

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia.



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/13

Trabajo Fin de Grado

**Aplicación del Proceso de Enfermería en un caso de Alzheimer
en Atención Primaria de Salud**

- Autor/a -

Ana Luna Linares Sánchez

- Tutor:

Cayetano Fernández Sola

Aplicación del Proceso de Enfermería en un caso de Alzheimer
en Atención Primaria de Salud

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	6
METODOLOGÍA:.....	7
DESARROLLO:.....	7
DISCUSIÓN:.....	18
CONCLUSIONES:.....	20
BIBLIOGRAFÍA:.....	21
ANEXOS:.....	22

RESUMEN.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica, discapacitante y progresiva y en la actualidad incurable. Lo que nos hace recapacitar acerca de la importancia de la intervención sanitaria temprana y eficiente con el objetivo de ejemplificar como mantener o mejorar la calidad de la vida del enfermo y disminuir la posibilidad de complicaciones futuras. Se confiere protagonismo a los problemas (reales y potenciales) del sujeto, así como al entorno del mismo (cuidador, vivienda y recursos incluidos) para establecer un cuidado integral de la persona bio-psico-sociocultural.

El objetivo del Trabajo de Fin de Grado es describir un caso clínico real de enfermedad de Alzheimer y su abordaje en el área de Atención Primaria.

Se realiza una valoración integral del sujeto A.M. residente en Albox, estructurada por patrones funcionales de salud de M. Gordon. Se incluye la valoración de la vivienda y del cuidador principal. Se identifican los problemas que posee la paciente: disfagia a los líquidos, episodios de caídas anteriores, úlceras por presión, incontinencia doble, problemas en el descanso y a su vez los de su cuidadora formal: estrés, intranquilidad por el cuidado de su madre y sedentarismo; en base a éstos se proponen objetivos e intervenciones y se realiza una evaluación y seguimiento.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es la más frecuente e importante enfermedad degenerativa del cerebro. Aunque la enfermedad ha sido descrita en cada período de la vida adulta, la prevalencia es notoria en pacientes como A.M. de avanzada edad.

Una forma útil de calcular la prevalencia aproximada consiste en considerar que la prevalencia de la demencia se duplica cada 5 años a partir de los 60 años de edad: 1% a los 60 años, 2% a los 65; 4% a los 70; 8% a los 75 años; 16% a los 80 y 32% a los 85.
(1)

La siguiente definición de demencia aclara que entendemos por ella: Una alteración adquirida y persistente en al menos dos de las siguientes esferas:

- Memoria.

- Lenguaje.
- Función visoespacial.
- Funciones ejecutivas.
- Conducta (no explicable por déficit cognoscitivo).

Con una intensidad suficiente como para interferir con las actividades habituales del sujeto. En ausencia de alteración del nivel de conciencia.

Se aconseja:

- Verificar el deterioro cognitivo mediante un informador fiable.
- Sustentar el diagnóstico de demencia en una evaluación neuropsicológica longitudinal, realizada mediante tests estandarizados para la edad y nivel educativo. (2)

La estructuración de los datos ha sido realizada mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Se analiza la información de un caso práctico, con el fin de reconocer los datos diagnósticos de la situación de enfermedad de A.M., para así generar una hipótesis que nos lleve a un diagnóstico que mejore mediante la aplicabilidad de la evidencia, las consecuencias de su patología característica.

Enfermería valora las situaciones de la persona, familia y entorno con un razonamiento hipotético y el pensamiento crítico con el fin de la mejora de salud, cuya fundamentación se respalda en la formulación de los diagnósticos enfermeros que vienen citados en los manuales característicos (3).

Se realiza así un análisis de los resultados obtenidos a través de la valoración de los objetivos propuestos comparándolo con artículos escritos en la actualidad sobre cuidados en el Alzheimer y su situación de salud después de implementar los cuidados propuestos para verificar la idoneidad de nuestro plan de cuidados.

