

# ALZHEIMER

*Inés Sánchez López  
Rubén Romero Riera  
Encarnación Rodríguez Simón  
Bárbara García Heredia*

Medicina





# ALZHEIMER

**AUTORES:**

**Inés Sánchez López**

*DUE/TCAE del Hospital Comarcal de Melilla*

**Rubén Romero Riera**

*DUE del Hospital Comarcal de Melilla*

**Encarnación Rodríguez Simón**

*DUE del Hospital de Torrecárdenas Almería*

**Bárbara García Heredia**

*DUE de la residencia de ancianos del Imserso Melilla*



**Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L**

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **los autores**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) [info@3ciencias.com](mailto:info@3ciencias.com)

Primera edición: **Enero 2016**

ISBN: **978-84-944994-1-8**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2016.13>

< Cuando ya no me queden recuerdos donde encontrarte, te buscaré dentro de mi olvido.>.

*Inés Sánchez*



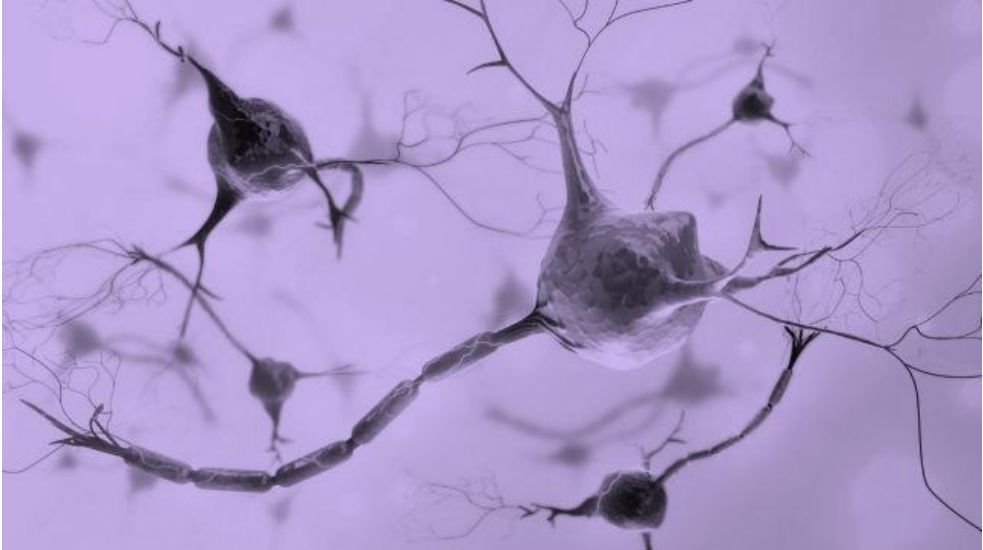
# Índice

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....	9
LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.....	15
EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON .....	16
ACTIVIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. NANDA. ....	19
ACTUACIÓN ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER HOSPITALIZADO EN PERIODO DE AGITACIÓN.....	25
CASO CLÍNICO .....	29

