



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN PACIENTE GERIATRICO CON
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
MARIA ALEJANDRA GUADALUPE
MARTIN QUEZADA
NO DE CTA.: 085588271

D I R E C T O R A
Lic. *Elvia Leticia Ramírez Toriz*
ELVIA LETICIA RAMÍREZ TORIZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MÉXICO, D.F.



2004

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INDICE.

	PAG.
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
1. METODOLOGIA.	5
MARCO TEORICO.	6
2.1 ANTECEDENTES.	6
2.2 DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO.	
2.3. FISIOPATOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DEMENCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.	17 18
2.4. DEMENCIAS REVERSIBLES.	19
2.5. DEMENCIAS POR DEFICIENCIAS VITAMINICAS	20
2.6. DEMENCIAS IRREVERSIBLES.	22
2.7. DEMENCIA VASCULAR.	22
2.8. ENFERMEDAD PICK.	24
2.9 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	25
3. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .	43
4. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	49
5. PRESENTACION DEL CASO.	52
5.1. JERARQUIZACION DE NECESIDADES.	55
6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.	57
7. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EVALUACION GENERAL DE LA APLICACIÓN DEL PAE.	57 75
8. PLAN DE ALTA.	75
9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.	77
10. BIBLIOGRAFIA.	78
11 GLOSARIO DE TERMINOS.	80
12. ABREVIATURAS.	83
13. ANEXOS.	84

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MA. Alejandra Gpe

MARTÍN QUITADA.

FECHA: 20-05-04

FIRMA: Ma Alejandra mart 2

INTRODUCCION.

La situación en México en relación con la demanda de salud y atención en geriatría y gerontología va en aumento debido a la situación del crecimiento demográfico así como el incremento en la expectativa de vida. Esto lleva a pensar que para el año 2050 la natalidad será de 1.68 hijos por mujer en edad fértil y la esperanza de vida será de 83.7 años, lo que hace que la pirámide poblacional se modifique y exista una gran población de personas mayores o senectas, que requieren otro tipo de servicios de salud a los que actualmente se proporcionan; como comenta Alejandro Aguirre en su artículo "Perfil Demográfico". (1).

El envejecer acarrea cambios en todas las esferas de la persona y conlleva una disminución funcional generalizada, así como una mengua en la capacidad de adaptación del organismo a través del tiempo. Las patologías crónico-degenerativas y sus complicaciones son indudablemente las principales causas de morbi-mortalidad geriátrica. Cabe además hacer especial mención de problemas emergentes como los padecimientos demenciales y particularmente la enfermedad de Alzheimer.

El convivir con personas que han padecido de esta enfermedad o tipo de demencia, en forma muy estrecha, me ha permitido tener la experiencia de conocer y reconocer los grandes cambios que se dan en el paciente geriátrico así como en el núcleo familiar, he constatado como el paciente geriátrico con enfermedad de Alzheimer llega a ser totalmente dependiente por lo que su familia y entorno se ven drásticamente afectados en todos los aspectos, siendo necesario hacer constantes ajustes tanto en la dinámica familiar (reasignación de roles), así como en los aspectos económicos, físicos, (es decir habilitar la casa), sociales, psicológicos, emocionales y espirituales. Es por esto que realizo el presente proceso de atención de enfermería, con el objeto de ayudar al paciente con enfermedad de Alzheimer y su familia a restaurar o conservar funciones perdidas o disminuidas en el paciente, orientar, apoyar y trabajar con su núcleo familiar para lograr promover un nivel máximo de independencia, bienestar y calidad de vida para el paciente y en consecuencia para su familia y durante la etapa final de la enfermedad ayudarlo a tener una muerte digna y apacible entre sus seres queridos.

El marco teórico contempla el proceso normal del envejecimiento, demografía y epidemiología del envejecimiento, fisiopatología de los problemas demenciales en el anciano, demencias reversibles e irreversibles, para concluir con la enfermedad de Alzheimer. Posteriormente se realiza el proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente geriátrica con enfermedad de Alzheimer basado en Virginia Henderson.

(1)Aguirre, Alejandro; en Artículo "Perfil Demográfico" SEMINARIO "LA SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL DISTRITO FEDERAL. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico; Gobierno del Distrito Federal, México 1999 pp22

OBJETIVOS

Realizar un proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente geriátrico con enfermedad de Alzheimer como trabajo final para la obtención del título de licenciada en enfermería.

Estructurar e implementar un proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson con el objeto de ayudar al paciente con enfermedad de Alzheimer y su familia a restaurar o conservar funciones perdidas o disminuidas en el paciente así como orientar, apoyar y trabajar con su núcleo familiar para lograr promover un nivel máximo de independencia, bienestar y calidad de vida para el paciente y en consecuencia para su familia y durante la etapa final de la enfermedad ayudarlo a tener una muerte digna y apacible entre sus seres queridos.

Realizar una investigación minuciosa sobre el modelo de Virginia Henderson con el fin de desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico que sustente las acciones y soluciones acordes a los problemas de salud e índole socioeconómica, psicológica y espiritual que se generan en la atención de un individuo que padece enfermedad de Alzheimer y su familia.

Demostrar que a través de estructurar e implementar el proceso de atención de enfermería se logra dar una atención planeada, individualizada y eficaz en pacientes geriátricos que padecen de enfermedad de Alzheimer y que orientan y complementan al equipo interdisciplinario de salud.

1. METODOLOGIA DEL TRABAJO.

Para realizar el presente proceso de atención de enfermería la metodología fue la siguiente:

Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en los conceptos de la enfermería gerontológica y geriátrica aplicados a través del modelo de enfermería de Virginia Henderson para lo cual se llevará el siguiente orden:

1°. Investigación bibliográfica acerca de los padecimientos demenciales y en particular en la enfermedad de Alzheimer, y definición de términos que interesen a la realización del proceso de atención de enfermería que serán consignados en el glosario.

2°. Investigación bibliográfica sobre el proceso de atención de enfermería y en particular sobre el modelo de Virginia Henderson. (definición de términos)

3°. Definición de características a cubrir por el paciente geriátrico susceptible de aplicársele el proceso de atención de enfermería.

4°. Selección del paciente geriátrico con enfermedad de Alzheimer en la Institución Fundación Alzheimer "alguien con quien contar".

5°. Aplicación y desarrollo del proceso de atención de enfermería según lo establecido por Virginia Henderson.

Presentación del caso.

El paciente será seleccionado por cubrir con los requisitos de ser un paciente geriátrico, es decir contar con una edad mayor de 60 años, con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer encontrarse en la 1ª. ó 2ª. etapa de la enfermedad y que asista a la casa de día de la Fundación Alzheimer "alguien con quien contar".

Valoración de enfermería:

Se aplicará un instrumento acorde a los 14 componentes de la asistencia de enfermería del modelo de Virginia Henderson.

Diagnóstico de enfermería:

Se redactarán los diagnósticos en base al formato PES.

Plan de atención de enfermería:

Ejecución del plan de atención de enfermería:

Se realizarán las intervenciones durante un periodo mínimo de un mes.

Evaluación del plan de atención de enfermería:

Se evaluará la funcionalidad del anciano conjuntamente con el equipo de salud de la casa de día, así como con la familia del anciano.

6°. Redacción del informe del proceso de atención de enfermería consignando resultados, conclusiones y sugerencias.

2. MARCO TEORICO.

2.1. ANTECEDENTES.

Enfermería, tiene en los pacientes geriátricos con enfermedad demencial o enfermedad de Alzheimer un gran campo de acción para lograr ayudar al paciente y su familia durante el curso de la enfermedad.

Para este fin cuenta con elementos filosóficos, estructurales y operacionales que respaldan su actuar profesional, dentro de los cuales se mencionan y se utilizarán: al proceso de atención de enfermería y la enfermería gerontológica y geriátrica como herramientas imprescindibles para atender al paciente y su familia.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. Dentro de las teorías y modelos que sustentan a los procesos de atención de enfermería, existe pluralismo, pero todos coinciden en los puntos antes citados para responder así a las necesidades que surgen del individuo sano y/o enfermo desde su particular enfoque. Se considera que el presente proceso de atención de enfermería se base en el modelo de Virginia Henderson ya que es un modelo deductivo tanto para desarrollar su definición de enfermería como para las 14 necesidades básicas que deben ser cubiertas por cualquier individuo sano o enfermo y en las cuales incidirá la enfermera para lograr que la persona conserve su salud, la lleve a recuperarla o en su caso lo ayuden a mantener una funcionalidad física y/o mental acorde a su estado o a lograr una muerte tranquila. Todo esto sería realizado por él si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Asimismo trabajará con el sujeto para lograr que éste sea independiente lo antes posible. Considera la salud en función de la capacidad del sujeto para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, así como la calidad de la salud más que la vida misma. Toma en cuenta esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida. Para el modelo de Henderson el paciente y su familia son la unidad con la cual se trabajará. Reconoce que la enfermería se modifica con la época en la que se ejerce y depende de lo que hagan la persona, su familia y el equipo interdisciplinario de salud actuando sobre el entorno si es necesario modificarlo, para lograrlo. Por lo tanto se puede decir que el eje central del modelo es:

1. Gira alrededor de los 14 componentes de la asistencia de enfermería (necesidades físicas y componentes psicosociales)
2. Formación de la enfermera en áreas sociales y biológicas para atender mejor al paciente.
3. Henderson piensa que el valor de la formación no procede solo de los conocimientos que se adquieren sino de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior. (2).

2). Rubio, Domínguez, Severino, Sara Esther, T. Beatriz, Bernal. ANTOLOGIA: TEORIAS Y MODELOS PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA Programa Guía. Anexo A. UNAM, ENEO, SUA. México, 2002.

A partir de estos elementos es que se considera que el modelo de Virginia Henderson es el que responde mejor a las necesidades del presente proceso de atención de enfermería, ya que hace que sea un instrumento fácil de aplicar en pacientes de tipo geriátrico en los cuales exista una disminución o pérdida de las funciones intelectuales, como es el caso de los pacientes con algún tipo de demencia y más específicamente en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

La segunda herramienta para el logro de éste, es, la enfermería geriátrica, la cual ha sido definida por Gunter y Estes como: "Un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

- aumentar las conductas saludables;
- minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad;
- proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte; y
- facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez." (3).

Es con estos conceptos y herramientas que se fundamenta y estructura el siguiente proceso de atención de enfermería para aplicarse a una paciente geriátrica con enfermedad de Alzheimer, ya que los cálculos realizados en diversos países del mundo y en diversas culturas, incluyendo a México sobre los problemas demenciales, han demostrado que entre los 65 y los 70 años de edad, aproximadamente un 5% de la población padece una forma de demencia, a los 70 años 10% y entre los 80 y 90 años aproximadamente un 40% la presenta. Esto tiene grandes repercusiones en la calidad de vida que los pacientes senectos llegan a tener y en la concepción que de la vejez tiene la población en general. Para una gran mayoría el ser viejo es ser demente. Es aquí donde enfermería puede incidir en la población en general haciendo comprender las diferencias entre el envejecimiento y la demencia, los tipos de demencias que se pueden presentar en el anciano, y los tratamientos así como las técnicas para el manejo adecuado del sujeto y su familia, contribuyendo así a la prevención y promoción de la salud dentro de este sector poblacional que se está convirtiendo en uno de los mayores retos que enfrentan las autoridades sanitarias.

Al revisar la literatura se encuentra que el concepto de vejez conlleva una acumulación significativa de años de vida, pero social, económica y físicamente la vejez es algo distinto de la pura acumulación de cumpleaños.

Se cita a continuación una de las definiciones de envejecimiento que da una clara idea de lo que es el proceso de envejecimiento tan complejo.

(3)Mendoza, Rosa Elia. en APUNTES SOBRE: "ENFERMERIA GERONTOLOGICA " UNAM-ENEO. México. Diciembre 1995. p.p. 19.

Envejecimiento.

“El envejecimiento se puede definir como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de la reserva funcional.”

Las características del envejecimiento son:

Universal. Propio de todos los seres vivos.

Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

Intrínseco. No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el "maximum life span" se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa una mayoría de la población que logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere masivamente alrededor de los 80 años. (4).

Existen diferentes teorías acerca del envejecimiento pero Goldstein y colaboradores las han dividido en dos grandes grupos:

1.-Teorías estocásticas. Aquellas que afirman que el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo nos lleva al proceso de envejecimiento. Entre éstas se encuentran:

- a. Teoría del error catastrófico.
- b. Teoría del entrecruzamiento.
- c. Teoría del desgaste.
- d. Teoría de los radicales libres.

(4)escuela.med.puc.cl/paginas/vdas/Geriatria_Manual/Geriat_M_00.html

2.-Teorías no estocásticas: Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación y corresponderían a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento. Dentro de estas teorías no estocásticas tenemos:

- a. Teoría del marcapasos.
- b. Teoría genética.

Se realiza brevemente una revisión de la propuesta de cada una de ellas.

1. a. Teoría del error catastrófico. (Orgel, 1963) Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que determinaría daño en la función celular.

1. b. Teoría del entrecruzamiento. Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. No explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos.

1. c. Teoría del desgaste. Propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies.

1. d. Teoría de los radicales libres. (Denham Harman, 1956). Es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos subcelulares oxidados. Es importante señalar el papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas al envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, enfermedad de Alzheimer y otras. Según la evidencia con que se cuenta, si se logra disminuir la generación de radicales libres o se neutraliza su daño, se lograría disminuir estas enfermedades.

2. Teorías no estocásticas.

2. a. Teoría del marcapasos. En ésta, el sistema inmune y el neuroendócrino serían “marcadores” intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El Timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. “reloj del envejecimiento”, según Burneo, 1970.

2. b. Teoría genética. Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados. (5).

Ahora se revisará que es el proceso de envejecimiento.

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO. A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos: una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades, estos dos fenómenos se pueden influenciar entre si pero no necesariamente existe patología al envejecer. Los cambios que se dan en el proceso de envejecimiento ocurren dentro de tres ámbitos:

-**Cambios biológicos:** Todos los cambios orgánicos que afectan al individuo sobre sus capacidades físicas y asociadas con la edad.

-**Cambios psíquicos:** Son los cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.

-**Cambios sociales:** Cambios en los roles y funciones del individuo dentro de su grupo familiar, social.

CAMBIOS BIOLÓGICOS.

Dentro de los cambios biológicos se pueden mencionar algunos de los más importantes y éstos se determinan porque existe involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares que afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

Entre los 30 y 40 años el individuo alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 cm por año aproximadamente, esto se explica por cambios posturales como mayor flexión de cadera y rodillas, así como disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

En cuanto al peso se alcanza el máximo a los 50 años para luego decrecer. El compartimiento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego descender aproximadamente un 20% promedio.

A nivel celular: Existe una disminución del volumen de los tejidos (macroscópico) y a nivel microscópico se observa retardo en la diferenciación y crecimiento celular que provoca un descenso del número de células.

Existe también un descenso del agua intracelular. Existe un aumento del tejido adiposo profundo no así en el tejido adiposo superficial en el cual existe un descenso.

La piel es el órgano más susceptible de sufrir daño ambiental por acción de la luz solar. Se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, se torna arrugada y de tinte amarillento.

La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, existe disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular.

La dermis pierde parte de su contenido de colágeno lo que ocasiona la aparición de arrugas, el color amarillento de la piel se debe a la pérdida de la elastina y a un incremento en los glicosaminoglicanos que llevan a la formación de pseudo elastina.

La disminución del tejido graso es la causante del adelgazamiento de la hipodermis, también existe un descenso en el número de las glándulas sudoríparas las cuales se atrofian.

El cabello presenta una disminución en su crecimiento, aparecen las canas por la pérdida de la melanina en el folículo piloso. Existe pérdida del pelo frontotemporal (alopecia androgénica). Puede existir alopecia difusa por deficiencia de hierro, o por hipotiroidismo. En las mujeres se incrementa el vello facial y en los hombres, se observa en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales.

Las uñas: En las uñas se observa un crecimiento continuo, se vuelven más duras, espesas y más difíciles de cortar, esto se debe al aumento proporcional de la queratina, llegando a presentarse la onicogriposis. Pueden presentarse estrias por alteración de la matriz ungueal. El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares (esto debido a pérdida del soporte elástico), existiendo trasvasación de sangre con menor degradación.

Sistema músculo-esquelético. Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30% a un 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad no se logra apreciar por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las tipo I y las unidades motoras reducen su densidad lo que ocasiona una disminución de la actividad, la tensión muscular, y el período de relajación muscular es mayor que el de contracción.

La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta.

Los cambios óseos son de particular importancia por las implicaciones dentro de ciertas patologías presentes en los ancianos.

Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, lo que provoca osteoporosis senil o primaria (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras, esto se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio, así como la pérdida por trastornos endocrinos.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.

También puede aparecer osteomalacia (falta en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran lo que origina que las superficies entren en contacto, causando el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. Existe una disminución del agua y tejido cartilaginosa en el espacio articular.

La articulación también se ve afectada o degenerada por el crecimiento regular de los bordes de la articulación, dando lugar a deformidades y compresión nerviosa.

Sistema cardiovascular. A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años.

El corazón puede sufrir atrofia, ésta puede ser moderada o importante, disminuye de peso y de volumen. Existe asimismo un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y sólo se encuentra exagerada esta condición en los individuos que sufren de hipertensión.

La aurícula izquierda aumenta de tamaño con la edad. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas, la aorta se dilata y se alarga, lo que puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y colágeno, así como al depósito de calcio. Las válvulas cardíacas sufren de rigidez debido al engrosamiento, pérdida de la elasticidad así como a depósito de calcio.

El llenado diastólico inicial se encuentra enlentecido debido a cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo. Al auscultar al paciente puede oírse un cuarto ruido cardíaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada por el aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.

El gasto cardíaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

Sistema respiratorio. Existen alteraciones en la ventilación y distribución de los gases los que están originados por alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica así como la pulmonar. La fuerza de los músculos respiratorios es menor. Existe rigidez, pérdida de peso y volumen lo que produce un llenado parcial.

El número de alveolos disminuye lo que origina dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares. Existen alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO₂, lo que afecta a la ventilación pulmonar y la difusión alveolocapilar.

La capacidad de distensión de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, se piensa que esto es debido a la osificación de las articulaciones condrocostales, al incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.

Los ancianos se vuelven más vulnerables a la reducción de los niveles de oxígeno ya que la respuesta a la hipoxia y a la hipercapnia disminuye con la edad.

El reflejo tusígeno disminuye, existe aumento de la secreción mucosa de la pared bronquial, disminuye también la elastina y el colágeno de esta pared, por lo que los ancianos son más propensos a la neumonía.

El aparato digestivo. Existe reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colon.

Se observa disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, así como disminución del HCL. Si a esto le sumamos que existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación, la disminución en la producción de saliva, vemos que se generan ciertas dificultades en el anciano al realizar el aparato digestivo su función. También existe disminución en el tamaño y funcionalidad del hígado. El vaciado vesicular se torna lento y la bilis se espesa. El colon se atrofia y se da insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

En el sistema genitourinario. Se produce pérdida de la masa renal (esto es a nivel cortical), lo que produce una disminución en el número de glomérulos. el riñón pierde peso. A nivel microscópico en el túbulo renal se observan modificaciones leves, aparecen divertículos en la neurona distal que pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples.

Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, que se hacen más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.

El flujo sanguíneo renal disminuye debido a modificaciones anatómicas fijas.

Existe también, una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se da un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual, que nos puede llevar a infecciones recurrentes del sistema genitourinario.

En cuanto a los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello púbico, atrofia y pérdida de secreción que contribuyen a la aparición de infecciones. En la mujer disminuyen de tamaño los senos, se vuelven flácidos debido a la atrofia de los tejidos y la falta de secreción hormonal. En el varón hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida del vello púbico y existe aumento en el tamaño de la próstata.

Sistema endocrino. Disminuye la secreción hormonal, esto es debido a dos causas, el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas. Existe una disminución a la tolerancia de glucosa, en la mujer se observa una pérdida de estrógenos y de progesterona.

Sistema inmune. El sistema inmune se vuelve menos sensible y más susceptible a la infección. Al involucionar el timo disminuye la inmunidad ya que no se proporciona un ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica, lo que repercute en una notable disminución de la capacidad funcional de la inmunidad celular, lo que se hace notar por un descenso en las reacciones de hipersensibilidad tardía.

Existen defectos en los linfocitos T asociados a la edad que hacen que exista una depresión de la inmunidad celular. Existe una disminución en la producción de anticuerpos.

El reflejo tusígeno como se comentó anteriormente, se encuentra disminuido lo que predispone a la aparición de infecciones respiratorias.

El Sistema nervioso. Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El cerebro pierde tamaño y peso, pierde tono al perder neuronas y se observa enlentecimiento de los movimientos.

A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, olfatoria, dolorosa, etc). Aparece el temblor senil.

Los órganos de los sentidos. Se produce una disminución en los mismos. El campo visual y la agudeza de la vista, disminuye con la edad. Asimismo disminuyen las células de la conjuntiva que son las encargadas de producir mucina, (el lubricante para el movimiento ocular) por lo que encontramos la queratinitis seca. Puede encontrarse metaplasma o hiperplasia de la conjuntiva lo que produce acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclera y la córnea.

Aparece el arco senil (depósito de sales de calcio y colesterol en la esclerótica).

La pupila tiende a disminuir de tamaño, reacciona más lentamente a los estímulos luminosos y se dilata más lentamente en la oscuridad por lo que las personas mayores experimentan dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Existe agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía). La secreción lacrimal disminuye de calidad y en cantidad.

En el oído se observa disminución de la agudeza auditiva, debida a la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartilago. La membrana timpánica se encuentra engrosada, y se observa acúmulo de cerumen en el oído.

El nervio olfatorio se degenera. La nariz aumenta de tamaño por el crecimiento continuo del cartilago.

El tacto está disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Los cambios psíquicos. La personalidad no suele alterarse, a menos que se presente alguna alteración patológica. Suele haber miedo ante situaciones desconocidas debido a la disminución en la capacidad de adaptación.

Se observa que a partir de los 30 años aproximadamente se inicia un declive de las capacidades intelectuales, como la capacidad para resolver problemas. Existe falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, la creatividad y capacidad imaginativa se conservan. Existe alteración de la memoria, ya que suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Los cambios sociales. Existen cambios a nivel del rol individual, laboral y en la comunidad.

El rol individual. El anciano en la última etapa de la vida hace patente la conciencia de que la muerte está cerca, la muerte para los ancianos es vivida como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas. Algunos otros rechazan el hecho de morir y suelen estar angustiados y atemorizados.

Dentro del grupo familiar. El anciano ve modificadas sus relaciones ya que normalmente se jubila y esto hace que conviva más con sus hijos y nietos. Al inicio el anciano es un ser independiente y se siente útil ya que ayuda a sus hijos, cuida de los nietos. Al pasar los años se presentan cambios en la salud del anciano y comienza a depender de la familia, lo que resulta en muchos casos en la inversión de los roles donde el que algún día fue soporte y proveedor de cuidados y dinero se convierte en alguien que necesita de cuidados y en muchas ocasiones del aporte económico de sus familiares.

El anciano se confronta con las pérdidas, tanto de facultades físicas, como económicas, afectivas, etc. Lo que crea una gran tensión emocional y sentimiento de soledad.

El cambio de rol laboral.

Durante esta etapa se da la jubilación. En raras ocasiones el individuo está preparado para esta nueva situación ya que generalmente la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales se ven disminuidas al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos también disminuyen.

En cuanto al cambio de rol en la comunidad la persona anciana suele estar jubilada y es una persona no activa, si la sociedad sólo reconoce a aquellas personas capaces de trabajar y generar riquezas, se encontrará en una situación difícil. Si la sociedad y la persona anciana son capaces de descubrir que éste último tiene ahora más posibilidades de aportar sus conocimientos y de realizar nuevas tareas en la comunidad lo colocará en una mejor situación de aportar a ésta sus conocimientos en asociaciones, sindicatos, etc.

2.2 DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO Y LAS DEMENCIAS.

El envejecimiento es producto de los avances científicos, es decir de la civilización y se afirma esto, porque cuando se observa a la naturaleza silvestre, se ve que no existen animales envejecidos: cuando éstos alcanzan cierta edad, los animales parecen ya que han perdido capacidades para procurarse alimento y fortaleza para defenderse del medio que los rodea, no siendo esto la regla para los animales en cautiverio donde si existen animales envejecidos debido a que se han cuidado múltiples variables; ya sea cuando han sido concebidos o durante su desarrollo, es decir cuando se les ha protegido del medio ambiente (depredadores, clima, etc. y se les proveen cuidados y asistencia profesional.).

En el curso de la historia se observa que esto se aplica a las personas.

En la prehistoria, la vida de los individuos era corta, existían pocos ancianos y éstos representaban entonces la sabiduría, ya que habían logrado sobrevivir por su fuerza, conocimiento y experiencia. Conforme avanzan los conocimientos acerca de la salud, del control de epidemias etc., esta población va en aumento y las causas de esta sobrevida ya no son la experiencia, los conocimientos, ni la fortaleza o aptitud del individuo por sí mismo, sino que es consecuencia de los avances tecnológicos y la salud pública dando como resultado que esta población aumente en forma considerable y se convierta en un grupo susceptible de obsolescencia ya que los conocimientos que posee se transforman rápidamente y por lo tanto la experiencia acumulada no es significativa.

La realidad del envejecimiento se vuelve entonces compleja, ya que en México como en el resto del mundo, el envejecer se ve afectado por la situación socioeconómica de cada país y del mundo, en este proceso de globalización. Los países en desarrollo, al igual que nuestro país tienen diferentes circunstancias y realidades como son: pluralidad de culturas, grados de educación, posibilidades de sobrevivencia determinada por diferencia de sexo, climas, avances tecnológicos, distribución de la riqueza, y que son estos factores los que hacen que se modifiquen los conceptos, condiciones y edades en la vejez.

Al revisar datos estadísticos se considera a una persona como vieja a partir de los 65 años de edad. Esto es arbitrario ya que existen personas que continúan siendo capaces de producir en edades más avanzadas y que su estado de salud y de cognición son satisfactorios, pero para los fines estadísticos se realiza este corte con respecto a la edad de las personas y considerarlas así, como entrando al proceso de envejecimiento.

2.3 FISIOPATOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DEMENCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.

La demencia es un proceso degenerativo de las células del cerebro. La causa de este problema es orgánica, es decir, un problema físico y no un problema de locura o psiquiátrico.

Bajo el término de demencia se engloban las condiciones que producen una pérdida progresiva de las funciones mentales como pensar, razonar o aprender. La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso, habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales.

Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas. A saber: El lenguaje, las praxias, las agnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Puede ser acompañado de cambios en la personalidad y/o estado emocional. (6).

Los problemas de memoria son los primeros síntomas en algunos tipos de demencia, por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer (EA). En otros tipos de demencia, aunque no son los primeros síntomas si son los que producen muchos problemas y dificultades para el paciente.

En pacientes demenciados, falla más la memoria de corto y mediano plazo, las cuales son muy importantes para poder mantener una conversación y para realizar las actividades de la vida diaria. Por ejemplo: se olvida de bañarse con regularidad, o puede olvidar la fase alcanzada en una tarea secuencial compleja como puede ser vestirse.

La memoria de largo plazo normalmente se conserva hasta las últimas fases de la enfermedad. Muchas familias comentan que aunque el enfermo sea incapaz de recordar lo que comió hace 10 minutos, puede recordar perfectamente hechos que sucedieron hace varios años.

En cuanto a la memoria del lenguaje el paciente presenta problemas para expresar y para entender lo que está pasando. Muchos pacientes tienen dificultades para nombrar objetos de uso cotidiano, ya sea por que olvidan el nombre del objeto o por tener dificultades para reconocer el propio objeto, lo que es y para lo que sirve, lo que se conoce como anomia. De igual forma puede tener dificultad para reconocer los nombres y rostros de las personas.

En cuanto a la memoria de espacio, el paciente no reconoce donde está y llega a perderse.

El juicio se ve afectado, ya que el paciente comienza a tener problemas para analizar los pasos que tiene que seguir para hacer ciertas actividades y no puede juzgar cuáles son los riesgos o los resultados de sus acciones por lo que es común que pongan en riesgo su integridad, por ejemplo puede dejar abiertas las llaves del gas de la estufa con el consecuente peligro que esto representa.

(6) Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias. Unidad I E.N.E.O. U.N.A.M. México. 1999.

En las demencias los rasgos de personalidad (es decir la forma habitual de ser de la persona) se incrementan y hay cambios radicales, a tal grado que los familiares suelen decir que su paciente ya no es la persona que era antes. Algunos individuos experimentan un cambio tan drástico de personalidad que pierden el control social haciendo y diciendo cosas que en su momento les habrían parecido inaceptables. (7).

En cuanto a las praxis los pacientes con demencia, ya no pueden hacer cosas que normalmente cualquiera realizaría sin pensar tales, como: hablar, caminar o abotonarse. En algunos casos el paciente puede recordar como hacerlo pero no logra ejecutar la acción, lo que debe ser tomado en cuenta para no invalidarlo al realizarlo en su lugar.

Existen diferentes tipos de demencias:

Reversibles e irreversibles.

Dentro de las demencias reversibles se mencionan las que son originadas por trastornos endocrinológicos, como hipotiroidismo, abuso de medicamentos tranquilizantes, y trastornos vitamínicos, especialmente B12 y folatos. Otras causas son debidas a procesos neoplásicos o a padecimientos depresivos en gente mayor y que pueden presentarse con síntomas que semejan a una demencia. Generalmente pueden corregirse con tratamiento o cirugía según sea el caso.

En las demencias Irreversibles se encontraron:

Demencia vascular, demencia de cuerpos de Lewy, enfermedad de Pick, enfermedad de Binswanger, enfermedad de Parkinson con demencia, y demencia relacionada con el alcohol, así como la enfermedad de Alzheimer.

Todas estas demencias tienen una causa y patología distinta; no existiendo ningún tipo de tratamiento para su cura ya que son causadas por una lesión cerebral.

2. 4. DEMENCIAS REVERSIBLES.

Las demencias reversibles son susceptibles de tratamiento, ya sea quirúrgico donde se extrae el tumor o la causa que afecte directamente a los órganos, o de tratamiento médico.

Dentro de este tipo de demencias se explican las demencias metabólicas.

La demencia metabólica es un trastorno global y mantenido de la capacidad intelectual por disfunción cerebral difusa a nivel molecular. Su prevalencia varía según las series, pero se sitúa alrededor de un 4% de los pacientes con trastornos cognitivos. Produce un deterioro intelectual progresivo, que en algunos casos puede ser reversible, al corregirse su etiología. En general, las manifestaciones clínicas de las demencias metabólicas o carenciales no son específicas ni diagnósticas. En la mayoría de los casos, los trastornos emocionales o psiquiátricos son más frecuentes que los trastornos cognitivos primarios. A nivel cognitivo son frecuentes las alteraciones de la atención y de la memoria, con lentificación mental y dificultades en tareas abstractas y en la resolución de problemas. El diagnóstico y el tratamiento de la causa llevan en algunos casos a una mejoría del cuadro. La eficacia del tratamiento específico dependerá de la rapidez con que se instaure.

(7) ítem.

2.5. DEMENCIAS REVERSIBLES POR DEFICIENCIAS VITAMINICAS:

Recientemente se ha comunicado que la atrofia cerebral avanzada y los déficit vitamínicos se correlacionan con el deterioro cognitivo, incluso, en pacientes no-dementes. Es posible que parte de este deterioro cognitivo asociado al envejecimiento sea prevenible o reversible mejorando el estado nutricional vitamínico, en especial de vitamina B12, B6 y folato.

TIAMINA. El déficit de tiamina se asocia a la polineuropatía periférica, al síndrome de Wernicke-Korsakoff, a la degeneración cortical cerebelosa y a la ambliopía nutricional. La lesión cerebral por déficit de tiamina, consiste en hemorragias puntiformes con áreas de necrosis subagudas, que se localizan en los núcleos talámicos paramediano y paraventricular, en el hipotálamo y en los músculos oculares.

SINDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF. El cuadro clínico se caracteriza por la instauración rápida de parálisis de los nervios oculomotores, nistagmo, y restricciones variables de la mirada conjugada en todas las direcciones. La ataxia de la marcha puede ser de intensidad variable y, en casos graves el paciente puede ser incapaz de andar. Es frecuente el temblor intencional, siendo más acusado en las extremidades inferiores. Los síntomas por afectación mental aparecen en el 80% de los casos y pueden dominar el cuadro. Los enfermos presentan alucinaciones, agitación, desorientación y alteraciones de la percepción que recuerdan el delirium tremens. En otros domina la apatía, la desorientación y la confusión. Existe bradipsiquia marcada e incoherencia del lenguaje. Las alteraciones de la memoria reciente con elementos de confabulación (síndrome de Korsakoff) pueden observarse desde el principio, pero son más evidentes después de la confusión e incoherencia de los primeros días. La manifestación más importante es una pérdida de la memoria reciente. Como consecuencia el enfermo es incapaz de aprender, dando lugar a una desorientación en el tiempo y el espacio, y a una aparente incoherencia en el lenguaje y comportamiento. La reversibilidad de los síntomas esta en función inversa de la cronología de su aparición. Así, los trastornos de la memoria reciente y la confabulación, los últimos en aparecer, son los más rebeldes al tratamiento. Hasta un 75% de los pacientes que desarrollan trastornos de la memoria reciente quedan con secuelas permanentes.

CIANOCOBALAMINA: La causa más frecuente de déficit de cianocobalamina es la anemia perniciosa, otras causas serían: gastrectomía total, cáncer gastrointestinal, fístula gastrointestinal, divertículos, tuberculosis, ileítis, celiaquía, dietas vegetarianas y gastritis atrófica. La demencia puede preceder en meses o años a los cambios hematológicos, la polineuropatía periférica, la afectación del nervio óptico o de la médula espinal. Los síntomas mentales pueden fluctuar, y consisten en un trastorno moderado del humor, lentitud mental, pérdida de memoria, agitación, depresión, ilusiones, paranoia y alucinaciones. Las manifestaciones neurológicas más frecuentes son debidas a la combinación de la miclopatía y la neuropatía periférica. Los pacientes aquejan parestesias, hiperestesia, debilidad de predominio distal, ataxia y pérdida de memoria, que puede preceder a los signos clínicos. La exploración neurológica muestra frecuentemente alteración de la sensibilidad, especialmente la vibratoria y propioceptiva, debilidad muscular, espasticidad, hiper o hiporreflexia, y reflejo cutáneo-plantar extensor. Siendo

predominante la afectación distal y simétrica de las extremidades, especialmente las inferiores. El volumen corpuscular medio puede estar claramente elevado o ser normal, en la mayoría de pacientes se observa una hipersegmentación de los neutrófilos. Otras alteraciones hematológicas que pueden observarse son: anemia megaloblástica, leucopenia con hipersegmentación, y trombocitopenia moderada. Se han observado manifestaciones neurológicas del déficit de cianocobalamina sin alteraciones hematológicas. Un nivel bajo de vitamina B12 permite el diagnóstico, sin embargo, éste no se correlaciona con la severidad clínica. Es importante tener en cuenta que el síndrome de déficit de cianocobalamina, tanto con predominio de las manifestaciones neurológicas como hematológicas, puede presentarse en ausencia de niveles séricos bajos de vitamina B12. Los pacientes con niveles límite de vitamina B12 pueden diagnosticarse si presentan elevación de los niveles de ácido metil-malónico y de homocisteína. El EEG muestra un enlentecimiento difuso, aunque se correlaciona poco con los síntomas neurológicos. El LCR suele ser normal. La TC craneal muestra una atrofia cerebral difusa en los pacientes con afección mental. Las lesiones medulares se muestran hiperintensas en las imágenes de RM en secuencias T2. Patológicamente se observan focos de desmielinización perivascular, con relativamente poca destrucción axonal y gliosis reactiva. El tratamiento consiste en la administración parenteral de 100microg/día de vitamina B12 durante una semana, y posteriormente una dosis de 1000microg mensuales, especialmente si la absorción gastrointestinal está comprometida. La mejora es evidente en unos días. Cerca de la mitad de los pacientes, incluyendo aquellos con demencia, presentan una recuperación completa. El resto presentan una mejoría parcial. Siendo el grado de mejora proporcional a la duración y severidad de los síntomas iniciales.

FOLATOS. La relación entre el trastorno mental y el déficit de folato es controvertida. Un déficit de folato puede ser debido a una ingesta insuficiente, malabsorción por resección yeyunal, gastrectomía o enfermedad de Crohn, y también al tratamiento prolongado con fenitoina o primidona. A menudo, el déficit de folato se presenta con otros déficits nutricionales.

Los síntomas y signos atribuidos al déficit de folato incluyen, insomnio, pérdida de memoria, desorientación, dificultad de concentración, irritabilidad, palidez, fatiga, hiporreflexia y signo de Babinski. Puede acompañarse de anemia megaloblástica. El tratamiento tiende a normalizar los síntomas neurológicos en algunos meses, mientras que la anemia se corrige rápidamente. Se recomienda administrar vitamina B12 simultáneamente.

2.6. DEMENCIAS IREVERSIBLES.

Son aquellas que tienen una causa y patología distinta, no existiendo ningún tipo de tratamiento para su cura ya que son causadas por una lesión cerebral.

2.7. DEMENCIA VASCULAR (DV).

Este tipo de demencia es causada por alteraciones en el suministro de nutrientes a las células cerebrales ya sea por infartos cerebrales a nivel local o en forma distante al evento, también puede deberse a bajas en la transfusión de estos nutrientes a las neuronas. Cuando la sangre no llega a las células cerebrales los pacientes sufren un daño que puede ser irreversible. Una de las causas de este tipo de demencia es que el paciente sufre lo comúnmente conocido como arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias) en su cuerpo en general, que resulta en un taponamiento gradual de los vasos sanguíneos arteriales.

En la demencia vascular, el paciente sufre un deterioro secuencial, como resultado de los episodios de infartos a diferencia de la enfermedad de Alzheimer en donde el deterioro es más progresivo. (8).

El grado o nivel de discapacidad del enfermo está dado por la zona del cerebro lesionada al sufrir el o los infartos cerebrales. La mayoría de los problemas como: memoria, aprendizaje, habla y lenguaje son consecuencia de las lesiones que se producen en la corteza, la capa más externa del cerebro. Las áreas del cerebro, localizadas debajo de la corteza (áreas subcorticales) pueden lesionarse también, dando lugar a problemas menos evidentes, como es la presencia de dificultades para realizar ciertas tareas de la vida diaria, lentitud, aletargamiento general y pérdida de la memoria.

Los problemas que presentan los pacientes con demencia vascular, tienden a ser menos generales y difundidos que en la enfermedad de Alzheimer y con mayor frecuencia que en la EA, algunas de sus aptitudes se mantienen integra. Los pacientes a menudo se sienten frustrados por sus dificultades y sufren arrebatos de intensa emoción.

DIAGNOSTICO EN LA DEMENCIA VASCULAR.

El diagnóstico esta basado en una buena historia clínica y un examen físico completo con énfasis en el examen neurológico. Si en la historia se encuentran datos como: historia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, trastornos vasculares en otras áreas del cuerpo, pueden llevar a pensar en esta posible etiología. Igualmente la evolución del padecimiento puede haber tenido un inicio abrupto y un curso no lineal de deterioro, es decir darse en forma escalonada con episodios de deterioro con posible recuperación parcial de la sintomatología. La presencia de disfasia, hemiparesias o ataques isquémicos lleva a pensar en este diagnóstico. La confirmación se puede obtener con imágenes tomográficas o de resonancia magnética.

Existe una escala que ayuda a medir la posibilidad de la etiología vascular y es muy útil, esta escala es la escala de Hachinski.

La sintomatología de la demencia vascular incluye también síntomas de una enfermedad vascular como hipertensión, historial de infartos, enfermedades del corazón o de ataques isquémicos transitorios. La diabetes también se presenta con frecuencia en personas con demencia vascular.

(8) Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias. Unidad I. E.N.E.O.U.N.A.M. México. 1999

Los problemas cognitivos en la demencia vascular difieren de alguna forma de las otras demencias. Generalmente una repentina aparición de problemas de memoria o de cambios cognitivos. El grado de deterioro permanecerá estable por un tiempo, incluso podrá mostrar cierta mejoría y de repente empeorar. Esto se conoce como un "curso fluctuante y gradual". Este curso gradual es diferente de la EA en donde la memoria y otros problemas cognitivos se desarrollan lentamente durante meses o años. En la EA los problemas pueden pasar desapercibidos al principio, pero seguirán desarrollándose y empeorando.

Existen también características de conducta que distinguen a la demencia vascular de la EA. Muchas de estas características están relacionadas con el daño en los lóbulos frontales del cerebro e incluyen dificultades para mantener la atención, para planear y en la coordinación motora fina (Almkvist, 1994; Cummings, 1994; Villardita, 1993). Síntomas tales como depresión, delirio, confusión nocturna también son comunes en la demencia vascular (Barclay, 1993; Cummings, 1994) (9).

En cuanto a la personalidad los individuos con demencia vascular parecen conservar su personalidad básica durante más tiempo que los que padecen EA. A diferencia de la EA, los pacientes parecen conservar también su habilidad para reaccionar emocionalmente durante un periodo más largo durante la enfermedad, por lo que los cambios pueden pasar desapercibidos por la familia y los amigos.

La depresión puede ser más común en la demencia vascular que en otras demencias. La apatía y la falta de voluntad se presentan con frecuencia en los pacientes. La apatía junto con el lloriqueo que ocurre como resultado de una inestabilidad emocional puede parecer similar a la depresión en muchos de los pacientes con demencia vascular. La inestabilidad emocional, caracterizada por cambios de humor rápidos, inapropiados y espontáneos aparece con mayor frecuencia en la demencia vascular que en la EA. (10).

Los pacientes con demencia vascular pueden mostrar signos locales de daño cerebral, como problemas con la visión, problemas al tragar, al caminar o problemas en el habla (disartria), debilidad en las extremidades, convulsiones o cambios en la percepción de las sensaciones.

Los síntomas que muestran los pacientes con demencia vascular parecen ser causados por daño en la materia blanca subcortical del cerebro. Estos síntomas incluyen el olvido, el deterioro en el pensamiento y el movimiento, cambios de humor, atención dispersa, menor control sobre el pensamiento y la conducta (Barclay, 1993; Cummings, 1994; Katz, Alexander and Mendell, 1987). (11)

(9)Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias. Unidad I E.N.E.O. U.N.A.M. México. 1999.

(10)ibidem.

(11)ítem.

2.8 ENFERMEDAD DE PICK.

Fue Arnold Pick, quien describió esta enfermedad. Para confirmar su presencia es necesario examinar el cerebro del enfermo. Visto debajo del microscopio, algunas neuronas aparecen anormalmente grandes y con varios de los componentes celulares desorganizados. Estas células anormales se denominan cuerpos de Pick, y constituyen un rasgo característico de esta enfermedad. Además se puede observar que ciertas áreas del cerebro suelen presentar un aspecto encogido, especialmente en su parte frontal. Al igual que la EA, esta enfermedad destruye un gran número de células en el cerebro.

Como en todas las demencias suele producirse una pérdida progresiva de las facultades del enfermo. En la enfermedad de Pick, los problemas de memoria aparecen en una fase más tardía, es frecuente encontrar antes una pérdida de juicio, de forma que la persona se puede poner a sí misma en situaciones peligrosas sin preocuparse por su seguridad. Sus modales empiezan a ser incorrectos sin importarle lo que se considera aceptable e inaceptable en diferentes situaciones. Muestra desinterés por todo y su comportamiento se hace repetitivo. Su apetito puede aumentar mucho. Mas adelante aparecen los problemas de habla y aumentan las dificultades para realizar tareas prácticas.

El diagnóstico de la enfermedad de Pick es clínico, aunque pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen como el MRI o el PET pueden ofrecer evidencia importante de apoyo. Evidencia de tipos especiales de afasia pueden ser probados en varias pruebas psicológicas (Warrington, 1975) En una atrofia frontal, una prueba CT puede ser útil al mostrar el patrón de una atrofia predominantemente en el lóbulo frontal. Los lóbulos temporales sin embargo, no pueden ser vistos claramente en un CT convencional. (12).

La sintomatología en pacientes con una atrofia del lóbulo frontal es que pueden aparecer cambios importantes en el comportamiento que incluyen mal juicio, falta de iniciativa, dificultad en realizar actividades planeadas y cambios en la personalidad. Puede haber también indiferencia hacia las responsabilidades domésticas y ocupacionales y descuido en la apariencia. La conducta social puede deteriorarse en el paciente así como actuar en forma inapropiada en situaciones sociales y llegar a desarrollar hipomanía. Es común el comportamiento obsesivo compulsivo no así el encontrar otros fenómenos psiquiátricos al inicio de la enfermedad tales como delirios y alucinaciones.

Se puede percibir deterioro en el lenguaje y éste consiste en un lenguaje vacío, reducido en calidad. Es usual que se presente también anomia (falta de habilidad para encontrar nombres y palabras para los objetos) y el paciente puede presentar ecolalia espontánea (una tendencia a repetir inmediatamente la última frase de una persona). La comprensión se irá deteriorando progresivamente. (Hodges 1994) (13).

Si el deterioro se presenta en el lóbulo temporal puede haber una placidez emocional, una tendencia prominente a ponerse cosas en la boca, el deambular, una alteración sexual y cambios en la dieta- los pacientes pueden comer constantemente. Esta colección de síntomas en pacientes con la enfermedad de Pick es llamada síndrome de Kluver-Bucy. (Kluver-Bucy, 1939). (14).

(12)Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias. Unidad I E.N.E.O. U.N.A.M. México. 1999.

(13)ítem.

(14)ítem.

Otra característica en los pacientes con una atrofia del lóbulo temporal es un síndrome afásico que consiste en una anomia progresiva, que no es simplemente un deterioro lingüístico sino una pérdida importante de la memoria semántica (o del conocimiento) de los objetos que afecta tanto el nombrar a los objetos como la comprensión de las palabras y el reconocimiento de los mismos objetos.

2.9. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) fue nombrada por Alois Alzheimer quien en 1907, describió los cambios específicos, ahora considerados como rasgos de la enfermedad, que se produjeron en el cerebro de una mujer de 51 años fallecida tras cuatro años y medio de discapacidad.

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad degenerativa y progresiva que afecta al cerebro y provoca pérdida de la memoria, dificulta el razonamiento y el desempeñar tareas cotidianas, hay disminución del sentido crítico, desorientación en tiempo y espacio, cambios de personalidad y dificultades en el aprendizaje, en la comunicación y en el pensamiento así como alteraciones del comportamiento. Puede manifestarse a partir de los 40 años de edad, intensificándose en forma exponencial a partir de los 60 años.

Debido a que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica de evolución lenta y tomando en cuenta que en las fases avanzadas el paciente se vuelve completamente dependiente, el impacto económico sobre la sociedad es considerable. Es por esto que esta enfermedad traspasa las fronteras de la medicina, para convertirse en un problema de orden socio-económico, con una enorme repercusión en el núcleo familiar.

El factor de riesgo más conocido y aceptado universalmente es la edad, a medida que se envejece, mayor es el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. También se ha considerado el sexo femenino, el síndrome de Down y antecedentes familiares de la enfermedad como factores de riesgo.

La enfermedad de Alzheimer no suele considerarse como hereditaria, sin embargo, se ha demostrado que si existen varios casos de la enfermedad en una misma familia, y sobre todo, si iniciaron a edades tempranas (40-50 años) es más probable que las siguientes generaciones desarrollen la enfermedad. En publicaciones recientes se afirma que si existe factor hereditario importante. Se han localizado 3 genes capaces de producir la EA. En algunas familias el gen alterado está en el cromosoma 21, en otros casos, es el gen 14 el que se encuentra alterado, otros casos presentan alteraciones en el cromosoma 1. Por último se reporta que se ha encontrado también un factor genético en el cromosoma 19 que confiere mayor susceptibilidad para desarrollar la EA.

Las estadísticas muestran que el 15% de los pacientes han tenido algún familiar con enfermedad de Alzheimer, y el 85% han desarrollado la enfermedad sin ningún antecedente previo.

Las causas de la enfermedad de Alzheimer son hasta el momento desconocidas. Aceptando la existencia de una predisposición genética, parte de las investigaciones han sido orientadas a esta área. Otras teorías han relacionado la enfermedad con toxinas ambientales o alteraciones inmunológicas, pero los datos obtenidos son poco concluyentes. Dentro de las teorías más estudiadas están la tóxica, la genética y la de los radicales libres.

El cerebro es el órgano directamente afectado por esta enfermedad. En el cerebro existen por lo menos 10 billones de células nerviosas (neuronas) y un número mayor de células que apoyan a las neuronas. Cada célula nerviosa está conectada con miles de otras células

nerviosas y es así como se transmiten los mensajes entre las diferentes áreas del cerebro y del cerebro con el resto del organismo. Para que esto se realice es necesaria la presencia de determinadas sustancias químicas que actúan como transmisores para que el mensaje entre una neurona y otra pueda ser transmitido, estas sustancias son los neurotransmisores. En los pacientes que padecen enfermedad de Alzheimer este neurotransmisor (la acetilcolina) se encuentra disminuido en la corteza cerebral (sustancia gris), el hipocampo y el núcleo basal de Meynert, lo que está directamente relacionado con los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer, afectando así el proceso de la memoria. Posteriormente se presenta la muerte de las neuronas en estas zonas. En los pacientes que han padecido esta enfermedad se llega a observar que el peso y el tamaño del cerebro es menor, al realizar el estudio postmortem.

Si se revisa la anatomía y fisiología del cerebro se encuentra que el cerebro se conforma por dos hemisferios: hemisferio derecho y hemisferio izquierdo. Cada hemisferio del cerebro a su vez se divide en cuatro lóbulos: el frontal, el parietal, el temporal y el occipital. En cada uno de estos lóbulos se lleva a cabo el control de diferentes funciones del organismo. En los pacientes con enfermedad de Alzheimer se encuentra que todos estos lóbulos pueden verse afectados siendo el lóbulo temporal el más trastornado, y es en este lóbulo donde se lleva a cabo el control de funciones como: lenguaje, memoria, emociones, concentración así como el sentido del tiempo y la individualidad.

Otros cambios a nivel estructural en el cerebro de un paciente con enfermedad de Alzheimer son:

Las placas seniles y las marañas de neurofibrillas.

Las placas seniles

Estas se originan por la degeneración de las neuronas. Se localizan en la capa exterior del cerebro: la corteza. Son relativamente grandes y con frecuencia mayores que las neuronas, pero para poder ser detectadas, necesitan un elevado nivel de magnificación. Aparentemente están constituidas por un agrupamiento de terminaciones nerviosas anormales y engrosadas. En las placas de mayor tamaño se distingue: un área central, o núcleo, que contiene fibras de una proteína denominada amiloide.

Marañas de neurofibrillas.

Al contrario que las placas, las marañas neurofibrilares se localizan en el interior de uno de los tipos más importantes de células cerebrales (las neuronas). Las marañas están constituidas por una densa agrupación de neurofilamentos. Estas delgadas fibras contribuyen, en condiciones normales, a que las células del cerebro trabajen con eficiencia. Las marañas contienen pares de filamentos enrollados entre sí en forma espiral. Su naturaleza es fundamentalmente proteica y similar en algunos aspectos a la proteína amiloide que aparece en las placas.

Las marañas se concentran dentro de las neuronas del hipocampo y la amígdala, que se localizan profundamente en el cerebro y que controlan la memoria y las emociones, y también pueden concentrarse en áreas claves de la corteza que ayudan a integrar la información y decidir qué hacer.

Las placas y marañas tienen su origen en alteraciones en la producción de ciertas proteínas codificadas genéticamente. Para que se empiecen a producir estas proteínas anormales se necesita una carga genética específica y el paso de los años. Por lo tanto la herencia genética y la edad avanzada son factores fundamentales en el riesgo de adquirir esta enfermedad.

EL DIAGNOSTICO.

Al revisar la literatura acerca de esta enfermedad los autores coinciden en que el diagnóstico se realiza por exclusión. El hecho de presentar pérdida de la memoria no es exclusivo de la enfermedad de Alzheimer, el diagnóstico precoz sigue siendo clínico y su confirmación es a través de un examen del cerebro después de la muerte.

La primera evaluación médica de un paciente con demencia, tiene como meta descartar la posibilidad de un cuadro de demencia reversible y la asociación con enfermedades subyacentes. Todas las personas con demencia deben ser sometidas a una evaluación detallada que consiste en: entrevista con el paciente y sus familiares, examen físico, exámenes de laboratorio y si fuera necesario estudios de imagen y pruebas neuropsicológicas.

LA ENTREVISTA.

La primer visita del enfermo al médico deberá ser en compañía de algún familiar que conozca y describa los cambios y problemas del paciente, se deberán preguntar los primeros signos anormales que se detectaron (fecha, tipo), su evolución (tiempo de duración, situaciones importantes), descripción detallada de los problemas actuales, enfermedades previas, situaciones mal definidas del pasado (desmayos, caídas, convulsiones) y medicamentos utilizados anteriormente y en el presente. Además se deberá explorar la memoria, el comportamiento, la comunicación, la autonomía, la orientación en el tiempo, el espacio y los hábitos.

