



Proceso de Atención de Enfermería a paciente con Enfermedad de Alzheimer en Atención Primaria

Trabajo Fin de Grado en Enfermería (2017-2018)

Autora: Lara Medina García

Tutora: Daniela Celia Montesdeoca Ramírez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Junio de 2018

RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, siendo ésta una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores a nivel mundial, por lo que un abordaje adecuado de la misma puede suponer un aumento de la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores.

En este trabajo exponemos un Plan de Cuidados de Enfermería realizado a una paciente en el ámbito de Atención Primaria con Enfermedad de Alzheimer y dependiente. En el seguimiento de las demencias, debemos tener en consideración los obstáculos que nos podemos encontrar como pueden ser las alteraciones conductuales, entre otros, que conllevan a una mayor fragilidad en estos pacientes.

Se ha realizado una valoración integral mediante los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, donde se valoran los problemas con el proceso de salud-enfermedad de la paciente, basándonos en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, y empleando los tres lenguajes reconocidos por la American Nurses Association (ANA): la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).

La intervención se ha centrado en el análisis de los diagnósticos de enfermería desequilibrio nutricional, insomnio, deterioro de la memoria y ansiedad.

Tras implementar las actividades, hemos valorado con la escala Likert determinadas características e indicadores de la paciente para constatar cómo han evolucionado los diagnósticos identificados.

Por último, destacar que el Plan de Cuidados se ha realizado de manera satisfactoria, priorizando los problemas de la paciente y actuando sobre los mismos con la colaboración de los cuidadores principales.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, demencia, envejecimiento, atención primaria, dependencia, trabajo multidisciplinar, plan de cuidados, intervención, cuidador, enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un cambio demográfico sin precedentes confirmado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último “Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud”¹, que aporta datos sobre este proceso denominado envejecimiento poblacional, causado principalmente por un aumento de la esperanza de vida y la reducción del índice de natalidad, acompañado de un gran desarrollo socioeconómico. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2016, en nuestro país viven 8.657.705 personas mayores (65 y más años), correspondiendo al 18,4% de la población total².

Durante el envejecimiento se producen unos cambios propios de este proceso que conllevan a estas personas a sufrir una mayor vulnerabilidad a la hora de padecer enfermedades crónicas (EC), pluripatología y fragilidad³, así como un incremento de la incidencia de la enfermedad que trataremos en este trabajo, la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Según la OMS, la demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (en otras palabras, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La EA es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos⁴⁻⁵, y la incidencia de la misma se incrementa de manera exponencial con la edad (16-25% en los mayores de 85 años)⁶, por lo que podemos predecir una epidemia a nivel mundial en las próximas décadas⁷, observando una población más envejecida y con peor salud⁸.

A nivel mundial, la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI), ha emitido informes sobre la prevalencia de esta patología, observando un total de 46,8 millones de casos aproximadamente⁹⁻¹⁰. En España, los casos aproximados de demencia en el año 2015 fueron de 150.000 casos nuevos, sumando al final junto con los previos un total de 600.000 casos. Cabe destacar que las tendencias prevén que la demencia en nuestro país aumentará en los próximos

años, observando previsiones para el año 2050 más de 1.500.000 casos de personas con demencia, el triple que en la actualidad⁹. Pese a ello, es probable que estas cifras subestimen el valor real del problema, ya que una proporción no cuantificable de casos resultan sin diagnosticar o no se hallan en los registros oficiales^{5,7}.

El INE dispone de datos oficiales de mortalidad de 2015, y encontramos que, al comparar por enfermedades, la “demencia” aparece como la cuarta enfermedad con más fallecimientos en dicho año (20.442: 13.800 mujeres y 6.642 varones), mientras que la “Enfermedad de Alzheimer” se sitúa como la séptima causa de muerte, con 15.578 muertes (11.004 mujeres y 4.574 varones). Si se sumaran ambas, se situarían como la primera causa de muerte, por delante de las “enfermedades isquémicas del corazón” (33.769 defunciones). Entre el 60-70% de las muertes por demencia se dan en mujeres⁷⁻⁸.

Desde una perspectiva general, el 80% de los enfermos de Alzheimer son atendidos por su familia. La demencia se trata de la EC que mayor dependencia provoca, con un 88,7% del total de personas en esta situación, por encima de los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad de Parkinson, entre otras. Añadir que es una de las causas principales de institucionalización, encontrando en España, tasas anuales del 10,5% en este colectivo⁷.

La OMS ya ha alertado de las diferentes consecuencias de este hecho e incita a los gobiernos a tomar medidas que minoren el impacto socio sanitario de esta afección tan calamitosa, llevando a cabo proyectos a nivel nacional frente al Alzheimer. Se calcula que el retardo en la aparición de la EA en un año, a través de intervenciones preventivas, disminuiría en el año 2050 en 12 millones la cantidad de enfermos a nivel mundial^{4,7}.

Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa, progresiva, irreversible y crónica, los cuidados destinados a las personas que padecen la EA deben ser integrales y adaptados a la variabilidad durante el proceso morboso, de forma multidisciplinar, atendiendo a las diversas dimensiones de la persona afecta: la cognitiva, emocional, social, funcional y, por tanto, en la calidad tanto del paciente como del cuidador^{6,11}.