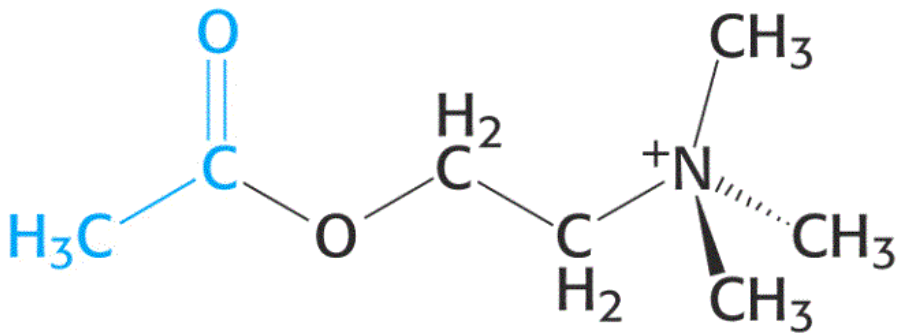


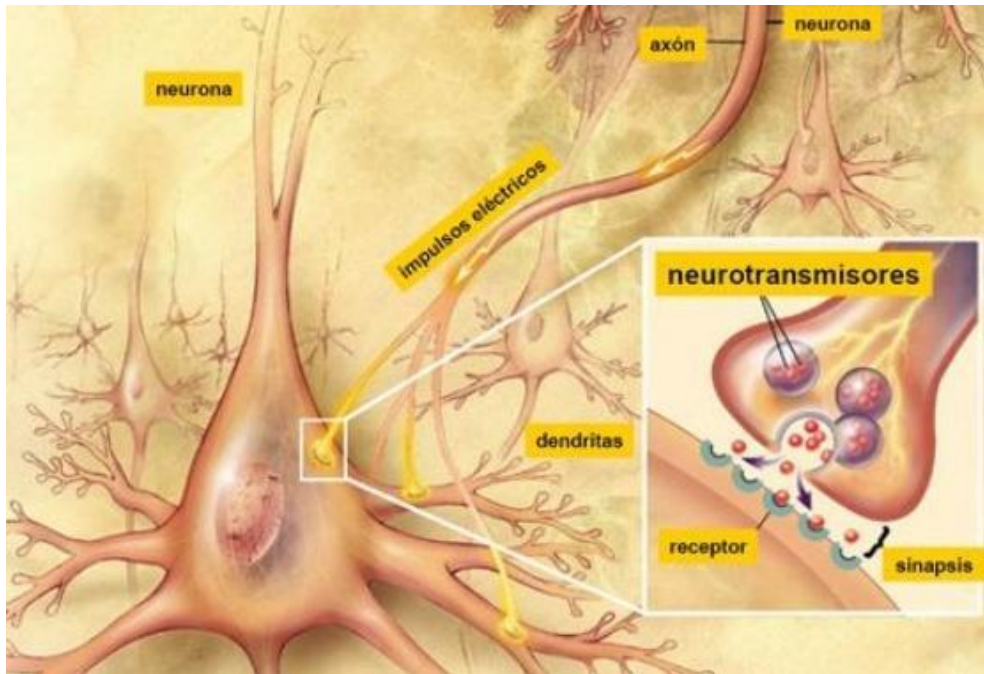


## LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa donde la edad media de aparición es a partir de los 65 años, pudiendo aparecer en edades más tempranas. La persona afectada de Alzheimer sufre una pérdida constante de acetilcolina.



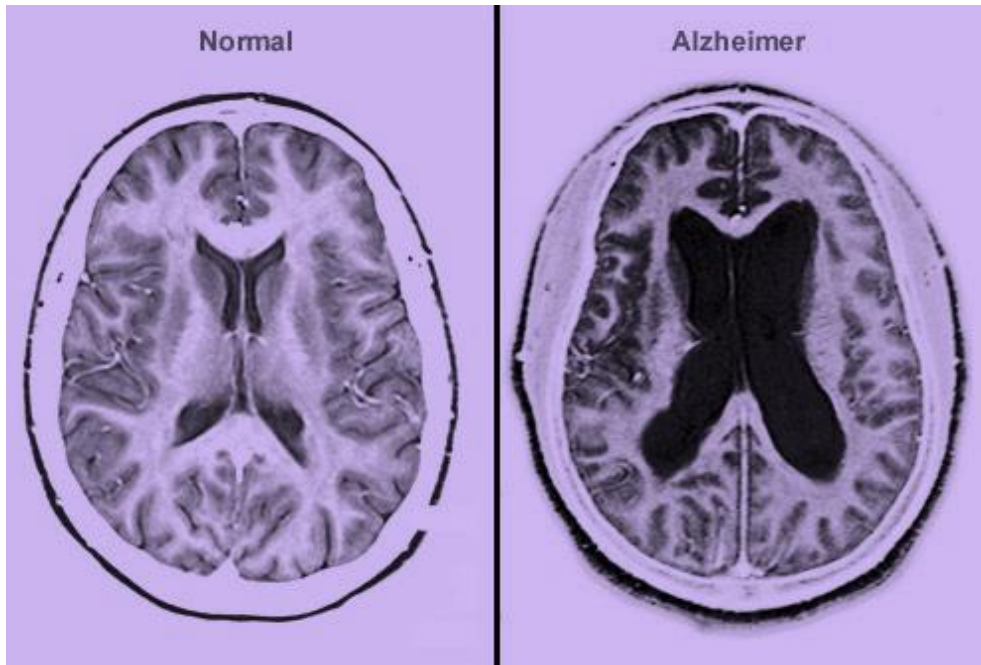


La función principal de la acetilcolina es la comunicación entre las células nerviosas y en las actividades mentales como son el aprendizaje, la memoria y el pensamiento.

El Alzheimer se produce cuando los valores de acetilcolina bajan provocando un deterioro en los circuitos colinérgicos del sistema cerebral. Se desconoce el motivo por el que disminuye la producción de acetilcolina por lo que es complicado saber quiénes pueden padecer el mal de Alzheimer.

