



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Cuidados de enfermería al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer

Autora: Juana Gabriela Andrango Ushiña

Tutora: Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

Riobamba - Ecuador

2020

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación; “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**”, realizado por Juana Gabriela Andrango Ushiña; en calidad de tutora MsC. Mónica Alexandra Valdivieso Maygua, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, para lo cual remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, 24 de noviembre del 2020

MsC. Elsa Graciela Rivera Herrera

PRESIDENTA

FIRMA.....

MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA.....

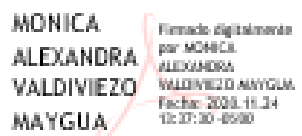
MsC. Mayra Carola León Insuasty

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA.....

MsC. Mónica Alexandra Valdivieso Maygua

TUTORA

FIRMA.....
MÓNICA
ALEXANDRA
VALDIVIEZO
MAYGUA
Firmado digitalmente
por MÓNICA
ALEXANDRA
VALDIVIEZO MAYGUA.
Fecha: 2020.11.24
10:27:30 -0500

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería con el tema: Cuidado de Enfermería al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, elaborado por Juana Gabriela Andrango Ushiña con CI. 1500974983 y asesorada por la MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua, en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

Firmado digitalmente por
MONICA ALEXANDRA VALDIVIEZO MAYGUA
MONICA ALEXANDRA VALDIVIEZO MAYGUA
Fecha: 2020.11.06 07:53:31 -05'00'

Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua, MsC.

TUTORA

CI. 0603718784

DERECHO DE AUTORÍA

Yo Andrango Ushiña Juana Gabriela, presente como trabajo de grado, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, es auténtico, basado en el proceso de investigación, anteriormente establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud. En tal virtud, los aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente en el presente trabajo, los fundamentos científicos y resultados alcanzados son de responsabilidad única de los autores y los derechos se atribuyen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

En la ciudad de Riobamba, 20 de noviembre del 2020



Juana Gabriela Andrango Ushiña

CI: 1500974983

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo, en especial a los docentes de la Carrera de Enfermería por ser una guía en la formación profesional, ayudando a sus estudiantes a aprender de cada experiencia educativa.

Agradezco a mi tutora, MsC. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua por su apoyo durante todo el proceso de realización del presente trabajo investigativo.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fortaleza, por brindarme salud, vida y por haber puesto en mi camino una carrera muy noble siendo mi pilar de emprendimiento profesional

A mis padres y hermanas/os por su apoyo incondicional y honesto, con ellos celebro este triunfo.

INDICE

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	III
DERECHO DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO III. DESARROLLO	13
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXO 1: Algoritmo.....	36
ANEXO 2: Valoración al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, según el modelo de Roper-Logan-Tierney	37
ANEXO 3: Plan de cuidados según el Modelo de Roper-Logan-Tierney en el adulto mayor con EA.....	41

RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una condición neurodegenerativa de origen multifactorial, que se caracteriza por la pérdida progresiva de las funciones intelectuales como: la memoria, el juicio, la orientación, conducta y el lenguaje, cuya evolución genera dependencia en las actividades vitales. Por sus consecuencias y retos para el cuidador se realizó la presente revisión bibliográfica con el objetivo de establecer la valoración, utilizando las orientaciones del modelo de Roper, Logan y Tierney y proponer un plan de cuidados dirigido al adulto mayor con EA articulando el modelo propuesto y la taxonomía NANDA-NOC y NIC.

La información fue obtenida de 73 documentos bibliográficos seleccionados, que fueron publicados en las bases científicas: SciELO, ProQuest, Biblioteca Virtual de Salud, E-libros, Google académico, publicados desde el año 2015 hasta el 2020, lo que permitió la realización de la triangulación y análisis. Se organizó la información en función de las actividades vitales del modelo de Roper-Logan-Tierney se estableció el plan de cuidados.

Finalmente, se plantea un plan de cuidados, según las intervenciones sugeridas por los autores y se articuló según el lenguaje estandarizado de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), entre las que se destacan: manejo de la demencia; ayuda con el autocuidado: vestir/alimentación/higiene; manejo ambiental: seguridad; apoyo emocional; estimulación de la integridad familiar; mejorar el afrontamiento y el sueño.

PALABRAS CLAVE: Alzheimer, cuidados, atención de enfermería, adulto mayor.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative condition of multifactorial origin, characterized by the progressive loss of intellectual functions such as: memory, judgment, orientation, behavior and language, whose evolution generates dependence on vital activities. Due to its consequences and challenges for the caregiver, the present bibliographic review was carried out with the objective of establishing the assessment, using the guidelines of the Roper, Logan and Tierney model and proposing a care plan aimed at the elderly with AD, articulating the proposed model and the NANDA-NOC and NIC taxonomy. The information obtained from 73 selected bibliographic documents, which published in the scientific bases: SciELO, ProQuest, Virtual Health Library, E-books, academic Google, published from 2015 to 2020, which allowed the realization of the triangulation and analysis. The information organized according to the vital activities of the Roper-Logan-Tierney model; the care plan established. Finally, a care plan proposed, according to the interventions suggested by the authors and it was articulated according to the standardized language of the Nursing Interventions Classification (NIC), among which the following stand out: dementia management; help with self-care: dressing / feeding / hygiene; environmental management: security; Emotional Support; stimulation of family integrity; improve coping and sleep.

KEY WORDS: Alzheimer's, care, nursing care, elderly.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Maritza Chávez", with a horizontal line drawn through it.

