

## Caso clínico

**Atención integral al paciente con Alzheimer: caso clínico***Noelia García Cuervo<sup>a</sup>, Leticia Sánchez Valdeón<sup>b\*</sup>, , Juan José Pérez Álvarez<sup>c</sup>**<sup>a</sup> Enfermera eventual. España**<sup>b</sup>.Alzheimer León. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. España.**<sup>c</sup> Gerencia de Atención Primaria de León. España.**Aceptado el 30 de septiembre de 2017***RESUMEN**

Dentro de la patología del sistema nervioso nos encontramos con un tipo de enfermedades degenerativas conocidas como demencias, y más concretamente con la enfermedad de Alzheimer. Esta se puede definir como una afección neurodegenerativa, progresiva e incurable, que afectará a la memoria, el pensamiento y el comportamiento, haciendo que el enfermo desarrolle una incapacidad y una dependencia cada vez mayores hacia su cuidador. Constituye la forma más común de demencia. Son los familiares y allegados quienes en primer lugar detectan el inicio de la enfermedad a través de diferentes signos de alarma, lo cual generalmente derivará en una consulta con el médico de Atención Primaria para su diagnóstico. En este trabajo se presenta el caso clínico de una paciente valorando las necesidades alteradas según el modelo de Virginia Henderson y desarrollando aquellos objetivos e intervenciones que desde la Asociación de Familiares de Pacientes con Alzheimer y otras demencias de León se llevaron a cabo para prestar a la paciente una atención integral.

**PALABRAS CLAVE:***Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Cuidados***Integral care for Alzheimer's patients: clinical case****ABSTRACT**

Within the pathology of the nervous system we find a type of degenerative diseases known as dementia, and more specifically Alzheimer's disease. It can be defined as a progressive and incurable neurodegenerative condition that will affect memory, thinking and behavior, making that the patient develop an increasing disability and increasing dependence on their caregiver. It is the most common form of dementia. It is the family and close relatives who first detect the onset of the disease through early warning signs, which will usually result in a consultation with the primary care for diagnosis. This paper presents the clinical case of a patient, assessing the needs altered according to the model of Virginia Henderson and developing those objectives and interventions that from the Alzheimer's Association of Leon were carried out to lend integral care to the patient.

**KEY WORDS:***Dementia, Alzheimer's disease, Care Key words: Networks, Child and Adolescent Health, Nursing, Research*

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

## INTRODUCCIÓN

El sistema nervioso está considerado como uno de los sistemas más importantes y complejos de los que constituyen el organismo y por ello su patología resulta compleja. Tanto es así que la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, realiza una clasificación de las enfermedades del sistema nervioso, de manera que nos encontramos entre otras con enfermedades degenerativas de dicho sistema como la demencia tipo Alzheimer(1).

La enfermedad de Alzheimer constituye la forma más común de demencia, representando un 60-70% de todos los casos, así como un grave y serio problema de salud a nivel mundial(2,4,6). Se puede definir como una afección neurodegenerativa, progresiva, irreversible que fundamentalmente afectará a la memoria, el comportamiento y el pensamiento. Ésta, al igual que el resto de demencias, hacen que el enfermo desarrolle una incapacidad y dependencia cada vez mayores hacia su cuidador principal para realizar las actividades básicas de la vida diaria y ocasionan un gran impacto biopsicosocial y económico para sí mismos y su familia(3,7). Por lo general, no causa la muerte de los enfermos, sino que estos morirán a consecuencia de una afección agregada como una neumonía, un problema cardíaco, una infección...(8,9).

El crecimiento de esta enfermedad está siendo muy significativo, en el año 2000 se estimaba que en España había 400.000 personas afectadas(3,7). Cifras más actuales muestran que en la Unión Europea afecta a un 5,05% de la población, mientras que la incidencia es de un 11,08 por cada 1000 personas-año(6). Todas estas cifras avalan que la enfermedad de Alzheimer esté considerada por la OMS entre las seis afecciones que constituyen un grave y creciente problema de salud(4). La asociación americana de Alzheimer ha descrito diez signos de alarma que sugieren a la familia que quizás su allegado esté comenzando a desarrollar esta enfermedad entre los cuales encontraremos cambios bruscos de humor, pérdida de memoria reciente... La identificación de los mismos generalmente derivará en una consulta con el médico de Atención Primaria, quien procederá a realizar una evaluación clínica al paciente con ayuda de la familia, a demás de los exámenes complementarios pertinentes con el fin de establecer un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer(3,5,6,8,10,16).

