



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**Cuidado de Enfermería a una persona con alteración de la  
Necesidad de Alimentación e Hidratación**

**QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Josefina Camarillo Colmenares  
No. Cta. 077547783**

**Mtra. Angelina Rivera Montiel  
DIRECTORA**



México D.F. MARZO 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTO**

**“Por el instante cuando mi padre miró a los ojos a mi madre y fui concebida, al universo por confabularse para que continúe por la vida, al aire por permitir respirarlo, a la tierra a la que algún día volveré.”**

**Nena, peto, kupa, flor más bella del ejido, loza, adrián y por supuesto madison.**

**Kabach, lalo, kas, ale.**

**Sin olvidar mencionar a todas aquellas personas que han participado en mi entorno y que intrínsecamente me dan fortaleza y creen en mí.**

## INDICE.

	PAG
- Introducción.	1
- Justificación.	3
I. Objetivos.	4
II. Marco de referencia	5
2.1 Definición de Enfermería.	5
2.2 Proceso Atención de Enfermería.	5
2.2.1 Antecedentes históricos.	5
2.2.2 Concepto.	6
2.2.3 Objetivos del Proceso de Enfermería.	6
2.2.4 Características.	6
2.2.5 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.	7
2.3. Teorías de Enfermería.	17
2.3.1 Modelo de Virginia Henderson.	17
2.4 Demencia tipo Alzheimer.	22
2.5 Valores y Ética.	41
2.5.1 La ética tradicional de Enfermería y la bioética.	41
2.5.2 Principios éticos de la práctica profesional de la enfermera.	44
2.5.3 Principios éticos de la enfermera ante pacientes con enfermedad de Alzheimer.	45
2.5.4 Decálogo de los derechos de la vejez de Alonso Acuña (1984).	49
III. Metodología.	50
3.1 Valoración.	50
3.2 Diagnóstico de Enfermería.	51
3.3 Planificación.	51
3.4 Ejecución.	52
3.5 Evaluación.	52
IV. Aplicación Práctica Del Proceso Atención De Enfermería.	53
4.1 Datos Generales.	53
4.2 Presentación del caso.	53
4.3 Valoración por necesidades.	56
4.4 Diagnostico de Enfermería identificados.	65
4.5 Plan de atención enfermería.	68
4.6 Plan de alta.	72
- Conclusiones.	76
- Bibliografía.	77
- Anexos.	79

## INTRODUCCIÓN

El anciano con la enfermedad de Alzheimer es un ser humano, cuyo proceso de envejecimiento se ha comportado de forma anormal y como todo ser humano necesita cuidado que requiere de una gran dosis de humanidad hasta su estadio final.

La demencia tipo Alzheimer es un problema de gran magnitud por el deterioro que implica para la persona enferma, la dedicación que precisa por parte de quienes le cuidan, el impacto familiar y sobre todo la escasez de recursos terapéuticos eficaces. A corto plazo en México se espera un aumento de su prevalencia por el envejecimiento progresivo de la población.

La demencia tipo Alzheimer provoca el 25% de todas las dependencias y se calcula que el 40% de las personas con esta enfermedad presenta una situación de gran dependencia, es decir la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria y varias veces al día y por la pérdida total de la autonomía mental y física, necesita la presencia indispensable y continúa de otra persona, que en este caso es la profesional de enfermería. A esto se le añade que el 70% de las personas viven en su domicilio a cargo de otra persona que con frecuencia presenta con el tiempo el síndrome de sobrecarga o cuidador.

Debe ayudarse a proteger y promover los derechos de cada paciente en el mantenimiento de la privacidad, en la ausencia de abusos y respetar todos sus derechos.

El deterioro cognitivo puede limitar la comunicación y la autodeterminación, pero los pacientes deben recibir los cuidados y servicios necesarios para alcanzar o mantener el mayor nivel de bienestar físico, psíquico, mental y social, de acuerdo con una valoración exhaustiva y un plan de cuidados establecido, con rigor científico y enfoque humanista.

El envejecimiento de la población mexicana tiene algunas tendencias que son similares a nivel internacional, así que el aumento de la población de edad avanzada debido a la baja tasa de natalidad, aumento de la esperanza de vida, desarrollo de nuevas tecnologías que tienen tratamientos que hasta hace unos años eran impensables, una perspectiva y un pronóstico favorables de vida para algunos trastornos.

Siendo la enfermería una disciplina clínica cuyo único fin es aplicar los conocimientos, y destrezas, pero sobre todo la sistematización del cuidado para mejorar la calidad de los servicios que se otorgan a las personas, de tal manera

que estas personas se integren a la vida diaria con actividades cotidianas que le permitan una calidad de vida en un entorno favorable.

Aquí se presenta un Proceso Atención de Enfermería (PAE) a una persona adulta mayor con Demencia tipo Alzheimer y que se encontraba institucionalizada en el Hospital General Atizapán ISEM, este proceso se integra a partir de la exposición de motivos, el desarrollo del marco teórico donde se hace mención de la patología y la necesidad de cuidar a esta persona, la metodología, la presentación del caso clínico, y el desarrollo del plan de cuidados con intervenciones específicas y finalmente la evaluación donde se muestran los logros obtenidos de los objetivos planteados.

## **JUSTIFICACIÓN**

La persona de edad avanzada con demencia tipo Alzheimer, donde el principal problema es que la persona va perdiendo la capacidad mental, el raciocinio y sobre todo no comprende lo que se le dice, de tal forma que al no entender se frustra y puede mostrar indiferencia e incluso agresividad, situación que a largo plazo colapsa al familiar por no saber qué hacer en estos casos, ya que dicha condición los sitúa en un estado donde el choque de sentimientos y emociones les genera enojo, frustración, culpa y tristeza.

De igual manera el cuidado en las instituciones de salud no es el adecuado ya que la persona con Enfermedad de Alzheimer no sabe recibir órdenes sino indicaciones; no se somete, se le guía, no se le tolera se le entiende y al parecer las personas que están a su cuidado aún no cuentan con la preparación suficiente para ofrecer un trato digno y humano, que toda persona merece.

Esta necesidad real de cuidar y hacer frente al cuidado, así como adquirir nuevas actitudes, habilidades, valores, y sobre todo aplicar la metodología del Proceso Atención de Enfermería a personas con enfermedad Alzheimer, siguiendo la teoría de Virginia Henderson.

Según Henderson, "aprender es la necesidad que presenta el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para modificar su comportamiento o para adquirir otros nuevos con el fin de mantener o recuperar la salud".

# **I. OBJETIVOS**

## **1.1. General.**

Aplicar la metodología, del Proceso de Enfermería en el cuidado de la persona con Demencia Senil Tipo Alzheimer, reforzando las intervenciones en el marco del modelo de Virginia Henderson, a fin de que disfrute de una mejor calidad de vida en un entorno saludable, durante su estancia hospitalaria.

## **1.2 Específicos**

- ✓ Establecer un vínculo de comunicación con la persona y su familia, para brindar un cuidado acorde a sus necesidades
- ✓ Valorar e identificar las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson.
- ✓ Establecer Diagnósticos de las necesidades alteradas y priorizadas.
- ✓ Planificar los cuidados de enfermería para ayudar a la persona en la satisfacción de las necesidades afectadas.
- ✓ Realizar evaluación correspondiente y verificar logros obtenidos.
- ✓ Colaborar en la limitación de daños y ofrecer una mejor calidad de vida.

## **II. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1. Definición de Enfermería**

En la actualidad la enfermería es entendida como el arte y la ciencia de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales, con una concepción holística del hombre, en la solución de las respuestas fitopatologías, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos, filosóficos, éticos y disciplinares<sup>1</sup>.

La enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico ya que cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos; como toda disciplina requiere para su crecimiento y desarrollo el compromiso de sus miembros, en el desarrollo de actividades de investigación que posibilite la validación, fortalecimiento, anulación o bien generación de nuevas teorías que refuercen y den sentido a la práctica profesional y contar con conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, incorporen a su formación aspectos filosóficos, epistemológicos, éticos y humanísticos, que en su conjunto le permitan abordar la complejidad de la respuesta humana a la salud.

La consolidación de la enfermería como disciplina, ha dependido en gran medida del fortalecimiento de su marco filosófico epistemológico a través del estudio e investigación del fenómeno de cuidado. Se considera que el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan y que varían culturalmente.

### **2.2 Proceso Atención de Enfermería.**

#### **2.2.1 Antecedentes Históricos.**

El Proceso Atención de Enfermería tiene su origen en el año de 1955 Lidia Hall empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación básica de su conferencia “la asistencia sanitaria es un proceso”, definió el empleo de varias preposiciones que indican una relación y pueden utilizarse

---

<sup>1</sup> Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5ª. ed). México: Masson.

para evaluar el grado de calidad del proceso de la asistencia sanitaria. Las preposiciones son: asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente. Ida Jean Orlando fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de asistencia sanitaria. Actualmente este término define el proceso fundamental mediante el cual se satisfacen los propósitos de la asistencia de enfermería.

### **2.2.2 Concepto.**

El proceso es el método que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; consta de cinco etapas: 1: valoración, 2: diagnóstico, 3: planificación, 4: ejecución, 5: evaluación.

### **2.2.3 Objetivo del Proceso de Enfermería**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

### **2.2.4 Características.**

El Proceso Atención de Enfermería se caracteriza por:

- ✓ Tener una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- ✓ Ser sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✓ Ser dinámico: Responde a un cambio continuo.
- ✓ Ser interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- ✓ Ser flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- ✓ Tener una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## 2.2.5 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

A través de su proceso histórico, el Proceso Atención de Enfermería ha sido descrito como un proceso de tres, cuatro o hasta cinco etapas. Para fines de este trabajo, el Proceso de Enfermería será descrito como un método integrado por cinco etapas:



A continuación se describe cada una de ellas:

### PRIMERA FASE: VALORACIÓN:

La valoración es la primera etapa del Proceso Atención de Enfermería y se define como un proceso organizado y sistemático de recolección de información sobre el estado de salud de la persona, familia o comunidad”<sup>2</sup>.

Los datos que se obtienen se enfocan a cinco áreas en particular: biofisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual.

Es a partir de estos datos que la enfermera identifica los diagnósticos de enfermería que dificultan la independencia de las personas para la satisfacción de sus 14 Necesidades Fundamentales<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Alfaro-LeFevre R. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración, Masson, Barcelona.

La valoración a su vez implica las siguientes fases: La recogida de datos, la validación y organización de los datos y su registro.

Para la recolección de la información se utilizan diferentes medios que requieren el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos en íntima relación con la práctica, de manera que se conviertan en una experiencia cotidiana para la enfermera, validación deberá tener un proceso de razonamiento deductivo y de juicio, lo que permite decidir qué información tiene significado en relación con el estado de salud de la persona, siendo el razonamiento deductivo el que supone al proceso atribuir un nuevo significado a los datos clínicos conocidos. La valoración de un problema supone obtención, estimación y un juicio de valor con significado de los datos, lo que permite a la enfermera comprender mejor los problemas y buscar relación entre ellos, siendo la esencia del pensamiento crítico y la solución clínica del problema de esta forma la enfermera valida y verifica cualquier inferencia o suposición logrando la validación por medio de la comprobación de datos con otra fuente, durante la agrupación de datos la enfermera reconoce y concentra su atención en las funciones de la persona que precisan apoyo o ayuda para su recuperación.

El registro de datos significativos consiste en anotarlos de forma minuciosa y exacta en una libreta o como dato que responda a la guía de valoración, es significativa cuando se reflexiona antes de escribir ya que considera la regla básica el anotar todas las observaciones realizadas a la persona, sin emitir juicios de valor, mantener confidencialidad o con connotaciones negativas.

El tipo de datos que se obtienen de la valoración son: datos subjetivos, datos objetivos, datos históricos y datos actuales.

Durante la valoración existen datos que por su naturaleza se clasifican en:

**Subjetivos:** se refieren a las percepciones de las personas sobre sus problemas de salud, la persona lo expresa verbalmente o por escrito.

**Objetivos:** se refiere a las observaciones o mediciones de datos somáticos, fisiológicos, fisiopatológicos, hábitos, costumbres entre otros; realizadas por el

---

<sup>3</sup>Proceso Atención de Enfermería. Manuscrito elaborado como parte del material didáctico de la asignatura de Enfermería Fundamental perteneciente al Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO-UNAM, impartido en el Sistema de Universidad Abierta y a Distancia SUA-2010

profesional de enfermería, estas se encuentran organizadas para su medición en diferentes sistemas estandarizados de forma universal.

Las fuentes de valoración pueden ser directas e indirectas.

Se considera que la persona es una fuente de información directa, debido a que es quien puede responder sobre su estado de salud, estilo de vida y enfermedades que padece actuales y anteriores, la percepción de los síntomas y signos además de la forma en que evoluciona.

Los familiares y allegados se convierten en fuentes de información indirecta y otros profesionales proporcionarían información relevante sobre su evolución y su entorno.

El expediente clínico es un instrumento normado por la Secretaría de Salud con responsabilidad legal que proporciona documentos escritos, gráficos e imágenes lógicas con registros, anotaciones y certificaciones de la persona correspondiente.

Para la obtención de datos, las enfermeras recurren a dos fuentes de información:

- a) Las primarias o fuentes directas: La información la proporciona la persona sana o enferma que requiere de los cuidados profesionales de la enfermera.
- b) Las secundarias o fuentes indirectas: La información se obtiene a partir de familiares, amigos o integrantes de la comunidad en la que vive y se desarrolla la persona cuidada, así como de otros profesionales o bien de libros, artículos, etc.

Las técnicas que se utilizan para la recolección de los datos son: la entrevista, la observación y el método clínico.

### **Entrevista:**

Es un medio de valoración que implica un modelo de comunicación, se inicia con un fin específico y centrado en un área de contenido específico, cuya finalidad es el obtener la historia clínica de enfermería, identificar las necesidades humanas y los factores de riesgo a la salud, se identifican los cambios específicos ocurridos en el bienestar y el estilo de vida de la persona, se considera la base fundamental en esta etapa; ya que implica que la enfermera escuche a la persona, establezca una relación empática enfermera-paciente para obtener información precisa y validar los datos obtenidos (objetivos y subjetivos).

### **Observación:**

Es un medio que requiere de la utilización de todos los sentidos para la obtención de información relevante sobre la persona y su entorno, con respecto a su estado de salud-enfermedad.

Con la observación se obtienen datos de la persona en todas sus esferas (biológica, psicológica, social y espiritual), la información se organiza y es determinada por el modelo empleado para el desarrollo de la práctica profesional.

### **Método Clínico:**

La valoración física, en esta se contempla la toma y registro de las constantes vitales, así como la medición y el examen de todas partes del cuerpo usando las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato, cada técnica requiere que sigan ciertos principios para asegurar la recolección exacta de datos, la cual debe ser de forma sistemática, en busca de anomalías que puedan dar información acerca de problemas anteriores de salud, así como los actuales y los potenciales.

## **SEGUNDA FASE: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

La segunda etapa del Proceso de Enfermería corresponde al “*diagnóstico de enfermería*”, la cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar de manera independiente<sup>4</sup>; por tanto, el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales<sup>5</sup>.

De acuerdo a la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), describen los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> K. Avant. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2002-2003.

<sup>5</sup> NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011

<sup>6</sup> Gordon M. (1982). Manual de diagnósticos de Enfermería.

Así, el diagnóstico de enfermería es un proceso de operaciones cognitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración pueda realizar un juicio clínico detectando la situación de salud o de las necesidades humanas.

Por tanto, la Enfermería debe combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos; es decir, tendrá que conjugar una buena aptitud para reunir datos, una capacidad intelectual para analizarlos y confrontarlos con un marco de referencia y por supuesto su experiencia clínica.<sup>7</sup>

#### Esquema. Factores que intervienen en la identificación de los diagnósticos de enfermería



<sup>7</sup>Griffith, Janet W & Chirstensen, Paula J (1982). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con características. Según Carpenito<sup>8</sup> estos pueden ser:

El Diagnóstico de Bienestar	El Diagnóstico Real	El Diagnóstico de Alto riesgo o Potencial	El Diagnóstico posible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.</li> </ul>

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico:

<p>los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte;</p>
<p>los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo);</p>
<p>y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes o etiología, y signos y síntomas).</p>

Existe una estructura donde el enunciado de un diagnóstico de enfermería, lo podemos realizar en dos y tres partes según nos enfrentemos a formular un diagnóstico consecuencia de un problema potencial o posible (enunciado en dos partes) o por el contrario sean a consecuencia de un problema real (enunciado en tres partes)<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Carpenito, L. (1995). Diagnósticos de enfermería.

<sup>9</sup> Griffith, Janet W & Chirstensen, Paula J (1982). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.

<b>Formato PES<sup>10</sup></b> (Gordon 1976)	<b>Formato NANDA<sup>11</sup></b> <b>(1990)</b>
P= problema	Etiqueta diagnóstica
E= Etiología	Factores relacionados o factor de riesgo
S=signos y síntomas	Características definitorias

### **El proceso diagnóstico**

El diagnóstico es la segunda etapa del proceso de enfermería, la cual consiste en la identificación de la respuesta humana a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal, están capacitadas para tratar de manera independiente.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los Diagnósticos de Enfermería, mencionando que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Avant (1990), describió la necesidad de aplicar el arte como la ciencia para construir los diagnósticos de enfermería, en primer lugar requiere de una fuerza creativa para estimular el desarrollo de denominaciones diagnósticas ingeniosas y estructuras taxonómicas (el arte), segundo validación de los conceptos, los diagnósticos de enfermería y estructura taxonomía (ciencia).

El proceso diagnóstico define problemas reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar. (Gordon, 1982).

La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o

<sup>10</sup> Gordon, M. (1982). *Manual de diagnósticos de enfermería*.

<sup>11</sup> NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011.

prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería (Carpenito, 19889).

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales, el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de lo que es responsable la enfermera (NANDA, 1990).

### **TERCERA FASE: PLANIFICACIÓN**

La planificación es la etapa en la cual la enfermera toma decisiones acerca de los cuidados que ayudarían a la persona a resolver los problemas que afectaban la autonomía de la persona para satisfacer sus necesidades o bien a recuperar su salud ante la presencia de enfermedad.

Se buscan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

La planificación es la etapa en la cual se determina qué cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior. Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro, así como el establecimiento de los criterios de resultado para cada objetivo.

En las actuaciones de urgencia, es recomendable que el profesional reconozca la utilización de planes de cuidados estandarizados o necesarios en cada problema los protocolos validados y reconocidos (Atención en pacientes con ansiedad, etc.)

La planificación de cuidados exige al profesional de enfermería un gran esfuerzo de síntesis y relación para determinar la gravedad o la afectación del problema, de los recursos de los que dispone y del tiempo necesario para lograr la recuperación del paciente. En muchas ocasiones, se planificarán actividades que logren varios objetivos a la vez y en otras ocasiones se planificarán actividades para el logro de un sólo objetivo.

Las intervenciones de enfermería son las acciones o intervenciones específicas

- Que van dirigidas a ayudar a una persona a lograr resultados esperados, y
- Pueden agruparse en dos categorías:

**a) Intervenciones de cuidados directos:** son aquellas acciones realizadas mediante interacción directa con la persona.

