

**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2014-15

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**“Demencia en fase avanzada: Plan de Cuidados a propósito de un caso”**

**Alumno: Ladislao Alejandro Gallego Juan**

**Tutora: Beatriz García Trigo**

**Presentación del trabajo: Mayo - Junio/2015**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDAD DE A CORUÑA**

## INDICE

<b>1.- RESUMEN</b> .....	3
<b>2.- INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>3.- DEFINICIÓN DE OBJETIVOS</b> .....	8
<b>4.- DESARROLLO</b> .....	9
<b>4.1.- Valoración</b> .....	9
<b>4.2.- Diagnóstico</b> .....	10
<b>4.3.- Planificación</b> .....	10
<b>4.4.- Ejecución</b> .....	11
<b>4.5.- Evaluación</b> .....	11
<b>4.6.- Presentación del caso</b> .....	12
<b>4.6.1.- Valoración por patrones funcionales de M. Gordon</b> .....	12
<b>4.6.2.- Plan de cuidados individualizado</b> .....	18
<b>5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	29
<b>6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	34
<b>7.- BIBLIOGRAFÍA</b> .....	34
<b>8.1 Evolución del síndrome de demencia<sup>[3][4]</sup></b> .....	37
<b>8.2.- Alteraciones características por patrones funcionales según las fases de la demencia</b> .....	38
<b>8.3.- Escala de Braden de Riesgo de úlceras por presión</b> .....	39
<b>8.4.- Índice de Barthel. Modificación de Granger para actividades básicas de la vida diaria</b> .....	40
<b>8.5.- Escala de Lawton &amp; Brody. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria</b> .....	40
<b>8.6.- Escala de Deterioro Global de Geisberg</b> .....	41
<b>8.7.- Miniexamen cognoscitivo de Lobo</b> .....	41
<b>8.8.- Test del Informador (TIN) corto</b> .....	42
<b>8.9.- Test de Zarit</b> .....	43
<b>8.10.- Test de Yesavage. Escala de depresión geriátrica</b> .....	44
<b>8.11.- Detalles de resultados NOC</b> .....	44
<b>8.12.- Actuación enfermera con un enfermo de Alzheimer en tercera fase y su cuidador</b> .....	48
<b>8.13.- Alimentos aptos y desaconsejados en disfagia</b> .....	50

## **1.- RESUMEN**

**Introducción:** la atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) requiere un abordaje multidisciplinar, en el que participarán tanto profesionales como familiares de los pacientes. También ha de ser una atención integrada que garantice un tratamiento individualizado, es decir, adaptada a cada caso en función de las particularidades de cada paciente y fase de la enfermedad.

**Objetivos:** Valorar, mediante instrumentos enfermeros adecuados, las respuestas humanas que se están produciendo ante las nuevas situaciones de salud que se van presentando, determinando la influencia que dicha situación de salud y las respuestas provocadas, están ejerciendo sobre la autonomía para la satisfacción de las necesidades básicas, en las personas afectas, con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado para un paciente con demencia en fase avanzada.

**Desarrollo:** para realizar el plan de cuidados individual se ha tenido en cuenta las clasificaciones estandarizadas del lenguaje enfermero, los diagnósticos de enfermería (DdE) aprobados en la taxonomía Nanda-I<sup>[1]</sup>, los resultados recogidos en la taxonomía NOC<sup>[2]</sup> y por último las diferentes intervenciones reunidas en la taxonomía NIC<sup>[3]</sup>

**Discusión y conclusiones:** un plan de cuidados estandarizado es una herramienta sistematizada que puede servirnos de orientación en el plan de atención de enfermería, pero que en casos tan particulares como la demencia requiere siempre de una individualización debido a la multitud de variantes que pueden presentar incluso dos pacientes afectados por la misma fase de demencia.

**Palabras clave:** “Demencia”, “Alzheimer”, “Plan de cuidados individualizado”

## **RESUMO**

**Introducción:** a atención a doentes con enfermidade de Alzheimer (EA) require unha abordaxe multidisciplinar, na que participarán tanto profesionais coma familiares dos doentes. Tamén terá que ser unha atención integrada que garantice un tratamento individualizado, é dicir, adaptada a cada caso en función das particularidades de cada doente e fase da enfermidade.

**Obxectivos:** Valorar, mediante instrumentos enfermeiros axeitados, as respostas humanas que estánse producindo ante as novas situacións de saúde que vanse presentando, determinando a influencia que dita situación de saúde e as respostas provocadas, están exercendo sobre a autonomía para a satisfacción das necesidades básicas, nas persoas afectas, co fin de establecer un plan de cuidados individualizado para un doente con demencia en fase avanzada.

**Desenvolvemento:** para realizar o plan de cuidados individual tívose en conta as clasificacións estandarizadas da linguaxe enfermeira, os diagnósticos de enfermaría (DdE) aprobados na taxonomía Nanda-I<sup>[1]</sup>, os resultados recollidos na taxonomía NOC<sup>[2]</sup> e por ultimo as diferentes intervencións reunidas na taxonomía NIC<sup>[3]</sup>

**Discusión e conclusións:** un plan de cuidados estandarizado é unha ferramenta sistematizada que pode servirnos de orientación no plan de atención de enfermaría, pero que nos casos tan particulares coma a demencia require sempre dunha individualización debido á multitude de variantes que poden presentar incluso dous doentes afectos pola mesma fase de demencia.

**Palabras clave:** “Demencia”, “Alzheimer”, “Plan de cuidados individualizado”

## **ABSTRACT**

**Introduction:** health care for patients suffering from Alzheimer's disease requires a multidisciplinary approach, in which both professionals and relatives should be involved. It also should be a comprehensive healthcare that guarantees an individualized treatment, that is to say, a special health care tailored to the patients needs and taking into consideration the peculiarities of each patient and the stage of the disease.

**Objectives:** it is necessary to value, using nursing skills, the human responses to new situations trying to determine the influence and the responses that these situations cause with the autonomy for the satisfaction of basic needs in order to develop an individualized plan of care for the patient with a late-stage Alzheimer's disease

**Development:** to develop an individualized plan of care, we have taken into consideration the standard classification of nursing language, the nursing diagnoses approved by the NANDA Taxonomy, the results recorded in the NOC Taxonomy and finally the different procedures united in the NIC Taxonomy

**Discussion and Conclusions:** a standard plan of care is a systematic tool to help us provide a nursing health care plan, but in some particular conditions such as dementia, it is necessary to individualize the plan due to multiple variations presented by different patients even in the same stage of dementia.

**Key words:** "Dementia", "Alzheimer's", "Individualized care plan"

## **2.- INTRODUCCIÓN**

La demencia es un síndrome caracterizado por la aparición de un deterioro intelectual, que afecta a múltiples dominios cognitivos y tiene repercusión sobre la capacidad funcional del sujeto. En nuestro medio la causa más frecuente son las enfermedades neurodegenerativas y, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer (EA). La demencia es, sin duda, uno de los problemas de salud pública más importantes a los que se enfrenta nuestra sociedad. Su alta prevalencia en la población anciana, la ausencia de tratamientos efectivos y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes hacen que sus repercusiones médicas, personales, familiares, sociales y económicas sean de grandes proporciones.

El aumento de la esperanza de vida en países desarrollados y el envejecimiento de la población hacen prever un aumento del número de casos en las próximas décadas, que harán que la cifra actual se multiplique entre dos y tres veces en el año 2050<sup>[4]</sup>

Ante esta situación, la sociedad debe desarrollar estrategias para abordar el problema de la demencia desde un punto de vista global, atendiendo por igual a las necesidades sanitarias, sociales, económicas y legales, y sin perder de vista las consecuencias sobre el cuidador.

Clínicamente, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)<sup>[5]</sup> establece como criterios diagnósticos de los trastornos neurocognitivos producidos por EA, la evidencia de que la causa es una mutación genética existente en la historia familiar o la corroboración de la misma mediante pruebas genéticas. Además, han de coexistir tres factores: presencia clara de deterioro de la memoria, disminución de la capacidad de aprendizaje y otro trastorno cognitivo constante y progresivo como la afasia, apraxia, agnosia y alteración de la ejecución. También, habrá evidencia de que dichas anomalías no se deben a otras enfermedades que afectan al sistema nervioso central, a enfermedades sistémicas o al efecto de alguna sustancia tóxica que pueden producir sintomatología similar. Esta clínica se agrava a medida que el proceso

patológico sigue su curso, estableciéndose y diferenciándose tres etapas: fase ligera, moderada y grave (Anexo 8.1)<sup>[6][7]</sup>.

Se estima que en el mundo alrededor 47.5 millones de personas padecen demencia, y cada año se registran 7.7 millones de nuevos casos de los cuales entre un 60 – 70% son de tipo Alzheimer<sup>[8]</sup>

A pesar de la escasa existencia de estudios epidemiológicos rigurosos, se estima que, la prevalencia en España de enfermos con demencia tipo Alzheimer, se sitúa entre 500.000 y 800.000 pacientes y que aproximadamente se diagnostican anualmente 150.000 casos nuevos confirmándose que una de cada diez personas con edad superior a 65 años presenta este tipo de demencia.<sup>[9]</sup>

La demencia tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costes médicos directos, los costes sociales directos y costes referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional. En 2010 el coste social total de la demencia a nivel mundial se estimó en 604.000 millones de dólares. Esta cuantía equivale al 1% del PIB mundial.<sup>[8]</sup>

Una reciente revisión de los estudios realizados en diversos países europeos concluye que el coste económico de la atención a la demencia es elevado, con una media estimada de 28.000 € anuales por paciente en Europa, aunque con grandes diferencias entre países. En España se estiman cifras entre 27.000 y 37.000 € anuales, de los que el mayor porcentaje corresponde al gasto derivado del cuidado informal del paciente (77-81%), mientras que solo el 10-13% corresponde al gasto sanitario y el 6-12% al cuidado formal o profesional, no sanitario<sup>[10]</sup>

Por todo ello, existen argumentos suficientes para destacar la relevancia e importancia que tiene la EA en la actualidad, requiriendo así del establecimiento, por parte del personal enfermero de Planes de Cuidados Individualizados en este tipo de pacientes.

### **3.- DEFINICIÓN DE OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Identificar durante la valoración de enfermería a un paciente en fase avanzada de Alzheimer mediante un léxico enfermero acorde con la situación hallada (Taxonomía NANDA = North American Nursing Diagnosis), si existen evidencias diagnósticas suficientes para formular el/los correspondiente/s diagnósticos enfermeros, con el fin de realizar un plan de cuidados individualizado.

