



C. Rodríguez Ponce\*  
C. Bilbao Guerrero\*  
M.<sup>a</sup> J. De Domingo Ruiz de Mier\*\*  
M.<sup>a</sup> A. Toronjo Gómez\*\*\*  
G. Rodríguez Arévalo\*\*

\*Enfermera. Profesora de Enfermería. Universidad de Málaga.

\*\*Psicóloga. Clínica de Memoria. Málaga.

\*\*\*Enfermera. Profesora Titular de Enfermería Geriátrica.  
Universidad de Huelva.

**Correspondencia:**

Catalina Rodríguez Ponce  
C/ Hernán Núñez de Toledo, 8-81  
29018 Málaga

Enfermedad de Alzheimer:  
intervención en tres situaciones

*Alzheimer's disease: intervention in  
three situations*

**RESUMEN**

El mal de Alzheimer, quizá el síndrome demencial por excelencia, es una de las patologías más conocidas en foros científicos pero también en foros cotidianos. Actualmente a la gente, profesionales y no, "les suena el vocablo", y no son ya muchos los que preguntan asombrados Al... ¿qué? Esto no era así hace aun muy poco tiempo. Hoy día, quizá desgraciadamente, y quizá demasiada gente, conoce y habla de Alzheimer, un mal que continúa minando la salud física, psíquica y social de un gran colectivo de personas. Las enfermeras, que fuimos de los primeros colectivos que nos subimos al carro de los cuidados a los enfermos de Alzheimer, a pesar de que nuestra formación específica en el tema pudiera ser precaria, hemos ido compartiendo experiencias con enfermos y familiares, aprendiendo con ellos y haciendo camino al andar. Comunicar nuestros hallazgos puede ayudar a mejorar nuestra actividad profesional de dispensarles cuidados. Este es el objetivo de nuestro artículo.

**PALABRAS CLAVE**

Alzheimer; Síndromes Demenciales; Diagnósticos de Enfermería; Cuidados Enfermeros.

**SUMMARY**

*Alzheimer's disease, possibly the epitome of demential syndromes, is one of the best-known pathologies in scientific and lay circles. At present, "the name rings a bell" to the general public and health care professionals and not many people ask, surprised, "Al... what?", as occurred not too long ago. Today perhaps unfortunately, it may be that too many people know and talk about Alzheimer's disease, a disease that continues to affect the physical, mental and social health of a large group of persons. Nurses, one of the first groups to jump on the bandwagon of care for patients with Alzheimer's disease, in spite of our lack of specific training in this area, have shared our experiences with patients and family members. We have learned from them and advanced step by step. Making these findings known may help to improve our professional care skills, which is the purpose of this article.*

**KEY WORDS**

*Alzheimer; Demential syndromes;  
Nursing diagnoses; Nursing care.*





## INTRODUCCIÓN

Los síndromes demenciales, por su larvada instauración, su involución, su irreversibilidad, la cantidad de áreas que se ven afectadas, etc. son uno de los grandes azotes de nuestros mayores; siendo, sin duda, el más nefasto de todos ellos el denominado Mal de Alzheimer.

El papel de enfermería en la enfermedad de Alzheimer es actualmente muy amplio e importante, pero en un futuro no muy lejano, se verá aun incrementado, dado que al ser una enfermedad edad-dependiente está experimentando un notable aumento, y dado además, la cantidad de áreas biopsicosociales, tanto individuales como familiares, que se ven afectadas.

Todos sabemos que en la enfermedad de Alzheimer son muchos los factores que intervienen, por ello podría parecer utópico hablar de cuidados enfermeros en ésta, ya que habría que estar haciendo continuas referencias a la descripción específica y puntual de cada situación individual, tanto personal como sociofamiliar. Sin embargo, a la hora de realizar un trabajo que pueda resultar útil en la práctica, hay que adoptar unos criterios básicos de asunción que nos permitan, con todas las correcciones particulares a las que haya lugar, agrupar de forma fundamentada, bajo unos mismos parámetros, situaciones comportamentales análogas.

Por eso, para nuestro estudio, hemos considerado que una persona afecta de enfermedad de Alzheimer evoluciona por diferentes estadios que hemos concretado en tres fases:

- \* FASE I => Inicial.
- \* FASE II => Intermedia.
- \* FASE III => Final o Terminal.

Considerando además que los métodos utilizados y los resultados obtenidos pueden ser aplicables a otros síndromes demenciales de diferente etiología.

