demencias. Set-test de Isaacs
- Mini- examen cognoscitivo MEC
- Mini- examen cognoscitivo MEC-35 puntos
- Mini- examen cognoscitivo MEC-30 puntos.
- Test del informador.

Existen otros como el Memory Impairment Screen (MIS), el test de las fotos o Fototest y el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). El uso de cada uno de estos test vendrá determinado por el tiempo del que disponga la Enfermera para administrarlo, la fase de la enfermedad y las características propias del paciente^{6,7,25}.

El tratamiento de la enfermedad está adaptado a la fase de Alzheimer en la que el paciente se encuentra. Cuando hablamos de tratamiento, nos referimos al farmacológico y al no farmacológico. No existe un tratamiento definitivo que detenga la enfermedad pero, los existentes ayudan en el control de los síntomas². En este punto, la Enfermera tendrá que tener en cuenta a la familia o cuidador principal, ya que, son los responsables del cuidado del paciente.

El tratamiento farmacológico de elección se basa en la administración de Inhibidores de la Colinesterasa (ICE), ya que, los niveles de acetilcolina se encuentran reducidos en estos pacientes. Estos fármacos se encargan de aumentar la disponibilidad de la Acetilcolina en el espacio sináptico. A través del tratamiento con ICE, se intenta retrasar el deterioro cognitivo y mejorar los síntomas psicóticos^{7,9}. Dentro de este grupo de fármacos encontramos, el Donepezilo, la Rivastigmina y la Galantamina, indicados para el tratamiento de pacientes en fase leve o moderada de la EA⁶.

Otro fármaco empleado es la Memantina, encargada de bloquear los receptores N- metil- D –aspartato (NMDA) del glutamato. La Memantina es empleada para el control de los síntomas cognitivos y funcionales^{7,9}. Se ha demostrado que la toma simultanea de un ICE con Memantina aumenta el beneficio sobre los síntomas conductuales, sobre todo en las etapas moderadas y graves de la enfermedad^{6,9}. En contra posición, la toma aislada de un ICE posee un menor beneficio en estas etapas⁶. En aquellos casos en los que los síntomas sean persistentes se tendrán que emplear antidepresivos o antipsicóticos, sin olvidarnos de que el tratamiento farmacológico debe ser personalizado⁹.

Existen otro tipo de tratamientos no farmacológicos que están indicados en el Alzheimer, los cuales, son sugeridos desde las fases más tempranas de la enfermedad, con el fin, de retrasar el deterioro cognitivo². Entre ellos encontramos la estimulación cognitiva, el entrenamiento cognitivo, la rehabilitación cognitiva^{6,9} o la musicoterapia^{22,26}. De este modo, el tratamiento no farmacológico complementaría el farmacológico.

3.-Justificación:

Ante la presencia de una pirámide de población invertida que crece con el trascurso de los años, la enfermedad de Alzheimer, se abre nuevos caminos entre nuestra población anciana, por ello es necesario tomar conciencia de la necesidad de cuidados que estas personas requieren, así como, de la formación e información adquirida por parte de sus cuidadores principales. El paciente con Alzheimer posee una serie de necesidades que precisan de una atención multidisciplinar y que nunca será igual para el resto de pacientes ya que, cada uno presenta sus propias peculiaridades. Profesionales, familiares y cuidadores deben estar al tanto de lo que el paciente necesita puesto que, a medida que la enfermedad valla evolucionando este, será incapaz de hacerlo por sí mismo. Debemos insistir en que los problemas encontrados en algunos casos, no podrán ser resueltos por el paciente, si no que precisa de la Enfermera, o de alguien que, en su lugar, sea capaz de resolverlos mediante la previa formación y la posterior realización de los cuidados.

Este caso clínico se ha basado en los principales supuestos, definidos por Virginia Henderson, quien afirmó que: “La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios”²⁷. A su vez, Virginia Henderson tenía en cuenta el entorno que, como hemos mencionado, posee una especial relevancia en la enfermedad de Alzheimer y es que, como ya hemos dicho anteriormente, se cree que debe de existir un desencadenante para que la enfermedad aparezca. Por otro lado, Virginia Henderson, consideraba al individuo y su familia como una unidad es por ello, que creemos necesaria la participación del cuidador en la ejecución del plan de cuidados incluso, en aquellos casos en los que, este no sea miembro de la familia²⁷.

Para finalizar, no podemos olvidarnos del papel que poseemos como Enfermeras en la sociedad ya que, “La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción

para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la “portavoz” de aquellos demasiado débiles o que ha renunciado a hablar, etc.”²⁷.

4- Presentación del caso clínico:

AOL es una mujer de 83 años, viuda, sin estudios y que vive en su propio domicilio desde hace un año. Posee un cuidador formal.

AOL ha poseído un buen estado de salud a lo largo de toda su vida, sin embargo, a partir de 2005 su estado de salud se ve afectado. En ese mismo año, la mujer sufre la pérdida de su esposo y de su hermana y, un año después, en 2006, es diagnosticada de Síndrome depresivo.

En 2011, su médico de familia efectúa la derivación de la mujer a la Unidad de Neurología donde, se le realiza una tomografía axial computarizada (TAC) en la que se observa atrofia cortico-subcortical y leucoaraiosis, quedando definido entonces, el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Durante ese año, se valora la capacidad de la mujer para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), así como, la necesidad de ayuda y apoyo, según lo establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El resultado obtenido define a la mujer como Gran Dependiente con un Grado III y un Nivel 1, haciendo referencia este último a la necesidad de apoyo que precisa la mujer en función de la autonomía, atención y cuidado que requiere²⁸.