El Alzheimer es una enfermedad que representa para el Estado un elevado coste sanitario y social, mientras que para las familias y los cuidadores supone un elevado desgaste físico y psicológico. Esto es así porque se trata de una enfermedad crónica y progresiva, para la cual a día de hoy solo existe un tratamiento que tiene como objetivo manejar las alteraciones secundarias(2,8,16). Se han desarrollado terapias asistenciales para el enfermo y familiares, se han creado asociaciones de familiares de enfermos, centros de día... con la finalidad de prestar una atención integral al paciente a la par que mitigar el cansancio físico y psíquico que conlleva el cuidado de una persona con demencia(3,8,16).

El objetivo de este trabajo ha sido valorar las necesidades de salud de una paciente con Alzheimer según el modelo de Virginia Henderson y actuar sobre aquellas que estén alteradas.

## CASO CLÍNICO

La paciente G.A.B, mujer, de 77 años, es remitida a la Asociación de familiares de Alzheimer de León. Desde Atención Primaria se emite el siguiente informe de salud:

Anexectomía e histerectomía en 2010, ciatálgia e hipoacusia diagnosticadas en 2012, enfermedad de Alzheimer diagnosticada en 2014, HTA diagnosticada en 2005, depresión diagnosticada en 2006, dislipemia, hipotiroidismo, tendinitis en el manguito de los rotadores diagnosticadas en 2010 y gastritis crónica diagnosticada en 2011.

El tratamiento farmacológico: Lexatín 1.5mg; Prometaz 9.5mg/24h parches transdérmicos; Eutirox 50mcg; Eutirox 75 mcg; Pravastatina 20mg; Paracetamol 650mg; Calcifediol 266mcg ampollas.

Índice de Barthel: 100, puntuación del Mini-examen: 16. Se trata de una persona que presenta desorientación temporoespacial y un leguaje fluente normal. Usa gafas por presbicia y no tiene intolerancias alimentarias, ni alergias medicamentosas conocidas.

En el siguiente caso clínico se exponen los problemas de salud que presenta la paciente, así como los objetivos e intervenciones que se plantean y se pueden llevar a cabo desde el centro, teniendo presentes sus limitaciones cognitivas a causa de la Enfermedad de Alzheimer y la falta de un soporte en el domicilio(11-13).

## PLAN DE CUIDADOS

**1-Necesidad de respirar:** parámetros de saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria (FR) correctos. La cifra de tensión arterial es normal, pues su HTA está controlada con medicación y dieta. No padece ningún tipo de afección respiratoria. Coloración normal de piel y mucosas. Refiere no haber fumado nunca. Esta necesidad no está alterada de manera que no precisa intervenciones.

**2-Necesidad de comer/beber:** refiere tener dificultades para realizar la compra, así como para elaborar las comidas, aunque si dice realizar todas las comidas del día. Desde centro comentan que solo realiza las comidas que ellos le dan. Por el contrario en el domicilio esta necesidad no está cubierta, ya que no cuenta con ningún tipo de ayuda. No tiene prótesis dental, ni problemas de deglución. No necesita ayuda para alimentarse. Bebe 1,5 litros de agua al día, no tiene ningún tipo de alergia o intolerancia, sigue una dieta baja en sal y pobre en grasas por su patología.

## NANDA

[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p la paciente solo realiza las comidas correspondientes al período de tiempo que permanece en el centro.

[00102] Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro de la función cognitiva m/p la paciente presenta un deterioro de la habilidad para preparar la comida.

## NOC

[1009] Estado nutricional: ingestión de nutrientes

[0303] Autocuidado: comer

## NIC

[1120] Terapia nutricional

- Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria.

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

- Elegir suplementos nutricionales.
- Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.

[1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- Proteger con un babero.

**3-Necesidad de eliminar:** refiere no sentir molestias al orinar, realizar tres o cuatro micciones al día; no realizar esfuerzos para defecar y hacerlo cada dos días. Se trata de una mujer menopáusica. Controla perfectamente sus esfínteres. Última analítica de sangre y orina normal.