Factores que intervienen a la hora de sufrir el mal de Alzheimer:

- Edad: Edad avanzada aun pudiendo aparecer en personas más jóvenes
- Sexo: al ser más longevas las mujeres estadísticamente las mujeres lo sufren con más frecuencia.
- Herencia familiar: existe un 40% de pacientes con antecedentes familiares que padecen esta enfermedad. Esta variante es el 1% de todos los casos de Alzheimer existentes.
- Factor genético: varias mutaciones en el gen de la proteína implicada en el transporte del colesterol y su eliminación.
- Factores medioambientales: El tabaquismo y dietas ricas en grasas.



### **Síntomas**

Pequeñas pérdidas de memoria haciéndose cada vez más notorias llegando a incapacitar a la persona llegando a influir en las actividades simples de la vida diaria e intelectuales.

### **Síntomas neurológicos**

- Pérdida de memoria a corto plazo
- Pérdida de memoria a largo plazo
- Alteración en la capacidad de razonamiento.
- Afasia
- Apraxia
- Pérdida de capacidad espacial
- Cambios de carácter.

La detección precoz ante los primeros síntomas para ejercitar la memoria y la función motora es la mejor arma de prevención ante esta enfermedad junto a unos hábitos saludables (dieta baja en grasas y rica en vitamina E) reducen un 40% los casos de Alzheimer según la Sociedad Española de Neurología.



#### Factores de riesgo no genéticos:

- Nivel educacional: cuantos más años ejercitando la memoria, fortaleciendo así el cerebro más tarde aparecerá la enfermedad.
- Salud cardiovascular: alteraciones del sistema cardiovascular que pueden afectar al sistema cognitivo de una persona.
- Traumatismo cráneoencefálico:
- Depresión: puede favorecer la aparición del Alzheimer.
- 

#### ESTADIOS

- **Estadio Leve:** Cambios de humos, aislamiento, olvido que suele pasar desapercibido tanto por los familiares como por el propio afectado y apatía.
- **Estadio Moderado:** El deterioro avanza rápidamente, suelen perderse en lugares. Ya es perceptible por los familiares, tienen tendencia a la depresión y se vuelven casa vez más apáticos.
- **Estadio Grave:** La función cognitiva están afectadas. La afasia, apraxia y ataxia. Repiten frases sin sentido una y otra vez. No reconoce a sus seres queridos ni a ellos mismos reflejados en un espejo, pierden la capacidad de andar y mantenerse sentados, dejan de controlar sus funciones orgánicas pudiendo olvidarse hasta de tragar alimentos. En las etapas más avanzadas, debido a la afectación motora, articular, muscular y ósea, el paciente puede quedar en estado vegetativo.

## **Diagnóstico**

La enfermedad se diagnostica con datos recabados sobre los problemas del paciente de memoria y aprendizaje, para llevar adelante la vida cotidiana. y preguntando a familiares o personas que conviven con el supuesto enfermo.

## **Pruebas y exámenes**

Resonancia magnética (RM), la tomografía por emisión de positrones

Para detectar si hay deterioro cognitivo se realiza una serie de tests para determinar si las habilidades cognitivas están afectadas.

## **Tratamientos**

Controlar algunos síntomas relacionados al comportamiento

- Ogalantamina
- Rivastigmina
- Donepezilo
- Galantamina

Retrasar la progresión de algunos de los síntomas de grado moderado a severo de la enfermedad Memantina

La depresión puede ser el indicio del mal de Alzheimer. Puede causar estados de confusión, dificultad para concentrarse y prestar atención. Como signos más claros de que una persona con Alzheimer sufre también una depresión, se encuentran:

- La pérdida de apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Pérdida de energía e iniciativa.
- Sentimientos de baja autoestima.
- Irritabilidad y
- Ansiedad.
- Baja concentración.

Una vez diagnosticada la depresión se aconseja comenzar con tratamiento farmacológico con antidepresivos.