Fue ingresada en 2012, como consecuencia de un síncope de causa no filiada. En Diciembre de 2013, acudía al servicio de Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén, ya que, sufría mareos de una semana de evolución. Los resultados de la analítica obtenidos, demostraban que la mujer, poseía un Hematocrito de 19.2% y una Hemoglobina de 5.9g/dL por lo que, tuvo que ser ingresada en la unidad de Medicina Interna donde, fue transfundida, ya que, poseía una anemia severa. Según el informe médico, la causa podría ser el tratamiento con Adiro que poseía, por lo que este fue suspendido y se pautó OPTOVITE B₁₂, una ampolla al día, durante una semana y Profer 80mg (Ferrimanitol ovoalbúmina), un sobre, durante 3 meses. En su última analítica, realizada en Octubre de 2014, los datos de Hematocrito fueron de 37.7% y los

de Hemoglobina de 12.7 g/dL. Tras su recuperación, los hijos de la paciente que, se encargaban del cuidado periódico de ella hasta entonces, deciden buscar a un cuidador que se encargue de ella en el domicilio.

5.- Desarrollo del Plan de Cuidados:

a) Fase de Valoración:

Se realizó la valoración de la mujer utilizando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. La exploración física se realiza a la mujer pero, debido al estado cognitivo en el que se encuentra, la entrevista va dirigida a su cuidador principal, en presencia de ella:

- Patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud.

El cuidador principal nos indica que la mujer lleva dos semanas con un estado de salud bueno. Según nos comenta, ha estado resfriada durante el último mes pero, se ha recuperado por completo. Los antecedentes son los siguientes:

- Antecedentes personales: Síndrome depresivo en 2006. Alzheimer en 2011. Sincope de causa no filiada en 2012. Anemia severa en 2013.
- Antecedentes familiares: Sin interés.

Preguntamos al cuidador a cerca del tratamiento que está siguiendo la mujer y observamos que, desconoce el nombre de los fármacos y no sabe el propósito que persiguen estos, ni la acción que tienen. El cuidador nos describe el tratamiento diciéndonos: “Toma una pastilla por la mañana y otras tres por la noche”. Seguidamente, decide traer las cajas que contienen los diferentes fármacos y nos explica que pastillas son las que él administra y, en qué momento del día lo hace. En cada caja, aparece escrito a bolígrafo las dosis que debe darle a la mujer y cuando debe de hacerlo. Sin embargo, pedimos que nos enseñe la hoja informativa de prescripciones, si la tuviera y, observamos lo siguiente:

Nombre	Dosis	Frecuencia		
		Desayuno	Comida	Cena
Rabeprazol 20mg	20mg c/24 horas	1	0	0
Trazodona Clorhidrato 100mg	100mg c/48 horas	0	0	1
Ácido Valproico 200mg	400mg c/24 horas	0	0	2
Donepezilo Clorhidrato 10mg	10mg c/24 horas	0	0	1
Lorazepam 1mg	1mg c/24 horas	0	0	1

Tabla 1: Tratamiento farmacológico de la mujer con Alzheimer. Fuente propia: 2015.

Los datos aportados por el cuidador principal, no son los pautados por el médico. Comprobamos que la mujer no está tomándose la Trazodona cada 48 horas y sólo toma 200mg de Ácido Valproico, después de lo que nos ha descrito el hombre a su cargo.

No presenta alergias conocidas a medicamentos. No ha sido ni fumadora, ni bebedora, ni ha consumido ningún otro tipo de sustancias. Se realizó una transfusión de 3 concentrados de hematíes en el año 2013.

- Patrón 2: Nutricional Metabólico.

Peso: 45,200 kg Talla: 156 cm IMC: 18,57 kg/m² (Bajo peso)
Sabemos que su temperatura corporal, oscila entre los 35.5-36°C, ya que, desde que se resfrió, su cuidador continúa tomándole la temperatura cada mañana, al despertar.

Realiza cuatro comidas al día aunque, la dieta descrita incluye poco pescado, poca carne y poca fruta. El cuidador nos comenta: “Cuando le trituro la comida aparto la carne para que no se atragante”. Durante la entrevista el cuidador nos dice que la mujer se niega a beber agua así que, ofrece pequeñas cantidades distribuidas a lo largo del día. El aporte de líquido se completa con dosis de zumo, ya que, según nos comenta el cuidador, la mujer lo prefiere. En la Escala de evaluación del estado

nutricional (Mini Nutritional Assesment), se obtiene una puntuación de 14.5 puntos sobre el total (Cribaje+ Evaluación), lo que significa que, la mujer se encuentra en un estado de malnutrición. Según, los datos obtenidos de la última analítica que, se realiza en Octubre de 2014, el valor de proteínas totales de la paciente es de 5 g/dL, encontrándose por debajo del rango normal (6.0-8.3 g/dL). El cuidador nos dice que la mujer aún mantiene un buen apetito y no suele tener náuseas, vómitos, ni tampoco, se observa regurgitación tras las comidas. Tiene prótesis dental aunque su cuidador no se la pone. Posee dificultades para masticar y le cuesta deglutir. Realiza movimientos lentos y efectúa pausas sucesivas durante las comidas. Es totalmente dependiente para comer.

