



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**Pertinencia del uso de planes de cuidados estandarizados en
la Enfermedad de Alzheimer**

Autor: Noelia Labuena Vela

Tutor: Ángel Gasch Gallén

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- DESARROLLO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS:
 1. Cuestionario a profesional/es de Enfermería.
 2. Cuestionario a cuidador/es de Enfermo de Alzheimer.
 3. Propuesta de plan de cuidados estandarizado para la enfermedad de Alzheimer.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es muy conocida por la población y por los profesionales de la salud. Existe mucha bibliografía sobre la patología, epidemiología y tratamiento, pero apenas encontramos información o material sobre la planificación de cuidados profesionales de enfermería ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}.

Hoy en día se estima que la enfermedad de Alzheimer y otros síndromes demenciales van a sufrir un elevado incremento debido al aumento de la esperanza de vida de la población y el progresivo envejecimiento de la población en países desarrollados y en vías de desarrollo ^{11, 1}.

Diferentes revisiones de estudios epidemiológicos en Europa estiman que la prevalencia de la demencia oscila entre el 5-10% en mayores de 65 años y que existen unos 5 millones de personas enfermas. También informan de que la enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente (60-70% de los casos). En España, los estudios epidemiológicos en la población de más de 65 años han mostrado cifras de prevalencia que oscilan entre el 5-14,9% y en el grupo de más de 70 años entre el 9-17,2% ^{1, 2}.

La enfermería tiene un papel fundamental en la atención del paciente enfermo de Alzheimer. Éste posee una serie de necesidades alteradas que precisan ser tratadas mediante cuidados de larga duración dirigidos por parte de Enfermería proporcionando bienestar y calidad de vida tanto al enfermo como a la familia ¹².

Un Plan de Cuidados o Plan de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados que se nos demandan ¹³.

Los planes de cuidados tienen como objetivo mejorar la práctica asistencial y evitar las diferencias de criterios de los profesionales en la atención al paciente; nos ayudan a unificar criterios entre los distintos profesionales que participan y a la vez nos sirven de guía. Con ello lo que hacemos es asegurar una continuidad de cuidados homogénea ¹⁴.

El plan de cuidados estandarizado detalla un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que probablemente estarán presentes en el proceso o enfermedad, así como las intervenciones asociadas más efectivas ¹⁵. Para su elaboración se utiliza la taxonomía enfermera (NANDA, NIC, NOC) como lenguaje estandarizado.

Es importante que tanto los estudiantes de títulos sanitarios como los profesionales sanitarios tengan los conocimientos teóricos pertinentes de las demencias (Enfermedad de Alzheimer en este caso) en todos sus aspectos (epidemiología, fisiología, necesidades, tratamiento...) con ello se deben adquirir una serie de actitudes apropiadas para saber manejar la enfermedad ¹.

La atención a las personas con enfermedad de Alzheimer exige un abordaje multidisciplinar, con participación activa de todos los profesionales implicados; debe ser integrada y debe garantizar que la participación de cada profesional y recurso se adapte a las necesidades cambiantes del paciente y en cada fase evolutiva de la enfermedad ¹⁵. En general, la información impartida acerca de la enfermedad de Alzheimer así como de otras demencias es insuficiente por ello se debe actualizar el conocimiento en éstas ¹.

En la bibliografía revisada se ha observado la existencia de guías de actuación general ante la Enfermedad de Alzheimer. No obstante carecemos de planes de cuidados estandarizados que detallen las principales actuaciones enfermeras y sean aplicables a la práctica clínica.

Con el presente trabajo se elabora una propuesta de plan de cuidados estandarizado que sirva de guía y de herramienta de consulta a los profesionales de Enfermería implicados en el cuidado de personas con Alzheimer.

OBJETIVOS

Los objetivos planteados son:

1. Valorar la necesidad o pertinencia de la realización de un Plan de Cuidados estandarizado para la Enfermedad de Alzheimer.
2. Elaborar una propuesta de Plan de Cuidados estandarizado que sirva de guía a los profesionales de Enfermería en el cuidado de personas con Enfermedad de Alzheimer, utilizando el Proceso Enfermero, sirviéndonos de la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha seguido un proceso de triangulación metodológica.