#### **Objetivos específicos:**

- Diseñar el Plan de Cuidados del paciente, definiendo los resultados que el paciente puede alcanzar, en función de resultados contenidos en la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).
- Implementar el plan de cuidados de enfermería mediante intervenciones enfermeras específicas contenidas en la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).
- Valorar, mediante los pertinentes instrumentos enfermeros, las respuestas humanas que en el núcleo cuidador se van desencadenando, distinguiendo, por su particular protagonismo en el proceso cuidador la situación presentada por el cuidador principal
- Diseñar el Plan de Cuidados del binomio cuidador-persona cuidada y/o del grupo familiar, definiendo los resultados que ambos han de alcanzar, en función de resultados contenidos en la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).
- Evaluar la eficacia del plan de cuidados individualizado para demostrar la gran importancia de la personalización de los planes de cuidados estandarizados en este tipo de pacientes.
- Prevenir alteraciones de salud
- Detectar precozmente posibles complicaciones



## **4.- DESARROLLO**

Proporcionar cuidados de forma racional y lógica, precisa, por parte del personal enfermero de la utilización del método científico, asegurando así la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como metodología del cuidado, delimitando su campo de actuación e incorporando conocimientos y habilidades<sup>[11]</sup>. El uso del PAE aporta una estructura que facilita el razonamiento clínico, permite tratar a la persona de forma integral y única y requiere de la interacción entre el usuario/cuidador y el personal enfermero <sup>[11]</sup>. Para ello es fundamental poseer capacidades técnicas, intelectuales, habilidades cognitivas, interpersonales, pensamiento crítico y reflexivo, es decir, un pensamiento premeditado y/o deliberado dirigido a un objetivo determinado que permita identificar que hacer y por qué, mediante juicios basados en evidencias científicas<sup>[11]</sup>.

En 1995, Rosalinda Alfaro definía el PAE como un “método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ante la respuesta que cada persona da a problemas de salud reales o potenciales” <sup>[12]</sup>. Consta de 5 etapas interrelacionadas y consecutivas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En España a partir del año 2010 y a través del Real Decreto 1093/2010, se establece el uso obligatorio de los diagnósticos de enfermería (NANDA), resultados esperados (NOC) e intervenciones (NIC) <sup>[13]</sup>.

### **4.1.- Valoración**

La valoración es el paso inicial y la herramienta más importante del proceso de atención de enfermería. La valoración sistemática que nos proporcionan los patrones de Marjory Gordon <sup>[12][14][15]</sup> hace que podamos tener una visión integral del paciente, abarcando entre otras esferas las más importantes en las demencias como son la funcional, la emocional, la cognitiva y la social. De esta forma identificamos los problemas de salud del mismo, permitiéndonos elaborar un plan de cuidados individualizado, adaptado a las necesidades de cada persona. Consiste en la recogida de datos mediante valoraciones generalizadas y focalizadas, a través de 11

patrones funcionales, utilizando diversas herramientas: entrevista clínica, observación y exploración física.

Los datos recogidos en la valoración se validan, con el paciente siempre que se pueda, y posteriormente se interpretaran para formular un juicio clínico, relevante, preciso y pertinente: el Diagnostico de Enfermería

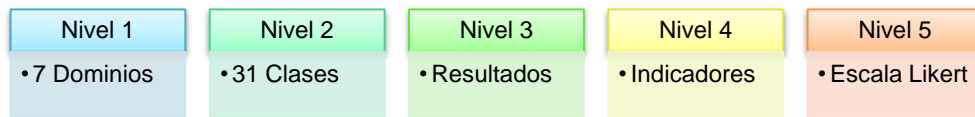
#### **4.2.- Diagnóstico**

La definición más actual de diagnóstico de enfermería es la emitida por la NANDA-I, donde enuncia que es “un juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial de forma individual, familiar o comunitaria que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería que la enfermera está capacitada para realizar” [1]. La taxonomía II especifica que el diagnostico enfermero es un distintivo de la práctica profesional que representa uno de los elementos más importantes del proceso enfermero porque significa que las enfermeras tienen un rol independiente además de un rol de colaboración con otros profesionales sanitarios. Todo esto lo define M.T. Luis Rodrigo como “los diagnósticos de enfermería están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, y es ella quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final deseado”[16]

#### **4.3.- Planificación**

En esta tercera etapa del PAE se establecen los resultados esperados y las intervenciones que a través de las actividades realizadas por el personal enfermero, buscarán eliminar o disminuir los factores que provocan el problema sobre el que se va a intervenir [12]. Consta de 4 fases: determinación de prioridades, plantear y seleccionar los resultados esperados, elección de las intervenciones y registro. En nuestro entorno y para este caso empleamos el modelo AREA para la determinación de prioridades[17]. El Modelo AREA es un meta-modelo, esto es, tiene una estructura genérica que puede ser utilizada con diferentes teorías y modelos, y a su vez es un Modelo de razonamiento clínico.(imagen 1 y 2)

La clasificación actual NOC consta de 490 resultados compuestos de resultados, definición, indicadores y sus escalas Likert de medida.



En lo referente a las intervenciones, la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) consta de 554 intervenciones con 3 niveles cada una<sup>[3]</sup>.



Estas intervenciones son acciones concretas basadas en el conocimiento y juicio clínico que permiten controlar el estado de salud, minimizar riesgos, resolver o controlar problemas, promover la independencia, autonomía y bienestar o conducir a la persona hacia la independencia<sup>[3]</sup>.

#### **4.4.- Ejecución**

Consiste en actuar y llevar a cabo lo planificado, es decir, equivale a “poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención, es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”<sup>[12]</sup>. En esta fase se continúa recogiendo datos a medida que pueden ir apareciendo nuevos problemas y se valora la respuesta del paciente a los cuidados que el personal de enfermería proporciona.

#### **4.5.- Evaluación**

Esta fase abarca todas las anteriores ya que en ella se lleva a cabo “la comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente, con objetivos y metas definidas”<sup>[12]</sup>. Significa comprobar el progreso del paciente, y ha de realizarse periódicamente y ajustada al estado del paciente, valorando su respuesta al plan de cuidados establecido, y

observando si precisa alguna modificación en el caso de no obtener la respuesta esperada.

#### **4.6.- Presentación del caso**

Mujer de 83 años con diagnóstico principal de demencia tipo Alzheimer en fase muy avanzada. Forma parte del programa de pacientes inmovilizados.

Presenta como patologías secundarias diabetes tipo 2 para la que no toma tratamiento, anemia ferropénica crónica e hipotiroidismo.

Es coruñesa pero vivió durante 41 años en Londres con su marido que es de allí. Al ser diagnosticada de demencia y comprender la enfermedad decidió que quería volver a Coruña.

Hace 4 años dejó de poder caminar y desde entonces la cuida su marido que es el único cuidador puesto que no tienen ni familia ni amistades en la ciudad.

Su marido es inglés y vivieron allí durante 41 años, hasta que a ella le dieron el diagnóstico de demencia. Una vez comprendida la enfermedad y su evolución decidió que no quería morir en Inglaterra y se volvieron para La Coruña.

#### **4.6.1.- Valoración por patrones funcionales de M.**

##### **Gordon**

Patrón percepción y mantenimiento de la salud

- Mujer de 83 años con Demencia tipo Alzheimer grave
- Padece también Hipertensión Arterial, Diabetes tipo 2, Anemia ferropénica crónica e Hipotiroidismo.
- No tiene alergias conocidas a fármacos o alimentos
- No tiene hábitos tóxicos
- Estado vacunal correcto (últimas administradas pneumococo y gripe anual)

- Su último ingreso hospitalario fue por urgencias en 2004 debido a una caída accidental que no requirió de hospitalización
- Los cuidados se los da su marido que es el único cuidador para ella
- Actualmente ha perdido cualquier capacidad de comunicarse o moverse y presenta rigidez completa de extremidades por lo que hace 4 años que se encuentra inmovilizada en la cama.
- No ha sufrido ninguna caída desde la última hace 10 años.
- El domicilio ha sido acondicionado por su marido para tener todos los elementos de seguridad necesarios.
- No utiliza material ortopédico ni dispositivos de ayuda
- Se le realizan visitas para comprobar su tensión arterial, glucosa en sangre y estado de la piel.

<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PAUTADO</b>			
<b>Nombre comercial</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Forma / Vía</b>	<b>Posología</b>
Escitalopram Teva 15 mg	Escitalopram	Comprimido / oral	1 cada 24 horas
Ferplex 40	Hierro	Solución oral	1 vial / 24 horas
Eutirox 50 mcg	Levotiroxina de sodio	Comprimido / oral	1 cada 24 horas
Duphalac	Lactulosa	Solución oral	1 sobre / 24 horas

<b>EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN</b>	
Escitalopram Teva 15 mg	Dolor de cabeza, náuseas, aumento de peso, insomnio, mareos, diarrea, estreñimiento, vómitos, sudoración.
Ferplex 40	Dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, náuseas, oscurecimiento de las heces (normal)
Eutirox 50 mcg	Arritmias cardíacas, taquicardia, dolor de cabeza, debilidad muscular, calambres, fiebre, vómitos, temblor, insomnio, sudoración
Duphalac	Flatulencia, dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos

#### Patrón nutricional - metabólico

- Hace 4 años que esta encamada y por tanto resulta complicado registrar talla y peso. El último registro era de 55 kg y 155 cm y no parece haber variado desde entonces de manera significativa.

- Presenta un buen estado general y no existen signos de malnutrición.
- El marido se encarga de su alimentación que realiza por vía oral, ya que la única capacidad que no ha perdido la paciente es la de deglución, aunque el marido indica que debe ir muy despacio y con cuidado. La ingesta de líquidos la realiza a lo largo de todo el día en pequeñas cantidades ya que presenta más problema para deglutir líquidos.
- Toma un suplemento de proteínas (Meritene)
- Conserva bastante bien su dentición y tiene buen apetito a la vista de cómo responde a las comidas.
- Náuseas, vómitos y regurgitaciones ocasionales
- Estado de piel y mucosas con buena hidratación general, coloración, temperatura y humedad inexistente.
- Actualmente no presenta ninguna lesión en la piel pero tiene un riesgo alto de úlceras por presión (UPP)
- Valoración de la escala de Braden = 11 (Alto riesgo) (Anexo 8.3)
- La paciente presenta una Anemia Ferropénica Crónica para la que recibe tratamiento.

#### Patrón de Eliminación

- Paciente con pérdida completa de continencia urinaria.
- El marido realiza una media de 3 cambios diarios de pañal, aunque indica que hay días que son más.
- Cantidad de orina normal, sin olor y color claro
- No dispone de sonda vesical ya que usa pañal.
- Pérdida completa de continencia fecal.
- De media realiza una deposición al día ya que tiene prescrito Duphalac por estreñimiento de cantidad normal y color oscura debido posiblemente a la toma de Hierro para su anemia.
- Menarquía a los 58 años
- No presenta sudoraciones ni durante el día ni durante la noche.