Durante la exploración física observamos que la piel esta seca y tirante, sobre todo, en manos, pies y piernas aunque presenta buena coloración. Presenta la piel húmeda e intacta en la zona genital. No se observan edemas, ni hematomas. Las mucosas se encuentran hidratadas e integra.

El cuidador ducha a la paciente dos veces a la semana. El aseo es realizado en una silla de baño adaptada y tras este, no se usa ningún tipo de crema hidratante sobre la piel. En la realización de la escala de riesgo de Ulceras por Presión (UPP) de Braden, se obtienen 14 puntos sobre el total, lo cual indica que la mujer presenta un mayor riesgo de úlceras por presión. Es totalmente dependiente para el aseo.

- Patrón 3: Eliminación.

La mujer es incontinente fecal y urinaria. La orina descrita por el cuidador posee un color amarillo pálido que es capaz de visualizar cuando le cambia el pañal, además, nos indica que este suele pesar. Tiene recetadas tres unidades de absorbente de noche, cada 24 horas. Para reconocer las características de las deposiciones fecales, nos ayudamos de la Escala de Bristol. En ella, el cuidador nos señala el tipo 3 que, describe unas heces en

forma de salchicha pero con una ralladura en su superficie. La mujer realiza una deposición diaria después del desayuno, así que, su cuidador se encarga de ponerla en el WC cuando termina.

No suele presentar sudoración. La mujer es totalmente dependiente para el uso del WC.

- Patrón 4: Actividad y ejercicio.

FR: 14 rpm FC: 86 lpm TA: 110/60 mmHg

No presenta expectoración y no posee problemas para respirar.

La mujer es levantada cada 2-3 horas aproximadamente para caminar durante el día. En nuestra valoración, el cuidador la abraza por la espalda, entrecruzando las manos por el pecho de la mujer para sujetarla y, hacer de soporte durante la marcha. Esta se caracteriza por el arrastre de ambos pies, temblor, falta de coordinación e inestabilidad. En la exploración física, se observa pérdida de tono y de masa muscular. Su cuidador utiliza medidas de contención cuando se encuentra sentada en el sillón que, la sujetan por el abdomen, evitando que, si se echa hacia delante pueda caerse.

Suele pasar el día viendo la tele y sale a la calle, en silla de ruedas, cuando las condiciones meteorológicas son favorables.

No ha tenido ninguna caída previa. En la escala de Riesgo de Caídas, obtenemos 7 puntos, lo que nos indica que existe un riesgo mayor de caídas múltiples.

La mujer presenta un índice de Barthel de 5 puntos sobre el total, lo que significa que posee una dependencia total. El Índice de Barthel recoge 10 actividades realizadas en la vida diaria y evalúa la capacidad que posee la persona para su desempeño.

- Patrón 5: Sueño-Descanso.

El cuidador afirma que la mujer duerme bien durante la noche y no suele despertarse. La acuesta sobre las 22:30 – 23:00 horas y la levanta sobre las 9:30-10:30 horas coincidiendo normalmente,

con el despertar de ella. Duerme varias horas por la mañana y por la tarde y, su cuidador nos comenta: “duerme demasiado y, a veces, me asusta porque creo que le ocurre algo”. Pese a ello, la despierta de sus siestas diurnas para caminar cada 2-3 horas, como se señaló en el apartado anterior. La habitación donde duerme se sitúa en la planta baja, posee una cama articulada con barandillas y está bien acondicionada. La mujer utiliza medicación para facilitar el descanso.

- Patrón 6: Cognitivo-Perceptual:

Es difícil valorar el dolor en la paciente debido a su incapacidad para entender las escalas más simples. La mujer no habla, emite algún gemido y, dirige y fija la mirada en ciertas ocasiones, durante la valoración. También levanta los brazos y realiza movimientos con estos cuando ve la televisión, echando el peso del cuerpo hacia adelante. El cuidador nos comenta: “ayer estaba viendo el partido de futbol y cuando pitaron la falta ella sacudió las manos y comenzó a chillar cómo si pareciera que no le sentara bien. Me reí mucho con ella, no me esperaba eso”. En cuanto a los sentidos el cuidador nos comenta: “Tenia gafas pero la familia decidió quitarlas cuando la vieron mal”.

A través de la Global Deterioration Scale (GDS), basada en un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico que, describe 7 estadios globales de demencia, obtenemos un deterioro cognitivo muy grave que refleja la presencia de Alzheimer grave pero, la mujer tiene aún capacidad para sonreír y mantener la cabeza erguida.

- Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.

No nos es posible valorar la visión que posee la mujer de sí misma, debido a su elevado deterioro cognitivo. Según nos comenta el cuidador, la mujer presenta cambios en el estado de ánimo que, se hacen más notorios durante la tarde-noche.

- Patrón 8: Rol- Relaciones.

La mujer es viuda. Tiene cuatro hijos, todos varones. Ha sido ama de casa pero, posee una pensión de viudedad.

Vive con su cuidador principal, un hombre peruano de 64 años que realiza el cuidado desde el pasado mes de octubre. Se refiere a su trabajo como cuidador cómo, una gran responsabilidad y se siente capacitado aunque, no posee experiencia. No tiene conocimientos sobre la enfermedad, ni el curso de esta y, los conocimientos que posee sobre el cuidado los ha adquirido según las indicaciones que le han ido dando los hijos de la mujer y, sus respectivas nueras. El cuidador tampoco sabe dónde puede encontrar la información y desconoce los recursos existentes. Cuando se encuentra junto a la paciente la mira y le coge la mano. Si necesita ayuda posee el número de teléfono de cada uno de los hijos de la paciente. Uno de sus hijos vive cerca del domicilio.

