

R. M^a. Píriz Campos*
B. González Arévalo**
Y. Sánchez-Lozano*

Enfermedad de Alzheimer:
proceso de atención de Enfermería

* Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Toledo.

** Enfermera de Neurología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Correspondencia:

Rosa M.^a Píriz Campos
Urbanización "Los Olivos", 16 - 2^o D
45280 Olias del Rey (Toledo)

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es uno de los males que más amenazan a nuestros mayores. Se estima que en el año 2000, aproximadamente 23 millones de personas en todo el mundo sufrirán esta demencia que suele atacar en el periodo presenil y se manifiesta como una lesión cerebral. Es por ello, por lo que nos planteamos realizar un Plan de Cuidados de Enfermería ante este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Alzheimer;
Cuidados de Enfermería; Deterioro cognitivo.

SUMMARY

Alzheimer's disease is a threat to the elderly. It is estimated that by the year 2000 about 23 million persons worldwide will suffer this dementia, which usually attacks in the presenile period and manifests itself as a cerebral lesion. A Nursing Plan for all types of patients is presented.

KEY WORDS

*Alzheimer's disease; Nursing;
Cognitive deterioration.*



INTRODUCCION

La demanda de atención sanitaria es elevada, tanto por su edad avanzada como por la diversidad de patología asociada, por ello, los cuidados de enfermería a estos enfermos deben ir dirigidos fundamentalmente a la atención de sus necesidades, tanto físicas como psíquicas, siendo el objetivo fundamental proporcionar a estos enfermos una calidad de vida aceptable y manteniéndose dentro de su ámbito social y familiar.

FISIOPATOLOGIA

Enfermedad de origen todavía desconocido que se acompaña de cambios bioquímicos y neurológicos específicos, entre ellos destacan la muerte neuronal progresiva y la disminución de la capacidad de síntesis de los mediadores químicos, disminuyendo la producción de la enzima que participa en la síntesis de la acetilcolina.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La enfermedad se manifiesta de manera lenta e insidiosa.

En sus comienzos aparece una disminución de la "memoria reciente" o inmediata, los olvidos son frecuentes y gradualmente se deterioran las funciones cognoscitivas superiores, con pérdida de la capacidad de escribir, leer, calcular e incluso comunicarse coherentemente. Se hacen patentes cambios de personalidad. Paralelamente van apareciendo trastornos de las funciones motoras, incluidas la marcha.

CASO CLINICO

Paciente varón de 78 años de edad, de profesión abogado (óptimo estatus social), con deterioro cognitivo progresivo de unos siete años de evolución y diagnosticado de enfermedad de Alzheimer hace seis años.

Antecedentes personales

Comenzó hace siete años con trastornos episódicos de la memoria reciente, afasia nominativa y

trastornos en el carácter, con labilidad emocional, tendencia a la depresión e irritabilidad ocasional.

Posteriormente evolucionó presentando un mayor grado de amnesia y desorientación en el tiempo y en el espacio, así como apraxia, agnosia, indiferencia y retraimiento afectivo.

Desde hace un año, su mujer, principal cuidadora (ya que no tienen hijos), se siente desbordada por las constantes atenciones que requiere su marido, resultándole muy difícil el manejo del paciente en su propio domicilio.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer ha provocado el aislamiento en el matrimonio, originando unas relaciones sociales insatisfactorias, además de un elevado grado de estrés y ansiedad en su mujer, al carecer ésta de refuerzo emocional.

Historia actual

Se plantea el ingreso en nuestro centro hospitalario por presentar vagabundeo, intentos frecuentes de salir a la calle, episodios ocasionales de agitación y elevado grado de ansiedad de su esposa.

Además, se trata de un bronquítico crónico en tratamiento con Teofilina, sin que en la actualidad se evidencie problema clínico derivado de dicha alteración.

Fumador de un paquete al día. No presenta antecedentes de alcohol u otros hábitos tóxicos.

A la exploración

Consciente, desorientado témporo-espacialmente. Presenta pérdida de memoria más marcada para acontecimientos recientes que remotos. Ansiedad, falta de atención y concentración. Afasia nominal caracterizada por el olvido de nombres de objetos y personas. Agnosia determinada por la incapacidad para reconocer a algunos familiares cercanos.

Dificultades en cuanto al esquema corporal, con problemas entre derecha e izquierda.

Tristeza y sentimientos depresivos.

Bien hidratado y nutrido, con buenas coloraciones de piel y mucosas.

Carótidas rítmicas y simétricas. Pupilas isocóricas y normorreactivas.

8

En extremidades superiores e inferiores conserva fuerza y sensibilidad pero inhibición en la expresión articular, presentando lentitud y torpeza en los gestos. En la marcha arrastra ligeramente los pies, con el consiguiente riesgo de tropiezos. No presenta edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se palpan pulsos pedios.