Reviewed by: Chávez, Maritza

Language Center Teacher

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una condición neurodegenerativa de origen multifactorial, que se caracteriza por la pérdida progresiva, gradual y persistente de las funciones intelectuales como: la memoria, el juicio, la orientación, conducta y el lenguaje, cuya evolución genera dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.^(1,2)

De ahí que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), cataloga a esta enfermedad como una patología frecuente en la actualidad pues, afecta a 47 millones de personas en todo el mundo, cifra que se prevé que incremente a 75 millones en 2030 y a 132 millones en 2050.⁽²⁾ Este tipo de demencia afecta a aproximadamente a un 6% de adulto mayores de 65 años y al 20% a personas mayores de 80 años.⁽³⁾ Se sitúa como la séptima causa de muerte, con una cifra de 15.578 muertes (11.004 mujeres y 4.574 varones), entre el 60-70% de las muerte se produce en mujeres.⁽⁴⁾

En cuanto a la prevalencia, a nivel de Latinoamérica, no se tiene una cifra exacta, pero esta varía entre 6,5%-8,5% en personas mayores; mientras que un dato relevante es que en América Central y el Caribe habrán 7,6 millones de pacientes con EA para 2030.⁽⁵⁾ De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México hay 1,2 millones de personas con demencia y se estima que para 2050 aumentará a 3,7 millones de mexicanos con algún tipo de demencia, de ellos 70 % enfermarán con Alzheimer, por lo tanto, en Perú, Uruguay, Chile, Brasil, Venezuela y Cuba la prevalencia global de demencia en adultos mayores de 65 años es de 7,1%, con esta patología.⁽⁶⁾

Realidad no ajena, según el Censo Nacional de Ecuador de 2010 (INEC), la prevalencia del deterioro cognitivo en Cumbayá, Quito, Ecuador es del 18 al 22% a los 65 años y 54–60% a los 80 años. Este resultado representa el estado actual de la salud mental y cognitiva en la población anciana de Ecuador, especialmente cuando se compara con datos de estudios similares realizado en países desarrollados.⁽⁶⁾

La EA es descrita como multifactorial debido a que su desarrollo está asociado a factores no modificables de origen biológico, genético y socioeconómico, aunque en la mayoría de los casos la enfermedad se origina como producto de una interacción entre estos factores; la

edad, el sexo y el polimorfismo de la apolipoproteína E, que figuran como principales factores no modificables.⁽⁷⁾

Por otra parte, existen factores modificables, entre los que se encuentran: la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, síndrome metabólico (SM) y cardiopatía isquémica. Finalmente, los principales aspectos socioeconómicos relacionados con EA son: nivel educacional bajo, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción) y estilo de vida inadecuada (sedentarismo, malos hábitos nutricionales).⁽⁸⁾

Para describir las manifestaciones clínicas de la EA, la bibliografía las divide en tres fases, durante la fase inicial se ve afectada la memoria reciente y se presentan características: como humor deprimido, desinterés, cambios de personalidad, entre otros. En la fase intermedia el daño se extiende también a la memoria remota, comenzando a emerger dificultades para realizar actividades cotidianas. Por último, en la fase terminal, el paciente se encuentra en una situación de dependencia total.⁽⁹⁾

De este modo, existen tres grupos de manifestaciones clínicas más importantes y típicas: disfunción cognitiva y funcional que incluye la pérdida de la memoria, la dificultad del lenguaje y la disfunción ejecutiva, es decir, pérdida de un nivel más elevado de planificación y habilidades de coordinación intelectual.⁽¹⁰⁾ El segundo grupo comprende síntomas psiquiátricos y trastornos de conducta como: apatía, agitación, irritabilidad, actividad motora aberrante, ansiedad, depresión, delirios, alucinaciones, euforia, desinhibición, trastornos del sueño y de la alimentación, síntomas no cognitivos. El tercer grupo incluye dificultades para realizar actividades de la vida diaria como: conducir, hacer compras, vestirse, comer, entre otras.⁽¹¹⁾

Con relación a la pérdida de la memoria, es común la manifestación del paciente y/o de la familia de: olvido con rapidez, repetición de preguntas e historias, pérdida de objetos, colocación de objetos en lugares erróneos y distorsiones de memoria.⁽¹⁰⁾ En relación a la dificultad del lenguaje el paciente experimenta de manera frecuente problemas para encontrar las palabras adecuadas, sustituyéndolas por otras más simples y el uso excesivo de pausas entre frases.⁽¹²⁾ La función ejecutiva se ve afectada por la dificultad para aprender rutas nuevas e incluso se pierde en lugares previamente conocidos, condición que se agrava por la alteración del razonamiento y juicio, evidenciado por, tendencia a adoptar decisiones

erróneas, se hace difícil planificar y/o ejecutar actividades. Todo esto conlleva a síntomas psicológicos y conductuales siendo más frecuente la depresión.⁽¹³⁾

Además, todas las manifestaciones mencionadas se presentan por cambios neuropatológicos y bioquímicos con alteraciones entre las que figuran: nódulos neurofibrilares y placas seniles (beta amiloides) denominados tau; esto provoca daño en la corteza cerebral y disminución del número de sinapsis, que dificulta la actividad cerebral en general.⁽¹⁴⁾ La teoría genética de EA asocia las manifestaciones, con la mutación de tres tipos de genes, siendo estos: proteína precursora amiloide (APP), presenilina 1 (PS1) y presenilina 2 (PS2).⁽⁹⁾