#### Patrón de Actividad y ejercicio

- Paciente que presenta una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con una puntuación en el Índice de Barthel = 0 (dependencia total) (Anexo 8.4)
- Dependencia total en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con una puntuación en el Índice de Lawton y Brody = 0 (dependencia total) (Anexo 8.5)
- En cuanto a la capacidad respiratoria presenta una tensión arterial de 120/60, frecuencia cardíaca de 55 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 19, débil y superficial.
- No presenta disnea ni edemas ni tampoco está usando ningún sistema de oxigenoterapia con una saturación de oxígeno del 95%

#### Patrón de Sueño - Descanso

- La paciente tiene pautado Escitalopram, se le ha prescrito con la finalidad de que pueda conciliar el sueño. El marido nos indica que en el momento de la prescripción del fármaco, su médico les explico que lo pautaba también con la finalidad de no provocar ansiedad en la paciente que estaba siendo consciente de su empeoramiento y perdida de capacidades.
- A pesar de pasar las 24 horas en la cama, el marido intenta mantener unos horarios de sueño correctos. Durante el día tiene instalada una televisión en la habitación para que reciba algún tipo de estímulo y se mantiene despierta hasta que se apaga de noche. Aparentemente parece que los estímulos sonoros los percibe aunque no se comunique.

#### Patrón Cognitivo - Perceptivo

- Paciente en situación de demencia grave y que por tanto presenta un deterioro absoluto de sus capacidades. Presenta un estadio GDS 7 o deterioro cognitivo muy grave según la Escala de Deterioro Global de Geisberg (Anexo 8.6)
- Actualmente no puede ni leer, escribir ni tiene capacidad para aprender o tomar decisiones.

- Alteración del proceso de pensamiento absoluto y pérdida completa de la capacidad de hablar.
- No existe comunicación verbal de dolor y resulta complicado cuantificarlo. Aparentemente no presenta ningún tipo de dolor y el lenguaje no verbal también confirma esta ausencia de dolor. Muestra un leve gemido a la hora de intentar tomarle la tensión arterial debido a que presenta rigidez y flexión en las extremidades y al manipularla se queja levemente que cesa al terminar la maniobra.
- El test cognitivo de Pfeiffer no es posible realizarlo y por tanto se entiende que el resultado son 10 fallos con deterioro cognitivo importante.
- Para el miniexamen cognoscitivo de Lobo disponemos del realizado hace 4 años justo antes de inmovilizarse en la cama con un valor de 16, que si bien ya demostraba la existencia de deterioro cognitivo, difiere bastante con la puntuación de 0 que presenta actualmente (Anexo 8.7)
- En el Test del Informador, el marido dió una puntuación de 5 (empeoró mucho) a todos y cada uno de los apartados en relación a como se encontraba su esposa hace 10 años. Esto nos da un valor de 85 y deterioro cognitivo absoluto (Anexo 8.8)
- La paciente ha perdido cualquier capacidad de poder comunicarnos su sensación de dolor, aunque el marido informa que en determinados momentos, sobre todo al cambiarla de postura, debido a la rigidez que presenta en las extremidades en ocasiones emite algún tipo de queja en forma de gemido pero que nos impide valorar y cuantificar en forma de escala EVA ese dolor.

#### Patrón autopercepción - autoconcepto

- El estado mental y cognitivo de la paciente no permite valorar este patrón.



### Patrón rol - relaciones

- Vive con su marido de 77 años que desempeña el rol de cuidador principal y único las 24 h del día. Se ocupa de todos los cuidados y recibe las visitas periódicas de la enfermera, que en su día le enseñó a evitar y prevenir las úlceras y como aplicar todos los cuidados necesarios. Desde ese entonces la paciente no ha presentado lesiones en la piel ni afecciones de ningún tipo.
- Se le realiza el Test de Zarit (Anexo 8.9) para valorar el riesgo de sobrecarga del rol de cuidador donde obtenemos una puntuación de 32. Este valor indica que no existe riesgo de sobrecarga, pero no se corresponde con determinados comentarios que verbaliza el marido e incluso con determinadas dudas o cambios de respuesta para algunos de los apartados, como si sintiese vergüenza de responder la verdad.
- Al encontrarse el marido de la paciente en situación de único cuidador y presentando un riesgo de cansancio del rol del cuidador, me pareció oportuno aplicarle el test de Yesavage para detección de depresión geriátrica (Anexo 8.10), puesto que no deja de ser cuidador y paciente al mismo tiempo. Para que la paciente, que se encuentra en situación de dependencia total, se encuentre en óptimas condiciones, y viendo que no tienen ningún otro apoyo, es fundamental que el marido se encuentre en las mejores condiciones posibles, y el test ofrece un resultado de posible depresión cuanto menos por parte del cuidador.
- Verbaliza no importarle tener que estar entregado a su mujer sin ninguna ayuda (las cuales rechaza) y se refiere a ella con pena.
- Él es inglés y tiene ciertos problemas para hacerse entender y verbaliza que al no salir de casa ni relacionarse con nadie se le van olvidando muchas cosas del castellano, por lo que pide disculpas.
- Tienen 2 hijos. La hija sigue viviendo en Reino Unido y el hijo vive en Los Ángeles. Al preguntarle por la relación se aprecia que no quiere contar mucho pero comenta que su hija no viene a ver a su madre debido a problemas de salud y que su hijo tampoco ha

venido nunca a verla por culpa de la distancia. En el caso del hijo comenta que además no se le ha comunicado la situación real de su madre. Considero que hay un problema real con las relaciones familiares. El habla todos los días a través de videoconferencia con sus hermanos que viven en Canadá (es la única interacción social que tiene)

- No tienen ni familia ni amistades en España con las que puedan contar en caso de urgencia.
- Asume con absoluta entrega la situación y el cuidado de su mujer y solo comenta que no le importa hacerlo y que le da mucha pena verla así. Los cuidados por parte del marido son excelentes

#### Patrón sexualidad - reproducción

- Duermen en camas separadas pero una al lado de la otra para que puedan descansar mejor.

#### Patrón adaptación – tolerancia al estrés

- Debido al estado de la paciente no es posible realizar la valoración de este patrón.

#### Patrón valores - creencias

- Debido al estado de la paciente no es posible realizar la valoración de este patrón.

### **4.6.2.- Plan de cuidados individualizado**

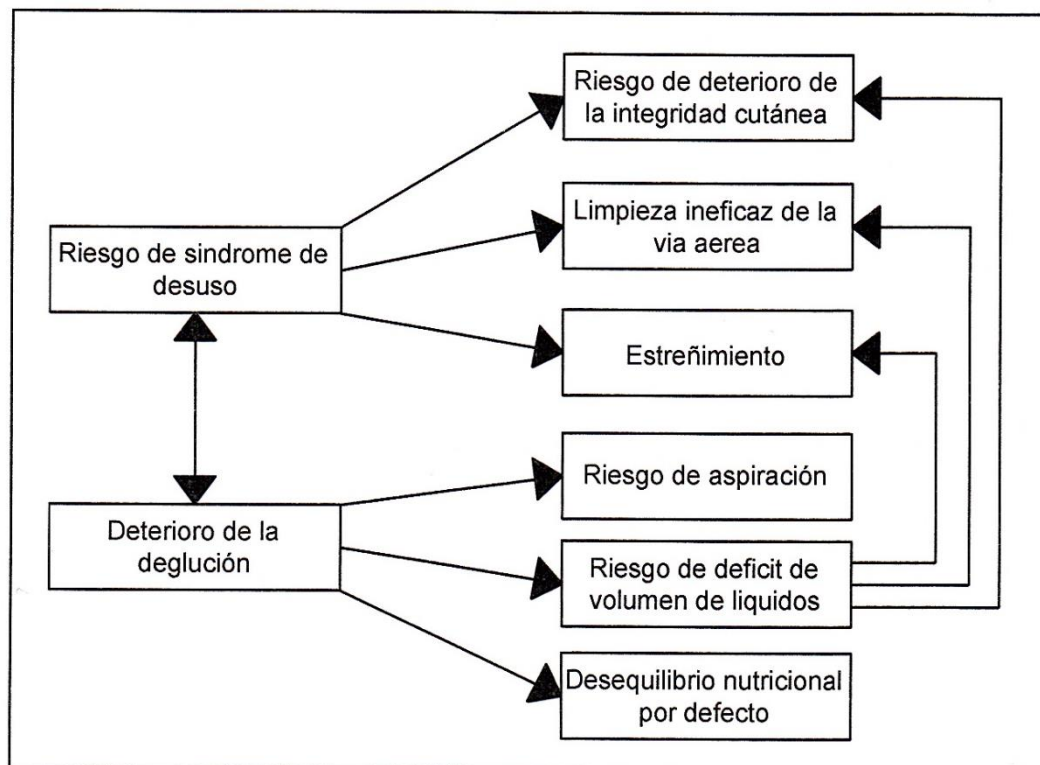
El inmovilismo y los posibles riesgos derivados del mismo van a ser las manifestaciones más características de esta fase final del proceso, en la que el enfermo va a necesitar suplencia de cuidados para las actividades más básicas de su vida cotidiana, ya que no puede levantarse, sentarse o andar, les cuesta trabajo tragar, no controlan los esfínteres...

Es evidente que dado la fase de evolución en la que se encuentra, los Problemas de Colaboración son múltiples y requieren de un trabajo interdisciplinar importante. Aun teniendo en cuenta estas premisas he optado por reconocer como diagnósticos enfermeros en esta etapa el “Riesgo de Síndrome de desuso” y el “Deterioro de la deglución”, y

posteriormente enunciaré el referido al cuidador “Riesgo de cansancio del rol de cuidador”

Las manifestaciones características de esta fase avanzada nos orientan a la presencia de una serie de problemas y/o diagnósticos enfermeros, que como en las fases anteriores consideramos unos principales y otros secundarios, aunque con una clara interrelación entre ellos.

Imagen 1. Modelo AREA



Me centraré en los dos problemas que propongo como principales: riesgo de síndrome de desuso y deterioro de la deglución, ya que considero que los secundarios son manifestaciones de los ya citados. No obstante el plan de cuidados, como se puede comprobar en el apartado dedicado a éste, contiene actividades encaminadas a la resolución de algunos de estos problemas, ya que realmente suelen estar presentes.

### **“Riesgo de síndrome de desuso”(00040)**

Definición: “riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inestabilidad músculo esquelética prescrita o **inevitable**”

Factor de riesgo: en este caso el factor de riesgo que considero clave es la incapacidad del sujeto de movilizarse sin que existan estímulos externos que lo orienten. La alteración del nivel de conciencia le impide, de forma autónoma, mantener una actividad acorde a las necesidades que requiere su organismo de forma inevitable en este caso.