**NANDA**

[00015] Riesgo de estreñimiento r/c agentes farmacológicos, hábitos dietéticos inadecuados, actividad física diaria inferior a la recomendada.

**NOC**

[0501] Eliminación intestinal

**NIC**

[0430] Control intestinal

- Anotar la fecha de la última defecación (tarjeta de registro).
- Monitorizar las defecaciones.
- Evaluar la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

[0200] Fomento del ejercicio

- Explorar los obstáculos para el ejercicio.
- Animar a la paciente a empezar o continuar con el ejercicio, siguiendo un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Realizar los ejercicios con la paciente, según corresponda.

[1100] Manejo de la nutrición

- Determinar su estado nutricional y capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Determinar sus preferencias alimentarias, las alergias o intolerancias.
- Ajustar la dieta, asegurando un alto aporte de fibra para evitar el estreñimiento.

[4120] Manejo de líquidos

- Favorecer la ingesta oral (ofrecer una pajita, líquidos entre comidas, gelatinas, etc.).
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas.

**4-Necesidad de movimiento:** no presenta ningún tipo de limitación física que condicione la deambulación. Es por su deterioro cognitivo por lo que se ve limitada para realizar las actividades de la vida diaria. Por ello para pasear es necesario que lo haga acompañada, pues existe riesgo de desorientación. No precisa de ayudas técnicas. Refiere sentir un dolor intermitente en el hombro derecho que le limita la amplitud de movimientos (ESCALA EVA:7) No presenta problemas de circulación, ni deformidades u hormigueos. El último EKG realizado era normal. La paciente es consciente, pero sufre una severa desorientación temporo-espacial.

**NANDA**

[00085] Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético (tendinitis) m/p disminución de la amplitud de movimiento en el hombro derecho.

**NOC**

[0208] Movilidad

[0219] Movimiento articular: hombro

**NIC**

[224] Terapia de ejercicios: movilidad articular

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular planificado.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.

**5-Necesidad de reposo/sueño:** en el último período de tiempo no ha modificado su patrón de sueño. Refiere pasar despierta más de la mitad de la noche, que su sueño es poco reparador, pues le cuesta quedarse dormida y se despierta muchas veces. Toma Lexatín. Se observan signos de cansancio en la paciente (ojeras).

**NANDA**

[00095] Insomnio r/c depresión y una higiene del sueño inadecuada m/p la paciente refiere dificultad para conciliar y mantener el sueño.

**NOC**

[0004] Sueño

**NIC**

[1850] Mejorar el sueño

- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia.
- Disponer siestas durante el día, para cumplir con las necesidades de sueño.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia.

**6-Necesidad de vestirse:** refiere ser autónoma para el desempeño de esta actividad. Desde el centro corroboran que esto es así, aclarando que esta autonomía es forzosa, pues en su domicilio no cuenta con ayuda, de manera que la selección de la ropa no es adecuada al tiempo, clima, etc.

**NANDA**

[00109] Déficit de autocuidado: vestido r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para escoger la ropa.

**NOC**

[0302] Autocuidados: vestir

**NIC**

[1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

- Informar a la paciente de la vestimenta que puede seleccionar.
- Proporcionar ropa personal.
- Estar disponible para ayudar en el vestir y facilitar que se peine.

**7-Necesidad de termorregulación:** sufre ocasionalmente fluctuaciones de su temperatura corporal, manifestado por escalofríos o sudoración. Temperatura habitual: 36-36,5°C.

**NANDA**

[00005] Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c ropa inadecuada para la temperatura ambiental.

**NOC**

[0800] Termorregulación

**NIC**

[3900] Regulación de la temperatura

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

- Observar el color y temperatura de la piel.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la paciente.
- Proporcionar ropa de abrigo/mantas o retirada de las mismas, en base a su temperatura corporal y ambiental.

**8-Necesidad higiene/piel:** refiere ducharse diariamente, con dificultad por la limitación que le genera la tendinitis del hombro. Para esta actividad, es autónoma, únicamente utiliza como dispositivo de ayuda una silla que coloca en la ducha. Desde el centro indican que esta autonomía también es forzosa. También comentan que su higiene no es adecuada. El estado de la piel y mucosas es normal, no presenta ningún tipo de alteración. Escala de Norton: 16 (no riesgo o mínimo riesgo de úlceras por presión).