EXAMEN FISICO.

Deberá ser completo con énfasis en el sistema neurológico.

Exámenes de laboratorio e imagen si fuese necesario.

No existe un examen de laboratorio que identifique la enfermedad de Alzheimer. Un método de aproximación diagnóstica se realiza por exclusión de otras posibles condiciones. Dentro de estas condiciones se incluyen problemas tratables y reversibles como la depresión, alteraciones de la tiroides, reacción adversa a fármacos, deficiencias vitamínicas, etc.

Los exámenes de laboratorio que recomienda el grupo de consenso FUNSALUD son: función tiroidea, electrolitos, calcio, glucosa, azoados, biometría hemática, placa de tórax, urianálisis ECG, sedimentación globular; según el contexto clínico se recomienda solicitar exámenes de amonio, TAC de cráneo simple, niveles sanguíneos de vit. B12, de folatos, VIH, serología luetica, metales pesados, cortisol, perfil de lípidos, EEG, gases arteriales, punción lumbar, dopler carotídeo, imagen por resonancia magnética.

Los criterios diagnósticos dados por el DSM-IV de la American Psychiatric Association, 1994 incluyen los siguientes síntomas en el diagnóstico:

- Deterioro en la memoria.
- Uno o más problemas en las áreas de afasia, apraxia, agnosia o deterioro en la función ejecutiva.
- Lo anterior causando un deterioro importante en el funcionamiento ocupacional y social.
- Mostrando un deterioro significativo del nivel previo de funcionamiento, no debido a un delirium o a una depresión.

El Mini-Mental (MMSE; Folstein, Folstein and McHugh 1975), que es una prueba de tamizaje que orienta acerca de la posibilidad de un deterioro cognitivo, evalúa varias áreas del funcionamiento cognitivo, incluyendo la orientación en el tiempo y en el espacio, la

memoria a corto plazo, la atención, el cálculo, recordar, nombrar, pruebas de lenguaje y copiar un dibujo. Aunque el MMSE no es una prueba específica para la enfermedad de Alzheimer, puede dar una idea general si el individuo presenta un deterioro cognitivo en áreas que pueden ser afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

También se utiliza la prueba de fluidez verbal (Bayle and Kasniak, 1987) que evalúa la habilidad individual para pensar en nombres y sustantivos como también su habilidad para tener diferentes ideas. (15).

Los exámenes de imagenología pueden llevar a detectar un encogimiento del lóbulo temporal medio, así como descartar la presencia de tumores, infartos y otras lesiones o problemas en el cerebro.

Las investigaciones recientes están encaminadas a encontrar un examen más específico para la enfermedad de Alzheimer. La línea más promisoría de investigación incluye el buscar proteínas especiales o anticuerpos en la sangre o en el fluido cerebroespinal, reacciones a gotas para los ojos de tropicamide o genes extraños en ciertos cromosomas (Hoyne, Fallin and Mullan, 1996). Pruebas genéticas están disponibles para casos de Alzheimer temprano. (16).

Aunque el desarrollo de la enfermedad varía de un enfermo a otro, existen ciertos criterios diagnósticos para dar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y son:

Alzheimer posible: Demencia de comienzo y progresión insidiosa, ausencia de otra enfermedad sistémica o cerebral que indique el cuadro.

Alzheimer probable: Demencia establecida por examen clínico y test psicológico en los que aparecen defectos en dos o más áreas de conocimiento, deterioro progresivo de memoria y funciones cognitivas.

Ausencia de alteración del nivel de conciencia: comienzo entre los 40-90 años, alrededor de los 60.

Alzheimer establecido: Los criterios de probable son presentes, junto con la evidencia de la enfermedad a través de la necropsia.

(15) Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias. Unidad I E.N.E.O. U.N.A.M. México. 1999.

(16) *ibidem*.

SINTOMATOLOGIA.

Algunos autores sólo mencionan tres etapas de la Enfermedad. En la etapa inicial destaca una falla en la memoria y alteraciones neurológicas. En la etapa intermedia se agrega el deterioro del lenguaje y habilidades motoras. En la etapa avanzada, la persona se encuentra postrada en cama con un gran deterioro neurológico.

En promedio, la mayoría de los pacientes fallecen en los primeros 5 años, pero existen muchos casos con 10, 15 y hasta 20 años de evolución.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

La farmacoterapia está indicada cuando la conducta anormal del sujeto no es debida a una causa orgánica, un efecto colateral de otros medicamentos o se vuelve tan peligrosa que amenaza la seguridad propia y de las personas que los rodean, o no responden a las medidas no farmacológicas.

Los trastornos de conducta que frecuentemente se relacionan con la EA. Son: la depresión, los trastornos del sueño, la ansiedad, la agitación psicomotora, la agresividad y el síndrome del crepúsculo. Los fármacos más utilizados para tratar estos trastornos son: los antidepressivos, los antipsicóticos atípicos, y los inhibidores de la colinesterasa. (17).

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa más utilizados son: Eranz, Exelon, galantamina (reminyl) memantina (ebixa).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

La depresión es un trastorno que suele estar presente en todas las etapas de la EA, puede ser endógena por disminución de neurotransmisores y/o exógena por conciencia de enfermedad y disminución de capacidades por lo que es necesario identificar las causas, labor que no es muy fácil de lograr antes de que la enfermedad progrese. Los síntomas se manifiestan de diferentes formas, dependiendo de que tan avanzada este la enfermedad. Al principio, los síntomas son similares a las manifestaciones que ocurren en el adulto sin deterioro cognitivo, como los sentimientos de culpa, la tristeza, la angustia y la minusvalía. Los pacientes se aíslan también de la sociedad y se vuelven mediatibundos.

Los pacientes que padecen EA experimentan también frustración y ansiedad. A medida que la enfermedad avanza a las etapas intermedias, la ansiedad y la frustración aumentan y los pacientes pueden llegar a experimentar mayor agitación psicomotora. Cuando se aproxima la fase terminal, la agitación y la ansiedad pueden convertirse en una conducta abiertamente agresiva.

La farmacoterapia más utilizada para tratar a la depresión en la EA. son: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o (ISRS) Dentro de éstos tenemos: el citalopram y la sertralina. Estos medicamentos suelen ser muy bien tolerados por los pacientes ancianos, presentan pocos efectos colaterales, y las dosis bajas son suficientes para lograr por lo menos una mejoría parcial de la depresión. Este punto es importante ya que los pacientes con EA experimentan mas efectos colaterales por los medicamentos en general en comparación con las personas cuya función cognitiva es normal, pero sobretudoo por los agentes psicoactivos. Si un ISRS es ineficaz o no es tolerado por el paciente, las alternativas terapéuticas son el bupropión, la venlafaxina o la nortriptilina (en los pacientes que no padecen cardiopatías). (18).

(17)Ellis, Jay. M. Armitage. Keith, B; ATENCIÓN MEDICA. Revista de actualización Médica. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Intersistemas.S.A. de C.V. México. D.F. agosto 2001.

(18)item.

TRASTORNOS DEL SUEÑO.

Los trastornos del sueño en los pacientes que padecen EA pueden atribuirse en parte a la depresión que generalmente se encuentra presente y en parte a la misma enfermedad ya que ésta altera los patrones de sueño. El ritmo circadiano puede llegar a alterarse ya que en estos pacientes se pierden o disminuyen las capacidades cognitivas así como las destrezas manuales para participar en actividades que normalmente los mantienen ocupados durante el día, como el hecho de leer un libro o hacer reparaciones pequeñas en el hogar. Los pacientes se aburren como resultado de su bajo nivel de actividad y se duermen. El hecho de dormir excesivamente, que se debe a la inhibición del centro del sueño en el cerebro, altera el ciclo natural sueño-vigilia, por lo cual los pacientes permanecen despiertos en la noche y llegan a experimentar desorientación, esto a su vez hace que los pacientes experimenten más ansiedad, agitación y deambulen en el hogar.

Las medidas no medicamentosas para mejorar los hábitos del sueño son: mantener al paciente ocupado mentalmente durante el día, adherirse a un programa estructurado diario y dar oportunidad para el ejercicio físico. Los medicamentos son necesarios cuando estas medidas fallan. El zolpidem, el zaleplón o la trazodona son útiles para el insomnio en este tipo de pacientes.

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD.

La ansiedad es otro síntoma frecuente en todas las etapas de la EA y como el insomnio, está relacionada con la depresión que se origina de la comprensión subjetiva del deterioro mental.

Otras causas de la aparición de la ansiedad son provocadas por la confusión relacionada con el déficit en la cognición, la memoria y el lenguaje, o por las ideas delirantes relacionadas con la paranoia o por los trastornos del sueño.

Cuando la ansiedad se acompaña de depresión los ISRS son eficaces. El efecto sedante de la trazodona es de gran utilidad cuando la ansiedad ocurre en la noche y da como resultado insomnio. Cuando se presentan la ansiedad y la agitación psicomotora conjuntamente pueden tratarse con ácido valproico o carbamacepina. Si los síntomas no mejoran con el tratamiento o si las ideas delirantes y las alucinaciones producen o empeoran la ansiedad, pueden utilizarse dosis muy bajas de antipsicóticos atípicos como la olanzapina, la risperidona o la quetiapina.

La buspirona o las benzodiazepinas de acción corta como el loracepam son útiles para aliviar la ansiedad en los pacientes que padecen EA.

Los efectos colaterales de estos fármacos, como la confusión y el riesgo alto de sufrir caídas, pueden ocasionar un problema. Por lo tanto, los mejores resultados se obtienen cuando se utilizan éstos, por periodos breves y se limitan para algunos sucesos que provocan estrés, como el cambio de residencia o un procedimiento médico que causa ansiedad.

TRATAMIENTO DE LA AGITACION Y LA AGRESIVIDAD.

La agitación psicomotora es frecuente en las personas con EA y se da a medida que la enfermedad pasa de las etapas intermedias a las etapas terminales. Al igual que la ansiedad, la agitación psicomotora tiene su origen en los trastornos del sueño o la confusión y también puede deberse a la frustración que experimenta el paciente en relación con el deterioro de sus facultades mentales. Puede ser un indicio de enfermedad orgánica o de depresión.

La agresividad y la beligerancia son conductas relacionadas con la agitación que sirven como un medio para expresar los sentimientos de depresión, frustración, enfermedad o malestar. El morder, el abuso verbal y el golpear a las personas son conductas transgresoras comunes y suelen ocurrir en respuesta a situaciones especiales, como los intentos de proporcionar cuidado personal. Los pacientes llegan a sentir frustración y resentimiento si no comprende lo que el cuidador desea cuando le está dando instrucciones o ayudándole en las actividades de la vida diaria, como vestirse o bañarse. Por tanto los pacientes manifiestan agresión como una salida para sus sentimientos. Los pacientes a menudo responden mejor a las órdenes sencillas y de un solo paso, como “quítense las pantuflas” y luego “póngase los calcetines”, en lugar de una orden general, como “vistase”. (19).

Entre los pacientes con EA, el malestar físico y la enfermedad orgánica puede ser expresada en forma beligerante. Por lo tanto, el personal del área de salud, el o los cuidadores así como los familiares deberán estar alertas para saber si el paciente está sufriendo dolor ya que en los ancianos que padecen demencia el dolor no se manifiesta de la manera habitual. Los pacientes con EA no son capaces de relacionarse con su cuerpo así como lo hacen las personas sin deterioro cognitivo y, por tanto, utilizan la agresión y otras conductas, como gritar y negarse a comer, para manifestar el dolor o la sensación de estar enfermo. En este caso, todo lo que se necesita para terminar con los episodios agresivos es curar la enfermedad orgánica o aliviar el dolor.

La terapia farmacológica para la agitación psicomotora y la agresividad es necesaria cuando las medidas o modificaciones del ambiente, como poner etiquetas visibles en los cajones y las vitrinas o limitar el menú y las opciones de las prendas de vestir, ya no son suficientes para disminuir o limitar la conducta agresiva. Los ISRS o la trazodona son eficaces cuando la conducta se acompaña de depresión. Los antipsicóticos atípicos también se utilizan en dosis bajas para tratar la agitación y la agresividad, sobre todo en los casos de psicosis. Los inhibidores de la colinesterasa disminuyen las conductas directamente relacionadas con el deterioro cognitivo debido a que reducen el deterioro intelectual. Sin embargo, la investigación determinará la utilidad de estos fármacos para mejorar o disminuir las conductas problemáticas en los pacientes con EA, y para la agitación psicomotora se requerirá de una terapéutica más eficaz. (20).

(19)Ellis, Jay, M. Armitage, Keith, B: ATENCIÓN MEDICA, Revista de actualización Médica. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, Intersistemas.S.A. de C.V. México, D.F. agosto 2001.

(20)ítem.

TRATAMIENTO DE LAS IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES.

Las ideas delirantes y alucinaciones ocurren con mayor frecuencia en las etapas intermedia y terminal de la EA, y también causan agresividad. A los pacientes los perturba o les da miedo lo que ven en la televisión, como la gente que dispara u otra forma de violencia. Piensa que estos eventos están ocurriendo realmente o les están sucediendo a ellos, y atacan físicamente como una forma de expresar sus temores. Por lo tanto, es importante que los cuidadores vigilen los hábitos televisivos de los pacientes que padecen EA.

Las ideas delirantes son comunes también en estos pacientes debido a que la paranoia ocupa los espacios cuando la memoria está fallando. Estos tipos de ideas delirantes producen también conductas violentas cuando perturban a los pacientes. Los pacientes pueden sospechar que sus esposas les son infieles o que sus familiares les están robando sus pertenencias. Quienes padecen de EA creen también que su hogar está siendo robado por la noche o que sus parientes están siendo reemplazados por impostores (síndrome de Capgras) (21).

Las alucinaciones suelen ser visuales y pueden desencadenar una crisis de agresividad. Si la alucinación causa miedo a los pacientes, pueden experimentar agitación y recurrir a la violencia. Sin embargo las alucinaciones suelen perturbar más a los cuidadores que a los mismos pacientes.

Los antipsicóticos atípicos a dosis muy bajas se utilizan para controlar las ideas delirantes, la paranoia y las alucinaciones. En un estudio se encontró que la risperidona a dosis de 1 mg/d mejoró considerablemente los síntomas de la psicosis y la agresividad de los pacientes con demencia, en comparación con el placebo. Sin embargo los antipsicóticos atípicos no deben utilizarse por razón necesaria, sino que deben administrarse de manera regular durante un periodo corto a una dosis determinada en el momento del día en que la conducta anormal suele ocurrir o tiende a empeorar. Si la conducta anormal está controlada, es posible suspender o comenzar a disminuir la dosis del medicamento, y quizá sustituirlo por un ISRS. (22).

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL CREPUSCULO.

Esta manifestación conductual de la EA incluye muchos de los trastornos que han sido analizados. Los pacientes que la sufren experimentan más agitación y ansiedad al término de la tarde o en las primeras horas de la noche, después de desempeñarse y comportarse adecuadamente en el día. Por lo tanto, la agitación y la ansiedad vuelven a los pacientes agresivos. Este problema es causado por la disminución de la estimulación sensorial debido al descenso de la luz natural o por la fatiga relacionada con el cambio natural de los ciclos del organismo. Los antipsicóticos atípicos son muy útiles para el tratamiento del síndrome del crepúsculo y de la confusión nocturna por su efecto sedante.

(21)Ellis, Jay. M. Armitage, Keith. B. ATENCIÓN MÉDICA. Revista de actualización Médica. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Interistemas,S.A. de C.V. México, D.F. agosto 2001.

(22)ítem.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS COLATERALES.

Algunos fármacos deben evitarse o deben prescribirse sólo en casos determinados en los pacientes que padecen EA por sus efectos colaterales, ya que éstos, pueden incrementarse en las personas que padecen demencia. La mejor manera de reducir al mínimo o evitar los efectos nocivos de los medicamentos que se utilizan en los ancianos que padecen demencia es restringir su uso para algunas situaciones, prescribir las dosis más bajas posibles y limitar la duración del tratamiento.

FARMACOS QUE DEBEN EVITARSE EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Debe evitarse el uso de cualquier fármaco que produzca un efecto anticolinérgico notorio o que pueda afectar la capacidad cognitiva en los pacientes que padecen EA, a menos que haya una indicación clara. Este sería el caso de la difenhidramina, indicada para los trastornos del sueño o las alergias, debido a que causa sedación y confusión.

Posiblemente los antidepresivos tricíclicos no deberían prescribirse a los pacientes con EA que toman inhibidores de la colinesterasa en vista de que los efectos antagónicos sobre el metabolismo de la acetilcolina podrían aumentar la demencia. Además de la confusión, los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos son boca seca y constipación seria. Estos fármacos causan arritmias cardíacas o incluso muerte súbita de origen cardíaco. Si se toma la decisión de prescribir antidepresivos tricíclicos, cuando el tratamiento con ISRS fracasa, por ejemplo, se debe vigilar estrechamente la respuesta clínica del paciente a través del ECG y la medición de las concentraciones séricas del fármaco. Además, se debe hacer un recuento de leucocitos con diferencial antes de iniciar el tratamiento y de manera periódica, así como solicitar pruebas de funcionamiento hepático. (23).

EFECTOS COLATERALES DE LOS FARMACOS MAYORMENTE UTILIZADOS.

Los antipsicóticos atípicos tienen mejor perfil de efectos adversos – como menor riesgo de efectos extrapiramidales y discinesia tardía- que los antipsicóticos tradicionales, como el haloperidol a favor de los antipsicóticos atípicos, sobre todo en los pacientes que padecen enfermedad de Parkinson además de EA.

Sin embargo, algunos de los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina y la quetiapina, en ocasiones causan hipotensión ortostática.

La hipotensión ortostática ocurre también con la trazodona. Otra consecuencia posible de la trazodona en los hombres es el priapismo, aunque esto no es frecuente. Como se mencionó, las benzodiazepinas aumentan el riesgo de caídas debido a que disminuyen el tono muscular y causan problemas de equilibrio.

Los ISRS causan diarrea y anorexia en los pacientes ancianos, aunque estos efectos colaterales desaparecen a menudo dos semanas después del inicio del tratamiento. Los trastornos gastrointestinales se reducen al mínimo si se prescriben dosis muy bajas al inicio del tratamiento y se incrementan gradualmente. Estos fármacos causan también alucinaciones o ideas delirantes, aunque esto es muy raro. (24).

(23)Ellis, Jay, M. Armitage, Keith, B. ATENCIÓN MÉDICA, Revista de actualización Médica. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Intersistemas, S.A. de C. V. México, D.F. agosto 2001.

(24)ítem.

DURACION DEL TRATAMIENTO.

Es importante evaluar el estado funcional cognitivo y la conducta de los pacientes de manera regular (por lo menos cada tres o seis meses si los pacientes no están internados). Los pacientes que están hospitalizados o que están internados en un asilo deben ser evaluados con mayor frecuencia, porque, a medida que continúa el deterioro cognitivo, las conductas anormales pueden cambiar. Las conductas anormales que están presentes desde el principio de la enfermedad disminuyen y aparecen nuevas conductas anormales. En las etapas avanzadas, los pacientes se vuelven más apáticos y menos agresivos que antes.

No existe una regla general para determinar la duración de la farmacoterapia porque la evolución de la enfermedad es muy variable en las personas. Los pacientes pasan a través de fases en que pueden ser agresivos y luego entran a otras fases de calma y complacencia relativa.

La duración del tratamiento suele depender de la situación clínica y de las conductas que refieren los cuidadores.

Por tanto, es importante comunicarse con el cuidador para evaluar la conducta. Sin embargo, en la mayoría de los casos de farmacoterapia mejora o disminuye –pero no suprime completamente– las conductas anormales. Cuando se ha logrado disminuir la conducta anormal hasta el punto en el que ocurre muy pocas veces, es posible tratar de disminuir la dosis o comenzar a suspender gradualmente el medicamento. Cuando la conducta anormal vuelve a manifestarse, el tratamiento se reanuda nuevamente tan pronto como sea posible. (25).

TERAPEUTICAS ALTERNATIVAS.

La vitamina E y el ginkgo biloba están siendo investigadas como posibles terapias para el deterioro de la memoria y los trastornos de la conducta relacionados con la EA. No existen evidencias concretas de que estas terapias sean eficaces en vista de que los resultados de los estudios respecto a la eficacia son contradictorios y aún se están realizando otros estudios prospectivos. (26).

(25)Ellis, Jay. M. Armitage, Keith. B: ATENCIÓN MEDICA, Revista de actualización Médica. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Intersistemas,S.A. de C.V, México, D.F. agosto 2001.

(26)item.

APOYO FAMILIAR.

Existen diferentes libros y artículos que hablan sobre este punto, ya que es muy importante que las personas y/o la familia conozca acerca de la enfermedad, su curso y los cuidados que pueden prodigar, las modificaciones al entorno que pueden llevar a cabo y lo más importante el cuidado y apoyo que deben de recibir a su vez los cuidadores en el transcurso de la enfermedad.

Atender a una persona que padece la EA requiere de numerosas destrezas, pero también de una fortaleza emocional considerable. Es característico que los miembros de la familia sufran por la pérdida gradual de alguien a quien aman aun mientras le proporcionan cuidados. Aproximadamente la mitad de las personas que cuidan a pacientes que padecen la EA afirman que han experimentado depresión.

Cuando se hace el diagnóstico de EA por primera vez, es recomendable reunirse con los familiares cercanos, incluyendo a aquellos que viven fuera de la ciudad. Se debe alentar a la familia para que asignen a una persona el papel de cuidador principal. La atención será muy fácil si todos aprueban quien tomará las decisiones principales, así el equipo interdisciplinario de salud podrá tratar con esta persona, informándole acerca de las necesidades físicas del paciente, sus requerimientos de seguridad, problemas potenciales y tipos de conducta; lo que facilitará que la persona responsable de tomar las decisiones principales podrá comunicarse con los otros miembros de la familia acerca de los cuidados que se proporcionarán al paciente. Será conveniente conocer los tipos de relaciones establecidas entre los diferentes integrantes de la familia ya que se verán modificadas durante el curso de la EA pudiendo establecerse nuevos roles y redefinirse las relaciones entre los integrantes de la familia. (esto será posible al establecer un familiograma).

Los cuidadores deberán saber como crear un ambiente seguro para el paciente que padece EA efectuando cambios en el hogar; así mismo, necesitan consejos prácticos y capacitación sobre como hacer frente a las conductas problemáticas de la mejor manera. Esto hará que proporcionen mejores cuidados y sean capaces de mantener al paciente en el hogar durante mayor tiempo.

MEDIDAS DE ORDEN GENERAL.

Dentro de las orientaciones que deben recibir los cuidadores estarán las precauciones a tomar para reducir al mínimo riesgos de accidentes. Se les dirá que deben identificar al paciente, por ejemplo con una pulsera o con una placa con teléfonos, dirección y nombres para contactar en caso de que se pierda, incluso puede ser de utilidad coser etiquetas en la ropa con estos datos; es conveniente también prevenir o avisar a los vecinos acerca de lo que esta ocurriendo para que ellos puedan dar aviso si ven deambulando al paciente sin compañía, en el caso que llegara a perderse, debemos orientar al cuidador y decirle que debe mantener la calma, buscar en la colonia, preguntar a los vecinos y posteriormente acudir a la policía con una foto reciente para pedir informes y solicitar ayuda; tendrá que evaluar por que aconteció, si hubo modificaciones en el ambiente, si el paciente estaba excesivamente supervisado y restringido o si fue por haberle pedido alguna cosa, que al no entenderla, lo hizo sentirse presionado o angustiado.

Quizás no sean necesarias estas medidas en la etapa inicial de la enfermedad, pero es recomendable anticipar algunas situaciones. Los miembros de la familia y personas que conviven en el mismo ambiente, deben ser avisados de la posibilidad de empeoramiento de la demencia, de la confusión, irritabilidad y agresividad cuando presencian sin entender discusiones entre personas.

Una situación de emergencia común en estos pacientes es el atragantamiento, ya que puede estar dañada la capacidad de deglución. La primera precaución es prevenirla, es decir, indicarle al cuidador que no hay que dar al paciente alimentos difíciles de tragar como pastillas, nueces, chicles, y recomendar mejor alimentos suaves y semisólidos. También que no debe alimentar al paciente acostado, adormilado o agitado, ya que se favorece la aspiración. Si el paciente se está ahogando o asfixiando con algún alimento, lo mejor será intentar sacarlo con la mano o colocarse detrás del paciente abrazándolo y haciendo presión en la región localizada inmediatamente debajo de las costillas.

Algunos pacientes que aun mantienen un alto grado de autonomía, comienzan a presentar problemas en relación a su independencia y pueden realizar actos que terminan por perjudicarlos al poner en riesgo su seguridad física y económica, por lo que el control del dinero, papeles importantes y de sus bienes, son factores importantes que se traducen en sentimientos de independencia y responsabilidad. Es fundamental para el paciente que esta transición se realice gradualmente, ya que el retirarle bruscamente todos sus bienes y valores, puede causarle gran inseguridad. Es muy importante que en la etapa inicial, la familia se reúna y defina la situación de las finanzas del enfermo.

Otra pérdida importante, no solo emocional sino también económica, a la que se enfrentan los pacientes, es cuando son retirados completamente de su trabajo. Se sugiere hablar con el jefe inmediato ya que él puede ir cambiando su ocupación, asignándole tareas de menor responsabilidad pero ayudándolo a sentirse útil; esta pérdida también puede ser sustituida por ocupaciones domésticas o actividades alternativas, haciéndolo sentir activo, útil y positivo. Cuando los pacientes se jubilan o retiran, es común que sobrevengan estados depresivos que deberán ser evaluados y tratados.

Una actividad que puede resultar peligrosa y que debe ser restringida es manejar o conducir. Se deberá intentar explicar el porqué de la restricción, enfatizando que es por razones de seguridad.

Es importante corregir deficiencias visuales porque se mejorará la coordinación y la relación con el mundo exterior; los anteojos deberán utilizarse con una correa para evitar que se pierdan y es aconsejable tener siempre otro par de repuesto.

La demencia provoca dificultad para identificar colores suaves, así como pisos y alfombras con figuras geométricas, por lo que deberán usarse colores contrastantes. Es importante mantener al paciente en un ambiente iluminado y tratar de mantener las luces encendidas desde antes del atardecer e incluso durante la noche, ya que esto le da al paciente paz, calma y tranquilidad. Los pasamanos o barandales y las escaleras deberán ser contrastantes con las paredes y a las puertas de vidrio deberán colocarse cintas adhesivas de colores a la altura de los ojos para evitar accidentes.