**b) Intervenciones de cuidados indirectos:** son acciones realizadas lejos de la persona y en beneficio de esta, los cuidados se dirigen al manejo del entorno o de la colaboración con el equipo de salud.

Las intervenciones deben reunir ciertas características como:

- 1.-Ser coherentes con el plan de cuidado general
- 2.-Basarse en principios científicos
- 3.-Ser individualizados
- 4.- Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje
- 5.- Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

#### **CUARTA FASE: EJECUCIÓN**

La ejecución es la cuarta fase del Proceso Atención de Enfermería, es la aplicación práctica de la planificación. Una vez que se han identificado los problemas y capacidades, se ha orientado un plan de acción o Plan de cuidados y se ponen en práctica las estrategias terapéuticas.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.

Es el cómo se realizan las actividades (Como se administra el oxígeno, cómo se canaliza una vía, etc.)

- ✓ Qué orden de intervenciones se realiza ante una situación determinada.
- ✓ Quién realiza la acción en cada momento
- ✓ Qué material se debe utilizar
- ✓ Cómo se coloca al paciente

A su vez, la ejecución considera diferentes etapas:

- ✓ Valorar situación actual y garantizar la seguridad de todos. (Medidas de seguridad del paciente y los profesionales)

- ✓ Aplicar los protocolos e intervenciones que se han identificado en la planificación aplicando plan de cuidados estandarizado y/o protocolo de actuación inmediata.
- ✓ Registrar los datos derivados de las respuestas humanas como consecuencia de la ejecución de las intervenciones planificadas.

Todas las actuaciones tienen que estar suficientemente justificadas, y además corresponder a la situación que hemos detectado. Todas las actuaciones deben quedar perfectamente registradas para que puedan evaluarse y sobre todo contabilizarse.

### **QUINTA FASE: EVALUACIÓN**

Se trata de comparar la respuesta de la persona, familia o comunidad y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Se miden los parámetros establecidos en los criterios de resultado – parámetro de medición – estándar e indicadores<sup>12</sup>.

La utilización de criterios de resultados objetivos y la identificación de indicadores centinela para una actuación inmediata en caso de fracaso terapéutico son los Parámetros de esta etapa: (Qué signos son negativos y positivos en la evolución de un paciente al que se le ha administrado un fármaco; grado en que un paciente está consiguiendo superar el problema o nivel de intervención de enfermería requerido, etc.). Es decir es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, se evaluará el logro de los objetivos, examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Los beneficios para el paciente son: Participación en su propio cuidado, continuidad en la atención y mejora la calidad de la atención.

---

<sup>12</sup>Griffith, Janet W & Chirstensen, Paula J (1982). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. México: El Manual Moderno, S.A de C.V.

Para la enfermera: Se convierte en experta, obtienen satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional.

## **2.3. TEORIAS DE ENFERMERIA**

### **2.3.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **Antecedentes**

Virginia nació en 1897 en Kansas Missouri, se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente, esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción, la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara identidad propia, como enfermera graduada siguió interesándole día a día. A partir de la revisión literaria existente en aquellos años sobre enfermería, dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras, no definían en forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podía establecer los principios y la práctica de la profesión.<sup>13</sup>

#### **Desarrollo de la teoría:**

Influencias en el modelo conceptual de Henderson, algunas provienen de la fisióloga Stakpole y otras del psicólogo Thorndike, de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psicosocioculturales. Según esta verosimilitud, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona.

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades sin ayuda, si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite, 1978). El objetivo de la profesión enfermera es

---

<sup>13</sup>El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson

pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam, 1991; Henderson, 1964).

Las consecuencias esperadas son: a corto plazo la satisfacción de las necesidades del cliente, a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o en ciertas situaciones una muerte tranquila (Adam, 1991).

Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

#### **Los elementos más importantes de su teoría son:**

- ✓ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ✓ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ✓ Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ✓ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, la 8 y 9 con la seguridad, la 10 con la propia estima, 11 con la pertenencia y desde la 12 a 14 relacionadas con la auto-actualización.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto le falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependientes).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden

aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a la falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer y que normalmente las tiene cubiertas con la salud y además tiene los conocimientos necesarios para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existe independientemente de la situación en la que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos factores:

a).-Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social y cultural, capacidad física.

b).-Variables: estados patológicos, falta de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al frío, heridas o infección, una enfermedad transmisible, un estado pre o post operatorio, dolores, inmovilización.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar a la persona a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente, describe la relación enfermera-persona, destacando tres niveles de intervención como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

### **Definición de Virginia Henderson de los cuatro conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:**

**Persona:** individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.<sup>14</sup>

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Rol Profesional:** son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de independencia identificado en la persona.

**Entorno:** incluye relaciones con la propia familia, así mismo las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Salud:** la calidad de la salud, más que la vida misma, es en ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

El análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando, los fines son didácticos o bien la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso Enfermero. En este caso, es imprescindible al análisis posterior de dichos datos a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por Henderson de independencia y dependencia.

### **La salud. Independencia/ Dependencia y causas de la dificultad:**

Virginia Henderson, desde su filosofía humanista, consideraba que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

---

<sup>14</sup>El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como falta de fuerza, de conocimiento o falta de voluntad.

**Independencia:** es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo o situación.

**Dependencia:** Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

### **Necesidades**

- 1.-Necesidad de Oxigenación
- 2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación
- 3.-Necesidad de Eliminación
- 4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura
- 5.-Necesidad de Descanso y Sueño
- 6.-Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas
- 7.-Necesidad de Termorregulación
- 8.-Necesidad de Higiene y Protección de Piel
- 9.-Necesidad de Evitar Peligros
- 10.-Necesidad de Comunicarse
- 11.-Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores
- 12.-Necesidad de Trabajar y Realizarse
- 13.-Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas
- 14.-Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todas las personas. Si cada una, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a los largo de su vida.<sup>15</sup>

Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas, vienen determinadas por los aspectos biológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde el punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser

---

<sup>15</sup>El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson

humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

## **2.4 Demencia tipo Alzheimer**

### **Antecedentes Históricos de la enfermedad de Alzheimer**

Aloes Alzheimer, neurólogo alemán describió el primer caso de la enfermedad que hoy lleva su nombre en un trabajo de página y media en 1907 donde siguió el curso clínico de una mujer cuyo demencia comenzó a los 51 años y que acabó con su vida 4 o 5 años después, realizó un estudio anatómico-patológico postmortem y encontró lesiones que nunca habían sido descritas antes, su trabajo recibió escasa atención y él nunca pudo pensar que su nombre llegaría a ser tan popular casi un siglo después, incluso en la década de 1950 los libros de patología médica solo dedicaban unas cuantas líneas a la Enfermedad Alzheimer, era bien sabido que los adultos mayores padecían procesos seniles, generalmente atribuidos al endurecimiento de las arterias o a un mero proceso de envejecimiento normal.

Solo en la décadas pasada el grupo médico comenzó a entender la Enfermedad de Alzheimer como un proceso activo y malévolo que afecta a personas por encima de los 30 años aunque lo normal es que se manifieste después de los 65 años, las estimaciones sobre la prevalencia de esta enfermedad todavía no son precisas, pero a groso modo 1 de cada 100 personas de la población en general de la mayor parte de los países puede padecerla, el principal factor es la edad por encima de 75 años y la posibilidad de sufrir una demencia es 5 veces en mayores de 65 años.

### **Deterioro cognitivo de la persona con Enfermedad de Alzheimer**

Las personas que desarrollan la enfermedad pasan por etapas progresivas, con características propias, que presentan una correlación inversa a las etapas del desarrollo infantil descritas en la teoría piagetiana, donde Piaget describe el desarrollo infantil en cuatro estadios principales:<sup>16</sup>

a).- Adquisición de la inteligencia sensorio-motriz (0 a 2 años)

---

<sup>16</sup>Pere A., Mora I, Marbá. Tratamiento Psicopedagógico

b).-Adquisición del pensamiento simbólico-preconceptual (2-7años)

c).-Adquisición de las operaciones concretas (7 a 12 años)

d).-Adquisición de operaciones formales (12 años)

A partir de las operaciones concretas se adquiere el pensamiento inteligente del niño, la secuencia de la involución del deterioro cognitivo de la enfermedad

Alzheimer pasa igual por cuatro fases:

a).- Desintegración de las operaciones formales, donde la persona pierde la capacidad para el pensamiento abstracto, maduro y adulto.

b).- La desintegración de las operaciones concretas donde la persona pierde en pensamiento lógico, representativo de la conceptualización y dimensiones del mundo real.

c).- Desintegración del simbolismo, de los preconceptos y del pensamiento intuitivo

d).- Desintegración de la inteligencia sensorio-motriz, la pérdida sensorial y de los reflejos que llevan a la persona hacia un estado casi vegetativo.

La involución patológica comienza en la fase inicial de la enfermedad Alzheimer cuando se va perdiendo el razonamiento abstracto, deductivo y reflexivo, donde la persona afectada tiene una capacidad mental aproximada a la de un niño de 7 años de edad, cuando la enfermedad aumenta la capacidad mental puede llegar hasta la que se aproxima a un niño de 4 años.

A medida que avanza la enfermedad se va desintegrando el pensamiento real y da inicio al pensamiento fantasioso avanzando hacia la pérdida de la inteligencia, es aquí cuando aparece el cuadro franco de demencia con afasia, amnesia, agnosia y apraxia, situando a la enfermedad en la fase grave y con características mentales de funcionamiento sensorial y motriz similar a la que presenta el niño de 4 años, por último en la fase muy grave de la enfermedad, la persona presenta reacciones reflejas y movimientos motores sin control como los de un bebé de menos de 1 año.

La enfermedad de Alzheimer aún no suficientemente conocida especialmente a la que pertenece el comportamiento y la pérdida de la razón pues este síntoma es el primer trastorno que aparece, incluso las primeras señales de pérdida de la memoria.

Desde el inicio parece que la persona afectada no entiende las cosas con la facilidad que lo hacía antes, este inicio suele pasar desapercibido para las familias atribuirse a que la persona es mayor, este primer inicio suele coincidir con una patología mental como la depresión y ansiedad.

## **Demencia**

Se define como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual con afectación de al menos tres áreas de actividad mental, con trastornos de lenguaje, memoria y habilidades Visio espaciales, emocionales, cognitivos y de la personalidad.

Son múltiples las causas de la demencia, correspondiendo aproximadamente a un 50% a Alzheimer, 15% multifario, 22% causas mixtas y un 13% otras.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un padecimiento degenerativo del sistema nervioso central caracterizado por pérdida de memoria y deterioro de las funciones cognoscitivas. Es la forma más común de demencia, por lo general afecta a personas mayores de 60 años de edad, progresando gradualmente en un promedio de 8–10 años. Fue descrita por primera vez en 1911 por Aloes Alzheimer como un desorden neuropsiquiátrico que afectaba a adultos mayores, estudios tempranos de pacientes afectados con esta enfermedad demostraron la presencia de lesiones en la corteza cerebral, que corresponden a marañas neurofibrilares localizadas en las células neuronales y placas neríticas que están formadas por neuritas, células griales y una sustancia amiloidea.

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico, caracterizado por deterioro intelectual respecto a un nivel previo, con frecuencia la evolución es de tipo crónico, pero no irreversible.

En los últimos años se ha podido comprobar que personas con alteración de la memoria leve o compatible con la edad evolucionan a demencia y por lo tanto el concepto de benignidad es erróneo.

Cuando se comprueba que la alteración no es únicamente de la memoria sino que están afectadas otras funciones intelectuales como orientación, lenguaje, cálculo, capacidad de abstracción y planificación y este menoscabo interfiere en mayor o menor intensidad la capacidad de desarrollar actividades cotidianas, estamos ante una demencia.

En todos los casos de demencia es preciso realizar un diagnóstico diferencial correcto y establecer un tratamiento adecuado a cada persona, teniendo en cuenta no solo las alteraciones cognitivas y los problemas conductuales sino todos los factores del entorno social y familiar.<sup>17</sup>

Para establecer el diagnóstico clínico de demencia:

- ✓ La historia clínica es sugestiva a deterioro cognitivo o alteración conductual
- ✓ Confirmación del deterioro por un informador clave (de familiar que convive o conoce a la persona)
- ✓ Demostración de la alteración cognitiva mediante test apropiados a la edad y nivel de escolaridad de la persona
- ✓ Cumplir con los criterios diagnósticos de demencia (DSM IV)

Las demencias, en función de la causa que las origina, se pueden diferenciar en varios tipos:

- a) Degenerativas primarias: Son el grupo más importante. Se tratan de Procesos neurológicos degenerativos, progresivos e irreversibles de los que se desconocen las causas que los producen; entre ellos se encuentra el Alzheimer, la más frecuente de las demencias.
- b) Demencias secundarias: Son las que se producen como efecto de una enfermedad, traumatismo o accidente. Las más representativas son las vasculares, que a su vez pueden ser isquémicas o hemorrágicas.
- c) Demencias mixtas: En ellas se da una combinación de degeneración neuronal y problemas vasculares. Son cuadros muy frecuentes e importantes.
- d) Demencias debidas a otras causas como por déficit de folatos y/o de vitamina B12, las infecciosas, etc. Son demencias que pueden ser

---

<sup>17</sup>Rodríguez r. Morales J, Encinas J. Trujillo Z.D'Hyver C. Geriatria

Reversibles, ya que tratando la causa que las ocasionó pueden mejorar sensiblemente e incluso llegar a remitir.<sup>18</sup>

## **Enfermedad Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer tiene su nombre gracias a neurocientífico alemán llamado Aloes Alzheimer que estudió el caso de una mujer llamada Auguste D. de 51 años la cual tenía trastornos en el lenguaje, problemas de memoria y alteraciones en la conducta. La enfermedad fue avanzando rápidamente y los síntomas fueron haciéndose cada vez más patentes. Después de 5 años la paciente estaba completamente demenciada y con incontinencia urinaria y fecal. Luego aparecieron úlceras de decúbito en sacro y cadera y estaba muy débil. El 8 de Abril de ese año muere por una doble pulmonía y su cerebro fue donado por la familia para autopsia. Es allí cuando Alzheimer lo comienza a estudiar con mucha dedicación.

El describe que el cerebro de Auguste D. estaba atrófico, pesaba menos, tenía profundos surcos, estrechas circunvoluciones y pequeños lóbulos. En el mismo año Golgi obtiene el premio nobel por su descubrimiento de las técnicas de impregnación argéntica para estudiar el sistema nervioso, lo que le permitía a Alzheimer estudiar microscópicamente el cerebro de Auguste D. Fue así como él pudo comprobar que dentro del 25-35 % de las neuronas aparecían cambios importantes en el cito esqueleto. Eran los ovillos neurofibrilares. Igualmente apreció que las neuronas de la corteza habían desaparecido muy abundantemente y que fuera de las mismas, se veían muchos focos de aspecto de granos de mijo dando la impresión de que se había producido el depósito de una sustancia peculiar en la corteza cerebral.<sup>19</sup>

Eran las placas neuríticas o amiloides. Alzheimer concluyó que estas lesiones (ovillos, placas y muerte neuronal) eran características de “una enfermedad peculiar y grave de la corteza cerebral”.

En la etapa moderna, que se inicia en 1960 y continúa con brío en nuestros días, con avances tecnológicos y clínicos sumados a la presión de una población envejecida, originan un interés explosivo y un progreso incesante en esta enfermedad.

---

<sup>18</sup>Thomas, A. Pesce, JP Cassuto, ABC de Enfermedad de Alzheimer

<sup>19</sup>Rodríguez r. Morales J, Encinas J. Trujillo Z.D´Hyver C. Geriatria

En la actualidad, la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia degenerativa primaria en adultos, su incidencia en la población se incrementa de 2.8 personas cada 1.000 al año en edades comprendidas entre los 65 y 69 años, hasta alcanzar los 56.1 personas cada 1.000 al año.

Las predicciones apuntan a que para el año 2030 existirán más de 115 millones de casos con enfermedad de Alzheimer en el mundo, por lo tanto es necesario establecer las causas etiopatológicas de la enfermedad de Alzheimer ya que solo así se podrá luchar contra esta que será una epidemia mundial.

En la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) publicada por la OMS en 1992 se definió la enfermedad de Alzheimer de la siguiente manera:

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos.<sup>20</sup>

El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta, evoluciona progresivamente durante un período corto, puede comenzar en la edad madura, pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida.

Los casos de inicio de los 65 y 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es rápido y predominan síntomas de lesión de los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasia y dispraxia, en los casos de inicio más tardío, se caracteriza por deterioro global de las funciones corticales superiores.

Las neuronas que controlan la memoria y el pensamiento están deterioradas interrumpiendo el paso de mensajes entre ellas, estas células desarrollan cambios distintivos: placas seniles y haces neurofibrilares (degeneraciones del tejido cerebral), la corteza del cerebro (principal origen de las funciones intelectuales) se atrofia, se encoje y los espacios en el centro del cerebro se agrandan, reduciendo por lo tanto la superficie.

La velocidad de la progresión es diferente para cada persona, si la enfermedad de Alzheimer se desarrolla rápidamente, es probable que continúe progresando de la misma manera, pero sí su desarrollo es lento seguirá de este mismo modo.

---

<sup>20</sup>De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer. La Circunvalación del hipocampo

El día Internacional del Alzheimer se celebra el día 21 de Septiembre, fecha elegida por la OMS y la Federación Internacional de Alzheimer.

## Patogenia

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la pérdida de las neuronas y la sinapsis en la corteza cerebral y en ciertas regiones subcorticales, esta pérdida resulta en una atrofia de las regiones afectadas, incluyendo degeneración en el lóbulo temporal, parietal y partes de la corteza frontal y la circunvolución cingulada.

Neuropatología: Las placas amiloides son depósitos densos insolubles, de la proteína beta amiloidea y de material celular que se localizan fuera y alrededor de las neuronas, estas continúan creciendo hasta formar fibras entrelazadas dentro de la célula nerviosa llamadas ovillos. Es probable que las personas en su vejez, desarrollen estas placas y ovillos como parte del proceso normal de envejecimiento, sin embargo, las personas con Alzheimer tienen un mayor número de lugares específicos del cerebro como lóbulo temporal.<sup>21</sup>

## Bioquímica del Alzheimer

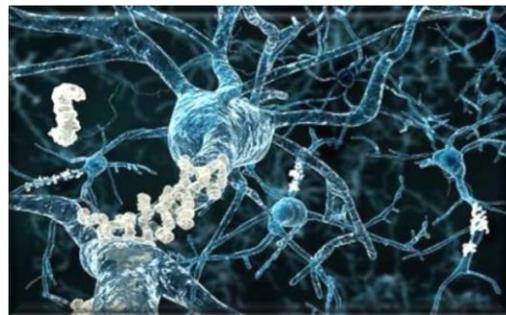
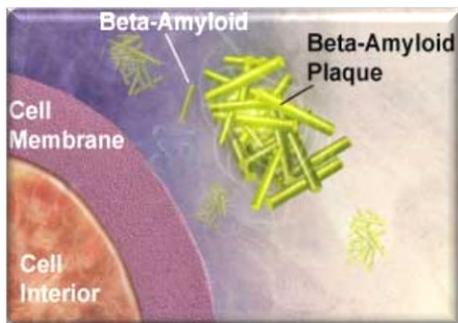


Figura 1-2

Enzimas actuando sobre la proteína precursora de Amiloideas (APP) cortándola en fragmentos de beta – amiloidea, los cuales son indispensables para la formación de las placas seniles del Alzheimer.