## OBJETIVO

\* Valorar, diagnosticar y tratar con un enfoque enfermero, las situaciones, individuales y familiares, que pueden presentarse en la enfermedad de

Alzheimer a lo largo de su proceso evolutivo: fase I (inicial), Fase II (intermedia) y Fase III (final). 135

## METODOLOGÍA

1) Elegimos tres familias pertenecientes a la A.F.A.A. (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Andalucía), cuyos enfermos se encontraban, respectivamente, en cada una de las ya mencionadas tres fases.

2) Realizamos, en su domicilio habitual, una valoración enfermera adoptando como base el modelo conceptual de Virginia Henderson, que concluyó con la formulación de los diagnósticos enfermeros tanto del enfermo como de su cuidador principal.

3) Elaboramos un plan de intervención, individualizado para ambos, haciendo una distribución de actividades concretas de cuidados a lo largo de las 24 horas del día (Prescripción de cuidados).

4) Evaluamos el grado de cumplimiento y satisfacción a los tres meses.

## RESULTADOS

Para su exposición agruparemos los hallazgos e intervenciones en tres apartados, exponiendo en cada caso:

- Una breve descripción de la situación inicial.
- Una valoración enfermera del enfermo/a.
- Una valoración enfermera del cuidador/a principal.
- La formulación de los diagnósticos enfermeros encontrados en ambos.
- El diseño de un programa de intervención que contemple las actividades específicas de cuidados distribuidas a lo largo de las 24 horas del día (considerando este como tipo).
- Una valoración y descripción de la nueva situación a los tres meses de la instauración del programa.

### Situación I

Pilar tiene 71 años, hace aproximadamente un mes ha sido diagnosticada de un síndrome demencial probable tipo Alzheimer.





136

Es viuda desde hace año y medio y vive en su casa con una hija soltera, María de 36 años, profesora de un instituto y que trabaja de lunes a viernes en horario de 9 a 14 horas. Tiene dos hijas más de 41 y 38 años, casadas y con una vida laboral y familiar activa; ambas mantienen contactos frecuentes con su madre y hermana.

Debido a las alarmantes pérdidas de memoria y situaciones de confusión témporo-espacial, que fueron las que aconsejaron la visita médica que acabó con el diagnóstico ya mencionado, Pilar no puede quedarse sola ni un minuto; su hija ha contratado a una persona que se queda con ella mientras va a trabajar; el resto del tiempo, exceptuando visitas ocasionales y no programadas de las otras hijas y/o de algún familiar o vecino ambas están juntas y solas; representando esta situación, para María, un casi total abandono de sus entretenimientos habituales y de las relaciones sociales que tenía hasta ahora.

La situación económica familiar puede calificarse de aceptable, ya que la madre tiene su pensión y la hija su sueldo.

Pilar, la enferma, está viviendo una situación de *angustia*, pues en muchas ocasiones se da cuenta de sus pérdidas e intenta disimular sus olvidos, cayendo en frecuentes contradicciones.

María, la hija cuidadora, está viviendo una situación de *incertidumbre*; Ha oído decir "*que lo que le espera es de órdago*" y está asustada, no sabe que hacer, intenta en vano, una y otra vez hacer razonar a su madre, utilizando incluso estrategias pedagógicas que ella considera adecuadas, pero no obtiene los resultados esperados.



#### Valoración enfermera de la enferma:

Como datos significativos encontramos:

- Disminución de apetito con pérdida de 2 kg en un mes.
- Ingesta de líquidos inferior a 1 litro/día.
- Incontinencia urinaria ocasional, generalmente por que tarda tiempo en encontrar el retrete.
- Ligera dificultad para algunas tareas de vestido.
- Olvido de hábitos de higiene.
- Apatía para la realización de actividades domésticas, que antes eran de su total incumbencia.







- Estado anímico: episodios frecuentes de llanto.
- Aburrimiento por abandono de actividades de ocio: leer porque le cuesta trabajo mantener la concentración y salir con las amigas porque sus hijas se lo prohíben por miedo a que pueda pasarle algo.

#### *Valoración enfermera de la cuidadora:*

- Como datos significativos encontramos:
- Desconocimiento de la enfermedad y de sus posibilidades de tratamiento y cuidados.
  - Gran dificultad para controlar la situación.
  - Abandono, casi total, de amistades y de actividades sociales y recreativas.
  - Despertares frecuentes en la noche, cuando hasta ahora dormía de un tirón 8-9 h.
  - Ligerá pérdida de apetito.
  - Tiene asumido que ella es la persona que debe cuidar de su madre, y así lo desea, aunque a veces se siente cansada y agobiada por ello.

#### *Diagnósticos de enfermería encontrados en la enferma:*

- 8.3.1 Deterioro de la memoria.  
R/C Trastorno neurológico (secundario a Enfermedad de Alzheimer).  
M/P Incontinencia urinaria ocasional, olvido de hábitos de higiene, escasa ingesta de líquido y dificultad para ciertas tareas del vestido.
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima.  
M/P Negación de problemas obvios para los demás, apatía para realización de tareas domésticas, episodios frecuentes de llanto y aburrimiento.