**Riesgo de Síndrome de Desuso r/c alteración del nivel de conciencia / parálisis.**

**RESULTADOS (NOC) (Anexo 8.12)**

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)**

- Úlceras por presión 5 / 5
- Estreñimiento 2 / 4
- Impactación fecal 5 / 5
- Estado nutricional 4 / 5
- Íleo paralítico 2 / 4
- Fuerza muscular 1 / 1
- Tono muscular 1 / 1
- Movimiento articular 1 / 1
- Articulaciones contraídas 1 / 1
- Articulaciones anquilosadas 1 / 1
- Trombosis venosa 5 / 5
- Congestión pulmonar 5 / 5
- Estasis venosa 5 / 5

**Estado neurológico: conciencia (0912)**

- Abre los ojos a estímulos externos 1 / 2
- Orientación cognitiva 1 / 1
- Obedece ordenes 1 / 1
- Respuestas motoras a estímulos nocivos 1 / 1
- Flexión anormal 1 / 1
- Atiende a estímulos ambientales 1 / 1

**Nivel del dolor (2102)**

- Dolor referido 5 / 5
- Expresiones faciales de dolor 2 / 4
- Tensión muscular 2 / 2
- Sudoración 5 / 5

- Gemidos y gritos 2 / 4
- Muecas de dolor 2 / 4

### INTERVENCIONES (NIC)

#### **Cuidados del paciente encamado (0740)**

- ✓ Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado
- ✓ Evitar ropas de cama ásperas
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas

#### **Manejo de presiones (3500)**

- ✓ Vestir al paciente con prendas no ajustadas

#### **Cambio de posición (0840)**

- ✓ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición aunque no pueda escucharnos.
- ✓ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición
- ✓ Colocar en la posición terapéutica especificada
- ✓ Proporcionar apoyo adecuado al cuello
- ✓ Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente
- ✓ Elevar el cabecero de la cama si resulta indicado

#### **Manejo del estreñimiento / impactación fecal (0450)**

- ✓ Vigilar aparición de signos y síntomas de impactación fecal
- ✓ Enseñar al cuidador para que registre defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color
- ✓ Vigilar existencia de peristaltismo
- ✓ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento
- ✓ Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales
- ✓ Instruir al cuidador acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda
- ✓ Instruir al cuidador sobre el uso correcto de laxantes
- ✓ Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario
- ✓ Administrar enema o irrigación cuando proceda

#### **Prevención de úlceras por presión (3540)**

- ✓ Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Braden)
- ✓ Usar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo

de úlceras

- ✓ Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras
- ✓ Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- ✓ Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por transpiración, drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria
- ✓ Cambiar de posición cada 1-2 horas
- ✓ Cambio de posición cuidadoso para evitar cizallamientos
- ✓ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día
- ✓ Evitar masajes en puntos de presión enrojecida
- ✓ Colocar al paciente en posición usando almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
- ✓ Evitar agua caliente y usar jabón suave para el aseo
- ✓ Aplicar protectores en codos y talones, según corresponda
- ✓ Asegurar nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, Hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso

#### **Vigilancia de la piel (3590)**

- ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas
- ✓ Vigilar color y temperatura de la piel
- ✓ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel
- ✓ Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

#### **Precauciones para evitar la aspiración (3200)**

- ✓ Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno y nauseoso y capacidad deglutoria
- ✓ Proporcionar la comida en pequeñas cantidades
- ✓ Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes
- ✓ Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución
- ✓ Romper o triturar la medicación antes de su administración
- ✓ Adaptar y modificar la textura de los alimentos: texturas suaves y homogéneas (no mezclar diferentes consistencias)
- ✓ No mezclar líquidos y sólidos
- ✓ Precaución con alimentos farináceos que puedan pegarse al paladar y desprenderse posteriormente
- ✓ La estimulación con un hielo en la zona mandibular viene demostrando que

activa el reflejo de deglución cuando esta alterado

- ✓ Usar como líquidos los zumos ácidos que estimulan la deglución

#### **Manejo de la demencia (6460)**

- ✓ Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados
- ✓ Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas
- ✓ Disponer una iluminación adecuada que no deslumbre
- ✓ Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto
- ✓ Evitar situaciones extrañas y cambios frecuentes de entorno o domicilio
- ✓ Incidir en la importancia de la terapia cognitiva por medio del contacto visual, las caricias y la voz
- ✓ Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos
- ✓ Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para el estado cognitivo del paciente
- ✓ Disponer de un ambiente físico estable y una rutina diaria

#### **Manejo de la vía aérea (3140)**

- ✓ Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios
- ✓ Administrar aire u oxígeno humidificados según corresponda
- ✓ Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda

#### **Manejo del dolor (1400)**

- ✓ Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente
- ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
- ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito...)
- ✓ Enseñar los principios del manejo del dolor
- ✓ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos
- ✓ Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor
- ✓ Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible

### **“Deterioro de la deglución”(00103)**

Definición: “funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica”

El factor de relación es el deterioro cognitivo, neuromuscular y neurológico inherente a la fase terminal del proceso de demencia que padece.

La evidencia de determinadas características nos ira informando por las diferentes fases por las que pasa el paciente. Apareciendo en el proceso de valoración indicadores como:

- Deterioro de la fase faríngea
  - Alteración de las posiciones de la cabeza
  - Retraso de la deglución
  - Infecciones pulmonares recurrentes
- Deterioro de la fase esofágica
  - presencia de vómitos en la almohada
  - observación de evidencias de dificultad en la deglución
- deterioro de la fase oral
  - falta de acción de la lengua para formar el bolo
  - cierre incompleto de los labios
  - incapacidad para vaciar la cavidad oral
  - falta de masticación
  - sialorrea o babeo

La descripción de estos indicadores facilitará la elección de indicadores de resultados NOC así como las intervenciones NIC que mejor se adecúe a cada momento

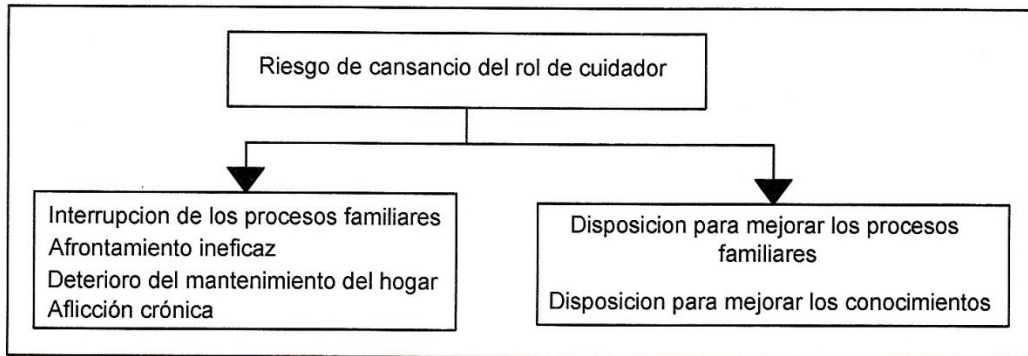


<p><b>Deterioro de la deglución r/c deterioro cognitivo, neuromuscular y neurológico m/p observación de evidencias de dificultad en la deglución como tos, nauseas y atragantamientos.</b></p>
<p><b>RESULTADOS (NOC) (Anexo 8.12)</b></p>
<p><b>Estado de deglución (1010)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controla secreciones orales 2 / 2</li> <li>▪ Atragantamiento, tos o nauseas 4 / 5</li> <li>▪ Acepta la comida 5 / 5</li> <li>▪ Mantiene la comida en la boca 3 / 3</li> <li>▪ Producción de saliva 1 / 1</li> <li>▪ Capacidad de masticación 3 / 3</li> <li>▪ Momento del reflejo de deglución 3 / 3</li> </ul>
<p><b>INTERVENCIONES (NIC)</b></p>
<p><b>Terapia de deglución (1860)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colocarse de forma que el paciente pueda ver y oír al cuidador</li> <li>✓ Explicar el fundamento del régimen de deglución al cuidador</li> <li>✓ Proporcionar / usar dispositivos de ayuda, si se precisa</li> <li>✓ Enseñar a colocar al paciente en posición erguida (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación</li> <li>✓ Colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para deglución (“barbilla metida”)</li> <li>✓ Mantener sentada a la paciente al menos 30 minutos después de terminar de comer</li> <li>✓ Observar signos y síntomas de aspiración</li> <li>✓ Observar sellado de labios</li> <li>✓ Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer</li> <li>✓ Enseñar al cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar a la paciente</li> <li>✓ Enseñar al cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos</li> <li>✓ Instruir para proporcionar cuidados bucales</li> </ul>

### **Actuación enfermera para el cuidador**

Un aspecto importante a resaltar en este apartado es la consideración de que en la actualidad la enferma está siendo cuidada exclusivamente en su casa por su marido.

Imagen 2.- Modelo AREA



**“Riesgo de cansancio del rol de cuidador”**

Definición: el cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar

Factores de riesgo clave:

- Problemas cognitivos del receptor de los cuidados
- Falta de experiencia / preparación para asumir ese papel
- Entorno físico inadecuado para prestar cuidados
- Curso imprevisible de la enfermedad
- Aislamiento del cuidador
- Disfunción familiar previa
- Falta de descanso y/o distracción
- Deterioro de la salud del cuidador

<b>Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c aislamiento del cuidador, cantidad de tareas de cuidados.</b>
<b>RESULTADOS (NOC) (Anexo 8.12)</b>
<p><b>Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realización del rol    3 / 4</li> <li>▪ Relaciones con otros miembros de la familia    1 / 1</li> <li>▪ Interacciones sociales    1 / 3</li> <li>▪ Apoyo social    1 / 3</li> <li>▪ Actividades de ocio    1 / 3</li> </ul>

- Responsabilidades del rol 3 / 4
- Relación con los amigos 1 / 3
- Sueño 1 / 3

#### **Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202)**

- Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar 5 / 5
- Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar 5 / 5
- Participación en las decisiones de atención domiciliaria 5 / 5
- Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado 4 / 5
- Conocimiento de los procedimientos recomendados 4 / 5
- Conocimiento de cuidados urgentes 2 / 5

#### **Descanso (0003)**

- Tiempo del descanso 1 / 4
- Patrón del descanso 1 / 4
- Calidad del descanso 1 / 4
- Descansado físicamente 1 / 4
- Descansado mentalmente 3 / 5
- Descansado emocionalmente 1 / 4

#### **Participación en actividades de ocio (1604)**

- Participación en actividades diferentes al trabajo habitual 1 / 3
- Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas 1 / 3
- Identificación de opciones recreativas 2 / 3
- Elige actividades de ocio de interés 1 / 3
- Disfruta de actividades de ocio 1 / 4