## Etiología

Las causas de la enfermedad de Alzheimer no han sido completamente descubiertas existen tres principales hipótesis para explicar el fenómeno: el déficit de acetilcolina, el acúmulo de amiloide y/o los trastornos metabólicos.

<sup>21</sup>Dartigues JF. Alzheimer's disease: a global challenge for the 21st century

La más antigua de ella y en la que se basan la mayoría de los tratamientos disponibles en el presente, la cual sugiere que la enfermedad Alzheimer se debe a una reducción en la síntesis del neurotransmisor acetilcolina, esta hipótesis no ha mantenido apoyo global por razón de que los medicamentos que tratan la deficiencia colinérgica tiene reducida efectividad en la prevención o cura del Alzheimer, aunque se ha propuesto que los efectos de acetilcolina dan inicio a una acumulación, a tan grande escala, que con lleva a la neuroinflamación generaliza que deja de ser tratable simplemente promoviendo la síntesis del neurotransmisor.

Otra hipótesis propuesta en 1991 se ha relacionado con el acumulo anómalo de las proteínas beta amiloide, (también llamada amiloide ab) en el cerebro de las personas con Alzheimer , en una minoría de personas la enfermedad se produce por la aparición de mutaciones en los genes PSEN1 y PSEN2, el gen APP, localizado en el cromosoma 21.

En este último caso la enfermedad aparece clásicamente en personas con el síndrome de Down (trisomía 21), casi universalmente en loa 40 años de vida y se trasmite de padres a hijos (por lo que existen antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer en las personas que desarrollan la enfermedad en edades precoces).esa relación con el cromosoma 21 y la tan elevada frecuencia en la aparición de la enfermedad en las trisomías de ese cromosoma hacen que la teoría sea más evidente.

Un numero de investigaciones recientes ha relacionado la demencia, incluyendo la enfermedad de Alzheimer con desordenes metabólicos, particularmente la hiperglucemia y la resistencia a la insulina la expresión de receptores de la insulina ha sido demostrada en la neuronas del sistema nervioso central, preferentemente en las del hipocampo, en estas neuronas, cuando la insulina se une al receptor celular, se promueve la activación a cascadas de señalización intracelular que conducen al cambio de la expresión de los genes relacionados con los procesos de plasticidad sináptica y de las enzimas relacionadas con el despeje de la misma insulina y beta-amiloide.

Otra hipótesis es sobre la relación de esta enfermedad con el aluminio, esta sugiere que los utensilios de aluminio contaminan con trozos de iones alúmina en los alimentos, estos iones focalizan en los receptores produciendo degradación y formación de plaquetas amiloides, el hecho es propuesto en los centros de investigación de la enfermedad de Alzheimer.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Rodríguez r. Morales J, Encinas J. Trujillo Z.D´Hyver C. Geriatria

El factor genético es muy importante ya que la mayoría de las personas con enfermedad de Alzheimer tienen o han tenido algún familiar con dicha enfermedad, una representación pequeña es debida a una generación autosoma dominante, haciendo que la enfermedad aparece forma temprana, la presencia del gen apolipoproteica es el factor de riesgo genético más importante para padecer Alzheimer, pero no permite explicar todos los casos de a enfermedad.

Fue en 1987 que se descubrió el ligamiento de la enfermedad de Alzheimer con el cromosoma 21, revelación importante, pero la mayoría de los casos de Alzheimer no se deben a una herencia familiar, ciertos genes actúan como factores de riesgo, este puede ser la transmisión familiar del alelo e-4 del gen de la apolipoproteína E, gen que se considera un factor de riesgo para la aparición de Alzheimer.

### **Manifestaciones Clínicas**

Signos y Síntomas:

Los 10 signos de alarma de enfermedad de Alzheimer que difunde la Alzheimer's Association de los Estados Unidos y que recogemos bajo estas líneas, pueden ponernos en guardia al sugerirnos que una persona quizá este iniciando esta enfermedad, de comienzo habitualmente insidioso.

El motivo de consulta suele ser la pérdida de la memoria, especialmente de la memoria reciente, no recuerda el paciente donde ha dejado las cosas, incluyendo objetos de valor, olvida citas, recados, deja grifos abiertos y fuego encendido, no recuerda a las personas que acaba de conocer, ni es capaz de aprender a manejar utensilios electrodomésticos.<sup>23</sup>

1. Pérdida de la memoria que afecta la capacidad laboral
2. Dificultad para llevar a cabo tareas familiares
3. Problemas de lenguaje
4. Desorientación en tiempo y lugar
5. Juicio pobre o disminuido
6. Problemas de pensamiento abstracto
7. Cosas colocadas en lugares erróneos
8. Cambios de humos o comportamiento
9. Cambios en la personalidad
10. Pérdida de la iniciativa

---

<sup>23</sup>Jaques Selmes y MichelineAntonieSelmes: Vivir con la enfermedad de Alzheimer

Repite una y otra vez las mismas cosas y hace una y otra pregunta igual a la anterior, utiliza parafraseas y circunloquios.

El rendimiento laboral es cada vez más pobre y comienza algo más adelante a presentar ideas delirantes, culpando a familiares de esconderle o quitarle las cosas de valor, luego su aspecto comienza a dejar de preocuparle y cada vez le cuesta más trabajo seguir una conversación, quedándose sin saber lo que iba a decir.

<b>ALTERACIONES NEUROPATOLÓGICAS</b>	<b>SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO</b>	<b>INCAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS</b>
<p>-AMNESIA: Pérdida de la memoria</p> <p>-AFASIA: Alteraciones del lenguaje, cuando se le pide a la persona que nombre objetos.</p> <p>-APRAXIA: Incapacidad para realizar acciones a pesar de la normalidad de las funciones sensitivas y motoras, como vestirse.</p> <p>-AGNOSIA: Incapacidad para reconocer o asociar significados a una percepción sensorial, reconocer objetos.</p> <p>-DISFUNCIÓN DE LA EJECUCIÓN: Alteraciones del juicio y abstracción</p> <p>-ACALCULIA: Incapacidad para realizar cálculos aritméticos.</p> <p>-AGRAFIA: incapacidad para escribir.</p> <p>-ALEXIA: Incapacidad para leer</p>	<p>-SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Alucinaciones visuales y auditivas</li> <li>• Ideas delirantes</li> <li>• Euforia</li> <li>• Identificaciones erróneas</li> </ul> <p>-TRANSTORNOS DEL COMPORTAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Comportamiento motor aberrante (caminar de un lado a otro, inquietud)</li> <li>• Apatía</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Desinhibición sexual</li> <li>• Aumento del apetito</li> <li>• Cambios en el dormir</li> </ul>	<p>-DEFICIT EN LAS ACTIVIDADES DE TIPO INSTRUMENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del dinero</li> <li>• Ir de compras</li> <li>• Conducir vehículo</li> <li>• Usar el teléfono</li> <li>• Preparar alimentos</li> <li>• Manejo de medicación</li> </ul> <p>-DEFICIT EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestirse</li> <li>• Comer</li> <li>• Uso del WC</li> <li>• Higiene personal</li> <li>• Cambiar de postura</li> </ul>

CUADRO 1  
 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS TRES FORMAS DE EXPRESIÓN DE LAS DEMENCIAS  
 FUENTE: REVISIONES DEL DR. ALLIS F. SELLEK.

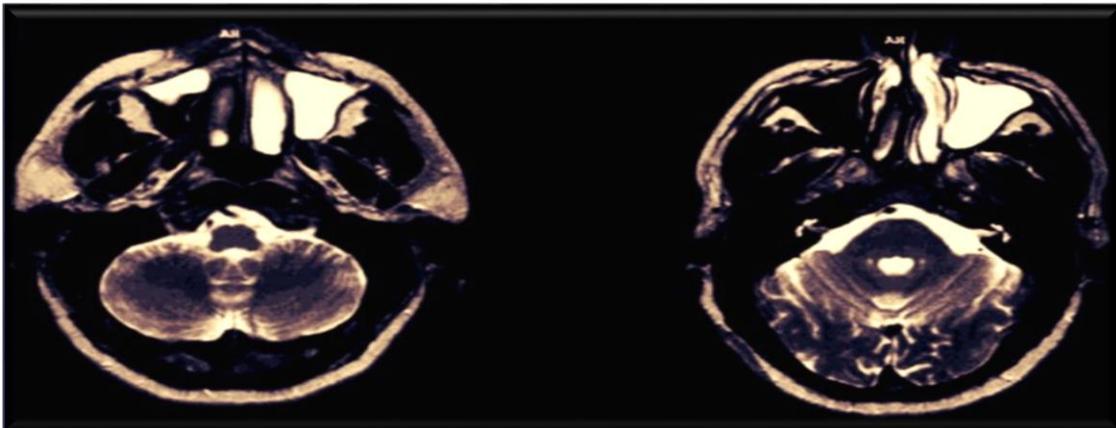
Empieza a retraerse tendiendo a dejar de salir y abandonar sus aficiones habituales, aparecen episodios de desorientación espacial, la percepción es cada vez más pobre, el cuadro evoluciona rápidamente hacia una demencia grave con dificultad para casi todas las actividades instrumentales, puede aparecer crisis epilépticas y micologías, la persona camina con lentitud y el tronco flexionado.

Orina y defeca en lugares inapropiados, apenas emite palabras ininteligibles, con severos trastornos del sueño y del comportamiento, finalmente fallece a causa de procesos intercurrentes (ulceras por presión, neumonías, fracturas, desnutrición o maltrato por parte del cuidador demasiado estresado).<sup>24</sup>

### Diagnóstico

El diagnóstico se basa primero en la historia y la observación clínica, tanto del profesional de salud como la que refiere su familiar, apoyado en las características clínicas y psicológicas, así como en la ausencia de alternativas: un diagnóstico de exclusión, durante un período de semanas o meses se realizan pruebas de memoria y de funcionamiento o evaluación intelectual, también análisis de sangre y escáner para descartar diagnósticos alternativos, no existe un test postmortem para diagnosticar concluyentemente la enfermedad de Alzheimer.

Figura 3: Tomografía del cerebro de una persona con enfermedad Alzheimer mostrando pérdida de la función en el lóbulo temporal.



Se ha conseguido aproximar la certeza del diagnóstico a un 85% pero el definitivo debe hacerse con pruebas histológicas sobre tejido cerebral, generalmente obtenidas de autopsia, las pruebas de imagen cerebral, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) tomografía por emisión de protones (TEP) o tomografía computarizada por emisión de fotón único puede

<sup>24</sup>Muñoz Chacón, Yalile. Demencia, el reto del presente siglo

mostrar diferentes signos de que existe demencia, pero no específica de cuál se trata.

Por lo tanto el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se basa tanto en la presencia de ciertas características neurológicas y neuropsicológicas como en la ausencia de un diagnóstico alternativo y se apoya en el escáner cerebral para detectar signos de demencia, actualmente se desarrollan nuevas técnicas de diagnóstico basadas en el procesamiento de señales electroencefalografías.

Una vez identificada el promedio de vida de las personas que viven con Alzheimer es aproximadamente de 7 a 10 años, aunque se conocen casos en los que se llega a la etapa final entre los 4 y 5 años.

La asociación del Alzheimer es el organismo que ha establecido los criterios diagnósticos más comúnmente usados, estas pautas requieren que la presencia de un trastorno cognitivo y la sospecha de un síndrome demencial, sean confirmadas mediante la evaluación neuropsicológica a modo de categorizar el diagnóstico de Alzheimer en: posible o probable.

La confirmación histológica, que incluye un examen microscópico del tejido cerebral, es requerida para el diagnóstico definitivo de Alzheimer, estos criterios incluyen que la presencia de un trastorno cognitivo y la sospecha de un síndrome demencial, sean confirmados por evaluaciones neuropsicológicas para distinguir entre un diagnóstico probable y un posible diagnóstico, se ha mostrado fiabilidad y validez estadística entre los criterios.

Son ocho los dominios cognitivos que con más frecuencia se dañan en la enfermedad de Alzheimer: memoria, lenguaje, percepción, atención, habilidades constructivas y de orientación, resolución de problemas, capacidades funcionales. Estos parámetros son equivalentes a los evaluados por en los criterios NINCDSADRDA publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría.<sup>25</sup>

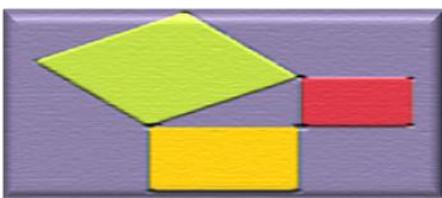


FIGURA 4: Las evaluaciones neuropsicológicas pueden ayudar al diagnóstico de Alzheimer, una de ellas puede ser que la persona copie dibujos similares al de la imagen, que lea o que sume.

<sup>25</sup>Asociación Americana de Psiquiatría

Las evaluaciones neuropsicológicas incluyendo el examen mini-mental, son ampliamente usadas para evaluar trastornos cognitivos necesarios para el diagnóstico de Alzheimer, otra serie de exámenes más comprensivos son necesarios para una mayor fiabilidad en los resultados sobre todo en la fase inicial de la enfermedad.

El examen neurológico es crucial para el diagnóstico demencial y otras enfermedades, la entrevista familiar, el cuidador principal puede proveer información y detalles importantes sobre las habilidades rutinarias, así como la disminución en el tiempo de la función mental de la persona.

Los exámenes adicionales pueden aportar información de algunos elementos de la enfermedad y tienden a ser usados para descartar otros diagnósticos, los exámenes de sangre pueden identificar otras enfermedades reversibles, el examen psicológico para la depresión es de valor, puesto que la depresión puede aparecer de manera concomitante o bien ser la causa de trastornos cognitivos.<sup>26</sup>

## **Tratamiento**

### **Tratamiento farmacológico**

Los AChEI, que inhiben la degradación de la acetilcolina a nivel del espacio sináptico, perduran hasta el día de hoy como las formas de tratamiento más aceptadas, la segunda generación de AChEI, orientada especialmente al tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer leve a moderada, incluye al Donecepilo y la Rivastigmina.

El Donecepilo se metaboliza en el Hígado por las enzimas 2D6 y 3 A4 del sistema citocromo P450 por lo que son relevantes algunas intervenciones medicamentosas, debiendo usarse con precaución en insuficiencia hepática y renal, como los principales efectos adversos son gastrointestinales, se aconseja administrarlo junto a las comidas, en el 2001 se publicaron ensayos doble ciego, controlados con placebos y con un año de seguimiento, que mostraron mejoría significativa en la cognición y en las actividades de la vida diaria .

El tercer AChEI aprobado por la Food And Drug Administration (FDA) para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer fue la Rivastigmina, droga que además inhibe la bitirilcolinerasa, su metabolismo no requiere del citocromo P450 y ocurre primariamente por la propia colinesterasa, en un metanálisis que incluía 8 ensayos con 350 participantes y dosis de 6 a 12 mgs diarios de

---

<sup>26</sup>De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer. La Circunvalación del hipocampo.

Rivastigmina por 26 semanas de tratamiento, comparado con placebo, se mostró beneficios significativos en las funciones cognitivas en las personas tratadas, siendo que la Rivastigmina es un medicamento útil para las personas con enfermedad de Alzheimer.<sup>27</sup>

La galantina es una droga anticolinesterásica aprobada por la FDA, posee un mecanismo de acción dual, que consiste en la inhibición de acetilcolinerasa y la modulación de un receptor nicotínico presináptico, lo que promoverá una mayor liberación del transmisor.

El ciclo metabólico es similar al del Donepezilo y debe ser usado con precaución en personas con insuficiencia hepática.

- ✓ Donepezilo comercializado como Aricep
- ✓ Rivastigmina comercializado como Exelón o Prometax, incluye el parche Exelón
- ✓ Galantamina comercializado como Reminyl

Los tres medicamentos suelen causar alteraciones gastrointestinales, anorexia y trastornos del ritmo cardíaco. El tratamiento recomendado puede ir de 12 a 18 meses de tratamiento.<sup>28</sup>

Tanto en las guías de Práctica Clínica de la Academia Americana de Neurología como del centro de excelencia del Reino Unido sugieren el uso de AChEI como tratamiento estándar de la enfermedad de Alzheimer.

El segundo neurotransmisor es el glutamato, recientemente aprobado por la FDA, la memantina es la droga más utilizada en Alzheimer actúa a través de modulaciones de glutamato, impide la excitabilidad neuronal que provoca exceso crónico del glutamato y por otra promueve la actividad fisiológica en el receptor NMDA, vinculado a mecanismos de aprendizaje.

Es un medicamento de vida media corta, con escasa metabolización hepática, tiene mínima interacción con el sistema citocromático P450 y su excreción fundamentalmente es renal, lo que exige precaución con personas con insuficiencia renal.

---

<sup>27</sup>Aigner TG; Pharmacology of memory: cholinergic-glutamatergic interactions

<sup>28</sup>National Institute for Clinical Excellence (NICE). Donepezil, Rivastigmine and Galantamine for the Treatment of Alzheimer's

El estrés oxidativo es otro de los mecanismos fisiopatológicos que intervendrían en la neurodegeneración propia de la enfermedad de Alzheimer, motivo que condujo a la realización de ensayos terapéuticos con vitamina E, selegilina, ginkgo-biloba y estrógenos.

Existen fármacos que mejoran algunos síntomas que produce la enfermedad entre ellos los ansiolíticos, hipnóticos, neurolépticos y antidepresivos. Los fármacos antipsicóticos se indican para reducir la agresión y la psicosis en personas que tienen problemas de conducta, pero se usan con moderación y no de forma rutinaria por los efectos secundarios, incluyendo los cerebrovasculares, extra piramidales y de reducción cognitiva.

Algunos antipsicóticos, en función de su estructura química:

**Fenotiacidas:**

- ✓ Alifáticas: clorpromacina, levopromacina, tribuioperacina
- ✓ Piperidnicas: tioridazina, periciazina
- ✓ Piperazínicas: trifluoperazina
- ✓ Butirofenonas: haloperidol
- ✓ Tiozanteno: tiotixeno

**Dibenzodiacepinas:** Antagónica de los receptores 5HT<sub>2</sub>: Olanzapina, Quetiapina

**Bencisoxasoles:** Bajo riesgo extrapiramidal: Risperidona

Los neurolépticos pueden administrarse por vía oral, sublingual, intramuscular o endovenosa según sea el caso y producto comercial, al llegar al cerebro ocupan los receptores del neurotransmisor conocido como dopamina y en algunos casos también los de la serotonina, la mayor parte de los neurolépticos son fuentes bloqueadores de los receptores post-sinápticos D<sub>2</sub> del sistema nervioso central, especialmente en el sistema frontal-meso límbico, también se ha descubierto una densidad aumentada de receptores de dopamina en exámenes post-mortem del cerebro de personas esquizofrénicas, por ello se ha estipulado que la esquizofrenia puede ser causada por una excesiva actividad dopaminérgica.<sup>29</sup>

Hay medicamentos que como la levodopa y las anfetaminas agravan la esquizofrenia o producen nuevas psicosis en algunas personas.