En la dimensión económica, cada paciente con demencia genera tres tipos de gastos que se distribuyen de la siguiente manera: sanitarios, incluyendo la atención sanitaria, estancias hospitalarias y medicamentos (representa el 20% del total de los gastos); sociales, que incluyen

cuidadores formales, servicios domiciliarios, centros de día y residencias (globalmente supone el 40% del total) y por último, los denominados gastos próximos, que abarcan las prestaciones del cuidador principal y que en ocasiones exigen pérdida de ingresos (estos gastos informales representan el otro 40% del total)¹⁰. Los estudios y estadísticas presentados durante el año 2017 en el informe de la Fundación del Cerebro, realizado por la Sociedad Española de Neurología (SEN), “Impacto social de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias”⁷ calcula que el coste por paciente de Alzheimer se cifra entre 27.000 y 37.000 euros anuales, y los familiares asumen de media el 87% del coste del total. Pero debemos tener en consideración que se ha calculado que el paciente con esta patología precisa de unas 70 horas de cuidados semanales, conllevando este hecho a una sobrecarga y gran impacto en la familia y los cuidadores (en los cuáles el estrés está presente en más de un 75%)⁷.

Respecto al papel del profesional de enfermería en relación con la EA, resulta indispensable su labor en la valoración del estado del paciente en cuanto al deterioro que padecen las personas afectas de esta patología, de forma integral y adaptada a las necesidades propias del paciente. Encontrando imprescindible la orientación y educación sanitaria que debe aportar, con el fin de prestar cuidados de calidad y reducir los factores de riesgo en el plano social y económico, fomentando la cohesión familiar y el desarrollo de las relaciones interpersonales idóneas^{8,11}.

Por ende, la mejora de la información y educación sobre las demencias a la población, y en especial la EA, se transforma de una simple actividad a una labor prioritaria sensibilizando a los distintos profesionales sanitarios de las mejoras que conllevan la prevención de esta enfermedad y el diagnóstico precoz. Igualmente, la facilitación de formación a los profesionales para el logro de avances en el cribado de demencias y posteriores diagnósticos, así como el tratamiento de las mismas que influye de forma directa en el incremento de la calidad asistencial^{6,12}. Por otro lado, en los distintos planes de cuidados de enfermería de pacientes con EA, podemos encontrar los múltiples obstáculos que se pueden encontrar tanto los pacientes como sus cuidadores y familiares en cuanto a la adherencia del tratamiento prescrito y la influencia de la patología en su bienestar y calidad de vida, presentando alteraciones de conducta, pudiendo expresar miedo y ansiedad, así como trastornos del sueño¹³⁻¹⁵.

El objetivo general es diseñar un Plan de Cuidados de Enfermería individualizado, a una paciente con EA en el ámbito de Atención Primaria (AP). Los objetivos específicos son:

- Detectar a través de una valoración completa e integral, los patrones disfuncionales que se manifiesten durante la realización del plan de cuidados.
- Identificar y formular los diagnósticos enfermeros existentes y las necesidades de cuidados específicos para la paciente para cada uno de los patrones alterados según la taxonomía NANDA.
- Priorizar y planificar junto con la paciente y su cuidador principal, unos objetivos y un programa de actividades para lograr que esos patrones alterados vuelvan a la normalidad lo antes posible, utilizando para ello las taxonomías NOC y NIC.
- Ejecutar las actividades planificadas y evaluar el resultado de las intervenciones enfermeras.
- Argumentar la importancia del papel de la enfermera en la prevención y abordaje de la fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad mediante la visita domiciliaria.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración de este trabajo se han utilizado diversos recursos metodológicos. Por un lado, para el desarrollo del marco teórico se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos actuales como son Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden, Dialnet y Scielo. Las palabras clave que se emplearon para construir la estrategia de búsqueda tanto en español, según la terminología de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), fueron “Enfermedad de Alzheimer”, “demencia”, “envejecimiento”, “atención primaria”, “dependencia”, “trabajo multidisciplinar”, “plan de cuidados”, “intervención”, “cuidador” y “enfermería”, como en inglés, según los Medical Subjects Headings (MeSH) “Alzheimer disease”, “dementia”, “aging”, “primary health care”, “dependency”, “multidisciplinary team”, “care plan”, “intervention”, “caregivers” y “nursing”.

En este trabajo se programa una valoración y seguimiento a una paciente con Enfermedad de Alzheimer. El procedimiento que se ha empleado para llevar a cabo este trabajo ha sido el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)¹⁶, tratándose éste de un método organizado y sistemático de administrar los cuidados de enfermería individualizados. Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En la etapa de valoración se determina el estado de salud y se identifican los problemas reales y potenciales. Se ha utilizado

como herramienta de valoración los patrones funcionales de Marjory Gordon¹⁶ mediante una entrevista o anamnesis, y así, poder identificar los patrones alterados.

Asimismo, nos hemos basado en el modelo de Dorothea Orem¹⁷, enfermera que impulsó y promocionó la Teoría del Autocuidado. En dicha teoría, Orem detalla que el autocuidado se trata de “... *una conducta de las personas maduras y en proceso de maduración que han aprendido y desarrollado las capacidades para cuidarse a sí mismos en sus situaciones ambientales*”. Los profesionales de enfermería en la práctica de este modelo determinan qué requisitos son los demandados por el paciente, distinguen las formas adecuadas de cubrirlos y el transcurso adecuado de la acción y determinan las capacidades del paciente para satisfacer sus necesidades.