#### **Salud emocional del cuidador principal (2506)**

- Satisfacción con la vida 3 / 5
- Sensación de control 4 / 5
- Autoestima 3 / 5
- Temor 3 / 5
- Resentimiento 5 / 5
- Culpa 5 / 5
- Frustración 4 / 5
- Ambivalencia con respecto a la situación 5 / 5
- Certeza sobre el futuro 3 / 5
- Cargas percibidas 3 / 5

**Salud física del cuidador principal (2507)**

- Patrón de sueño-descanso 1 / 4
- Nivel de energía 2 / 4
- Nivel de movilidad 3 / 5
- Peso 4 / 5
- Consumo de medicación 4 / 5
- Salud general percibida 3 / 5
- Buena forma física 3 / 5
- Estado nutricional 5 / 5
- Estado cognitivo 5 / 5

**Soporte social (1504)**

- Refiere ayuda económica de otras personas 1 / 1
- Refiere dedicación de tiempo de otras personas 1 / 3
- Refiere tareas realizadas por otras personas 1 / 3
- Refiere información proporcionada por otras personas 1 / 3
- Refiere relaciones de confianza 1 / 4
- Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita 1 / 5
- Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas 1 / 4

**INTERVENCIONES (NIC)****Apoyo al cuidador principal (7040)**

- ✓ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
- ✓ Determinar la aceptación del cuidador de su papel
- ✓ Admitir las dificultades del rol del cuidador principal
- ✓ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles
- ✓ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador
- ✓ Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y visitas
- ✓ Explorar con el cuidador como lo está afrontando
- ✓ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo
- ✓ Identificar fuentes de cuidados por relevo
- ✓ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo

**Cuidados por relevo (7260)**

- ✓ Informar al cuidador acerca de las prestaciones autonómicas disponibles para los cuidados por relevo
- ✓ Informar del procedimiento para acceder a las prestaciones

**Orientación en el sistema sanitario (7400)**

- ✓ Solicitar servicios de otros profesionales sanitarios para el paciente, según corresponda
- ✓ Animar al cuidador a que haga preguntas sobre los servicios / costes
- ✓ Ayudar al cuidador a rellenar los formularios de asistencia, tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan.
- ✓ Notificar al cuidador de las visitas programadas
- ✓ Informar al cuidador sobre aspectos relativos a la Ley de Dependencia y sus características

**Potenciación de la socialización (5100)**

- ✓ Animar al paciente a desarrollar relaciones
- ✓ Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- ✓ Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos
- ✓ Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás

**5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Antes de realizar una justificación que explique los motivos por los que he realizado este plan de cuidados según mi juicio clínico y opinión crítica, conviene hacer algunas matizaciones. La enfermedad de Alzheimer es un proceso degenerativo cuya etiología es de carácter orgánico que afecta, de forma progresiva, a la totalidad de la capacidad funcional del sujeto que la padece. Esta característica de irreversibilidad y etiología orgánica nos lleva, desde la perspectiva enfermera, a la necesidad de ser muy dinámicos en la etapa de valoración y muy exhaustivos en la identificación de las evidencias o características definitorias que presenta la persona en cada una de las fases por las que pasa.

Desde el punto de vista de enfermería, la enfermedad de Alzheimer, y la persona que la padece aparece como el usuario/a por excelencia en la prestación de cuidados. Sin embargo, esta prestación de cuidados, no siempre se corresponde con el juicio clínico de un Diagnóstico de Enfermería. Al ser una etiología que no se ubica básicamente en el

contexto de lo que denominamos respuestas humanas, sino en el contexto de causa fisiopatológica (M. Gordon) irreversible. El sujeto que la padece puede, con sus acciones (fuerza), conocimientos (conocimiento) o motivación (voluntad), enlentecer el proceso, disminuir los riesgos o mejorar las condiciones de su calidad de vida, pero no se puede eliminar la causa. Es obvio, que cuando nos encontramos en estos procesos y, sobre todo, cuando estos ya están instaurados de forma clara, los juicios clínicos que aparecerán con mayor frecuencia se corresponden con lo que denominamos Problemas de Colaboración o Riesgo de. En la medida que el proceso está muy avanzado las acciones cuidadoras del profesional y el cuidador se contextualizan dentro de los Cuidados de Suplencia. Nunca nuestro objetivo enfermero irá encaminado a eliminar la causa, sino a controlar y delimitar los procesos secundarios de esa causa y a mejorar la calidad de vida de la persona enferma y las personas que la cuidan.

Las características personales del sujeto, las condiciones en las que está evolucionando el proceso, los recursos sociales y familiares, serán determinantes a la hora de saber identificar el problema, ya sea como Diagnóstico Enfermero o como Problema de Colaboración.

En muchas ocasiones si utilizamos los instrumentos estandarizados enfermeros, sin hacer un juicio crítico razonado (requisito básico en la etapa de valoración) podemos llegar a enunciar miméticamente etiquetas diagnósticas que aparecen en la NANDA y que describen perfectamente el problema que estamos observando; sin embargo dicha coincidencia no significa que exista (desde el punto de vista metodológico) dicho diagnóstico, ya que el requerimiento de un factor de relación, susceptible de ser modificado y/o eliminado con las acciones enfermeras que actúan sobre las respuestas humanas del sujeto no es posible. Por ejemplo, en la fase avanzada del proceso de Alzheimer, nunca será posible que el sujeto pueda recuperar la capacidad funcional de su área cognitiva con los conocimientos que le oferte la enfermera, las acciones que realice y la

voluntad o empeño que le ponga. Aunque si es posible enlentecer el proceso y garantizar una mejor calidad de vida al paciente con las acciones cuidadoras que se le oferten, y este es el motivo por el cual a pesar de que en esta paciente metodológicamente estamos frente a problemas de autonomía y cuidados de suplencia total, he optado por enfocarlo desde la taxonomía NANDA, NOC y NIC puesto que tanto los resultados como las intervenciones van enfocadas a conservar, mantener y prevenir complicaciones pero siempre a través de su cuidador. En este sentido la taxonomía se ajusta perfectamente a las características del binomio paciente-cuidador.

Son muchos los expertos que coinciden en el empleo de la taxonomía NANDA / NOC / NIC en las fases avanzadas de las demencias, como por ejemplo el “Grupo en Demencias de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica”<sup>[18]</sup>. Al mismo tiempo, L. Carpenito ya nos recomienda, cuando usamos el DdE “Riesgo de síndrome de desuso”, enunciar diagnósticos de todo aquel problema real que ya presenta signos y síntomas<sup>[15]</sup>. Por este motivo decidí la incorporación del diagnóstico “Deterioro de la deglución”.

En lo que refiere a la conclusión cabe decir que este trabajo nace hace 8 meses durante mi rotatorio en Atención Primaria, a raíz de conocer a la paciente en el programa del paciente inmovilizado. Desde el principio me pareció un caso bastante interesante por todos los aspectos que lo rodeaban y además por tratar un aspecto tan prevalente como es el Alzheimer y los cuidadores familiares.

En las primeras visitas pude observar el excelente grado de cuidados que ofrecía el marido a la paciente dejando poco margen de actuación frente a los problemas de autonomía que presentaba su esposa, pero dejando en evidencia la existencia de problemas que podía presentar el marido con respecto a su rol de cuidador, pudiendo estos afectar finalmente a la paciente.

Al llegar al domicilio por primera vez sorprende el grado de adaptación que presenta el entorno para el cuidado de la paciente, gracias en parte a la buena situación económica que presentan. Sin embargo durante la entrevista de valoración aprecié la gran falta de contacto social que presentaba el cuidador, no relacionándose con nadie en la ciudad. Al mismo tiempo comprobé que no acudía a sus revisiones de control de tensión arterial con el personal enfermero y que tampoco tenía actualizada su cartilla de vacunación.

Investigando la situación social en la que se encuentran con la ayuda de la Trabajadora Social del centro de salud, comprobé que no tenían solicitada la Dependencia y que en numerosas ocasiones el marido y cuidador la había rechazado por no considerarla necesaria ni querer ayuda de ningún tipo.

Hay que mencionar que el cuidador no domina especialmente el castellano al ser inglés y sobre todo por la falta de práctica.

Una vez terminada la valoración y realizada la planificación comencé a reunirme con él en diferentes tardes para enseñarle a manejar aquellos aspectos que podía desconocer un poco más sobre el cuidado de su esposa, encaminados sobre todo a la prevención de la aspiración durante la alimentación y la toma de medicamentos y a manejarla adecuadamente para evitar al máximo el dolor que manifiesta, no verbalmente, la paciente cuando se la intenta colocar para alimentarla o que descanse. El cuidador demostró mucha disposición para incorporar todos los consejos a los ya excelentes cuidados que le suministra.

Una vez establecido un vínculo de confianza algo más estrecho con él, comencé a intentar hacerle ver la importancia de solicitar la Dependencia, y la no obligatoriedad de aceptar ninguna ayuda por este hecho. Al comprender la importancia y relevancia hacia el estado en que podría quedar su mujer en caso de pasarle algo a él, se consiguió que acudiese a su médico para iniciar los trámites de la solicitud.



Finalicé entonces mi rotación y 4 meses más tarde regresé para realizar mi Prácticum, momento en el cual la trabajadora social del centro me comunica que a la paciente se le ha concedido el mayor grado de dependencia con una puntuación de 95 (y me indica que hacía tiempo que no recordaba una puntuación tan alta), viendo cumplido uno de los objetivos fijados en aquellos comienzos. A pesar de esto, por sentirse económicamente respaldados, el cuidador continúa rechazando la solicitud de cualquiera de las prestaciones. Hasta mi último encuentro con él, he procurado hacerle ver la importancia de solicitar algún tipo de prestación que le permita descansar al menos unas horas a la semana para dedicarlas al ocio. En este caso solo el tiempo y la perseverancia del personal enfermero que continúa con sus cuidados demostrarán la efectividad de la intervención.

El resto de actuaciones llevadas a cabo con el cuidador estuvieron en relación con hacerle comprender la importancia de cuidarse a sí mismo para poder cuidar a su mujer como venía haciéndolo, en vista de que el irá cumpliendo años también. De una actitud inicial de rechazo por encontrarse en perfectas condiciones, y a raíz de una pequeña caída que le produjo molestias en una de sus rodillas, comenzó a mostrar interés por todo lo relacionado con sus autocuidados y su salud y solicitó actualizar su cartilla vacunal comenzando por la vacuna de la gripe en el mes de Enero. Durante mi estancia en el centro de salud acudió en 3 ocasiones a controlar su tensión arterial y solicitar consejo nutricional, y otras tantas visitas a su médico para realizarse una analítica completa y un electrocardiograma.