La audición es también un sentido muy importante ya que al haber cambios en la comunicación, se puede presentar un serio defecto en la calidad de vida del paciente. El tono de voz utilizado para permitir un mejor entendimiento no debe ser agudo ni muy fuerte, sino suave, sereno y confiable. También se deberá mantener contacto visual cada vez que se quiera explicar o decir algo.

Toda y cualquier alteración posible de corregir o mejorar, deberá ser tratada adecuadamente y cuanto mas temprano se detecte el problema, mayor será la probabilidad de corregirlo. Si el paciente utiliza aparatos auditivos, será necesario también contar con un par de repuesto.

Los muebles no deben ser cambiados de lugar para que el paciente recuerde bien lo que le rodea. Es conveniente colocar en el hogar objetos familiares, como fotografías antiguas, o

un sillón favorito y cuando sea necesario, se dirigirá la atención del paciente hacia esos objetos. Los espejos provocan distracción visual que ocasiona desorientación.

Los bordes de los mostradores de la cocina deben ser redondeados para minimizar las lesiones en caso de que el paciente resbale y caiga cerca de ellos. Los objetos que se rompen deben ser retirados y almacenados fuera del alcance del paciente. Es recomendable instalar cerraduras en las puertas y alacenas, así como cubrir los contactos eléctricos. Algunos pacientes arrojan objetos al sanitario, lo que puede originar problemas, deberá de tenerlo en cuenta el cuidador para que coloque los objetos (papel de baño, esponja, etc) fuera de su alcance.

Es aconsejable en la habitación del paciente tener camas convencionales con protecciones laterales para evitar caídas, en caso de pacientes muy agitados se recomienda colocar la cama pegada a la pared y fija al suelo; si el paciente ya cuenta con cierto grado de debilidad se recomiendan las camas hospitalarias; recordar que es importante mantener una luz encendida durante la noche.

Todos los medicamentos, productos tóxicos, tijera, hojas de afeitar, aparatos eléctricos y cables deben ser guardados en lugares seguros y cerrados; las cerraduras de las puertas deberán permitir la apertura por ambos lados.

La cocina es un lugar peligroso, por lo que se recomienda tomar precauciones. No se debe permitir el acceso al paciente sino es acompañado, por lo que deberá mantenerse cerrada; en caso de restricciones alimenticias se recomienda mantener el refrigerador cerrado con llave.

Las escaleras son también causa frecuente de accidentes graves, se recomienda equiparlas con barandales (de preferencia de un solo lado) y diferenciarlos de las paredes, también se puede limitar su acceso utilizando rejas para bebe o puertas de seguridad; es muy importante mantenerlas bien iluminadas; sin embargo la mejor medida de seguridad es la supervisión constante durante las 24 hrs. del día, pero como ésto no es posible en ocasiones, con estas medidas se estará proporcionando al paciente cierto grado de libertad e independencia.

Con respecto al baño se colocará una silla de baño y barras de seguridad dentro de la regadera, en el caso de que exista tina y no se pueda quitar se procederá de la misma forma con el fin de proporcionar apoyo y equilibrio a los pacientes. El piso deberá ser antiderrapante y se pueden colocar tapetes de goma en áreas susceptibles de accidentes. Se recomienda utilizar jabón líquido y se deberá tener mucho cuidado con la temperatura del agua, ya que los pacientes pierden la sensibilidad al calor y al frío; las manijas deben ser de fácil manejo (como las de tipo palanca). Los objetos de uso personal y de higiene deben satisfacer las necesidades básicas y elementales (toalla, jabón, cepillos, pasta dental, papel higiénico, etc.).

ACERCA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE.

Aun cuando el baño parece ser una actividad común y fácil, se puede volver compleja, peligrosa y estresante. En la etapa inicial puede existir una resistencia a bañarse o ser bañado, por disminución de la autoestima, pérdida de la rutina, desorientación en tiempo y espacio o simplemente por creer que es algo que ya hicieron.

Algunas cuestiones son críticas y no se consideran, como el sentimiento de pérdida de la individualidad y la falta de privacidad; otra causa de resistencia puede ser por recuerdos pasados como caídas accidentales, quemaduras por agua caliente, frío, ardor en los ojos por el jabón, etc., pero otros disfrutaban de este momento con gran placer, siendo incluso un

recurso utilizado por muchos familiares ante un paciente agitado. Se puede concluir por lo tanto, que el bañar al paciente puede ser extremadamente complicado y estresante si es mal llevado, o por el contrario agradable y hasta con un efecto terapéutico, si esta bien orientado.

El mantener una rutina en lo cotidiano, le da al paciente sensación de seguridad, con lo que se resistirá menos a ciertas actividades. Aunque también se debe de ser flexible.

Es importante respetar hasta donde sea posible, la autonomía del paciente; es también fundamental que el cuidador adopte la actitud de alguien que ayuda y colabora y no asumir una posición de control y mando, ya que actitudes de este tipo terminan por inhibir la participación y la iniciativa del enfermo; lo que lleva rápidamente hacia la dependencia total. El verdadero cuidador, orienta sus acciones a preservar y maximizar las habilidades que el enfermo aun tiene.

La falta de una preparación adecuada puede llevar a una situación tensa y peligrosa: los órdenes deben de ser simples, una por una, y deben estar acompañadas por estímulos; también es importante saber que no existen respuestas ciertas y definitivas para determinadas actitudes.

Existen algunas reglas para el uso de la ropa: las opciones deben estar limitadas a pocas prendas, acomodadas en el orden en que se deben poner y debidamente combinadas. Es mejor usar ropa con resorte que con botones. Algunos cuidadores preparan 2 o 3 conjuntos de ropa. Dejando al paciente elegir los conjuntos y no prendas aisladas. Es común que digan que la ropa no les gusta o no les pertenece, por lo que el uso de etiquetas o de alguna otra forma de identificación son una buena idea para que los pacientes las acepten con mas facilidad; algunas personas con EA prefieren utilizar la misma ropa todos los días porque les resulta familiar y elimina la necesidad de tomar decisiones, por lo que se aconseja adquirir dos o mas vestuarios iguales para poder lavar uno mientras el paciente usa otro.

La buena presentación del paciente ayuda a mejorar su autoestima y refleja la calidad de los cuidados que se le están proporcionando. Se recomienda que usen zapatos sin correas así como el uso de calzadores y medias o calcetines. El paciente debe vestirse siempre en el mismo lugar, y se le puede ayudar colocando etiquetas o dibujos en los cajones y puertas que le ayuden a identificar donde se guarda cada prenda.

La higiene oral es esencial para la salud y el bienestar de los pacientes, la ausencia o las malas estrategias de ésta puede llevarlos a tener focos de infección; los dientes, la lengua y las prótesis (todo el interior de la boca) deben ser perfectamente cepillados o limpiados después de cada alimento. Las prótesis deben estar bien ajustadas ya que pueden causar lesiones, alterar la masticación y hacer que el paciente comience a tener problemas de alimentación, con el consecuente deterioro en su estado nutricional.

La mayoría de los pacientes masculinos se sienten mucho mejor cuando están afeitados, por lo que se recomienda el uso supervisado de rasuradoras eléctricas.

Algunos pacientes suelen chuparse los dedos y morderse las uñas, por lo que el mantener las manos limpias y las uñas cortas les previenen infecciones. En casos extremos, se puede utilizar guantes.

Las uñas de los pies deben ser cortadas cada 2 a 3 semanas y el corte recto se debe realizar sin profundizar en los cantos para evitar que se encarnen. En pacientes diabéticos, se deben intensificar estos cuidados por el riesgo que existe de que una infección evolucione a gangrena y posteriormente a amputación.

También es importante mantener la piel hidratada y bien lubricada con cremas y aceites; un masaje después del baño, además de ser reconfortante y de efecto calmante favorece la

circulación.

Independientemente del sexo del paciente, el cabello debe ser preferentemente corto, considerando los aspectos estéticos y sus gustos previos, la frecuencia del lavado dependerá del clima, del estado de salud, costumbres o sexo del paciente, pero lo mínimo aceptable es dos veces por semana. Los shampoo y jabones para bebés ayudan a evitar irritaciones en los ojos.

En la etapa inicial muchos pacientes tienen la autonomía necesaria para satisfacer, por sí mismos y sin auxilio, sus necesidades fisiológicas. El mantener esta autonomía es de gran importancia, pues preserva la privacidad, la dignidad y la noción de independencia del enfermo. La ubicación del baño debe estar bien señalizada con dibujos o con puertas de diferente color, también es aconsejable registrar los horarios normales para orinar y defecar, para acostumbrar al paciente a realizarlo en horarios similares. La anticipación es un gran recurso en el manejo de las incontinencias.

Otra posibilidad es la regularización del funcionamiento intestinal por medio de dietas, la restricción de líquidos a partir de un determinado horario puede evitar o minimizar las ganas de orinar por la noche, previniendo accidentes de incontinencia. Algunos pacientes con dificultad de expresión acostumbran señalar con gestos y actitudes sus necesidades, por lo que aprender a descifrarlas, ayudará y facilitará esta tarea. Es importante anotar cualquier alteración en la frecuencia, coloración u otra anomalía en la orina o en las heces.

ALIMENTACION.

La alimentación es una actividad esencial para la sobrevivencia y generalmente es responsable de trastornos severos en la vida cotidiana de un paciente con demencia. Por tratarse de una actividad con horarios preestablecidos, debe ser planeada cuidadosamente, con el objeto de que sea una actividad agradable y tranquila. En la medida en que el deterioro cognitivo avanza, se torna cada vez más difícil y problemática, por lo que una alimentación saludable, bien equilibrada en cantidad y calidad, es indispensable en la prevención de complicaciones como infecciones y adelgazamiento u obesidad.

Algunos problemas relacionados con la alimentación van desde la masticación, olvido de que acaba de comer y dice que no ha comido o viceversa, desparramar la comida por la mesa, por la ropa, comer con las manos, etc. Es por esto que, para tener una alimentación adecuada, debe establecerse una estrategia que dependerá del grado de deterioro de sus funciones mentales y de las alteraciones de conducta del paciente.

También aquí es importante la rutina y los horarios, el lugar donde se sirva la comida debe ser tranquilo, limpio y sin manteles, el plato debe ser de plástico o incluso adherible, pueden ser útiles los delantales o baberos para evitar que se ensucie; se deben dar los alimentos uno a uno y deberán estar cortados del tamaño apropiado para facilitar la masticación y la deglución.

Si el paciente ya no sabe usar los cubiertos, utilizará sólo la cuchara, si esto no fuera posible y el cuidador no puede administrar la comida se sugiere darle alimentos que se puedan comer con las manos como un sandwich, papas fritas, frutas en trozos, etc., los popotes son muy útiles para los líquidos y en etapas finales, el uso de jeringas, sondas o vasos especiales (como los que usan los niños), pueden ser también de gran utilidad. Se recomienda hacer las tres comidas tradicionales (de preferencia en los mismos horarios) y entre comidas proporcionar colaciones de verduras, frutas y líquidos (generalmente éstos son fraccionados) cuando el paciente se encuentre ansioso o agitado se puede cambiar por pequeñas comidas con intervalos de 3 o 4 horas.

Algunos pacientes restringen sus preferencias a determinados alimentos y formas de preparación, por lo que es importante respetarlas; otros requieren de dietas especiales por lo que se necesitará orientación especializada. Se deberán dar preferencia a los alimentos frescos y ricos en fibra para favorecer el funcionamiento intestinal. La ingestión adecuada de líquidos es fundamental y se recomienda que sea medida.

El proceso para alimentar pacientes altamente dependientes es muy laborioso y puede durar mucho tiempo, por lo que una actitud tranquila, respetando las limitaciones de los pacientes, sin prisas y con palabras estimulantes ayudan a lograr el objetivo.

LA COMUNICACIÓN.

Para establecer una comunicación eficiente con el paciente, es necesario un ejercicio constante de creatividad, estableciendo un verdadero dialecto entre el paciente y su extraño y particular mundo y la realidad; si se logra alcanzar un buen nivel de entendimiento, será fácil atender sus necesidades.

La familia puede lograrlo una vez que sus miembros posean entre si una comunicación muy particular con gestos, determinadas actitudes, expresiones faciales, contactos físicos y movimientos que expresen con claridad muchas veces mas que las palabras, los mas variados sentimientos: alegría, coraje, impaciencia, ansiedad, etc.; esta comunicación deberá realizarse a través de palabras, por escrito, con gestos, actitudes y por el contacto físico, pero el nivel y calidad dependerán del grado de deterioro de la memoria y entendimiento del paciente.

A medida que la enfermedad avanza, el diálogo se hace cada vez mas difícil; al principio olvida su propio lenguaje, posteriormente tiene dificultad para entender el significado real de las palabras y finalmente acaba por perder definitivamente el control sobre los mecanismos para articular sonidos y formar frases, creando así, ansiedad, angustia, agitación e incluso depresión. Esto justifica el esfuerzo en tratar de mantener, por el mayor tiempo posible, un canal de comunicación con el paciente por mas elemental que parezca, con la finalidad de aliviar ese sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

Los pacientes utilizan en etapas iniciales, diferentes técnicas para hacerse entender como el rodeo de palabras para dar a entender algo que se podía explicar mas brevemente o desvío del asunto que se esta tratando; para mejorar en estos casos la comunicación, es importante el diálogo sencillo y claro, no perder el contacto visual y físico y emplear un tono de voz adecuado.

En etapas intermedias es importante mostrar al paciente lo que se intenta expresar y estimularlo por medio de recuerdos, momentos memorables, fotografías y otros recursos que puedan acercarlo lo mas posible a la realidad; una palabra clave que deberá ser constantemente utilizada en todas las situaciones es la paciencia, así como también es importante minimizar los errores y elogiar los progresos, sin perder de vista que cada caso es único y que lo que funciona para uno, puede no funcionar para otros.

A partir de la etapa final, el proceso de comunicación se hace cada vez más difícil y se limita a actividades elementales, el vocabulario queda restringido a pocas palabras y las frases se simplifican al máximo, por lo que la utilización de gestos y mimica, ilustrando una pregunta, es vital para que exista alguna posibilidad de entendimiento. En esta etapa los recursos más valiosos en términos de comunicación son las manifestaciones de cariño y afecto y las palabras reconfortantes, ya que algunos gestos, actitudes y expresiones continúan teniendo hasta el final un gran poder de comunicación.

PERSONAS CON PERSEVERANCIA DE LA MARCHA O EXTRAVIADAS.

El hecho de vagabundear, es una de las conductas más difíciles y comunes que los cuidadores experimentan con las personas que padecen EA.

Debe solicitarse al cuidador que describa cuando el paciente suele caminar sin finalidad y que actividades estaba realizando el cuidador con el paciente antes de que ocurriera esta conducta. Después de identificar estos antecedentes, se podrá ayudar al cuidador a eliminar los factores que promueven el hecho de que se presente la perseverancia de la marcha.

Por ejemplo, uno de los factores que más a menudo propician esta acción es el llamado síndrome del crepúsculo. Este es desencadenado por cambios en la iluminación, por lo que la persona que sufre demencia no está segura de si es de día o de noche. El momento en que anochece puede ocasionar una gran confusión, por lo que es conveniente mantener al paciente ocupado en una actividad tranquila, como doblar la ropa recién lavada, lo cual puede hacerse mientras se está sentado a la mesa.

Muchos otros pacientes se mantienen inactivos durante el día, ya que quienes padecen la EA no ayudan con las tareas del hogar ni participan en las actividades normales de la vida cotidiana. Por tanto, cuando termina el día, el paciente ha almacenado energía que espera ser liberada.

En otros casos puede ser que el paciente haya tomado siestas durante el día, se haya aburrido con la t.v. y esté despierto y agitado a las 11pm. Esto podrá ser corregido programando actividades durante el día, ya sea que vaya a un centro para pacientes de EA, donde le asignen actividades, o que algún familiar o amigo lo lleve a almorzar o a practicar alguno de sus pasatiempos favoritos, o a dar un paseo.

Los fármacos para dormir ayudarán al paciente a conciliar el sueño, pero no le asegurarán que este permanezca dormido toda la noche.

Deberá recomendarse que se elimine la cafeína de la dieta del paciente sustituyéndola por bebidas descafeinadas y evitar los líquidos 2 a 3 horas antes de la hora de irse a dormir.

PRINCIPALES ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO.

Se debe de considerar, que determinados comportamientos como gritar, vagar por la casa, arrebatos de irritabilidad y agresividad, pueden ser una forma de comunicación. Existen tres factores que afectan el bienestar y alteran el comportamiento: factores ligados con el medio ambiente (temperatura, luz, ruido, sombras etc.); con los cuidados (nuestro comportamiento, tono de voz, gestos, etc.) y factores relacionados con el propio paciente (hambre, sed, frío, calor, dolor, etc.); dependiendo de la alteración de comportamiento presentada, se deberán adoptar ciertas medidas con la finalidad de minimizar y moldear determinadas situaciones.

Se pueden presentar alteraciones en el comportamiento sexual (como tocarse los genitales, desnudarse frente a personas), acciones repetitivas (gestos, palabras), actos de persecución (como seguir al cuidador), desaparecer objetos (porque los esconde, los pierde u olvida donde los colocó), auto-mutilación (ya que canalizan sus energías contra ellos mismos), acusaciones e insultos, reacciones de violencia o coraje, alteraciones del sueño, comportamiento nocturno inadecuado, o inclusive alteraciones mentales como ilusiones, alucinaciones y delirio.

PROBLEMAS MEDICOS FRECUENTES.

Los pacientes pueden presentar además de la EA enfermedades propias o comunes a la edad, por lo que el cuidador deberá tener en cuenta la dificultad de los pacientes para

comunicar síntomas de las mismas como: dolor, náusea, mareo, ardor al orinar, palpitaciones, etc.

La estrecha relación entre el paciente y el cuidador genera un verdadero lenguaje entre ellos y de esta forma se pueden detectar señales de alerta como empeoramiento o cambio súbito en el comportamiento, somnolencia o apatía, fiebre, palidez o sudoración, resfriado, alteraciones en el apetito, constipación, amoratamiento de las extremidades, vómito, diarrea, sed, adelgazamiento, hemorragias nasales, alteraciones en la piel, tos, expectoración, temblor, convulsiones, etc., que pueden ser secundarias a alguna enfermedad concomitante o atribuibles a algún medicamento que este tomando.

Una de las enfermedades más frecuentes es la neumonía que suele atacar de modo fatal al paciente y se presenta en forma silenciosa por alteración en el mecanismo de la tos, secreciones espesas por mala hidratación, alteraciones en la deglución (lo que provoca que se atraganten o aspiren los alimentos); para prevenirla se debe estimular la tos e hidratar al paciente, es aconsejable también mantener un ambiente húmedo, llevarlo a caminar y realizar ejercicios físicos, así como mantenerlo con una dieta balanceada para evitar en lo posible la aparición de la neumonía.

Las lesiones que se presentan en la piel con mucha frecuencia (sobre todo en región sacra) y que son reflejo de los cuidados dedicados al paciente, se llaman escaras; generalmente no son dolorosas y se pueden prevenir a través de la higiene o colocando almohadillas, cojines de agua o aire en los puntos de apoyo, así como el cambio de posición frecuente.

La incontinencia es una complicación que afecta la calidad de vida del paciente, implicando una sobrecarga física y emocional para el cuidador, por lo que no solo debe ser manejada médicamente, sino también bajo el punto de vista psicosocial (ya que causa aislamiento social, depresión y regresión) y económico. Es importante estar alerta de movimientos, gestos y actitudes que puedan indicar que el paciente quiere ir al baño, señalar adecuadamente el sitio donde encontrará el sanitario y reeducar al paciente haciendo énfasis en ingesta de líquidos, frecuencia de la micción, etc.

3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Para poder llevar a cabo la instrumentación del proceso de atención de enfermería, se realizó previamente, una revisión sobre el proceso de atención de enfermería y la autora en la que se basará el mismo.

El proceso de atención de enfermería es un sistema para planificar los cuidados de enfermería. Tiene un enfoque holístico, es decir, considera todos los factores que pueden incidir o actuar sobre la salud del individuo, grupo o familia, así como los efectos que pudieran originarse; tomando en cuenta que cada persona o grupo tiene necesidades, ideas, valores, percepciones y motivaciones particulares.

Como todo método o sistema se conforma de diferentes etapas o pasos que interactúan entre sí, pero que para fines de estudio y comprensión se han enumerado de la siguiente forma:

-valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Existen objetivos específicos del proceso de atención de enfermería, como cita en su trabajo José Raúl Dueñas Fuentes, los cuales se enumeran a continuación:

“El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

-Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

-Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

-Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.” (27).

Se pueden agregar a éstos los que aparecen enumerados en el capítulo VI del Manual de Enfermería Geriátrica en donde se definen los objetivos de los cuidados de enfermería como:

“-Promover, mantener o recuperar la salud.

-Ayudar al enfermo terminal a lograr una muerte pacífica.

-Permitir a los individuos o grupos a dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

-Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.” (28)

Las ventajas de aplicar un proceso de atención de enfermería son:

Que define el campo del ejercicio profesional y contiene normas que aseguran calidad en el actuar de enfermería, que el paciente participa de su cuidado, existe continuidad en la atención, mejora la calidad de la misma y es un proceso que es flexible, se adecua en cada instante a las necesidades del paciente debido a que existe una retroalimentación constante.

Dentro de las características del PAE se encuentran:

-Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo. Es sistemático, es decir parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es dinámico, ya que responde a un cambio continuo, es interactivo, es decir se basa en la interrelación enfermera,-paciente, enfermera-familia, enfermera- grupo de profesionales de la salud. Es flexible ya que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada en donde se interrelacione con individuos, grupos o comunidades. Sus fases se pueden utilizar de forma sucesivas o conjuntamente y por último tiene una base teórica que la sustenta tanto en las áreas científicas como en las áreas humanitarias, además de que se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Se explica en forma breve, en que consiste cada una de las etapas del PAE, para pasar a revisar posteriormente algunos datos de Virginia Henderson y cómo define ella, los componentes del paradigma de enfermería.

1a. Etapa o etapa de valoración. Es la primera fase de PAE y consiste en obtener y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Los datos a obtener pueden ser recabados por fuentes primarias, es decir, el mismo paciente refiere los datos, se obtienen del expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que atienda al paciente y fuentes secundarias como revistas profesionales, o textos de referencia.

Existen diversos criterios para realizar la valoración y deberá llevar un orden para evitar el que no se consigne algún dato que pudiera ser importante.

Dentro de los criterios para la valoración se mencionan: criterio de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades inferiores, dejando para el final la espalda, de forma sistemática. Este criterio de valoración es el utilizado para el desarrollo del presente PAE, y los datos obtenidos serán consignados en el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Criterio de valoración por “sistemas y aparatos”. En este la valoración se realiza observando el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterio de valoración por “patrones funcionales de salud”. La obtención de los datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo-familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

En la valoración se deben obtener los siguientes datos:

Datos de identificación, datos culturales y socioeconómicos, historia de salud (diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos), valoración física y patrones funcionales de salud.

2ª. Etapa o formulación del diagnóstico de enfermería. Consiste en realizar uno o varios enunciados del problema real o en potencia del paciente que requieran de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos, corregirlos o disminuirlos como resultado de la valoración realizada con anterioridad. Cabe hacer mención que un diagnóstico enfermero no es sinónimo de uno médico.

Existirán problemas o necesidades del paciente, grupo o familia que competarán exclusivamente al área de enfermería sin la supervisión o dirección de otros profesionales, es aquí donde se realizan los diagnósticos de enfermería.

Existirán necesidades o problemas del paciente, grupo o familia que se den en una dimensión interdependiente, es decir, situaciones cuya prescripción y tratamiento

corresponden al área de enfermería en colaboración de otras áreas del sector salud para su solución y tratamiento.

Por último habrá problemas del paciente, grupo o familia que corresponderán exclusivamente al área médica en donde la responsabilidad de enfermería se concreta a administrar el tratamiento prescrito, por lo que se considera como una dimensión dependiente de la práctica de enfermería.

“El diagnóstico de enfermería, está formado por dos enunciados unidos por las palabras “relacionado con”. El 1er.enunciado incluye la respuesta humana identificada por el profesional de enfermería durante la etapa de valoración del proceso de enfermería. Establece los objetivos que determinarán el progreso en la prevención, reducción o alivio del problema de salud del cliente. El 2º enunciado consiste en los factores relacionados o de riesgo que contribuyen a la respuesta. Este enunciado sugiere las intervenciones que pueden estar indicadas para el control de la atención al cliente.” (29).

Existen diferentes tipos de diagnósticos enfermeros:

Diagnósticos reales, de riesgo (hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Cuando redactamos un diagnóstico debemos de considerar si es real, o de otro tipo.

“Real: representa un estado clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon1990). El término “real “no forma parte en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología, factores causales o contribuyentes (E)+signos/sintomas (S). Estos últimos validan el diagnóstico.

Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término. “ riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+etiología/factores contribuyentes (E).

(29) Kim, M.J, Mc Farland, G.K, Mc Lane, Diagnóstico de enfermería y Plan de Cuidados. 5ª. Ed. Barcelona, España; Mosby, 1994, págs. 18-33

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.” (30).

Para redactar un diagnóstico tenemos que tener en consideración:

-No redactarlo como un diagnóstico médico.

-Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con”, esto no quiere significar necesariamente que haya una relación causa – efecto directa.

-No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico, entre muchas otras directrices.

La NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) nos da una lista de diagnósticos formulados, revisados y aprobados conocidos como Taxonomía I – revisada que se utilizan en la práctica diaria de la enfermería; esto es con el objeto de hacer más fáciles las tareas de identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por el área de enfermería estandarizando así el actuar de enfermería.

Estos diagnósticos se agrupan en diferentes modelos o patrones de respuesta humana, son:

1)diagnósticos de intercambio, 2) comunicación, 3) relación, 4) valoración, 5)elección, 6)movimiento, 7) percepción, 8) conocimiento, 9) sentimiento.

3ª. Etapa. Planeación de los cuidados de enfermería. Se establece y se llevan a cabo los cuidados de enfermería que lleven al paciente, grupo o familia a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Se debe establecer primero prioridad en los cuidados, posteriormente, plantear los objetivos del paciente, grupo o familia con resultados esperados por ellos y por el profesional de enfermería. (a corto, mediano y largo plazo).

Posteriormente se hará la determinación de las actividades, acciones específicas ha desarrollar por el paciente, grupo, familia y personal de enfermería. Posteriormente se debe documentar y registrar para pasar a las siguientes etapas del PAE que son: ejecución y evaluación.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados:

Individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

4ª. Etapa. Ejecución. Será propiamente la implementación del plan de cuidados, es decir realizar las intervenciones prescritas en el plan de cuidados, identificando las respuestas a las acciones así como detección de posibles nuevos problemas.