Por otro lado, se aplicó la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁸ para formular los diagnósticos enfermeros detectados en la valoración y relacionados con el proceso de enfermedad de la paciente, atendiendo a su asociación y aplicación en el contexto domiciliario. Se ha priorizado los problemas formulados, teniendo que plantear los objetivos esperados a partir de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹⁹ y a partir de esto, formular las intervenciones más relevantes utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)²⁰. Finalmente, ambos fueron utilizados tanto para evaluaciones de resultados en la primera valoración como para evaluar el progreso de la paciente.

Se utilizaron escalas específicas en determinados patrones para una valoración y evaluación continuada de los mismos. Para la valoración del patrón número uno de percepción y control de salud se ha utilizado el Test de Fageström²¹, el cuestionario de motivación de Richmond²¹ y el test de Morisky – Green – Leveen²¹. En el patrón dos nutricional – metabólico, se ha empleado el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea y mini nutricional assesment (MNA)²¹. Por otro lado, utilizando el índice de Katz²¹, el de Barthel²¹ y la escala de Lawton y Brody²¹ para valorar el patrón cuatro de actividad y ejercicio. Para finalizar, el test de Goldberg de ansiedad y depresión²¹ para el patrón siete de autocontrol y autoconcepto, y el test de Apgar Familiar²¹ para valorar el patrón ocho de rol y relaciones.

En la fase de evaluación, se utilizó la escala Likert²², instrumento estructurado de recopilación de datos, a través de un conjunto de ítems que tienen una puntuación entre 1 (inadecuado) y 5

(completamente adecuado). En la escala se detalla el rango en el que se encuentra el paciente en el momento de la valoración, el objetivo fijado y el resultado conseguido tras las actividades enfermeras desarrolladas.

Además, el Código Deontológico de la Enfermería Española²³ vigente en nuestro país, tanto en su prólogo como en el Artículo 17 especifica los principios éticos imprescindibles para un adecuado desarrollo de la actividad investigadora de los profesionales de enfermería.

Para esta intervención se solicitó autorización a la Dirección de la Unidad de Cuidados con resultado positivo el 10 de noviembre de 2017; disponiendo además del correspondiente consentimiento informado de la paciente, habiendo garantizado los principios y derechos fundamentales como son: la confidencialidad, el anonimato y la participación voluntaria, respetando el principio de autonomía y de justicia.

Para el desarrollo de este Plan de Cuidados, se realizaron cinco visitas a la paciente en su domicilio, durante un periodo de cuatro meses, el periodo comprendido entre noviembre de 2017 y febrero de 2018.

3. RESULTADOS

3.1 Presentación del caso

Paciente mujer de 65 años de la ZBS de Arucas con diagnóstico Enfermedad de Alzheimer desde 2013. Convive con su marido.

Antecedentes personales: cáncer de mama, diabetes mellitus tipo II, fibrilación auricular, HTA, hiperlipidemia, varices.

3.2 Fase de Valoración

Utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon en la anamnesis, hemos podido determinar los patrones alterados (Tabla 1).

Tabla 1. Fase de Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD.

La paciente describe su estado de salud actual como “bueno”. Asegura y muestra que tiene prescritos más de 11 fármacos (expuestos en la presentación del perfil clínico de la paciente) como tratamiento actual y asegura que cumple con la posología indicada. Los hijos son los cuidadores principales, junto con la hermana de la paciente. Es fumadora diaria de aproximadamente 8 cigarrillos (que puede aumentar el número según el grado de ansiedad que presente), abstemia y no consume otro tipo de drogas. Está vacunada correctamente según el calendario vigente (tétanos y difteria, neumó 23 y vacuna anual de la gripe) y no existen alergias conocidas. En seguimiento por Equipo de Atención Primaria (EAP) y atención especializada. El RCV de la paciente es alto, teniendo una fibrilación auricular y tomando tratamiento antiagregante por ello.

La medicación que tiene pautada actualmente es la siguiente: Bromuro de Otilonio 40mg VO 1-1-1 metformina 850mg VO 1-1-1, glimepirimide 4mg VO 0-1-0, ácido acetilsalicílico 100mg VO 0-1-0, simvastatina 40mg VO 0-0-1, anastrozol 1mg VO 1-0-0, quetiapina 25mg VO 1-0-2, lorazepam 1mg VO 0-0-1, vortioxetina 10mg VO 1-0-0, trazodona 100mg, rivastigmina 13.3mg parche transdérmico 1parche/24h, memantina 20mg VO 1-0-0.

En la última analítica de control realizada el valor de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es de 6.5%, encontrándose ligeramente fuera de rango [4.0-6.0]. Los valores lipídicos se encuentran dentro de rango (colesterol 166mg/dL, HDL 49mg/dL, LDL 94mg/dL y TG 116mg/dL). La tasa de filtrado glomerular (TFG) estimado se encuentra en leve descenso 85.29mL/min [90-120mL/min], lo que nos puede indicar posible daño renal consecuencia de los problemas de colaboración que presenta la paciente como es la HTA y la DMII. Los valores de hemoglobina [12.00-17.00] y hematocrito [36.00-50.00] se encuentran levemente por debajo de rango: Hb 11.60g/dL y Hto 35.40%. Resto de resultados dentro de los valores de referencia.