En el domicilio, reciben la visita de las hijas del cuidador y de uno de sus hijos y su nuera, durante las tardes noches, de 2 a 3 veces por semana.

- Patrón 9: Sexualidad-Reproducción.

La mujer ha tenido cuatro partos eutócicos. No ha poseído ningún tipo de problema ginecológico.

- Patrón 10: Tolerancia al estrés.

No podemos valorar este patrón debido al estado de deterioro cognitivo en el que se encuentra la mujer por el cual, es incapaz de decirnos que cambios o miedos posee y cómo los afronta. En ciertas ocasiones, el cuidador tiene la sensación de que la paciente intenta llamar su atención.

- Patrón 11: Valores- Creencias.

Actualmente no es posible valorar este patrón, se sabe que la mujer era católica pero no practicante.

b) Fase diagnóstica:

Tras realizar la valoración enfermera de la mujer, hemos detectado los principales diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)²⁹, incluyendo los de su cuidador, ya que, sus dificultades influyen directamente en el estado de salud de ella:

Diagnósticos de Riesgo (NANDA) ²⁹		
Código Diagnostico	Etiqueta Diagnóstica	Factores Relacionados
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Humedad, hidratación, factores mecánicos (externos), cambios en la turgencia de la piel, estado de desequilibrio nutricional (internos)
00039	Riesgo de aspiración	Deterioro de la deglución
00155	Riesgo de caídas	Edad igual o superior a 65 años, disminución del estado mental, ansiolíticos, hipnóticos, dificultad en la marcha, deterioro del equilibrio, deterioro de la movilidad física y dificultades visuales
00062	Riesgo de cansancio del rol del cuidador	Cantidad de tareas de cuidados, complejidad de las tareas de cuidados y falta de experiencia para cuidar

Tabla 2: Diagnósticos de riesgo detectados en la mujer con EA y su cuidador principal.

Fuente propia: 2015

Diagnóstico real (NANDA) ²⁹			
Código Diagnostico	Etiqueta Diagnóstica (NANDA)	Factores Relacionados	Características Definitorias
00126	Conocimientos deficientes	Falta de exposición y poca familiaridad con los recursos para obtener la información	Verbalización del problema

Tabla 3: Diagnostico real detectado en el cuidador principal. Fuente propia: 2015

c) Fase de Planificación:

A continuación, se presentan los objetivos e indicadores propuestos para cada uno de los diagnósticos detectados, así como, las intervenciones y actividades más adecuadas para cada uno de ellos:

1.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea ²⁹			
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor Diana
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110103 Elasticidad	4	5
	110104 Hidratación	4	5
	110108 Textura	4	5
	Escala Likert: Gravemente comprometido (1) – No comprometido (5)		

Tabla 4: Objetivos e Indicadores para el Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Fuente propia: 2015

Intervenciones (NIC)³¹ y actividades para el diagnóstico **Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea:**

Prevención de úlceras por presión (3540):

- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos enrojecidos.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Controlar la movilidad y la actividad del individuo.

- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Ayudar al individuo a mantener un peso saludable.
- Enseñar al cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

2.- Riesgo de aspiración ²⁹			
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor Diana
1918 Prevención de la aspiración	191801 Identificar factores de riesgo	1	5
	191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria	3	5
	191808 Utiliza espesantes líquidos según precisa	1	5
	Escala Likert: Nunca demostrado (1) – Siempre demostrado (5)		

Tabla 5: Objetivos e Indicadores para el Riesgo de aspiración. Fuente propia: 2015

Intervenciones (NIC)³¹ y actividades para el diagnóstico **Riesgo de Aspiración:**

Precauciones para evitar la aspiración (3200):

- Alimentación en pequeñas cantidades.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

Terapia de deglución (1860):

- Enseñar al cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Enseñar al cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.
- Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

3.- Riesgo de caídas ²⁹			
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor Diana
1828 Conocimiento: Prevención de caídas	182809 Uso procedimientos seguros de traslado	2	5
	182817 Cómo deambular de manera segura	2	5
	182818 Importancia de mantener el camino libre	2	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)		

Tabla 6: Objetivos e Indicadores para el Riesgo de caídas. Fuente propia: 2015

Intervenciones (NIC)³¹ y actividades para el diagnóstico **Riesgo de Caídas:**

Prevención de caídas (6490):

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suela antideslizante.
- Educar a los miembros de la familia y al cuidador sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.

Terapia de ejercicios: ambulación (0221):

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Instruir al cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación segura.

- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y, con un número concreto de personal.

4.- Riesgo de cansancio del rol del cuidador ²⁹			
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor Diana
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria	2	5
	220202 Conocimiento sobre el papel del cuidador familiar	2	5
	220210 Conocimiento de cuidador en el seguimiento	2	5
	Escala Likert: Inadecuado (1) – Completamente adecuado (5)		

Tabla 7: Objetivos e indicadores para el Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Fuente propia: 2015

Intervenciones (NIC)³¹ y actividades para el diagnóstico **Riesgo de Cansancio en el Rol del Cuidador:**

Apoyo al cuidador principal (7040):

- Admitir las dificultades del rol de cuidador principal.
- Estudiar con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Enseñar las técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.