Pruebas complementarias

- Análítica completa: hemograma completo, bioquímica y sist. de orina ⇒ normal.
- RX tórax ⇒ sin alteraciones de interés.
- ECG ⇒ ritmo sinusal a 185 por minuto con aumento moderado de la actividad theta.
- TAC craneal ⇒ no lesiones estructurales. Se evidencia atrofia cortical y discreta dilatación ventricular.
- Serologías de Lues y HIV ⇒ negativos.

Balace de las actividades de la vida diaria

- Dependiente en aseo, vestido, ir al cuarto de baño, con episodios ocasionales de incontinencia urinaria.
- Independiente para el movimiento, deambulación y subir escaleras.
- Necesita alguna ayuda en la alimentación.
- Necesita tiempos de ejecución largos.
- No es consciente de los horarios de las actividades diarias: comidas, baño, etc.
- Presenta dificultad en el reconocimiento de los objetos, así como fallos en el encadenamiento de los actos consecutivos.
- En ocasiones, su actitud hostil y de resistencia obliga a que le sean realizadas las tareas diarias.

Ingresa en nuestro hospital con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en fase avanzada.

Durante su estancia en la Unidad mantenemos contactos periódicos con su familia (su mujer y una sobrina), que refieren sensación de temor y ansiedad por la situación del paciente. Dichos contactos sirven para que los miembros de la familia expresen sus sentimientos y al mismo tiempo participen en el cuidado del paciente.

Es dado de alta de la Unidad a los 14 días de su ingreso, habiéndose cubierto los objetivos planteados por el personal de Enfermería.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El proceso de atención de Enfermería incluyó primeramente una valoración inicial que nos aportó los datos básicos para la planificación y ejecución de los cuidados.

Valoración inicial

Nuestra valoración se fundamentó en los siguientes apartados:

- Estado de conciencia: confusión, desorientación en tiempo y espacio, conducta impulsiva, deterioro cognitivo, afasia nominal y juicio alterado.
- Ansiedad, inseguridad y angustia.
- Limitaciones de la comunicación verbal.
- Necesita ayuda para bañarse, vestirse, ir al cuarto de baño y mantenerse aseado.
- No duerme por la noche; se levanta y camina de un lado para otro.
- Problemas en la vida familiar por falta de cuidadores, falta de conocimientos acerca de la enfermedad y por las limitaciones en las interacciones sociales.

Diagnósticos de Enfermería

A partir de la valoración inicial y continuas observaciones, los diagnósticos de Enfermería que formulamos fueron los siguientes:

- Ansiedad, relacionado con deterioro cognitivo, inseguridad y angustia.
- Déficit de autocuidado, relacionado con la incapacidad para baño/higiene, alimentación, eliminación y vestido.
- Alteración en los procesos de pensamiento, relacionado con confusión y desorientación en tiempo y espacio.
- Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con deterioro intelectual.
- Potencial de violencia con autolesiones y/o lesiones a otros, relacionado con conducta impulsiva, juicio alterado y confusión.
- Alteración del patrón del sueño, relacionado con ansiedad, confusión y reposo durante el día.



- Alteraciones de los procesos familiares, relacionado con el carácter progresivo de la enfermedad y las limitaciones en las interacciones sociales.

Objetivos

- Mantener la capacidad cognitiva y sensorial mínima.
- Conservar el máximo grado de independencia en las actividades de la vida diaria.
- Lograr el nivel óptimo de las funciones intelectuales.
- Mantener un intercambio de ideas entre el paciente y el equipo.
- Controlar y mantener la seguridad física del paciente.
- Conservar un nivel óptimo de sueño nocturno.
- Ayudar a la familia a desarrollar y usar habilidades de adaptación positiva, mejorando la interacción social.

Actividades de Enfermería

Disminución de la ansiedad

- Si es posible, orientar a la realidad con acciones que le sean gratificantes, evitando situaciones que le hayan perturbado el pasado.
- Mantener una rutina diaria para todas las actividades que realice.
- No enfadarse con el paciente.
- Dejaremos que realice las actividades que desee, siempre que no sean peligrosas para él ni para los demás.
- Mantendremos al paciente ocupado realizando actividades en función de sus posibilidades en cada momento.
- No sobrecargarle con un encadenamiento de actividades: le daremos el tiempo necesario para que las realice.
- En lo posible, de manera sencilla y clara, responderemos a sus preguntas e inquietudes.
- No hablarle como a un bebé o con palabras propias de un menor.

Higiene corporal

- Realizaremos baño o ducha según sus preferencias.