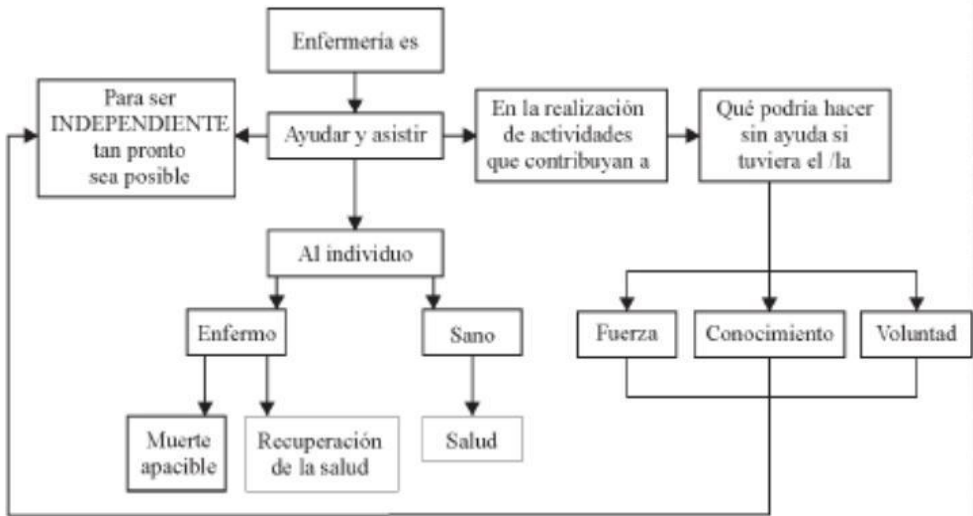


## LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

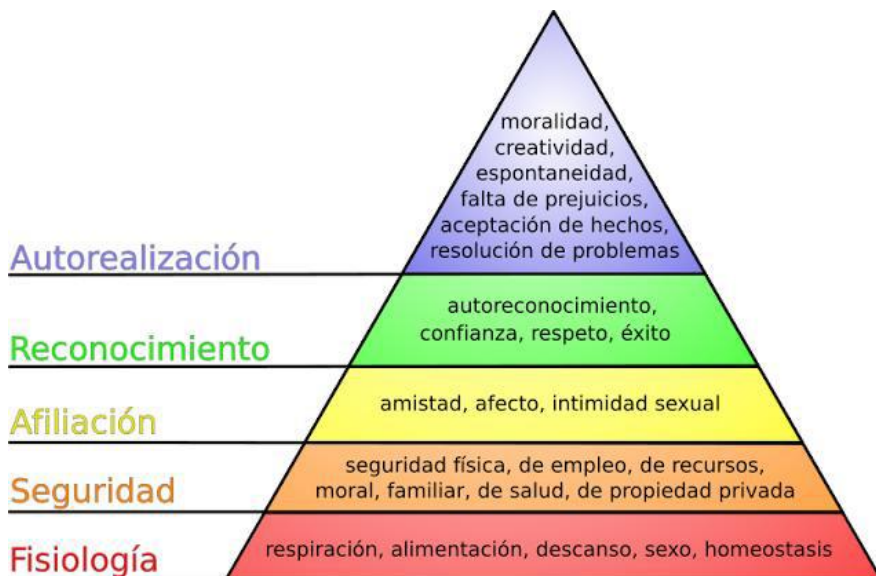


Virginia Avenel Henderson (1897-1996) nació en Kansas. A partir de la Primera Guerra Mundial se interesó por la enfermería. En ese periodo es donde destacó por su labor sanitaria. A los 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington. Se graduó en 1921 y trabajó en Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional. Virginia definió a la enfermería: "Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible".

## EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



Virginia no solo valoró las necesidades del paciente, sino la suma de las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, modificando el entorno e identificando como una unidad al paciente y su familia.





## **LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

- Respirar normalmente
- Beber y comer adecuadamente
- Eliminar adecuadamente desechos y secreciones humana:
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar
- Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal en límites normales (37,2 °C)
- Mantener la higiene personal y proteger la piel
- Detectar y evitar peligros
- Comunicación
- Creencias religiosas y valores
- Ocuparse para sentirse realizado
- Recrearse y entretenerse
- Aprender

Junto a las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson y las actividades de la NANDA podemos elaborar los diagnósticos de enfermería para las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer (EA).



## ACTIVIDADES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. NANDA.

NANDA 00035 Riesgo de lesión. NOC 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas. 1910 Conducta de seguridad: entorno físico del hogar. NIC 6490 Prevención de caídas.

### **Actividades**

- Identificar déficit cognitivo/físico que pueda aumentar la posibilidad de caídas.
- Identificar características del entorno que puedan aumentar la posibilidad de caídas.
- Proporcionar dispositivos de ayuda: bastón, barras, andador.
- Bloquear la silla de ruedas/cama/sillón en trasferencias del paciente.
- Colocar los objetos de uso habitual cerca del paciente. Utilizar barandillas laterales en la cama para evitar caídas. Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda: timbre, campanilla, luz de llamada, etc.
- Disponer de iluminación adecuada.
- Disponer de luz nocturna en la habitación.
- Disponer de superficies antideslizantes.
- Adiestrar a la familia en la identificación de peligros en el hogar.