La triangulación metodológica es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objetivo para abordar mejor lo que se investiga; es decir, emplear distintas estrategias de recogida de datos ^{16, 17}.

La finalidad de realizarlo de esta manera es conseguir una mayor información incrementando la validez y calidad de la misma ¹⁷ al usar diferentes fuentes para llegar a los objetivos anteriormente propuestos.

En primer lugar, se realiza una revisión bibliográfica del tema propuesto en diferentes publicaciones de carácter científico.

A continuación, se contactó con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFEDAZ) donde se habló con la trabajadora social y proporcionó información sobre el funcionamiento de la misma, los servicios de los que disponen y los centros a los que acudir.

Una vez realizada la revisión bibliográfica se realizan dos tipos de entrevistas que nos justifican la triangulación:

1. Enfermeras de Atención Primaria. Se realiza una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas a dos enfermeras de un centro de salud. Una de ellas proporciona información, a su vez, como cuidadora principal de un Enfermo de Alzheimer. Con estas entrevistas se consigue conocer la opinión del trabajo de Enfermería en relación a esta enfermedad. Éstas son de una hora, aproximadamente, de duración.

2. Cuidadora principal de Enfermo de Alzheimer. También se lleva a cabo una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas enfocadas a los objetivos de nuestro trabajo. Con ésta, se consigue información sobre las necesidades de los enfermos y la opinión de la cuidadora. Ésta tuvo una duración de 35-40 minutos.

Con todo esto, se elaboran una serie de conclusiones o informaciones que permiten valorar la necesidad de realizar una propuesta de plan de cuidados estandarizado para la Enfermedad de Alzheimer.

DESARROLLO

Como ya se ha descrito en el apartado anterior, para la realización de este trabajo se han realizado una serie de pasos.

Lo primero que se hizo fue una revisión bibliográfica que proporcionó un primer acercamiento al tema.

Desde la primera búsqueda se encontró una guía de cuidados para enfermos de Alzheimer creada por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica de gran utilidad. En ella se describe la importancia del trabajo de Enfermería con respecto a la EA. El objetivo principal de esta guía, es la realización de un manual de actuación y consulta para los profesionales de Enfermería ¹¹.

La Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias ¹ propone recomendaciones sobre el cuidado a pacientes con esta enfermedad. La información resultante muestra que, la Enfermedad de Alzheimer se encuentra posicionada como la demencia más frecuente (seguida de la demencia vascular). Esto hace pensar que la enfermedad debe ser tratada no sólo como una enfermedad del paciente sino también de la sociedad. La atención a las personas con Alzheimer y sus familiares debe ser abordada por un equipo multidisciplinar que garantice la continuidad de los cuidados y propone una serie de recomendaciones como herramienta de consulta.

Analizando esta guía se puede observar que sirve de utilidad para encontrar información detallada acerca de la EA (sintomatología, fisiopatología, tratamiento farmacológico...) pero no nos sirve de base para dar respuesta a los objetivos planteados. No informa de la importancia del papel de enfermería en la atención al enfermo de Alzheimer ni de la pertinencia de realizar un plan de cuidados estandarizados que sirva como modelo al equipo multidisciplinar.

En concordancia con la Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias ¹, el manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer realizado por el Gobierno de Canarias ² aborda la enfermedad como tal pero no se ajusta al enfoque que se pretende dar a este trabajo.

Posteriormente, con la finalidad de relacionar toda la información encontrada, se investigó la importancia que tiene la enfermería en la Enfermedad de Alzheimer. Según un artículo de Balbas Liaño VM. ¹² se justifica la relevancia que tienen los cuidados en la EA ya que al tratarse de una enfermedad progresiva e irreversible se ha de brindar una continuidad de cuidados propios de la profesión enfermera.