- Se realizará siempre a la misma hora y siguiendo los mismos pasos.
- Prepararemos la bañera antes de que el enfermo llegue al cuarto de baño, no llenándola con demasiada agua (de 8 a 10 cm).
- Controlaremos la temperatura del agua evitando que se queme.
- No añadiremos a la bañera geles, para impedir que el enfermo resbale.
- Los espejos los quitaremos o los cubriremos, ya que el paciente, al mirarse en ellos, no se reconoce y se asusta pensando que se trata de un extraño.
- Vigilaremos el estado de la piel y de las uñas.
- Controlaremos que se limpie los dientes, proporcionándole el cepillo y el dentífrico. Si lleva prótesis habrá que quitársela, limpiarla y colocarla siempre en el mismo sitio.
- Debe llevar el cabello muy corto, que precisa menores cuidados, evitando el secador eléctrico.

Alimentación

- Organizaremos las comidas de manera rutinaria siempre a la misma hora y en el mismo entorno.
- Los cubiertos los reduciremos al mínimo indispensable, dándose en función de la comida. Los colocaremos siempre de la misma manera. Se aconseja que tengan mangos pesados para que sean un recordatorio táctil de que está comiendo.
- Usaremos mantel y platos de plástico que el paciente pueda romper y de colores diferentes para que los distinga bien.
- Los platos deberán tener ventosa para que no pueda volcarlos, usándose preferentemente cuencos. No deberemos colocar varios platos juntos, sino dárselos de manera sucesiva.
- Cortaremos los alimentos en trozos pequeños, recordándole que mastique y que trague.
- Vigilaremos la temperatura de los alimentos para que no se queme.
- Anotaremos la cantidad que bebe en las comidas, evitando el alcohol, vino y estimulantes. No llenaremos el vaso hasta el borde para evitar que lo derrame.

10 *Eliminación*

- Estableceremos un horario rutinario para ir al cuarto de baño, recorriendo varias veces el camino al WC para que no se le olvide.
- El cuarto de baño lo identificaremos con luces, dibujos, manteniendo la puerta abierta o poniendo en ella una foto del inodoro.
- No deberá beber a partir de las 21:00 horas, para evitar que se levante por la noche con la vejiga llena.

Vestido

- Se le pedirá que se quite la ropa y se la ponga de manera adecuada, paso a paso.
- Para que se vista le iremos dando prenda a prenda, diciéndole que se la ponga de manera correcta. Eliminaremos los botones y accesorios difíciles para el uso del paciente, evitando además de que puede tragárselos.

Reducción de la confusión y orientación en tiempo y espacio

- Es muy importante hablarle mucho al paciente.
- Daremos orientaciones de donde está y en que fecha nos encontramos.
- Le hablaremos con amabilidad, lentamente y pronunciando las palabras. Usaremos palabras sencillas y frases cortas, diciéndole siempre quienes somos y le llamaremos por su nombre. No le tocaremos si antes no le hemos hablado.
- El ambiente será sencillo y placentero.
- Las actividades diarias se programarán siempre a la misma hora, sin modificación.
- Utilizaremos notas, etiquetas sobre los objetos y dibujos que le faciliten la memoria.
- Conservaremos solamente sus objetos de uso cotidiano, evitando el desorden, manteniéndolos siempre en el mismo lugar.
- Mantendrá objetos personales que le recuerden al pasado: fotografías, películas, etc.
- Facilitaremos que reconozca el día y la noche, haciendo entrar luz natural durante el día y disminuyendo la luz artificial por la noche.
- Colocaremos en zona visible un reloj de pared de números grandes que pueda leer

con facilidad, así como un calendario de gran formato en el que podamos ir marcando los días.

- Se le señalarán los recorridos que realice mediante dibujos, balizas o bandas luminescentes para que no se pierda.

Mejoramiento de la comunicación

- Los mensajes al paciente serán de palabras sencillas y frases cortas.
- Le hablaremos lentamente y pronunciando las palabras, aunque el paciente no nos responda. Le diremos siempre lo que estamos haciendo en cada momento, ya que así tendrá la impresión de estar integrado en la actividad que realizamos.
- Le realizaremos preguntas que pueda contestar con un sí o con un no, evitando aquellas que supongan una toma de decisión por parte del paciente.
- Evitaremos ruidos y situaciones que puedan distraerle.
- No le tocaremos si previamente no le hemos hablado.
- Le ayudaremos, dentro de lo posible, en las palabras que olvide.
- Ignoraremos los errores que cometa el paciente.
- Le proporcionaremos métodos opcionales de comunicación como dibujos, señalar con el dedo, escribir, etc.