NANDA 00035 Riesgo de lesión. NOC 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas. 1910 Conducta de seguridad: entorno físico del hogar. NIC 6486 Manejo del entorno: seguridad

### **Actividades**

- Identificar las necesidades de seguridad según función física y cognitiva.
- Identificar riesgos: físicos, biológicos y químicos.
- Eliminar/controlar factores de riesgo.
- Disponer y utilizar dispositivos de adaptación física.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente: valorar.

NANDA 00040 Riesgo de síndrome de desuso. NOC 0204 Consecuencias de la inmovilidad. NIC 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

### **Actividades**

- Determinar y actuar sobre las limitaciones del movimiento articular: brazos, piernas...

- Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar la localización y naturaleza del dolor durante el movimiento/actividad.
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos si está indicado.
- Enseñar a la familia a realizar los ejercicios.

NANDA 00040 Riesgo de síndrome de desuso. NOC 0204 Consecuencias de la inmovilidad. NIC 0840 cambio de posición

### **Actividades**

- Colocar al paciente en una posición que facilite/mejore la ventilación (y antiálgica).
- Determinar la posición preferida del paciente para dormir (y valorar si está contraindicada).
- Fomentar la realización de ejercicios activos. • Minimizar el roce al cambiar de posición. • Cambio de posición, al menos, cada 2 horas. • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de miembros (rodillo de mano y rodillo trocánter).

NANDA 00040 Riesgo de síndrome de desuso. NOC 0204 Consecuencias de la inmovilidad. NIC 6540 prevención de las UPP

### **Actividades**

- Registrar el estado de la piel durante el ingreso, y después a diario.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel.
- Aplicar protección de la piel: pomadas, compresas absorbentes, etc.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y otros puntos de presión.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. • Utilizar una cama articulada.
- Utilizar un colchón antiescaras.
- Evitar el agua caliente para el lavado.
- Utilizar jabón suave: pH neutro.
- Colocar protección en codos y talones.
- Asegurar una nutrición adecuada: proteínas, vitaminas B y C, etc. (realizar control analítico si fuese necesario).

NANDA 00040 Riesgo de síndrome de desuso. NOC 00040 Riesgo de síndrome de desuso. NIC 0450 Manejo del estreñimiento

### **Actividades**

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento: registrar deposiciones.
- Identificar factores que pueden ocasionar estreñimiento: fármacos, dieta, reposo en cama, sedentarismo...
- Fomentar el aumento de la ingestión de líquidos (si no está contraindicado).
- Instruir a la familia acerca de dietas ricas en fibra.
- Administrar laxantes y enemas si procede.

NANDA 00051 Deterioro de la comunicación verbal. NOC 0902 Capacidad de comunicación. 0903 Comunicación: capacidad expresiva. 0907 Elaboración de la información. NIC 4920 Escucha activa

### **Actividades**

- Mostrar interés al paciente cuando nos esté hablando.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones del paciente.
- Valorar la actividad relacionada con la comunicación no verbal.
- Estar atento al tono, tiempo, volumen y entonación o inflexión de la voz.
- Clarificar el mensaje mediante preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.

NANDA 00051 Deterioro de la comunicación verbal. NOC 0902 Capacidad de comunicación. 0903 Comunicación: capacidad expresiva. 0907 Elaboración de la información. NIC 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla

### **Actividades**

- Solicitar ayuda a la familia en la comprensión del lenguaje.
- Facilitar que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frases cortas.
- Utilizar gestos si procede.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva.

NANDA 00051 Deterioro de la comunicación verbal. NOC 0902 Capacidad de comunicación. 0903 Comunicación: capacidad expresiva. 0907 Elaboración de la información. NIC 5520 Facilitar el aprendizaje.

**Actividades**

- Establecer metas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Repetir la información importante, si es necesario.
- Reforzar la conducta cuando sea necesario.
- Dar tiempo al paciente para que realice sus preguntas.
- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.

NANDA 00069 Afrontamiento inefectivo. NOC 1302 Superación de problemas. NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

**Actividades**

- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. Animar a la familia a implicarse en todo el proceso.

NANDA 00069 Afrontamiento inefectivo. NOC 1302 Superación de problemas. NIC 5240 Asesoramiento

**Actividades**

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza (paciente/familiar/cuidador).
- Establecer metas comunes.
- Proporcionar información objetiva.
- Favorecer la expresión de sentimientos por parte del paciente y la familia.

NANDA 00069 Afrontamiento inefectivo. NOC 1302 Superación de problemas. NIC 5270 Apoyo emocional

**Actividades**

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos: ansiedad, tristeza, etc.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de la enfermedad.
- Proporcionar información objetiva.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente proporcionándole seguridad durante los periodos críticos.