OBJETIVOS

GENERALES:

-Describir un caso clínico real de enfermedad de Alzheimer y su abordaje en el área de Atención Primaria.

ESPECÍFICOS:

-Estudio para mejora de una situación característica concreta (Paciente con Alzheimer A.M.).

- Uso de la teoría multisectorial (patogenia, diagnóstica de enfermería, en colaboración con recursos sanitarios) para una correcta gestión del caso.
- Planificación de cuidados y ejecución de los mismos.
- Valoración de los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una recogida de datos a través de visitas domiciliarias y con consentimiento informado y verbalmente aceptado con los familiares de la paciente A.M.

Consiste en un estudio de casos centrado en la paciente A.M. Mediante el razonamiento inductivo, basado en la recolección de datos obtenidos en visitas domiciliarias realizadas en el practicum V y cumplimentadas a través de la historia clínica de la paciente, se han formulado unas hipótesis que nos han llevado a unos diagnósticos sobre los que se han pautado unos objetivos, y en función de los mismos unas intervenciones.

Han participado los familiares de A.M., su hija J. (cuidadora informal), su marido, la asistenta del domicilio y personal del centro de salud de Albox. Se mantiene la confidencialidad del caso y se realiza de una manera totalmente voluntaria, informada y consentida por parte de familiares y personas implicadas.

La bibliografía se recoge en la biblioteca Nicolás Salmerón, dentro de la Universidad de Almería. También se usan bases de datos como: Cuiden Plus, Medline y Pubmed.

A través del análisis por escala likert de los objetivos se respalda la efectividad del criterio personal usado.

Durante la realización del prácticum V, en compañía del enfermero de enlace, se realizan visitas domiciliarias de seguimiento, donde realizamos valoraciones de enfermería basadas en las necesidades básicas de M. Gordon.

DESARROLLO:

Plan de cuidados de la paciente A.M., incluida la valoración de su hija y cuidadora informal J. y su vivienda donde reside. Tras el alta después de un síndrome febril, se realiza un seguimiento por su centro de salud en Albox al ser derivada por la Enfermera Hospitalaria de Enlace tras alta hospitalaria con diagnóstico médico: Síndrome febril probablemente secundario a infección respiratoria.

VALORACIÓN A.M. (PACIENTE)

Historia médica: -No alergias médicas conocidas – Enfermedad de Alzheimer en estadio severo –Parkinson – Hipertensión arterial –Poliartrosis –Fibrilación auricular crónica – Intervención de rodilla y pierna derecha –Cataratas bilaterales.

Constantes vitales Visita: TA: 150/80 mmHG FC: 84 lpm.

Examen físico: Rigidez de miembros, Apirética.

Tratamiento farmacológico: Aricept 10 mg (1-0-0), axura 20 mg (1-0-0), omeoprazol 20mg (1-0-0), hidrotona (0-1-0), trazolona 100 (0-0-1), efferalgan 1g (si dolor).

Visitas domiciliarias por su enfermero de familia para cura de úlceras por presión lunes y jueves y control de constantes. Curas con parches de Biatain (sacro) y buena evolución. Se le enseña a la familia a realizar cambios posturales cada 2-3 horas e hidratar la piel y la importancia del uso de ácidos grasos hiperoxigenados cuando sea necesario.

Patrón de manejo-percepción de la salud.

Dependiente total y no autónoma para las actividades de la vida diaria, eupneica en reposo, tos ocasional no productiva, pero con secreciones y cierto trabajo respiratorio. La familia comenta que su estado de salud es bueno, con algunas complicaciones que se detallan en los patrones que vienen a continuación.

Patrón nutricional-metabólico

A.M. tiene una dieta hiposódica triturada y con suplementos de Clinutren Vainilla. Dependiente. Buen aporte de líquidos diario pero disfagia a estos, se le administran con jeringuilla y se recomienda el uso de espesante neutro. Realiza las 3 comidas principales y con un tentempié por la tarde. No autónoma para la alimentación (dependiente). No es portadora de prótesis dentales. Presenta una úlcera por presión de grado 2-3 en sacro y otras dos en ambos talones y dedos del pié, lleva botines de protección.