Para poder realizar este trabajo, una vez realizada una primera búsqueda bibliográfica, se plantea la pregunta ¿qué es realmente un plan de cuidados

estandarizado? Con toda la información obtenida se considera la elaboración de una propuesta de plan de cuidados estandarizado para la EA.

A continuación se procede a la realización de tres entrevistas.

Se habla con la trabajadora social de AFEDAZ, la cual proporciona información sobre la forma de actuación de la asociación. Es una entidad sin ánimo de lucro que escucha y orienta a los familiares de manera que se pueda afrontar la situación de la mejor forma posible. También se encarga de brindar ayuda psicológica, jurídica (declaración de incapacidad) y asesora de los diferentes recursos que se disponen para el enfermo (centro de psicoestimulación, servicio de ayuda a domicilio, centro de día...) ¹⁸.

Las dos siguientes entrevistas nos dan información sobre la visión del tema desde dos puntos de vista, el profesional y el de cuidador, y nos sirven para poder obtener más datos para llegar a los objetivos propuestos.

La primera que se realizó fue a la cuidadora principal de una Enferma de Alzheimer ya fallecida, la cual relata el testimonio de su propia experiencia frente a la enfermedad.

Ella está satisfecha con la atención que ha recibido a lo largo del proceso por parte de profesionales sanitarios, trabajadores sociales, instituciones...

Las necesidades más notorias según ésta son, al principio de la enfermedad, de tipo cognitivo-conductual y según va avanzando, y en concreto en su caso personal, son la necesidad de baño/higiene, higiene cutánea, movilidad y alimentación.

La cuidadora se informa sobre todos los aspectos que puede de la EA pero dice "los cuidadores no sabemos nada, aprendemos a puro de errores".

A través de dicha afirmación, se observa que sí existe información relacionada con la EA pero que, a pesar de ello, se encuentra dificultad a la hora de buscarla. Por ello se considera que resultaría necesario instruir en el conocimiento y desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales a los cuidadores/familiares de estas personas, con la finalidad de enseñar una metodología de actuación.

Confiesa que en determinados momentos necesitaba "desconectar" de la situación y que se debería contar con más apoyo, visitas a domicilio...para que se valore al paciente y la situación y que además sirva de "desconexión para el cuidador".

Con respecto a esto se considera que, debido a la falta de tiempo y el elevado número de pacientes, no es factible realizar visitas tan frecuentes como ella sugiere, pero sí que se podría valorar la posibilidad de planificar visitas más periódicas de las que se hacen hoy en día. Esto es confirmado por las profesionales entrevistadas.

La entrevistada afirma que sí recibió visitas de enfermería a demanda en las fases más avanzadas de la enfermedad. Propone la posibilidad de contar con apoyo para la estimulación cognitiva y de memoria en el inicio de la enfermedad.

Con esto, se plantea la realización de visitas desde el momento del diagnóstico para poder comenzar con ejercicios para retrasar el deterioro cognitivo y de memoria y, conforme vaya avanzando la enfermedad, ir atendiendo a las necesidades que vayan surgiendo.

Con esta entrevista obtenemos un primer acercamiento a la realización del plan de cuidados, debido a que obtenemos las necesidades principales a cubrir en las diferentes etapas de la enfermedad y desde el punto de vista de la cuidadora.

La siguiente parte en el proceso de investigación fueron las entrevistas a las dos enfermeras de atención primaria. Como ya se ha explicado en la metodología, además una de ellas, nos proporciona información desde el punto de vista de cuidadora principal de una enferma de Alzheimer.

Ambas profesionales están de acuerdo en que lo primero que hay que hacer ante un paciente con EA es realizar las valoraciones pertinentes para determinar el estadio de la enfermedad y con ello poder organizar las intervenciones a realizar ajustándolas a la situación de cada enfermo.