Prevención de accidentes

- No existirán desniveles en el suelo, ni cambios bruscos de coloración.
- No usaremos cerrojos interiores ni pestillos en puertas.
- La luz de la cama, así como el timbre deberán estar fácilmente accesibles.
- Colocaremos mecanismos de seguridad en puertas y ventanas exteriores para evitar que las abra, pero el sistema elegido deberá permitirnos a nosotros abrirlos fácilmente.
- Los radiadores deberemos protegerlos para evitar quemaduras.
- Las camas serán bajas y provistas siempre de barandillas de seguridad.



- Le colocaremos un brazalete o placa identificativa con su nombre y sección en la que se encuentra.
- Retiraremos de su lado cerillas y encendedor. Si fumase lo hará siempre bajo supervisión.
- No dejaremos nunca medicamentos a su alcance, recordándole a sus compañeros de habitación que no dejen ningún tipo de medicación en las mesillas.
- Los lugares donde se mueva el paciente estarán equipados con bandas o alfombrillas antideslizantes, eliminado los obstáculos que puedan dificultar sus movimientos.
- Iluminaremos bien la zona, manteniendo luz encendida por la noche.
- Los pasillos deberán tener pasamanos incorporados.
- Nos mantendremos firmes para impedir que el paciente pueda realizar actividades peligrosas.
- Procuraremos que el ambiente sea seguro para que pueda moverse con libertad.

Facilitaremos el descanso nocturno

- Mantendremos al paciente ocupado y activo durante el día.
- Deberá orinar antes de dormir.
- Mantendremos elevadas las barandillas laterales de la cama durante el sueño nocturno.
- Iluminaremos con luz tenue la habitación.
- Evitaremos los ruidos que puedan perturbarle.
- No despertarle por la noche para administrarle medicamentos.
- Si se despierta por la noche adoptaremos medidas que le tranquilicen (baño, contarle un cuento, leche caliente, etc).

Intervención psicológica a la familia

- Incluiremos a la familia en grupos de apoyo, para familiares de enfermos de Alzheimer, de forma que podamos paliar el estrés, la ansiedad y la sobrecarga emocional que conlleva el cuidado de estos enfermos.
- Facilitaremos información sobre la enfermedad, sus cuidados y estrategias para afrontar los problemas que irán surgiendo en el futuro.

- Se aconsejará el entrenamiento en técnicas de relajación para disminuir la ansiedad y el estrés.
- Le orientaremos sobre la adaptación del domicilio para facilitar sus actividades habituales.
- Alentaremos a los familiares para que se pongan en contacto con la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y participen en un grupo de autoayuda.

11

Criterios de resultados

- El paciente muestra una mayor seguridad en sí mismo, siendo menos frecuentes los episodios de reacciones desmesuradas al disminuir su angustia.
- El paciente realiza las actividades cotidianas en el nivel óptimo esperado.
- El paciente expresa una orientación óptima en cuanto al tiempo, lugar y personas.
- El paciente manifiesta menos frustraciones al comunicarse.
- El paciente se mueve con libertad e independencia, no sufriendo ninguna lesión física durante su estancia en la Unidad.
- El paciente mantiene equilibrio entre el sueño y las actividades.
- Los miembros de la familia expresan verbalmente temores y disminución de preocupaciones, participando en el cuidado del paciente cuando son requeridos.

CONCLUSIONES

Creemos que una "buena" valoración de este paciente nos permitió establecer un protocolo de actuación a partir del cual las intervenciones de enfermería fueron más precisas y eficaces, lo que permitió que el paciente se recuperara satisfactoriamente.

Esperamos que este trabajo sirva para facilitar la labor a los profesionales de Enfermería que trabajan con este tipo de pacientes, ya que, el conocimiento y la correcta actuación frente a un paciente con Enfermedad de Alzheimer, será importante para enseñarles en la adaptación de las pérdidas progresivas de su independencia y atenuar los consiguientes riesgos.

BIBLIOGRAFIA

- ASENJO, A. "Enfermería Geriátrica". Madrid: Idepsa, 1991.
BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. "Enfermería Médico-Quirúrgica". Vol. I y II. México: Interamericana, 1989.
CARPENITO, L. J. "Diagnóstico de Enfermería". Madrid: Interamericana, 1991.
GRAY-VICKREY, P. "Enfermedad de Alzheimer". Nursing, ag-sept, 1989.

- HOLLOWAY, N. M. "Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica". Barcelona: Doyma, 1990.
SELMES, J.; ANTOINE SELMES, M. "Vivir con... la Enfermedad de Alzheimer". Madrid: Meditor, S. L., 1990.
TRACKENBERG, J. "Enseñar a los cuidadores acerca de la Enfermedad de Alzheimer". Nursing, marzo, 1993.