5ª. Etapa. Evaluación. Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente, grupo o familia y los resultados esperados. Es decir, conocer el logro de los objetivos del plan de cuidados, determinar en que grado se cumplieron los objetivos planteados, así como identificar los factores que intervinieron para no alcanzar los objetivos, o cuales influyeron en forma determinante para el rápido logro de éstos llevando a modificar el plan de cuidados inicial o determinando si ya se finalizó con los cuidados requeridos.

4. VIRGINIA HENDERSON.

Nace en Kansas (Missouri) en 1897. En 1921 se gradúa como enfermera y se especializa en docencia. Incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería. Al igual que Dorotea Orem, concibe el rol de la enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas por lo que se les ha considerado como modelos de enfermería con tendencia de suplencia o ayuda. Dentro de los cuatro grandes grupos de teorías de enfermería, el modelo de Virginia Henderson se encuentra dentro de la categoría de enfermería humanística considerando a ésta como un arte y una ciencia.

Como definición de los cuatro elementos que conforman el paradigma de enfermería menciona lo siguiente:

ENFERMERIA.

Su definición de enfermería apareció publicada por primera vez en 1955 y afirma en este texto que "La única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que podría desarrollar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudarlo a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible."

PERSONA.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona y la familia son vistas como unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

ENTORNO.

Incluye factores ambientales como el entorno físico, y los factores socioculturales como son la propia familia, grupo étnico, cultura, aprendizaje y responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

SALUD.

La calidad de la salud, mas que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia. (31)

(31) www.ocenf.org/jaen/teorias.htm

INDEPENDENCIA. Capacidad de la persona de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA. Considera dos aspectos. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades, por otro, que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

CAUSA DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA. Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- 1. Falta de fuerza.
- 2. Falta de conocimientos.
- 3. Falta de voluntad.

La presencia de alguna de estas puede ocasionar dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES.

La valoración es la primera fase o etapa del proceso de enfermería que consiste en la obtención o recogida y organización de los datos sobre el estado de salud que conciernen a la persona, a través de diferentes fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente y el entorno. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, o los textos de referencia. Estas fuentes son la base para las decisiones y actuaciones posteriores de enfermería.

COMPONENTES O NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN HENDERSON.

Los 14 componentes o necesidades vitales que valora Virginia Henderson y que son comunes en todos los individuos si bien, cada persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida se enumeran a continuación, no sin antes aclarar que es necesario observar y revisar cada una de las necesidades por separado para posteriormente interrelacionarlas obteniendo una visión holística del individuo y así determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios de independencia y de dependencia de Henderson.

Estas 14 necesidades básicas son:

- 1. Necesidades de oxigenación.
- 2. Necesidades de nutrición e hidratación.
- 3. Necesidades de eliminación.
- 4. Necesidades de movimiento y postura.
- 5. Necesidades de descanso y sueño.
- 6. Necesidades de usar prendas de vestir adecuado.
- 7. Necesidades de termorregulación.
- 8. Necesidades de higiene y protección.
- 9. Necesidad de evitar los peligros.

- 10. Necesidad de comunicación.
- 11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12. Necesidad de trabajo y realización.
- 13. Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas.
- 14. Necesidad de aprendizaje.

5. PRESENTACION DEL CASO.

En base a los criterios establecidos en la metodología de este proceso de atención de enfermería, éste se aplicó a una paciente geriátrica que asiste a la casa de día de la Fundación Alzheimer “alguien con quien contar” con domicilio en la calle: Av. División del Norte no. 1044, Col. Narvarte, C.P. 03020, Delegación Benito Juárez.

Concepción B. S., de 76 años de edad, sexo femenino, talla de 1.53, peso 54.700kg, viuda, de religión católica, es originaria de Morelia, Michoacán. Actualmente vive en casa propia con domicilio en Cerro del Chiquihuite, no. 205, Col. Campestre Churubusco, en donde reside en compañía de su hermana y su cuñado. Trabajó como secretaria por lo que sus ingresos económicos se conforman de la siguiente manera: pensión por su trabajo secretarial, así como con la ayuda económica de su cuñado y su hermana. Durante su juventud practicó tenis.

En este centro se corrobora el diagnóstico de: enfermedad de Alzheimer, detectándose posteriormente la presencia de hipertiroidismo actualmente en tratamiento y controlado.

RESULTADOS DE LA VALORACION DE LAS NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

Necesidades de oxigenación.

No se reportan anomalías en la estructura física de las vías aéreas, y se auscultan campos pulmonares bien ventilados. La coloración de piel y mucosas se observa normal. Se detecta insuficiencia venosa en miembros inferiores. Sus signos vitales son: F.C. 63, F.R. 16. T.A. 100/60 Temp. 37.1.

Necesidades de nutrición e hidratación.

Puede alimentarse por sí misma, no así para realizar la compra y preparación de los mismos. Requiere de vigilancia con respecto de la masticación de los alimentos así como del aseo bucal ya que utiliza prótesis dental, la cual se encuentra en buen estado.

Será conveniente también el mantener vigilancia con respecto a su hidratación, ya que es capaz de sostener el vaso, pero no recuerda si ya ingirió líquidos o no y en qué cantidad. La piel y mucosas se ven hidratadas, las uñas se observan sanas, y el cabello está bien implantado, limpio y se observa hidratado.

Necesidad de eliminación.

Conchita presenta un buen vol. urinario, sus últimos análisis reportan orina: Color: amarillo, Cantidad: suficiente, Ph: 6.5 Densidad: 1.015 ausencia de proteína, sangre, cetona, glucosa.

No existe reporte de laboratorio sobre heces fecales, pero Conchita presenta un patrón de eliminación satisfactorio, regular y en buena cantidad.

Puede desvestirse y vestirse sola, por lo que se considera independiente para esta función, aún cuando presenta nicturia. No se observa, ni se reporta por su familiar sudoración.

No tuvo hijos, se desconoce historia de menopausia y datos de preocupación acerca de la actividad sexual.

Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.

Se observa que Conchita presenta nódulos interfalágicos e insuficiencia venosa periférica en miembros inferiores. Al aplicar la evaluación de marcha y balance de Tinetti se observa que es independiente para realizar estas funciones.

Necesidades de descanso y sueño.

Nuestro instrumento de valoración reporta problemas de memoria y disturbios del sueño.

Al aplicar el instrumento de evaluación mental logró contar del 1 al 10 y al revés, decir en que lugar se encontraba, que comió en su última comida, cuantos años tiene, en que año nació, no logrando contestar en que año estamos, en que mes y que día de la semana es.

Obtuvo una calificación de 19 puntos lo que nos indica junto con el instrumento anterior que se encuentra moderadamente confusa.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Conchita es capaz de vestirse y desvestirse. Logra lavar las prendas pequeñas, enjuagar sus calcetines, etc. Las prendas de vestir utilizadas regularmente se encuentran limpias y adecuadas ya que recibe ayuda de su hermana.

Necesidad de termo regulación.

No se detecta alguna situación adversa, su entorno es agradable.

Necesidad de higiene y protección.

Se observa piel íntegra, hidratada, con cambios propios en la coloración de la misma, presencia de léntigo senil, dermatitis por contacto (causada por el jabón), casi imperceptible en el momento actual. Se aplica el instrumento para valorar riesgo a úlceras por presión obteniéndose como resultado el que no hay riesgo de ulceración. Como se comentó con anterioridad debe darse seguimiento al aseo de la prótesis dental, aunque se encuentra en buen estado de higiene así como la cavidad bucal.

Necesidad de evitar los peligros.

El entorno de Conchita, tanto en su casa como en el Centro es seguro, solo se detecta ligera disminución visual.

Necesidad de comunicación.

Conchita sólo presenta en el momento actual, problemas para tomar decisiones, problemas de memoria, así como el uso de gafas o lentes. Aun no presenta afasia, apraxia, o agnosia, se observa bradipsiquía. Es por lo tanto aún factible el comunicarse con ella, que de seguimiento a indicaciones, manifieste si algo no le agrada o le incomoda en ese momento.

Al aplicar la escala de depresión geriátrica se observa que se encuentra en el rango de normal. Encontramos que tiene problemas para concentrarse, refiere que es maravilloso vivir, aunque reconoce tener mas problemas de memoria que la mayoría de las personas, no tiene miedo de que algo malo le está pasando, siente que su vida tiene un sentido.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Conchita pertenece a una religión específica como es la católica, y Dios tiene importancia para ella. Siente confianza en Dios, y por eso no se siente abandonada, cuenta además con su hermana y su cuñado, lo que la hace sentir acompañada, que puede recurrir a ellos cuando necesita ayuda. No tiene asuntos o negocios pendientes. Se siente satisfecha con su vida.

Necesidad de trabajo y realización.

Esta necesidad está cubierta al asistir a la casa de día de la Fundación Alzheimer. Siente que continúa de alguna forma activa con las actividades que realiza en el centro. Su situación laboral es pensionada, refiere sentirse satisfecho con su vida.

Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas.

Conchita practicó mucho tiempo tenis, por lo que se conserva con buen funcionamiento, participa activamente en el centro en todas las actividades dirigidas que se le ofrecen.

Necesidad de aprendizaje.

Conchita estudió comercio. Su capacidad de atención y memoria está deteriorada por lo que no es capaz de mantener su autocuidado o aprender educación para su salud.

Medicamentos prescritos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Tema
Eranz 10mg.	1 tab.	1 -0 - 0	Trastornos cognitivos
Tebonin 761 40 mg.	1 gragea	2 al día	Oxigenación celular.
Tapazol 5mg.	1 tab	2 al día	Hipertiroidismo
Rivotril gotas.	3 a 5 gts.	1 al día	Ansiedad leve
Halción 0.25 mg.	½ tab.	P.R.N.	Insomnio
Vit. E 40 mg.		1 al día.	Oxigenación celular.

La hermana de Conchita refiere que a partir del tratamiento se ha notado mejoría en relación al insomnio. El hipertiroidismo, prácticamente está controlado. Conchita es llevada periódicamente a revisión con su médico particular y se lleva control de laboratorio.

Dentro de la medicina alternativa a Conchita se le administra la Vitamina E y ginko biloba. (tebonin).

5.1 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Presentaremos éstos en el siguiente cuadro denominado "Conclusión Diagnóstica".

NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA			DIAGNOSTICO
	IND	P.D	T.D	
1. Necesidad de nutrición e hidratación		X		1. Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con el deterioro cognitivo manifestado por falta de interés en los alimentos. 2. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con disminución de las funciones cognitivas manifestado por incapacidad para reconocer la sed.
2. Necesidad de eliminación.		X		3. Incontinencia urinaria funcional relacionada con una menor capacidad cognitiva manifestada por percepción inadecuada de la necesidad de miccionar debido a medicamentos. 4. Riesgo de estreñimiento relacionado con ingesta inadecuada de fibra y de líquidos.
3. Necesidad de descanso y sueño			X	5. Deterioro del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo manifestado por despertarse tres o más veces por la noche.
4. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas, de higiene y protección.		X		6. Riesgo de déficit de autocuidado en el vestir, aseo e higiene relacionados con la pérdida de la memoria.

IND. = Independiente.

P.D. = Parcialmente dependiente.

T.D. = Totalmente dependiente.

NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA			DIAGNOSTICO.
	IND.	P.D.	D.	
5. Necesidad de evitar los peligros.		X		7. Riesgo de traumatismo relacionado con las dificultades cognitivas y mala visión 8. Riesgo de aspiración relacionado con la disminución del reflejo de masticación y deglución.
6. Necesidad de comunicación.		X		9. Deterioro de la comunicación verbal relacionada con disminución del estado cognitivo manifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente. 10. Riesgo de deterioro de los procesos de pensamiento relacionados con la pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia.
7. Necesidad de trabajo, realización y de participar en actividades recreativas.		X		11. Manejo efectivo del régimen terapéutico relacionado con las actividades de la vida diaria y recreación apropiadas al grado de deterioro cognitivo para alcanzar los objetivos del programa de la Institución manifestado por el mantenimiento de los síntomas de la enfermedad dentro de los límites esperados.
8. Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.		X		12. Riesgo de deterioro de la movilidad física relacionada con el desuso y la disminución de los procesos mentales manifestado por cambios en la marcha.

IND. = Independiente.

P.D. = Parcialmente dependiente.

T.D. = Totalmente dependiente.

6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

7. PLAN DE SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS Y EVALUACION DE LOS MISMOS.

DIAGNOSTICO 1. Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con el deterioro cognitivo manifestado por falta de interés en los alimentos.

OBJETIVO.

-Orientar al familiar sobre aspectos de consistencia, frecuencia y tipo de alimentación para evitar el deterioro nutricional que conlleva al deterioro físico y cognitivo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Establecer en conjunto con el familiar un horario que sea fijo para la ingesta de los alimentos, ya que deberá comer acompañado.

-Orientar que cuente con vajilla de plástico, platos hondos, cuchara con mango engrosado, vaso con asa o entrenador y manteles antideslizantes para facilitar el manejo de éstos durante la alimentación.

-Sugerir al familiar que en caso de observar que la paciente olvida como comer, masticar o tragar, sea ella quien le dé la primera cucharada, y mueva la barbilla para recordarle que tiene que masticar; y para lograr que la paciente trague el contenido alimenticio poner la mano en la garganta.

-Indicar a la hermana que se usará un solo plato por alimento, ya que sino lograremos confundir o distraer la atención del paciente.

-Si la paciente se confunde con los cubiertos o no puede manejar la cuchara, preparar alimentos que pueda comer con los dedos (sándwiches, pierna de pollo, tacos etc)

-Cuando llegue el momento de asistirle durante la ingesta de alimentos decirle al familiar que se coloque enfrente de la paciente.

-Hacer una presentación agradable de los alimentos que invite a la paciente a comer por los colores, olores y sabor.

-Facilitar una entrevista del familiar con la nutrióloga de la Institución para aclarar dudas sobre la alimentación. (aporte nutricional, alimentos ricos en fibra, etc).

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

-En los pacientes seniles el funcionamiento del aparato digestivo continúa siendo más o menos adecuado a lo largo del ciclo vital. No obstante, muchos padecen síntomas relacionados con desaceleración del tránsito de los alimentos o hipomotilidad gastrointestinal.

-La enfermedad periodontal es común; origina aflojamiento y caída de los dientes. También disminuye la salivación, con lo que se suele experimentar sequedad de la boca y sufrir alguna alteración la preparación del bolo alimenticio.

-El peristaltismo esofágico es menos eficaz. Además el cardias a veces presenta disfunción y no se relaja, lo que origina demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior del esófago. Los síntomas principales con frecuencia son la sensación de plenitud, pirosis e indigestión. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciado del contenido gástrico. Además, la hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro, calcio y vitamina B12.

-La absorción de nutrientes en el intestino delgado parece disminuir. Por lo general también se mantiene el funcionamiento del hígado, vesícula biliar y páncreas, aunque con ciertas deficiencias en la absorción de grasas y la tolerancia a las mismas. La incidencia de cálculos biliares y del conducto colédoco aumenta en forma progresiva en la edad avanzada.

-En cuanto a la salud nutricional, las funciones social, psicológica y fisiológica de la alimentación influyen en los hábitos dietéticos de los ancianos.

-La disminución de sus actividades físicas y de la intensidad de su metabolismo reduce el número de calorías necesarias para mantener el peso normal. Aunque es conveniente que ingieran menos calorías, continúan necesitando los mismos nutrimentos. La apatía, falta de actividades, depresión, soledad, pobreza, ignorancia, enfermedades bucales y carencia de discriminación gustativa contribuyen a hábitos alimentarios no aconsejables. Las calorías innecesarias e inútiles corresponden principalmente a alimentos con contenidos altos en grasas, colesterol y azúcar.

-Las personas ancianas requieren una amplia variedad de alimentos para mantener una nutrición equilibrada. Las grasas, y en particular las saturadas, deben evitarse por su alto contenido de calorías y su contribución a la arterioesclerosis. También debe tenerse en mente que la obesidad guarda relación con los trastornos cardiovasculares. No más de 20 a 25% de las calorías de la dieta deben corresponder a grasas. Disminuir la ingestión de sodio disminuye los valores de la hipertensión.

-La ingestión de proteínas debe permanecer sin cambio en la ancianidad. Los frijoles y guisantes secos son fuentes excelentes y baratas de proteínas y fibras. La carne roja, leche entera, huevos y queso deben reemplazarse con carnes de pollo y pescado, así como productos lácteos de bajo contenido en grasas, para que la ingestión de proteínas sea adecuada y la de grasas se reduzca.

-Los carbohidratos, fuente importante de energía, deben aportar 55 a 60 % de las calorías diarias de la dieta. Han de evitarse los azúcares simples, con fomento de la ingestión de carbohidratos complejos. Las papas, los cereales de grano entero, el arroz no pulimentado y las frutas aportan minerales, vitaminas y fibras, debe fomentarse su ingestión; aunque es más difícil prepararlos y masticarlos. Los alimentos industrializados con frecuencia tienen contenidos alto de sodio y bajo de otros nutrimentos, en proporción al número de calorías que aportan.

-Con respecto a la ingestión adecuada de líquidos para evitar la deshidratación tenemos que en personas seniles disminuye la masa renal, principalmente a causa de pérdida de nefronas. Los cambios de la función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los túbulos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina y restauración más lenta del equilibrio ácido-base. También los pacientes refieren no tener necesidad de ingerir líquidos, debido a una disminución en la transpiración y a que frecuentemente su temperatura corporal se encuentra disminuida, lo que no les favorece el "desear ingerir líquidos". Podemos también mencionar el que con la ingesta de líquidos aumenta la necesidad de acudir al sanitario y para muchos de éstos pacientes el desplazarse al sanitario implica esfuerzo, por lo que reducen la ingesta para disminuir las veces que hacen uso del sanitario.

-Como se ha revisado a lo largo de este proceso de enfermería, los pacientes con deterioro cognitivo por la enfermedad de Alzheimer sufren cambios a nivel cerebral ya que existe una disminución en el número de neuronas que forman parte de la masa cerebral en general, pero específicamente en la corteza cerebral y afecta así directamente a las funciones de

memoria, razonamiento abstracto, juicio y control de impulsos, además de cambios en la personalidad. A nivel bioquímico existe una disminución importante en la producción del neurotransmisor acetilcolina, que se relaciona en forma específica con la memoria, por lo que la paciente es incapaz de recordar si ya ingirió alimentos y en que proporción.

EVALUACION.

-Se obtuvo una buena respuesta con la hermana de la paciente, ya que asistió con la nutrióloga para aclarar dudas sobre los alimentos, preparación, etc.

-Aún no ha realizado el cambio de los enseres para la alimentación. (cucharas, vasos y platos así como manteles antideslizantes).

-La hermana de Conchita ahora está informada sobre la progresión de las deficiencias para la alimentación con las que puede encontrarse más adelante y cómo actuar en el caso de que se presenten.

DIAGNOSTICO 2. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con disminución de las funciones cognitivas manifestado por incapacidad para reconocer la sed.

OBJETIVO.

-Orientar al familiar sobre aspectos de la frecuencia en la ingesta de líquidos para evitar el desequilibrio hidroelectrolítico que conlleva al deterioro físico y cognitivo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Estipular junto al familiar horario para la ingesta de líquidos.

-Proporcionar a la paciente a través del familiar la ingesta de 8 a 10 vasos de líquidos durante el día, en los días que no asiste al centro, teniendo en cuenta los gustos y preferencias de la paciente.

-Proporcionar educación al familiar acerca de la importancia de la ingesta adecuada de líquidos, tanto para el buen funcionamiento renal, como del aparato digestivo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Con respecto a la ingestión adecuada de líquidos para evitar la deshidratación tenemos que en personas seniles disminuye la masa renal, principalmente a causa de pérdida de nefronas. Los cambios de la función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los túbulos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina y restauración más lenta del equilibrio ácido-base. También los pacientes refieren no tener necesidad de ingerir líquidos, debido a una disminución en la transpiración y a que frecuentemente su temperatura corporal se encuentra disminuida, lo que no les favorece el “desear ingerir líquidos”. Podemos también mencionar el que con la ingesta de líquidos aumenta la necesidad de acudir al sanitario y para muchos de éstos pacientes el desplazarse al sanitario implica esfuerzo, por lo que reducen la ingesta para disminuir las veces que hacen uso del sanitario.

-Como se ha revisado a lo largo de este proceso de enfermería, los pacientes con deterioro cognitivo por la enfermedad de Alzheimer sufren cambios a nivel cerebral ya que existe una disminución en el número de neuronas que forman parte de la masa cerebral en general, pero específicamente en la corteza cerebral y afecta así directamente a las funciones de memoria, razonamiento abstracto, juicio y control de impulsos, además de cambios en la personalidad. A nivel bioquímico existe una disminución importante en la producción del neurotransmisor acetilcolina, que se relaciona en forma específica con la memoria, por lo que la paciente es incapaz de recordar si ya ingirió alimentos y líquidos y en que proporción.

EVALUACION.

-Se llegó a un acuerdo sobre el horario para la ingesta de líquidos fuera de la Institución.

-Se logró explicar la importancia de la ingesta de líquidos para evitar infecciones de vías urinarias.

DIAGNOSTICO 3. Incontinencia urinaria funcional relacionada con una menor capacidad cognitiva manifestada por percepción inadecuada de la necesidad de miccionar debido a medicamentos.

OBJETIVO.

-Identificar el o los factores detonantes de la nicturia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Remitir a la hermana de Conchita con su médico tratante a fin de que la oriente con respecto al tratamiento farmacológico prescrito con el fin de saber si ésta es la causa de la nicturia. (duerme tan profundo, o existe probablemente aumento en la confusión que no logra identificar la necesidad de orinar).

-Recomendar que antes de acostarse acompañe al sanitario a Conchita para vaciar la vejiga antes de dormir.

FUNDAMENTACION CIENTÍFICA.

-En personas seniles disminuye la masa renal, principalmente a causa de pérdida de nefronas. Los cambios de la función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los túbulos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina y restauración más lenta del equilibrio ácido-base. También los pacientes refieren no tener necesidad de ingerir líquidos, debido a una disminución en la transpiración y a que frecuentemente su temperatura corporal se encuentra disminuida, lo que no les favorece el “deseo ingerir líquidos”. Podemos también mencionar el que con la ingesta de líquidos aumenta la necesidad de acudir al sanitario y para muchos de éstos pacientes el desplazarse al sanitario implica esfuerzo, por lo que reducen la ingesta para disminuir las veces que hacen uso del sanitario.

-Los pacientes con deterioro cognitivo por la enfermedad de Alzheimer sufren cambios a nivel cerebral ya que existe una disminución de las neuronas que forman parte de la masa cerebral en general lo que origina disminución del cerebro, específicamente en la corteza cerebral y afectando así las funciones de memoria, razonamiento abstracto, juicio y control de impulsos, además de cambios en la personalidad. A nivel bioquímico existe una disminución importante en la producción del neurotransmisor acetilcolina, que se relaciona en forma específica con la memoria, por lo que la paciente es incapaz de recordar si ya ingirió alimentos y líquidos y en que proporción.

-La acción de algunos medicamentos, su acción secundaria, o el uso prolongado de los mismos puede influir negativamente en el desempeño del paciente.

EVALUACION.

-Se llegó a un acuerdo con la hermana de Conchita sobre el horario para la ingesta de líquidos, ya que en la Institución si se lleva durante el día, y se detectó que la paciente ingiere líquidos cerca de la hora de irse a descansar, lo que aunado al tratamiento farmacológico que recibe para dormir le ocasiona la nicturia.

-Ha mejorado la situación desde que Conchita es llevada al sanitario antes de dormir.

DIAGNOSTICO 4. Riesgo de estreñimiento relacionado con ingesta inadecuada de fibra y líquidos.

OBJETIVO.

-Orientar y prevenir el que Conchita llegue a padecer estreñimiento relacionado con ingesta inadecuada de fibra y líquidos por falta de información de su hermana.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Orientar a la hermana de Conchita sobre signos o síntomas de estreñimiento (distensión y flatulencia abdominal, espasmos abdominales, heces duras y secas, esfuerzo excesivo, presencia de hemorroides, náuseas, vómito y anorexia).

-Ayudar a establecer si no existiera una rutina diaria para la evacuación.

-Programar la hora mas adecuada para la evacuación.

-Sugerir que intente hacer deposiciones una hora después de las comidas, quedándose el tiempo que fuese necesario para que esto se dé.

-Ayudar a Conchita para que se coloque en una postura adecuada.

Darle intimidad en los intentos de evacuación, (cerrar la puerta del cuarto de baño, etc).

-Explicar que es necesario el que Conchita mantenga la actividad física diaria. Realizar los ejercicios que se realizan en la Institución, o en su defecto deambulación.

-Estar concientes que algunos de los medicamentos utilizados durante el tratamiento producen estreñimiento como efecto secundario, para mantener informado a su médico tratante y realice modificaciones pertinentes de ser posible.

-Recordar a la hermana la importancia de la alimentación e ingestión de líquidos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-El estreñimiento está entre los trastornos más frecuentes en ancianos. Cuando es leve, está acompañado por síntomas como los de dolor abdominal y flatulencia. Sin embargo, puede tener consecuencias más graves, como las heces impactadas, que contribuyen a las evacuaciones diarreicas cuando la materia fecal logra llegar más allá del sitio de impacción, además de la incontinencia fecal y la obstrucción intestinal. Entre los factores que predisponen al estreñimiento se incluyen las dietas de bajo residuo, uso crónico de laxantes, inhibición de la defecación, efectos adversos de medicamentos, trastornos emocionales, inactividad, ingestión deficiente de líquidos y excesos de grasas en la dieta.

-El consumo deficiente de agua origina deshidratación y estreñimiento, trastornos comunes en el viejo. El balance hídrico es necesario para mantener el peristaltismo y el gasto urinario, además de que las secreciones se vuelven menos viscosas y más abundantes.

-Se recomienda la ingestión de ocho vasos diarios de agua, a menos que esté contraindicado por el médico.

EVALUACION.

-Fue importante el haber orientado a la hermana de Conchita sobre estos cuidados ya que los fines de semana y los días festivos Conchita depende 100% de los cuidados de su hermana.

-Como los cuidados de los diagnósticos 1 y 2 van estrechamente relacionados con éste último se han podido detectar si aún existen algunas dudas con respecto a la alimentación.

-Conchita mantiene durante los días que no está en la Institución sus hábitos intestinales.

-La hermana tiene ahora elementos para poder detectar signos o síntomas de estreñimiento.

DIAGNOSTICO 5. Deterioro del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo manifestado por despertarse tres o mas veces por la noche.

OBJETIVO.