Se les pregunta si existe una continuidad de cuidados por parte de enfermería y si se dispone del tiempo suficiente (en atención primaria en este caso) para poder llevarla a cabo, y afirman que verdaderamente no se dispone de tiempo; que el cupo de pacientes es muy elevado y se trata con los enfermos de Alzheimer como con el resto de pacientes. Sí que consideran que las valoraciones que se hacen para evaluar la evolución del paciente deberían realizarse con mayor periodicidad aumentándose así la continuidad de los cuidados.

Es la profesional de enfermería que también tiene papel de cuidadora principal la que me habla más detalladamente sobre las necesidades que ella ha ido observando en el paciente con EA.

Coincidiendo con la otra cuidadora entrevistada, afirma que lo que más se observa es el deterioro cognitivo y de memoria; dice que en el inicio de la enfermedad hay que realizar ejercicios que estimulen la memoria. También hay que empezar a vigilar la higiene, pues "pronto estará más desinhibido y dejará de lado su higiene" por lo que propone que hay que "vigilarles; es decir, dejarles que lo hagan solos pero con un control sobre ellos".

Ya en fases más avanzadas de la enfermedad, coincide con la cuidadora entrevistada al defender que las necesidades que se han de satisfacer son las relacionadas con el cuidado de la piel, el baño y la alimentación.

Más tarde, coinciden las dos enfermeras al afirmar que "estos pacientes son totalmente conscientes de que hay algo que les pasa pero no saben el qué y esto les genera un intenso temor que les suele llevar a una depresión".

Cuando se les pregunta por su opinión con respecto a la realización de un plan de cuidados estandarizado de enfermería para la enfermedad de Alzheimer, ambas dos están de acuerdo, pero una de ellas piensa que realmente con estos enfermos no hay mucho en lo que intervenir dice "muchas veces no tienen UPP, ni TA elevada...y lo único que podemos hacer es a nivel de consejos y vigilancia". A pesar de esto, más adelante me

confirma que la EA se trata de una enfermedad crónica y que, "como en todas las enfermedades crónicas la presencia de un plan de cuidados es de gran utilidad".

A través de guías como las citadas anteriormente, la revisión de artículos, el uso de libros de nomenclatura enfermera (NANDA, NIC, NOC)^{19, 20, 21, 22, 23} y las encuestas realizadas, se comienza a elaborar un boceto del plan de cuidados estandarizado.

La propuesta de plan de cuidados estandarizado se realiza mediante la consulta de guías de otras comunidades autónomas^{1, 2}, un libro encontrado sobre el papel de enfermería en la EA¹¹ y, fundamentalmente con la consulta de libros de taxonomía enfermera (NANDA, NIC y NOC)^{19, 20, 21, 22, 23}.

Durante la realización del plan de cuidados se plantearon dudas sobre los diagnósticos, pues la EA puede presentar muchos y por ello, lo que se decidió fue hacer un plan de cuidados basado en los principales diagnósticos a atender en base a lo que nos contaron las entrevistadas.

CONCLUSIONES

La bibliografía consultada no dispone de planes de cuidados estandarizados que sirvan de modelo a los profesionales de Enfermería para la atención y cuidado del enfermo de Alzheimer en los distintos estadios de la enfermedad.

Los profesionales a los que se ha entrevistado proporcionan información sobre las necesidades que ellos creen que éste tipo de pacientes tienen y cómo consideran que deben ser resueltas y/o atendidas.

La visión de las cuidadoras principales de usuarios con Alzheimer muestran las necesidades del enfermo, cómo ellas las satisfacen, cómo creen que deberían ser resueltas, las carencias que observan con respecto a los profesionales de enfermería y con ello sus opiniones sobre la necesidad de mejora o no de los servicios prestados.