**NANDA**

[00108] Déficit de autocuidado baño r/c alteración de la función cognitiva m/p la paciente ha sufrido un deterioro de su capacidad para realizar una higiene adecuada de su cuerpo.

[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c nutrición e higiene inadecuadas.

**NOC**

[0301] Autocuidados: baño

[0305] Autocuidados: higiene

[1101] Integridad: piel y membranas mucosas

**NIC**

[1610] Baño

- Ayudar con las medidas de higiene (perfume o desodorante).
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Lavar el cabello y los pies, si es necesario y se desea.

[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Facilitar que la paciente se cepille los dientes.

[3590] Vigilancia de la piel

- Observar el color, si hay calor extremo, excesiva sequedad o humedad en la piel, edemas, los pulsos, etc.

[1100] Manejo de la nutrición (desarrollado en la necesidad 3).

[4120] Manejo de líquidos (desarrollado en la necesidad 3).

**9-Necesidad de evitar peligros/seguridad:** no presenta ningún tipo de alergia medicamentosa, toma la medicación citada. Está consciente, pero desorientada temporoespacialmente, como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer. A consecuencia de esta y de que carece de apoyo en su domicilio, constituye un peligro para sí misma y para la comunidad, pues en alguna ocasión ha salido sola de casa y no ha sabido volver, se ha enfrentado a otras personas o ha utilizado algún electrodoméstico y se ha olvidado, pudiendo ocasionar un accidente doméstico. No hay signos de infección. Refiere sentir dolor a la hora de movilizar el hombro derecho (ESCALA EVA: 7).

**NANDA**

[00131] Deterioro de la memoria r/c un deterioro neurológico m/p la paciente sufre una incapacidad para

aprender nueva información, habilidades, para recordar acontecimientos, etc.

[00133] Dolor crónico r/c afección musculoesquelética crónica m/p quejas verbales de la paciente.

[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros r/c alteración de la función cognitiva.

[00043] Protección ineficaz r/c edad avanzada y alteración cognitiva m/p posibilidad de desorientación y con ello poner en peligro su vida.

[00037] Riesgo de intoxicación r/c alteración de la función cognitiva.

[00129] Confusión crónica r/c enfermedad de Alzheimer m/p alteración de la interpretación, la memoria, etc.

**NOC**

[0908] Memoria

[1605] Control de dolor

[1401] Autocontrol de la agresión

[1902] Control del riesgo

[0307] Autocuidados: medicación no parenteral

[0901] Orientación cognitiva

**NIC**

[4760] Entrenamiento de la memoria

- Recordar experiencias pasadas con la paciente (fotografías y música).
- Llevar a cabo juegos de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, etc.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como el repaso de información y fechas personales.

[1400] Manejo del dolor

- Asegurar que recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Explorar con la paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor y evaluar su eficacia.

[4640] Ayuda para el control del enfado

- Establecer una relación de confianza.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (retirar los objetos potencialmente hirientes).
- Establecer controles externos si es necesario y como último recurso, para calmar a la paciente.

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
- Remitir a grupos de autoayuda o programas comunitarios de prevención o tratamiento.

[6610] Identificación de riesgos

- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con la paciente o el grupo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones.

[2300] Administración de medicación

- Seguir las cinco reglas para la administración correcta de medicación y observar los efectos.

[4820] Orientación a la realidad

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo.
- Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.
- Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes.
- Utilizar señales ambientales para estimular la memoria y reorientar.

## [6470] Precaución frente a fugas

- Limitar al paciente a un entorno físico seguro (puertas cerradas o con alarma, ventanas selladas) y asignar un cuidador responsable a diario.
- Proporcionar una pulsera de identificación.

**10-Necesidad de comunicación:** la paciente y los trabajadores del centro refieren que esta vive sola, siendo la persona de referencia su hijo (mantienen escasa relación). Usa gafas por presbicia. Presenta dificultades para expresarse como consecuencia del Alzheimer, ha sufrido un empobrecimiento del lenguaje, afasia y ecolalia, así como una considerable pérdida de memoria a corto y largo plazo.

**NANDA**

[00063] Procesos familiares disfuncionales r/c estrategias de afrontamiento ineficaces m/p deterioro de las relaciones familiares y rechazo.