Para el patrón 1, se ha realizado el test de Morisky – Green – Leveen (cumplidora), el test de Fageström (con un total de 4 puntos: Dependencia moderada), el cuestionario de motivación de Richmond (0 puntos: motivación baja – sin motivación).

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO.

No sigue ninguna dieta estricta, intenta comer de todo, refiere que su DMII no influye en la misma especialmente. Realiza de tres a cuatro comidas al día y su ingesta de líquidos es adecuada (1,5 – 2l/día) aunque su hija refiere que en ocasiones bebe agua de forma excesiva por no recordar haber tomado. Su apetito se encuentra disminuido actualmente. Portadora de prótesis parcial con estado regular de cuidado y tiene la piel adecuadamente hidratada, sin lesiones ni UPP. Su higiene es buena. Actualmente pesa 54kg y mide 1.61 metros. IMC= 20,83 (normo peso).

En el patrón 2 nutricional-metabólico se ha realizado el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea con un total de 10 puntos, buena adherencia a la dieta y el MNA para la evaluación del estado nutricional, con un total de 15 puntos (mal estado nutricional).

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

Tabla 1. Fase de Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

La paciente no presenta estreñimiento que anteriormente si padecía. Realiza 7 deposiciones semanales y 6 micciones diarias aproximadamente. Manifiesta incontinencia tanto urinaria como fecal, para lo cual precisa el uso de absorbentes, aunque va al baño cuando siente la urgencia de orinar o defecar.

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO.

La paciente refiere ser muy activa. No ha tenido caídas en el último año. No presenta problemas de movilidad ni de la ambulación. Buena estabilidad de la marcha. Sale de casa a pasear con su hermana o sus hijos diariamente. Por las mañanas ayuda en tareas domésticas sencillas, aunque no prepara la comida. Necesita ayuda para el baño y el aseo, para vestirse/desvestirse y cortar la comida, aunque lleva el cubierto a la boca por sí misma.

En el patrón 4, se ha realizado el índice de Katz con una puntuación final de 3 puntos (incapacidad moderada), el índice de Barthel con una puntuación de 75 puntos (dependencia moderada) y la escala de Lawton y Brody con el resultado de 2, siendo dependiente grave para actividades instrumentales de la vida diaria por ser la paciente mujer.

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO.

La paciente refiere tener problemas para conciliar y mantener el sueño, desconociendo las causas del mismo y refiriendo temor. Duerme durante la noche 5 horas aproximadamente y no realiza siesta. Toma tratamiento para el insomnio, pero no está corregido. Sueño no reparador, aunque el nivel de energía diurno es óptimo según su hija.

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL.

La paciente no alcanzó los estudios primarios por motivos económicos y familiares. No tiene alteraciones visuales ni auditivas. Espaciotemporalmente no orientada. La paciente no recuerda tener Enfermedad de Alzheimer. Habla clara generalmente y discurso no coherente. Es habitual que tenga alteraciones de la conducta, como ansiedad y nerviosismo. Diariamente realiza actividades para estimulación cognitiva y dibuja.

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

Tabla 1. Fase de Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN 7: AUTOCONTROL – AUTOCONCEPTO.

La paciente refiere sentirse muy agobiada y preocupada de un momento para otro, identificando la causa de dicha alteración en el miedo a perder a su madre (ya que está situada temporalmente en la época en la que está recién casada), a lo que responde con nerviosismo. Por otro lado, también le preocupa la situación económica de su familia en dicho momento en el que está ubicada.

Para el patrón 7, de autocontrol-autoconcepto se ha empleado el test de ansiedad y depresión de Goldberg, obteniendo 7 puntos para la ansiedad, lo que significa, estado de ansiedad probable y 4 puntos para la depresión, lo que se clasifica como depresión probable.

Resultado del patrón: **ALTERADO.**

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES.

Vive con su marido (que padece de hemiplejía izquierda derivada de ACV) y con sus hijos que se turnan para el cuidado del matrimonio por las tardes y las noches. La paciente tiene 8 hermanos. La relación de la paciente con su marido es mala desde hace varios años. La relación de la paciente con sus hijos y con su hermana, que la cuida por las mañanas es buena. Sale con su hermana a pasear a su mascota y suele ir a desayunar por las mañanas con sus antiguos compañeros de trabajo acompañada de su hermana.

Para este patrón se ha empleado el test Apgar familiar obteniendo un resultado de 8 puntos, nivel normo funcional, no riesgo social. Se ha realizado la escala de Sobrecarga del Cuidador o test de Zarit a la hija de la paciente que se encarga del cuidado principal, así como del control de las revisiones, obteniendo un resultado de 50 puntos, sobrecarga leve, teniendo en consideración el cambio de rol por parte de la cuidadora, aunque refiere que no interfiere con su vida profesional y social e intenta tener mayor tiempo de libre y de ocio.