La última interacción fue la semana antes de finalizar mi Prácticum, cuando acudió a hablar con la trabajadora social para interesarse por la existencia de algún grupo o taller de gente con el que interactuar y manifestó interés propio en localizar algún tipo de interacción social con gente extranjera con la que poder intercambiar idiomas y ayudarse mutuamente.

Por todo lo anterior descrito, considero cumplidos muchos de los objetivos planteados inicialmente y que llevan como fin el poder dar los mejores cuidados posibles y de la mejor manera posible a esta paciente que se encuentra en los últimos momentos de su vida.

## **6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)<sup>[19]</sup> y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)<sup>[20]</sup>.

Asimismo, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **7.- BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009
- 3.- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009
- 4.- Sloane PD, Zimmerman S, Suchindran C, Reed P, et al. The public health impact of Alzheimer's disease, 2000-2050: potential implication of treatment advances. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 213-231.
- 5.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington; 2013.
- 6.- López Pousa S. manifestaciones cognitivas y funcionales de la enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (4ª ed.). Madrid: Panamericana, 2010. Pp 195-205.

- 7.- Lleras Muñoz, S. Guía de atención al paciente con demencia en atención primaria. Junta de castilla y León. Gerencia regional de salud, sanidad de Castilla y León (Sacyl). 2007
- 8.- Organización Mundial de la Salud [sede web]. Demencia. Nota descriptiva Nº 362 [Actualizado Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- 9.- Lilly, PwC. Alianza por el Alzheimer. Estado del arte de la Enfermedad de Alzheimer en España [Internet]. España: 2013. [Actualizado Junio 2013]. Disponible en: [http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in\\_al.pdf](http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf)
- 10.- Jönsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics* 2009; 27: 391-403.
- 11.- Alfaro - Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería. 4ª ed. Madrid (España): Elsevier - Masson; 2009.
- 12.- Alfaro – Lefevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona (España): Masson; 2005.
- 13.- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE nº 225, (16 de Septiembre de 2010).
- 14.- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª Edición. Madrid: Editorial Mosby/Doyma, 1996.
- 15.- Carpenito, L.J. Manual de diagnósticos de enfermeros. 14ª Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona. 2013.
- 16.- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona (España): Elsevier 2013.
- 17.- Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes: revista de enfermería. Año 12. Nº35, 2006. pp 21-29
- 18.- Grupo en demencias SEEGG. Guía de cuidados enfermeros a pacientes de alzheimer y otros síndromes demenciales y a sus cuidadores 2008

19.- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999 DIC 14; (298): 12p. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

20.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002 Nov 15; (274): 7p. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

#### **Otra bibliografía consultada:**

- ✚ Calenti M. Cuidar y acompañar a la persona con demencia. 1ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana. 2011
- ✚ González Salvia M. Manual para familiares y cuidadores de personas con Alzheimer y otras demencias. Consejos para mejorar la calidad de vida. 1ª Ed. Barcelona: delhospital ediciones. 2013
- ✚ Fernández-Merino V. El Alzheimer día a día. 1ª Ed. Madrid: Editorial los libros del olivo. 2013
- ✚ Mace N. Rabins P. El día de 36 horas. Una guía práctica para las familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer, otras demencias seniles y pérdida de memoria. 4ª Ed. Barcelona: Editorial Paidós. 2004
- ✚ Alonso Asenjo P. Guía práctica de cuidados para personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. 1ª Ed. Madrid: editorial AFAL. 2000
- ✚ Luis Rodrigo M.T. Fernández Ferrín C. Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª Ed. Barcelona: editorial Masson. 2000
- ✚ Martínez Pulleiro C. Campos Pérez X. Alzheimer: un reto de presente y futuro. 1ª Ed. A Coruña: Asociación Familiares Enfermos Alzheimer A Coruña (AFACO). 2006
- ✚ Federación de Asociations Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias. Manual de formación para coidados no contorno familiar de persoas con demencia. 1ª Ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. 2011

## **8.- ANEXOS**

### **8.1 Evolución del síndrome de demencia<sup>[3][4]</sup>**

Con las diferencias individuales y la heterogeneidad que caracteriza al síndrome de demencia y teniendo en cuenta que la evolución no es igual para cada una de las etiologías que lo producen podemos, de una manera didáctica, diferenciar tres etapas en la evolución de una demencia:

<b>Periodo inicial</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Descenso de los rendimientos y eficacia del sujeto en todos los aspectos pero principalmente a nivel intelectual</li><li>• Disminución de la capacidad adaptativa en todas las áreas, tanto familiar como social y laboral</li><li>• Como consecuencia de la toma de conciencia por parte del paciente de esa disminución de rendimientos y capacidad adaptativa aparece frecuentemente y de forma reactiva un cuadro depresivo que muchas veces dificulta el diagnóstico</li><li>• Trastornos del sueño presentando una subexcitación nocturna que se acompaña de cierta somnolencia diurna</li><li>• Trastornos de la memoria que son el síntoma definidor de la demencia y que especialmente hace referencia a la memoria de fijación (hechos recientes) y que con frecuencia se acompaña de una buena conservación de la memoria de evocación (hechos antiguos) lo que hace que los familiares consideren que el paciente está “perfectamente de memoria”</li><li>• Se inicia una desorientación más acentuada en la coordenada temporal con el desconocimiento de fechas principalmente</li><li>• Son frecuentes la aparición de errores de cálculo aritmético y la presencia de faltas de ortografía que previamente no habían sucedido</li></ul>
<b>Periodo moderado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La desorientación en este periodo suele ser completa, tanto en la coordenada temporal como en la espacial, desconociendo todo tipo de fechas y acontecimientos y perdiéndose en la ciudad, el barrio o incluso en el propio domicilio, por lo que el paciente no puede salir solo a la calle</li><li>• Es frecuente que el paciente se vuelva grosero y asocial, no respetando las normas y reglas más elementales de convivencia social</li><li>• Aparecen trastornos de la psicomotricidad tanto en forma de déficits y torpezas motrices como por una inquietud – agitación psicomotriz. En la línea de la psicomotricidad se presentan dispraxias y apraxias tanto ideatorias como ideomotrices e incluso constructivo – gráficas y del vestirse</li><li>• Se acentúan los trastornos de la memoria tanto de fijación como de evocación y aparecen con frecuencia los falsos reconocimientos</li><li>• Los trastornos del sueño se intensifican produciéndose una inversión del ritmo sueño – vigilia</li><li>• Puede aparecer una sintomatología psicótica productiva siendo principalmente en forma de alucinaciones visuales e ideas delirantes de perjuicio</li><li>• La irritabilidad y agresividad suelen ser síntomas de la esfera afectiva presentes con frecuencia en este estadio. También pueden presentarse manifestaciones de la sexualidad faltando a los más elementales principios de la moralidad</li></ul>
<b>Periodo grave</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Grave decadencia en el aspecto somático y mental</li><li>• Descontrol esfinteriano</li><li>• La mala situación somática se agrava hasta llegar a una caquexia orgánica</li><li>• Se produce una pérdida total de la capacidad intelectual, presentando un deterioro absoluto de todas las funciones cognitivas (memoria, atención, comprensión, orientación, juicio, raciocinio, pensamiento). Se puede decir que la muerte psíquica precede a la muerte física</li></ul>

## **8.2.- Alteraciones características por patrones funcionales según las fases de la demencia**

<b>Patrones funcionales</b>	<b>Fase inicial</b>	<b>Fase moderada</b>	<b>Fase grave</b>
<b>Patrón 1. Percepción y mantenimiento de la salud</b>	En el grado 0 y 1 de Reisberg se puede percibir la salud como algo amenazante, al ser consciente de los cambios que se producen en él. Cuidado por sí mismo de la higiene personal. Dificultades para elegir la ropa y las AIVD avanzadas	No tiene conciencia de su enfermedad. Supervisión / ayuda para los cuidados personales y de salud	No tiene conciencia de su enfermedad. Dependencia total (higiene, vestido, mantenimiento del hogar)
<b>Patrón 2. Nutricional – metabólico</b>	Desorganización de la ingesta habitual	Supervisión / ayuda para alimentarse	Pérdida de peso. Deshidratación. Dependencia y necesidad de ayuda para alimentarse. Riesgo de UPP derivado de la inmovilidad
<b>Patrón 3. Eliminación</b>	Incontinencia urinaria funcional por la lentitud motora y desorientación	Se va agravando la incontinencia urinaria a medida que avanza la enfermedad, pasando de funcional a total	Incontinencia urinaria y fecal por la dificultad para controlar esfínteres
<b>Patrón 4. Actividad / ejercicio</b>	Coordinación motora aceptable. Se vale por sí mismo, pero tiene dificultades en realizar actividades que antes hacía, principalmente las instrumentales. Riesgo de lesiones, traumatismos, por la posible desorientación y deterioro cognitivo	Imprecisión en la coordinación motora, utilizan mal los utensilios normales, contracturas, convulsiones, incapacidad para mantenerse quieto e incoordinación entre la expresión y la emoción. Necesita supervisión continua y a menudo ayuda para el autocuidado	Coordinación motora muy deteriorada. Total dependencia para las actividades de la vida diaria. Encamamiento o en silla de ruedas. Suelen aparecer rigideces y contracturas en flexión
<b>Patrón 5. Sueño y descanso</b>	Agitación nocturna con insomnio	A medida que progresa la enfermedad cambia el ritmo de sueño, duermen también por el día	El despertar es más difícil
<b>Patrón 6. Cognitivo / perceptivo</b>	Pérdida de memoria, pequeños olvidos. Está en un estado de alerta o letárgico con discurso lento pero coherente, lenguaje empobrecido. Desorientaciones ligeras en espacio y tiempo	Alteración de la memoria en recuerdos cercanos y algunos lejanos. Dificultad evidente en habla, discurso incoherente, repiten las palabras, siempre los mismos temas. Desorientación a veces en el propio domicilio. No reconoce a personas familiares. Comienzan a aparecer alteraciones sensoriales, auditivas y visuales	Alteración de la memoria en hechos recientes y lejanos. Lenguaje deteriorado: el contacto con el exterior es a través de monosílabos o ruidos guturales. Estado de coma. Agnosia. Orientación temporo-espacial muy deteriorada
<b>Patrón 7. Auto percepción autoconcepto</b>	Cambios de carácter y humor. Deterioro de autoestima	Puede presentar conductas desmesuradas, agresividad. Comienzan con el trastorno del comportamiento: mal genio, irritabilidad. Vagabundeo	Pasividad
<b>Patrón 8. Rol y relaciones</b>	Vida independiente. Alteración de las relaciones sociales y familiares	Supervisión / ayuda en mayor o menor grado. Afectación del cuidador / familia, cambio en los papeles de los miembros familiares. Déficit en la comunicación	Total dependencia. Incapacidad del cuidador o familia para afrontar la situación