#### *Diagnósticos de enfermería encontrados en la cuidadora:*

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo  
R/C Situación de crisis.  
M/P Verbalización de incapacidad para afrontar la situación, solucionar problemas y alteración de la participación social.

- 3.2.2.2 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.  
R/C Enfermedad grave del receptor de los cuidados.

#### *Programa de intervención*

Su diseño, pensando en posterior posibilidad de cumplimiento, se elaboró de forma conjunta con la cuidadora principal. Previamente se asesoró a esta acerca de la celebración de una reunión familiar en la que se pactó la necesaria colaboración de las otras hermanas en la tarea de cuidar a la madre; lo que le permitiría a María disponer de un mayor tiempo para ella.

El programa de intervención se diseñó a dos bandas:

1) *Plan de actividades diarias a seguir por la enferma:*

Se explicita en la FICHA I.

2) *Plan de actividades diarias a seguir por la cuidadora:*

Se explicita en la FICHA II.

#### **Situación II**

Carmen tiene 67 años, hace cinco años fue diagnosticada de un síndrome demencial tipo Alzheimer. Está casada desde hace 30 años, vive con Juan su marido, que tiene 69 años y es jubilado (se jubiló anticipadamente a raíz de la enfermedad de Ana).

Tienen dos hijos, una hija de 39 años y un hijo de 36; ambos casados, con una vida laboral y familiar activa. La hija vive cerca y mantiene contactos frecuentes con sus padres, el hijo vive más alejado y contacta ocasionalmente con ellos.

Carmen sufre, en estos momentos, un Alzheimer "Florido", con total pérdida de memoria, completa desorientación témporo-espacial y grandes trastornos de conducta.

La situación económica familiar no puede calificarse de buena, ya que entre ambos completan unos ingresos de unas 110.000 ptas., lo que imposibilita poder contratar a alguna persona para que les ayude. La hija se ocupa de hacer la compra.

Carmen *se pasa el día entero deambulando y cantando, voz en grito por toda la casa; se suele*





138 callar si se la saca de paseo, por eso Juan procura tenerla gran parte del tiempo en la calle llegando a realizar caminatas, a buen paso, de 6 - 8 kms/día.

No tiene conciencia de las situaciones de peligro. De noche suele dormir bien.

Carmen es absolutamente inconsciente de sus pérdidas y de cara a vecinos y extraños puede incluso resultar divertida.

Juan ha de ocuparse de todo: cuidado de Carmen, preparación de la comida, realización de tareas domésticas,...; haciéndolo todo "con muy buena voluntad, pero como Dios me da a entender", abusa mucho de los bocadillos, por la facilidad y rapidez de preparación, no sabe organizarse bien en el desempeño de las tareas domésticas (ejemplo: pone la lavadora en cuanto se levanta, antes de que lo haga Carmen y tras el aseo de ésta tiene que volver a ponerla),...

Juan simula estar viviendo, con aparente resignación, una situación que podíamos denominar *catastrófica*, que le está ocasionando grandes trastornos físicos y emocionales: no descansa bien por las noches, ha tenido dos episodios de dolor retroesternal intenso de corta duración y su estado anímico es ansioso; no acaba de aceptar que "esto tenga que ser así y que me haya tenido que tocar a mí".

#### *Valoración enfermera de la enferma:*

Como datos significativos encontramos:

- Aumento del apetito, quisiera estar comiendo continuamente, con un incremento de peso de 10 kg en los últimos cuatro años.
- Ingesta de líquidos aproximada de 750 c.c./día ya que el marido le da poco de beber para que orine menos.
- Incontinencia urinaria total.
- Patrón de evacuación fecal 1 vez/5 días con heces duras.
- Dependencia para casi todas las tareas relacionadas con las actividades de higiene/vestido.

#### *Valoración enfermera del cuidador:*

Como datos significativos encontramos:

- Incapacidad para controlar la situación.
- Despertares frecuentes en la noche y cansancio.

- Dificultad para la realización de las tareas domésticas y para mantener la casa ordenada.
- Expresión de dificultad para alguna tarea concreta de cuidados: bañarla, vestirla,...
- Verbalización de agotamiento físico y psíquico.

#### *Diagnósticos de enfermería encontrados en la enferma:*

- 8.2.3 Confusión crónica.

R/C Deterioro perceptual-cognitivo secundario Enfermedad de Alzheimer  
M/P Falta de autonomía para las A.B.V.D., con presencia de: obesidad, incontinencia urinaria total, escasa ingesta de líquido, estreñimiento crónico y riesgo de lesiones.