Patrón de eliminación

Presenta incontinencia doble. Usa absorbentes noche, no presenta estreñimiento, 1 o 2 deposiciones al día de consistencia y aspecto normales. Aspecto aseado y cuidado. La higiene se la realizan a diario en cama.

Patrón de actividad-ejercicio

Actividad motora muy limitada. No mantiene bipedestación ni sedestación. Vida cama-cama. No cambia de posición por sí misma en la cama. Dependiente total y no autónoma para todas las actividades de la vida diaria. Suplencia total de cuidados por su cuidadora. Episodios anteriores de caídas.

Patrón de sueño-reposo

Duerme 8 horas, descanso a Intervalos. No refiere dolor. Períodos de somnolencia durante el día.

Patrón cognitivo-perceptual

Reacciona a estímulos dolorosos. Tiene pautado 1 gr efferalgan si dolor. Consciente y obnubilada. Mutismo afásico. Permanece tranquila con períodos de agitación. Ha sido ama de casa toda la vida.

Patrón de autopercepción-autoconcepto

Jubilada.

Patrón de rol-relaciones

A.M. está casada y tiene tres hijos. Relación poco satisfactoria con su entorno por su dificultad de comunicación. Vive con su marido en el domicilio familiar junto a una cuidadora formal contratada por la familia y uno de sus hijos comparte el cuidado de su madre. Su hija J. se identifica como cuidadora principal

Patrón de sexualidad-reproducción

No valorable.

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

No valorable

Patrón de valores-creencias

Cristiana

VALORACIÓN VIVIENDA

El cuidado se realiza en su residencia situada a las afueras de Albox, en el polígono industrial. La vivienda presenta un aspecto limpio. Está bien ventilada y equipada. Es una vivienda de dos plantas. Consta con dos cuartos de baño, tres dormitorios, un salón-comedor, una cocina y un garaje.

A.M. tiene su dormitorio en la primera planta, con una cama de 90 cm normal no articulada y como medio de seguridad los hijos y la cuidadora ponen sillas alrededor en un extremo y en el otro extremo la pared actúa de barrera. Cuando estaba mejor hacía

vida cama-sillón en el salón que está situado a unos 10 m, pero debido al avance de su enfermedad cognitiva, ya solo habita en su dormitorio, donde come y se le realizan los cuidados básicos de higiene. Su dormitorio es amplio y está bien ventilado, consta con una cama, una mesita de noche, un armario y una estantería que facilita la desenvolvura por la amplitud del mismo. También hay una radio que le ponen por las tardes para tranquilizarla. Para regular la temperatura utilizan un aparato de aire acondicionado.

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

- 1.- Disfagia a los líquidos.
- 2.- Episodios de caídas anteriores.
- 3.- Úlceras por presión.
- 4.- Incontinencia doble.
- 5.- Problemas en el descanso.

CUESTIONARIOS:

Índice de Barthel: 0 dependiente total.

Escala de Norton: 7 alto riesgo de úlceras por presión por decúbito.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico 1: Riesgo de aspiración (00039) r/c Deterioro de la deglución y reducción del nivel de consciencia.

Objetivo:

Estado respiratorio: Ventilación (0403) Definición: Movimiento de entrada y salida de aire de los pulmones.

Indicador: 040301 Frecuencia respiratoria

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) **(5)**

V. al alta: (1) (2) (3) (4) **(5)**

Indicador: 040310 Ruidos respiratorios patológicos

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) (5)

V. al alta: (1) (2) (3) (4) (5)

Intervenciones:

1.-Terapia de deglución. Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades:

- Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa (gestión de espesante).
- Enseñar a la familia y cuidadora a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).

2.-Precauciones para evitar la aspiración. Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.
- Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30-45 minutos después de la alimentación.