---

<sup>29</sup>Jones, H.M. & Pilowsky.L.S. Dopamine and antipsychotic drug action Jones, H.M. & Pilowsky.L.S. Dopamine and antipsychotic

## **Terapias Alternativas**

Existen ciertas evidencias de que la estimulación de las capacidades cognitivas ayuda a ralentizar la pérdida de estas funciones y habilidades, esta estimulación consiste en trabajar aquellas áreas que aun conserve la persona enferma, de tal forma que el entrenamiento permita compensar las pérdidas que la persona esté sufriendo.

Las intervenciones psicosociales o terapias alternativas de enfermería se usan conjuntamente con el tratamiento farmacológico y se clasifican en abordajes orientados al comportamiento, las emociones, lo cognitivo y sobre todo la estimulación. Las investigaciones sobre la efectividad de estas intervenciones aún no se encuentran disponibles y de hecho pocas veces son específicas para la enfermedad de Alzheimer, sobre todo cuando se está institucionalizado.

Las terapias alternativas orientadas a la estimulación incluyen la arte terapia, musicoterapia, técnicas de imitación, terapias asistidas por mascotas, ejercicio físico, actividad recreativa, siendo los efectos inmediatos como son el cambio de humor y de conducta, pero el principal beneficio es el mejoramiento en las rutinas de la vida diaria de la persona enferma de Alzheimer.

### **✓ Arteterapia**

La terapia a través del arte, conocida como arte-terapia (terapia artística, terapia creativa o configurativa) consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos, se basa en ideas visuales, objetivas a través de material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo la resolución, la representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.

Desde tiempos inmemorables la persona ha creado imágenes y objetos que poseen la capacidad de reflejar tanto el mundo interno del artista como su entorno inmediato. En arte-terapia se usa esta capacidad para ayudar a explorar y resolver los conflictos emocionales o psicológicos de las personas, el usuario no necesita tener aptitudes artísticas para beneficiarse, es un conjunto integrativo de varias formas de trabajo terapéutico cuya finalidad es estimular el área cognitiva.

### **✓ Músico-terapia**

La música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un músico-terapeuta calificado a una persona enferma facilita, promueve la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización solo para satisfacer la necesidad emocional, física, mental y social.

La musicoterapia tiene como finalidad desarrollar potencialidades o restaurar funciones de la persona de tal manera que este logre una mejor integración de su ser y consecuentemente una mejor calidad de vida<sup>30</sup>

#### ✓ **Terapia asistida por animales**

Diseñadas para aumentar la calidad de vida de las personas mediante la interacción entre animal-ser humano, los animalitos y sus guías deben ser entrenados y seleccionados para estas actividades, deben tener fines terapéuticos y pueden ser aplicados por terapeutas profesionales, esta terapia proporciona motivación, ganas de educar y recreación, su objetivo es elevar la calidad de vida de la persona enferma con Alzheimer.

Estas terapias consisten en visitas amistosas para que las personas se relacionen con las mascotas, con el animalito presente se valora el progreso, como acariciar, jugar, recibir atención, los animalitos son capaces de escuchar durante horas sin realizar discriminaciones ni juicios de valor.

Generalmente los animalitos preferidos para estas terapias son perritos, aves, gatos, no omito indicar que las mascotas cumplan con sus requerimientos como son vacunas, desparasitación y por supuesto que no se comporten agresivamente con la persona.

#### ✓ **Técnica de imitación**

Los macacos poseen células cerebrales especializadas llamadas neuronas espejo, que se activan tanto, cuando el mono realiza una acción como coger un plátano y sobre todo sí lo observa en otro mono realizarla, el descubrimiento de estas neuronas en 1996 levanto mucho revuelo, se especuló que podrían estar implicadas en muchos aspectos cognitivos de los humanos, desde imitar hasta desarrollar el lenguaje, pasando del autismo o la empatía, solo que no se había empleado en humanos hasta Agosto de 2009 donde el artículo Journal of Neurocience publica que existen pruebas sólidas de que los humanos también tenemos neuronas espejo.

Analizando los mecanismos degenerativos de la enfermedad de Alzheimer se comprueba que se sigue una progresión inversa a las fases de desarrollo de los niños, de esta manera lo primero que se desaprende es aquello que durante la etapa evolutiva se aprendió más tarde, esta conclusión basada en la teoría de Piaget y en la clasificación Reisberg abre una nueva terapéutica, no aplicada

---

<sup>30</sup>Menendez JJ; Vigilancia de Salud en los Adultos Mayores

hasta la fecha que apunta hacia la necesidad de utilizar terapias alternativas basadas en la estimulación, más que en una terapia farmacológica.

Las terapias psicopedagógicas se aplican mediante fichas de refuerzo escolar que trabajan el intelecto propias de la etapa del desarrollo en que se encuentren las capacidades de la persona enferma, el trabajo de rehabilitación tiene que ser diario, ejercitando las capacidades que aún se conservan, utilizando la plasticidad cerebral, capacidad que conserva el cerebro hasta edades avanzadas, es similar a la gimnasia cerebral que se utiliza en los niños en etapa escolar.

Estas prácticas tan sencillas permiten retardar casi al doble el proceso normal de evolución de la enfermedad de Alzheimer, recordando que está aún no tiene cura.

La noción de “niñez invertida” es la mejor manera de atender la enfermedad de Alzheimer y sirve como punto común entre especialistas y profesiones de enfermería, así como del cuidador a la hora de efectuar los tratamientos más convenientes, especialmente en el manejo de la conducta.

### Fases de la enfermedad de Alzheimer

Debido a que la enfermedad de Alzheimer no tiene cura, con el tiempo la persona que la sufre cae en un estado de imposibilidad de autosuficiencia para cuidar de sí mismo, por lo que los cuidados de terceros son de gran importancia y deben ser abordados cuidadosamente durante el curso de la enfermedad.<sup>31</sup>

FASE	COMPORTAMIENTO	LENGUAJE Y COMPRENSIÓN	MEMORIA	GESTOS Y MOVIMIENTOS	ACTIVIDADES COTIDIANAS
I	Cambios de Humor Se enfada fácilmente Pierde el control de lo que le rodea	Continúa razonando Tiene problemas para encontrar las palabras adecuadas Emite frases cortas Mezcla ideas sin relación directa	Olvida su nombre y sus citas	En esta fase todavía está bien	Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas
II	Agresividad Miedos Alucinaciones Deambulación continúa	Conversación entrecortada No acaba frases Repite frases	Reciente disminuida	Pierde equilibrio Caídas espontáneas Necesita ayuda	Confusión Se viste mal Se pierde en trayectos habituales

<sup>31</sup>Jaques Selmes y Micheline Antonie Selmes: Vivir con la enfermedad de Alzheimer

	fatiga			para deambular Aparecen mioclonías	
III	Llora Grita Se agita No comprende No entiende explicaciones	balbucea	Reciente pérdida Remota pérdida No reconoce a su cónyuge, hijos, etc. Memoria emocional conservada	No controla sus gestos Le cuesta tragar Se atraganta No controla esfínteres	Desaparece n totalmente Encamado Alimentación asistida

Cuadro: Fases de la Enfermedad de Alzheimer

### Acciones Preventivas

En el campo de la prevención y educación en salud, un estilo de vida saludable, la práctica regular de algún tipo de ejercicio físico y una dieta equilibrada, podrán prevenir la aparición de casos de enfermedad.

Otra es que a través de medicina regenerativa se trata de inyectar en el cerebro de la persona células madre embrionarias a adultas para intentar detener el deterioro cognitivo, ya existen experimentos en humanos con resultados positivos. Aunque no existe una forma comprobada de prevenir la enfermedad de Alzheimer, algunas prácticas que valen la pena incorporar en la rutina diaria particularmente sí se tiene antecedentes familiares de demencia.

- Consumir pescado de agua fría como atún, salmón y caballa, alimentos ricos en ácidos grasos omega-3, por lo menos tres veces a la semana
- Reducir la ingesta de ácido linoleo que se encuentra en las margarinas, mantequilla y productos lácteos
- Incrementar los antioxidantes como los carotenos, la vitamina E y C, consumiendo frutas de color obscuro.
- Mantenga la presión arterial normal, evite la sal
- Permanezca activo mental y socialmente
- No se consuma medicamentos sin una prescripción médica.
- Consuma agua
- Conserve consigo una identificación y número telefónico.
- Elija el plato del buen comer<sup>32</sup>

<sup>32</sup>Menéndez JJ; Vigilancia de Salud en los Adultos Mayores

## 2.5.-Valores y Ética

Al acto de valorar lo sustentan 2 cargas: la objetividad de los valores y la subjetividad de la valoración que depende del punto de vista desde el cual se observa, de la formación económico-social y la cultura del pueblo o país en el proceso de reconocimiento de la persona humana.

La ética es la teoría, mientras que la moral es la práctica. En el plano profesional de las ciencias médicas, la ética y la moral social se adecuan a sus características particulares. Así la ética médica es una manifestación de la ética general, es el conjunto de principios y normas que deben regir la conducta de los trabajadores de la salud encaminada a lograr la prevención y mejoramiento de la salud de las personas sanas y el tratamiento adecuado y la recuperación de las personas enfermas, dentro de un marco fraternal y humano.

El personal de la salud jerarquiza desde los tiempos de Hipócrates, 2 principios fundamentales:

- ✓ •Hacer el bien (principio de beneficencia). Este principio defiende que todos los actos que están orientados a hacer el bien estén justificados en sí mismos.
- ✓ •No dañar (principio de la no maleficencia). Este principio defiende que ninguna acción del profesional debe ir orientada a hacer el mal, debe evitar el daño a los pacientes. Es considerado como el otro elemento del par dialéctico beneficencia-no maleficencia.<sup>33</sup>

### 2.5.1 La ética tradicional de Enfermería y la bioética

La ética de Enfermería es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad, al ámbito de los profesionales de la salud, vinculados a las características particulares de la profesión.

Desde el surgimiento de la enfermería como profesión gracias a Florencia Nightingale en la segunda mitad del siglo XIX, esta profesión incorporó 2 principios éticos a su actuar:

- ✓ •**La fidelidad al paciente.** Entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos adquiridos con el paciente sujeto a su cuidado,

---

<sup>33</sup>Enfermedad Alzheimer Consideraciones odontológicas

entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por el paciente.

- ✓ •**La veracidad.** Principio de obligatorio cumplimiento aun cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por acción u omisión.

En **la relación enfermera-paciente-familia-comunidad**, el principio de respeto al otro se expresa en el reconocimiento de la diferencia.

Un ser humano no es igual a otro aunque tengan las mismas costumbres sociales, pertenezcan a la misma formación socio-económica y tengan la misma enfermedad. De igual modo, puede decirse que la misma persona a través del ciclo de evolución de su vida, en cada una de sus etapas, tiene características diferentes. Por ejemplo, el adulto joven no es igual al adulto de 40 años. Tomando en consideración que los adultos mayores están necesitados de cuidados, fundamentalmente, la Enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en las personas de edad avanzada.

De ahí que la ética profesional haya ido más allá de una frase en los círculos de enfermería. El concepto de los principios, la conducta correcta o incorrecta no es nuevo en Enfermería; pero los cambios dentro de la profesión y dentro del sistema que ofrece cuidados de salud, han elevado el significado de la ética en la práctica de enfermería.

Al inicio de la década del 70, el Dr. Van Rensselaer Potter oncólogo norteamericano, de la universidad de Wisconsin, comunicaba al mundo su idea de contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio, frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología. Aportó 2 elementos nuevos en las reflexiones de carácter ético, especialmente relacionados con 2 principios que incorpora la Bioética, y que a continuación se exponen.

### **El principio de autonomía**

Su concepto varía de acuerdo con las posiciones filosóficas que adopte, tanto el sujeto que la ejerce o defiende como el que reconoce el referido derecho. De ahí que autonomía pueda definirse como libertad de elección, derecho o capacidad de elegir por uno mismo, derecho a crear la propia posición moral, aceptar la responsabilidad de su actuar.

En sentido general, las diversas posiciones filosóficas de los estudiosos de la ética tradicional admiten que la autonomía es una forma de libertad personal, donde lo individual determina el curso de la acción acorde con un plan elegido por sí mismo. Sin embargo, una cosa es ser autónomo y aceptar que los otros están actuando autónomamente, y otra es ser respetado como un agente autónomo y respetar la autonomía de los demás.

Resulta útil recordar que la libertad tiene límites tanto para los filósofos materialistas (el límite lo establece el derecho de los otros a ejercer su libertad como para los filósofos idealistas (el límite lo pone Dios) y en correspondencia con esos límites se podrá enfocar el análisis ético del problema dado.

Al analizar esta problemática se sitúa al profesional de la salud ante una categoría más abarcadora aún que la autonomía: la integridad del paciente, que incluye el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción; pero en este caso se está obligado a reconocer la existencia de la integridad del paciente y también la del profesional de la salud actuante, en nuestro caso la enfermera, y tanto la enfermera como el paciente son personas que tienen sus propios patrones morales, elaborados a partir de sus propias posiciones filosóficas.

En el caso de los pacientes, la expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía es el consentimiento informado, el cual consta de 2 elementos fundamentales:

- ✓ •**La información.** ¿Qué quiere saber el paciente? Y la comprensión de la información (utilizar un lenguaje claro).
- ✓ •**El consentimiento.** Comprende 2 aspectos:
  - **El consentimiento voluntario** (sin presiones autoritarias ni sobre protecciones paternalistas) y la competencia para el consentimiento (física y psicológicamente). Sin embargo, la primera justificación del consentimiento informado está en el principio de la autonomía. Hay un deber moral de obtener el consentimiento válido porque la parte consentidora es una persona autónoma. No tiene el mismo significado el concepto de justicia en una sociedad socialista que en una sociedad capitalista y, dentro de esta última, no es igual en las sociedades que han elegido el modelo económico neoliberal.
  - **El principio de la justicia.** Dar a cada quien lo que es suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y ello está vinculado en primera

instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.<sup>34</sup>

### 2.5.2 Principios éticos de la práctica profesional de la enfermera:

El término de Enfermería Gerontológica fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de enfermeras (ANE), como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.

#### Los principios que rigen su actuación son:

1. **No maleficencia.** Es el que defiende que ninguna acción de la persona debe ir orientada a hacer el mal.
2. **Beneficencia.** Es el que defiende que todos los actos que están orientados a hacer el bien estén justificados en sí mismos.
3. **Fidelidad.** Es un sinónimo de amor, respeto, compromiso. Ello significa ser fiel a los intereses de los pacientes que se atiende, por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros. Es el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente, sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra el guardar el secreto profesional.
4. **Veracidad.** Está vinculado con el ejercicio responsable de la profesión. Decir la verdad aunque ésta coloque al profesional en una situación difícil al tener que admitir haber cometido un error.
5. **Autonomía.** Es el que defiende la libertad que tiene la persona para establecer sus propias normas, valores y tomar decisiones en cualesquiera de los ámbitos de su vida.
6. **Justicia.** Está relacionado con las leyes que la sociedad ha establecido y que son aplicables al conjunto de los sujetos sociales sin excepción, especialmente en lo relacionado con la justicia distributiva.

Los principios expuestos, tomados individualmente pueden ser aceptados sin mayor problema. Sin embargo, las dificultades surgen cuando 2 o más principios rivalizan entre ellos para conseguir el dominio de la práctica de enfermería. Estas tensiones entre los diferentes principios éticos son más significativas en el cuidado

---

<sup>34</sup>Paciente con Alzheimer /Compendio de Enfermería

de pacientes con demencia senil tipo Alzheimer (DSTA), ya que son personas crónicamente deterioradas, con múltiples y con una enfermedad prolongada (2 a 20 años) en su evolución.

### **2.5.3 Principios éticos de la enfermera ante pacientes con enfermedad de Alzheimer**

Los derechos e intereses de los pacientes afectados de esta enfermedad, con frecuencia se mezclan y entran en conflicto con las necesidades de sus familiares o cuidadores.

Como consecuencia del carácter progresivo y crónico de la demencia, la planificación de la futura incapacidad por parte del paciente y de la familia puede evitar muchos de los traumas y conflictos que pudieran surgir durante la larga evolución de la enfermedad. La planificación abarcará los siguientes aspectos:

- ✓ •Realizar las gestiones oportunas para asegurar que a la esposa o esposo y otros miembros de la familia no se les afecte la economía por los costos indirectos que genera la enfermedad.
- ✓ •El paciente va a disponer, el mayor tiempo posible, de un control adecuado sobre su vida.
- ✓ •Favorecer que la familia entienda y sobre todo, acepte la enfermedad. La larga evolución, cifrada en años, de la enfermedad hace que en las primeras etapas, el paciente pueda requerir asesoramiento y asistencia prioritaria en decisiones legales del tipo de incapacitación, actitudes terapéuticas y otros, con el fin de darle protección presente y futura. En las fases más avanzadas y terminales puede precisar básicamente, asistencia de tipo testamentaria.

¿Cómo respetar la autonomía en un paciente con la enfermedad de Alzheimer? La enfermera debe hacer una valoración de la capacidad de decisión en los pacientes ancianos diariamente, mediante el Proceso de Atención de Enfermería. Debe recordarse que la competencia es un hecho legal, mientras que la capacidad es una valoración de enfermería: para cada necesidad afectada no es un "TODO O NADA". Aunque los pacientes pueden no tener capacidad funcional para manejar dinero o realizar acciones legales, pueden tener suficiente capacidad para tomar decisiones en relación con algunos aspectos terapéuticos.

La pérdida de la autodeterminación no es completa, la persona puede perder la memoria; por ejemplo, si come o no y ¿qué día es hoy?, como consecuencia del deterioro cognoscitivo. Pero si nos refiere "tengo hambre", esta es una necesidad fisiológica y se debe respetar.

No se puede considerar la competencia como un valor absoluto. Cada caso o situación requiere un determinado número de habilidades específicas que pueden ser pertinentes y muy necesarias en unos casos y en otros no. Por ello, cuando se busquen datos clínicos respecto a una posible incompetencia debe hacerse siempre en una perspectiva determinada que viene dada por el contexto en el que se encuentra el paciente.<sup>35</sup>

En las primeras fases evolutivas de la DSTA, los pacientes son todavía capaces de tomar decisiones médicas. Es posible que no conozcan el día en que se encuentran, pero sí son capaces de conocer el riesgo o beneficio de un tratamiento y en consecuencia pueden dar o no dar su consentimiento.

### **La competencia y decisiones autónomas:**

Cuando la situación del paciente está muy deteriorada, como ocurre en las fases moderadas y severas de la DSTA, y el paciente es claramente incompetente para tomar decisiones acerca de su tratamiento debe buscarse un familiar o persona encargada de su cuidado.

El papel del familiar o cuidador es esencial en atención de estos pacientes, es difícil separar los intereses de cada cual. El cuidado de estos pacientes es a menudo el centro de la existencia del cuidador, que además modifica, de forma negativa, la calidad de su vida. Las decisiones pueden tener importantes repercusiones en aspectos económicos, sociales y emocionales de la vida de ambos: pacientes y cuidadores. Es importante tener en cuenta cubrir las necesidades y demandas familiares con su propia responsabilidad sobre el paciente.