Resultado del patrón: **RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN.**

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN.

Ha tenido cuatro embarazos de los cuales tuvo un aborto y tres hijos nacidos vivos actualmente. No presenta sangrado vaginal. Realización de mamografías anualmente en seguimiento por antecedentes de cáncer de mama. Refiere última citología hace 4 años con resultado normal.

Resultado del patrón: **FUNCIONAL.**

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS.

No toma decisiones por sí misma debido a la alteración cognitiva que presenta, aunque resuelve aspectos de la vida cotidiana con ayuda.

Resultado del patrón: **FUNCIONAL.**

Tabla 1. Fase de Valoración aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS.

La paciente refiere ser católica, pero ello no influye significativamente en su vida. Valora la salud y su familia.

Resultado del patrón: **FUNCIONAL.**

3.3 Fase diagnóstica

Tras la entrevista y posterior valoración de la paciente, se han podido determinar distintos diagnósticos de enfermería, así como problemas de colaboración actuales:

- [00078] – Gestión ineficaz de la propia salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- [00002] – Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.
- [00048] – Deterioro de la dentición r/c higiene oral inadecuada m/p ausencia de dientes.
- [00014] – Incontinencia fecal r/c alteración de la función cognitiva m/p incapacidad para retrasar la defecación.
- [00016] – Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor m/p incontinencia urinaria.
- [00102] – Déficit de autocuidado: alimentación r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para tomar por sí sola una comida completa.
- [00108] – Déficit de autocuidado: baño r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
- [00109] – Déficit de autocuidado: vestido r/c alteración de la función cognitiva m/p deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.
- [00095] – Insomnio r/c temor m/p dificultad para conciliar y mantener el sueño.
- [00131] – Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico m/p incapacidad para recordar acontecimientos.
- [00146] – Ansiedad r/c factores estresantes m/p nerviosismo.
- [00229] – Riesgo de relación ineficaz r/c habilidades comunicativas ineficaces.
- [00062] – Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c tiempo de ocio del cuidador insuficiente.

3.4 Fase de planificación y ejecución

Como se han detectado múltiples diagnósticos y no se han podido abordar todos, hemos llegado a un consenso con los cuidadores de la paciente para priorizar la resolución de los problemas detectados. En la siguiente tabla se encuentran expuestos los diagnósticos priorizados, objetivos y actividades planteadas (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería prioritarios, objetivos y las actividades correspondientes

PROBLEMA 1: 00002 – Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos.

Objetivos:

- Conseguir una ingesta de nutrientes adecuada.
- Aumentar el apetito.

NOC: [1014] Apetito.

NIC: [1120] Terapia nutricional.

Actividades:

- Determinar las preferencias de alimentos de la paciente.
- Suministrar a la paciente alimentos suaves, blandos y no ácidos.
- Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en consideración el color, textura y variedad.

PROBLEMA 2: 00095 – Insomnio r/c temor m/p dificultad para conciliar y mantener el sueño.

Objetivos:

- Conseguir un patrón de sueño estable en la paciente.

NOC: [0004] Sueño.

NIC: [2300] Administración de medicación.

Actividades:

- Ayudar a la paciente a tomar la medicación.
- Controlar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente.
- Vigilar si se producen efectos adversos e interacciones en la paciente.

PROBLEMA 3: 00131 – Deterioro de la memoria r/c deterioro neurológico m/p incapacidad para recordar acontecimientos.

Objetivos:

- Fomentar la orientación personal y espaciotemporal.

NOC: [0901] Orientación cognitiva.

NIC: [4720] Estimulación cognitiva.

Actividades:

- Consultar con los cuidadores para establecer el nivel basal cognitivo de la paciente.
- Informar a la paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería prioritario, objetivos y las actividades correspondientes

PROBLEMA 4: 00146 – Ansiedad r/c factores estresantes m/p nerviosismo.

Objetivos:

- Disminuir la ansiedad.
- Ayudar en el control de los factores estresantes.

NOC: [1211] Nivel de ansiedad.

NIC: [5820] Disminución de la ansiedad.

Actividades:

- Tratar de valorar la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con la paciente para fomentar la seguridad y disminuir el miedo.
- Escuchar con atención y animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

En las siguientes citas se realiza una valoración de la evolución y los avances en las distintas actividades propuestas, en consecución al logro de los objetivos formulados.

3.4 Fase de evaluación

El logro de los objetivos (NOC) establecidos se ha evaluado a través de escalas Likert. Obteniendo los siguientes resultados tras la realización de las actividades planteadas (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de resultados de las actividades planteadas

INDICADORES	INICIO	MEDIO	FINAL
[101401] Deseo de comer.	2	4	4
[101406] Ingesta de alimentos.	1	5	5
[401] Horas de sueño.	1	2	4
[404] Calidad del sueño.	1	2	4
[421] Dificultad para conciliar el sueño.	1	2	3
[90101] Se auto identifica.	2	3	4
[90102] Identifica a los seres queridos.	2	3	3
[90103] Identifica el lugar donde está.	2	2	3
[90106] Identifica el año actual.	1	1	1
[121102] Impaciencia.	2	3	3
[121117] Ansiedad verbalizada.	2	3	4
[121118] Preocupación por eventos recientes.	2	3	3

Escala Likert: 1 (inadecuado); 2 (ligeramente adecuado); 3 (moderadamente adecuado); 4 (sustancialmente adecuado); 5 (completamente adecuado).