Al unir estos tres pasos observamos que no se han encontrado planes de cuidados estandarizados para la EA y que, tanto por parte de los profesionales de Enfermería, como por parte de los usuarios es necesaria la implantación de éstos para brindar una mejora en la prestación de los cuidados. Por todo ello, se considera necesaria la idea de desarrollar una investigación sobre el tema en esta línea de estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
2. Montón Álvarez F. Rodríguez Espinosa N. Ruiz Lavilla N. Rojo Aladro J.A. Bueno Perdomo J. Lorenzo Riera A. et al. Manual de Actuación en la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Gobierno de Canarias.2011
3. Ramos Cordero P., Serrano Garijo P., Ribera Casado JM., Bermejo Pareja F., Vega Quiroga S., Gil Gregorio P., et al. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. 1ª ed. Madrid. 2007
4. Enfermedad de Alzheimer. Nursing. 2008; 26 (8): 26-27.
5. Rodriguez-Pérez M. Abreu-Sánchez A. Barquero-González A. León-López R. Cuidadores de Ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados. Nursing. 2006; 24(1): 58-66.
6. Esandi Larramendi N. Canga-Armayor A. Familia Cuidadora y Enfermedad de Alzheimer: Una revisión bibliográfica. Gerokomos. 2011; 22(2): 56-61
7. Martinez Cepero FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfer. 2009; 25 (3-4)
8. Alzheimer's Association [Sede web]. Chicago [citado feb 2005]. Actividades [aprox 3 pantallas].
Disponible en:
http://www.alz.org/national/documents/sp_topicsheet_actividades.pdf
9. Martorell-Poveda MA. Paz Reverol CL. Montes-Muñoz MJ. Jiménez-Herrera MF. Burjalés-Martí MD. Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. Index Enferm. 2010; 19 (2-3)
10. Palan Lopez R. Amella EJ. Mitchell SL. Strumpf NE. Nurse's Perspectives on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia. J Clin Nurs. 2010; 19 (5-6): 632-638.
11. Grupo en demencias SEEGG. Guía de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros síndromes demenciales y a sus cuidadoras. Málaga. 2007.

12. Balbas Liaño VM. El profesional de enfermería y el Alzheimer. Nure investigación. 2005 (13)
13. González Sánchez J. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a la Salud laboral. Med. segur. trab. 2011; 57(222)
14. Puigvert Vilalta C. Muriana Zamudio C. García Garrido L. Navarro Ferrer E. Valoración del registro de la información del plan de cuidados y de la trayectoria clínica de la implantación del catéter peritoneal. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2005; 8(4)
15. Tejada Domínguez F.J. Ruíz Domínguez M.R. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enferm. Glob. 2009; (15)
16. Arias Valencia MMs. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Investigación y Educación en Enfermería 2000; XVIII: 13-26.
17. Rodríguez Ruiz O. La triangulación como estrategia de investigación en Ciencias Sociales. Revista de investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología. La I+D que tenemos [Revista en Internet] 2005 [citado sept 2005]; (31): [aprox 6 pant].

Disponible en:
<http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>
18. Afedaz.com. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer [sede web]. Zaragoza: 2006 [consultado 2 feb 2012]

Disponible en:
<http://www.afedaz.com/>
19. McCloskey J., Bulechek G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2008.
20. Moorhead S., Johnson M., Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2008
21. Luis Rodrigo M.T, Fernández Ferrin C., Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. 3ª edición. Barcelona:Elsevier Masson;2008
22. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros.8ªedición. Barcelona. Elsevier Masson.
23. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier; 2005-2006.
24. Paños Babin M., Valero Bris N., Caballero Grolimund E., Muñoz Cortés MJ., Martín Muñoz E. Rodríguez Paradinas MT., et al. Intervención educativa con una paciente con Enfermedad de Alzheimer en fase inicial. Nure Investigación. 2005 (16)

25. Bermejo JC. Mi ser querido tiene Alzheimer. Cómo poner el corazón en las manos. Cantabria (España): Sal Terrae; 2010
26. Leite Funchal Camacho A.C. Coelho M.J. Cuidados de enfermería al anciano enfermo de Alzheimer (2003-2008). Enferm. Glob. 2009; (17)
27. Charrier J. Ritter B. El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Barcelona (España): Masson; 2005

ANEXOS

ANEXO I:

CUESTIONARIO A PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. Según usted, ¿cuáles cree que son las necesidades principales a atender en un enfermo de Alzheimer?
2. ¿Cómo se trata desde atención primaria, hoy en día, con un enfermo de Alzheimer?
3. ¿Existe una continuidad de cuidados por parte de enfermería para el paciente con EA?
4. ¿Cree que el tiempo del que se dispone es el suficiente para asegurar la buena calidad de los cuidados?
5. ¿Qué sugerencias aportaría para mejorar la situación?
6. ¿Serviría de ayuda la aplicación de un plan de cuidados estandarizado para la EA?
7. ¿Por qué?
8. ¿Facilitaría esto el trabajo a la hora de incorporar nuevos profesionales?
9. ¿Cree que realizando un plan de cuidados estandarizado se mejoraría la metodología de actuación para esta enfermedad?

ANEXO II:

CUESTIONARIO A CUIDADOR DE ENFERMO DE ALZHEIMER

1. ¿Cuáles son las principales necesidades que presenta un enfermo de Alzheimer según su experiencia?
2. ¿Cómo ha resuelto dichas necesidades? ¿Ha presentado alguna dificultad?
3. ¿Siente que su familiar depende de usted?
4. ¿Se siente cansado?
5. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?
6. ¿Cree que se debería contar con la ayuda externa de profesionales?
7. En caso de que haya contado con ayuda, ¿cree que esa ayuda ha sido la suficiente?
8. ¿Podría mejorarse? ¿Cómo?
9. Cuando ha necesitado ayuda, ¿a quién ha recurrido?
10. ¿Ha sentido apoyo por parte del profesional o ha sentido una falta de implicación por parte del mismo?
11. ¿Cree que desde Atención Primaria debería proporcionarse más ayuda con respecto a estos pacientes?
12. ¿Cree que serviría de ayuda la existencia de una guía de cuidados de referencia?

ANEXO III:

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

Como ya conocemos, la enfermedad de Alzheimer tiene diversas fases de presentación y no hay que olvidar que se trata de una enfermedad irreversible.

Resulta muy difícil unificar los cuidados puesto que cada paciente se va a encontrar en un estadio diferente. Hay que recordar que un plan de cuidados estandarizado se debe adecuar a cada persona y a cada momento (13, 14, 15).

Por ello la propuesta aquí presente consiste en la realización de un plan de cuidados atendiendo a las necesidades básicas de un enfermo de Alzheimer y con la posterior adaptación a sus fases con ciertos criterios que se consideran que podrían unificarse.

La tabla presentada a continuación, dispone los diagnósticos ordenados en función de la fase de la enfermedad, así, los primeros diagnósticos corresponden a las primeras fases y los últimos a las fases más avanzadas.

Diagnóstico (NANDA)	Objetivos(NOC)	Indicadores	Intervenciones (NIC)	Actividades
00069 Afrontamiento inefectivo	1302 Superación de problemas	130201 identifica patrones de superación eficaces 130202 identifica patrones de superación ineficaces 130207 modifica el estilo de vida cuando se requiere 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia	5230 Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto en la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Favorecer las



relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

- Confrontar lo sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Animar la implicación familiar, si procede.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

5240
Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Disponer de intimidad par asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Pedir al paciente /

		<p>ser querido, que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación. - Determinar como afecta al paciente el comportamiento de la familia. - Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.
	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Escuchar con atención. - Reforzar el comportamiento, si procede. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la

manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

5270 Apoyo emocional

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.

- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de

00129 Confusión crónica				seguridad durante los periodos de más ansiedad. - No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.
	0900 Capacidad cognitiva	090003 Atiende 090004 Se concentra 090005 Está orientado 090009 Procesa la información	6460 Manejo de la demencia	- Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados en el grado deseado. - Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicación, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios. - Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas. - Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo, mediante herramientas de evaluación normalizadas. - Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas al estado cognitivo del paciente. - Condiciones
	0908 Memoria	090801 Recuerda información inmediata de forma precisa 090802 Recuerda información reciente de forma precisa 090803 Recuerda información remota de forma precisa		