-Evaluar y disminuir el trastorno del sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Remitir a la hermana de Conchita con su médico tratante, para evaluar el continuar administrando los medicamentos preescritos para este fin.

- Si existiera ruido que impida dormir, se motivará a la hermana a que utilice un generador de sonido neutro que produce un zumbido tranquilo que contrarreste el ruido (por ejemplo: purificador de ambiente).

-Establecer una rutina para dormir, (a la misma hora, hacer sus oraciones acostumbradas por ella para irse a dormir, colocarle su ropa de dormir en caso de negarse colocarle unos pants de algodón que pueda usar en el transcurso de la tarde y la noche, puede también intentarse el leer en voz alta algún artículo de su interés y/o si se desea relajarla con música o masaje en la espalda).

-Enseñar a la hermana de Conchita, y a Conchita técnicas de relajación.

-Evitar que la paciente duerma durante el día, procurándole actividades a lo largo del día intercalando periodos de reposo.

-Controlar los eventos de nicturia, ya que al tener que cambiarla de ropa y ropa de cama, se interrumpe el ciclo de sueño, lo que causa desorientación y ansiedad.

-Debe controlarse el acceso a programas de televisión ruidosos y estimulantes, ya que el paciente puede confundirlo con su realidad (si se ven noticieros donde existen noticias de asaltos, ataques etc. Puede pensar que es contra de ella e inquietarse.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Los pacientes que sufren de Alzheimer cursan con déficit cognitivo, lo que les lleva a sufrir trastornos del sueño y a vagar por su entorno. Pierden la noción del tiempo, sufren desorientación y cursan con ansiedad.

-Cuando se establece una rutina, es de esperar que los pacientes disminuyan su ansiedad y temor.

EVALUACION.

-Conchita esta por el momento controlada con su medicación. Se le pide a la hermana que platique con su médico, para saber por cuanto tiempo más deberá tomarlos, y se le invita a que establezca esta nueva rutina para ir a dormir, se le hace también una invitación para que asista al Centro y se le pueda orientar acerca del método de relajación.

DIAGNOSTICO 6. Riesgo de déficit de autocuidado en el vestir, aseo e higiene relacionados con la pérdida de la memoria.

OBJETIVO.

-Ayudar a Conchita a realizar las tareas de autocuidado el mayor tiempo posible.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Proporcionar instrucciones paso a paso, para que Conchita pueda realizar el máximo número de tareas por si sola.

-Para el baño, orientar a la hermana de Conchita para que utilice tapetes antiderrapantes, supervise la temperatura del agua, le dé instrucciones paso por paso y una a la vez para que pueda realizarlo por ella misma y ayudar en las regiones donde le es difícil asearse (espalda, etc). Se le pedirá que prepare lo necesario para el baño y lo coloque en orden de uso.

-Explicar que será conveniente poner bajo la regadera una silla o taburete para que pueda bañarse y relajarse durante el mismo.

-Corroborar que la ropa sea de fácil manejo para que Conchita continúe vistiéndose y desvistiéndose por si misma, con respecto al calzado que sea de suela porosa, que sujete bien el tobillo, y de ser posible que no sea de agujetas.

-Continuar colocando la ropa en orden de uso, para favorecer el que Conchita sea autosuficiente.

-Fomentar el que siga lavando sus calcetines y medias.

-Vigilar el que le faciliten los enseres de comida acorde con su incapacidad.

-Como ya se mencionó establecer horas específicas para la micción y la defecación.

-Orientar a la hermana sobre la existencia de accesorios para elevar la taza del inodoro, y que no le sea difícil utilizarlo en etapas posteriores.

-Pedir que para lavarse las manos así como para lavar la ropa use jabón neutro y se lubrique posteriormente con crema hidratante o aceite de almendras dulces.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Los cambios fisiopatológicos de la corteza cerebral en pacientes que padecen enfermedad de Alzheimer, limitan la independencia física con lo que pierde o disminuye la capacidad de proporcionarse cuidados personales, o cuidados básicos de la vida diaria.

EVALUACION.

-Conchita se desenvuelve aún bien. Logra mantener sus movimientos tanto los de psicomotricidad fina, como los de psicomotricidad gruesa. El control de esfínteres y manejo de los utensilios para comer es satisfactorio aún; logra cubrir sus necesidades.

-Anticipamos los problemas que pueden suscitarse más adelante, lo que le permitirá a la hermana de Conchita prepararse y adquirir o modificar lo necesario en su entorno para el desempeño de las funciones básicas de Conchita más adelante.

DIAGNOSTICO 7. Riesgo de traumatismo relacionado con las dificultades cognitivas y mala visión.

OBJETIVO.

- Mantener un ambiente seguro.
- Conservación de la seguridad física.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Reducir el peligro potencial de lesiones o traumatismos mediante la modificación del ambiente: quitar pestillos o cerraduras que puedan ser cerradas por dentro para evitar que se quede encerrada, o poner cerrojos inferiores en las puertas para poder evitar el que salga de la casa sin ser acompañada; será de utilidad el colocar a la paciente una identificación que indique que ha perdido la memoria, deberán quitarse objetos de cristal o vidrio, así como espejos innecesarios de la habitación.

-Colocar campanillas en el exterior de la puerta de acceso a la casa para identificar si la puerta ha sido abierta.

-Proteger las perillas de la estufa y evitar que Conchita deambule sola en la cocina.

-Quitar de su alcance los medicamentos, sustancias tóxicas, materiales de limpieza, cuchillos, objetos de valor, vajillas, etc.

-Puede ajustar la temperatura del calentador en 50 grados centígrados para evitar que la paciente sufra de quemaduras.

-Tener a la mano una lista de números de emergencia, incluyendo control de venenos, el consultorio del médico y contactos familiares, cerca del teléfono.

-Si la casa no cuenta con alfombras, y si existen tapetes, éstos tendrán que estar asegurados en sus bordes con cinta para alfombras, velcro, etc.

-Los pasillos deben estar libres de muebles y objetos con los que pueda tropezar.

-La iluminación debe ser adecuada en todas y cada una de las habitaciones de la casa.

-Revisar que los cables eléctricos estén fuera del alcance de la paciente (bajo los muebles o pegados a la pared.)

-Tener cuidado con los aparatos electrodomésticos, incluyendo la plancha de la ropa, licuadora, horno de microondas, cafetera etc, de ser posible dejarlos desconectados si no están en uso.

-Proteger los enchufes eléctricos.

-Es recomendable tener un duplicado de la llave de la casa con algún vecino, o familiar cercano, para usarse en el caso de que se extravíen.

-Si es fácil el que vendedores ambulantes o personas no conocidas toquen a la puerta, colocar un letrero de "Prohibidos los vendedores ambulantes", ya que con frecuencia puede abrir la puerta a personas desconocidas.

-Poner al tanto a los vecinos de la enfermedad de la paciente por si llegara a salir sin el conocimiento de la hermana o del esposo, puedan ser avisados, o regresada a su casa por sus vecinos.

-En las escaleras no deben existir objetos (macetas etc) que dificulten el paso por ellas, así como revisar que el barandal está en buenas condiciones y contraste con la pared.

-Realizar una valoración de agudeza visual, en el momento actual y posteriormente cada tres meses.

-Mantener un entorno seguro, libre de peligros.(nada que se pueda romper, astillar, inflamar etc).

- Conservar una iluminación adecuada durante el día y la noche para evitar accidentes por causa del deslumbramiento, o falta de iluminación.
- Conservar los muebles y objetos en el mismo lugar, evitando un entorno desconocido para la paciente.
- Vigilar que utilice sus anteojos, y mantener un par de repuesto (utilizar aditamentos para que no pierda sus anteojos, correas)
- Utilizar colores contrastantes para que pueda delimitar bien zonas, áreas, etc..

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Los pacientes que sufren de Alzheimer tienen una limitada capacidad de concentración y tienden al olvido por lo que pueden provocar situaciones de peligro para el y su familia. También se observa deterioro en la capacidad de juicio por lo que no logran percibir las situaciones que pueden ser de peligro, no logran dimensionar el resultado de una acción o acto concreto al estar deteriorado la masa cerebral y dañarse las zonas frontal y temporal del mismo.

-En las personas senectas se forman nuevas células alrededor del borde externo del cristalino y originan la acumulación de células viejas. El cristalino se vuelve amarillento, rígido y opaco. Así, sólo la porción externa del mismo tiene elasticidad suficiente para cambiar de forma (acomodación) y enfocar la vista en objetos distantes y cercanos. Al progresar la pérdida de flexibilidad del cristalino, el punto de enfoque para la visión cercana se aleja. Este padecimiento, la presbiopía, suele iniciarse en la quinta década de la vida. Con él, se requieren anteojos para la lectura y la ampliación de objetos. Además, el cristalino amarillento y opaco causa la dispersión de la luz y por consiguiente, hace que la persona de edad avanzada se deslumbe con facilidad. La capacidad para diferenciar el verde del azul disminuye, al tiempo que la pupila se dilata menos y más despacio por el aumento de la rigidez de los músculos ciliares. El anciano requiere más tiempo de ajuste cuando pasa de un ambiente oscuro a otro iluminado o viceversa.

EVALUACION.

- Se orientó a la familia de Conchita sobre la importancia de los cuidados antes mencionados con el fin de minimizar los posibles accidentes. Se obtuvo buena respuesta aunque algunos cambios serán de forma gradual, ya que implica un desembolso fuerte por el momento.
- Se dará prioridad a aquellos que son susceptibles de realizarse de forma inmediata.
- Se acordó que desconectará los aparatos que no sea necesario que permanezcan conectados a la corriente.
- Se colocará una campanilla en la puerta de entrada a la casa.
- Se entrevistarán con los vecinos a fin de informar del padecimiento de Conchita y poder contar con su ayuda.
- Se orientó al familiar de Conchita sobre la necesidad de una buena iluminación, no realizar cambios de mobiliario, etc. que puedan llevar a tener un accidente a Conchita.
- Se hizo cita con el oftalmólogo para que revisará la graduación de sus lentes así como el estado de agudeza visual de Conchita, no siendo necesario realizar cambios en la graduación de los lentes. Se confirmó la existencia de lentes de repuesto.

DIAGNOSTICO 8. Riesgo de aspiración relacionado a la disminución de los reflejos de masticación y deglución.

OBJETIVO.

-Garantizar la seguridad de la paciente a medida que se deteriora el reflejo de masticación y deglución.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Propiciar un ambiente seguro, tranquilo e iluminado.
- Tener un horario fijo y tiempo suficiente para acompañar a la paciente.
- Cortar los alimentos, (carne, verdura, fruta etc) en trozos pequeños que pueda masticar y comer por si misma.
- Revisar la dentadura postiza ya que debe ajustar bien, conservarse limpia, si éste no fuera el caso quitársela y llevarla a revisión.
- Cuando sea necesario, por falta de prótesis dental, se le dificulte tragar, o masticar, prepararle papillas o puré de los alimentos que fueron cocinados para la alimentación de todos los familiares.
- Si llegara a presentar babeo abundante o trastornos respiratorios, la leche y los jugos de cítricos le producirán más mucosidades y empeorarán las cosas. Será necesario que la revise el médico para determinar la naturaleza del problema. Se le podrá dar en sustitución del jugo o la leche, néctar de frutas o jugo de verduras.
- Cuando llegue el momento de alimentarla en la boca, deberá ofrecérsele cucharadas con poco alimento y esperar pacientemente a que lo trague antes de ofrecerle más. Si fuera necesario, recordarle verbalmente que debe tragar el bocado.
- Cuando Conchita no trague la comida porque olvidó masticarla o tragarla porque no se acuerda cómo hacerlo o presente dificultad, será momento de empezar con alimentos suaves que no requieran ser masticados por mucho tiempo, como la carne molida, las gelatinas, y los líquidos espesos
- Cuando Conchita presente dificultad para tomarse los medicamentos habrá que dárselos pulverizados y mezclados con la comida.
- No deberán administrarse alimentos que pueda olvidar masticar completamente como nueces, zanahorias, palomitas de maíz, ni chicles o caramelos.
- Si es aconsejable que le dé alimentos como carne suave picada, huevos tibios, fruta en almibar y yogurt congelado.
- Orientar a los familiares de Conchita que la posición para comer es importante, es decir debe sentarse derecha, con la cabeza ligeramente hacia delante, nunca echada hacia atrás. Debe quedarse después de la alimentación sentada durante unos quince minutos después de terminar de comer.
- No darle de comer si se encuentra agitada o somnolienta.
- El mezclar alimentos como cereal y leche, la confundirán y puede atragantarse, ya que le será difícil saber si tiene que masticar o tragar.
- Explicar a los familiares de Conchita la maniobra de Hemlich, para casos de atragantamiento.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Los pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer, presentan apraxias (es decir, pierden la capacidad de realizar tareas psicomotrices con manos, pies y dedos) Es también

factible que si tiene problemas de coordinación tenga problemas para tragar. Si la paciente tiene dificultad para cambiar su expresión facial, podría también tener dificultad para masticar o tragar.

EVALUACION.

-El conversar con el familiar de Conchita fue de utilidad ya que permitió resolver dudas y alertar sobre el progreso de la enfermedad, y la forma en que se pueden prevenir accidentes o situaciones que pusieran en riesgo a la paciente.

DIAGNOSTICO 9. Deterioro de la comunicación verbal relacionada con disminución del estado cognitivo manifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente.

OBJETIVO.

-Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible, comprender sus necesidades a medida que aumenta la demencia y el deterioro de sus capacidades de comunicación verbal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Llamarla por su nombre.
- Acercarse a Conchita de frente y lentamente.
- Hablar de forma clara, lenta y baja.
- Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc.
- Utilizar frases cortas y palabras familiares.
- Acompañar el habla con gestos ligeramente exagerados y utilizando la expresión facial y otros signos de comunicación no verbal.
- Reducir ruidos de fondo y otras posibles distracciones.
- Tener contacto físico con la paciente, tocar le hombro, darle la mano, etc.
- Evitar el terminar la oración que ella inicia, disponer de tiempo para escucharla ya que tiende a hablar despacio o tiene dificultad para encontrar las palabras.
- Para dar instrucciones utilizar frases cortas, señalar de ser posible los objetos o usar la demostración de ser posible.
- No se debe fingir que ya se entendió el mensaje si no es así ya que causa frustración.
- Evitar dar información errónea o hacer falsas promesas.
- Deberá de ofrecerse, de ser posible, elección ya que esto ayuda a mantener, en la medida de lo posible, el sentido de autonomía, independencia y control de la situación.
- Tratar a Conchita como si fuera una invitada que no sabe donde está.
- Incluir a Conchita en la conversación.
- Estimular a Conchita a describir o contar situaciones pasadas.
- Animar a Conchita a que cante.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-Las personas con deterioro de la memoria pueden tener dos problemas de comunicación: uno para expresarse y otro para entender lo que le dicen.

-Para los pacientes con demencia las limitaciones en la capacidad de comunicarse pueden frustrarlo y desencadenar una serie de reacciones catastróficas, por lo que se requiere de un ambiente tranquilo y relajado.

-Con respecto al problema para entender lo que otra persona dice, el paciente con demencia puede ser sensible aún a los mensajes no verbales y frecuentemente conservan su capacidad para expresarse sin palabras.

-Los pacientes con demencia suelen utilizar “conductas agendas”, es decir la realización de una determinada conducta para pedir algo.

EVALUACION.

-Conchita manifiesta pensamiento lento (bradipsiquia), pero aún puede expresarse verbalmente, se le sugirió al familiar que durante la cena platiquen con Conchita para

identificar si olvida los nombres de las cosas y objetos, o si se le dificulta el saber para que se usan los utensilios. Se sugiere también el que comience a anotar las conductas agendas para que si fuera necesario más adelante, utilizarlas, Conchita y ellos entiendan lo que quiere comunicar.

-Se pide a los familiares que durante los fines de semana canten con Conchita canciones familiares para ella, a lo que no hubo una buena aceptación.

DIAGNOSTICO 10. Riesgo de deterioro de los procesos de pensamiento relacionados con la pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia.

OBJETIVO.

-Disminuir el deterioro de las funciones intelectuales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Mantener un ambiente coherente y rutinario.
- Reorientar a Conchita en tiempo, espacio y personas (es decir en donde se encuentra, fecha, estación del año, si hace frío o calor, etc.).
- Colocar calendarios donde se crucen los días que ya han pasado, utilizar un reloj que pueda ver, si fuera necesario porque ya no reconoce los números, un reloj de arena, utilizar fotografías de personas cercanas a ella y de sus familiares, rótulos, carteles o pintar de colores contrastantes las puertas del W.C. etc. de forma que recuerde su nombre y función.
- Realizar ejercicios donde se le indiquen movimientos hacia la derecha, la izquierda, arriba, abajo, delante o detrás.
- Dar información propioceptiva a través del juego y el ejercicio con la finalidad de que reconozca su cuerpo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

- La estimulación sencilla y limitada facilita la interpretación y reduce la deformación de los datos que recibe el paciente.
- La conducta predecible es menos amenazante.
- Los auxiliares de la memoria ayudan a que el paciente recuerde.
- Los indicios ambientales fomentan la orientación en el tiempo, el lugar y las personas, al llenar los huecos que hay en la memoria y servir como recordatorio.
- Conforme aumenta la pérdida de la memoria, quizá se requiera de cada una de estas actividades en cada encuentro.

EVALUACION.

-Se logró que los familiares comprendieran la importancia de estas actividades ya que por el momento, éstas se realizan con éxito en la Institución y empezarán a manejarlas en casa.

DIAGNOSTICO 11. Manejo efectivo del régimen terapéutico relacionado con las actividades de la vida diaria y recreación apropiadas al grado de deterioro cognitivo para alcanzar los objetivos del programa de la Institución manifestado por el mantenimiento de los síntomas de la enfermedad dentro de los límites esperados.

OBJETIVO.

-Mantener el manejo efectivo del régimen terapéutico propuesto por la Institución para que Conchita continúe siendo independiente y funcional en el mediano plazo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Continuar en las diferentes terapias que ofrece la Institución, como son:
- Musicoterapia activa, ejercicio de canto, ejercicio de baile, baile libre, práctica de un instrumento musical, ejercicio de redescubrimiento del cuerpo, musicoterapia receptiva o pasiva, ejercicios de relajación.
- Terapia de Socialización. Salidas a museos, reuniones, conferencias, espectáculos, juegos, charlas, cine, contacto con animales como perros.
- Terapia Física que incluye: alineación de segmentos corporales, deambulación o marcha, ejercicios de equilibrio (ej. De cuello, equilibrio sentado), ejercicios de rodarse, ejercicios de fortalecimiento muscular, ejercicios de flexión y extensión de las rodillas, ejercicio de aducción y abducción de miembros inferiores en decúbito dorsal, decúbito ventral, ejercicios de flexión y extensión de los pies, ejercicios de movilización de articulaciones, ejercicios de extremidades inferiores. (Ver anexos).

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

- La rehabilitación pretende retardar el proceso de desintegración psicomotriz de la demencia, e impedir la instalación del síndrome de inmovilidad, preservando la autonomía funcional, evitando las complicaciones y favoreciendo una vida digna.
- La buena condición física es parte importante de la salud.
- El ejercicio es un elemento terapéutico importante en el manejo de la tensión, agresividad, incomodidad, depresiones leves y moderadas, ya que ayuda a “quemar” la tensión del día.
- El ejercicio produce efectos directos en la capacidad cognoscitiva debido primordialmente al aspecto de motivación, si además hay música, incrementa sus capacidades creativas y ya que hay una acción positiva sobre la atención y concentración con lo cual el rendimiento psicomotor es mayor.
- La personalidad del anciano se ve reforzada ya que disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, hipercinesia y aumenta la fuerza y masa muscular.

EVALUACION.

- Conchita ha mantenido un buen funcionamiento psicomotriz ya que ha seguido las diferentes terapias que ofrece la Institución.

DIAGNOSTICO 12. Riesgo de deterioro de la movilidad física relacionado con el desuso y la disminución de los procesos mentales manifestado por cambios en la marcha.

OBJETIVO.

-Mantener a la paciente en las mejores condiciones físicas para evitar un deterioro más rápido cognitivo y físico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

-Valorar en forma periódica si existe rigidez en las articulaciones, dolor, aumento de peso, fatiga, enrojecimiento de las articulaciones de la pierna. etc , que limiten el movimiento.

-Continuar con la participación de Conchita en las actividades recreativas, lúdicas y de ejercicio programado, en el Centro.

-Efectuar una revisión minuciosa de los pies y uñas, que puedan limitar el movimiento.

-Proporcionar un ambiente seguro, en el que pueda desplazarse la paciente.

-Si fuera necesario, comenzar los movimientos para recordarle como realizar el movimiento. Ser repetitivo y rutinario.

-Descomponer las actividades complejas en varias actividades sencillas, siguiendo siempre el mismo orden. Dar paseos cortos pero frecuentes.

-Cuando sea necesario proporcionar el uso de bastón o andador, evitando en lo posible la silla de ruedas.

-Enseñar a los familiares ejercicios pasivos que puedan realizarse en caso de alguna eventualidad. (fiebre que la obligue a mantenerse en reposo, etc).

-Explicar a los familiares la importancia de la movilidad ya que podría presentarse complicaciones como: osteoporosis, pérdida de masa muscular, disminución de la movilidad articular. etc.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

-La buena condición física es parte importante de la salud.

-El ejercicio produce efectos directos en la capacidad cognoscitiva debido principalmente al aspecto de motivación, si además hay música, incrementa sus capacidades creativas ya que hay una acción positiva sobre la atención y concentración con lo cual el rendimiento psicomotor es mayor.

-Si se deja al anciano postrado sin estimular su actividad, pierde rápidamente su capacidad funcional incluso llega a no poder caminar. ("lo que no se usa se atrofia").

-La inmovilización afecta a los órganos y sistemas en su conjunto.

EVALUACION.

-En el momento actual Conchita no ha presentado grandes problemas o deterioro ya que durante su vida practicó deporte.

-Participa activamente en las diferentes actividades de la rehabilitación y terapia física que se dan en la Institución.

-Durante el fin de semana se solicitó a los familiares que realicen pequeñas caminatas con ella, para favorecer la movilidad de la paciente, y en caso de observar ellos alguna alteración para su desempeño se pueda valorar conjuntamente con la Institución para dar solución a la misma.

PLAN DE ALTA.

Después de evaluar el plan de cuidados de enfermería proporcionados a la paciente, vemos que actualmente, Conchita se encuentra bien atendida por sus familiares, que el seguimiento en la Institución es adecuado a su nivel de deterioro cognitivo, aunque al platicar con su familiar se vislumbra en un futuro cercano el que Conchita pueda ser llevada a una Institución para su internamiento, ya que la hermana y cuidadora primaria no podrá hacerse cargo tiempo completo de ella, cuando la enfermedad se encuentre más avanzada.

En el periodo de tiempo en que se tome la decisión de internamiento, será responsabilidad de la cuidadora primaria, (hermana de Conchita), el vigilar cambios en cualquiera de las 14 necesidades básicas que enumera Virginia Henderson para el diario desempeño de la paciente. (conducta, actividades de la vida diaria, movimiento, necesidades espirituales etc).

Si se presentara durante este periodo de tiempo (toma de decisión de internamiento) aumento del deterioro cognitivo, la cuidadora primaria deberá seguir las actividades de enfermería que se mencionan en los diagnósticos de riesgo para ayudar a Conchita en las actividades básicas de la vida diaria.

Se debe programar una cita con el equipo interdisciplinario para orientar a los familiares sobre necesidades específicas de Conchita, momento oportuno de realizar el internamiento, así como algunas recomendaciones para seleccionar la institución es decir, será necesario valorar el ingreso a la institución si:

- Conchita se convirtiese en un peligro para sí misma o para otros.
- Por excesivo vagabundeo.
- Por incontinencia fecal o urinaria.
- Porque comience a interferir con el sueño de la hermana.
- Por soledad y aislamiento.
- Si ambas son frágiles, y de avanzada edad, agregando a esto el que no existe quien comparta la responsabilidad del cuidado.
- Por agobio, cuando la carga de la atención sobrepasa la capacidad de la hermana.
- Se debe considerar que se tiene que basar la decisión en los recursos físicos, emocionales y económicos de la hermana de Conchita, así como en el nivel de tolerancia a la frustración que posea.
- Se deberá de proporcionar una lista de las instituciones existentes para este tipo de pacientes así como informar sobre las características idóneas que debe cubrir la Institución donde será ingresada Conchita algunos criterios son:
 - En la medida de lo posible deberá contar la Institución con un programa de rehabilitación semejante al que recibe en la actualidad,
 - Contar con el personal necesario y capacitado para el manejo de pacientes demenciados y si se utilizan restricciones físicas o psicológicas.
 - Las instalaciones deberán cubrir los requisitos de higiene, seguridad y confort, que se requieren así como la existencia de áreas verdes o patios.
 - Saber si la filosofía de la institución es de puertas abiertas, o un horario fijo de visitas,
 - Si se promueve la participación de los familiares y se consideran los derechos de los pacientes.
 - De particular relevancia es el contrato, sus cláusulas de exclusión y motivos de la misma, el costo básico y los extras.
 - Conocer la calidad de la alimentación.

- En el caso de que la institución no sea conocida por el personal del equipo interdisciplinario de salud, (recomendado por alguna amistad), investigar si la institución cuenta con licencia sanitaria y si en caso de emergencia tiene previstas medidas de seguridad.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Los familiares de Conchita desconocían el curso de la enfermedad, los cuidados a proporcionar, así como las modificaciones y ajustes a realizar con la presencia de la enfermedad de Alzheimer.

Fueron afortunados al recibir orientación por parte de su médico tratante para hacer uso de la asistencia que presta el centro de día de la Institución Fundación Alzheimer “alguien con quien contar”.

Los familiares se han involucrado de manera adecuada en el cuidado y tratamiento de su familiar, aunque requieren de apoyo del equipo interdisciplinario para estar en posibilidad de decidir en un futuro próximo el ingreso de Conchita en una Institución donde curse el resto de su enfermedad.

Pienso que sería interesante poder realizar un proceso de atención de enfermería a la hermana de Conchita, ya que a través del contacto con ella, (por interés de realizar el de Conchita) se detectan necesidades importantes de “cuidador primario” que requerirían de tiempo, investigación, y ejecución de algunas actividades de enfermería que resolvieran situaciones concretas.

El que Conchita estuviera en una fase controlada y estable de la Enfermedad de Alzheimer hizo que nuestros diagnósticos en su mayoría sean de riesgo. Me gustaría aplicar un proceso de atención de enfermería a una paciente que se encontrara en otra fase de la enfermedad, o que no contara con los recursos y apoyos con los que cuenta Conchita, ya que estoy convencida habría muchas más acciones por realizar.