#### *Diagnósticos de enfermería encontrados en el cuidador:*

- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.

R/C Relaciones familiares altamente ambivalentes.

M/P cuidados negligentes (bocadillos), dificultad para tareas domésticas y alteración en el mantenimiento de la propia salud.

- 3.2.2.1 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

R/C Enfermedad grave del receptor de los cuidados

M/P Dificultad para realizar actividades específicas de cuidados.

#### *Programa de intervención*

Igual que en la situación anterior, su diseño se elaboró conjuntamente con el cuidador principal. De igual forma se llevó a cabo una reunión familiar, aunque en este caso y dado que la situación valorada se podía considerar límite, se realizó coordinada por la enfermera de la Asociación, al objeto de efectuar un análisis minucioso de la situación, intentar un reparto equitativo de las cargas de trabajo entre todos los miembros de la unidad familiar y solicitar de la Asociación de Familiares de Enfermos de Andalucía, ser integrados en el programa de ayuda a





domicilio, con una prestación asistencial de 3 horas /día /3 veces por semana.

El programa de intervención, también, se diseñó a dos bandas:

1) *Plan de actividades diarias a seguir por la enferma:*

Se explicita en la FICHA III.

2) *Plan de actividades diarias a seguir por el cuidador:*

Se explicita en la FICHA IV.

### Situación III

Juana tiene 78 años, hace once años fue diagnosticada de un síndrome demencial tipo Alzheimer. Está casada hace 52 años y vive, junto con José su marido, desde hace once años en casa de su hija Conchi, que también está casada y tiene cuatro hijos varones, ya que a raíz del empeoramiento de la situación, como ésta disponía de una habitación en su casa, se trajo a sus padres con ella para poder cuidar mejor de su madre.

José tiene 82 años, está físicamente bien exceptuando una patología respiratoria crónica de pequeña intensidad que, si no se complica con algún proceso respiratorio agudo, sólo le ocasiona una leve fatiga. No puede realizar actividades de cuidados que supongan un gran esfuerzo físico pero colabora, y mucho, en tareas de acompañamiento, alimentación, vigilancia nocturna, etcétera.

Anímicamente José es una persona tristonza, no muy hablador, introvertido y que no termina de comprender la enfermedad de su mujer; llegando aún, en ocasiones, a querer hacerla razonar y a regañarla pues considera que algunas cosas no las hace porque no quiere o por contra hace mal las cosas voluntariamente: "traga mujer, o no te vengas para delante o tienes que mover más las piernas", son expresiones que utiliza con mucha frecuencia.

La situación económica no es problemática, disponen de una ayuda externa de 9 de la mañana a 5 de la tarde, que si hace falta prolonga su jornada

Los hijos, 4 varones de entre 24 y 14 años, no son responsables directos del cuidado de la abuela, pero participan ocasionalmente en algunas tareas.

Conchi que tiene 49 años, ha pasado en estos últimos años por muchas vicisitudes. Cuando su madre empezó con los problemas, ella acababa de tener a su hijo menor y compaginaba el cuidado de su hogar con el de sus padres, pero cuando la situación se volvió insostenible se los trajo a vivir con ella. Al principio desconocía absolutamente todo acerca de esta enfermedad, de su tratamiento, de la evolución que tendría, de las estrategias necesarias para sus cuidados, etc.; "no sabía ni como poner una cuña. Entonces, suele decir, eso del Alzheimer no era lo que es hoy"; actualmente, es una experta cuidadora que alecciona a muchos familiares que desgraciadamente inician su duro camino.

En estos momentos, Juana está en una fase terminal, es totalmente dependiente para sus cuidados, tiene una completa desorganización mental con afasia, apraxia y ataxia.

Conchi es un miembro activo de la A.F.A.A., que ha aprendido a convivir con la enfermedad de Alzheimer, dándose en este caso la que podría ser denominada situación de *Acostumbramiento*.

#### *Valoración enfermera de la enferma:*

Como datos significativos encontramos:

- Vida cama-sillón, con ayuda total.
- Peso mantenido estable desde que inició ese tipo de vida.
- Presenta problemas de deglución, debiendo tomar la comida triturada.
- Frecuentes episodios de atragantamiento, por lo que cuesta trabajo hacerle beber líquidos, tomando aproximadamente unos 750 cc/día.
- Su piel es turgente, íntegra, hidratada, con buena coloración y temperatura.
- Presenta incontinencia vesical y en cuanto a la evacuación fecal precisa de enema y/u otro estímulo rectal para evacuar cada 4-5 días.
- Tiene abundantes secreciones traqueobronquiales, espesas que le cuesta trabajo expulsar, teniendo que recurrir en ocasiones a aspirarlas, tos inefectiva.
- Aunque parece no estar en este mundo, se agita ante chillidos, ruidos estridentes y/o discusiones; por contra cuando la tocan, le susurran u oye una música agradable, su semblante se muestra placido.