Autores como Weinstock y otros, proponen la idea de valorar la competencia para otorgar un consentimiento informado, mediante el establecimiento de un índice riesgo-beneficio. Se debería evaluar al paciente mediante el planteamiento de diversos supuestos de situaciones en las que varía el riesgo-beneficio.

Otros estudios de gran interés en la competencia del paciente son los realizados por Reisberg y otros sobre la autocrítica y la negación de psicopatología. Estos autores encuentran que los pacientes con DSTA en estadios evolutivos iniciales presentan una buena capacidad de autocrítica en su psicopatología que coincide con la visión de sus familiares. Sin embargo, los pacientes con una enfermedad más evolucionada presentan una menor autocrítica de su deterioro cognitivo, lo cual se hace francamente evidente al compararla cuantitativamente con la

---

<sup>35</sup>Bastardas Boada Albert. Comunicación Humana y paradigmas holísticos

valoración de los familiares que conviven con el paciente. Estos datos pueden tener una gran importancia a la hora de valorar la capacidad de otorgar un consentimiento informado y correlacionarla con la evolución de la enfermedad.

### **Las Directrices Anticipadas:**

Los documentos que permiten a los pacientes que son competentes en la actualidad hacer constar la naturaleza y la clase de procedimientos médicos que desean recibir en el supuesto caso de llegar a ser incompetentes en el futuro son directrices anticipadas que disminuyen la probabilidad de que sea necesaria convocar una audiencia en los tribunales para designar la tutela del paciente.<sup>36</sup>

En Norteamérica, donde la ética está muy vinculada al derecho, pues el culto desmedido a la libertad individual le pone cortapisas a las libertades de otras personas que pueden ser afectadas, tienen que recurrir a la ley para dirimir litigios. Es por ello, que la mayoría de los estados norteamericanos permite 2 tipos de directrices anticipadas:

- ✓ **•El poder notarial** duradero. Un delegado o tutor elegido previamente por el paciente puede y debe tomar decisiones sobre aspectos sanitarios.
- ✓ **•Testamento vital.** También denominado declaración de los cuidados en salud (Living Will). Es un término utilizado para describir a través de instrucciones escritas, decisiones en relación con la duración, tipo y extensión de los cuidados que pueden darse al paciente de una enfermedad terminal o en una situación vegetativa. Este documento debe tener como mínimo 2 testigos para que sea considerado válido. Para otras sociedades es también válido el preparar a los pacientes para su futura posible incompetencia. Es por ello muy importante que todo el personal sanitario, específicamente el que trabaja con ancianos, identifique lo antes posible a los pacientes actualmente competentes con alto riesgo de hacerse incompetentes en el futuro, para tomar decisiones sobre su propio cuidado médico. Estos pacientes necesitan ser informados con detenimiento de su derecho a formular directrices anticipadas al ser ingresado en una residencia. Para aquellos que ya son incompetentes, es demasiado tarde. Los pacientes que se hacen incompetentes antes de ejecutar una directriz anticipada, pierden la capacidad de informar a su médico, enfermeras y al mundo en general, de sus preferencias, cuando son incapaces de hablar por sí mismos.

---

<sup>36</sup>Enfermedad Alzheimer Consideraciones odontológicas

## **Medidas físicas**

El derecho de los pacientes de estar libres de sujeción mecánica, impuesta por razones de disciplinas o de conveniencia, y que no está indicada para el tratamiento de síntomas recogidos en la historia clínica, se incluye en el término medidas físicas.

La sujeción mecánica no debe ser usada, a menos que exista una clara documentación sobre la realización de importantes esfuerzos para identificar y corregir factores tratables que causan o contribuyen al problema, o que los medios previos para evitar la sujeción hayan fracasado o que la sujeción posibilite al paciente alcanzar o mantener un mayor nivel de función. Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales deben ser consultados sobre si la sujeción mecánica se precisa para alcanzar una mejor posición o movilidad. En cualquier caso, el paciente o el familiar deben consentir el uso de sujeción mecánica.

## **Derechos y autodeterminación:**

El paciente tiene derecho a la administración de tratamiento médico y cuidados de enfermería, a una existencia digna, a la autodeterminación y comunicación con personas o servicios.

Las residencias deben ayudar a proteger y promover los derechos de cada paciente en el mantenimiento de la privacidad, buen trato y la comunicación con la familia, mediante visitas planificada

El anciano con la enfermedad de Alzheimer es un ser humano, cuyo proceso de envejecimiento se ha comportado de forma anormal y como todo ser humano necesita atención lo que requiere de una gran dosis de humanidad hasta su estadio final. Estos pacientes tienen derecho a estar libres de medios de sujeción mecánica en cualquier caso, los fisioterapeutas y terapeutas deben ser consultados pero debe tenerse la aprobación del paciente o el familiar. Debe ayudarse a proteger y promover los derechos de cada paciente en el mantenimiento de la privacidad, en la ausencia de abusos y respetar todos sus derechos. El deterioro cognitivo puede limitar la comunicación y la autodeterminación, pero los pacientes deben recibir los cuidados y servicios necesarios para alcanzar o mantener el mayor nivel de bienestar físico, psíquico, mental y social, de acuerdo con una valoración exhaustiva y un plan de cuidados establecido, con rigor científico y enfoque humanista

En México el 28 de Agosto de cada año es el día del Adulto Mayor y se realizan actividades culturales, recreativas así como un reconocimiento a esta etapa de la vida.

#### 2.5.4 Decálogo de los Derechos de la Vejez de Alonso Acuña (1984)

1.- El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar

2.-Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad.es la faceta vital que varía con cada persona

3.-Tengo el mismo deseo y derecho a recibir y dar caricias tal y como sucedía en mi niñez y juventud

4.-Estoy en la capacidad de expresar sanamente el afecto hacía las personas que me atraen

5.- Puedo constituir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad, sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos, nietos y amigos.

7.-Como persona mayor puedo tener el don elemental, como sucede en la niñez. Soy capaz de gozar de la transparencia del aire, del aroma de una flor, el color de las mariposas, el roce de una caricia, el murmullo del manantial. Cada vez más en virtud de mi experiencia

8.-Me aferro a la vida porque sé de su valor y percibo el placer de vivirla, aunque en ocasiones disfrute en la soledad de mis recuerdos y parezca una persona huraña

9.-Tengo derecho a cuidar y mejorar mi imagen exterior, a transmitir a los demás la belleza interior que brota de mi cuerpo y gozar de toda clase de sensaciones que de él provengan.

10.-El llegar a la vejez significa que he sobrevivido y triunfado sobre la enfermedad y la muerte. Puedo transmitir con orgullo estas ideas a mis hijos, nietos y amigos.

### **III. METODOLOGÍA**

El Proceso Atención de Enfermería se llevó a cabo en el Hospital General Atizapán del ISEM, en el cual se encontraba hospitalizada la Sra. LGG, la cual presentaba dificultad para la satisfacción de algunas de sus necesidades fundamentales. Además presentaba enfermedad psiquiátrica vinculada con la Demencia Senil Tipo Alzheimer.

Debido a que la Sra. LGG no es capaz de tomar decisiones por sí misma, se solicitó el consentimiento informado a su hija a la cual de forma clara y comprensiva se le explicó la finalidad del trabajo, los beneficios y las implicaciones éticas que de él se derivan como son la confidencialidad y la no maleficiencia.

El estudio de caso se realizó de acuerdo a las cinco fases que integran al Proceso Atención de Enfermería, que a saber son: Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Ejecución y por último la evaluación.

#### **3.1 Valoración**

El objetivo de la valoración fue el de recoger datos que permitieran conocer a la enfermera, por un lado, si existía independencia para la autosatisfacción de las 14 necesidades fundamentales o bien si existía dependencia y de qué tipo: total o parcial.

Para la valoración de la Sra. LGG, se utilizaron las instalaciones de Rehabilitación del Hospital General Atizapán.

La información recabada, también permitió identificar los problemas que dificultaban la capacidad de independencia de la persona; esto es, los diagnósticos de enfermería.

Los datos identificados fueron de tipo biofisiológicos, social, cultural, ambiental y económico, fueron organizados por necesidad y clasificados como datos subjetivos y datos objetivos.

Las fuentes de información a las que se recurrió fueron directas como de tipo indirectos. De las indirectas fungieron como informantes: médicos y enfermeras, así como la literatura.

Las técnicas utilizadas fueron: la entrevista cerrada, la observación y la exploración física.

La información se registró en la historia clínica de enfermería, cuya estructura estaba articulada de acuerdo a las 14 necesidades fundamentales propuestas por Virginia Henderson y a su vez los datos se clasificaron en: biológicos, psicológicos, culturales, sociales y ambientales, dividiéndolos a su vez en datos objetivos y datos subjetivos.

Para la valoración se utilizó un instrumento que tuvo como base las 14 necesidades fundamentales sugeridas por Virginia Henderson, en él se identificaron y registraron los datos subjetivos y objetivos relativos a cada necesidad.

### **3.2 Diagnóstico de Enfermería**

Una vez recogida la información, se analizó, para ello fue necesario organizarla y clasificarla de acuerdo a cada necesidad y al tipo de dato: físico, psicológico, ambiental, social, cultural y a su vez en datos objetivos y datos subjetivos.

En un segundo momento, se pasó a identificar los problemas que afectaban la capacidad de independencia de la Sra. APP para la satisfacción de sus 14 Necesidades fundamentales y se integró el enunciado diagnóstico.

Para el caso de los diagnósticos reales, se utilizó la estructura del formato PES con sus respectivos conectores lógicos: Problema (P) R/c Etiología a causa (E) M/p Signos y síntomas (S), donde relacionado con (r/c) establece el vínculo entre el problema y la causa, y manifestado por (m/p) establece la relación entre la etiología y los signos y síntomas.

En el caso de los diagnósticos de riesgo, solo se utilizaron dos de los tres componentes del formato PES: el Problema y la Etiología con su respectivo conector lógico (relacionado con).

También se utilizó la Taxonomía Propuesta por la NANDA-I en su versión 2009-2011, refiriendo: la etiqueta diagnóstica, su concepto, su dominio y clase, así como los factores relacionados y las características definitorias.

### **3.3. Planificación**

La planificación de los cuidados se realizó a partir de los diagnósticos de enfermería que eran importantes a resolver ya que ponían en riesgo la salud y la integridad física de la Sra. APP.

Para tal fin se planteó un objetivo y se seleccionaron las intervenciones dependientes, independientes o interdependientes dirigidas a ayudar a la Sra. APP a adquirir los conocimientos o bien a desarrollar las habilidades y destrezas necesarias que le permitieran adquirir dentro de sus posibilidades la independencia para la satisfacción de sus necesidades.

También se establecieron metas y criterios de evaluación; estos últimos sirvieron como un referente para conocer si se habían cumplido con el objetivo u objetivos señalados en un inicio. En el caso de que el resultado fuera negativo, se replanteó el plan de cuidados y se regresó nuevamente a su aplicación.

Cada intervención fue documentada, para ello se recurrió a diferentes fuentes de información tales como: libros, artículos científicos, etc.

Las intervenciones de enfermería involucraron la contención farmacológica, la contención verbal y la contención ambiental.

El registro del diagnóstico de enfermería, el objetivo, intervenciones de enfermería, criterios de evaluación y fundamentación científica de las intervenciones se realizó en el Plan de cuidados.

Los criterios de evaluación se establecieron de acuerdo a los parámetros que señala la literatura e incorporando aspectos de la experiencia profesional.

### **3.4 Ejecución**

La ejecución de los procedimientos requirió de la enfermera, conocimientos, habilidades y destrezas comunicativas, de interacción y procedimentales.

### **3.5 Evaluación.**

Aunque la evaluación es vista como la última fase del Proceso Atención de Enfermería, en realidad, es una etapa que se encuentra presente en cada una de las fases que la anteceden.

Para la evaluación se recurrió a la valoración con el fin de recoger los datos derivados de la intervención de enfermería. Estos datos fueron confrontados con la meta y con los criterios de evaluación previamente programados. Si los datos post-intervención eran iguales o cercanos a los datos establecidos en los criterios de evaluación se dio por hecho el cumplimiento del o de los objetivos planeados. En caso de que no ocurriera de esta forma, se analizaron los datos y se planteó un nuevo plan de cuidados.

## **IV. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **4.1 Datos generales**

Este Proceso de Enfermería se aplicó a una persona adulta mayor con enfermedad de Alzheimer que ingreso al servicio de Medicina Interna, y que solo iba a una revisión de rutina, sin saber que su estado de salud deteriorado sobre todo en las necesidades básicas, solicito con respeto a su cuidadora me permita aplicar el Modelo Virginia Henderson en las 14 necesidades para elaborar un plan de cuidados enfocados a la persona, logrando satisfacer sus necesidades y dando oportunidad que como ser humano merece de vivir en un entorno con una calidad de vida donde tenga amor y respeto.

**Tiempo:** Del 1-October-2012 al 22 de Noviembre-2012.

**Lugar:** Sala de Medicina Interna Hospital General Atizapán ISEM

**Elección de estudio:** Persona adulta mayor con enfermedad de Alzheimer que ingresa por desnutrición y problemas de comunicación.

La cuidadora en un principio no estaba muy de acuerdo con contestar algunas preguntas sobre todo las relacionadas con la economía familiar, sin embargo con el paso de los días logramos una empatía y sobre todo actuar en beneficio de su mamá, la persona fue dada de alta y su cuidadora me refirió que se iría de vacaciones fuera del país, no sin antes solicitar mi nombre y cargo, días después recibí una carta de felicitación por parte de las autoridades, ya que la cuidadora acudió agradecer el cuidado otorgado por una servidora.

### **4.2 Presentación del caso:**

**Nombre:** L.G.G

**Edad:** 74 años

**Sexo:** Femenina

**Personas con las que convive:** su hija de 45 años de edad.

**Persona que proporciona información:** hija

**Enfermera responsable de su cuidado:** Josefina Camarillo Colmenares

**Diagnóstico Médico:** Demencia Senil tipo Alzheimer

Persona femenina adulta mayor originaria del Estado de México, dedicada al hogar, viuda hace 25 años, católica, con estudios de secundaria terminada, tiene una hija soltera que trabaja para el gobierno estatal más de 10 horas al día y de lunes a sábado.

Reside en el Estado de México (Atizapán de Zaragoza) en casa propia con todos los servicios de urbanización y seguridad municipal, en esa casa solo habitan la madre y su hija, cuentan con una persona que las asiste en las labores del hogar, no así en el cuidado de la madre.

Acude al servicio médico acompañada de su hija, la que refiere haberse dado cuenta que su mamá se encontraba en una sola postura desde muy temprano y que regresaba de trabajar y ella continuaba igual, también dice que encontró los alimentos bajo el colchón en proceso de descomposición, observo a su madre que constantemente se ríe y tiene movimientos de manos y pies que no puede controlar, refiere haberse dado cuenta que se quita y pone prendas de vestir constantemente, dice haberla llevado a consultar médico particular el cual receto algunos medicamentos que solo la han tenido dormida durante el día y por las noches se la pasa despierta, la hija refiere que la indiferencia hacía su cuidado personal así como olvidar algunas cosas, como comer, tiene aproximadamente 1 año, sin embargo hace 1 semana no ha probado alimento y sus necesidades de eliminación las lleva a cabo sin control y donde sea, esto la orilla a llevarla al servicio de urgencias del Hospital General Atizapán ISEM y solicitar una valoración.

A su ingreso la persona se muestra dificultad para mantenerse en pie, ya que tomo sus medicamentos 2 horas ( haloperidol tabletas) antes, se observa letárgica, pálida, somnolienta, pero sonriendo, emitiendo sonidos y palabras fuertes, su piel delgada reseca y con peso de 54.300 kg, estatura de 1.73cm.

En el servicio de Urgencias fue valorada por el Médico Psiquiatra el cuál aconseja que para continuar con su tratamiento debe ser evaluada en el Servicio de Medicina Interna, la persona es ubicada en este servicio, con gran expectativa del personal ya que la persona es muy cariñosa, manda besos y quiere continuar quitándose la ropa, no así ingerir alimentos, durante su estancia la necesidad de eliminación la realizo fuera de lugar, motivo por el que tuvo que ser aseada más de 10 veces al día, de igual manera se tuvo que contener con una sujeción ligera solo para protegerla de alguna caída.

Con relación a la economía familiar se observa suficiente y se puede considerar que la familia tiene un nivel económico medio, la hija comento que su hogar no cuenta con diseño arquitectónico para adultos mayores.

El día 22 de Octubre 2012, se terminó el protocolo de evaluación cognitiva, conductual y funcional de la persona con los siguientes datos de interés:

**Antecedentes heredofamiliares:** Desconoce

**Antecedentes Patológicos personales:** Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanía negados.

**Antecedentes Ginecobstetricias:** Solo se embarazo una vez, 1 para, 0 abortos, DCU hace tres años normal, exploración de mamas no.

**Datos neurológicos:** Probable daño en audición VS Agnosia o Problemas de Personalidad (enojo, desprecio)

Aparente lentitud Motriz (astenia, adinamia, letargia)

Anorexia (pérdida de peso mayor la requerida, 5 kg en una semana)

Bajo consumo de líquidos (piel seca y quebradiza)

Mala Higiene Bucal (falta de piezas dentales, sarro y halitosis)

Evaluación Neuropsicología: SPMSQ 0/10 muy confusa

CASI: Daño Cognitivo severo, pocas ganas de cooperar

Por reporte de la hija: bradipsia (síntoma neurológico caracterizado por favorecer la lentitud psíquica, mental o del pensamiento, perdida del estado de alerta, alteraciones del juicio, agnosia y apraxia).

Por observación del evaluador: pérdida de la memoria a corto y largo plazo, ataxia, agnosia leve, se aprecia deterioro cognitivo y funcional moderado.

Evaluación de la Personalidad: Cuestionario Clínico para el Diagnostico del Síndrome Depresivo de Calderón Narváez: **Depresión Moderada**

Escala de Ansiedad de Hamilton: ansiedad con intensidad mínima

Por reporte de la hija: alteraciones anímicas y delirios

Por observador del evaluador: ansiedad moderada, tendencia a enojo con actuación exagerada

Evaluación Funcional Katz: 6/6: Dependiente para las actividades de la vida diaria

Lawton: 0/8 completamente dependiente para las actividades instrumentales de la vida diaria.

## Conclusión:

La persona tiene deterioro severo, su estado de ánimo no le permite ser más funcional, su falta de cooperación, la poca atención y su actitud algunas veces despectiva ante quien tenga enfrente, no permite que sea valorada adecuadamente.

Diagnóstico Médico: **Demencia Tipo Alzheimer**

### 4.3. Valoración por necesidades

#### 1. NECESIDADES BÁSICAS DE: Oxigenación

##### *Datos Subjetivos:*

Disnea debido a; no	Tos productiva /seca: no
Dolor asociado con la respiración: no	
Fumador: no	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	
no	

##### *Datos Objetivos:*

Registro de signos vitales y características: Temperatura: 36.6°C, Tensión arterial 100/70, Respiración 24 x min, amplitud 5 segundos, Frecuencia Cardíaca: 88 x minuto	
Tos productiva /seca: no	Estado de conciencia: desorientada en tiempo y lugar
Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal: pálida	
Circulación del retorno venoso: adecuado	
Otros: cuenta con una placa de RX tórax de hace 2 meses, sin cambios aparentes.	