Por tal motivo, los nódulos u ovillos neurofibrilares están formados por los filamentos pareados helicoidales que son estructuras anómalas de la neurona, cuya presencia provoca serios trastornos en la actividad, esto explica la pérdida de su capacidad para transmitir el impulso nervioso y el proceso neurodegenerativo progresivo. Se conoce que las neuronas contenidas de ovillos neurofibrilares pierden su capacidad funcional y muchas de ellas mueren por los residuos neuronales que contienen dichos ovillos en el cerebro.⁽¹⁵⁾

Por otro lado, las placas seniles son estructuras de forma esférica, localizadas en el espacio extracelular donde se desplazan las terminaciones nerviosas, se trata de conglomerados anulares de cuerpos y prolongaciones neuronales degeneradas, a un conjunto de depósito central llamado beta amiloide.⁽¹³⁾ Cuando se liberan fragmentos cortos de la proteína precursora de amiloide, se adhieren o se agrupan haciéndose más grandes e insolubles provocando toxicidad en el cerebro e interfiriendo con el funcionamiento neuronal.⁽¹⁵⁾

Desde el punto de vista estructural la EA afecta principalmente al hipotálamo, a la amígdala y a los lóbulos: parietal, temporal y frontal.⁽¹⁶⁾ También altera a los núcleos subcorticales colinérgicos del prosencéfalo, responsable de la producción de acetilcolina; al locus cerúleo, núcleo en el que se sintetiza la noradrenalina; a los núcleos de rafe que producen serotonina y ciertos núcleos del tálamo. El deterioro producido en estas regiones explica el apareamiento de las manifestaciones clínicas.⁽¹³⁾

La afección de la porción inferolateral de los lóbulos temporales provoca dificultad para encontrar las palabras, su significado, reconocer rostros u objetos a simple vista, también va perjudicando a la memoria verbal y parte del almacenamiento general del conocimiento

conceptual.⁽¹⁷⁾ El lóbulo parietal es otra región del cerebro que se afecta precozmente implicando trastornos de la función espacial y el tiempo real como: caminar o conducir en direcciones erróneas, perderse, entre otras, por este motivo tienen grandes dificultades para planear rutas nuevas e incluso ya conocidas.⁽¹⁸⁾

En relación con el lóbulo frontal, específicamente la corteza prefrontal, está implicada en la resolución de problemas, la capacidad de abstracción, el razonamiento y el juicio, lo que afecta de manera crucial la atención, la concentración y la memoria, generando dificultades para mantener y manipular temporalmente la información recibida.⁽¹⁷⁾ Por último, la afección del lóbulo frontal y la amígdala en etapas iniciales de la enfermedad implican cambios en la regulación de la conducta y el afecto. Estas modificaciones progresan y se manifiesta por: irritabilidad, apatía y variación de la personalidad.⁽¹⁹⁾

Para el diagnóstico de EA es importante valorar mediante diferentes herramientas como: la anamnesis, obtenida del paciente y/o cuidador, que permite identificar los signos y síntomas para determinar una cronología y distribución de las regiones cerebrales que podrían estar afectadas; entre los principales hallazgos destacan: pérdida y distorsiones de la memoria, alteraciones en el razonamiento y juicio, depresión y ansiedad, alteraciones de la percepción, trastorno de la capacidad funcional, cambios en la personalidad y conducta.⁽¹²⁾

Los antecedentes médicos que deben ser investigados son: infecciones como meningitis o encefalitis, traumatismo craneales con pérdida de la conciencia y leves, alucinaciones, caídas ictus, accidente cerebro vascular, convulsiones, hábitos tóxicos, educación y ocupación previas; entre los antecedentes familiares son datos relevantes: la hipertensión, hipercolesterolemia, arteriopatía coronaria, fibrilación auricular y otras arritmias cardíacas, incluir en el historial la presencia de apnea obstructiva del sueño.⁽¹⁸⁾

Con respecto al, examen físico constituye otras de las herramientas de valoración, que permite identificar anormalidades como: dificultades de memoria, insuficiencia cardíaca congestiva, neumonía, soplos carotídeos, entre otros. Para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se realizará: la exploración neurológica, pruebas neuropsicológicas específicas, evaluación de la función cardiovascular y evaluación funcional.⁽¹⁶⁾

De este modo, la escala de Barthel es un instrumento utilizado para la evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD), consiste en una medida genérica que valora el nivel físico y el grado de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas como: comer, alimentarse, bañarse, desplazarse, eliminación intestinal y vesical, bajar o subir escaleras, entre otros. El examen neurológico consiste en la búsqueda de signos focales de debilidad, reflejos anormales, signo de Babinski, trastornos de la marcha, evaluación detallada de los movimientos oculares, pruebas cognitivas con instrumentos de cribado breves como: el Mini-Mental, State Examination (MMSE), la cual evalúa la orientación temporal, espacial, la memoria reciente, la atención, concentración y la presencia de praxias linguales.⁽¹²⁾

En algunos casos será necesaria la evaluación neuropsicológica, que valora áreas cognitivas como: la memoria, la función ejecutiva, el razonamiento, el juicio y la resolución de problemas; el lenguaje; el funcionamiento visual y espacial; las apraxias, y la atención, se identifican mediante el test del dibujo del reloj, Mini-Cog, consta de tres palabras que deben memorizarse y recordarse más tarde. El Test de los 7 minutos es de orientación (mes, fecha, año, día, hora), memoria y fluidez verbal; la valoración neuropsicológica tarda en completarse en unas 2-6 horas.⁽¹⁷⁾