[00054] Riesgo de soledad r/c privación afectiva por parte hijo y nuera.

[00051] Deterioro de la comunicación verbal r/c deterioro del SNC m/p dificultad para expresar pensamientos y mantener la comunicación.

**NOC**

[2602] Funcionamiento de la familia

[2513] Cese de la desatención

[0902] Comunicación

**NIC**

[7100] Estimulación de la integridad familiar

- Comprobar las relaciones familiares actuales.
- Proporcionar información regularmente a la familia sobre el estado de la paciente, de acuerdo con sus deseos.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y toma de decisiones.

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo (desarrollado en la necesidad 9).

[7110] Fomentar la implicación familiar

- Identificar los déficits de autocuidado.
- Observar la implicación de la familia en el cuidado.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares.
- Facilitar el control y comprensión familiar de los aspectos médicos de la enfermedad.

[4976] Mejorar la comunicación: déficit de habla

- Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados al habla.
- Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (tableta de escritura, tarjetas, tabla de comunicación con imágenes, etc.).
- Mantener un entorno y rutinas estructuradas (horarios diarios constantes, recordatorios frecuentes, calendarios, etc.).
- Ajustar la comunicación para cubrir sus

necesidades (situarse frente a ella al hablar, presentar una idea cada vez, hablar despacio, etc.).

- Repetir lo que dice la paciente para asegurar la precisión.

**11-Necesidad de mantenimiento de creencias/valores:** refiere ser cristiana. Tener una rutina diaria que implica el levantarse y asearse, para que una persona pagada por su hijo le lleve hasta el centro a las 10h, una vez allí realiza las actividades programadas, a las 18h regresa a su casa acompañada por la misma persona. Recientemente no ha experimentado cambios vitales, pero la pérdida de uno de sus hijos y su marido, sumado esto a la difícil relación que mantiene con su nuera y su otro hijo, ha hecho que le fuese complicado asumir las pérdidas y haya desembocado en una depresión.

**NANDA**

[00135] Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa y apoyo insuficiente m/p persistentes recuerdos dolorosos y depresión.

[00242] Deterioro de la toma de decisiones independiente r/c disminución en la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles m/p incapacidad para escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor al estilo de vida.

[00169] Deterioro de la religiosidad r/c crisis personal m/p dificultad de adherencia a los rituales religiosos prescritos.

**NOC**

[1304] Resolución de la aflicción

[0906] Toma de decisiones

[2001] Salud espiritual

**NIC**

[5290] Facilitar el duelo

- Animar a la paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos y sentimientos de la pérdida.
- Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo.

[5250] Apoyo en la toma de decisiones

- Servir de enlace entre la paciente y la familia, y otros profesionales sanitarios.
- Facilitar la toma de decisiones, informando sobre las distintas soluciones y las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

[7110] Fomentar la implicación familiar (desarrollado en la necesidad 9).

[5420] Apoyo espiritual

- Enseñar/utilizar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
- Proporcionar los objetos espirituales deseados y rezar con la paciente.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

**12-Necesidad de trabajar/realizarse:** no recuerda los aspectos relacionados con su formación académica y actividad laboral. Desde el centro aportan la información correspondiente: la paciente no tiene estudios, únicamente aprendió a leer y escribir. Hasta el nacimiento de sus hijos, trabajó en una clínica dental, para luego dedicarse al hogar. Actualmente, ella es quien realiza las labores domésticas, a pesar de sus limitaciones y es su hijo quien se ocupa de llevarla al médico.

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

**NANDA**

[00098] Deterioro del mantenimiento del hogar r/c alteración de la función cognitiva y un sistema de apoyo insuficiente m/p entorno antihigiénico.

[00099] Mantenimiento ineficaz de la salud r/c alteración de la función cognitiva m/p incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo prácticas básicas de salud.

**NOC**

[1602] Conducta de fomento de salud

[0306] Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria

**NIC**

[7180] Asistencia en el mantenimiento del hogar

- Determinar las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Implicar a la paciente/familia en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.
- Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

[1805] Ayuda con el autocuidado: aivd

- Determinar las necesidades de ayuda de la paciente con las actividades instrumentales de la vida diaria (aivd), de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (números grandes en el teléfono).
- Proporcionar formas de contactar con personal que suministre ayuda (número de ayuda a ancianos, número de teléfono de la policía, etc).
- Remitir a los servicios familiares/comunitarios.