NANDA 00103 Deterioro de la deglución. NOC 1010 Estado de la deglución. NIC 1860 Terapia de deglución

**Actividades**

- Explicar el fundamento al paciente/familia del régimen de deglución.
- Ayudar al paciente a sentarse antes de la deglución.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada para facilitar la deglución «barbilla metida».
- Enseñar al paciente a abrir y cerrar la boca en relación con la ingesta.
- Observar si hay algún signo/síntoma de aspiración pulmonar.
- Determinar si hay signos de fatiga al beber o deglutir.
- Proporcionar descanso antes de comer para evitar fatiga. • Comprobar, tras la ingesta, si quedan restos de comida en la boca.
- Enseñar a la familia/cuidador sobre medidas de emergencia en atragantamientos.

NANDA 00103 Deterioro de la deglución. NOC 1010 Estado de la deglución. NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración

**Actividades**

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, deglución.
- Mantener las vías respiratorias permeables.
- Disponer de un equipo de aspiración de secreciones.
- Comprobar la situación de la sonda gástrica antes de la alimentación.
- Valorar el residuo gástrico.
- Usar espesantes ante sustancias líquidas.

NANDA 00129 Confusión crónica. NOC 0900 Capacidad cognitiva. 0908 Memoria.  
NIC 6460 Manejo de la demencia

**Actividades**

- Hacer partícipe a la familia en la planificación, realización y evaluación de cuidados.
- Establecer hábitos: dormir, eliminación, alimentación, etc.
- Identificar el grado de déficit cognitivo mediante herramientas validadas (GDS, Mini-mental).
- Identificarnos y dirigirnos al paciente por su nombre.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Evitar confrontaciones.
- Evitar rotaciones frecuentes de cuidadores.

NANDA 00129 Confusión crónica. NOC 0900 Capacidad cognitiva. 0908 Memoria.  
NIC 7140 Apoyo a la familia

**Actividades**

- Facilitar fotos con los nombres de las personas que participan.
- Decorar las habitaciones con escenas e imágenes familiares.
- Identificar (marcas) las pertenencias del paciente para que las reconozca.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Escuchar las inquietudes y sentimientos de los familiares.
- Favorecer la comunicación entre los miembros de la familia.
- Enseñar a la familia los planes de cuidados.
- Incluir a la familia y al paciente en la toma de decisiones sobre los cuidados.
- Presentar la familia a otras familias con pacientes con EA



