



A. E. Peñafiel Olivar\*  
M.<sup>a</sup> J. Calzada Porres\*\*

Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica. Barcelona. Mayo 1997.  
Residencia de Ancianos de Aranjuez (Comunidad de Madrid).

Correspondencia:  
A. E. Peñafiel Olivar  
C/. Gobernador, 107, 1.º izda.  
28300 Aranjuez (Madrid)

Estudio descriptivo de las necesidades de cuidados de enfermería de un grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer en una unidad psicogeriátrica

*Descriptive study of the nursing care requirements of a group of patients with Alzheimer's disease in a psychogeriatric unit*

## RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es uno de los principales problemas de la sociedad contemporánea. Esta enfermedad produce grandes problemas de invalidez en los pacientes geriátricos.

Nuestro grupo de investigación trata de establecer un mapa descriptivo de los problemas más relevantes, desde el punto de vista de cuidados de enfermería, de un grupo de mujeres (35 pacientes) con enfermedad de Alzheimer en un hospital psiquiátrico.

Los resultados más relevantes muestran una importante presencia de incontinencia urinaria (85,7%), importante presencia de úlceras por presión (31,6%), inmovilidad total (40%), alta dependencia del paciente a su cuidador.

## PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Alzheimer; Cuidados de enfermería; Necesidades.

## SUMMARY

*Alzheimer's disease is one of the big problems of the contemporary society. It produces a high rate of disability in elderly patients.*

*Our investigation group try to supply a descriptive map of the most relevant problems, from the nursing cares point of view, of a female patients group (35 patients) with Alzheimer's disease on a psychiatric hospital.*

*Main results: a very important group of patients are incontinence (85.7%), a 31.6% suffer pressure sores, a 40% are immobilized. A very high dependence of the patients to the caregivers.*

## KEY WORDS

*Alzheimer's disease; Nursing cares; Necessity.*





## 146 INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome adquirido de naturaleza orgánica, caracterizado por una decadencia progresiva de las funciones intelectuales, con conservación de la conciencia, de intensidad tal que llega a interferir en la actividad social y laboral.

Asumiendo que la prevalencia de la demencia senil en España es de 1,5% a 6,5%, existirían en nuestro país unos 150.000 a 200.000 pacientes con posible enfermedad de Alzheimer.

El coste medio en concepto de diagnóstico y tratamiento de paciente por año asciende a 800.000 ptas.

De llevarse a cabo una asistencia digna, la demencia senil se cobraría de 120.000 a 160.000 millones de pesetas anuales.

Por toda la argumentación anterior, esta enfermedad, con bastante probabilidad, va a poner a prueba nuestro sistema sanitario.

En la actualidad el tipo de demencia más frecuente es la *enfermedad de Alzheimer (EA)*. Puesto que no es posible su curación, es necesario adoptar medidas eficaces que nos permitan paliarla.

Nuestro grupo de investigación, con objeto de mejorar la calidad asistencial se planteó profundizar en el tema.

El estudio lo centramos en un grupo de mujeres institucionalizadas, mayores de 65 años, ingresadas en diferentes unidades geriátricas en un *psiquiátrico de mujeres*.

Esta investigación nos va a permitir elaborar un informe científico, que describa las características y necesidades especiales de esta población, con el fin de realizar un posterior trabajo basado en el diseño de planes de cuidados de enfermería, acordes con las demandas asistenciales descubiertas en esta población.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo y observacional descriptivo sobre la población mayor de 65 años afecta de demencia (55 pacientes) de un psiquiátrico de mujeres (psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos), aunque nuestro estudio lo centraremos básicamente en el grupo de demencia más prevalente.

Vamos a empezar con el diseño de un registro de valoración de enfermería. Tras este primer paso, comenzaremos el estudio.

Este instrumento denominado "*Hoja de valoración de enfermería para el diagnóstico de las necesidades bio-psico-sociales de pacientes con demencia*", recoge los siguientes datos.

1. *Datos generales*: nombre, edad, estadio de demencia, tipo de demencia, patologías concomitantes con la demencia.

El estadio de la demencia se ha realizado analizando las siguientes variables basadas en el mini mental state examination (MMSE): orientación, fijación, atención y cálculo, memoria y lenguaje.