## 2. NECESIDADES BÁSICAS DE: Nutrición e Hidratación

### *Datos subjetivos*

Dieta habitual ( tipo) Normal
Número de comidas diarias solo realiza una comida al día
Trastornos digestivos no
Intolerancia alimentarias/ Alergias no
Problemas de la masticación y deglución gingivitis y falta de piezas dentarias (molares 4)
Patrón de ejercicio no

### *Datos Objetivos:*

Turgencia de la piel: laxa
Membranas mucosas hidratadas/ secas: secas y con laceración bucal
Características de uñas/cabello: largas y sucias, cabello corto seco y quebradizo
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: marcha inestable
Aspecto de los dientes y encías: con caries, gingivitis y falta de piezas dentarias (4 molares)
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no
Otros: peso: 54.300 kg
Pliegue piel: 1.5 cm, diámetro brazo 22 cm, consume refresco de cola hasta 4 x día.

### 3. NECESIDADES BÁSICAS DE: Eliminación

#### *Datos Subjetivos:*

Hábitos intestinales: orina 4 veces al día y evacúa intestino solo 1 vez x día.	
características de las heces/orina/ menstruación: heces duras , orina normal, ya no presenta período menstrual	
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: no	
Uso de laxantes: no	Hemorroides: no
Dolor al defecar/menstruar/orinar: solo al defecar	
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: refiere que sí no la llevan al W.C. a defecar, la paciente lo olvida	

#### *Datos Objetivos:*

Abdomen, características: blando, depresible
Ruidos intestinales: perístasis aumentada
Palpación de la vejiga urinaria: no
Otros:
Refiere tener incontinencia urinaria por la noche de urgencia, usa pañal desechable

### 4. NECESIDADES BÁSICAS DE: Termorregulación

#### *Datos Subjetivos:*

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si
Ejercicio, tipo y frecuencia: solo camina aproximadamente 20 minutos x día
Temperatura ambiental que le es agradable: playa

#### *Datos Objetivos:*

Características de la piel: seca, laxa y se observan algunas zonas de equimosis
Transpiración: no
Condiciones del entorno físico: adecuado
Otros: no

**5. NECESIDADES BÁSICAS DE: Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.**

*Datos Subjetivos:*

Capacidad física cotidiana: deambula en casa es independiente
Actividades en el tiempo libre: terapia ocupacional, ejercicio pasivo,
Hábitos de descanso: no
Hábitos de trabajo: no

*Datos Objetivos:*

Estado del sistema músculo esquelético, marcha inestable	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: fuerza y tono disminuidos	
Posturas: libre	
Necesidad de ayuda para la deambulación: si	
Dolor con el movimiento: no	Presencia de temblores:
Estado de conciencia: desorientado en tiempo y lugar	Estado emocional: triste, melancólica
Otros:	
Requiere que se le recuerde que cambie de postura, ya que tiende a adquirir solo una por espacio de tiempo prolongado, (sedente), más de 6 horas continuas.	

**6. NECESIDADES BÁSICAS DE: Descanso y sueño**

*Datos Subjetivos:*

Horario de descanso: nocturno	Horario de sueño: 22- 10 horas
Horas de descanso: hasta 6 horas	Horas de sueño: 12
Siesta: si	Ayudas: si
Insomnio: no	Debido a: olvidos
Descansado al levantarse:: no refiere	

*Datos Subjetivos:*

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: olvidos frecuentes,	
Ojeras: si	Atención: mínima
Bostezos: si	Concentración: mínima
Apatía: si	Cefaleas: no refiere
Respuesta a estímulos: disminuidos	
Otros: no recuerda lo que sueña, duerme sola	

## 7. NECESIDADES BÁSICAS DE: Usar prendas de vestir adecuadas

### *Datos Subjetivos:*

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: sí

### *Datos Objetivos:*

Viste de acuerdo a su edad: sí	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: sí	
Vestido incompleto: sí	Sucio: sí
Inadecuado: sí	
Otros:	
Utiliza hasta más de 8 prendas de vestir, por ella misma	

## 8. NECESIDADES BÁSICAS DE: Higiene y protección de la piel

### *Datos Subjetivos:*

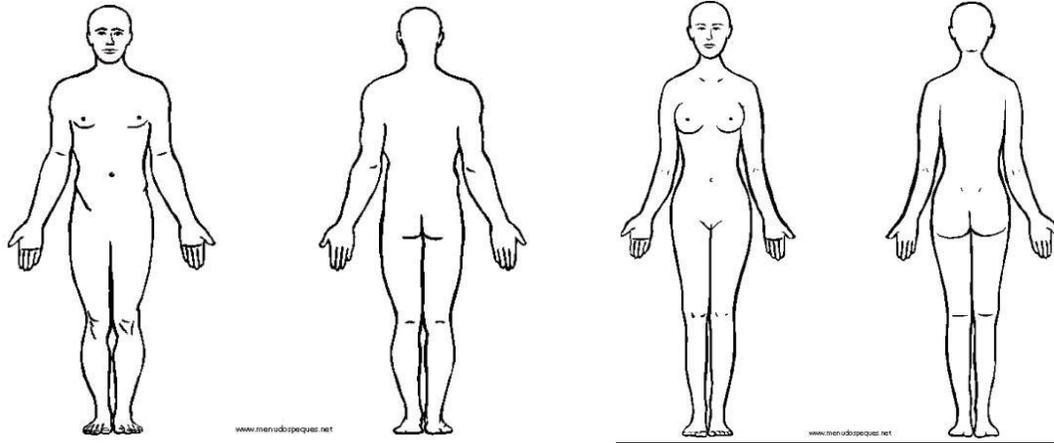
Frecuencia del baño: 1 vez cada tercer día
Momento preferido para el baño: por la mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: solo una vez al día
Aseo de manos antes y después de comer: no recuerda
Después de eliminar: no recuerda
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no

### *Datos Objetivos:*

Aspecto general: mala higiene personal	
Olor corporal sudoración	Halitosis: no
Estado del cuero cabelludo: seco	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): no	
Otros :piel seca, deshidratada	

Masculino:

Femenino



## 9. NECESIDADES BÁSICAS DE: Evitar peligros

### *Datos Subjetivos:*

Que miembros componen la familia de pertenencia: 14	
Cómo reacciona ante situación de urgencia: no recuerda	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: no recuerda	
Hogar: no	Trabajo: no
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: sí	
familiares: no	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: no recuerda	

### *Datos Objetivos:*

Deformidades congénitas: no
Condiciones del ambiente en su hogar: cuenta con escalera sin barandal, no hay luz nocturna
Trabajo: no
Otros
Tiene teléfono, pero no sabe cómo usarlo, ni los números telefónicos de urgencia

**10. NECESIDADES BÁSICAS DE: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.**

*Datos Subjetivos:*

Estado civil: casada	Años de relación: 28
Viven con: sus hijos	Preocupaciones / estrés: no recuerda
Familiar: no	
Otras personas que pueden ayudar: vecinos	
Rol en estructura familiar: madre sin rol	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: no recuerda	
Cuanto tiempo pasa sola: aproximadamente 6 horas x la tarde	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: no	

*Datos Objetivos:*

Habla claro: sí	Confuso: incoherente e incongruente
Dificultad. Visión: no	Audición: sí
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: no lo recuerda, su comunicación es nula con los miembros de su familia	
Otros	
Le gusta que le lean revistas, periódicos y les pone atención hasta por 20 minutos.	

**11. NECESIDAD BASICA DE: Vivir según sus creencias y valores**

*Datos Subjetivos:*

Creencia religiosa: católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no
Principales valores en la familia: respeto, tolerancia, amor
Principales valores personales: amor a sus hijos y esposo
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: no

*Datos Objetivos:*

Hábitos específicos de vestido.( grupo social religioso): no
Permite el contacto físico: sí
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: su rosario que trae en su bolsa de mano
Otros: recuerda como persignarse, y se encomienda a dios x las noches

## 12. NECESIDAD BASICA DE: Trabajar y realizarse

### *Datos Subjetivos:*

Trabaja actualmente: no	Tipo de trabajo: no
Riesgos: no	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: no
Está satisfecho con su trabajo: no	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: no recuerda	

### *Datos Objetivos:*

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: la paciente se mantiene tranquila, relajada con actitud libre y sonríe espontáneamente.
Otros:
Le agrada ir a misa x la mañana cada domingo, esto sí lo recuerda.

## 13. NECESIDAD BASICA DE: Jugar y participar en actividades recreativas

### *Datos Subjetivos:*

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: bailar
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: sí
Recursos en su comunidad para la recreación: sí
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: sí, un concurso de baile

### *Datos Objetivos:*

Integridad del sistema neuromuscular: ninguno
Rechazo a las actividades recreativas no
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo. aburrida
Otros

#### 14. NECESIDAD BASICA DE: Aprendizaje

##### *Datos Subjetivos:*

Nivel de educación: secundaria terminada	
Problemas de aprendizaje. sí	
Limitaciones cognitivas: sí	Tipo: no recuerda
Preferencias. leer/escribir: leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo. no	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: no	
Otros	

##### *Datos Objetivos:*

Estado del sistema nervioso: tranquila
Órganos de los sentidos: gusto disminuido
Estado emocional ansiedad, dolor: indiferente
Memoria reciente: no recuerda
Memoria remota: no recuerda
Otras manifestaciones:
Perdida de la memoria, afasia, agrafía

## 4.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS

Necesidad		Grado de dependencia		Diagnóstico de enfermería.
1	Oxigenación	I	✓	<b>RIESGO DE SUFRIR ALTERACIÓN EN LA OXIGENACIÓN</b>
		PD		
		D		
2	Nutrición Hidratación	I		<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL, INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES</b> <b>DEFICIT VOLUMEN LIQUIDOS</b>
		PD		
		D	✓	
3	Eliminación	I		<b>INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL</b> <b>ESTREÑIMIENTO</b>
		PD		
		D	✓	
4	Moverse y mantener una buena postura	I		<b>DETERIORO DE LA AMBULACIÓN</b> <b>FATIGA</b>
		PD	✓	
		D		
5	Descanso y sueño	I		<b>TRASTORNO DEL PATRON DEL SUEÑO</b> <b>DEPRIVACION DEL SUEÑO</b>
		PD		
		D	✓	
6	Usar prendas de vestir adecuadas	I		<b>DESCUIDO PERSONAL</b>
		PD		
		D	✓	
7	Termorregulación	I	✓	<b>RIESGO DE SUFRIR HIPOTERMIA</b>
		PD		
		D		

8	Higiene y protección de la piel	I		<b>DEFICIT DE AUTOCUIDADO BAÑO VESTIDO</b>
		PD		
		D	✓	
9	Evitar peligros	I		<b>RIESGO DE CAIDAS TRAUMATISMO PROTECCIÓN INEFICAZ</b>
		PD		
		D	✓	
10	Comunicarse	I		<b>CONFUSIÓN CRÓNICA DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</b>
		PD		
		D	✓	
11	Vivir según sus creencias y valores	I	✓	<b>AISLAMIENTO SOCIAL</b>
		PD		
		D		
12	Trabajar y realizarse	I		<b>AFRONTAMIENTO DEFENSIVO</b>
		PD		
		D	✓	
13	Jugar, participar en actividades recreativas	I		<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS DEFICIT</b>
		PD		
		D	✓	
14	Aprendizaje	I		<b>SINDROME DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO</b>
		PD		
		D	✓	
*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente				

# PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

---



## 4.5 PLAN DE ATENCIÓN

**DX. ENF:** Déficit de autocuidado relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para masticar la comida, llevar bocados a la boca, falta de piezas molares, pérdida de peso ponderal, incapacidad para ingerir alimentos de forma socialmente aceptable.

Código: 00102

Dominio 4: actividad / reposo

Clase: 5: Autocuidado

**DEFINICION DIAGNÓSTICA:** Deterioro para realizar o completar las actividades de auto alimentación.

**OBJETIVO:** Adecuar una ingesta de alimentos y nutrientes inmediatamente para cumplir con las funciones vitales.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Mantener una rutina de hábitos, horarios y costumbres (I)</p> <p>No obligar a comer por la fuerza, utilizar la distracción (I)</p> <p>Dar vasos y platos irrompibles (I)</p> <p>Realizar higiene bucal después de las comidas (I)</p> <p>Seleccionar comidas de acuerdo a gusto, texturas adecuadas la capacidad de deglución, asegurar ingesta adecuada de fibra (I)</p> <p>Dar líquidos variados (I)</p>	<p>La educación nutricional depende de la disponibilidad de los alimentos, utilización y de las técnicas culinarias.</p> <p>El organismo humano es omnívoro, en el aparato digestivo se realizan procesos mecánicos y físicos, los mecánicos son: masticación, deglución, acción peristáltica y defecación.</p> <p>Un estado emocional y la falta de piezas dentarias interfiere en la masticación, la falta de limpieza bucal y malos hábitos alimentarios alteran el funcionamiento del aparato digestivo.</p>	<p>La persona al día siguiente acepto alimentos como frutas, papillas y pan.</p> <p>La persona desde el primer día tolero agua de sabor.</p> <p>Se utilizó envase de refresco de cola para que ingiriera agua, desde el primer día.</p> <p>La persona acepto a los dos días que se le ayudara al aseo bucal.</p> <p>La persona al día siguiente indico los alimentos de su preferencia.</p>	<p>La persona en una semana se encontraba realizando su aseo bucal, con ayuda se cepillo los dientes, enjuago y sobre todo quiso que yo también lo hiciera junto con ella.</p> <p>La persona en una semana, se encontraba ya comiendo alimentos sólidos, se le ofrecieron calientes y pidió pollo frito, que por supuesto se le dio.</p> <p>La persona gano peso en 15 días de 0.450 kg, su piel mayor turgencia e hidratación.</p> <p>La persona asintió que le gusta estar acompañada cuando toma sus alimentos.</p>

<p>Enseñar a la familia a dar ayuda justa y acompañarla (I)</p>	<p>Para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas del cuerpo se necesita 70% de agua.</p> <p>Una dieta equilibrada comprende alimentos suficientes de proteína, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.</p> <p>El número de papilas gustativas funcionales disminuyen con la edad y con el uso de medicamentos.</p> <p>La auto-alimentación deficiente altera la nutrición.</p> <p>La motivación familiar y acompañamiento siempre es mejor que comer solo.</p>	<p>Con distracción al tercer día ingirió más líquidos.</p> <p>A los tres días la persona y su hija comieron juntas, se dieron 30 minutos para comer.</p>	
---	--	--	--

**DX. ENF:** Incontinencia Fecal relacionada con deterioro cognitivo manifestada por manchas fecales en la ropa, incapacidad para reconocer la urgencia de defecar, incapacidad para desarrollarse socialmente aceptada, olor fecal.

Código: 000143

Dominio 3: eliminación / intercambio

Clase: 2: Función Gastrointestinal

**DEFINICION DIAGNÓSTICA:** cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

**OBJETIVO:** Proporcionar medidas de seguridad y comodidad, tanto en hábitos higiénicos como en la alteración del patrón de la eliminación.

INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIO EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Mantener una rutina de hábitos y costumbres (I)	Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal para ello debemos tomar en cuenta la edad,dieta,líquidos, cuanto ejercicio realiza, factores de estrés, estilo de vida,medicamentos, y sobre todo el patrón de eliminación.	En una semana posterior a su ingreso se utilizó pañal desechable.	Explicar a la persona que los hábitos de higiene son necesarios para sentirse bien y mejor, sin embargo no hubo mucho éxito, hasta pasadas más de tres semanas, que logro utilizar un solo día el WC, las manos se las lavo con ayuda y se las seco sola.
No forzar a la persona a utilizar el WC sí no lo desea (I)	La defecación es un acto voluntario.	Desde el tercer día se intentó llevar al WC y enseñar aseo genital.	
Enseñar hábitos de aseo genital y de manos (I)	Las alteraciones en la eliminación puede ser debido a desordenes funcionales, metabólicos, infecciosos y emocionales.	Desde el primer día se lavó las manos con ayuda.	
Utilizar el espacio para WC con ambiente agradable, evitando distractores (I)	El establecimiento de hábitos higiénicos en la eliminación está influido por la estructura psicofisiológica y factores socioculturales	Se realizan registros en Hoja Enfermería desde el primer día.	Logre la colaboración de mis compañeras para realizar registros en Hoja Enfermería sobre hábitos de eliminación.
Realizar exploración física abdominal (I)		Solo 2 ocasiones permitieron realizar exploración física abdominal.	
Observar número y características de las evacuaciones (I)		La primer semana se utilizó pañal desechable cuantas veces fue necesario, la siguiente fue con pañal entrenador, la tercera semana ya ubicaba donde estaba el WC.	
Disponer de alguna medida terapéutica como la utilización de un pañal desechable (I)			

**DX. ENF:** Riesgo de compromiso de la dignidad humana relacionada con el deterioro cognitivo manifestado por exposición corporal, pérdida del control de las funciones corporales, percepción de invasión de la intimidad, etiqueta estigmatizadora, uso de términos médicos indefinidos.

Código: 00174

Dominio 6: Auto percepción

Clase: 1: Autoconcepto

**DEFINICION DIAGNÓSTICA:** Riesgo de percepción de pérdida de respeto y el honor.

**OBJETIVO:** Hacer valer las garantías individuales como lo es la dignidad humana, sobre todo en la persona que sufre demencia tipo Alzheimer.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	CRITERIO EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Explicar siempre lo que se va a realizar y pedir consentimiento (I)</p> <p>Permitir que la persona exprese sentimientos, intereses, temores y decisiones (D)</p> <p>Ofrecer confort en momentos difíciles y trascendentes (I)</p> <p>Mantener comunicación constante (I)</p> <p>Sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales (I)</p> <p>Tener conocimiento sobre creencias y prácticas religiosas (I)</p> <p>Detectar la necesidad de una ayuda religiosa (I)</p>	<p>Comunicar es un proceso a través del cual se envían y reciben mensajes, ideas, emociones, es la manera de relacionarse con otras personas, para satisfacer las necesidades humanas es importante comunicarnos.</p> <p>El autoconocimiento personal es mirarse a sí mismos, los pensamientos, las ideas, creencias, valores, habilidades y conductas, en el pasado, presente y futuro, en un camino abierto y honesto.</p> <p>Para esto hay que darse tiempo para la reflexión, escribir, dibujar, leer, ver y entender es su filosofía de la vida.</p>	<p>Establecer un 60% de relación de confianza</p> <p>Clarificar en un 90% los valores de la situación en particular</p> <p>Señalar en un 80% la discrepancia entre las creencias expresadas y la conducta de la persona</p> <p>Determinar en un 80% los riesgos para la persona y uno mismo.</p> <p>Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza a la persona en un 100%</p> <p>Atender en un 100% las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación</p>	<p>Logre que la persona empata conmigo sobre todo la escuche, respete y brinde seguridad.</p> <p>Además la persona me indicaba cuando no quería que determinadas personas la vieran, ya que se escondía y me tomaba de la mano.</p> <p>Logre que dentro de su disminuido vocabulario me llamara por mi nombre y yo a ella.</p> <p>Logre que me acompañara a una ceremonia religiosa (católica) que se realizó dentro de la institución y mantuvo la atención por 20 minutos.</p>

<p>Ofrecer respeto y exigirlo a los demás profesionales de la salud (I)</p> <p>Cuidar la privacidad e intimidad (I)</p>	<p>Comprender el proceso de desarrollo personal sin presiones, aceptando tolerando, sin hacer daño.</p> <p>Tener una escala de valores y desarrollar capacidades aceptándose y respetándose.</p>	<p>Escuchar con atención al 100%</p> <p>Respetar al 100% las decisiones de la persona.</p>	<p>Logre que en la unidad donde se encontraba ella, solo entraran las personas indicadas para no fomentar la curiosidad de los demás.</p>
---	--	--	---

#### 4.6 PLAN DE ALTA

Recomendaciones para la cuidadora o familia:

- a) Llamarle siempre por su nombre y respetar su dignidad
- b) No intervenir sistemáticamente en su manera de vivir.
- c) Dejarle tiempo para que realice lo que le hemos pedido hacer.
- d) Encontrarle actividades sustitutorias.
- e) Organizar su vida de forma rutinaria.