Diagnóstico 2: Riesgo de caídas (00155) r/c Historia de caídas, disminución del estado mental, entorno desprotegido y deterioro de la movilidad física.

Objetivo:

Ambiente seguro del hogar (1910) Definición: Disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física en el hogar.

Indicador: 191013 Reorganización del mobiliario para reducir riesgos:

Valorac. Inicial: (1) (2) (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) (5)

V. al alta: (1) (2) (3) (4) (5)

Indicador: 191021 Colocación de protectores

Valorac. Inicial: (1) (2) (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) (5)

V. al alta: (1) (2) (3) (4) (5)

Intervenciones:

1.- Potenciación de la seguridad. Definición: Intensificar el sentido de seguridad física del paciente.

-Disponer de un ambiente de seguridad física del paciente.

-Ayudar a la familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

2.- Prevención de caídas. Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

-Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (ej: suelos resbaladizos).

-Sugerir cambios en el paso del paciente.

-Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama si es necesario.

-Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

-Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico.

-Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.

Diagnóstico 3: Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c Alteración de la epidermis y/o dermis, factores mecánicos (aumento de la presión) y inmovilización física. m/p... piel reseca, lesión cutánea...

Objetivo:

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

Indicador: 110104 Hidratación

Valorac. Inicial: (1) (2) (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) (5)

V. al alta: (1) (2) (3) (4) (5)

Indicador: 110113 Integridad de la piel

Valorac. Inicial: (1) (2) (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador 110115 Lesiones Cutáneas

Valorac. Inicial: **(1)** (2) (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Intervención:

1.- Vigilancia de la piel.

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas

-Observar si hay zonas de presión y fricción.

-Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (ej: colchón antiescaras, cambio de posición).

-Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

Diagnóstico 4: Incontinencia fecal (00014) r/c Alteración de la epidermis y/o dermis y deterioro de la capacidad de contener heces, m/p defeca cada.... Heces blandas...

Objetivo:

Función gastrointestinal (1015) Definición: Grado en el que los alimentos (ingeridos o por sonda) pasan de la ingestión a la excreción.

Indicador: 101503 Frecuencia de deposiciones

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador: 101505 Consistencia de las deposiciones

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador: 101513 Dolor

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) **(2)** (3) (4) (5)

V. al alta: (1) **(2)** (3) (4) (5)

Intervención:

1.- Cuidados en la incontinencia intestinal. Definición: Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente/familia.
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Mantener la cama y la ropa de camas limpias.
- Proporcionar pañales de incontinencia, si es necesario.

Diagnóstico 5: Trastorno del patrón del sueño (00198) r/c interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos, características definatorias: informes de haberse despertado y falta de control del sueño, m/p... duerme xx horas, se levanta cansado...

Objetivo:

Sueño (0004) Definición: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicador: 000401 Horas de sueño

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) **(5)**

V. al alta: (1) (2) (3) (4) **(5)**

Indicador: 000418 Duerme toda la noche

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador: 000425 Dolor

Valorac. Inicial: (1) (2) **(3)** (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Intervenciones:

1.-Mejorar el sueño.

Definición: Facilitar ciclos regulares sueño/vigilia.

-Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea sueño, vías aéreas obstruidas, dolor...).

-Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

-Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

-Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.

VALORACIÓN J. (CUIDADORA FORMAL)

Patrón de manejo-percepción de salud.

J. es la cuidadora principal e hija de A.M. Está al cuidado de su madre por las tardes y los fines de semana. Por la mañana mientras ella trabaja acude una cuidadora contratada y algunos fines de semana la releva su hermano por períodos aproximados de 2 horas.

Historia médica: Hace 5 años fue intervenida de un tumor uterino benigno. No precisó de citostáticos. No alergias médicas conocidas

Costantes vitales: TA 100/60 mmHg FC: 70 lpm

Examen físico: consciente y orientada. Independiente.

No tratamiento farmacológico.

Tiene una residencia propia pero en la actualidad vive en el domicilio de A.M.

Patrón nutricional-metabólico.