2. *Valoración física*: detectaremos las alteraciones en órganos y sistemas desde un punto de vista biomédico.

3. *Valoración de la movilidad física*: detectaremos el grado de movilidad (deambula solo, no deambula, necesita ayuda para deambular), y las causas o factores que facilitan o favorecen la inmovilidad.

4. *Valoración de la autonomía y capacidad para el autocuidado*: veremos las capacidades conservadas de nuestros pacientes para enfrentarse a tres actividades básicas de la vida diaria (ABVD): higiene, vestido, comida. Utilizaremos los diagnósticos de enfermera en forma de déficit de autocuidado total (no hace nada) o déficit parcial (colabora).

5. *Valoración del deterioro psicosocial*: utilizando la taxonomía diagnóstica de la NANDA, detectaremos las necesidades psicológicas y sociales que pueden influir en los cuidados de enfermería.

La tabulación estadística de los datos obtenidos nos permitirán conocer las necesidades de este grupo de enfermos, y poder orientar los cuidados y los recursos necesarios para llevar a cabo una asistencia de enfermería de calidad.

El paquete estadístico utilizado para la explotación de los datos ha sido el programa SPSS para Windows 5.0.

## RESULTADOS

### Datos generales de la población estudiada

La población estudiada está constituida por 55 pacientes, con una media de edad de 76,1 con





una desviación típica de 4.825. Este grupo corresponde a un 32,35% de la población geriátrica de este psiquiátrico.

El tipo de demencia más frecuente lo ocupa la enfermedad de Alzheimer (gráfica 1). Por ello nuestro estudio se centró en este grupo compuesto por 35 pacientes de los cuales un 11,4% se encuentran en estadios iniciales, un 34,3% en estadios medios, y un 54,3% en estadios terminales.

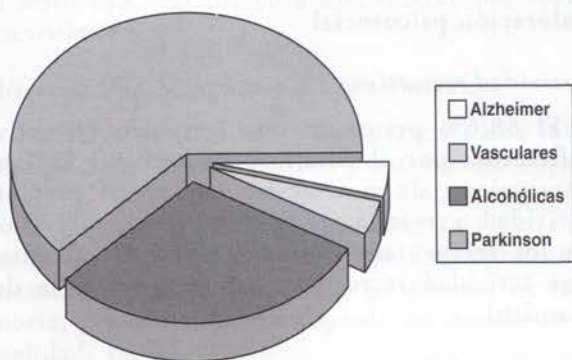
En cuanto a las patologías somáticas más frecuentes encontradas en sus historias destacan las infecciones del tracto urinario (ITU) 48% (presentan antecedentes de ITU en el último año), en segundo lugar figura la hipertensión arterial y fracturas (gráfica 2).

#### Valoración física

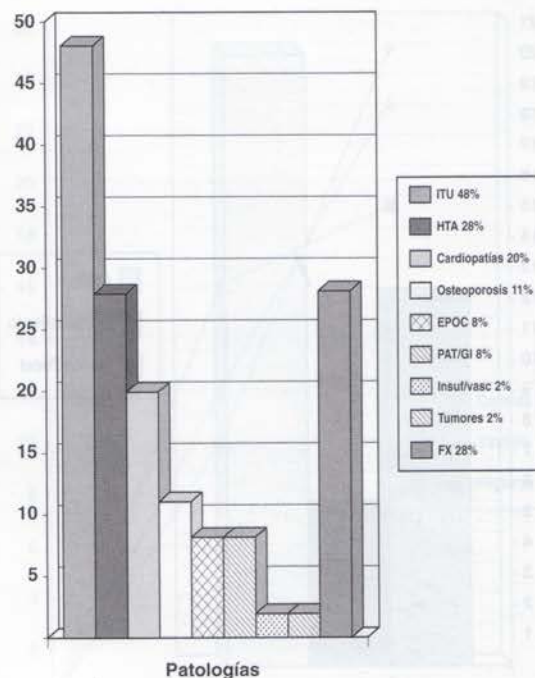
– El 31,4% de los pacientes estudiados presentan alteraciones en la continuidad de la piel en forma de úlceras por presión, todos ellos en estadios terminales de la enfermedad.

– El 85,7% de los pacientes presentaban incontinencia urinaria.