4. DISCUSIÓN

En la realización de este trabajo de fin de grado en el que se ha llevado a cabo un Plan de Cuidados de Enfermería a una paciente con Enfermedad de Alzheimer (EA) resulta conveniente que posterior al diagnóstico de una patología de esta índole, se inicie un proceso de atención de enfermería, que debe estar adecuadamente programado y estructurado con su consiguiente ejecución teniendo en consideración las necesidades tanto del paciente como de su cuidador principal.

Se estima que la cifra de personas con demencia a nivel mundial sería de 35 millones y en aumento, reconociendo esta enfermedad como un importante problema de salud pública²⁴. Considerando también que parece incuestionable que tanto los costes económicos como sociales se incrementan año a año, donde los principales costes derivados de la demencia son los informales, en otros términos, los derivados de la atención domiciliaria a largo plazo en lugar de los costes médicos directos, como pueden ser los servicios ambulatorios o medicamentos²⁵.

Además, la Atención Primaria (AP) se trata del primer punto de acceso a la atención médica y cualificada para las personas con demencia, asegurando por lo tanto una referencia temprana o precoz para la Atención Especializada (AE). Determinando que la AP necesita progresar y poseer una mayor capacidad para manejar la complejidad de los cuidados de esta patología dentro de este ámbito con el objetivo de prestar una atención con mejores condiciones a personas con situaciones crónicas complejas como la demencia, aprovechando el valor potencial que tiene la AP en el abordaje de las necesidades de estos complejos y numerosos futuros pacientes. En relación con nuestro plan de cuidados, la AP juega un papel fundamental no sólo en la prestación cuidados asistenciales y disponibilidad de recursos materiales y humanos, sino en la información y formación a los cuidadores de la paciente, en el establecimiento de un plan de cuidados a corto y medio plazo planificando de forma anticipada las decisiones y valorando la evolución cognitiva u otros aspectos fundamentales como pueden ser por ejemplo el control de la sintomatología o las alteraciones conductuales²⁶.

La EA, siendo una patología degenerativa y que afecta de forma progresiva a la funcionalidad del individuo, desde la perspectiva del profesional de enfermería supone que se realice una

exquisita valoración con juicio crítico e integral teniendo en consideración las características de cada paciente y la evolución de su proceso salud-enfermedad, la existencia de recursos económicos y sociales, etc. Asimismo, es imprescindible el uso de instrumentos estandarizados empleados generalmente en el desarrollo de la práctica profesional, fomentando la utilización de los mismos con el objetivo principal de brindar cuidados de enfermería de calidad e individualizados¹⁵.

También resulta indispensable aquellas intervenciones efectivas que suponen una mejora en la calidad de la atención de los pacientes con demencia que viven en su domicilio, señalando que, debido a la variedad de intervenciones existentes, la comparación de dicha efectividad en la práctica es compleja. Teniendo también en consideración a partir de ello que, para incrementar dicha calidad en el cuidado domiciliario de personas con demencia, los profesionales sanitarios deben apoyar y educar a los cuidadores²⁷.

En el Plan de Cuidados expuesto, cabe destacar la importancia del papel que desempeñan los cuidadores informales de la paciente que, al tratarse de su propia familia, en todo momento se comprometieron en el desarrollo de las distintas actividades y en el logro de los objetivos, entendiendo el proceso e implicándose completamente en el mismo y consecuentemente, valorando la evolución de todo ello. Todo este proceso ha sido contrastado con otros planes de cuidados de enfermería en EA, en los cuales se pone de manifiesto la importancia de la mejora de la atención a las personas con demencia, ya que ello disminuye notablemente la sobrecarga en sus cuidadores ¹³⁻¹⁵.

En cuanto a los diagnósticos planteados inicialmente en cuanto al desequilibrio nutricional y al insomnio que presentaba en el momento de la valoración la paciente, podemos constatar mediante los indicadores de evaluación de los mismos que estos problemas en gran medida se han podido solventar a lo largo del desarrollo de las actividades, manifestando los cuidadores la importancia de mantener las actividades desarrolladas a lo largo del tiempo, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la paciente y promoviendo en la medida de lo posible el autocuidado.

Respecto a la ansiedad inicial que provocaba en la paciente alteraciones de la conducta, confirmamos que tras valorar los factores estresantes e impulsar mecanismos que incrementaran la seguridad, como puede ser la manifestación de sentimientos y miedos o la

escucha activa entre otros, así como la administración apropiada de la medicación prescrita para la reducción de la misma, son imprescindibles en la atención integral.

Finalmente, consideramos que el diagnóstico de deterioro de la memoria no ha evolucionado sustancialmente, ya que la estimulación cognitiva no se ha llevado a cabo con un fin rehabilitador, sino de enlentecimiento del proceso morbosos y facilitando su orientación en espacio, tiempo y persona principalmente.

El profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en la atención del paciente, siendo el responsable de los cuidados básicos y del control, tratándose de un profesional de referencia ya que realiza un seguimiento regular, conllevando una mejoría de las circunstancias apropiadas para que el PAE se convierta en una herramienta ideal para asegurar dichos cuidados.