#### 140 Valoración enfermera de la cuidadora:

Como datos significativos hemos encontrado:

- Cansancio ocasional.
- Estado emocional estable, con ocasionales episodios de mal humor que ella atribuye al cansancio y a su situación de premenopausa.
- Dolores ocasionales de espalda.
- Deseos de conocer todo lo que sale acerca de la enfermedad y de todo lo que pueda mejorar el cuidado de su madre.
- Preocupación por si puede heredar la enfermedad.

#### Diagnósticos de enfermería encontrados en la enferma:

- 8.2.3 Confusión crónica.  
R/C Deterioro perceptual-cognitivo secundario a Enfermedad de Alzheimer.  
M/P Evidencia clínica de deterioro orgánico: inmovilidad, limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro de la deglución, riesgo de aspiración, riesgo de alteración de la integridad cutánea y estreñimiento crónico.

#### Diagnósticos de enfermería encontrados en la cuidadora:

- 5.4 Conductas generadoras de salud.  
M/P Expresión de deseo de alcanzar un nivel alto de salud.
- 9.3.2 Temor.  
M/P Miedo a heredar la enfermedad.
- 3.2.2.2 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.  
R/C Enfermedad grave del receptor de los cuidados,

Igual que en las dos situaciones anteriores se diseñó un programa de intervención a dos bandas aunque, dado la estabilidad de la situación familiar en algunas ocasiones consistió, casi exclusivamente, en introducir modificaciones puntuales en actividades concretas.

#### 1) Plan de actividades diarias a seguir por la enferma:

Se explicita en la FICHA V.

#### 2) Plan de actividades diarias a seguir por la cuidadora:

Se explicita en la FICHA VI.

En esta ocasión se identificó como cuidadora principal a Conchi, pero se tuvo muy en cuenta la implicación del padre en todo el proceso; y no se creyó necesario establecer, como en los casos anteriores, un diseño minucioso de actividades, sino una serie de pautas o consejos a seguir.

#### EVALUACIÓN

Transcurridos tres meses volvimos a realizar una visita para valorar, de nuevo conjuntamente con el cuidador principal:

- El grado de cumplimiento del programa.
  - Los cambios, si los había habido en la situación individual y familiar.
  - El grado de satisfacción experimentado con la participación en el mismo.
- Encontrando los siguientes resultados:

#### Situación I

\* Pilar, la enferma, ha seguido, prácticamente al pie de la letra, el programa de actividades diseñado experimentando un deterioro orgánico y cognitivo poco significativo.

Participa en muchas tareas de su autocuidado personal.

Los episodios de incontinencia son menos frecuentes.

Su aburrimiento, gracias a los ejercicios de terapia ocupacional ha disminuido, y con ello ha mejorado su estado anímico y tiene menos episodios de llantos.

\* María, la cuidadora, ha realizado un curso de formación específica en cuidados a enfermos de Alzheimer, participa habitualmente en un grupo terapéutico de autoayuda, habiendo incrementado con ello, el conocimiento de la enfermedad y habiendo adquirido habilidades para el trato y cuidado de su madre.

Su apetito ha mejorado.

Cuenta con la ayuda pactada de la familia; ha recuperado alguna actividad de ocio y ha mejorado parcialmente su vida social.





Mantiene sensación de cansancio aunque expresa dormir ligeramente mejor.

\*\* El grado de satisfacción por su participación en el programa, fue expresado como óptimo.

### Situación II

\* Carmen, la enferma, ha perdido 1,5 kg, debido a la modificación de su alimentación (ya no come tantos bocadillos). Bebe más de un litro de agua al día, controla muy ocasionalmente la incontinencia diurna, pero no la nocturna. Su estado comportamental se mantiene.

\* Juan, el cuidador, si bien en un principio contó con mayor participación de su hijo, éste se ha cansado y ha abandonado poco a poco sus obligaciones; actualmente sólo cuenta con la ayuda de la hija que ya tenía antes, y con la ayuda de la cuidadora externa que le asignó la Asociación.

La situación ha variado poco, continúa siendo muy difícil y actualmente está en proceso de conseguir una plaza concertada en un Centro de Día.

\*\* El grado de satisfacción por su participación en el programa, fue expresado como muy bueno.