– El aparato gastrointestinal muestra las siguientes alteraciones en forma de estreñimiento, incontinencia fecal, alteración de la nutrición por defecto (gráfica 3).



Gráfica 1. Porcentajes de las demencias detectadas. La gráfica muestra que el tipo de demencia más prevalente en nuestra población de estudio es la enfermedad de Alzheimer, seguida de las demencias vasculares.



Gráfica 2. Prevalencia de patología somática.

#### Valoración del grado de movilidad

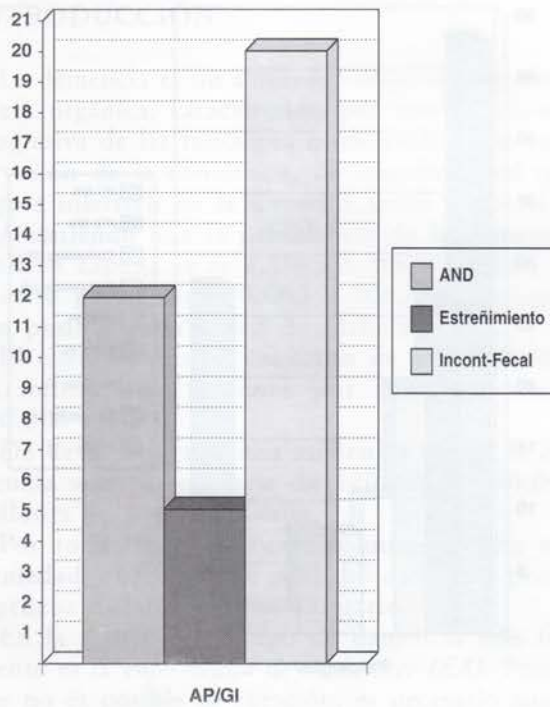
Presentan una independencia total para deambular el 17,1%, el 40% presenta una incapacidad total para deambular. La valoración media del grupo siendo 1 la puntuación otorgada a los pacientes incapaces de deambular, 2 dependencia para deambular de objeto cuidador o ambos, 3 dependencia para deambular de estímulo y supervisión, 4 independencia total para deambular, es de 2.057 con una desviación típica de 1.110.

En cuanto a las causas o factores favorecedores de inmovilidad, en más de la mitad del grupo, es la enfermedad de Alzheimer la causante principal de inmovilidad (51,4%) (gráfica 4).

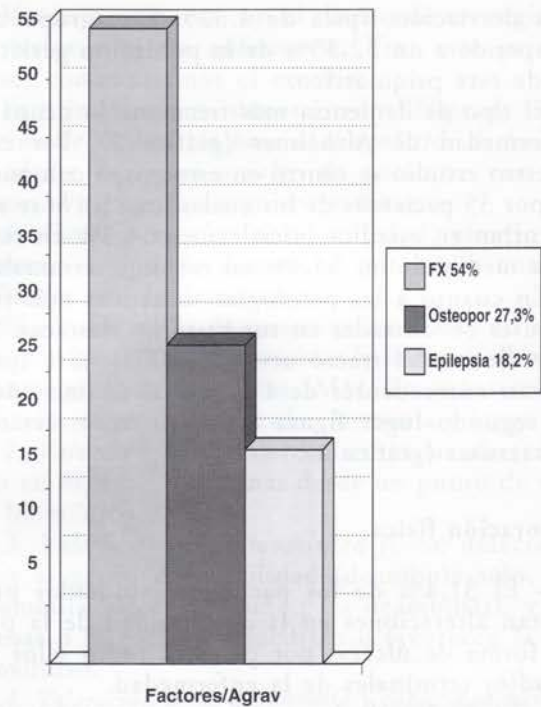
#### Valoración de la autonomía y capacidad para el autocuidado

##### Comida

En estadios medios un 71,4% necesita ayuda parcial (supervisión o pequeña ayuda de la cui-



Gráfica 3. Alteraciones gastrointestinales en valores absolutos. AND (alteración de la nutrición por defecto), estreñimiento, incont/fecal (incontinencia fecal).



Gráfica 4. Factores agravantes que junto con la E. A. favorecen la inmovilidad. Las fracturas (concretamente las de cadera), es el factor más frecuente que junto con la E. A. favorecen la inmovilidad.

dadora) para realizar la actividad, el 17,1% muestra una incapacidad total para el autocuidado. En estadios terminales el 65,7% presenta una incapacidad total para realizar la actividad (realiza la actividad la cuidadora por el paciente).