### 8.3.- Escala de Braden de Riesgo de úlceras por presión

<p><b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p><b>1. Completamente limitada</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sentado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.</p>	<p><b>2.- Muy limitada</b> Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo</p>	<p><b>3.- Ligeramente limitada</b> Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p><b>4.- Sin limitaciones</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar</p>
<p><b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p><b>1. Constantemente húmeda</b> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p>	<p><b>2. A menudo húmeda</b> La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p><b>3. Ocasionalmente húmeda</b> La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p><b>4. Raramente húmeda</b> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física</p>	<p><b>1. Encamado/a</b> Paciente constantemente encamado.</p>	<p><b>2. En silla</b> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>	<p><b>3. Deambula ocasionalmente</b> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Para la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.</p>	<p><b>4. Deambula frecuentemente</b> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p><b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p><b>1. Completamente inmóvil</b> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p><b>2. Muy limitada</b> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.</p>	<p><b>3. Ligeramente limitada</b> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.</p>	<p><b>4. Sin limitaciones</b> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p><b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p><b>1. Muy pobre</b> Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p><b>2. Probablemente inadecuada</b> Raramente come comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p><b>3. Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p><b>4. Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p><b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS</b></p>	<p><b>1. Problema</b> Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial</b> Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p><b>3. No existe problema aparente</b> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

## 8.4.- Índice de Barthel. Modificación de Granger para actividades básicas de la vida diaria

	Independencia	Con ayuda	Dependencia
Índice de autocuidado			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de rueda	5	0	0

## 8.5.- Escala de Lawton & Brody. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números (1)</li> <li>Es capaz de marcar números bien conocidos(1)</li> <li>Es capaz de contestar al teléfono, pero no marcar (1)</li> <li>No usa el teléfono en absoluto (0)</li> </ul>
<b>Ir de compras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza todas las compras necesarias de manera independiente (1)</li> <li>Realiza independientemente pequeñas compras (0)</li> <li>Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra (0)</li> <li>Es totalmente incapaz de ir a comprar (0)</li> </ul>
<b>Preparación de la comida (No entrevistar a hombres)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiza, prepara y sirve las comidas ella misma adecuadamente (1)</li> <li>Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes (0)</li> <li>Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada (0)</li> <li>Necesita que le preparen y le sirvan la comida (0)</li> </ul>
<b>Cuidado de la casa (No entrevistar a hombres)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional (1)</li> <li>Realiza las labores domésticas ligeras como lavar los platos o hacer las camas (1)</li> <li>Realiza labores ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza adecuado (1)</li> <li>Necesita ayuda en todas las labores de la casa (1)</li> <li>No participa en ninguna de las labores de la casa (0)</li> </ul>
<b>Lavado de la ropa (No entrevistar a hombres)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz de lavar ella sola toda su ropa (1)</li> <li>Lava ella sola pequeñas piezas de ropa, aclara calcetines, etc. (1)</li> <li>Todo el lavado de la ropa, debe realizarlo otra persona (0)</li> </ul>
<b>Uso de medios de transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz de viajar solo en transporte público o de conducir su coche (1)</li> <li>Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza ningún otro medio de transporte (1)</li> <li>Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona (1)</li> <li>Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con ayuda de otros (0)</li> <li>No viaja en absoluto (0)</li> </ul>
<b>Responsabilidad sobre la medicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora adecuada y en la dosis correcta (1)</li> <li>Toma responsablemente su medicación, si se le prepara con anticipación (0)</li> <li>No es capaz de responsabilizarse de su medicación (0)</li> </ul>
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos (1)</li> <li>Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco o manejar grandes gastos (1)</li> <li>Incapaz de manejar el dinero (0)</li> </ul>
<b>Puntuación</b>	<p>Mujeres: 0-1 puntos: Dependencia total            2-3 puntos: Dependencia severa            4-5 puntos: Dependencia moderada            6-7 puntos: Dependencia ligera            8 puntos: Autónoma</p> <p>Hombres: 0 puntos: Dependencia total            1 puntos: Dependencia severa            2-3 puntos: Dependencia moderada            4 puntos: Dependencia ligera            5 puntos: Autónomo</p>

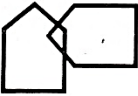


## 8.6.- Escala de Deterioro Global de Geisberg

Estadio	Fase Clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave.	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0.	Pérdida del habla y la capacidad motora. Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras. b) capacidad de habla limitada a una única palabra. c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda. d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda. e) pérdida de la capacidad para sonreír. f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida.	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia en la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

## 8.7.- Miniexamen cognoscitivo de Lobo

En el caso del test de Lobo, la imagen que se muestra es del test realizado hace 4 años en el momento que la paciente se inmovilizó en la cama. El test indica deterioro cognitivo a partir de 23 puntos hacia abajo. La paciente obtuvo un resultado de 16 que ya demostraba el grado de deterioro. El aspecto importante es que en 4 años, actualmente la puntuación del test es de 0.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO*	
Paciente .....	Edad .....
Ocupación .....	Escolaridad .....
Examinado por .....	Fecha .....
<b>ORIENTACION</b> "Dígame el día ..... Fecha ..... Mes <u>Febrero</u> Estación <u>INV.</u> Año ....." "Dígame el Hospital (o el lugar) ..... <u>CASA</u> Planta <u>3.ª</u> ." Ciudad <u>COBURNA</u> ..... Prov. <u>COBURNA</u> ..... Nación <u>ESPAÑA</u> ....."	PUNTOS .....(5) <u>4</u> .....(5)
<b>FIJACION</b> "Repita estas 3 palabras: <u>Peseta-Caballo-Manzana</u> " (Repítirlas hasta que las aprenda) ....."	<u>3</u> .....(3)
<b>CONCENTRACION Y CALCULO</b> "Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando" ..... "Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) <u>2</u> ..... "Ahora hacia atrás" ....."	<u>0</u> .....(5) <u>1</u> .....(3)
<b>MEMORIA</b> "¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?" ....."	<u>0</u> .....(3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b> Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ..... "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ..... "Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?" ..... "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" ..... "Lea esto y haga lo que dice", <b>CIERRE LOS OJOS</b> ..... "Escriba una frase" ..... "Copie este dibujo": 	.....(2) <u>1</u> .....(1) <u>2</u> .....(2) <u>3</u> .....(3) <u>0</u> .....(1) <u>1</u> .....(1) <u>1</u> .....(1)
<b>PUNTUACION TOTAL</b>	<u>16</u> .....(35)

## 8.8.- Test del Informador (TIN) corto

### PARA SER CUMPLIMENTADO POR UN FAMILIAR O PERSONA PRÓXIMA.

Recuerde, por favor, cómo era su pariente hace 10 años y compare como está en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su pariente para cada uno de los aspectos que le preguntamos a continuación:

Pregunta	Puntuación
1. Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	5
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	5
3. Recordar de que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	5
4. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	5
5. Recordar la fecha en que vive.	5
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	5
7. Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	5
8. Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...).	5
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	5
10. Aprender cosas nuevas (en general).	5
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).	5
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado	5
13. Seguir una historia de un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	5
14. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	5
15. Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).	5
16. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).	5
17. ¿cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	5
<b>Total:</b>	<b>85</b>
<b>Criterios de puntuación:</b> Ha mejorado mucho .....1 Ha mejorado un poco .....2 Casi sin cambios .....3 Ha empeorado un poco .....4 Ha empeorado mucho .....5	* Puntuación total 85 puntos * Probable deterioro cognitivo a partir de 57 puntos

## 8.9.- Test de Zarit

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	0 = Nunca	1 = Raramente	2 = Algunas veces	3 = Bastante a menudo	4 = Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

### Puntuación:

< 46 puntos	No sobrecarga
46 a 56 puntos	Sobrecarga leve
> 56 puntos	Sobrecarga intensa

## 8.10.- Test de Yesavage. Escala de depresión geriátrica

Rodear con un círculo la respuesta

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		<input checked="" type="radio"/> SI	X	<input type="radio"/> NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	X	<input checked="" type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	X	<input type="radio"/> SI		<input checked="" type="radio"/> NO
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	X	<input checked="" type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?		<input checked="" type="radio"/> SI	X	<input type="radio"/> NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	X	<input checked="" type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		<input type="radio"/> SI	X	<input checked="" type="radio"/> NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	X	<input type="radio"/> SI		<input checked="" type="radio"/> NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	X	<input checked="" type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	X	<input checked="" type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		<input checked="" type="radio"/> SI	X	<input type="radio"/> NO
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	X	<input type="radio"/> SI		<input checked="" type="radio"/> NO
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	X	<input type="radio"/> SI		<input checked="" type="radio"/> NO
14. ¿Se siente lleno de energía?		<input type="radio"/> SI	X	<input checked="" type="radio"/> NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	X	<input type="radio"/> SI		<input checked="" type="radio"/> NO

Las respuestas marcadas con una X son las que se contabilizan como erróneas y, en función del número de respuestas erróneas, la valoración sería (es decir nº de respuestas marcadas con una X y rodeadas con un círculo):

0 - 5	Normal
6 - 10	Depresión moderada
> 10	Depresión severa

## 8.11.- Detalles de resultados NOC

Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 0204						
Definición: gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física						
Dominio 01: Salud Funcional Clase C: Movilidad Patrón 04: Actividad - ejercicio						
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	objetivo
020401 Ulceras por presión	1	2	3	4	5	5
020402 Estreñimiento	1	2	3	4	5	4
020403 Impactación fecal	1	2	3	4	5	5
020406 Ileo paralítico	1	2	3	4	5	4
020415 Articulaciones contraídas	1	2	3	4	5	1
020416 Articulaciones anquilosadas	1	2	3	4	5	1
020418 Trombosis venosa	1	2	3	4	5	5
020419 Congestión pulmonar	1	2	3	4	5	5
020424 Estasis venoso	1	2	3	4	5	5
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	
020404 Estado nutricional	1	2	3	4	5	5
020411 Fuerza muscular	1	2	3	4	5	1
020412 Tono muscular	1	2	3	4	5	1
020414 Movimiento articular	1	2	3	4	5	1

<b>Estado neurológico: consciencia 0912</b>						
Definición: despertar, orientación y atención hacia el entorno						
Dominio 02: Salud Fisiológica Clase J: Neurocognitiva Patrón 04: Actividad - ejercicio						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
091201 Abre los ojos a estímulos	1	2	3	4	5	2
091202 Orientación cognitiva	1	2	3	4	5	1
091204 Obedece ordenes	1	2	3	4	5	1
091205 Respuestas motoras a estímulos nocivos	1	2	3	4	5	1
091206 Atiende a los estímulos ambientales	1	2	3	4	5	1
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
091209 Flexión anormal	1	2	3	4	5	1