Entre los análisis de laboratorio destacan: exámenes generales con determinación de electrolitos; evaluación de la función renal, función hepática; recuentos hematológicos que favorecen la identificación de patologías coexistentes. Resulta de utilidad las determinaciones que evidencien disfunción cognitiva reversible como las concentraciones de vitamina B 12, vitamina D y la hormona estimulante de la tiroides (TSH). La reagin plasmática aunque no es muy frecuente, aporta datos para diagnóstico diferencial con neurosífilis; la serología para la enfermedad de Lyme, la velocidad de sedimentación globular, anticuerpos para detectar encefalitis límbica o tiroiditis de Hashimoto, determinación de glucosa, proteínas totales, células A β 42, tau total y p-tau en el líquido cefalorraquídeo, la prueba de apolipoproteína E, también puede ser de utilidad.⁽²⁰⁾

Así mismo, los estudios de imagen, permiten visualizar los cambios estructurales secundarios a la enfermedad; los medios más utilizados son la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC).⁽²¹⁾ La RM ha demostrado tener una alta sensibilidad para valorar la atrofia cerebral asociada a los procesos neurodegenerativos, que afecta

típicamente a la región temporal medial y posteriormente a regiones parieto-temporales y frontales.⁽²²⁾

También, la tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) y tomografía por emisión de positrones (PET) con fluorodesoxiglucosa, consisten en inyectar una pequeña cantidad de un contraste marcado con un radioisótopo dentro del torrente sanguíneo mientras que un receptor externo registra la cantidad de radioactividad detectada en diferentes áreas del cerebro.⁽²³⁾ El electroencefalograma (EEG) cuantifica la actividad cerebral por cada frecuencia y determina su presencia normal por lo que el paciente con EA presenta la reducción de la complejidad de la señal, el proceso neurodegenerativo induce una pérdida neuronal, lo que conduce a la correspondiente alteración funcional.⁽²⁴⁾

En cambio, el tratamiento de EA se orienta a ayudar a las personas a manejar los síntomas y en mantener su funcionamiento mental. En la actualidad existe dos tipos: farmacológicos y no farmacológicos.⁽²⁵⁾ Las terapias farmacológicas más eficaces para detener el progresivo avance de la EA, se basan en el suministro de inhibidores de la acetilcolinesterasa como: donepecilo, galantamina, rivastigmina, los cuales permiten controlar los signos cognitivos, otro grupo son los antagonistas no competitivos del receptor N-metil D-aspartato que es la memantina que juega un papel en el aprendizaje y la memoria.^(27,28)

Como consecuencia, dichos medicamentos afectan a nivel periférico, provocando efectos como: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, síncope y bradicardia. En consecuencia, es necesario realizar: antes y durante la administración, una valoración cardíaca (electrocardiográfica o clínica) en busca de síndrome del nodo sinusal, con el propósito de evitar enfermedades cardíacas.⁽²⁶⁾ El Alzheimer es una enfermedad compleja sin cura, en la que aún no existe un tratamiento especializado para prevenir o aliviar esta patología, sin ir más allá del control de los signos y síntomas de la patología.

A cerca a, el tratamiento no farmacológico es la segunda aproximación terapéutica a la EA, se define como cualquier intervención no química con la capacidad potencial de lograr beneficios relevantes al paciente. Las intervenciones más utilizadas se centran en la recuperación de las funciones cognitivas, mediante diferentes terapias como: Terapia de orientación de la realidad, programa que opera mediante la presentación de información

relacionada con la orientación tiempo, espacio y persona; la terapia de reminiscencia consiste en traer a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver.⁽²⁷⁾

Otra alternativa no farmacológica es la rehabilitación de memoria, que se basa en el principio de que la pérdida de memoria, afecta inicialmente a la memoria episódica y a la memoria semántica; se aplica también ayudas de memoria no electrónicas como: libros de notas, diarios, agendas. Existen otras intervenciones de carácter heterogéneo, las más conocidas son: musicoterapia, intervenciones asistidas con animales y la hidroterapia.⁽²³⁾

El pronóstico de dicha patología va en evolución que varía ampliamente en un promedio de entre tres y 11 años después del diagnóstico, pero algunas personas sobreviven 20 años o más. El grado de deterioro en el momento del diagnóstico puede afectar la esperanza de vida, afectando la capacidad funcional y cognitiva como el grado de independencia en las actividades cotidianas.⁽²⁸⁾

La EA también representa un costo socio-sanitario muy alto a nivel mundial, ya que la inversión para su tratamiento es alto.⁽²⁹⁾ En su tratamiento directo participan diferentes disciplinas del campo sanitario como: médicos, enfermeros, psicólogos, rehabilitadores, terapeutas, auxiliares de clínica, entre otros. Se incluyen en el tratamiento profesionales del ámbito social: trabajadores sociales, familia, auxiliares de hogar, grupos de autoayuda, etc. La alta prevalencia de este proceso se debe sobre todo al envejecimiento.⁽³⁰⁾

Según la OMS y los informes Alzheimer's Disease International (ADI), la EA produce un incremento de los costos de atención crónica para los gobiernos y las comunidades, que se intensifica por la pérdida de productividad para las economías; en 2015, los costes de la atención de la enfermedad se estimaban en US\$ 818 000 millones, lo que equivale al 1,1% del producto interno bruto a nivel mundial.⁽³¹⁾ Se estima que para 2030 el coste de la atención de las personas afectadas por la enfermedad en todo el mundo aumentaría a US\$ 2 billones, una cifra que podría socavar el desarrollo social y económico mundial y desbordar los servicios de atención social, sanitaria y en particular, los sistemas de atención crónica.⁽⁴⁾