Gestión de casos (7320):

- Determinar el plan de tratamiento con los recursos del paciente y/o familia.

- Determinar los resultados que deben obtenerse con los recursos del paciente y/o familia.
- Revisar las intervenciones y los objetivos, según sea necesario, para satisfacer las necesidades del paciente.
- Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesarios.

5.- Déficit de conocimientos ²⁹			
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor Diana
1854 Conocimiento: dieta saludable	Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas	3	5
	Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas	2	5
	Ingesta diaria de nutrientes adecuada a las necesidades metabólicas	2	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)		
1851 Conocimiento: manejo de la demencia	Tipo de demencia	2	5
	Fases de la demencia	1	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)		
1808 Conocimiento: medicación	Nombre correcto de la medicación	2	5
	Efectos terapéuticos de la medicación	1	5
	Efectos secundarios de la medicación	1	5
	Efectos adversos de la medicación	1	5
	Uso correcto de la medicación prescrita	2	5
	Almacenamiento adecuado de la medicación	2	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)		

Tabla 8: Objetivos e indicadores para el Déficit de conocimientos. Fuente propia: 2015

Intervenciones (NIC)³¹ y actividades para el diagnóstico **Déficit de conocimientos:**

Manejo de la nutrición (1100):

- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Realizar una selección de comidas.
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y conservación de alimentos.

Manejo de la demencia (6460):

- Disponer de un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Tomar nota de la alimentación y el peso.
- Solicitar a los miembros de la familia y amigos que vean al paciente de uno en uno a dos cada vez, si fuera necesario, para disminuir la estimulación.
- Observar cuidadosamente si hay causas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.

Enseñanza de los medicamentos prescritos (5616):

- Informar al cuidador acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al cuidador acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Instruir al cuidador acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.
- Informar al cuidador sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al cuidador sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

- Enseñar al cuidador a almacenar correctamente los medicamentos.

Manejo de la medicación (2380):

- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

Control de la medicación (2395):

- Enseñar al cuidador a tener un papel activo en el manejo de la medicación.

d) Fase de Ejecución:

Para llevar a cabo el Plan de cuidados establecido se realizaron cuatro visitas domiciliarias distribuidas a lo largo de un mes.

En la primera visita se le explicó al cuidador el significado de la enfermedad de Alzheimer, definiendo a su vez, la fase en la que se encontraba la mujer a la que cuidaba. Para reforzar la información, se le ofreció un documento creado desde el proyecto *know Alzheimer* titulado, “Manual de consulta para Cuidadores y Familiares”¹⁴ con el fin de resolver aquellas dudas que pudieran surgir sobre la enfermedad. A continuación, le pedimos al cuidador que nos mostrara la medicación de la mujer y comenzamos a explicarle cada fármaco de forma individual relacionando, el principio activo con palabras de fácil comprensión, por ejemplo:

- Rabeprazol: Protector de estómago
- Trazodona: Depresión
- Ácido Valproico: Temblores
- Donepezilo: Alzheimer
- Lorazepam: Dormir

Estas palabras fueron anotadas en la hoja de tratamiento farmacológico de la mujer (Ver tabla 1). Esta hoja se adjuntó a un pastillero semanal que se preparó junto con el cuidador para organizar la medicación según el momento del día en el que se precisase administrar ya fuera, desayuno o cena. A partir de ese momento, la Trazodona pasaría a administrarse los días impares de cada mes para que su cuidador no

olvidara administrarla cada 48 horas. Se recomendó que la medicación fuera almacenada siempre en el mismo lugar y con unas condiciones adecuadas, en cuanto a temperatura y humedad. Antes de finalizar la visita, se preguntó al cuidador a cerca de las dudas que podían haberle surgido y se pactó, la fecha y la hora de la siguiente visita.

En la segunda visita, dedicamos los primeros minutos a revisar los conocimientos y habilidades que había adquirido el cuidador respecto a la enfermedad y la medicación. Comentamos conjuntamente, los aspectos positivos y negativos y, se resolvieron las dudas. Este día se orientó a la enseñanza de una dieta equilibrada, variada y adaptada a la situación de la mujer a la que cuidaba. Se comenzó hablando de la correcta distribución de los nutrientes y de la importancia que poseía el aporte hídrico diario. En este último aspecto, se indicó que, si se encontraban dificultades podría hacerse uso de espesantes. Después, aconsejamos la realización de cinco comidas y creamos un menú semanal adaptado a los gustos de la mujer y, a los del propio cuidador, teniendo en cuenta los recursos de los que disponía este último para ello. Se enseñó la forma adecuada de realizar los purés y papillas y, se recomendó que se efectuara un control semanal del peso. Recomendamos la conservación y preparación de forma correcta de los alimentos. Para finalizar, se sugirió al cuidador que, cuando le diese de comer a la mujer, lo hiciera de forma lenta y en pequeñas cantidades, dando tiempo suficiente y, manteniendo una posición adecuada para evitar la aspiración. Al igual que en la visita anterior, dejamos un espacio de tiempo para que el cuidador nos comentase como veía a la mujer desde la última semana y que dificultades había tenido él en el desempeño de su rol.