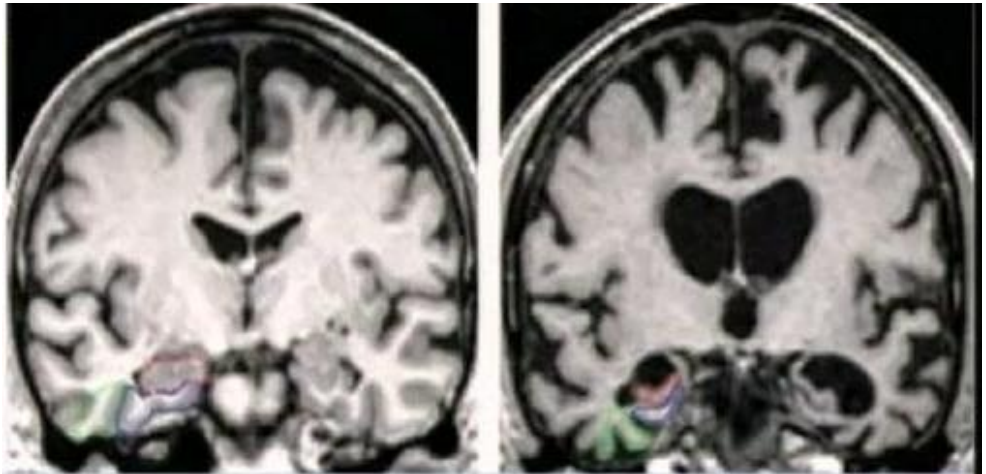
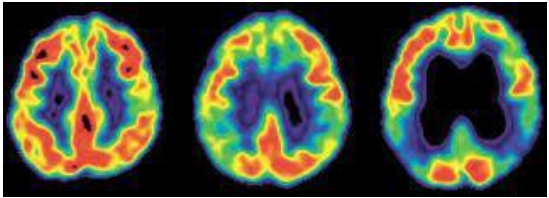
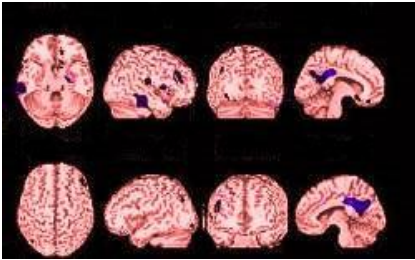
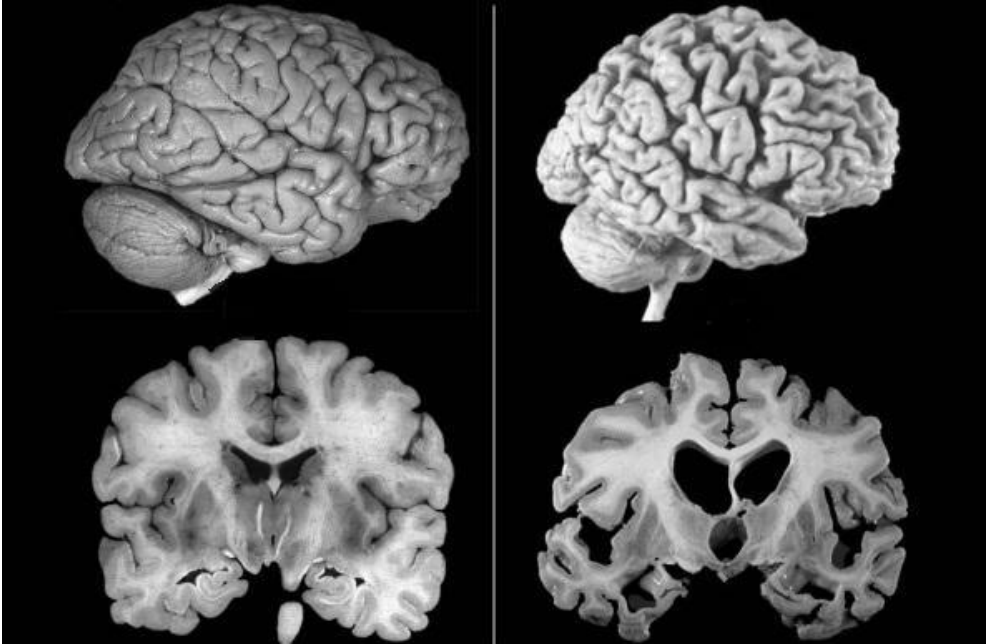
## **ACTUACIÓN ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER HOSPITALIZADO EN PERIODO DE AGITACIÓN**

La enfermedad de Alzheimer consta de varias fases y padecer periodos de agitación y agresividad. Cuando a un paciente de Alzheimer se ingresa en un hospital corre el riesgo de desorientarse y agravar más su enfermedad al pensar que está en un lugar desconocido y hostil para él.

Como objetivo el colectivo enfermero debe saber cómo actuar a la hora de manejar una situación de agitación de pacientes con Alzheimer

Para evitar autolesiones o agresiones tanto a los familiares como al personal sanitario a los pacientes con Alzheimer en periodo de agitación se recurre rápidamente a la sujeción mecánica por orden facultativa.

Es cierto que la sujeción mecánica evita que el enfermo de Alzheimer en periodo de agitación se autoagreda o lesione a sus cuidadores. Evidentemente evitaremos que se produzcan lesiones pero agravaremos el estado de agitación. El paciente con Alzheimer empeora ya que se siente que está en un lugar hostil y rodeado de desconocidos. Si a todo esto se le suma su estado de demencia más la sujeción mecánica agravaremos el estado de agitación. Con los datos recogidos obtenemos que en la mayoría de los casos la sujeción mecánica es la primera opción. Tenemos que evitar la sujeción mecánica en pacientes con Alzheimer en periodo de agitación, ya que la agrava. Averiguar cuál es el desencadenante del problema. Utilizar las técnicas de validación. Intentar reaccionar con calma, empáticos y manteniendo una sonrisa e intentar distraerlo apartándolo de lo que hay provocado esta situación. Si lo anteriormente expuesto no da los resultados esperados y la agitación persiste y existe riesgo de que la seguridad del paciente y del cuidador se vea mermada recurrir a la sujeción mecánica. Hay que adelantarse al periodo de agitación.