La realización de este Plan de Cuidados me ha brindado la oportunidad de llevar a la práctica los conocimientos teóricos que he adquirido a lo largo de mi formación académica, pudiendo distinguir tanto las facilidades como los obstáculos que nos podemos encontrar como profesionales a lo largo de la realización de un proceso como este. Principalmente las dificultades con las que me he encontrado en el desarrollo del PAE han sido las propias de la patología de la paciente, como son las alteraciones de la conducta y el deterioro de la memoria, entre otros problemas derivados la misma, debido a la escasa experiencia que tengo en cuanto a la comunicación y cuidados en pacientes con demencia. A pesar de ello, me gustaría destacar que en el comienzo del proyecto me propuse unos objetivos propios que también he podido lograr y valorar, tanto a nivel académico y profesional como personal, que me ha enriquecido y aportado valores, conocimientos y una profunda satisfacción con el camino que ha conllevado el desarrollo de este trabajo, también conociendo por otro lado mis propias limitaciones.

El desarrollo de este trabajo, donde he podido valorar de forma integral y holística a una paciente, entendiendo al individuo con su faceta física, social y en especial emocional, conociendo su realidad, trabajando en conjunto con sus cuidadores y conocer el día a día de ellos, ha proporcionado a mi aprendizaje la capacidad de no sólo prestar una atención asistencial de calidad, si no considerar el significado de “cuidar” en el desempeño de la práctica enfermera, yendo más allá de lo meramente técnico y de la enfermedad.

A nivel profesional he podido ahondar en la utilización de las herramientas que tenemos a nuestra disposición, y que en muchas ocasiones son infrautilizadas o utilizadas inadecuadamente en el desarrollo de la actividad enfermera. Estas herramientas empleadas son los patrones funcionales de Marjory Gordon que permiten una estructuración de la valoración, pasando por la comprensión de la teoría del autocuidado de Orem y aplicando las taxonomías que aúnan los conocimientos de la disciplina: NANDA, NIC y NOC, encontrando una utilidad práctica para todo ello que impulsa a mejorar la calidad asistencial e influyendo en la autonomía y reflexión crítica de la profesión que desarrollaré en el futuro.

5. CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general formulado, se ha desarrollado de forma satisfactoria el plan de cuidados de enfermería a la paciente seleccionada, llevando a cabo todas las fases de éste. En cuanto a los objetivos específicos, se puede concluir que:

- Se realizó una valoración integral en la que se identificaron los patrones alterados que la paciente presentaba, así como los diagnósticos de enfermería analizados, donde encontramos como los más importantes: desequilibrio nutricional, insomnio, deterioro de la memoria y ansiedad.
- Se formularon objetivos y actividades reales, posibilitando un seguimiento de la evolución de la paciente y adaptando dichas actividades a las nuevas necesidades que pudieran aparecer.
- Se han alcanzado una gran parte de los objetivos establecidos en el plan de cuidados, destacando entre ellos el aumento del apetito y la mejora del descanso nocturno.
- La realización de estimulación cognitiva ha repercutido de manera favorable en la paciente a nivel de orientación espacial y personal.
- El PAE es un instrumento enfermero de gran importancia con el que se ha logrado una estabilidad o mejora en los diagnósticos establecidos, a través de las actividades propuestas, influyendo en la mejora de la calidad de vida de la paciente y sus cuidadores.
- Por último, destacar el papel de los cuidadores y la familia como pieza imprescindible en los cuidados y evolución del proceso de enfermedad de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). “Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud” [Internet]. España. WHO; [fecha de publicación: 2015; fecha de última consulta: 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. España, INE; [fecha de última actualización: 2017; fecha de última consulta: 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.ine.es/>
3. Ferrer C, Orozco D, Román P, Fernández A, Rodríguez R, Cortés O et al. “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2012; [fecha de última actualización: 2016; fecha de última consulta: 2 de octubre de 2017]. Disponible en: URL: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
4. OMS. “Demencia: una prioridad de salud pública” [Internet]. España. WHO; [fecha de última actualización: 4 de diciembre 2017; fecha de última consulta: 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf?sequence=1
5. Gallego C, Guerrero N. Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE). “Manejo de pacientes con enfermedad de Alzheimer: ¿cambio en el paradigma actual?” [Internet]. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. España, 2017; [fecha de publicación: 2017; fecha de última consulta: 2 de octubre de 2017]. Vol. 45 enero – junio 2017; 45(C): 30-31. Disponible en: URL: https://ac.els-cdn.com/S2013524616300204/1-s2.0-S2013524616300204-main.pdf?_tid=58ef1ffc-b75f-11e7-9aad-00000aab0f6c&acdnat=1508700760_038ab56c6bf4f0f43aef76381df1c99a
6. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud (SCS), Dirección General de Programas Asistenciales | “Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias” [Internet]. España; 2011; [fecha de última actualización: 2011; fecha de última consulta: 2 de octubre de 2017]. Disponible en: URL: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7730420f-4820-11e1-92c3-9195656fdecf/26797_ag_ALZHEIMER_baja.pdf
7. Prieto C, Eimil M, López C, Llanero M, Villarejo A. Informe de la Fundación del Cerebro, Sociedad Española de Neurología (SEN). “Impacto social de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias”. España; [fecha de publicación: 2017; fecha de última consulta: 4 de octubre de 2017]. Disponible en: URL: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/IS_EA_y_otras_demencias.pdf
8. Cruz E. “Algunos aspectos actuales sobre el manejo de la Enfermedad de Alzheimer por el profesional de Enfermería” [Internet]. Facultad de Tecnología de la Salud. Revista Cubana de Tecnología de la Salud; [fecha de publicación: 2016; fecha de última consulta: 2 de octubre de 2017]; 7(1). Disponible en: URL: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/651>
9. Alzheimer’s Disease International (ADI). “Sobre la Demencia” [Internet]. [Fecha de última consulta: 26 de enero de 2018]. Disponible en: URL: <https://www.alz.co.uk/about-dementia>
10. Hernández-Lahoz C, López-Pousa S. “Alzheimer: Guía Práctica para conocer, comprender y convivir con la enfermedad”. 1ª ed. España: Ediciones Nobel; 2016.
11. Martínez J, Del Pino R. “Manual Práctico de Enfermería Comunitaria”. 1ª ed. Vol. I. España: Elsevier España; 2014.