Por otro lado, un estudio realizado por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), sobre el coste medio anual del cuidado a una persona con Alzheimer es de 31.890 euros: costes directos de la enfermedad, en el costo incluye: pruebas diagnósticas, visitas médicas,

hospitalizaciones, medicamentos y cuidados a largo plazo en el domicilio o residencia. El resto de costes indirectos, que incluyen la formación de personal de apoyo para su capacitación en el cuidado de las personas con Alzheimer.⁽⁴⁾

Con respecto a, el cuidador informal es aquella persona encargada de realizar el cuidado no profesional de los pacientes en situación de dependencia que se orientan principalmente a facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, vigilar, controlar y apoyar emocionalmente a los pacientes. La acción cuidadora cambia con el tiempo según evoluciona la enfermedad. Al principio, las tareas suelen estar centradas en la vigilancia y a medida que avanza la patología aumenta el grado de implicación del cuidador en las actividades básicas de la vida diaria del enfermo.⁽³⁰⁾

La EA se asocia al envejecimiento, siendo trascendental un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.⁽²⁹⁾ El gozo de buena salud con el paso de los años depende de la capacidad de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales que permitan compensar limitaciones fisiológicas para alcanzar un potencial de bienestar físico, social y mental en el curso de la vida, el adulto mayor requiere participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.⁽³²⁾

Como consecuencia, con el paso de los años se evidencian cambios fisiológicos, morfológicos y patológicos que afectan al sistema cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético, gastrointestinal, genitourinario y bucodentales, con mayor incidencia.⁽³³⁾ Las alteraciones en los órganos sensoriales provocan la disminución de la agudeza visual y la pérdida auditiva. La piel denota enrojecimiento, pérdida de la capacidad de retener calor y mayor riesgo de lesión, así mismo, la capacidad psicomotriz enlentece. A partir de los 30 años inicia un declive de las capacidades intelectuales que se acelera con la vejez, por lo que existen cambios psíquicos, que se traduce en la pérdida de la capacidad para resolver problemas, falta de espontaneidad en el pensamiento, alteración del lenguaje, amnesia focalizada en el tiempo.⁽³²⁾

Desde el punto de vista social, el envejecimiento pretende ser vivido como una liberación de las preocupaciones y problemas, de mayor relación del anciano con la familia y con su

entorno de interacción con los demás; sin embargo, en la EA se ve amenazado el grupo familiar y social, haciendo que la mayor tendencia sea el asilo de esa persona en centros de cuidado.⁽³²⁾

En relación a, los cuidados de enfermería se orientan al confort, la seguridad, el asesoramiento, el fomento de la comunicación y el mantenimiento de un entorno seguro.⁽³⁴⁾ Otro eje fundamental es la conservación de la independencia, el mayor tiempo posible y a la potenciación de la autoestima, el trato humanizado es otra de las acciones a ser promovidas por el profesional de enfermería, para lo cual se hace indispensable el respeto de los gustos y las costumbres. Desde el punto de vista físico, los cuidados se dirigen a mantener una buena higiene, estado nutricional e hidratación; incorporar ejercicios dentro de la rutina diaria, proporciona beneficios tanto a la persona que padece la enfermedad como para el cuidador.⁽³⁵⁾

El modelo de enfermería de Roper-Logan-Tierney (R-L-T), está orientado al paciente y a la tendencia epistemológica se dirige al realismo y la accesibilidad, fue presentado en 1983, se basa en las actividades vitales y consta de la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, siendo una guía para el desarrollo del proceso enfermero al aportar con una valoración sistemática y holística. En la práctica clínica, el modelo se aplica en cuestiones de investigación de déficits funcionales observados en pacientes que requieren cuidados especializados.⁽³⁶⁾

Así mismo, el modelo describe cinco conceptos principales: las doce actividades vitales, la vida útil, espectro de dependencia/independencia del nivel de desempeño, los factores que influyen en las actividades vitales y la enfermería individualizada.⁽³⁷⁾ Las actividades vitales son: mantener un entorno sano y seguro, comunicarse, respirar, comer y beber, eliminar, higiene y vestimenta personal, control de la temperatura corporal, moverse, trabajar y jugar, expresar la sexualidad, dormir, morir. Estos cinco conceptos y componentes pueden utilizarse para describir a la persona en cuanto a mantener la salud, prevenir enfermedades, afrontar periodos de enfermedad, rehabilitarse y morir.⁽³⁶⁾

Por último, el proceso enfermero (valoración, planificación, intervención, evaluación) se representa colectivamente como enfermería individualizada. En la valoración se evalúan las capacidades de los pacientes en cada actividad vital, considerando su contexto y su vida útil,

nivel de dependencia y los factores de influencia. Dicho, modelo de R-L-T se estudia y aplica en cualquier grupo de edad, etapa del proceso salud-enfermedad, contexto hospitalario y comunitario. A diferencia de otros modelos, se valoran las actividades vitales, por ser observables, objetivas y explícitas.⁽³⁷⁾