El logro de los objetivos planteados al inicio de este proceso de atención de enfermería se alcanzaron en forma satisfactoria.

El aplicar el proceso de atención de enfermería en base al modelo de Virginia Henderson fue acertado ya que la obtención de datos, exploración etc., se realizó de manera sencilla dada la dificultad con la que nos encontramos al realizarlo en una paciente que sufre demencia.

El realizar el proceso de enfermería, en una situación diferente a los aplicados durante el desarrollo de los estudios de la licenciatura, deja en mí una convicción de que es una herramienta útil y eficaz para brindar una atención individualizada, científica, humana y de calidad, aún en pacientes en los que pensaríamos que es difícil de aplicarse por la limitante de la patología existente.

Este proceso de atención de enfermería deja en mí inquietud por adentrarme en la rama de la enfermería geriátrica y de la terapia ocupacional, en los procesos demenciales y sus cuidados; ya que una población creciente de individuos se encuentran en esta situación, existiendo pocos organismos que apoyen al paciente y a los familiares haciendo de esta experiencia, una experiencia de vida que fortalezca los lazos entre ellos y de la oportunidad a los que se quedan de cerrar la relación con su ser querido con amor, en paz y tranquilidad. Parfraseando a los autores del libro Guía de la Clínica Mayo sobre la Enfermedad de Alzheimer:

“Al despedirse, recuerde que la enfermedad de Alzheimer nunca cambiará el impacto que su ser querido tuvo en su vida y en el mundo.”

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Aguirre, Alejandro; SEMINARIO "LA SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL DISTRITO FEDERAL. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico; Gobierno del Distrito Federal, México 1999 pp22

Antología: Curso sobre Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias, E.N.E.O. U.N.A.M. México, 1999.

Brocklehurst, J.C. TRATADO DE CLINICA GERIATRICA Y GERONTOLOGIA; Ed. Médica Panamericana; Buenos Aires, Argentina; 1975.

Brunner, L.S; Suddarth, D.S.; ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA Vol 1 .6ª. ed. Ed Interamericana, México, 1988, p.p.143-164.

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE EDUCACION ESPECIAL, VOL. I, II, III, IV; ed. Diagonal/Santillana, 1era. Reimpresión, Mexico, 1986.p.p. 84,94,,222,227,322,663,665,670,1051,1090,1552,1553.1692

Ellis, Jay, M, Armitage, Keith, B; ATENCIÓN MEDICA, Revista de actualización Médica, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, Intersistemas,S.A. de C.V. México, D.F. agosto 2001.

Iyer W. Patricia, Bárbara J. Taptich; PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. 3ª. Ed. México, McGraw-Hill, 1995. Pags 1-33

Martinez, Alejandra; MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA SOBRE TERAPIA FISICA, MUSICOTERAPIA Y SOCIOTERAPIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. U.N. A. M. E. N. E.O. Mexico, D.F. 2000

Mendoza, Rosa Elia, en APUNTES SOBRE: "ENFERMERIA GERONTOLOGICA " UNAM-ENEO, México, Diciembre 1995, p.p. 19.

Mace, Nancy,L. Rabins, Meter V. CUANDO EL DIA TIENE 36 HORAS, Ed. Pax México/Librería Carlos Césarman, S.A. México, 2ª.Edición 1997.

Novartis, LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, Folleto. 2001.

Petersen, Ronaald, GUIA DE LA CLINICA MAYO SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, Foundation for Medical Education and Research, CLINICA Mayo, Ed. Intersistemas, S,A, de C.V. Mexico, 2002.

Quintanilla, Manuel; CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERIA EN EL ANCIANO. Tomo II, Ed. Instituto Monsa de Ediciones, S. A. Barcelona, España. 2000.

Rubio, Domínguez, Severino, Sara Esther, T, Beatriz, Bernal, ANTOLOGIA: TEORIAS Y MODELOS PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA Programa Guía, Anexo A .UNAM,ENEOSUA, México, 2002.

www.scn.es/cursos/demencias.htm

www.psiquiatria.com/areas/demencias/

www.demencias.org

www.psiquiatriavirtual.com/demencia2htm

www.psicoplanet.com/temas/tema09_contenido.htm

www.ocenf.org/jaen/teorias.htm

www.escuela.med.puc.cl/paginas/vdas/Geriatria_Manual/Geriat_M_00.html

<http://teleline.terra.es/personal/duenas/teorias7.htm>

www.terra.es/personal/duenas/home5htm

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

GLOSARIO DE TERMINOS.

A.

Agnosia: Defecto de las funciones nerviosas superiores perceptivas por la cual las aferencias pierden su carácter específico de signo, con la consiguiente incapacidad de reconocimiento. Fr. Los objetos o personas.

Afasia: Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas para la producción y/o la comprensión de la palabra.

Aferencia. Dícese de cualquier estructura vascular o nerviosa que se dirige hacia otra estructura del mismo tipo. En el sistema nervioso se refiere a las conexiones que llegan a los núcleos centrales o a la corteza cerebral y cerebelosa, procedentes de otras estructuras nerviosas. Realizan la transmisión de los impulsos nerviosos desde el receptor hasta los centros nerviosos, llevando los mensajes sensoriales de la periferia a la zona central.

Anomia. Dificultad para nombrar objetos de uso cotidiano, ya sea por que olviden el nombre del objeto o por tener dificultades para reconocer el propio objeto, lo que es y para lo que sirve.

Apraxia: Se caracterizan por un déficit de ejecución (o no ejecución en absoluto) de gestos o patrones motores complejos, en ausencia de déficit motor que impida realizar los movimientos de forma independiente.

Ataxia: Alteración que se caracteriza por movimientos voluntarios disarmónicos, desmesurados e incoordinados. Existe una pérdida de la capacidad para controlar la amplitud del movimiento (dismetría) y para poder coordinar los diferentes elementos implicados (asinergia). Puede aparecer ataxia en las lesiones del cerebelo y de los cordones posteriores de la médula espinal, pero también en afectaciones de otras áreas del sistema nervioso.

Atetosis: Movimientos involuntarios, lentos y sinuosos, sin solución de continuidad. La presencia de estos movimientos dificulta la coordinación y realización correcta de actos voluntarios. Deben considerarse en conjunto en la corea, porque comúnmente coexisten, así como con otros síntomas extrapiramidales, al no estar claramente definido distinto substrato anatómico para cada clase de movimiento involuntario.

B.

Beligerancia: Conceder o dar, importancia.

Bradipsiquia: Lentitud, inhibición de los procesos mentales, especialmente del pensamiento. También de la atención, voluntad, iniciativa...Se presenta generalmente asociada a "bradilalia, bradicinesia, etc.", en el curso de cuadros clínicos diversos, como la depresión, la esquizofrenia, fases tardías de la epilepsia, etc. Asimismo se observa como consecuencia de la toma de grandes dosis de medicación tranquilizante, sobre todo neuroléptica. En niños, similar empobrecimiento de productividad mental puede ser revelador de algún trastorno deficitario. (oligofrenia).

D.

Discinesia: Término utilizado, en sentido amplio, para designar cualquier tipo de motilidad anormal. Tres factores son necesarios para que los movimientos sean anormales, a saber: "tono muscular, equilibrio postural y ausencia de movimientos involuntarios". Si cualquiera de estos factores se altera se produce una discinesia. Así hay discinesias por hipertonia o hipotonía, por falta de equilibrio o por la presión de movimientos anormales involuntarios.

Disfasia: Trastorno idiopático, de carácter no orgánico, que se produce en la adquisición del habla, debido a modificaciones en las estructuras encargadas de la percepción, la integración y la conceptualización del lenguaje. La disfasia auténtica no debe presentar alteraciones afectivas, motoras o sensoriales.

La disfasia constituye una pérdida parcial, mientras la afasia supone privación total del habla, debido a una lesión cortical en las áreas del lenguaje.

Disartria. En sentido general, dificultad o trastorno en la articulación de la palabra.

H.

Hipomanía: Elevación moderada del estado de ánimo. El término hipomanía hace referencia a un grado leve de manía; el hipomaniaco se presenta como levemente fuera de lo normal, con una euforia moderada.

Hemiparesia: Es un grado menor que la hemiplejía o semiparálisis. Consiste en la disminución de la fuerza muscular con debilidad (más acusada en mano y pie) que afecta a un hemicuerpo.

Cuando la debilidad muscular afecta al miembro superior, tronco, miembro inferior y cara del mismo lado se habla de hemiparesia completa.

Si la musculatura facial no está afectada es una hemiparesia incompleta. Si está afectada la musculatura facial del lado contrario al del hemicuerpo afecto se habla de hemiparesia alterna.

Los tres tipos de hemiparesia indican distinta topografía lesional (comprensiva o humoral, traumática o vascular) y tienen un interés de ayuda al diagnóstico y localización de la lesión nerviosa.

P.

Paranoia: Nombre con el que se designa (E. Kraepelin) un trastorno psicótico autónomo. Muchos autores sin embargo, adscriben este trastorno al grupo de la esquizofrenia, pasando a ser una forma clínica de ella: esquizofrenia paranoide.

El rasgo más característico, en tanto que psicosis es la presentación de un particular tipo de delirio, que viene definido por ser: a) una alteración nuclear y prácticamente única de la personalidad, pudiendo estar el resto de ella perfectamente conservada y organizada. B) una alteración crónica y sistematizada; excluida la falsedad de la premisa (por ejemplo, fulano me quiere mal, me hace daño), el resto de la argumentación delirante resulta coherente ("me debo de cuidar de fulano"), actitud lógica si la premisa fuese cierta; c) los contenidos delirantes son prácticamente siempre de tipo persecutorio, de celos o megalomaniacos.

Semejantes características hacen del paranoico un sujeto con extraordinaria proclividad y capacidad de persuasión y de contagio de sus ideas, amén de la facilidad con que la temática reivindicativa, por identificación sintónica, prende en la mayoría de los ambientes.

Praxias: Acciones programadas y dirigidas hacia la consecución de un objetivo.

Priapismo: Erección persistente, con frecuencia dolorosa, que no se acompaña de deseo sexual, sintomática en ocasiones de una lesión de la médula espinal.

Psicosis: Trastorno psiquiátrico severo ("locura"), caracterizado por profundas alteraciones del psiquismo. Al capítulo de las psicosis se adscriben todos los trastornos psíquicos que presentan alguna de las siguientes características: ruptura del sentido de continuidad histórico-biográfico; pérdida extensible del juicio de realidad; y aparición de prácticamente todos los síntomas de consideración grave en patología mental, o trastornos de la vivencia del "yo" (despersonalización), de la percepción (alucinaciones), del pensamiento y la ideación (delirios), de la afectividad (ambivalencia) y de la conducta (retramiento autista). En el psicótico, al contrario que en el neurótico, el conflicto con el mundo circundante es más evidente que con el mundo intrapsíquico; es su incompatibilidad con el medio el principal responsable de su internamiento. Del psicótico puede decirse que experimente subjetivamente el mundo de la realidad como algo extraño, ajeno, irreal; tiene de sí mismo un profundo sentimiento de ser diferente y sus comportamientos son variables e impredecibles.

Se admiten tres grandes categorías de psicosis:

a) De base somática, denominadas psicosis exógenas, orgánicas y sintomáticas, donde el daño cerebral anatomofisiológico es evidente (psicosis seniles, arterioescleróticas, degenerativas, traumáticas y tumorales). B) De base endógena, donde se acepta una alteración funcional, y en las cuales se supone, aunque no esté definitivamente corroborado, una lesión bioquímica, y entre las que se incluyen las clásicas psicosis esquizofrénica y maniaco-depresiva. c) De base psicógena, llamadas genéricamente reacciones psicóticas, como consecuencia bien de un trauma emocional actual, bien de un trastorno infantil primitivo o bien de patogenia sociológica.

ABREVIATURAS.

CT. Tomografía computarizada.

DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta Edición.

DV. Demencia vascular.

E.A. Enfermedad de Alzheimer .

ECG. Electrocardiograma.

EEG. Electroencefalograma.

HCL. Ácido clorhídrico.

ISRS. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

LCR. Líquido cefalorraquídeo.

MMSE. Prueba neuropsicológica llamada mini-mental.

MRI. Imagen por Resonancia Magnética.

O2. Oxígeno.

PET. Tomografía por emisión de positrones.

PO2. Presión de Oxígeno.

RM. Resonancia magnética.

TC. Tomografía computarizada.

ANEXOS.

INSTRUMENTO DE VALORACION GERIATRICA, SEGÚN MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

MINI-EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN (MEEM)

INDICE DE KATZ: EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE).

EJERCICIOS DE ACONDICIONAMIENTO FISICO.

MUSICOTERAPIA.

TERAPIA DE SOCIALIZACION.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA DEL ANCIANO
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL ANCIANO

I. DATOS GENERALES.

Institución: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Estado Civil: _____ Religioso: _____ Lugar de nacimiento _____
 Tiene derecho a algún servicio de Salud: _____

II. APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa Propia: _____ Rentada: _____ Otro: _____
 Con quién vive: _____ Trabajo anterior: _____
 De donde obtiene sus ingresos: _____
 Cubre sus necesidades: _____
 Cuenta con algún apoyo comunitario: _____
 Pertenecer a algún grupo: _____
 Problemas de salud en los últimos tres años: _____
 Dispone de transporte cuando necesita salir del hogar: _____
 Nombre del familiar más cercano: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____

III INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos: _____
 Fecha de su última inmunización para: _____
 - Tétanos: _____
 - Difteria: _____
 - Tuberculosis: _____
 - Influenza: _____
 - Otros: _____

IV. VALORACIÓN DE NECESIDADES.

1.- Necesidades de oxigenación:

F.C. _____ F.R.: _____ T.A.: _____

	SI	NO
Tos	_____	_____
Rinorrea	_____	_____
Secreción Nasal	_____	_____
Epistaxis	_____	_____
Obstrucción Nasal	_____	_____
Ronquido	_____	_____
Resfriados Frecuentes	_____	_____
Asma o alergias	_____	_____
Disnea	_____	_____
Disnea de Esfuerzo	_____	_____
Disnea paroxística nocturna	_____	_____
Ortopnea	_____	_____
Hemoptisis	_____	_____
Expectoración	_____	_____
Respiración sibilante	_____	_____
Murmullo o Soplo	_____	_____

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax: _____

Observaciones: _____

2.- Necesidades de Nutrición e Hidratación:

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____

	SI	NO
Dolor de garganta	_____	_____
Lesiones o úlceras en la boca	_____	_____
Dificultad para deglutir	_____	_____
Gingivorragia	_____	_____
Caries	_____	_____
Alteraciones del gusto	_____	_____
Problemas de masticación	_____	_____
Prótesis dental	_____	_____
Infección bucal	_____	_____
Náuseas o vómito	_____	_____
Cambio de apetito	_____	_____
Dolor abdominal o intestinal	_____	_____

	SI	NO
Polifagia	_____	_____
Polidipsia	_____	_____
Úlcera gástrica	_____	_____
Intolerancia alimentaria	_____	_____
Indigestión	_____	_____
Acidez de estómago	_____	_____
Anemia	_____	_____
Hematemesis	_____	_____
Variación de peso	_____	_____
Tumoración gástrica o intestinal	_____	_____

Historia de transfusión sanguínea: _____

Fecha del último reconocimiento odontológico: _____

Método de cepillado de los dientes: _____

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental: _____

Valoración sobre los aspectos que influyen en nutrición (preguntas anexas): _____

Patrón de eliminación intestinal: _____

Observaciones: _____

3.- Necesidades de eliminación:

Orina: Color: _____ Olor: _____ Cantidad: _____

Ph: _____ Densidad: _____ Proteína: _____

Sangre: _____ Glucosa: _____ Cetona: _____

Heces: Color: _____ Olor: _____ Consistencia: _____

Frecuencia: _____ Configuración: _____ Presencia de sangre: _____

Sudor: Cantidad: _____ Olor: _____ Horario: _____

Situación en la que se da la sudoración: _____

	SI	NO
Disuria	_____	_____
Polaquiuria	_____	_____
Poliuria	_____	_____
Oliguria	_____	_____
Nicturia	_____	_____
Hematuria	_____	_____
Goteo terminal al orinar	_____	_____
Urgencia	_____	_____
Dificultad para iniciar la micción	_____	_____
Incontinencia urinaria	_____	_____
Incontinencia fecal	_____	_____
Dolor al miccionar	_____	_____
Problemas de litiasis renal	_____	_____
Infección urinaria	_____	_____
HOMBRE		
Secreción a nivel del pene	_____	_____
Testiculos dolorosos	_____	_____
Tumoración a nivel de testículos	_____	_____
Problemas Prostáticos	_____	_____
Enfermedad de transmisión sexual	_____	_____
Cambios en la libido	_____	_____
Impotencia	_____	_____
Preocupación acerca de la actividad sexual	_____	_____
MUJER		
Lesión genital	_____	_____
Secreción vaginal	_____	_____
Dispareunia	_____	_____
Sangrado poscoital	_____	_____
Dolor pelviano	_____	_____
Cistocele	_____	_____
Rectocele	_____	_____
Prolapso	_____	_____
Infección vaginal	_____	_____
Enfermedad de transmisión sexual.	_____	_____

Grávida: _____ Para: _____ Aborto: _____

Historia de menarquia: _____

Historia de menopausia: _____

Preocupación acerca de la actividad sexual: _____

Observaciones: _____

4. Necesidades de movimiento y postura:

	SI	NO
- Articulaciones dolorosas	_____	_____
- Rigidez articular	_____	_____
- Inflamación articular	_____	_____
- Deformación de articulaciones	_____	_____
- Espasmos musculares	_____	_____
- Calambres	_____	_____
- Parálisis	_____	_____
- Paresias	_____	_____
- Parestesias	_____	_____
- Tics, temblores o espasmos	_____	_____
- Debilidad muscular	_____	_____
- Edema de miembros inferiores	_____	_____
- Cambio de coloración de la piel en Ms. Infs.	_____	_____
- Várices	_____	_____
- Claudicación intermitente	_____	_____
- Dolor de espalda	_____	_____
- Problemas de deambulación	_____	_____
- Prótesis	_____	_____
- Lesión cerebral	_____	_____

Clase de ejercicio que practica habitualmente: _____

En los últimos tres años ha sufrido algún traumatismo o caída: _____

Escalas de valoración sobre:

- Actividades de la vida diaria básicas: _____
- Actividades de la vida diaria instrumentadas: _____
- Marcha: _____
- Balance: _____

Observaciones: _____

5. Necesidades de descanso y sueño:

	SI	NO
Dolor de cabeza	_____	_____
Vértigos	_____	_____
Vahidos	_____	_____
Rigidez meníngea	_____	_____
Dolor o sensibilidad en el cuello	_____	_____
Convulsiones	_____	_____
Sincope	_____	_____
Problemas de memoria	_____	_____
Disturbios del sueño	_____	_____

Traumatismo cefálico, importante en el pasado: _____

Valoración neurológica: _____

Escala de valoración del estado mental: _____

Condiciones del entorno que impide el descanso o sueño (sonido, luz, temperatura, colchón, etc.): _____

Observaciones: _____

6. Necesidades de usar prendas de vestir adecuado:

	SI	NO
Exhibicionismo	_____	_____
Tiene capacidad para vestirse	_____	_____
Tiene capacidad para desvestirse	_____	_____
Las prendas de vestir están sucias	_____	_____
Prendas de vestir inadecuadas a la situación	_____	_____
Espacio inadecuado para mantener su ropa limpia y en orden	_____	_____

Problemas físicos o del entorno que le impide lavar y planchar su ropa: _____

Otros factores: _____

Observaciones: _____

7. Necesidades de termo regulación:

Temperatura: _____

	SI	NO
Exposición al sol	_____	_____
Exposición al frío	_____	_____
Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental	_____	_____
Habitación fría	_____	_____
Habitación caliente	_____	_____
Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales.	_____	_____

Otras situaciones que impiden la termorregulación: _____

Observaciones: _____

8. Necesidades de higiene y protección:

	SI	NO
Lesiones de piel	_____	_____
Heridas	_____	_____
Cambios en la pigmentación de la piel	_____	_____
Cambios en la textura	_____	_____
Cambios en los nevus	_____	_____
Hematomas frecuentes	_____	_____
Cambios en el pelo	_____	_____
Cambios en las uñas	_____	_____
Callos	_____	_____
Juanetes	_____	_____

Forma de cicatrización de las lesiones o de los hematomas: _____

Forma de hacer el autoexamen de las manos: _____

Descripción de lesión cutánea o de los anexos de la piel: _____

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: _____

Observaciones: _____

9. Necesidad de evitar los peligros

	SI	NO
Somatización	_____	_____
Hipocondriasis	_____	_____
Factores de riesgo a caídas:		
Suelo encerado	_____	_____
Suelo mojado	_____	_____
Cables en el piso	_____	_____
Suelo con desniveles	_____	_____
Falta de iluminación en escaleras	_____	_____
Falta de iluminación en la habitación	_____	_____
Existencia de Alcantarillas	_____	_____
Barandillas en la cama	_____	_____
Riesgos a accidentes:		
Disminución auditiva	_____	_____
Disminución visual	_____	_____
Disminución de reflejos	_____	_____

Otros: _____

Observaciones: _____

10. Necesidad de comunicación:

	SI	NO
Ansioso	_____	_____
Deprimido	_____	_____
Accesos de llantos	_____	_____
Nervioso	_____	_____
Miedoso	_____	_____
Problemas para tomar decisiones	_____	_____
Dificultad para concentrarse	_____	_____
Estrés o tensión actual	_____	_____
Cambios en la voz	_____	_____
Problemas de memoria	_____	_____
Afasia	_____	_____
Apraxia	_____	_____
OJOS		
Lagrimeo en exceso	_____	_____
Prurito en los ojos	_____	_____
Inflamación en los párpados	_____	_____
Partículas flotantes	_____	_____
Diplopia	_____	_____
Visión borrosa	_____	_____
Cambios de visión	_____	_____
Fotofobia	_____	_____
Escatima	_____	_____
Uso de gafas o lentes	_____	_____
Infección o dolor frecuente	_____	_____
OIDO		
Tinnitus	_____	_____
Secreción ótica	_____	_____
Vértigo	_____	_____
Sensibilidad auditiva	_____	_____
Infección ótica	_____	_____
Prótesis auditivas	_____	_____
Cambios en la audición	_____	_____

Manejo de satisfacción frustración: _____

Mecanismo de adaptación habituales: _____

Fecha y resultado de su último reconocimiento visual: _____

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma: _____

Fecha y resultado de su último examen otológico: _____

Costumbres particulares en el cuidado del oído: _____

Tipo de comunicación verbal: _____

Tipo de comunicación no verbal: _____

Actitud y facilidad de relación: _____

Utilización de mecanismos de defensa: _____

Condiciones del entorno que limitan la comunicación: _____

Calidad y cantidad de la interacción familiar (familiograma anexo): _____

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): _____

Observaciones: _____

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

	SI	NO
Viste de acuerdo a un grupo social o religioso		
-Pertenece a una religión concreta	_____	_____
-Dios tiene importancia para ella o él	_____	_____
-Le resulta de ayuda:	_____	_____
-La oración	_____	_____
-La lectura	_____	_____
-La escritura	_____	_____
-Alguna práctica religiosa	_____	_____
La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:		
-Dios	_____	_____
-Sobre la fe	_____	_____
-Sus propios sentimientos	_____	_____

Significado de Dios para el o ella: _____

Que es lo que más le preocupa al estar enfermo: _____

Quién o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda: _____

Qué es lo que más le ayuda cuando tiene miedo: _____

Tiene algún temor o esperanza en concreto: _____

Tiene algún asunto o negocio pendiente: _____

Como maneja las pérdidas significativas: _____

Sentimientos sobre la muerte: _____

Observaciones: _____

12. Necesidad de trabajo y realización.

Problema para realizar algún trabajo:

	SI	NO
Neuromuscular	_____	_____
Nervioso	_____	_____
Organos de los sentidos	_____	_____

Situación laboral actual: _____

Autorrealización: _____

Imagen Corporal: _____

Observaciones: _____

13. Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas:

	SI	NO
Impedimento físico	_____	_____
Impedimento mental	_____	_____
Pertenece a algún grupo de la tercera edad	_____	_____
Rechaza las actividades	_____	_____

Ocupación del tiempo libre: _____

Que hace para resocializarse: _____

Obsevaciones: _____

14. Necesidad de aprendizaje:

Escolaridad: _____

Capacidad de atención y memoria: _____

Interés por aprender su autocuidado: _____

Interés por aprender educación para su salud: _____

Observaciones: _____

V. MEDICAMENTOS: prescritos, no prescritos o medicina tradicional.

Nombre de fármaco	Dosis	Frecuencia	Fecha inicio	Ultima toma	Reacción alérgica

Sabe para que toma cada uno de los medicamentos: _____

Desde que inicio a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: _____

Realiza algún control adicional con su tratamiento médico como son:

- Dieta: _____
- Ejercicio _____
- Control de T.A. _____
- Registro de pulso _____
- Registro de respiración _____
- Control de glucosa en sangre _____
- Control de glucosa en orina _____

Revisión periódica de:

- Visión: _____
- Audición: _____
- Papanicolau: _____
- Prostática: _____
- Memoria: _____
- Otra: _____
- Control de anticoagulantes: _____

Con que frecuencia visita al médico: _____

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: _____

Utiliza medicina alternativa: SI ___ NO ___

Cuál _____

OBSERVACIONES

Fecha de Realización: _____

Nombre y firma de quién la realizó: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**

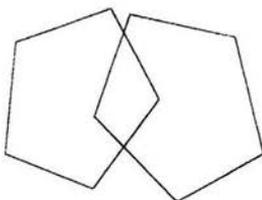
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL ANCIANO

**ESTADO DE MEMORIA
(FOLSTEIN)**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____
 LUGAR EN DONDE SE REALIZO LA EVALUACION: _____

PTS. MAXIMA PTS. OBTENIDA.

5	_____	¿QUE FECHA ES HOY? (DIA, MES, AÑO Y ESTACION).
5	_____	¿EN DONDE ESTAMOS? (PISO, HOSPITAL, CIUDAD, ESTADO, PAIS, DOMICILIO).
3	_____	NOMBRE TRES OBJETOS (1 POR SEGUNDO) PEDIRLE QUE LOS REPITA.
5	_____	QUE RESTE EMPEZANDO DEL 100; DE 7 EN 7 (HASTA 5 RESP).
3	_____	PREGUNTE POR LOS TRES OBJETOS APRENDIDOS.
2	_____	MUESTRE UNA PLUMA Y UN RELOJ Y PIDA QUE LOS IDENTIFIQUE.
1	_____	QUE REPITA LA FRASE "TRES TRISTES TIGRES".
3	_____	QUE CUMPLA LA SIGUIENTE ORDEN VERBAL. TOME UNA HOJA DE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELA POR LA MITAD Y COLOQUELA EN EL PISO.
1	_____	QUE LEA LA FRASE: "CIERRE LOS OJOS".
1	_____	QUE ESCRIBA UNA ORACION.
1	_____	QUE COPIE UN DISEÑO GRAFICO (PENTAGONOS CRUZADOS).