<b>Nivel del dolor 2102</b>						
Definición: intensidad del dolor referido o manifestado						
Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología Patrón 06: Cognitivo - perceptivo						
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	objetivo
210201 Dolor referido	1	2	3	4	5	5
210217 Gemidos y gritos	1	2	3	4	5	4
210206 Expresiones faciales de dolor	1	2	3	4	5	4
210224 Muecas de dolor	1	2	3	4	5	4
210209 Tensión muscular	1	2	3	4	5	2
	Desv. Grave del rango norm	Desv. sust del rango norm	Desv. mod del rango norm	Des. leve de rango norm	Sin desv.	
210214 Sudoración	1	2	3	4	5	5

<b>Estado de deglución 1010</b>						
Definición: tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago						
Dominio 02: Salud Fisiológica Clase K: Digestión y Nutrición Patrón 02: Nutricional - metabólico						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
101001 Mantiene la comida en la boca	1	2	3	4	5	3
101002 Controla las secreciones orales	1	2	3	4	5	2
101003 Producción de saliva	1	2	3	4	5	1
101004 Capacidad de masticación	1	2	3	4	5	3
101010 Momento del reflejo de deglución	1	2	3	4	5	3
101016 Acepta la comida	1	2	3	4	5	5
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
101012 Atragantamiento, tos o náuseas	1	2	3	4	5	5

<b>Alteración del estilo de vida del cuidador principal 2203</b>						
Definición: gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador						
Dominio 06: Salud familiar Clase W: Ejecución del cuidador familiar Patrón 10: Afrontamiento – tolerancia al estrés						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
220310 Responsabilidades del rol	1	2	3	4	5	4
220302 Realización del rol	1	2	3	4	5	4
220320 Sueño	1	2	3	4	5	3
220305 Relaciones con otros miembros de la familia	1	2	3	4	5	1
220306 Interacciones sociales	1	2	3	4	5	3
220307 Apoyo social	1	2	3	4	5	3
220308 Actividades de ocio	1	2	3	4	5	3
220312 Relación con los amigos	1	2	3	4	5	3

<b>Preparación del cuidador familiar domiciliario 2202</b>						
Definición: gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador						
Dominio 06: Salud familiar Clase W: Ejecución del cuidador familiar Patrón 01: Percepción – manejo de la salud						
	Inadecuado	Ligera adecuado	Moderada adecuado	Sustan adecuado	Comp adecuada	objetivo
220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar	1	2	3	4	5	5
220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria	1	2	3	4	5	5
220202 Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar	1	2	3	4	5	5
220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado	1	2	3	4	5	5
220207 Conocimiento de los procedimientos recomendados	1	2	3	4	5	5
220210 Conocimiento de cuidados urgentes	1	2	3	4	5	5

<b>Descanso 0003</b>						
Definición: grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física						
Dominio 01: Salud funcional Clase A: Mantenimiento de la energía Patrón 05: Sueño - reposo						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
000301 Tiempo del descanso	1	2	3	4	5	4
000302 Patrón del descanso	1	2	3	4	5	4
000303 Calidad del descanso	1	2	3	4	5	4
000304 Descansado físicamente	1	2	3	4	5	4
000305 Descansado mentalmente	1	2	3	4	5	5
000308 Descansado emocionalmente	1	2	3	4	5	4



<b>Participación en actividades de ocio 1604</b>						
Definición: uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar						
Dominio 04: Conocimiento y conducta de la salud Clase Q: Conducta de salud Patrón 04: Actividad - ejercicio						
	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuente demuestra	Siem demos	objetivo
160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual	1	2	3	4	5	3
160412 Elige actividades de ocio de interés	1	2	3	4	5	3
160403 Uso de habilidades sociales de interacción apropiadas	1	2	3	4	5	3
160413 Disfruta de actividades de ocio	1	2	3	4	5	4
160407 Identificación de opciones recreativas	1	2	3	4	5	3

<b>Salud emocional del cuidador principal 2506</b>						
Definición: bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia						
Dominio 06: Salud familiar Clase Z: estado de salud de los miembros de la familia Patrón 01: percepción – manejo de la salud						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
250601 Satisfacción con la vida	1	2	3	4	5	5
250602 Sensación de control	1	2	3	4	5	5
250603 Autoestima	1	2	3	4	5	5
250610 Certeza sobre el futuro	1	2	3	4	5	5
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
250604 Temor	1	2	3	4	5	5
250605 Resentimiento	1	2	3	4	5	5
250606 Culpa	1	2	3	4	5	5
250607 Depresión	1	2	3	4	5	5
250608 Frustración	1	2	3	4	5	5
250609 Ambivalencia con respecto a la situación	1	2	3	4	5	5
250613 Cargas percibidas	1	2	3	4	5	5

<b>Salud física del cuidador principal 2507</b>						
Definición: bienestar físico de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia						
Dominio 06: Salud familiar Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia Patrón 01: Percepción – manejo de la salud						
	Grav. comp	Sust. comp	Mod. comp	Leve. comp	No comp	objetivo
250715 Buena forma física	1	2	3	4	5	5
250702 Patrón de sueño-descanso	1	2	3	4	5	4
250704 Nivel de energía	1	2	3	4	5	4
250706 Nivel de movilidad	1	2	3	4	5	5
250709 Peso	1	2	3	4	5	5
250718 Estado nutricional	1	2	3	4	5	5
250719 Estado cognitivo	1	2	3	4	5	5
250711 Consumo de medicación	1	2	3	4	5	5
250712 Salud general percibida	1	2	3	4	5	5

<b>Soporte social 1504</b>						
Definición: ayuda fiable de los demás						
Dominio 03: Salud psicosocial Clase P: Interacción social Patrón 08: Rol - relaciones						
	Inadecuado	Ligera adecuado	Moderado adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuada	objetivo
150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	4
150401 Refiere ayuda económica de otras personas	1	2	3	4	5	1
150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas	1	2	3	4	5	3
150403 Refiere tareas realizadas por otras personas	1	2	3	4	5	3
150404 Refiere información proporcionada por otras personas	1	2	3	4	5	3
150406 Refiere relaciones de confianza	1	2	3	4	5	4
150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita	1	2	3	4	5	5

## **8.12.- Actuación enfermera con un enfermo de Alzheimer en tercera fase y su cuidador**

### **Claves para la valoración enfermera del enfermo**

En la tercera fase, las características definitorias fundamentales, fruto del agravamiento de trastornos anteriores, suelen ser las siguientes:

- Pérdida total de memoria, aunque hay muchos autores que sostienen que la memoria afectiva esta conservada
- Gravísima afectación del lenguaje o ausencia de este
- Grave alteración de la praxis o apraxia total
- Gravísima afectación del movimiento con importantes alteraciones del equilibrio y de la marcha y muy frecuentemente inmovilidad total
- Completa desorientación témporo-espacial, con incapacidad para el reconocimiento del propio cuerpo
- Perdida de reflejos salvo de los más primarios
- Pasividad emocional y desconexión total del mundo que le rodea
- Doble incontinencia total (vesical y fecal)



## Claves para valoración enfermera del cuidador

- Cuando en una familia un miembro es diagnosticado de una demencia, paralelamente se establece en ella, particularmente en la persona que asume el papel de cuidador principal, un proceso cuyas características son consecuencia directa de los cambios que va sufriendo el enfermo. Este proceso va en consonancia con el denominado “proceso cuidador”
- En la fase avanzada del “proceso cuidador” se suelen presentar dos posibles situaciones diametralmente opuestas, ya que o bien se produce una superación del problema y un cierto acostumbramiento a la situación que se está viviendo, o bien todo lo contrario, es decir, un completo desbordamiento y la consiguiente desestructuración familiar.
- Un aspecto importante a resaltar en este apartado es la consideración de que en la actualidad la enferma está siendo cuidada exclusivamente en su casa por su marido. Los domicilios son hoy en día entornos en los que se dispensan numerosas actividades cuidadoras. Muchos estudios calculan que entre un 80% y 95% de los afectados, reciben cuidados de forma cotidiana y continuada en sus propios domicilios. La dispensa de cuidados, en los hogares, a las personas demandantes de ellos, es una alternativa que se ha evidenciado eficaz y de influencia positiva en la situación de salud del enfermo, ya que la erradicación del enfermo del ámbito familiar y doméstico, puede influir de forma negativa en la evolución de la misma; es además una solución considerada altamente rentable por los sistemas sociosanitarios, pues los cuidadores informales están soportando el peso de una carga que mayoritariamente correspondería a estos.

### **8.13.- Alimentos aptos y desaconsejados en disfagia**

<b>ALIMENTOS APTOS Y DESACONSEJADOS EN DISFAGIA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Los alimentos LÍQUIDOS son los que presentan mayor riesgo de atragantamiento</li><li>• Plantear el uso de ESPESANTES ALIMENTICIOS en caso de atragantamientos frecuentes.</li><li>• Es preciso modificar la consistencia a medida que progresa la enfermedad y la disfagia</li></ul>
<b>Alimentos más aconsejados</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Texturas homogéneas (cremas, purés, triturados, tortilla...)</li><li>• Yogures (sin trozos de fruta), natillas, flan...</li><li>• Carnes y pescados blandos cortados en trozos pequeños, si es necesario cohesionados con salsa (tomate, mayonesa). Evitar ternillas, huesecillos, nervios...</li><li>• Pan de molde</li></ul>
<b>Alimentos desaconsejados (requieren más cuidado)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Texturas mezcladas (pisto de verduras, menestra de verduras, arroz 3 delicias, ensaladas...).</li><li>• Dobles texturas. Ej. líquido con sólido (sopas). Administrarlos por separado, cada uno requiere su tiempo de masticación.</li><li>• Alimentos fibrosos (Espárragos, alcachofas...). Presentan hebras difíciles de triturar.</li><li>• Legumbres (en caso de disfagia, es recomendable triturarlas).</li><li>• Especial atención a los alimentos con piel (alubias, lentejas, garbanzos, pimiento). Triturar siempre muy bien.</li><li>• Arroces duros ("que no se pasan"), los granos quedan demasiado sueltos, es fácil que se pierdan en la boca, pudiendo ocasionar posterior atragantamiento.</li><li>• Especies que quedan sueltas en las comidas (tomillo, romero, perejil...)</li><li>• Frutas que desprenden agua al introducir en la boca (naranja, mandarina, melón, sandía).</li></ul>
<b>Evitar</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Frutos secos.</li><li>• Cereales, muesli y texturas muy secas.</li><li>• Pan integral o con semillas, pan tostado.</li><li>• Cortezas de cerdo (torreznos).</li><li>• Patatas fritas chips.</li><li>• Jamón serrano duro.</li><li>• Quesos duros.</li><li>• En general, evitar alimentos muy secos y crujientes que se desmenuzan y pierden en la boca.</li></ul>