[5440] Aumentar los sistemas de apoyo (desarrollado en la necesidad 9).

**13-Necesidad de recrearse:** no recuerda si en el pasado tenía alguna afición. Refiere que durante el período de tiempo que está en el centro sí que realiza actividades, pero que en casa su única distracción es ver las fotos familiares y ocasionalmente salir con su hijo a pasear.

**NANDA**

[00097] Déficit de actividades recreativas r/c edad avanza m/p información aportada por la paciente.

**NOC**

[1604] Participación en actividades de ocio

**NIC**

[5360] Terapia de entretenimiento

- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y capacidad de la paciente (dibujar, ver fotos personales antiguas, manualidades, etc.)
- Supervisar las sesiones recreativas.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

**14-Necesidad de aprender:** dada la enfermedad que presenta, esta sufre una incapacidad para aprender y retener nueva información y habilidades, para recordar acontecimientos... Resultado del MEC al ingreso: 16.

**NANDA**

[00126] Conocimientos deficientes r/c alteración de la función cognitiva y la memoria m/p la paciente ha olvidado todo lo referente a sus patologías y el tratamiento de las mismas y la manera de realizar algunas AVD. No existe posibilidad de intervención enfocada al aprendizaje.

**DISCUSIÓN**

A fin de mejorar la calidad de vida de nuestra paciente, desde la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de León se desarrolló y llevó a la práctica el plan de cuidados anterior. En cuanto a la consecución de los objetivos propuestos, durante el periodo de tiempo que ésta se encontraba en el centro, sus necesidades fueron cubiertas viéndose desatendidas en su domicilio. Desde el centro se consiguió que su estado nutricional fuese lo más idóneo posible (aunque no realizaba todas las comidas), que siguiese una dieta acorde a sus patologías y que no perdiese peso. En cuanto a la eliminación nunca tuvo problemas de incontinencia, si bien solo se pudo hablar de un posible riesgo de estreñimiento, muy frecuente en este tipo de pacientes, que fue controlado con las intervenciones propuestas, viéndose reflejado en su frecuencia de defecación. Su movilidad estaba alterada a causa de una tendinitis que no fue tratada en su momento y de la que el centro tuvo constancia por el informe del médico de Atención Primaria. Desde el centro, a través de una terapia de ejercicios diaria, se consiguió que conservase la amplitud de movimientos. La cantidad y la calidad del sueño de la paciente no eran adecuadas, por lo que también se trabajó en este aspecto sin lograrse los objetivos propuestos, pues ella seguía refiriendo pasarse gran parte de la noche despierta realizando diferentes tareas. Otras de las necesidades que G.A.B precisaba que fuesen cubiertas eran las de vestirse/arreglo personal y en relación con esta, las necesidades de termorregulación e higiene. Con las intervenciones que se desarrollaron se consiguió satisfacer dichas necesidades, aunque la de higiene en menor medida, pues aunque el centro contaba con las instalaciones necesarias y semanalmente ofrecían un servicio de baño geriátrico, se encontraron con la negativa de la paciente y por otro lado con la mala comunicación con su hijo, lo cual impidió que se le pudiese ofrecer este servicio. La necesidad de evitar peligros, tanto en nuestra paciente, como en otros pacientes que sufren Enfermedad de Alzheimer, se trata de una necesidad a la que es preciso prestar especial atención, pues pueden llegar a constituir un peligro para sí mismos y para la sociedad. Es una necesidad difícil de cubrir porque han sufrido una alteración de su capacidad cognitiva y no son capaces de identificar los peligros a los que están expuestos. Con nuestra paciente y gracias a las intervenciones que se realizaron, se consiguieron controlar las principales amenazas siendo alguna de estas, el que agrediese a otras personas o incluso a sí misma, situaciones que se lograron manejar mediante un ajuste de la medicación y con técnicas de reconducción durante la confrontación; el caso de que en un momento de desorientación se escapase, recurriendo en este caso al cierre de los accesos al exterior. Por otro lado, el peligro de intoxicación por una inadecuada toma de la medicación, subsanado con un control de la medicación matinal por parte de su hijo, a quien se le ofreció educación para la salud al respecto y del resto de la medicación por parte del personal del centro. Dentro de esta necesidad también se abordó el problema del deterioro de la memoria, consiguiéndose mediante un entrenamiento de la misma que la paciente mantuviese datos importantes y no

## TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

desaprendiese aquellas actividades básicas de la vida diaria que realizaba. Así mismo, padecía un deterioro de la comunicación el cual se consiguió superar fundamentalmente mediante la proporción de métodos alternativos a la comunicación oral y una simplificación de las conversaciones. En relación también con la necesidad de comunicación y la de valores y creencias se vieron problemas entre la relación de la paciente y su familia, y de una mala asimilación de la pérdida de otros familiares. A pesar de los esfuerzos realizados por parte del centro para tratar de implicar a la familia en el cuidado y de mejorar la relación, no se consiguió el objetivo. En lo que respecta al mantenimiento del hogar y de su propia salud, la labor consistió en tratar de implicar a su familia; al no conseguir este objetivo, se derivó el caso a los servicios sociales, sin obtenerse solución por el momento, aunque sí se llevaron a cabo actividades encaminadas al manejo de su salud. Por último, se encontró un importante déficit de conocimientos en relación con sus patologías y con otros aspectos de la vida cotidiana, pero por su enfermedad y el grado de evolución de la misma, no existió posibilidad de intervención enfocada al aprendizaje.

Por todo ello la enfermedad de Alzheimer ha de ser abordada de forma interdisciplinar e individualizada, donde el enfermo ha de involucrarse de forma activa en su propio cambio con la finalidad de proporcionarle autonomía y determinación. Esto es lo que se conoce como terapia centrada en la persona (Carl Rogers)(14). Si bien lo que realmente ha ocurrido hasta ahora es que aquellos ancianos que se encontraban en situación de fragilidad/dependencia y que acudían a centros de atención sociosanitaria para recibir este tipo de atención, no la recibían por distintas razones: la escasa formación de los equipos de atención, los modelos organizativos impuestos por el centro, los recursos disponibles...(14). En esta línea se ha seguido trabajando y en comunidades como Castilla y León se ha implantado el proyecto piloto "en Mi casa", un nuevo modelo de atención a personas mayores que pretende atender las necesidades de estas, pero siempre respetando sus vidas, derechos y decisiones(15).

## BIBLIOGRAFÍA

- Echevarría Echarri L. Enfermedades del sistema nervioso. Pato Alonso S, Navalón Cebrián R, Pastor San Millán, M D, editors. Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos. 2016.
- OMS. Demencia [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 25]. p. 1–3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Libre Rodríguez J, Guerra Hernández M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2002;18:1–19.
- Libre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2008;7.
- Toledano S. Alzheimer [Internet]. Fundación Alzheimer España. 2016 [cited 2016 Oct 25]. Available from: <http://www.alzfae.org/alzheimer>
- Niu H, Álvarez Álvarez I, Guillén Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. Pamplona; 2016.
- González Mas R. Enfermedad de Alzheimer: clínica, tratamiento y rehabilitación. 1º. Masson, editor. Barcelona; 2000. 224 p.
- Díaz Domínguez MA, Domenech Cobo N, Elorriaga del Hierro C, Elorriaga del Hierro S, Ortiz Cabezas A, Pérez Fernández de Valderrama MS, et al. En casa tenemos un enfermo de alzheimer. 10º. RALI C, editor. Bilbao; 2000. 126 p.
- Goldman L, Schafer A. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. In: Elsevier, editor. Tratado de medicina interna. 24º. 2013. p. 2278–87.
- Solomon PR, Budson AE. Evaluación del paciente con pérdida de memoria o demencia. In: Elsevier, editor. Pérdida de memoria Alzheimer y demencia. 2º. 2016. p. 5–38.
- Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. Available from: <http://0-www.nnnconsult.com.catoute.unileon.es/nic>
- Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [Internet]. Available from: <http://0-www.nnnconsult.com.catoute.unileon.es/noc>
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación [Internet]. Madrid: Elsevier; Available from: <http://0-www.nnnconsult.com.catoute.unileon.es/nanda>
- Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Bilbao; 2011.
- León J de C y. Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores "en Mi casa" [Internet]. Available from: [http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/\\_/\\_/](http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/)
- Martínez Gil A. El Alzheimer. CSIC., Catarata L libros de la, editors. Madrid; 2009. 122 p.