#### Higiene

En estadios medios el 77,1% necesitan ayuda parcial y son autónomos en esta actividad el 14,3%. En estadios terminales el 71,4% presenta una incapacidad total para realizar la actividad.

#### Vestido

En estadios medios el 60% necesita ayuda parcial y son autónomos el 22,9%. En estadios terminales el 54,3% presentan una incapacidad total para realizar la actividad (gráficas 5 y 6).

#### Valoración psicosocial

##### Actividad recreativa

El 68,6% presentan una actividad recreativa dificultosa por el deterioro cognitivo y la falta consiguiente de motivación. Un 22,9% presenta actividad recreativa previo estímulo y supervisión de los terapeutas. Tan sólo el 8,6% presentan una actividad recreativa autónoma (ellos la demandan).

##### Deterioro de la interacción social

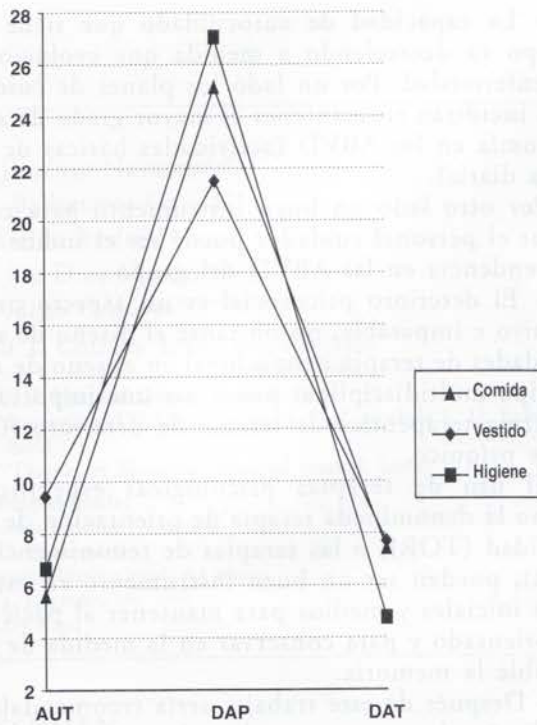
Estado en que el individuo participa en un intercambio social en cantidad insuficiente.

Un 8,6 tiene una relación social con pacientes y familiares conservada. Un 45,7 presenta una relación dificultosa con pacientes y familiares, y

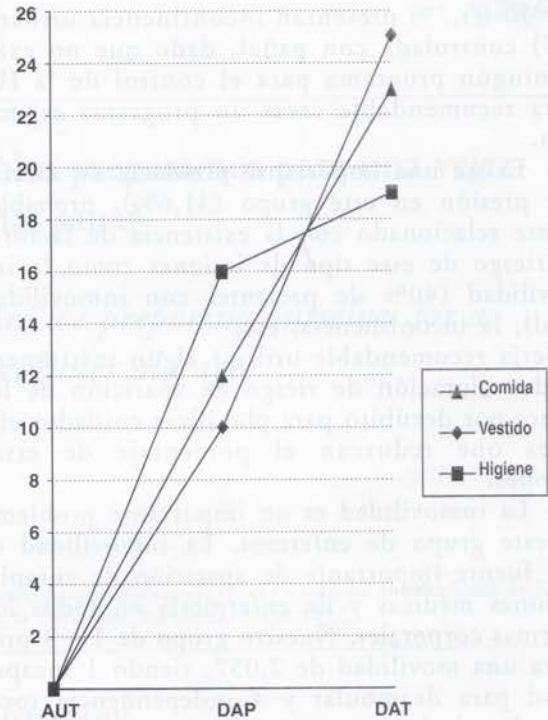




COMUNICACIONES



Gráfica 5. Porcentaje de dependencia en estadios medios. AUT: autónomos, DP: déficit de autocuidado parcial, DAT: deterioro de autocuidado total.



Gráfica 6. Porcentaje de dependencia en estadios terminales.

el resto (45,7%) presenta una interacción social inexistente.

*Alteración de los procesos del pensamiento*

Estado en que el individuo presenta una interrupción en las operaciones y actividades cognitivas.