### Situación III

\* Juana, la enferma, presenta menor acúmulo de secreciones traqueobronquiales y éstas son algo más fluidas. Toma más de un litro de agua al día y se atraganta menos. La evacuación fecal, aunque continúa siendo difícil, ha mejorado algo, ya que suele evacuar sin estímulo cada tres días, recurriendo sólo a este cuando el hecho mencionado no se produce.

\* Conchi, la cuidadora está siendo tratada en la consulta de menopausia, sus dolores de espalda han mejorado significativamente y sus raros episodios de mal humor son aún menos frecuentes.

Ha decidido realizarse un estudio genético.

\*\* El grado de satisfacción por su participación en el programa, fue expresado como óptimo.

### CONCLUSIONES

\* Encontramos que a pesar de las ventajas que aporta el asociacionismo, de las que hemos dejado constancia en anteriores trabajos, la enfermedad de Alzheimer, siempre, es una penosa patología que da lugar a diferentes situaciones familiares; diferentes situaciones familiares que dan lugar a diferentes diagnósticos enfermeros; que precisan de diferentes intervenciones enfermeras.

\* La captación más acertada posible de la naturaleza de cada situación, individual, familiar y social que se esté viviendo en cada uno de los diferentes estadios de ésta favorece el establecimiento de estrategias específicas que, pueden resolver y/o disminuir problemas concretos y potenciar actitudes comportamentales positivas, lo que redundará en una mejora en la calidad de vida tanto del enfermo como de la unidad familiar.

\* El grado de satisfacción que expresaron las personas sometidas a estudio, aunque se consiguieran sólo parcialmente, o incluso no se consiguieran los objetivos planificados, fue muy alto; indicador altamente significativo del sentimiento de agradecimiento de un colectivo tan necesitado de asistencia sociosanitaria, y sin embargo tan descuidado por la administración y por la sociedad en general.

### AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todos los miembros de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Andalucía en Málaga su inestimable colaboración para la realización del presente estudio; sin ella hubiera sido imposible conseguir nuestros objetivos, siempre coincidentes con los suyos y que no son otros que proseguir entre todos "nuestra labor contra el Alzheimer".

### FASE I

Plan de actividades diarias a seguir por la enferma (prescripción de cuidados enfermeros)

\* 8,0-10,0 horas. Levantamiento. Reorientación. Recordar uso del retrete. Recordar y su-





142 pervisar higiene. Preparar ropa ordenada en sentido inverso. Supervisar vestido y prestar ayudas concretas. Supervisar o ayuda ligera en preparación e ingesta de desayuno.

\* 10,0-12,0 horas. Colaboración en tareas domésticas: coger ropa del tendedero, doblar ropa, limpiar polvo, pulir zapatos, etc. Recordar uso del retrete. Ofrecer un vaso de agua o zumo.

\* 12,0-13,0 horas. Paseo acompañada (Se puede aprovechar para hacer la compra).

\* 13,0-14,5 horas. Preparación con supervisión, vigilancia y/o ayudas concretas de la comida. Puesta de la mesa. Recordar uso del retrete y lavado de manos.

\* 14,5-15,0 horas. Comida acompañada (supervisión-vigilancia indirecta- ayudas concretas). Ofrecer líquido. Recordar higiene bucal.

\* 15,0-17,0 horas. Reposo y/o entretenimiento suave: radio, T.V., oír música, ver películas de su época, hojear revistas, labores, ver álbumes de fotos, colorear dibujos sencillos, operaciones fáciles de cálculo, caligrafía,...

\* 17,0-18,0 horas. Recordar uso del retrete y lavado de manos. Supervisar y/o ayuda ligera en preparación e ingesta de merienda (líquidos).

\* 18,0-20,5 horas. Paseo acompañada por una de las otras dos hijas y/o actividades ocupacionales sencillas como la citadas anteriormente.

\* 20,5-21,0 horas. Preparación con supervisión, vigilancia y/o ayudas concretas de la cena. Puesta de la mesa. Recordar uso del retrete y lavado de manos.

\* 21,0-22,0 horas. Cena acompañada (supervisión-vigilancia indirecta-ayudas concretas). Ofrecer líquido. Recordar higiene bucal.

\* 22,0-23,5 horas. Reposo. Charla familiar. Entretenimiento suave,...

\* 23,5-24,0 horas. Supervisar desvestido y puesta de camisón. Recordar uso del retrete. Supervisar repaso de higiene. Ofrecer un vaso de leche tibia y/o infusión. Supervisar acostamiento. Valorar uso nocturno de pañal.

\* 24,00-8,0 horas. Descanso; si se precisa, dar una vuelta de control y/o acompañar al retrete a las 4,0 Hrs.