Independiente. Come de todo. Realiza 3 comidas diarias.

Patrón de eliminación.

Continente. Hábitos intestinales y urinarios normales.

Patrón de actividad-ejercicio.

Independiente. Antes caminaba 1 hora diaria, en la actualidad no realiza ninguna actividad física. Sedentaria.

Patrón de sueño-reposo.

Duerme 6 horas. Menciona que no descansa bien porque está intranquila.

Patrón cognitivo-perceptual

Lleva gafas (presbicia). Ha estudiado un módulo de FP de administrativo.

Patrón de autopercepción-autoconcepto

Está viuda desde hace 10 años. No tiene hijos. Trabaja en una empresa privada de administrativa de lunes a viernes, por las mañanas de 8 a 3. Se describe a sí misma como una persona constante en sus propósitos pero muy intranquila ante las adversidades que le ocurren a su madre (refiere caídas, cambios bruscos del proceso de enfermedad y falta de conocimientos).

Patrón de rol-relaciones.

Dice que tiene pocas amigas. Se siente capaz de cuidar a su madre pero menciona que no está disponible para el cuidado como a ella le gustaría. Cuenta con su hermano que la apoya en el cuidado de su madre. Es la encargada de la toma de decisiones con respecto al estado de salud de su madre.

Patrón de sexualidad-reproducción.

No valorable.

Patrón de afrontamiento-tolerancia del estrés.

La estresa el cuidado de su madre ya que dice que la gustaría hacerlo “lo mejor posible”.

Patrón de valores-creencias.

Cristiana no practicante.

PROBLEMAS

- 1.- Estrés.
- 2.- Intranquilidad por el cuidado de su madre.
- 3.- Sedentaria.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062) r/c aislamiento del cuidador, entorno físico inadecuado para prestar cuidados, falta de experiencia para cuidar y falta de respiro para el cuidador.

OBJETIVO: Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202)

Definición: Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia.

Indicador: 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de cuidados.

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador: 220219 Conocimiento de dónde obtener el equipamiento necesario.

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) (4) **(5)**

V. al alta: (1) (2) (3) (4) **(5)**

Indicador: 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) (3) **(4)** (5)

V. al alta: (1) (2) (3) **(4)** (5)

Indicador: 220214 Apoyo social

Valorac. Inicial: (1) **(2)** (3) (4) (5)

R. Esperado: (1) (2) **(3)** (4) (5)

V. al alta: (1) (2) **(3)** (4) (5)

INTERVENCIONES: Apoyo al cuidador.

Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de los cuidados sanitarios.

ACTIVIDADES:

- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidador de enfermería comunitarios.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

DISCUSIÓN:

PAE A.M.

Diagnóstico 1: Riesgo de aspiración.

El objetivo era optimizar el estado respiratorio: ventilación. Se comparan resultados iniciales y finales observando una mejora en la frecuencia respiratoria (se optimiza) y una disminución de síntomas patológicos (ruidos respiratorios) con las intervenciones propuestas.

La garantización del mantenimiento de la vía aérea es importante a la hora de prevenir enfermedades secundarias que se manifiestan con cuadros piréticos (como el caso de la paciente). El riesgo de muerte repentina e insalvable por broncoaspiración es muy alto.

(4)

Diagnóstico 2: Riesgo de caídas.

La valoración de la reorganización del mobiliario y la colocación de protectores es efectiva y se lleva a cabo de una manera completamente adecuada. La hija menciona en la siguiente valoración que han ganado espacio a la hora de moverse, lo que les facilita el cuidado y no se ha producido ninguna caída.

Este riesgo puede originar graves complicaciones en la paciente como fracturas, hemorragias..., de ahí la importancia de actuar sobre el. También está relacionado con la ergonomía a la hora de gestionar cuidados su cuidadora. (5)

Diagnóstico 3: Deterioro de la integridad tisular.