La tercera visita se orientó a la enseñanza de la marcha asistida, las transferencias y la movilización de la mujer para, prevenir la aparición de úlceras por presión y lesiones en el cuidador. Explicamos que, la movilización se podía realizar por las mañanas antes de levantar a la mujer de la cama y por la noche al acostarla. Los movimientos serían lentos y progresivos. Se mostró la manera correcta de realizar la marcha

asistida con la mujer. Esta vez, el cuidador se situaría delante de ella. Explicamos cómo realizar las técnicas de transferencia adaptadas a la mujer con Alzheimer, destacando sobre todo, aquellas referentes a la silla de ruedas. Se tuvo en cuenta la seguridad en el entorno y se recomendó despejar el espacio elegido para caminar antes de comenzar. Por último, valoramos nuevamente la adquisición de conocimientos y la repercusión que tenían estos sobre el estado de salud de ambos.

Durante la cuarta y última visita, explicamos la forma idónea de realizar el aseo, valorar la piel y mantener una correcta hidratación utilizando crema donde fuera necesario. Nos aseguramos de que el cuidador sabía efectuar un buen secado tras el aseo y, no olvidaba revisar los pies de la paciente. Durante el secado de estos, debía introducir la toalla en el espacio entre los dedos y valorar la presencia de callos o durezas, así como, el estado de las uñas. También, quisimos incluir la higiene bucal diaria que, se realizaría en decúbito lateral para evitar la aspiración. El uso de prendas cómodas y fáciles de quitar ayudaría al cuidador a cambiar la ropa fácilmente o durante la colocación de un pañal limpio. Se informó al cuidador acerca de la posibilidad de solicitar un cojín antiescaras a través de su centro de salud donde también, podría consultar la existencia de grupos de apoyo a los cuidadores para continuar formándose y recibir información acerca de los recursos existentes para su caso.

Al terminar la visita se realizó una reflexión sobre lo que el cuidador había aprendido y los cambios que había notado en el estado de la mujer, para construir una impresión global de la labor efectuada durante el último mes de forma conjunta. Por último y antes de despedirnos, le entregamos la *“Guía práctica para el cuidado en el entorno familiar de personas en situación de dependencia”*³² para que la tuviese a mano junto con el manual que se entregó en la primera visita. Ambos documentos le ayudarían en el desempeño de su papel como cuidador, ya que, recogen información específica y son un soporte más para el cuidado en el domicilio.

e) Fase de Evaluación:

A continuación, pasaremos a evaluar el plan de cuidados, para ello, utilizaremos la puntuación establecida para los indicadores de cada uno de los objetivos, según la escala Likert. En un principio, se estableció un valor inicial que se correspondía con el resultado obtenido al valorar a la mujer. A partir de este punto, nos fijamos un valor diana que, se alcanzaría si nuestro plan de cuidados era el más indicado para los problemas que se detectaron en la mujer y su cuidador. Como podemos observar, nuestro plan es efectivo, ya que, la consecución de cada uno de los indicadores ha evolucionado hacia lo que nos propusimos en la realización del plan de cuidados enfermeros.

El diagnóstico “Déficit de conocimientos” se ha resuelto debido a que el cuidador mostró una actitud colaboradora durante las visitas domiciliarias, lo que hizo que su autoestima se incrementara y adquiriese habilidades suficientes para sentirse seguro en su labor de cuidador. Gracias a ello, el diagnóstico “Riesgo de Cansancio del Rol del cuidador” se resuelve ya que el cuidador, pese a poseer un gran número de actividades en su jornada diaria, verbalizaba la capacidad para afrontarlas con los conocimientos que ha ido adquiriendo.

En cuanto a la paciente con Alzheimer, cabe destacar que ha mejorado su movilidad física y la piel se presenta hidratada y elástica. Los últimos diagnósticos, “Riesgo de caídas” y “Riesgo de aspiración” se han solucionado, debido a la labor que el cuidador realizó, escogiendo el momento más adecuado para andar con ella, a la vez que mantenía un entorno seguro para la marcha y dando tiempo suficiente en las comidas colocándola, en una postura adecuada. Además, el cuidador principal de la paciente ha empezado a asistir a las diferentes sesiones que hay organizadas para el grupo de apoyo a cuidadores de su centro de salud y reconoce sentirse muy satisfecho. Gracias a estas, terminara de adquirir las habilidades necesarias para adaptar sus cuidados al estado de salud y la fase de la enfermedad que la mujer valla presentando.

1. Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea ²⁹				
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor Diana	Valor Final
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110103 Elasticidad	4	5	5
	110104 Hidratación	4	5	5
	110108 Textura	4	5	5
	Escala Likert: Gravemente comprometido (1) - No comprometido (5)			

Tabla 9: Evolución de los objetivos e indicadores del Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea. Fuente propia: 2015.

2.- Riesgo de Aspiración ²⁹				
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor Diana	Valor Final
1918 Prevención de la aspiración	191801 Identificar factores de riesgo	1	5	5
	191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria	3	5	5
	191808 Utiliza espesantes líquidos según precisa	1	5	5
	Escala Likert: Nunca demostrado (1) – Siempre demostrado (5)			

Tabla 10: Evolución de los objetivos e indicadores del Riesgo de Aspiración. Fuente propia: 2015.

3.- Riesgo de Caídas ²⁹				
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor Diana	Valor Final
1828 Conocimiento: Prevención de caídas	182809 Uso procedimientos seguros de traslado	2	5	5
	182817 Cómo deambular de manera segura	2	5	5
	182818 Importancia de mantener el camino libre	2	5	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)			

Tabla 11: Evolución de los objetivos e indicadores del Riesgo de Caídas. Fuente propia: 2015.