#### FICHA I

#### FASE I

##### Plan de actividades diarias a seguir por la cuidadora (prescripción de cuidados enfermeros)

\* 8,0-15,0 horas. Levantamiento. Arreglo personal. Desayuno adecuado. Desarrollo de su actividad profesional.

\* 15,0-17,0 horas. Comida adecuada. Reposo y/o acompañamiento a su madre en las actividades de entretenimiento.

\* 17,0-18,0 horas. Supervisar y/o ayudar ligeramente a su madre en las actividades de: Uso del retrete, lavado de manos, preparación e ingesta de merienda.

\* 18,0-20,5 horas. Tiempo libre para ella ya que será sustituida en el cuidado materno por una de sus hermanas.

\* 20,5-21,0 horas. Preparación, supervisión, vigilancia y/o ayuda en la cena. Recordarle uso del retrete y lavado de manos.

\* 21,0-22,0 horas. Cenar, acompañando a su madre.

\* 22,0-23,5 horas. Reposo. Charla familiar. Compartir entretenimientos suaves. Hacer actividades propias mientras vigila indirectamente el comportamiento materno.

\* 23,5-24,0 horas. Supervisar desvestido y puesta de camisón. Recordarle uso del retrete. Supervisarle repaso de higiene. Ofrecerle un vaso de leche tibia y/o una infusión. Supervisar acostamiento. Valorar uso nocturno de pañal.

\* 24,00-8,0 horas. Descanso; si se precisa, dar una vuelta de control y/o acompañar al retrete a las 4,0 Hrs.

#### FICHA II

#### FASE II

##### Plan de actividades diarias a seguir por la enferma (prescripción de cuidados enfermeros)

\* 8,0-10,0 horas. Levantamiento. Suplencia en actividades de higiene/vestido y alimentación. Procurar máxima participación en las tareas que aun pueda realizar: ponerse colonia, peinarse, etc. Poner pañal de incontinencia. Vigilancia y ayuda en desayuno. Dar líquido. Controlar seguridad.

\* 10,0-12,0 horas. Colaboración en algunas tareas domésticas: doblar trapos, doblar calcetines,





## COMUNICACIONES

etcétera Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos. Ofrecer un vaso de agua.

\* 12,0-14,0 horas. Paseo acompañada. Controlar seguridad.

\* 14,0-14,5 horas. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos. Ofrecer un vaso de agua.

\* 14,5-15,0 horas. Comida acompañada, introduciendo frutas y verduras, aunque sean congeladas. Vigilancia y ayuda si precisa. Ofrecer líquido. Ayudar en realización de higiene bucal.

\* 15,0-17,0 horas. Intentar reposo y/o entretenimiento (ponerle la música que le guste con unos cascos, entretenerla con algún programa específico de la T.V., vídeos, etc.).

\* 17,0-18,0 horas. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos. Ofrecer y vigilar merienda (líquidos).

\* 18,0-21,0 horas. Paseo acompañada por uno de los hijos y/o por la cuidadora. Controlar seguridad. Si no es posible (ejemplo por mal tiempo) intentar actividades de entretenimiento en el hogar.

\* 21,0-22,0 horas. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos. Ofrecer y vigilar cena (líquido). Ayudar en realización de higiene bucal.

\* 22,0-23,0 horas. Intentar reposo y/o entretenimiento. Si se empeña en deambular, ponerle unas zapatillas cómodas que no hagan ruido y dejarla hacer, controlar seguridad y procurar hacerle poco caso.

\* 23,0-23,5 horas. Suplir desvestido y puesta de camión. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos.

\* 23,5-8,0 horas. Descanso. Dar una vuelta de control a las 4,0 Hrs. Llevar al retrete o poner cuña en cama, si está mojada cambiar de pañal. Valorar la necesidad y conveniencia de uso de brandillas protectoras en la cama.

### FICHA III

#### FASE II

Plan de actividades diarias a seguir por el cuidador (prescripción de cuidados enfermeros)

\* 8,0-10,0 horas. Levantamiento. Arreglo

personal. Desayuno adecuado. Suplir/ayudar en las actividades de higiene/vestido y alimentación.

\* 10,0-12,0 horas. Realización de las tareas domésticas, controlando la seguridad y permitiendo su participación. Llevar al retrete, si está mojada cambiar pañal. Lavado de mano de ambos. Ofrecerle un vaso de agua.

La hija se ocupará de la compra e iniciará los preparativos de la comida.

\* 12,0-14,0 horas. Acompañar en su paseo, controlando su seguridad.

\* 14,0-15,0 horas. Llevar al retrete, si está mojada cambiar pañal. Lavado de mano de ambos. Finalizar comida. Poner la mesa. Vigilar ingesta, prestar la ayuda que precise en la alimentación. Ofrecer líquido. Ayuda en la realización de la higiene bucal.