12. Campo Darias S, Campo M. “Enfermería Comunitaria”. 3ª ed. Vol. II. España: DAE; 2016.
13. Blanco S. “Cuidados de Enfermería en el Alzheimer: Revisión Sistemática”. [Internet]. Escola Universitaria de Enfermería A Coruña, Universidad Da Coruña, España; [fecha de publicación: 2014-2015; fecha de última consulta: 29 de enero de 2018]. Disponible en: URL: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15333/BlancoRodriguez_Sandra_TFG_2015.pdf?sequence=2
14. Fernández R. “Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer” [Internet]. Universidad de Murcia, España; [fecha de publicación: septiembre de 2014; fecha de última consulta: 29 de enero de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/TFM-FINAL.-Abordaje-de-cuidados-enfermeros-en-Alzh%C3%A9imer.-Rub%C3%A9n-Fern%C3%A1ndez-Rodr%C3%ADguez..pdf>
15. Gallego LA. “Demencia en fase avanzada: plan de cuidados a propósito de un caso” [Internet]. Escola Universitaria de Enfermería A Coruña, Universidad Da Coruña, España. [Fecha de publicación: mayo-junio de 2015; fecha de última consulta: 29 de enero de 2018]. Disponible en: URL: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15334/GallegoJuan_LadislaoAlejandro_TFG_2015.pdf?sequence=2
16. Alligood M, Tomey A. “Modelos y Teorías en Enfermería”. 8ª ed. España: Elsevier Mosby; 2014.
17. Prado L, González M, Paz N, Romero K. “La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención” [Internet]. Rev. Med. Electron. 36(6) 835–845; [fecha de publicación: noviembre-diciembre 2014; fecha de última consulta: 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
18. Heather Herdman T. “Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017”. 11ª ed. España: Elsevier; 2015.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”. 5ª ed. España: Elsevier; 2014.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”. 6ª ed. España: Elsevier; 2014.
21. Servicio Andaluz de Salud. “Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico” [Internet]. Estrategia de Cuidados de Andalucía. España; Junta de Andalucía; [fecha de última actualización: 18 de noviembre de 2016; fecha de última consulta: 7 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_innovacion5
22. Ospina BE, Sandoval J, Aristizábal CA. “La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud”. Investigación Educación Enfermería, (1)2005, pp. 14-29.
23. Organización Colegial de Enfermería. “Código Deontológico de la Enfermería Española” [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; [fecha de publicación: 14 de julio de 1989; fecha de última consulta: 30 de enero de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/86-codigocge>

24. Jackson M, Pelone F, Reeves S, Anne Marie Hassenkamp, Emery C, Titmarsh K et al. "Interprofessional education in the care of people diagnosed with dementia and their carers: a systematic review" [Internet]. *BMJ Open*; [fecha de publicación: julio de 2016; fecha de última consulta: 15 de febrero de 2018]; 6 (8): e010948. doi: 10.1136. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013417/>
25. Schaller S, Mauskopf J, Kriza C, Wahlesr P, Kolominsky-Rabas PL. "The main cost drivers in dementia: a systematic review" [Internet]. *Int J Geriatr Psychiatry*; [fecha de publicación: febrero de 2015; fecha de última consulta: 15 de febrero de 2018]; 30 (2): 111-29. doi: 10.1002. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25320002>
26. Spenceley SM, Sedgwick N, Keenan J. "Dementia care in the context of primary care reform: an integrative review" [Internet]. *Aging & Mental Health*, Routledge; [fecha de publicación: 5 de junio de 2014; fecha de última consulta: 16 de febrero de 2018]; 19(2):107-20. doi: 10.1080. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901364>
27. Zabalegui A, Hamers JP, Karlsson S, Leino-Kilpi H, Renom-Guiteras A, Saks K et al. "Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home" [Internet]. *Patient Educ Couns*; [fecha de publicación: mayo de 2014; fecha de última consulta: 16 de febrero de 2018]; 95(2):175-84. doi: 10.1016. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24525223>