		<p>ambientales estables y adecuadas (iluminación, evitar peligros potenciales, identificación del paciente, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantener contacto visual con el paciente. Identificarse siempre que nos acerquemos y dirigirnos por su nombre.- Evitar confrontaciones para manejar el comportamiento.- Evitar rotaciones frecuentes de los cuidadores, siempre que sea posible, así como cambios de ambiente. <p>Proporcionar pistas tales como: sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres para ayudar en la orientación.</p> <ul style="list-style-type: none">- Seleccionar actividades individuales o grupales acordes a las capacidades cognitivas e intereses del paciente.
	7140 Apoyo a la familia	<ul style="list-style-type: none">- Facilitar fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en ellas. <p>Decorar</p>

habitaciones con escenas e imágenes familiares, etc.

- Discutir con los miembros de la familia y amigos, la mejor manera de interactuar con el paciente-
- Ayudar a la familia a comprender que quizás sea imposible que el paciente aprenda nueva información.
- Marcar sus pertenencias de manera que le sea fácil identificarlas (letras grandes, símbolos, etc.)
- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes / sentimientos entre el paciente y la familia o entre los

miembros de la misma.

- Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.
- Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
- Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.
- Animar la toma de decisiones familiares en la

00035 Riesgo de lesión

1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas

190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.
190903 Colocación de barreras para prevenir caídas.
190906 Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo.

1910 Conducta

191001 Previsión de la iluminación

6486 Manejo ambiental: seguridad

planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.

- Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, si procede.
- Brindar cuidados al paciente en lugar de la familia para relevarla y también cuando ésta no pueda ocuparse de los cuidados.
- Remitir a terapia familiar, si está indicado.
- Informar a la familia cómo puede ponerse en contacto con el cuidador.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y pena, si procede.

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos, respeto de la seguridad en el ambiente: (Físicos, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro

	<p>de seguridad: ambiente físico del hogar</p> <p>191002 Colocación de pasamanos</p> <p>191005 Provisión de un teléfono accesible</p> <p>191006 Colocación de etiquetas de aviso de peligro adecuadas.</p> <p>191011 Almacenamiento de materiales peligrosos para prevenir lesiones</p> <p>191012 Eliminación segura de materiales peligrosos.</p> <p>191013 Reorganización del mobiliario para reducir riesgo.</p> <p>191019 Regulación de la temperatura ambiental</p>	<p>del ambiente, cuando sea posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente. - Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, vallas, portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas. - Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. - Colaborar con otras agencias para mejorar la seguridad ambiental (departamento de salud, policía y agencia para la protección del medio ambiente). <p>6490 Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar las características del ambiente que
--	--	--

puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.).

- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos, en las transferencias del paciente.

- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

- Colocar señales recordatorias para que el paciente solicite ayuda para salir de la cama, si procede.

- Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros, si está indicado.

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

necesario.

- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté.

- Retira los muebles bajos (bancos, mesas) que supongan un riesgo de tropezones.

- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

- Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.

- Disponer barandillas y apoyamanos visibles.

- Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.

- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.

- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.

- Educar a los

				<p>miembros de la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos. - Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. - Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas. - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable).
<p>00051 Deterioro de la comunicación verbal</p>	<p>0902 Capacidad de comunicación</p>	<p>090201 Utiliza el lenguaje escrito 090202 Utiliza el lenguaje hablado 090205 Utiliza el lenguaje no verbal 090208 intercambia mensajes con los demás</p>	<p>4920 Escucha activa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interés en el paciente. - Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. - Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no

	0903 Comunicación: capacidad expresiva	090301 Utiliza el lenguaje escrito 090302 Utiliza el lenguaje hablado: vocal 090306 Utiliza el lenguaje de signos 090307 Utiliza el lenguaje no verbal	verbales. - Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación. - Estar atento a las palabras que se evitan, así como los
	0907 Elaboración de la información	090701 Identifica correctamente objetos comunes 090703 Verbaliza un mensaje coherente 090704 muestra procesos del pensamiento organizados	mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. - Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación o inflexión de la voz. - Calcular una respuesta, de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido. - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. - Verificar la comprensión del mensaje. - Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento. - Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia, si es preciso.
- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frase cortas, si procede.
- Utilizar gestos con las manos, si procede.
- Animar al paciente a que repita las palabras.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva, si procede.
- Seguir las conversaciones en un sentido, según corresponda.