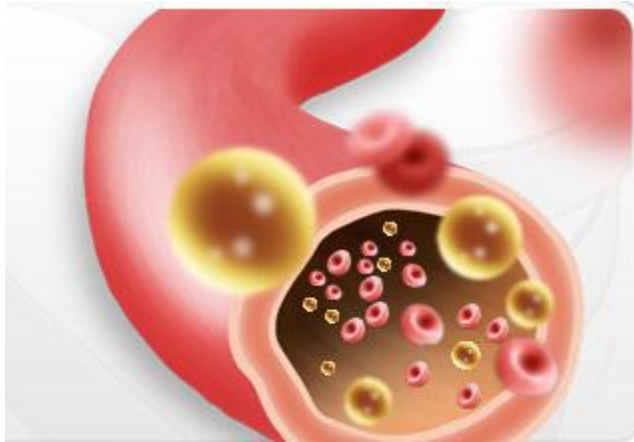


## CASO CLÍNICO

Acude a la consulta del médico de familia.

Antecedentes: Varón 72 años. Jubilado. Vive con su esposa. Independiente para realizar las actividades de la vida diaria.

En tratamiento por dislipemia. Normotenso y analíticas realizadas con anterioridad solo se aprecian hipercolesterolemia (CT: 246mg/dL. HDL: 42. LDL: 152.6. HTA: 250 mg/dL)



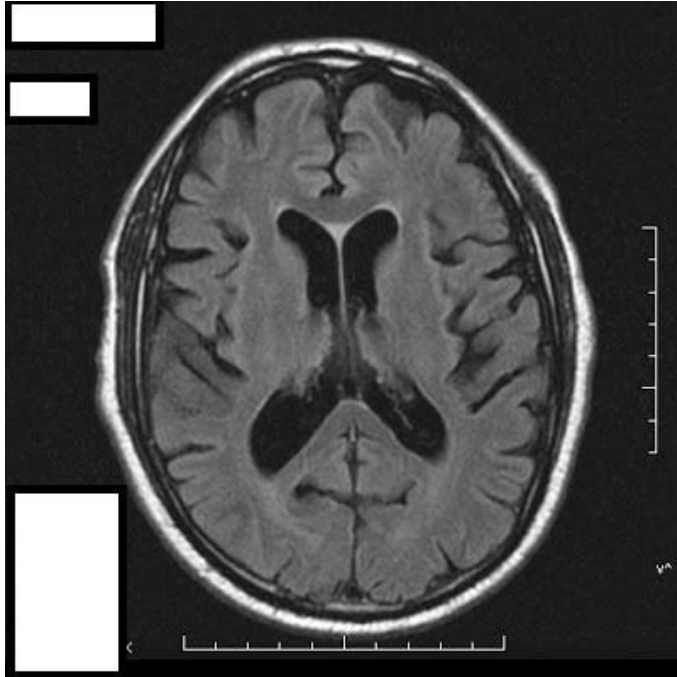
12/04/2015 Acude a la consulta del médico de familia por iniciativa de su esposa ya que observa cambios notables sobre el estado anímico y comportamiento habitual de su esposo. Refiere que está olvidadizo y que pierde objetos cotidianos para la vida diaria con asiduedad. Ha llegado a olvidarse de los nombres de sus hijos. Está apático. La esposa refiere que siempre ha sido muy sociable y educado y desde hace un tiempo le habla mal y no quiere relacionarse con su familia.

Se deriva a la unidad de neurología por sospecha de demencia.

25/05/2015 Acude a la consulta de neurología. Tras entrevista con el paciente y la realización de varios tests se afianza la sospecha de demencia. Se solicita RNM craneal y analítica sanguínea.

5/06/2015 se realiza extracción sanguínea

8/06/2015 se realiza RNM



Se informa la RNM diagnosticando atrofia cortical propia de la demencia tipo Alzheimer.

25/06/2015 acude a la consulta de neurología con su familia donde se informa que padece la enfermedad de Alzheimer. Se realiza educación sanitaria hacia el paciente y su familia. Recalcando la importancia de un cuidador principal. Tratamiento con galantamina.

Se le cita para revisión en tres meses.

14/09/2015 acude a la consulta. Tras entrevista y realización de test se observa empeoramiento cognitivo. La esposa refiere que ha empeorado en su estado siendo más dependiente en las ADV. Se solicita RNM

29/09/2015 Se realiza RNM donde se aprecia que la atrofia cortical está más extendida que en la primera RNM.

06/10/2015 Acude a la consulta de neurología donde se le informa a la familia que la enfermedad avanza muy rápido y poniendo en su conocimiento las fases de la enfermedad y de sus consecuencias.

Se realiza educación sanitaria y se le entrega informe del estado del paciente para que sea informado el médico de familia para que active el protocolo de paciente con EA para seguimiento de atención primaria.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

NANDA <http://enfermeriaactual.com/?s=ALZHEIMER>







ISBN: 978-84-944994-1-8

Medicina