#### Cuidados en la Fase I

Memoria: Cuando oculta sus olvidos?

- No intente razonarle.
- Recorra a ejercicios de memoria.

#### ¿Qué se pretende con esta terapéutica?

- ✓ Buscar otras áreas cerebrales que no estén deterioradas por la enfermedad.
- ✓ Favorecer el interés de la persona por las cosas.
- ✓ Contribuir a mantener los procesos de percepción, atención, aprendizaje, observación.

#### Tipos de ejercicios:

- ✓ Leer revista o periódico, 5 líneas, dos veces seguidas e instarle a que resuma por escrito o de palabra lo que ha leído.
- ✓ Escuchar canciones que ella conozca.
- ✓ Intentar dibujar de memoria los muebles de una habitación conocida.
- ✓ Recordarle sistemáticamente donde están los objetos que se utilizan varias veces al día: libro, bolso, lentes, ropa, etc.; poniéndolos siempre en el mismo sitio
- ✓ Nombre de personas:

- ✓ Ayudarle a recordarlos valiéndose de fotografías de su familia, de amistades, compañeros de trabajo; ya que su memoria visual puede tenerla conservada.

### **Cuidados en la Fase II**

- ✓ En esta fase y con respecto a la Memoria existen una serie de ejercicios que también son aplicables durante la Fase I.
- ✓ Debemos recordarles, con frecuencia, el día en el que se encuentra (de la semana y del mes). Para ello es aconsejable poner en la casa y a su vista: calendarios, así como relojes.
- ✓ Aprovechando cualquier conversación, es conveniente decirles si es por la mañana, tarde o noche. De este modo le ayudamos a orientarse en el tiempo.
- ✓ Cuando deambule por la casa, ya en esta fase con ayuda, váyale diciendo: vamos a la cocina. Vamos al salón, vamos al cuarto de baño, vamos al dormitorio. Así le ayudamos a orientarse respecto al espacio.
- ✓ Cuando decidamos acostarle, debemos recordarle que es de noche y que hay que dormir. Hacer que orine antes de acostarse, así evitamos que lo haga en la cama. Podemos inducirle al sueño, intentando y repitiéndole: está muy cansado, le pesan mucho los párpados, le pesan mucho los brazos, etc.
- ✓ Se pueden combinar una serie de ejercicios de memoria y de motilidad. La finalidad de éstos es desarrollar la memoria al aprender y recordar una información durante un período de tiempo.
  - 1) Ejercicio de memoria:
    - a) Recuerde el número 33.
  - 2) Ejercicio de motilidad
    - a) Inspirar-espigar.
    - b) Levantarse-sentarse.
  - 3) Le preguntamos: ¿Qué número le he dicho al principio que recuerde?, ¿Qué refrán le he dicho que debe recordar?
- ✓ En cuanto a sus gestos y movimientos en esta fase, es necesario que le acompañemos en su deambulación para evitar sus caídas y ayudarle por si pierde el equilibrio; pudiéndose también ayudar él mismo con un andador.
- ✓ Como puede perderse en trayectos habituales es conveniente que le pongamos un identificador, bien en una pulsera, un colgante o cadena y para que no pueda sentirse ofendido, lo haremos de modo que parezca un regalo por algún motivo especial.

### **Cuidados en la Fase III:**

- ✓ En relación con su comportamiento: cuando llora, grita, se agita, debemos mostrarnos siempre ante él con una gran tranquilidad y procurar darle cariño y palabras afectuosas.
- ✓ En este período de la enfermedad tiene sus memorias recientes y remotas abolidas. Su lenguaje se transforma en un simple balbuceo, no controla sus gestos; comienza a tener dificultad para tragar por lo que suele atragantarse hasta con su propia saliva.
- ✓ Tiene dificultad para controlar sus esfínteres. En esta fase suele instaurarse la alimentación mediante sonda.
- ✓ Sus actividades cotidianas desaparecen totalmente. Suele estar ya encamado.
- ✓ Los cuidados de enfermería van encaminados a subsanar todos aquellos problemas que conllevan la inmovilidad del enfermo, la incontinencia urinaria, los fecalomas, las úlceras por decúbito y los problemas respiratorios.

### **Alimentación:**

- ✓ Con la alimentación se consigue fundamentalmente disminuir la degradación.
- ✓ Es aconsejable una dieta rica en proteínas y pobre en grasas animales.
- ✓ Si todavía es capaz de comer por sí sola, dejarle elegir pero sin abusar, ya que la enferma Alzheimer es capaz de volver a comer dos veces sin sentirse saciada. En caso de que nos ocurra esto, bien porque coma antes, o bien porque ha terminado de comer antes que los demás, le puedes ofrecer galletitas variadas. Para nosotros le habremos dado el postre, sin embargo ella está comiendo.

### **Incontinencia urinaria:**

- ✓ La enferma de Alzheimer al no controlar sus esfínteres, se orina y defeca por ello es preciso dotarle de pañales y así evitar que se moje.
- ✓ Estos pañales deben ser cambiados con frecuencia para evitar que se produzcan infecciones urinarias.
- ✓ Debemos también observar, al quitarle el pañal, el olor y el color de la orina. Si el color fuera oscuro y el olor fuerte, nos debe hacer sospechar que la paciente tiene una infección urinaria. En estos casos debemos consultar con su médico de preferencia.
- ✓ Aparte, le tomaremos la temperatura ya que la aparición de fiebre, es un signo importante a tener en cuenta en el diagnóstico de una infección urinaria

### **Fecalomas:**

Hay un signo importante a tener en cuenta en la instauración de un fecaloma, y es que el paciente expulsa por el recto un contenido líquido que, equívocamente, nos hace pensar en una diarrea. Antes de decidir por nosotros mismos, debemos consultar con el médico.

Ante esta situación debemos llevar a la práctica la extracción del mismo mediante la aplicación de un enema de limpieza. Se aconseja para esta situación se prepare con los siguientes ingredientes: agua, bicarbonato y micralax (2 envases).

Todo esto se debe hacer con la enferma encamada y colocándole el cómodo debajo para la recogida de heces.

### **Úlceras por decúbito:**

Estas lesiones podemos prevenirlas con los siguientes cuidados:

- a) Tener una buena hidratación, procurando darle una ingesta de líquidos aproximada de 2 litros.
- b) Aplicación de baño diario, encamada, con jabón neutro. Darle crema hidratante y masajes circulares.
- c) Tener una buena alimentación, que aporte proteínas.

En el caso de que se hayan producido, deben curarse de la siguiente manera:

- a) Lavar la escara con jabón neutro
- b) lavar la escara con solución fisiológica, sí es pequeña y superficial, secar perfectamente

Existen en la actualidad unos apósitos coloides, de diversos tamaños y formas que se colocan sobre la herida y contribuyen a su cicatrización.

### **Fisioterapia respiratoria:**

Hemos hablado anteriormente de la retención de secreciones pulmonares o de vías altas, frecuentes en una enferma encamada.

Estas secreciones se retienen debido a la inmovilidad y a que la persona de Alzheimer se olvida de toser. Por más que intentemos darle la indicación de toser, no responderá positivamente, por lo que tendremos que ayudarle aplicándole fisioterapia respiratoria.

¿Cómo hacerla?

- a) Colocarle en posición de decúbito lateral (derecho y después izquierdo)
- b) Con las palmas de las manos hacia abajo y en posición hueca, darle golpes acompasados en la espalda durante un período de 10 minutos por cada lado.
- d) Se repite la opción por delante

Con esta técnica conseguiremos movilizar las secreciones y favorecer que la enferma tosa y así arranque las secreciones.

En ocasiones deberemos ayudarnos de un aspirador de secreciones eléctrico. La persona al no beber líquidos y por consiguiente no hidratar la garganta, las secreciones altas son más densas y puede tener dificultad para tragarlas, y corre el peligro de atragantarse con su propia saliva.

## CONCLUSION

Como profesional de la enfermería, considero que haber elegido el Proceso de Enfermería como herramienta para cuidar a la persona que sufre demencia tipo Alzheimer me deja una enseñanza invaluable, conocer el modelo de Virginia Henderson me permitió no solo cuidar la enfermedad sino preservar la salud y limitar el daño, como bien lo describe la autora, considero que la práctica diaria de este modelo debe ser replicado, aprendido y sobre todo no perder de vista que no solo es un modelo de atención sino una nueva forma de cuidar donde las necesidades humanas se ponen de manifiesto y es la metodología de esta teoría quien fomenta el cuidado y la enfermera profesional quien lo brinda.

La teoría de Virginia Henderson y el proceso de enfermería, represento para mí una forma de aprendizaje sistémico, congruente con el cuidado integral que se brinda en las instituciones, además que me dio oportunidad de empatizar con la persona, acción que algunas veces es imposible. Haber realizado este Proceso de Enfermería, me llevo paso a paso a planear cuidadosamente mi trabajo, elegir lo más conveniente para la persona esperando siempre un resultado exitoso.

La demencia senil tipo Alzheimer es un síndrome de carácter crónico y progresivo, asociado a trastornos en múltiples funciones corticales superiores, incluyendo memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, y con un nivel de conciencia claro. Estos trastornos de la función cognitiva están comúnmente acompañados (y ocasionalmente precedidos) por deterioro del control emocional, social e incluso la muerte.

Esperando que la elaboración de este Proceso de Enfermería sirva de guía y apoyo para las futuras generaciones de enfermeras y sobre todo mi eterno agradecimiento para la persona que me permitió ser parte de la historia de su vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rodríguez r. Morales J, Encinas J. Trujillo Z.D´Hyver C. Geriatria, México, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2000.
- 2.-Pere A., Mora I, Marbá.Tratamiento Psicopedagógico para combatir la enfermedad de Alzheimer disponible <http://www.psicología>.
- 3.-Thomas, A. Pesce, JP Cassuto, ABC de Enfermedad de Alzheimer, Barcelona Ed.Masson, 1990.
- 4.-Ministerio de Salud en Chile. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor, Ed. Ministerio de Salud Chile disponible en <http://guía-cuidado-salud-del-adulto-mayor-pdf>.
- 5.- De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer. La Circunvalación del hipocampo, Mayo 2010 disponible <http://www.Hipocampo.org/Alzheimer>.
- 6.-Dartigues JF.Alzheimé´sdiasse: a global challenge for the 2 century. Lancetneurology 2009, 81082-3
- 7.-Jaques Selmes y Micheline Antonie Selmes: Vivir con la enfermedad de Alzheimer, Francia, Ed. Español. 2000.
- 8.-Muñoz Chacón, Yalile.Demencia, el reto del presente siglo. Acta médica Costarric.Online Vol.45 No.2 pp42-44, revisión 2010.
- 9.-Suay Llopis, Loreto; Ballester Díez, Ferra; Revisión sobre estudios de exposición al aluminio y enfermedad de Alzheimer, en Revista Española de Salud Pública, noviembre-diciembre de 2002, Vol.76 (6): pp645-658.
- 10.- NolascaAcarín; Alzheimer Manual de Instrucciones; Madrid Ed. RBA, 2010
- 11.-National Institute for Clinical Excellence (NICE).Donencepil, Rivastigmine and Galantamine for the Treatment of Alzheimer´s Diasease.Technology Appraisal Guidance 2001; 19.
- 12.-Aigner TG; Pharmacology of memory: cholnergy- glumartegic interactions. CurrOpin Neurobiology 1995; 5:155-60.
13. - Arosa SA, Sheriff F; Memantine for dementia, Cochrane Database Syst Rev 2008 (2): CD000315437.
14. - Jones, H.M. & Pilowsky.L.S. Dopamine and antipsychotic drug action reviset.British Journal of Psychiatry, 2008 pp.271-275
- 15.-Jose Luis Álvarez Gayou; Sexualidad en la vejez y ancianidad, Ed. Grijalbo, 2005.
- 16.-Menendez JJ; Vigilancia de Salud en los Adultos Mayores; Centro Iberoamericano de Alzheimer <http://www.montefiorecentral.com.index.html>
- 17.-Varela Principios de Geriatria y Gerontología; Lima, 2ª Ed. Centro de la Universidad Peruana 2005.
- 18.-Velazquez AMC, Irigoyen CME, Llaca MC. La Evaluación Mínima del estado nutricional en ancianos Nutrición Clínica 2006 pp.107-11.

- 19.-Barbara Kosier; Fundamentos de Enfermería Ed. Interamericana; México, Mc.Graw-Hill, 1989
  - 20.-Enfermedad Alzheimer Consideraciones odontológicas, disponible en <http://www.actaodontologica.com/2008/alzheimer.asp>.
  - 21.-Paciente con Alzheimer /Compendio de Enfermería. [Http/www.compendio de enfermería. Con/paciente-con -Alzheimer](http://www.compendio de enfermería. Con/paciente-con -Alzheimer).
  - 22.-Bastardas Boada Albert. Comunicación Humana y paradigmas holísticos Claves de Razón práctica 51 PP. 78-88
  - 23.- Janet W. Griffith, Paula J. Chistensen; Proceso Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, guías y modelos, Ed. Manual Moderno. 1986.
  - 24.-M, Jonson, G Blucher, JM Dochterman, M Mass, sMoortheade.Diagnósticos Enfermeros e intervenciones (Intervenciones NANDA, NIC Y NOC)
  - 25.- Alfaro, R&LeFebre, R. Aplicación del Proceso Enfermero Fomentar el cuidado en colaboración, Barcelona (5ª. Ed) Nasson 2003
  - 26.-Marie-Francoise Colliere. Promover la vida, ed. Mc Graw-Hill interamericana 1993.
  - 27.-Curso sobre el uso de escalas valorativas en geriatría. A.J.Cruz al.2006
  - 28.-Calderón Narváez G; Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. Rev. Med IMSS 1998 pp. 377-380.
  - 29.- Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación; NANDA Internacional 2009-2011 ed. T.HeatherHerdman, PhD, RN
  - 30.-Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez; Fundamentos de Enfermería, Ed. Moderno, 3 Ed. 2004.
-

## ANEXOS

### Anexo 1. HISTORIA CLÍNICA GERIÁTRICA.

#### 1. - Ficha de identificación

Nombre: L.G.G. Sexo: Femenina Edad: 74 años  
Lugar y fecha Nacimiento: México D.F. 28-02-1938  
Domicilio: Lago de Chalco No. 24 Lomas de Atizapán, Atizapán de Zaragoza.  
Teléfono: 58-22-86-89.  
Escolaridad: secundaria terminada  
Religión: Católica Estado Civil: Viuda  
Trabajo al que le dedico más años: Hogar  
Servicio Médico: Particular  
Familiar Responsable: M. P. G. (Hija)  
Domicilio: mismo  
Teléfono: mismo

#### 2.- Antecedentes Heredofamiliares

Desconoce que fallecen su padre y madre, no tuvo hermanos y su familia vive en provincia con los cuáles es mínima la convivencia.  
La hija refiere gozar de buena salud.

#### 3.- Antecedentes Personales no Patológicos

Tabaquismo Alcoholismo Toxicomanías: No refiere

#### 4.- Antecedentes Gineco-obstetricos

Menarca a los doce años, Gesta: 1 Para 1, Aborto: 0 Cesárea: 0, Fecha último examen DOC hace 2 años resultado normal.

#### 5.- Antecedentes Personales patológicos

Antecedentes de ansiedad y depresión desde hace 10 años (referido por su hija)

#### 6.- Estado sensorial

	grado de afección	corrección prótesis
a).- Vista	ninguna	no
b).-Audición leve		no
C.-Olfato	ninguna	no
d).-Gusto moderada		no

#### 7.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

a).- Síntomas Generales:

Pérdida de peso, adinamia, somnolencia, fatiga, astenia.

b).-Alimentación y estado nutricional:

Toma alguna dieta en especial: no

- Desayuno: café, leche, pan dulce
- Comida: sopa, tortillas, pollo hervido, ensaladas, refresco de cola
- Merienda: café, leche, pan dulce

Número de veces a la semana que consume los siguientes alimentos:

Huevo	Carne (res, pollo, cerdo)	Lácteos	Verduras	Frutas	Pescado
3	3	7	7	5	1

¿Cuántos litros de agua consume al día?

200 ml, porque su consumo mayor es de refresco de cola hasta 6 de 200 ml aproximadamente.

c).- Estado dental:

Pérdida parcial de piezas, sarro, halitosis, lengua saburral.

d).- Aparato Digestivo:

Incontinencia Fecal, Eructos, Meteorismo, flatulencia.

e).-Aparato Cardiovascular:

Sin alteración

f).-Aparato Respiratorio:

Expectoraciones frecuente, tos mínima.

g).-Sistema Endocrino:

Pérdida de peso, piel seca y escamosa, anorexia, lentitud psicomotriz.

(Perdió peso en 2 últimas semanas en casa de aproximadamente 8 kilos).

h).-Sistema Musculo Esquelético:

Alteraciones de la marcha, trastornos de la movilidad

i).-Piel:

Seca y escamosa.

j).-Sistema Nervioso:

Apraxia, alteraciones del juicio, alteraciones del sueño, pérdida del estado de alerta, agnosia.

**8.- Perfil Psicológicos Mínimo** (previo al padecimiento actual, referidos por su hija):

- Trastornos Previos de Personalidad: Ansiedad
- Trastornos previos del afecto: depresión
- Trastornos previos de la cognición: negado.

**9.- Descripción de la Enfermedad Demencial:**

Inicio aproximadamente hace 7 años, con llanto frecuente, y no querer tomar alimentos, así como dificultad para conciliar el sueño, fue tratada por medico particular, casi al año presenta dificultad para recordar y escribir, se muestra agresiva con su hija y nuevamente olvida realizar sus actividades esenciales para la vida diaria.

Es así que cursa su vida con alteraciones del sueño cada vez más frecuentes hasta ya no poder conciliar el sueño durante la noche, por igual olvida cada vez más frecuentemente comer, vestirse, lavarse los dientes, ir al WC, levantarse o estar sentada durante casi todo el día, escribir, leer, caminar, moverse.