5520 Facilitar el aprendizaje

- Establecer metas realistas, objetivas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente

-
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
 - Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.
 - Utilizar un lenguaje familiar.
 - Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.
 - Presentar la información de manera estimulante.
 - Repetir la información importante.
 - Reforzar la conducta cuando proceda.
 - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - responder a las preguntas de una forma clara y concisa.
-

<p>00040 Riesgo de síndrome de desuso</p>	<p>0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p>	<p>020401 Úlceras por presión 020402 Estreñimiento 020404 Disminución del estado nutricional 020410 Infección del tracto urinario 020416 Articulaciones anquilosadas</p>	<p>0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. - Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Explicar al paciente / familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento / actividad. - Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. - Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. - Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado. - Enseñar al paciente / familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
--	---	--	--	---

0840 Cambio de posición

- Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión (pulmones abajo), si resulta apropiado.
- Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de movimientos.
- Minimizar el roce al cambiar la posición del paciente.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Mantener la posición y la integridad de la tracción.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, según el programa específico, si procede.
- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo trocánter)

- Colocar la luz de llamada al alcance.

6540
Prevención de las úlceras por presión.

- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria
- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Evitar el agua caliente y utilizar

		<p>jabón suave para el baño.</p> <ul style="list-style-type: none">- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.- Aplicar protectores para codos y talones, si procede.- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.- Enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.
	0450 Manejo del estreñimiento	<ul style="list-style-type: none">- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.- Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede.- Administrar laxantes o enemas, si procede.

00103
Deterioro de
la deglución

1010 Estado de
deglución

101002 Controla
las secreciones
orales
101004 Capacidad
de masticación
101012 Ausencia
de
atragantamiento,
tos o náuseas.
101016 Acepta la
comida.

1860 Terapia
de deglución

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, foniatra y dietista), para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.
- Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.
- Colocarse de forma tal, que paciente pueda vernos y oírnos.
- Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente / familia.
- Evitar el uso de pajitas para beber.
- Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible),

para alimentarse y hacer los ejercicios.

- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (“barbilla metida”).

- Enseñar al paciente a que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.

- Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.

- Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.

- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.

- Proporcionar descanso antes de comer / hacer ejercicio, para evitar fatiga excesiva.

- Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.

- Enseñar a la familia / cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

- Enseñar a la familia / cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el

	dietista. - Enseñar a la familia / cuidador las medidas de emergencia para atragantamientos. - Enseñar a la familia / cuidador a comprobar si han quedado restos de la comida en la boca después de comer
3200 Precauciones para evitar la aspiración	- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria. - Mantener vías aéreas permeables. - Colocación vertical a 90º o lo más incorporado posible. - Mantener equipo de aspiración disponible. - Alimentación en pequeñas cantidades. - Comprobar colocación sonda nasogástrica o de grastotomía, antes de la alimentación. - Comprobar los residuos nasogástricos o de gastronomía, antes de la alimentación. - Evitar líquidos y usar agentes espesantes. - Trocear los alimentos en porciones pequeñas. - Mantener elevado el

<p>00103 Deterioro de la deglución</p>	<p>1010 Estado de deglución</p>	<p>101002 Controla las secreciones orales 101004 Capacidad de masticación 101012 Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas. 101016 Acepta la comida.</p>	<p>1860 Terapia de deglución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, foniatra y dietista), para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. - Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique. - Colocarse de forma tal, que paciente pueda vernos y oírnos. - Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente / familia. - Evitar el uso de pajas para beber. - Ayudar al paciente a sentarse en posición erecta (máximo posible), para alimentarse y hacer los ejercicios. - Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (“barbilla metida”). - Enseñar al paciente a que abra y cierre la
--	---------------------------------	---	----------------------------------	---