\* 15,0-17,0 horas. Intentar reposo y/o entretenimiento (ponerle la música que le gusta con unos cascos, entretenerla con algún programa específico de la T.V., vídeos, etc.).

\* 17,0-18,0 horas. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos. Ofrecer y vigilar merienda (líquidos).

\* 18,0-21,0 horas. Tiempo libre. (será sustituido en el cuidado por el hijo o por la cuidadora externa).

\* 21,0-22,0 horas. Preparar cena. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos de ambos. Vigilar ingesta, prestar la ayuda que precise en la alimentación. Ofrecer líquido. Ayuda en la realización de la higiene bucal.

\* 22,0-23,0 horas. Intentar reposo y/o entretenimiento.

\* 23,0-23,5 horas. Suplir desvestido y puesta de camión. Llevar al retrete, si está mojada, cambiar pañal. Controlar seguridad. Lavado de manos.

\* 23,5-24,0 horas. Aseo personal y realización de algún entretenimiento o técnica de relajación antes de acostarse.

\* 24,0-8,0 horas. Descanso. Dar una vuelta de control a las 4,0 Hrs. Llevar al retrete o poner cuña en cama, si está mojada cambiar de pañal.

### FICHA IV





144 **FASE III**  
**Plan de actividades diarias a seguir por la enferma (prescripción de cuidados enfermeros)**

\* 8,0-9,0 horas. Colocar en postura de decúbito prono con una almohada bajo el abdomen.

\* 9,0-11,0 horas. Realización de técnicas de clapping y vibraciones. Actividades de higiene en cama. Vestido y pañal de incontinencia. Levantamiento a sillón. Dar el desayuno, añadiéndole 1-2 cucharadas de salvado, pan o galletas integrales.

\* 11,0-13,5 horas. Sentar en retrete con mecanismo de adaptación y/o colocar cuña. Vigilancia. Integración en la vida familiar. Cambios frecuentes de postura en el propio sillón. Dar líquido en forma de flanes de gelatina. Cambio de pañal, si precisa.

\* 13,5-14,0 horas. Dar de comer, acompañada, introduciendo en los purés verduras de hoja ancha y frutas y añadiendo 1-2 cucharadas de salvado. Ofrecer líquido. Realizar higiene bucal.

\* 14,0-16,0 horas. Reposo en cama en posición de decúbito lateral derecho.

\* 16,0-18,0 horas. Cambiar pañal si es preciso. Dar líquido. Cambiar a posición de decúbito lateral izquierdo.

\* 18,0-21,0 horas. Cambiar pañal si es preciso. Dar líquido. Levantamiento a sillón integración en la vida familiar

\* 21,0-22,0 horas. Dar cena (mismos consejos que en comida). Realizar higiene bucal.

\* 22,0-24,0 horas. Acostar 30-60 minutos en decúbito prono, pasar a decúbito supino.

\* 24,0-4,0 horas. Cambio de pañal, si precisa. Dar líquido. Colocar en posición de decúbito lateral izquierdo.

\* 4,0-8,0 horas. Cambio de pañal, si precisa. Dar líquido. Colocar en posición de decúbito lateral derecho.

FICHA V

**FASE III**  
**Consejos enfermeros a la cuidadora**

\* Acudir a la consulta de menopausia y seguir las indicaciones terapéuticas.

\* Seguir participando en las actividades de la Asociación, compartir sus experiencias con otros miembros. Seguir enseñando y aprendiendo.

\* Saber detectar signos de claudicación y pedir ayuda.

\* Si el tema de la herencia de la enfermedad le angustia tanto, valorar la conveniencia de solicitar un estudio genético, y valorar el grado de preparación que posee para aceptar los resultados.

FICHA VI

**BIBLIOGRAFÍA**

Bermejo JC. Humanizar la Salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid. S. Pablo, 1997.  
Domínguez MD, Del Hierro CE, Del Hierro S, Cabezas AO, Fernández De Valderrama MSP, McDonnell BS. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Bilbao. AFA Bizkaia, 1994.  
Henderson V. Enfermería teoría y práctica. México. La Prensa Médica, 1987.  
Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial 2ª ed. Barcelona. Mosby/Doyma libros, 1995.

Mace NL, Rabins PV. Treinta y seis horas al día. Barcelona. Áncora, 1991.  
Ruiz-Adame M, Portillo MC. Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de Atención Primaria. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1996.  
Selmes J, Selmes MA. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid. Meditor, 1990.  
Woods, RT. La enfermedad de Alzheimer. Madrid. INSERSO, 1991.