Las intervenciones de enfermería deben ser activas y facilitar la toma de decisiones del paciente y familia, su aplicación es ideal en personas que padecen patologías crónico-degenerativas, adelantándose a sus necesidades; la resolución de los problemas deben tratar de mantener la independencia, la autonomía y el respeto, haciendo que la familia o cuidador acepte la condición del paciente y busque medios de apoyo;⁽³⁸⁾ para aliviar la sobrecarga multidimensional del cuidador y favorecer la calidad del cuidado, a través de diferentes técnicas de aprendizaje de la relación enfermo-cuidador como: manejo del estrés, transmisión de información, actividades de la vida diaria, gestión de recursos para el afrontamiento de la situación, talleres para cuidadores, apoyo emocional, escucha activa.⁽¹¹⁾

Por lo expuesto, se realiza la presente revisión bibliográfica con el objetivo de establecer la valoración del adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, utilizando el modelo de Roper-Logan-Tierney y proponer un plan de cuidados dirigido al adulto mayor con enfermedad de Alzheimer articulando el modelo Roper-Logan-Tierney y la taxonomía NANDA-NOC y NIC. Para la valoración se elaboró un instrumento que incluye aspectos relacionados con el efecto del deterioro mental y su estado de salud debido al declive de las funciones físicas y mentales.

El trabajo se realizó mediante una revisión bibliográfica que contiene la valoración de las actividades vitales y los cuidados a pacientes con EA, desde la perspectiva de varios autores, dando respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué aspectos se valora y cuáles son los problemas de las personas con EA que pueden ser evaluados por el profesional de enfermería? y ¿Qué cuidados realiza el personal de Enfermería en el adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer? Con base a los resultados obtenidos se propone un plan de cuidados organizado para cada actividad vital, del Modelo R-LT articulado con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Esta investigación representa una fuente de consulta, para orientar a un mejor desempeño en la asistencia a las personas con EA, para mejorar el bienestar, físico, social y psicológico, la

participación de la familia y contribuir a la reducción de los riesgos de morbilidad y mortalidad en edades avanzadas. Los beneficiarios de esta investigación serán las personas con EA, profesionales de la salud, enfermeras, estudiantes, al ser una base y sustento para estudios futuros, así como para la implementación de estrategias de solución a los problemas priorizados.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el presente estudio es de tipo documental y de carácter descriptivo, con enfoque mixto; su desarrollo permitió establecer la valoración del adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer utilizando el modelo de Roper-Logan-Tierney y proponer un plan de cuidados dirigido al adulto mayor con enfermedad de Alzheimer articulando el modelo Roper-Logan-Tierney y la taxonomía NANDA-NIC, en base a publicaciones que se encuentran en revistas indexadas, disponibles en: Scielo, Dialnet, Scopus, Pubmed, Elsevier, Biblioteca Virtual de Salud, E-libro, MedLine, ProQuest, Google Académico y páginas oficiales como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud Pública (MSP), divulgados entre el año 2015 hasta el 2020.

Para la selección de la población se contextualizó en los motores de búsqueda las palabras: Enfermería y Alzheimer; Scielo desplego 7 resultados, ProQuest 7, Biblioteca Virtual de Salud 8, E-libros 3, Google académico 7.500 resultados, procediendo a seleccionar 48 publicaciones a través de una filtración minuciosa tomando en cuenta los últimos cinco años de publicación, tipo de estudio como: revistas científicas, casos clínicos, tesis, guías de prácticas clínicas, idioma: inglés, español y portugués, áreas temáticas: ciencias de salud/enfermería y textos completos y sobre todo que aporten a los objetivos planteados al contener aspectos útiles para la construcción de la propuesta de valoración y los cuidados de enfermera para la elaboración del plan de cuidados. Todos los documentos elegidos para la revisión bibliográfica contienen entre 15 y 30 citas.

Otros criterios de inclusión que se tomó en cuenta para la selección bibliográfica fue que contengan al menos: resumen, introducción, datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, fisiopatología, manifestaciones clínicas, tratamiento, cuidados de enfermería y

resultados. Se eliminaron las publicaciones anteriores al 2015. Así mismo, se eliminaron publicaciones que no tengan año de publicación, autores y que no son indexadas.

Como resultado de la búsqueda se integró una muestra conformada por 73 referencias bibliográficas, de las cuales 38 se emplearon para la elaboración de la introducción, justificación y planteamiento del problema; 35 se utilizaron para la elaboración del desarrollo incluyendo la discusión y los resultados. Se analizaron: 28 revisiones bibliográficas, 4 estudios de caso, 3 libros, 4 guías de práctica clínica de diferentes países y 34 artículos científicos en español fueron utilizados para la elaboración de la valoración y del plan de cuidados.

En relación con los cuidados de enfermería en el adulto mayor con Alzheimer, se evidenció falta de información actualizada en la mayoría de las páginas de búsqueda. Para el proceso de triangulación de los cuidados de enfermería se analizó la investigación de cada autor, indicando lo más relevante del documento; si el autor, empleó alguna técnica de valoración, la misma que le permitió establecer diagnósticos enfermeros y sus cuidados, además se identificaron las semejanzas o diferencias de los parámetros mencionados, haciendo énfasis en la valoración y en los cuidados de enfermería, por ser los objetivos de esta investigación.

CAPÍTULO III. DESARROLLO

Según Miriam Rubio Acuña, Francisca Márquez Doren y sus colaboradores⁽³⁹⁾ en el artículo nombrado "Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer" citan, envejecimiento es un llamado de atención para la salud pública especialmente por los trastornos demencia entre las principales EA, que altera al individuo, familia y sociedad. Es decir, un síndrome neurodegenerativo caracterizado por el deterioro progresivo e irreversible de las habilidades cognitivas, funcionales, pérdida de memoria, entre otros que repercuten en la calidad de vida.