#### 10.- Terapéutica Empleada:

Medicamento	Dosis	Medico Prescribe	Desde cuándo	Motivo Prescripción
Largactil 25 mgs	1 cada 12 horas Vía Oral	Geriatra	Hace 7 años	Antipsicótico
Risperdal	1 cada 12 horas Vía Oral	Neuropsiquiatra	Hace 5 años	Antipsicótico
Haldol	1 cada 12 horas Vía Oral	Neuropsiquiatra	Hace 3 años	Neuroléptico

#### 11.- Exámenes de Gabinete:

1.- Hb	7.- VSG	13.- K 4
2.- Hto	8.- Glucosa 87 mg/dl	14.- T3
3.- CMH	9.-Urea 17	15.- T4
4.- VCM	10.-Creatinina 0.8	16.- TSG
5.- Leucocitos 5.9	11.-BUN	17.- EGO ++
6.- Plat	12.-Na 147	

TAC: Atrofia cortical moderada predominio temporal bilateral y dilatación ventricular, tratamiento con Akatinol 10 mgs cada 24 horas Vía Oral y Aspirina Protec 100mgs diaria.

EEG: Con lentitud en ondas Theta, tratamiento con Memantina 10 mgs y con un posible DX= Cuadro Demencial compatible con enfermedad de Alzheimer, en etapa avanzada.

DX: Demencia degenerativa tipo Alzheimer progresiva.

#### 12.- Evaluación Funcional

Escala de Lawton, fue una de las primeras escalas de AIVD de Lawton Y Brady en el Centro Geriátrico de Philadelphia en 1993, se evalúan en esta escala 8 ítem, se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor corresponda con la persona, por tanto cada área se puntúa en 1 punto como máximo y un mínimo de 0, la máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que los varones nunca han realizado alguna de las actividades que aquí se evalúan.

### Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton

A	Capacidad para usar el teléfono 1.-Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc. 2.-Marca unos pocos números ya conocidos 3.-Responde las llamadas pero no marca 4.- No usa el teléfono en lo absoluto	1 1 1 0
B	Compras 1.-Se encarga de hacer todas las compras necesarias sin ayuda 2.-Puede hacer las compras pequeñas independientemente 3.-Necesita compañía para hacer cualquier compra 4.- Totalmente incapaz de hacer las compras	1 0 0 0
C	Preparación de Alimentos 1.- Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas independientemente 2.-Prepara las comidas adecuadas si se le suministran los ingredientes 3.-Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada 4.- Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	1 0 0 0
D	Cuidado de la Casa 1.-Se ocupa de la casa sin ayuda o solo ayuda esporádica (p.ej. trabajos pesados, ayuda domestica) 2.- Realiza las tareas diarias ligeras, como lavar platos o hacer las camas 3.- Realiza las tareas diarias ligeras pero no puede mantener niveles aceptables de limpieza 4.- Necesita ayuda para todas las tareas de limpieza 5.- No participa en las tareas domesticas	1 1 1 1 0
E	Lavandería 1.- Lava personalmente toda la ropa 2.- Lava prendas pequeñas, enjuaga los calcetines 3.-Debe encargarse otra persona de lavar todas las prendas	1 1 0
F	Modo de Transporte 1.- Viaja solo en transporte públicos o conduce su propio coche 2.- Puede desplazarse en taxi pero es incapaz de usar otros transportes públicos	1 1

	3.- puede viajar en transporte públicos sí alguien lo acompaña 4.- Viajes limitados a taxi o automóvil con ayuda de otro 5.-Totalmente incapaz de viajar	1 0 0	<b>82</b>
G	Responsabilidad respecto a la propia medicación 1.- Es responsable de tomar medicinas en dosis correcta y los horarios correctos 2.- Se encarga de tomar la medicación si se le preparan las dosis separadas 3.- No puede encargarse de su propia medicación	1 0 0	
H	Capacidad para manejar las Finanzas 1.- Controla con independencia los asuntos económicos(presupuestos, escribe cheques, paga alquiler y facturas, van ala banco) recoge los ingresos y las notas 2.- Controla las compras diarias pero necesita ayuda para las operaciones bancarias, las compras importantes, etc. 3.-Incapaz de manejar el dinero	1  1 0	
	Puntuación final (máximo total de 8)	0	

### Escala de Katz para Actividades de la Vida Cotidiana (1958)

El índice de Katz es probablemente la escala ABVD más utilizada, fue desarrollada en el año 1958 por un grupo multidisciplinario de profesionistas dirigido por S. Katz a una serie de enfermos crónicos con enfermedades neurológicas (secuelas de ictus y esclerosis múltiple), ortopédicos (fractura de cadera) y otras para delimitar dependencia.

Valora seis funciones básicas, baño, vestido, uso de WC, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación, en términos de dependencia o independencia agrupándolas en un solo resumen.

			DEPENDIENTE	
			SI	NO
1	Baño ( con esponja, en regadera o ducha)	No necesita ayuda o la necesita solo para bañarse una parte del cuerpo	X	
2	Vestido	Prepara las prendas y se viste sin ayuda, excepto anudarse los zapatos	X	

				<b>83</b>
3	Aseo	Va al cuarto de baño, usa el WC, se arregla la ropa y vuelve sin ayuda (puede emplear un bastón o un andador para soporte y utilizar una cuña u orinal por la noche)	X	
4	Desplazamiento	Entra y sale de la cama, de la silla sin ayuda (puede utilizar un bastón o un andador)	X	
5	Continencia	Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidentes esporádicos)	X	
6	Alimentación	Se alimenta a sí mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)	X	
	Puntuación AVD total 6		DEPENDIENTE	

### Signos Vitales y Somatometria:

Temperatura Axilar	36.3°C
Frecuencia Cardíaca	68 x minuto
Frecuencia Respiratoria	24 x minuto
Tensión Arterial	100/70
Talla	1.73 cm.
Peso	54.300 kg

**Habitus exterior:**

Persona femenina, postura libre, inquieta, incongruente, incoherente.

**Marcha:**

Inclina ligeramente la columna, ataxia.

**Cabeza:**

Normocefálica, con cabello ralo y escaso, reseco, canas, pupilas isocóricas, normoreflexivas, sin prótesis dental.

**Tórax:**

Ruidos cardíacos con ritmo e intensidad, campos pulmonares bien ventilados, no estertores, ni sibilancias.

**Abdomen:**

No permitió la exploración.

**Genitales:**

No permitió la exploración, usa pañal desechable.

**Extremidades superiores:**

Manos con mala higiene, uñas largas y con esmalte deteriorado, no permite valorar arcos de movimiento.

**Extremidades inferiores:**

Piel seca y pequeños sitios equimóticos, varices, onimicosis, mala higiene.

**Diagnóstico Funcional:**

DEPENDIENTE ABVD Y PÉRDIDA DE LA AUTONOMIA.
---

**Síndromes Geriátricos:**

Demencia tipo Alzheimer
-------------------------

Depresión
-----------

Mal Nutrición
---------------

**El Mini Nutricional Assesment (MNA)** para evaluar es estado nutricional de las personas en edad avanzada, cuyo objetivo es evaluar el riesgo de malnutrición de una persona para permitir una intervención nutricional precoz en caso necesario.

El MNA se compone de mediciones antropométricas: peso, talla y pérdida de peso.

Evaluación Global: 6 preguntas sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad.

Evaluación Nutricional: 8 preguntas sobre el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos así como la autonomía para comer.

Evaluación Subjetiva: preguntas sobre autopercepción de la salud y la nutrición.

La puntuación obtenida en el MNA distingue entre los siguientes grupos de personas de edad avanzada:

a).-Estado Nutricional Satisfactorio MNA 24

b).- Riesgo de Mal Nutrición de 17 a 23.5

**EVALUACIÓN MINIMA DEL ESTADO DE NUTRICIÓN**

Nombre: L.G.G.                      Sexo: Femenina                      Edad: 74 años			
I.- ANTOPOMETRIA 1.- Índice de Masa Corporal 0= -19 1= 19-21 2= 21 -23 3= 23	PUNTOS  2	10.- Úlceras por Presión 0= sí 1= no	PUNTOS  1
2.-Circunferencia Mesobraquial  0= -21 0.5= 21 o 22 3= + 22	0.5	III.- EVALUACIÓN DIETETICA 11.- Cuantas comidas realiza al día? 0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas	2
3.- Circunferencia de pantorrilla  0= -31 1= +31	0	12.- Consume usted? Por lo menos una ración de productos lácteos al día? X  Dos o más raciones de leguminosas o huevo por semana X SI NO  Carne , pescado o ave diariamente 0= 0.1 afirmativo 0.5 a 2= afirmativo 1= afirmativo	3
4.- Perdida Ponderal en los últimos tres meses  0= -3 kg 1= No lo sabe 2= 1.3 Kg 3= Sin pérdida	1	13.- Consume dos o tres raciones de fruta o verduras al día?  0= no 1= sí	1
II.- EVALUACIÓN GLOBAL 5.- El paciente vive independientemente? (no con familiares ni en una institución)		14.- Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses? (por pérdida de apetito o problemas digestivos,	

0= Sí 1= No	0	dificultad para deglutir o masticar los alimentos)  0= Pérdida severa del apetito 1= Pérdida moderada del apetito 2= No ha tenido pérdida del apetito	0  <b>86</b>
6.- La persona toma más de tres medicamentos al día?  0= Sí 1= No	0	15.- Cuantos vasos de líquido consume diariamente?  0= -3 1= 3 a 5 2= + 5	1
7.- en los últimos tres meses la persona ha sufrido de alguna enfermedad aguda o estrés psicológico  0= Sí 1= No	0	16.- Modo de alimentación  0= Con asistencia 1= Auto alimentación con dificultades 2= Autoalimentación	0
8.-Mobilidad  0= Confinación a cama o sillón 1= Confinado a su habitación 2.- Puede salir al exterior sin ayuda	1	IV EVALUACIÓN SUBJETIVA 17.- Su enfermedad o alguna otra lo han obligado a modificar la cantidad y/o el tipo de alimentación que usted consume? 0= Sí, en medida 1= Sí, parcialmente o no sabe 2= ningún problema	0
9.- Problemas Psiquiátricos  0= Demencia o Depresión Grave 1= Demencia o Depresión Leve 2= Ningún problema	0	18.- En comparación con otras personas de su edad, usted como considera su edad?  0= No tan buena 0.5= No lo sabe 1= Igualmente buena 2= Mejor	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>			<b>11</b>

## ESCALA DE TINETTI

La escala de Tinetti se divide en dos subescalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha.

La subescala del equilibrio consta de 13 ítems cuyas respuestas se categorizan como normales, adaptativa o anormal., la subescala de marcha responde a normal o anormal y consta de 9 ítems.

Esta escala detecta a personas con riesgo de caídas y establece pautas de prevención, a cada resultado positivo se le asigna un punto, totalizando ente 0 y 7, resultado de 0 y 2 bajo o nulo riesgo de caída, 3 a 5 riesgo relativo y de 1, 4, 6,7 el riesgo relativo se ubica en el 1 y 9.

### ESCALA DE TINETTI- EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO

1	Equilibrio sentado	Se inclina o se desliza en la silla seguro y firme	= 0 = 1 X
2	Levantarse	Incapaz sin ayuda Capaz pero usa los brazos para ayudarse Capaz sin usar los brazos	=0 =1 X =2
3	Intentos de Levantarse	Incapaz sin ayuda Capaz pero usa los brazos para ayudarse Capaz de levantarse al primer intento	=0 =1 X =2
4	Equilibrio inmediatamente después de ponerse de pie (primeros 5 segundos)	Inestable (oscila, mueve los pies, movimientos acusados al tronco) Estable pero usa un andador o bastón o se agarra de otros objetos para ayudarse Estable sin andador, bastón, ni ningún otro soporte	=0 =1 X =2
5	Equilibrio del pie	Inestable Estable pero ampliando la base de sustentación (talones separados más de 10 cm) usa bastón, andador u otra ayuda O requiere ayuda ni ampliar la base de sustentación	=0 =1 X =2
6	Empujón		

	(paciente en posición de firme con los pies lo más juntos posibles, el explorador empuja ligeramente tres veces sobre el esternón de la persona)	Comienza a caer Oscila, se agarra pero se estabiliza firme	=0 =1 X =2	<b>88</b>
7	Ojos cerrados, en posición de firme	Inestable Firme	=0 X =1	
8	Giro en 360°	Pasos discontinuos Pasos continuos	=0 =1 X	
9	Sentarse	Inseguro (calcula mal la distancia, se deja caer en la silla) Usa los brazos con movimientos no suaves Seguro, movimiento suave	=0 =1 X =2	
<b>TOTAL</b>				<b>8</b>

### ESCALA DE TINETTI- EVALUACION DE LA MARCHA

10	Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decirle adelante)	Cualquier duda o múltiples intentos para comenzar Ausencia de dudas	=0 X =1
11	Longitud y altura del paso	a).- Oscilación del pie derecho No sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso Sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso El pie derecho no se separa totalmente del suelo al dar el paso El pie derecho se separa totalmente al dar el paso  b).- oscilación del pie izquierdo No sobrepasa el pie derecho al dar el paso Sobrepasa el pie derecho al dar el paso	=0 =1 X =0 =1 X  =0 =1 X =0

		El pie izquierdo no se separa totalmente del suelo al dar el paso El pie izquierdo se separa totalmente al dar el paso	=1 X	<b>89</b>
12	Simetría del paso	Longitudes desiguales de los pasos derecho e izquierdo (estimadas) Los pasos derecho e izquierdo parecen iguales	=0 =1 X	
13	Continuidad del paso	Paradas o discontinuidad entre los pasos Los pasos parecen continuos	=0 =1 X	
14	Camino	Desviación pronunciada Desviación leve/moderada o uso de ayuda para caminar Recto sin ayuda para caminar	=0 =1 X =2	
15	Tronco	Oscilación pronunciada o uso de ayuda para caminar No oscila pero flexiona las rodillas o espalda, separa los brazos mientras camina No oscila, no flexiona, ni utiliza los brazos, ni ayuda para caminar	=0 =1 X =2	
16	Estancia al caminar	Talones separados Los talones casi se tocan al caminar	=0 =1 X	
		TOTAL	10	

### Cuestionario para diagnosticar Depresión

Guillermo Calderón Narváez, diseñó un cuestionario Clínico para diagnosticar la depresión, que pudiera servir para alumnos de medicina y algunos estudios epidemiológicos que estaban efectuando, fue publicado por primera vez en la Revista Médica DEL Instituto Mexicano del Seguro Social en 1992 ( vol.30 No. 5/6 377-389).

Consta de 20 reactivos que corresponden a los síntomas más frecuentes de la depresión en nuestro medio sociocultural.

### Cuestionario Clínico para el diagnóstico de Depresión

Modificado del cuestionario del Dr. Guillermo Calderón Narváez

A continuación se presenta una serie de preguntas en relación al comportamiento del paciente.

Pregunta	NO		SI	
		POCO	REGULAR	MUCHO
1.-Le ha observado triste o afligido?		X		
2.-Lora o tiene ganas de llorar?			X	
3.-Duerme mal de noche?				X
4.- En las mañanas se siente peor?	X			
5.- Le cuesta trabajo concentrarse?				X
6.-Le ha disminuido el apetito?			X	
7.-Es obsesivo o repetitivo?		X		
8.-Ha disminuido su interés sexual?				X
9.-Ha disminuido su rendimiento en la realización de actividades cotidianas?				X
10.-Presenta palpitaciones o presión en el pecho?	X			
11.- Se cansa o se muestra decaído?				X
12.-Se le nota nervioso, angustiado o ansioso?			X	
13.-Expresa pesimismo y dice que las cosas le van a salir mal?	X			
14.-Le duele con frecuencia la cabeza o la	X			

nuca?				<b>91</b>
15.-Esta más irritable o enojón que antes?			X	
16.-expresa inseguridad y falta de confianza en sí mismo?	X			
17.-Siente que es menos útil para su familia?		X		
18.- Siente miedo de algunas cosas?				X
19.-Ha expresado deseo de morir?			X	
20.-se muestra apático como si las cosas que antes le interesaban, ahora le fueran indiferentes?				X
TOTAL : 54 x4=28	x 1= 5	x 2= 6	x3= 15	

Criterios de Diagnóstico:

36-45 Normal

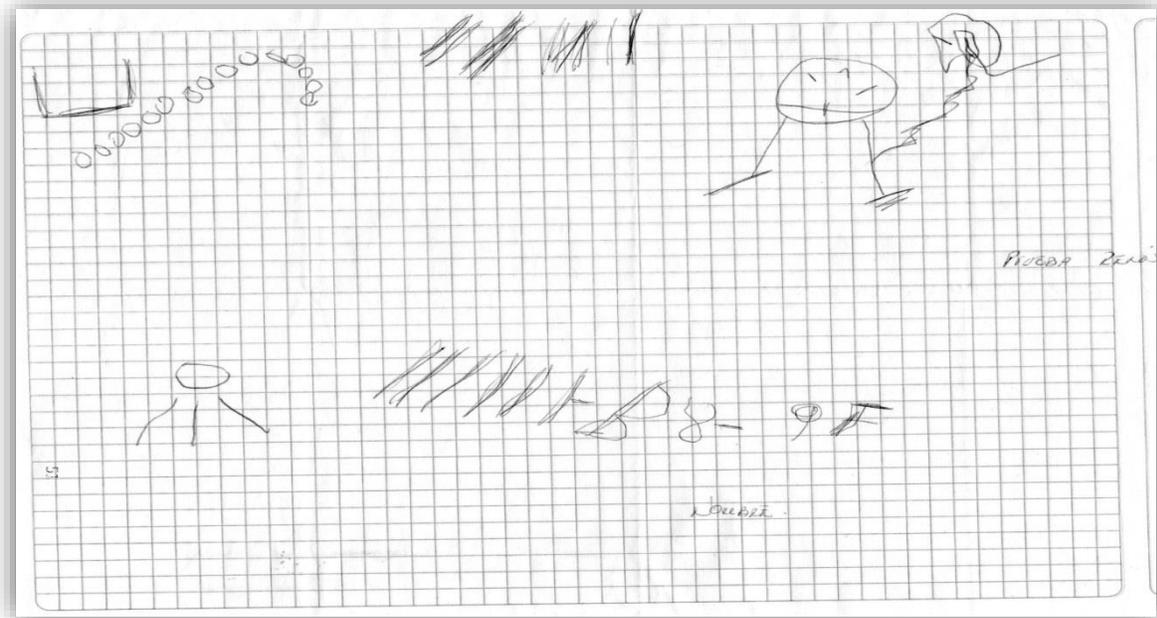
36-45 = relación de ansiedad

**46-65 = Depresión Media**

66-80 = Depresión Severa.

## ANEXO 2

Dibujos para valorar la memoria matemática



Se le solicitó a la persona que elaborara un dibujo de ella, que realizó parte superior del lado derecho, de igual manera se le solicitó que dibujara su casa y lo hizo en el extremo izquierdo, al pedirle que dibujara a su hija lo hizo del lado inferior izquierdo, las anotaciones siguientes las realizó por sí sola.

Aquí podemos observar confusión de ideas y un gran deterioro del pensamiento racional, apraxia, agnosia.



Pasante de licenciatura en enfermería aplicando cuestionario clínico para el diagnóstico de Depresión de Guillermo Calderón Narváez.



Pasante de Licenciatura en Enfermería estableciendo empatía para realizar la historia Clínica Geriátrica



Persona realizando algunas Intervenciones de Enfermería que se planearon en este Proceso de Enfermería.