4.- Riesgo de Cansancio del Rol del Cuidador ²⁹				
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución		
		Valor Inicial	Valor Diana	Valor Final
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria	2	5	5
	220202 Conocimiento sobre el papel del cuidador familiar	2	5	5
	220210 Conocimiento de cuidados en el seguimiento	2	5	5
	Escala Likert: Inadecuado (1) – Completamente adecuado (5)			

Tabla 12: Evolución de los objetivos e indicadores del Riesgo de Cansancio del Rol del Cuidador. Fuente propia: 2015

5.- Déficit de Conocimientos ²⁹				
Objetivo (NOC) ³⁰	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor Final	Valor Diana
1854 Conocimiento: dieta saludable	Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas	3	5	5
	Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas	2	5	5
	Ingesta diaria de nutrientes adecuada a las necesidades metabólicas	2	5	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)			
1851 Conocimiento: manejo de la	Tipo de demencia	2	5	5
	Fases de la demencia	1	5	5
Demencia	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)			
1808 Conocimiento: medicación	Nombre correcto de la medicación	2	5	5
	Efectos terapéuticos de la medicación	1	5	5
	Efectos secundarios de la medicación	1	5	5
	Efectos adversos de la medicación	1	5	5
	Uso correcto de la medicación prescrita	2	5	5
	Almacenamiento adecuado de la medicación	2	5	5
	Escala Likert: Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)			

Tabla 13: Evolución de los objetivos e indicadores del Déficit de conocimientos. Fuente propia: 2015.

6.-Conclusión:

Tras la realización del caso clínico sería apropiado recoger algunas ideas. La enfermedad de Alzheimer continúa aumentando, siendo una enfermedad difícil de sobrellevar y que afecta a todo el núcleo familiar pero, especialmente, a la persona que padece la enfermedad y a la que se encarga diariamente de su cuidado³. A pesar de que la ciencia sigue avanzando y, cada vez hay más información sobre los diferentes estudios de investigación que se realizan, no podemos olvidarnos de que esta enfermedad no dispone hasta el momento, de una cura. Los medios a nuestro alcance sirven para modular su curso y tratar los síntomas que van apareciendo. La instauración temprana de un tratamiento tanto farmacológico como, no farmacológico, nos permite evitar posibles complicaciones y, la realización de cuidados adaptados a las características del paciente, mejoran la calidad de vida del enfermo con EA y su cuidador.

Un pilar básico en la enfermedad es la formación, para promover el desarrollo de habilidades en el cuidado, puesto que, en la mayoría de los casos la inseguridad en la ejecución de estos y el déficit de conocimientos, generan un aumento de la carga en el cuidador que, a su vez incrementa el número de institucionalizaciones de los enfermos⁵. Para ello, es fundamental la orientación del paciente, del cuidador principal y de su familia a través actividades educativas creando, una red de apoyo que se mantenga durante la evolución de la enfermedad².

La Enfermera de Atención Primaria recibe con frecuencia en su consulta personas que han notado olvidos que, se hacen cada vez más frecuentes o bien, familiares que afirman haber percibido cambios en su allegado durante los últimos meses⁵. Esta podrá entonces, establecer un plan de cuidados precoz desde la consulta donde, además, se controlaran los factores de riesgo que el paciente presente tras, la realización de un cribado de demencias que evidencie la presencia de un deterioro cognitivo. En el domicilio, la Enfermera ofrecerá cuidados adaptados a la etapa de la enfermedad en la que el paciente se encuentre, pudiendo realizar modificaciones ante la presencia de cambios evidentes, causados por el propio curso de la enfermedad². Por ello, la valoración y evaluación del paciente se hará de forma continuada.

En nuestro caso nos hemos encontrado con un cuidador motivado con su rol y con iniciativa pero, con un déficit de conocimientos que impedía la realización de un adecuado cuidado a la mujer con Alzheimer. Por ello, se estableció como objetivo la formación, información y dotación de las habilidades necesarias para desarrollar un cuidado que mejorase el día a día, tanto de la paciente como de su cuidador. Por el contrario, de habernos encontrado con una etapa más temprana de la enfermedad, la propia mujer podría haber ejercido un papel activo en el plan de cuidados, manteniendo así, cierto nivel de independencia. Sin embargo, en este caso, la mujer ha perdido las habilidades necesarias y es por lo tanto, el cuidador es el único responsable de la adquisición de estas. Además, el tiempo que se ha dedicado en cada visita domiciliaria ha sido más amplio que el que podría dedicar la Enfermera de Atención Primaria pero, ha resultado imprescindible para alcanzar los objetivos propuestos. Ante la situación que nos hemos encontrado podríamos plantearnos continuar con la preparación del cuidado, incluyendo en este punto a la familia de la paciente para establecer objetivos de cara a la última etapa de la enfermedad de tal forma que, se prevengan complicaciones y se disminuya, el estrés psicológico y físico causado por la muerte en vida de un ser querido.