Julio Cesar Espín Falconí ⁽⁷⁾ en el artículo titulado "Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales" indica que las causas de EA es multifactorial, que existe factores no modificables de origen biológico, genético como: la edad, el sexo, antecedentes familiares y el polimorfismo de la apolipoproteína E.

A su vez Sara Pura Catalina Serrano y sus colaboradores⁽⁷⁾ en el artículo Enfermedad de Alzheimer, los factores de riesgo modificables, mediante su estudio realizado menciona que los factores modificables que encaminan a esta complicación son: la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, síndrome metabólico (SM) y cardiopatía isquémica. Por otro lado, los socioeconómicos relacionados como el nivel educacional bajo, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción) y estilo de vida inadecuada (sedentarismo, malos hábitos nutricionales).

Según La Guía de Manejo Práctico de la Enfermedad de Alzheimer⁽¹⁸⁾ y Ramos Cordero y Serrano Garijo⁽¹¹⁾, sugieren que la EA presentan un conjunto de síntomas que se caracterizada por la pérdida de la memoria, los pacientes comienzan con dificultades para aprender nueva información y olvidan rápidamente lo que han sido capaces de aprender recientemente. El lenguaje, dificultad para nominar los objetos, encontrar las palabras y de pronunciarlas. Las funciones ejecutivas se alteran de forma precoz, de tal modo que presenta incapacidad para planificar y ejecutar acciones dirigidas a un objetivo. La disfunción funcional son dificultades para realizar actividades de la vida diaria como: conducir, hacer compras, vestirse, comer, entre otras.

Por otro lado, Pérez Romero y González Garrido⁽⁴⁰⁾ en el artículo denominado "La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales en la Enfermedad de Alzheimer mencionan que los síntomas psiquiátricos como: apatía, agitación, irritabilidad, actividad motora aberrante, ansiedad, depresión, delirios, alucinaciones, euforia, desinhibición, trastornos del sueño y alimentación. Síntomas conductuales que destacan el vagabundeo, agresión, la resistencia a los cuidados, los comportamientos sexuales inapropiados y las reacciones catastróficas como: enfado, agresividad verbal y física.

Según Blanca Martínez, y Pilar Duran y sus colaboradores⁽⁴¹⁾ manifiestan que la capacidad del hombre para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Se declina al individuo, siendo esto más evidente en mayores de 65 años un 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración progresiva de la condición física y mental del adulto mayor EA, no debe ser un impedimento para estimular su participación activa en cada fase del proceso. En ese sentido, la enfermera/o debe motivar a la familia para que tenga en cuenta las actividades y problemas expresados por el paciente; además, sus pensamientos, deseos y decisiones han de escucharse y respetarse.

Por otra parte, Carlos Hyver de las Deses⁽⁴²⁾ en el artículo denominado "Valoración geriátrica integral" describen la funcionalidad, en tres categorías el cual permite conocer la capacidad de las actividades de la vida diaria básicas (AVDB), que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación; las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) son actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero; actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) aquellas que contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes.

José Carmona y Sergio Murgui Pérez⁽⁴³⁾ menciona, es importante que el personal de salud conozcan la individualidad de vida, cuyo propósito es evitar que los problemas potenciales se conviertan en reales, aliviar los problemas reales, afrontar el proceso de la enfermedad. Los objetivos principales en la atención relacionados con la Enfermedad son: diagnosticarla precozmente para posibilitar un tratamiento temprano, optimizar la salud física, la cognición, la actividad, identificar y tratar enfermedades físicas, síntomas conductuales, psicológicos problemáticos, proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.

Jenifer Zabala y Miguel Cadena⁽⁴⁴⁾ pronuncian, el cuidado de los enfermos de Alzheimer es proporcionado cuidador informal y la red de lo servicio de atención pública que ayudan de forma regular y continua a la persona dependiente. Sin embargo, las tareas que se realiza orientan principalmente a facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, vigilar y controlar, así como acompañar y apoyar emocionalmente a los pacientes. La acción cuidadora cambia con el tiempo según evoluciona la Enfermedad.

Bridgette C. Williams,⁽³⁶⁾ señala que para el abordaje del paciente adulto mayor, manifiesta aplicar el modelo de las actividades vitales en el individuo, ya que permite implementar medidas y acciones individualizadas para brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Además Biatriz Bezerra, María Vera, Lúcia Moreiray sus colaboradores⁽⁴⁵⁾ menciona, las actividades vitales es un marco para el cuidado que puede utilizarse en cualquier grupo de edad, etapa del proceso salud-enfermedad o en el contexto hospitalario y comunitario. A diferencia de otros modelos que utilizan el término necesidades que son subjetivas y las actividades observables que son de forma explícita.

Según Gisele Nogueira de Moura¹, Jennara Candido y sus colaboradores⁽⁴⁶⁾ indican, que se debe incluir el Modelo de Roper-Logan-Tierney que identifican las actividades vitales: El modelo está conformado por cinco componentes principales para una valoración exhaustiva al individuo como: la etapa de vida, las actividades vitales, los factores que influyen, el continuum dependencia-independencia y el cuidado individualizado. Las actividades vitales son: mantener un entorno sano, comunicarse, respirar, comer y beber, eliminar, limpieza y vestimenta personal, control de la temperatura corporal, movilizarse, trabajar y jugar, expresar la sexualidad, dormir, morir.