PUNTOS _____ > DE 25 CONTINUE CON LA VALORACION GERIATRICA.
 _____ < DE 24 OBTENGA LA INFORMACION DE UN INFORMANTE.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE POSGRADO.**

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL ANCIANO.

ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR	PUEDA HACERLO SOLO	CON AYUDA	INCAPAZ DE HACERLO
BEBER DE UNA TAZA	4	0	0
ALIMENTARSE	6	0	0
VESTIRSE PARTE SUPERIOR	5	3	0
VESTIRSE PARTE INFERIOR	7	4	0
COLOCARSE UNA PROTESIS	2	0	0
ARREGLO PERSONAL	6	0	0
ASEO Y BAÑO	6	0	0
CONTROL DE MICCION	10	5	0
		OCASIONAL	INCONTINENCIA
CONTROL DE EVACUACION	10	5	0
SENTARSE Y LEVANTARSE DE UNA SILLA	15	7	0
ENTRAR Y SALIR DE TINA O REGADERA	1	0	0
SENTARSE Y LEVANTARSE DEL WC.	6	3	0
CAMINAR 20 METROS PLANOS	15	10	0
SUBIR O BAJAR 15 O 20 ESCALONES	10	5	0
CAPACIDAD DE MANIOBRAR SILLA DE RUEDAS	5	0	0

NOTA. MAXIMO VALOR 100 PUNTOS =INDEPENDIENTE
60 PUNTOS =INTERDEPENDIENTE
MINIMO VALOR 40 PUNTOS O MENOS = DEPENDIENTE.

PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.**

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL ANCIANO.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

1	¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO
3	¿Siente usted que su vida esta vacía?	SI	NO
4	¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	NO
5	¿Tiene usted esperanza en el futuro?	SI	NO
6	¿Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI	NO
7	¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI	NO
9	¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10	¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	SI	NO
11	¿Se siente usted intranquilo y nervioso frecuentemente?	SI	NO
12	¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Se preocupa usted frecuentemente en el futuro?	SI	NO
14	¿Cree usted que tiene mas problemas de memoria que los demas?	SI	NO
15	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
16	¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	SI	NO
17	¿Siente usted que nadie lo aprecia?	SI	NO
18	¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	SI	NO
19	¿Cree usted que la vida es muy emocionante?	SI	NO
20	¿Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente usted lleno de energia?	SI	NO
22	¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI	NO
23	¿Cree usted que los demas estan mejor que usted?	SI	NO
24	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25	¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	SI	NO
26	¿Tiene usted problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	SI	NO
28	¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Es facil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Esta su mente tan clara como solia estar antes?	SI	NO

TOTAL DE PUNTOS _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

FECHA DE EVALUACION: _____

(Yesavage)

EJERCICIOS DE ACONDICIONAMIENTO FISICO

Tomados del Manual de Procedimientos de Enfermería sobre terapia física, musicoterapia y socioterapia para la atención del paciente con demencia tipo alzheimer.

Elaborado por: Lic. En Enfermería: Alejandra Martínez Miranda

Alineación de segmentos corporales.

Concepto.

Es la acción de mantener las articulaciones en posición anatómico-funcional.

Objetivos:

Prevenir contracturas y deformidades de los miembros superiores e inferiores.

Material y equipo:

Un colchón.

Bolsas de arena.

Almohadilla.

Procedimiento:

1. Colocar la parte posterior del tronco en una superficie plana y blanda en posición recta. (decúbito dorsal).
2. Colocar la posición del paciente en forma recta permitiendo movimientos laterales de cabeza y cuello.
3. Mantener el hombro en abducción y rotación externa de 90 grados ayudándose de cojines o bolsas de arena.
5. Mantener el antebrazo en posición neutra.
6. Colocar la mano en posición funcional, colocando un rollo o guante adaptado en la palma de la mano para mantener los dedos ligeramente flexionados.
7. Colocar la cadera en ligera abducción para que permanezca en posición neutra.
8. Mantener las rodillas en posición extendida a 180 grados.
9. Mantener los pies en extensión de 90 grados.

Precauciones.

Explicar al paciente lo que se va a realizar.

Evitar movimientos bruscos con el fin de evitar el riesgo de lesiones.

Realizar los movimientos de manera tranquila con el fin de evitar angustia y desorientación en el paciente.

Principios:

En la alineación corporal se utiliza la postura y la posición.

La posición ayuda a mantener el funcionamiento corporal en equilibrio, ayudando al sistema circulatorio junto con los aparatos musculoesquelético y respiratorio.

La posición en decúbito dorsal favorece la relajación muscular.

La posición apoya en la aplicación de los tratamientos necesarios.

La fisioterapia ayuda a aumentar y mantener la movilidad de las articulaciones.

El mantenimiento de la movilidad articular disminuye el riesgo de síndrome de inmovilidad.

El estímulo del ejercicio favorece la autonomía en las actividades de la vida diaria.

Deambulaci3n o marcha.

Concepto:

Son las acciones que se proporcionan al paciente afectado con el fin de lograr que tenga la capacidad de sostener el peso corporal sobre los miembros inferiores y que pueda desplazarse.

Objetivos:

Lograr que el paciente realice la marcha en forma independiente y con el menor esfuerzo posible.

Mantener el mayor tiempo posible la capacidad de transferencia.

Reeducar la marcha.

Favorecer el balance, equilibrio y coordinaci3n.

Estimular la psicomotricidad.

Evitar el síndrome de inmovilidad y el riesgo de caídas.

Disminuir el riesgo de formaci3n de úlceras de presi3n.

Material y equipo.

Andaderas.

Barras paralelas.

Aros de plástido.

Escaleras fijas.

Procedimiento:

1. Enseñe o recuerde al paciente la manera de caminar.

2. Primero deberá mover una mano adelante sobre la barra.

Luego moverá la pierna contraria a la mano hacia adelante.

4. Después adelantará la otra pierna más allá de la que se movió.

5. Finalmente moverá la otra mano y repetirá el ejercicio.

1.a. Enseñe y reedúque al paciente a subir y bajar escaleras.

2.a. Proporcione el apoyo suficiente para que no tenga temor.

3.a. Se le recordará a subir y bajar escaleras, haciéndolo escal3n por escal3n, apoyando primero la pierna más fuerte y después la más débil.

4.a. El paciente debe aprender a caminar en diferentes tipos de suelo y también a librar obstáculos.

Para que el paciente estimule la marcha y aprenda a librar obstáculos utilice los aros de plástido.

1.b. Coloque los aros formados en el piso en línea recta.

2.b. Indique o enseñe al paciente a caminar colocando un pie dentro del primer aro y el otro pie dentro del siguiente aro, así sucesivamente hasta terminar todos, si el paciente no puede solo ayúdelo tomándolo de una de sus manos brindándole apoyo.

3.b. Si el paciente aún puede y entiende la instrucci3n indíquele que haga lo mismo pero ahora de espaldas.

4.b. Realice el mismo ejercicio pero ahora caminando de lado.

5.b. Si el paciente es capaz pídale que ahora salte en cada uno de los aros con los dos pies.

Precauciones:

Vigile estrechamente al paciente cuando realice éste tipo de procedimientos ya que podría perder el equilibrio y golpearse.

Manténgalo lejos de objetos que puedan lastimarlos o interfieran en la realización del ejercicio.

Antes de iniciar el ejercicio asegúrese que los zapatos del paciente sean cómodos y seguros, así mismo de detectar algunos padecimientos de los pies como las hiperqueratosis o hallux valgus entre otros que puedan dificultar la marcha.

Explíquelo al paciente el procedimiento para que lo entienda, así mismo hágalo sentir seguro.

Principios:

La marcha favorece la movilización de articulaciones y la coordinación.

Cuando cualquier articulación se mantiene en una sola posición durante un periodo indebidamente largo se acortan los músculos que intervienen y limitan el movimiento.

El acortamiento muscular y la consecuente limitación del movimiento también pueden aparecer por desequilibrio muscular debido a espasticidad y debilidad.

El ejercicio en barras paralelas enseña a mantener el equilibrio en posición de pie, ayudando a soportar el peso.

La deambulación ayuda a fortalecer las extremidades inferiores.

Con la utilización de las barras paralelas se fortalecen las extremidades inferiores.

Una presión ejercida por una posición prolongada disminuye el aporte sanguíneo y por lo tanto la formación de úlceras por presión.

Ejercicios de Equilibrio.**Concepto:**

Es la acción de reforzar los músculos del cuerpo y el control visual que conduzcan el control de las diferentes partes del cuerpo, para que el paciente pueda realizar las diferentes actividades motoras.

Objetivos.

Recuperar la estabilidad del equilibrio en general ya sea sentado, parado o hincado.

Favorecer la psicomotricidad.

Material y equipo:

Colchón.

Almohadilla.

Procedimientos:**Ejercicios de cuello:**

1. El paciente tratará de levantar la cabeza y las rodillas tanto como sea posible, de manera que quede como dentro de una pelota, colocándose primero en decúbito dorsal.

2. Después el paciente deberá acostarse lentamente.

3. Si el paciente no puede hacerlo solo, ayúdelo poniéndole sus manos detrás de sus hombros, conforme el paciente aprenda, de le menos ayuda. Realice el ejercicio 10 veces si es posible.

4. Ahora acostado sobre el colchón el paciente deberá voltearse y quedarse en posición de decúbito ventral, si el paciente no puede ayúdelo girándolo de los hombros.

5. El paciente acostado en posición de decúbito ventral y con los brazos y piernas extendidas y las manos hacia el frente enséñele a levantar la cabeza y las cuatro extremidades como si fuera una mariposa, realicelo 20 veces si es posible.

Equilibrio sentado.

Enseñe al paciente a rodar sobre su costado y a usar los brazos para empujarse y sentarse por sí mismo.

2. Si el paciente no es capaz de sentarse por sí solo colóquese delante de él, tome sus manos y jálelo para sentarlo. El paciente deberá impulsarse para sentarse.
3. Si el paciente no es capaz de sostener la cabeza, sosténgasela usted colocando sus manos detrás del cuello.
4. Trate de que el paciente se sienta contra la pared, con las piernas en la posición que encuentre más cómoda.
5. Trate de que el paciente sentado realice actividades, si se le dificulta enséñele a sostenerse con un brazo.
6. El siguiente paso es enseñar al paciente a sentarse sosteniéndose sobre sus brazos lejos de la pared.

Precauciones:

Vigilar estrechamente al paciente ya que éste tipo de personas tiende a perder el equilibrio muy fácilmente.

Aleje los objetos que puedan lesionarlo.

Valore la capacidad de cada paciente para realizar los ejercicios.

Evite forzar demasiado al paciente, recuerde trabajar solo las capacidades residuales.

Principios:

La fisioterapia favorece la coordinación, movilización y el equilibrio.

El equilibrio es el estado de reposo de un cuerpo solicitado por dos fuerzas que se destruyen recíprocamente.

Debido a las alteraciones cognitivas de la enfermedad de Alzheimer el paciente puede tener problemas físicos que limitan su funcionalidad.

Ejercicios de rodarse.

Concepto:

Son las acciones que se realizan para adiestrar al paciente afectado para que gire su cuerpo hacia la derecha e izquierda.

Objetivos.

Lograr que el paciente se desplace por sí mismo y cambie de posición para prevenir deformidades y la formación de úlceras por presión.

Reconocer lateralidades.

Fortalecer memoria a corto plazo.

Favorecer la coordinación.

Material y equipo.

Colchón.

Procedimiento. En decúbito dorsal cruce una de las piernas sobre la otra, trate de que el paciente se impulse con los brazos y el tronco hacia el lado de la pierna que queda abajo, si la persona no puede hacerlo sola ayúdelo empujándolo suavemente del hombro y la cadera hacia el lado que se va a rodar.

Enseñelo de la siguiente manera:

1. Primero el paciente deberá voltear la cabeza hacia el lado que va a ser volteado.
2. Después él deberá cruzar su brazo y pierna opuestos sobre el lado que va a voltearse.
3. Ahora deberá rodarse a la posición de decúbito ventral.

Si el paciente no puede hacerlo solo, usted deberá ayudarlo de la siguiente manera:

1. Colóquese del lado al cual el paciente va a ser volteado.
2. Suba y gire la cabeza del paciente hacia usted.
3. Ponga sus manos bajo la espalda y la cadera del paciente en el lado opuesto.
4. Ruede al paciente hacia usted quedando en decúbito ventral.

Precauciones.

Evitar movimientos bruscos para no provocar lesiones músculo-tendinosas.

Explique al paciente lo que va a realizar con el fin de que entienda y disminuya su angustia.

No prolongue el ejercicio por mucho tiempo para no cansar y pensionar al paciente.

Principios:

Los ejercicios terapéuticos consisten en movimientos corporales descritos y preescritos para restituir la función normal o conservar un estado de bienestar.

El mantenimiento de la movilidad articular favorece la coordinación, mejora la precisión de los movimientos musculares, es decir enseña a usar el músculo apropiado en el momento apropiado y con la fuerza necesaria.

Una presión ejercida por una posición prolongada disminuye el aporte de riego sanguíneo y por lo tanto aumenta el riesgo de úlceras por presión.

Ejercicios de fortalecimiento muscular.

Concepto:

Son las acciones por medio de las cuales se proporciona al paciente la habilidad para aplicar la fuerza muscular en la realización de actividades de la vida diaria, sin exceso de fatiga moviéndose en forma efectiva y ejecutando más eficazmente los movimientos.

Objetivos:

Lograr que el paciente recupere al máximo de sus potencialidades la fuerza de los músculos

Favorecer el incremento de la fuerza y masa muscular.

Favorecer la circulación y por ende la oxigenación.

Evitar el síndrome de inmovilidad y el riesgo de caídas.

Mantener en la medida de lo posible la independencia en las actividades de la vida diaria.

Material y equipo.

Colchón.

Silla.

Bolsas de arena con peso progresivo que puedan sujetarse a los miembros inferiores.

Barras paralelas.

Mancuernillas de peso progresivo.

Procedimiento.

Ejercicios de flexión y extensión de las rodillas.

1. Coloque la bolsa de arena sujeta en una de las pantorrillas del paciente, éste debe encontrarse colocado en decúbito dorsal sobre el colchón, ya sujeta la bolsa de arena pídale que doble la cadera y rodilla correspondiente.
2. Lentamente estire la cadera y la rodilla.
3. Repita el ejercicio cuantas veces sea posible.

Ejercicio de aducción y abducción de miembros inferiores en decúbito dorsal.

1. Acomode al paciente en posición de decúbito dorsal.
2. Pídale que lleve una pierna hacia fuera con la rodilla extendida.
3. Vuelva a juntar la pierna.
4. Repita 10 veces el ejercicio y posteriormente hágalo con la otra pierna.

Ejercicios de aducción y abducción de miembros inferiores en decúbito ventral.

1. Coloque al paciente en posición de decúbito ventral e indíquelo que levante la pierna hacia atrás manteniendo la rodilla extendida.
2. Baje la pierna lentamente.
3. Repita 10 veces y posteriormente hágalo con la otra pierna.

Ejercicio de flexión y extensión de los pies.

1. Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal sobre el colchón.
2. Sujete una bolsa de arna en el pie del paciente, ahora indíquelo que lleve el pie hacia arriba y posteriormente hacia abajo.
3. Ahora indíquelo que realice el movimiento de flexión y extensión trabajando la articulación del tobillo.
4. Repita diez veces con cada pie.

Precauciones:

Evite realizar movimientos bruscos con el fin de evitar lesiones.

Explíquelo al paciente el procedimiento con el fin de que lo entienda y no se angustie.

Valore adecuadamente la capacidad de cada paciente para realizar el ejercicio.

Principios:

Los ejercicios tienen como finalidad aumentar la fuerza de los músculos basándose en repeticiones con esfuerzo activo y tienen especial utilidad en la atrofia consecutiva a la falta de uso.

El paciente con enfermedad de Alzheimer debido a su padecimiento tiende a ser aislado por lo que disminuye poco a poco su estímulo físico provocando el riesgo de síndrome de inmovilidad.

La ansiedad tiene efectos adversos en los esfuerzos físicos y psicológicos que se exigen al paciente por lo que hay que tomar en cuenta siempre sus capacidades.

El trabajo muscular aumenta el consumo de oxígeno y esto a su vez dilata los vasos sanguíneos musculares con lo que se incrementa el retorno venoso y el gasto cardíaco.

El retorno venoso eficiente favorece la oxigenación cerebral.

Desde el principio hasta el final del movimiento se aplica una presión rítmica, suave y uniforme para evitar lesiones por esfuerzos repentinos e inesperados.

Después de cada esfuerzo muscular se hace un periodo de relajación completa para evitar la fatiga.

Ejercicios de movilización de articulaciones.**Concepto.**

Es la acción de movilizar las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores a través de su arco de movilidad completa para mantenerlas funcionales.

Objetivos:

Lograr el máximo de movilidad articular y de ésta manera prevenir la rigidez articular producida por la inmovilización.

Evitar el síndrome de inmovilidad.

Mantener la independencia en las actividades de la vida diaria.

Favorecer la circulación y por ende la oxigenación.

Mantener la capacidad de reconocer lateralidades y esquema corporal.

Material y equipo.

Colchón.

Aros de plástico.

Procedimientos:**Realice los procedimientos de aducción y abducción de miembros superiores.****A.**

1. Con el paciente acostado en decúbito dorsal con su brazo extendido y pegado al cuerpo, coloque una mano sobre el codo y con la otra sosténgale la mano.
2. Eleve verticalmente todo el brazo del paciente directamente hacia arriba.
Suave y lentamente lleve el brazo hacia la cabeza del paciente lo más que pueda sin lastimarlo.
4. Si algo impide que el brazo extendido llegue hasta atrás doble el codo.
5. Regrese el brazo a la posición inicial y repita el ejercicio 10 veces de ser posible en cada brazo.

B.

1. Con el paciente acostado en decúbito dorsal y su brazo pegado al cuerpo, ponga una mano sobre el codo y con la otra la mano del paciente.
2. Mantenga el brazo del paciente sobre el colchón con el codo extendido y llévelo hacia un lado alejándolo del cuerpo.
3. Siga moviéndolo horizontalmente en la misma forma dándole vuelta hacia la cabeza del paciente, suave y lentamente para no lastimarlo, después regrese a la posición inicial.

C.

1. Coloque una mano arriba del codo del paciente y con la otra tome su mano, coloque el brazo del paciente separado de su tronco, con el codo cerca del borde del colchón.
2. Eleve el brazo del paciente y trate de cruzar el pecho del mismo, posteriormente regréselo a la posición inicial.

D.

1. Sostenga el brazo del paciente sobre el colchón y alejado del cuerpo, con el codo doblado y la mano apuntando a los pies del colchón.
2. Eleve el antebrazo sin elevar el brazo.
3. Manteniendo siempre el brazo en el colchón y sin desplazarlo, aumente la rotación del codo para llevar la mano suavemente y sin lastimar al paciente, hacia la cabeza posteriormente regrese el antebrazo a su posición inicial.

E.

1. Sostenga la mano con el brazo sobre el colchón, el codo flexionado y alejado del cuerpo, el antebrazo apuntando al cielo.
2. Sin mover el codo ni desplazar el brazo, déle vuelta a la mano para que la palma quede hacia la cara del paciente.
3. De vuelta a la mano para que la palma quede hacia los pies del paciente, por último regrese el antebrazo a la posición inicial.

F.

1. Mantenga el antebrazo alejado del cuerpo sobre el colchón, el codo flexionado y el antebrazo apuntando al cielo, con una mano tome su puño y con otra su mano.
2. Extienda los dedos del paciente y lleve su mano hacia atrás.
3. Doble los dedos para que quede cerrado el puño y enseguida doble la mano hacia delante.
4. Extiéndale los dedos y mueva la mano hasta que quede en línea recta con el antebrazo.

G.

1. Con una mano sostenga en extensión los dedos del paciente.
2. Con la otra aleje el pulgar de la mano y repita el ejercicio.

3. Mueva el pulgar del paciente en círculo.

Ejercicios de extremidades inferiores.

A.

1. Coloque una mano debajo de la rodilla y con la otra tome el talón.
2. Levante la extremidad y doble la rodilla.
3. Doble lentamente tanto como pueda la cadera y la rodilla del paciente llevando su muslo hacia la cabeza sin producir molestias.
4. Extienda la rodilla y levante el pie, baje la extremidad a la posición inicial.

B.

Coloque una mano bajo la rodilla y la otra bajo el talón, sostenga la pierna extendida hacia usted y regrese la pierna a la posición inicial.

C.

1. Colóquese del lado derecho del paciente, con su mano derecha tómele el talón a manera de que el pie se apoye en su antebrazo y con su mano izquierda del paciente usted deberá colocarse al lado izquierdo del colchón.
2. Haga presión con su antebrazo sobre la planta del pie para doblarlo hacia arriba, presionando el tobillo con su otra mano para estirar la pierna, después regrese a la posición inicial.
3. Deslice su mano izquierda del tobillo hasta la base de los dedos del pie y haga presión sobre éste para extenderlo completamente, mientras que con su mano derecha que sostiene el talón empuja hacia arriba.

Precauciones:

Evitar movimientos bruscos para no provocar lesiones músculo-tendinosas o fracturas.

Explicarle al paciente los procedimientos a realizar para evitar ansiedad o angustia.

No prolongar cada ejercicio por más de cinco minutos para no cansar o pensionar al paciente.

Principios:

El grado de movilidad de una articulación depende de los huesos, músculos, ligamentos y tendones que los unen.

Las superficies articulares están recubiertas de cartilago, tejido cuyas funciones son muy limitadas y se deterioran a temprana edad.

En los ancianos existe lentitud en la neoformación ósea, de este modo los huesos largos en el interior se ahuecan dando como resultado final el debilitamiento del hueso que se torna más susceptible a fracturas.

La movilización de las articulaciones favorece la autonomía en las actividades de la vida diaria y disminuye el riesgo de síndrome de inmovilidad.

MUSICOTERAPIA

Tomado del Manual de Procedimientos de Enfermería sobre terapia física, musicoterapia y socioterapia para la atención del paciente con demencia tipo Alzheimer.

Elaborado por:

Lic. en Enfermería: Alejandra Martínez Miranda.

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

El valor terapéutico obedece en primer lugar a la influencia sobre el hombre, de los sonidos y el origen de la música. Se ha probado en forma científica, que la música influye sobre la capacidad de trabajo y retarda la aparición de fatiga, facilita la digestión, la respiración y la circulación sanguínea ya que mejora el rendimiento cardíaco, e induce a un estado de relajación.

Sabemos que los pacientes con demencia debido a su pérdida de memoria y a los cambios de personalidad entre muchas otras alteraciones poco a poco van perdiendo su capacidad de expresión y comunicación; así pues a través de la música el paciente puede ser estimulado para que salgan a flote las emociones que guarda dentro de sí, además de favorecer la verbalización y su integración social.

Aún para la información más elemental proveniente de nuestro medio dependemos por completo de nuestros sentidos, y el cerebro por así decirlo, es el único órgano que puede aceptar órdenes del ambiente. Se ha señalado el tema de la importancia de los sentidos debido al hecho de que cuanto mayor es el desarrollo sensorial de un organismo, más rico es su mundo externo.

En los pacientes con demencia sabemos lo importante que es para ellos enriquecerles el medio ambiente que les rodea con estímulos constantes con el fin de lograr una mayor adaptación y funcionalidad en todos sus aspectos.

Dentro de las finalidades de la musicoterapia tenemos:

- De asociación: El hombre absorbe los sonidos, a menudo en forma inconsciente, y retiene la música en la mente a través de la vida, quizá pasajes muy breves que pueden traerle a la memoria hechos, estados de ánimo o sensaciones asociadas a ella.

- De autoexpresión: Este es uno de los rasgos más trascendentes y es dar al ser humano una salida emocional al traer a la conciencia emociones profundamente asentadas.

- De grupo: El valor de la música es proveer de una válvula emocional dentro del grupo de una forma armónica y ordenada. Debe considerarse que hay música que induce al grupo a una falta de dominio general y al desorden, por lo que debe tenerse especial cuidado en la elección de la música.

La musicoterapia ofrece al individuo la posibilidad de experimentar hechos de ciertas maneras, los procedimientos intentan definir esos modos de experimentarlas.

Las técnicas de musicoterapia que se utilizan en el Centro son dos:

- a). Musicoterapia activa,
- b). Musicoterapia receptiva o pasiva.

Musicoterapia activa.

Tiene como principio esencial la creación de la armonía en el seno del grupo, mediante la acción de interacciones sonoras y rítmicas, de modo que tiene por meta la creación de una comunicación y de una socialización entre el conjunto de participantes.

Dentro de éste tipo de musicoterapia se incluyen cuatro ejercicios terapéuticos:

- Canto
- Baile
- Práctica de un instrumento musical
- Redescubrimiento del cuerpo.

Musicoterapia receptiva o pasiva.

Esta es definida como un “método terapéutico que utiliza la audición de obras musicales”.

Este tipo de musicoterapia es lo contrario de la anterior, ahora el paciente no interactúa con instrumentos, ni cantando, sólo escucha.

Esto es muy efectivo en pacientes que se encuentran en primer o segundo nivel, en los que la angustia no es muy importante y nos ayuda como medio de relajación más específica.

TERAPIA DE SOCIALIZACION.

Tomado del Manual de Procedimientos de Enfermería sobre terapia física, musicoterapia y socioterapia para la atención del paciente con demencia tipo Alzheimer.

Elaborado por:

Lic. en Enfermería: Alejandra Martínez Miranda.

La socioterapia incluye todo tipo de actividades sociales, culturales y de esparcimiento que proporcionen contacto y convivencia con otras personas, no solo dentro de la Institución sino también fuera de ella, para evitar el aislamiento.

Incluye la organización de múltiples actividades como son reuniones, conferencias, espectáculos, juegos, charlas, cine, actividades al aire libre, bailes, fiestas, etc... en las que deben participar en mayor o menor grado todos los pacientes.

También se realizan excursiones, visitas a museos o sitios de interés.

Con la socioterapia se trata de mantener o restablecer las actividades de tipo social que existen en un grupo de personas que interactúan entre sí y con la comunidad.

Uno de los objetivos es lograr el interés del paciente, favoreciendo las relaciones interpersonales y disminuir el estado depresivo.