7.- Bibliografía:

-
- ¹ Romero F, Domínguez R, Barahona R, Rodríguez O. Demencias. Medicine [Internet]. 2015 [consultado 22 Mar 2015]; 11(72): 4297-4305. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com/avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0304541215000025>
- ² García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, Martínez M, Pina LM et al. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enferm Docente [Internet]. 2013 [consultado 24 Mar 2015]; 101: 36-40. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/101/r101-036.php>
- ³ Osuna RM, López O, Caballero MJ. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros. Hygia de enfermería: Revista científica del colegio [Internet]. 2013 [consultado 24 Mar 2015]; 20(84):57-60. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia84.pdf>
- ⁴ Moldes RM. Enfermería Médico-quirúrgica 3: Sistema neurosensorial. Demencias. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2014. p. 947-949
- ⁵ Navarro E, Conde MA, Villanueva JA. Enfermedad de Alzheimer. Medicine [Internet]. 2015 [consultado 22 Mar 2015]; 11(72):4306-4315. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com/avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0304541215000037>
- ⁶ Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya [Internet]. 2010 [consultado 23 Mar 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

⁷ Allegri, RF, Arizaga RL, Bavec CV, Colli LP, Demey I, Fernández MC et al. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. Neurol Arg [Internet]. 2011 [consultado 13 Abr 2015]; 3 (2): 120-137. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S185300281170026X>

⁸ Garre, J. Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. Alzheimer. Real Invest Demenc [Internet]. 2007 [consultado 28 Abr 2015]; 35: 4-11. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0161.pdf>

⁹ Sánchez D, Bravo N, Miranda J, Olazarán J. Tratamiento de la enfermedad del Alzheimer. Medicine [Internet]. 2015 [consultado 23 Mar 2015]; 11(72): 4316-4322. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.avalos.ujaen.es/science/article/pii/S0304541215000049>

¹⁰ INE: Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2013. Notas de prensa [Internet]. 27 de febrero de 2015. [consultado 25 Mar 2015]; 1-8. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

¹¹ Consejería de Salud. II Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud [Internet]; 2007 [consultado 24 Mar 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alzheimer/plan_alzheimer_2007_2010/plan_andaluz_alzheimer_2007.pdf

¹² Abianza P, Jordán J. Conocer para aceptar: Enfermedad de Alzheimer. 1ª ed. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha; 2011.

¹³ kNOW Alzheimer. Respuestas concretas a dudas reales [Internet]. Barcelona: kNOW Alzheimer; 2013 [actualizado 30 Abr 2014, consultado 17 Abr 2015]. La enfermedad de Alzheimer, un reto global; [aprox. 2 pantallas].

Disponible en: <http://knowalzheimer.com/la-enfermedad-de-alzheimer-un-reto-global/>

¹⁴ Brescané R, Tomé G. Manual de consulta para cuidadores y familiares. Barcelona: Profármaco.2 [Internet]; 2014 [consultado 17 Abr 2015]. Disponible en: http://knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2013/09/KA_Manual_Cuidad.pdf

¹⁵ Méndez R, Molina E, Téna-Dávila M, Yagüe A. Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: “Querer cuidar, saber hacerlo”. Madrid: Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid [Internet]; 2010 [consultado 17 Abr 2015]. Disponible en: http://www.amma.es/pdf/guia_familiares_enfermos_alzheimer_aytomadrid.pdf

¹⁶ Carretero VI, Pérez C, Sánchez-Valladares V, Balbás A. Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofía. Madrid [Internet]; 2010 [consultado 17 Abr 2015]. Disponible en: http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf

¹⁷ CEAFA: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias [Internet]. Pamplona: CEAFA; 2000. [consultado 7 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.ceafa.es/es/>

¹⁸ Mar J, Soto M, Arrospide A, Moreno F, Martinez P. Fitting the epidemiology and neuropathology of the early stages of Alzheimer’s disease to prevent dementia [Abstract]. Alzheimer’s Research & Therapy Bio Med Central [Internet]. 2015 [consultado 7 Abril 2015]; 7 (2): 1-8. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s13195-014-0079-9.pdf>

¹⁹ Toledo J. Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. Real Invest Demenc [Internet]. 2011 [consultado 7 Abr 2015]; 47: 16-23. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0228.pdf>

²⁰ Campdelacreu J. Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. Neurología [Internet]. 2014 [consultado 13 Abr 2015]; 29(9):541-549. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485312001090>

²¹ Swearingen PL. Manual de enfermería médico-quirúrgica: Intervenciones y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008. p. 384-398

²² Castellón A, Gómez MA, Martos A. Alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer. SEMERGEN [Internet]. 2005 [consultado 25 Mar 2015]; 31(11): 541-545. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359305729877>

²³ Soledad N, Pérez C. Terapias no farmacológicas en pacientes con demencia tipo Alzheimer. REDUCA [Internet]. 2014; [consultado 17 Abr 2015]; 6 (4): 268-273. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1824>

²⁴ Consejería de Salud. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud [Internet]; 2004 [consultado 24 Mar 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicacion/es/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf

²⁵ Villarejo A, Puertas V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Neurología [Internet]. 2011 [consultado 2 Abr 2015]; 26 (7): 425-433. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-utilidad-los-test-breves-el-90025349>

²⁶ Gómez M, Jiménez M, Rodríguez J, Flores A, Garrido EM, González MV. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la

demencia. Revisión sistemática. Neurología [Internet]. 2014 [Consultado 24 Mar 2015]: 1-11. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002485>

²⁷ Marriner A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby-Doyma libros; 2002. p. 98-108

²⁸ Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre [Internet]. Boletín Oficial del Estado [consultado 24 Mar 2015], nº 299, (15-12-2006). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

²⁹ Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

³⁰ Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.

³¹ Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

³² Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Guía práctica para el cuidado en el entorno familiar de personas en situación de dependencia. Sevilla: Junta de Andalucía [Internet]; 2009 [consultado 17 Abr 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodiest/Dependencias/Publicacion/Guia_Practica_Cuidadores/GuxaPrxticaCuidador es.pdf