Algún rasgo de este diagnóstico está presente en todos los miembros del grupo (interpretación inexacta del entorno, déficit problemas de memoria, pensamiento inapropiado no basado en la realidad, etc.).

*Deterioro de la comunicación verbal*

Definido como un estado en que el individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana.

Existe comunicación verbal posible en el 14,3%, comunicación verbal muy primaria en el 25,7%. En el 60% no existe comunicación verbal posible coherente.

*Alteración del sueño*

El 48,6 no presenta alteración del sueño, un 42,9 presenta alteración del sueño esporádica con agitación y/o vagabundeo. El 8,6 presentan alteración frecuente en el sueño con agitación, vagabundeo, etc.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

- El tipo de demencia más frecuente en el grupo es la enfermedad de Alzheimer.
- Se encuentra una elevada incidencia de infecciones urinarias en este grupo.



- 150
- El 85,7% presentan incontinencia urinaria (IU) controlada con pañal, dado que no existe ningún programa para el control de la IU, sería recomendable crear un programa específico.
  - Existe una importante presencia de úlceras por presión en este grupo (31,6%), probablemente relacionado con la existencia de factores de riesgo de este tipo de lesiones como la inmovilidad (40% de pacientes con inmovilidad total), la incontinencia, etc.
  - Sería recomendable utilizar algún instrumento de valoración de riesgo de aparición de lesiones por decúbito para planificar cuidados eficaces que reduzcan el porcentaje de estas lesiones.
  - La inmovilidad es un importante problema en este grupo de enfermos. La inmovilidad es una fuente importante de aparición de complicaciones médicas y de enfermería en todos los sistemas corporales. Nuestro grupo de 1 a 4 presenta una movilidad de 2,057, siendo 1 incapacidad para deambular y 4 independencia total para deambular.
  - Sería interesante aplicar planes de cuidados en base a mejorar la movilidad del grupo.
  - En este tipo de pacientes el mantener un buen grado de movilidad, nos produce los siguientes beneficios:
    - Disminuir las complicaciones a nivel de órganos y sistemas.
    - Retrasar el deterioro físico y cognitivo.
    - Disminuir la dependencia del paciente al cuidador, y por tanto las cargas de trabajo y el gasto.
  - La capacidad de autocuidado que tiene el grupo va decreciendo a medida que evoluciona la enfermedad. Por un lado los planes de cuidados incidirán en mantener el mayor grado de autonomía en las ABVD (actividades básicas de la vida diaria).
  - Por otro lado un buen instrumento para calcular el personal cuidador puede ser el índice de dependencia en las ABVD del grupo.
  - El deterioro psicosocial es un aspecto progresivo e imparable, no obstante el diseño de actividades de terapia ocupacional en el seno de un equipo multidisciplinar puede ser una importante arma terapéutica de retraso de deterioro físico y psíquico.
  - El uso de terapias psicológicas específicas como la denominada terapia de orientación de la realidad (TOR), o las terapias de reminiscencias (TR), pueden ser un buen instrumento en estadios iniciales y medios para mantener al paciente orientado y para conservar en la medida de lo posible la memoria.
  - Después de este trabajo, sería recomendable el diseño de un registro de valoración que nos permita detectar de forma individual los problemas presentes en cada paciente y así poder establecer planes de cuidados individuales para prevenir la aparición de problemas y/o tratar o paliar los problemas ya presentes.
  - El análisis descriptivo de los problemas de estos pacientes nos ha servido para planificar el tipo de cuidados que necesitan estos pacientes en una institución de este tipo, y los recursos necesarios para una atención optimizada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero Botín, M et al. Ancianos con demencia. Revista Rol de Enfermería 1994;185:69-78.
2. Furget Ferrer. Demencias en el anciano. Revista Rol de Enfermería 1991;152:26-34.
3. Jiménez Herrero F. Asistencia interdisciplinaria al demente senil. Geriátrica 1991;Octubre:119-27.
4. Sánchez Fernández et al. Atención de enfermería en residencias asistidas. Revista Española Geriátrica Gerontológica 1987;22(3):179-82.
5. Drickamer MA, Lachs MA. Should patients with Alzheimer's disease told their diagnosis. New England Medical Journal 1992;326:947-51.