Se consigue un aumento de la hidratación, la piel se conserva en mejor estado ya que se consigue mejorar la continuidad de la misma y se disminuyen las lesiones cutáneas aunque no en su totalidad.

Las úlceras por presión producen infecciones que pueden llegar a ser mortales por afectar al paciente, de ahí la importancia de la prevención de las mismas y el fomento de la integridad tisular. (6)

Diagnóstico 4: Incontinencia fecal.

Se aumenta el número de deposiciones y la consistencia de estas. Se vigila los síntomas de dolor que permanecen inalterables lo que nos indica un funcionamiento adecuado de la función gastrointestinal.

Es muy importante vigilar la función de evacuación para detectar posibles complicaciones futuras como por ejemplo la aparición de nuevas úlceras por presión. (7)

Diagnóstico 5: Trastorno del patrón del sueño.

Aumentan las horas de sueño, la paciente duerme de manera continua con menos despertares y no refiere dolor.

Con el fin de garantizar el descanso de la paciente y cuidadores, se efectúa una serie de cuidados encaminados a mejorar patrón del sueño de la misma. (8)

PAE J.

Diagnóstico 1: Riesgo de cansancio del rol del cuidador

La cuidadora toma conciencia del proceso de enfermedad de A.M., así como de donde obtener equipamiento necesario, y conocimientos de cuidados que mejoran la intranquilidad que mencionaba en la recogida de datos. Mejora su apoyo social ya que gestiona mejor su tiempo y emplea sus ratos libres en la planificación y ejecución de

otras actividades de ocio importante para mejorar el estado psicológico de la paciente.
(9)

CONCLUSIONES:

Con la elaboración del PAE se consigue:

- Mejorar el estado ventilatorio del paciente.
- Eliminar completamente la frecuencia de caídas nocturnas y diurnas fomentando la tranquilidad de los familiares.
- Cierre y mejora de úlceras por presión, así como eliminación parcial del riesgo de las mismas.
- Mejora del hábito intestinal y de los recursos disponibles para facilitar el mismo.
- Aumento del descanso de la paciente.
- Afrontamiento eficaz del rol de cuidadora de la hija, disminuyendo el estrés que el desconocimiento le ocasiona.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Yanguas J.J. y otros. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Primera edición, 2007. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): 16
2. GENCD (2000). Grupo de estudio de neurología de la conducta demencias (GENCD) de la Sociedad Española de Neurología. Guías de demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio de pacientes con demencia. Barcelona: Masson
3. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2005.
4. Beck-Schimer B, Bonvini JM. Bronchoaspiration: incidente, consequences and Management. Institute of Anaesthesiology, University Hospital Zurich, Switzerland. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157355>
5. Gitlin LN, Hodgson N, Piersol CV, Hess E, Hauck WW. Correlates of Quality of Life for Individuals with Dementia Living at home: The Role of Home Environment, Caregiver, and Patient-related Characteristics. Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23890928>
6. Costa A, Cunha M. Prevalence of pressure ulcers in person victim of trauma: predisposing factors. Source. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888600>
7. Collins B, Norton C. Managing passive incontinence and incomplete evacuation. St Marks Hospital, Harrow, UK. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23752456>
8. Vecchierini MF. Sleep disturbances in Alzheimer's disease and other dementias. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215095>
9. Kreimer S. A moment of Zen: caring for caregivers. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23513666>

ANEXOS:

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) **Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.**

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) **Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.**

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) **Dependiente.**

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) **Dependiente. Necesita alguna ayuda.**

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.**

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..**

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.**

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.**

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) **Dependiente.**

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) **Dependiente. Incapaz de salvar escalones**

RESULTADO: Dependiente total: <20 ptos.

TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	3
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	3
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	3
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros	2

TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
	de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	4
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	4
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	3
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	3
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	4
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	3
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	1
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	3
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	3
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	3
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	4

TEST DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	4
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	4
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	4
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	3
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	3

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

sobrecarga intensa: 64

NORTON

I ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Resultado: 1+2+1+1+1=6 Riesgo muy alto