César Fonseca, Rogério Coroado y Margarida Pissarro⁽³⁷⁾ manifiestan que el modelo presentan diferentes factores que influyen en las actividades como: biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. El continuum dependencia-independencia es una forma como el adulto mayor con EA modifica la realización de las actividades de vida y necesita apoyo. Por otro lado, el desarrollo en el ciclo de vida, es un marco de referencia útil para fomentar el autocuidado y la participación de la familia, que conlleva a brindarle un cuidado individualizado.

Pablo Martínez-Lagea, Manuel Martín-Carrasco y sus colaboradores⁽⁴⁷⁾ Navarro Martínez M, Jiménez Navascués L, García Manzanares⁽³⁰⁾ menciona, la Enfermedad altos niveles de dependencia, cuya atención implica costes elevados en el tratamiento y cuidados, al tiempo que origina otros muchos problemas en pacientes y cuidadores que precisan atención multidisciplinar con dedicación completa, incluye diferentes perfiles profesionales especializados en neurología, neuropsicología, enfermería, administración y/o geriatría rehabilitadores, terapeutas, auxiliares de clínica, entre otros. Encampo social; trabajadores sociales, familia, auxiliares de hogar, grupos de autoayuda.

Thomas Carazo y Nadal Blanco en su artículo denominado "Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria." emiten etiquetas diagnósticas para paciente que padecen esta condición, entre ellas: Riesgo de lesión, deterioro de la memoria, deterioro de la comunicación verbal, riesgo de aspiración, riesgo de relación ineficaz, déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido, deprivación del sueño, deterioro de la movilidad, disfunción sexual, aislamiento social, deterioro de la comunicación verbal, entre otras.^(48,49, 53, 54,55)

Rafael Frías Pita. Niurka Arias Jerez y sus colaboradores⁽¹¹⁾ en su artículo denominado "Demencia Alzheimer y Cuidados de Enfermería". Es así que, las actividades de enfermería consisten en: ayudar en las actividades vitales acatando su estado de dependencia-independencia, elevar la autoestima, fomentar el sueño y descanso, integración de la familia, fomentar una higiene adecuada y la ejecución de actividades que distraigan de posibles lapsos de alteraciones psicológicas o conductuales. Teniendo en cuenta que el objetivo de los cuidados de enfermería, es reducir los las manifestaciones clínicas.

Andrew. E, Budson⁽¹⁷⁾ titulado "Pérdida de la memoria Alzheimer y Dmencia" propone que, los métodos de valoración es mediante la observación, entrevista, exploración física y mediciones son las principales técnicas para obtener información acerca de la forma que realiza las actividades de vida en los cinco factores del modelo. La valoración es importante para identificar los problemas potenciales, como el riesgo de sufrir alguna alteración funcional por el factor biológico, psicológico o social.

Según el Instituto Nacional Sobre el envejecimiento^(60,61) Como cuidar a una persona con Enfermedad Alzheimer, en su estudio incluyen tratamientos no farmacológicos como:

ejercicios y ciertos suplementos alimentarios. Consideran que estos tratamientos pueden ofrecer beneficios a las personas para el control de síntomas; sin embargo, no deben reemplazar una conversación enfermera-paciente. Otras actividades de enfermería son: incentivar al paciente a sentirse bien consigo mismo, vigilar sus necesidades satisfechas como la adecuada comunicación y desenvolvimiento en el entorno que los rodea; además de conversar con el usuario para brindar, además soporte de enfermería, apoyo emocional.

Tamara García y Pedro Martín Villamor^(62,63) en su trabajo titulado: “Alzheimer, cuidados de Enfermería”, manifiestan que las actividades de enfermería deben estar encaminadas a lograr cambios de hábitos y actitudes frente al cuidado de la propia vida. Indican que se debe escuchar a los pacientes de manera activa demostrando el contacto visual, lo que ayudará a establecer una relación de confianza. El cuidado de la enfermera a los pacientes con depresión, incluye acciones y maneras que garanticen la satisfacción de las actividades más básicas para la vida e incluye también aquellas que permitan mantener relaciones significativas y gratificantes, a través de la comunicación con los demás.

De la bibliografía seleccionada se extrajo la siguiente información: aspectos a valorar, las alteraciones y los cuidados aplicables al personal de enfermería, estableciéndose la coincidencia de autores. La información obtenida fue articulada con el modelo de Modelo de Roper-Logan-Tierney al clasificarlos según actividades vitales; finalmente, se estableció la correspondencia con los diagnósticos enfermeros de la NANDA I-2018-2020 y con las intervenciones de enfermería (NIC), encontrando lo siguiente:

Valoración y cuidados de enfermería al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, según el Modelo de Roper-Logan-Tierney en articulación con la NANDA-I 2018-2020:

La organización de la valoración se describe en función de las actividades vitales propuestas en el modelo de Modelo de Roper-Logan-Tierney, de la siguiente forma:

1. Mantener un entorno sano

Varios autores^(54,58,71) coinciden en la identificación de riesgos como escaleras, pisos resbalosos, espejos, ruido en la valoración del hogar; en el entorno sugieren identificar: fábricas- ambiente ruidoso, riesgos relacionados con el transporte, temperatura ambiental

extrema, iluminación deficiente, contaminantes (polvo, humo y vapores). Con relación a la persona los mismos autores describen como aspectos a valorar: hábitos tóxicos y armas de automutilación. La taxonomía NANDA-I respalda como principal diagnóstico: 00035 Riesgo de Lesión, relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo y psicomotor, barreras físicas, exposición a químicos tóxicos, sistema de transporte inseguro, extremos de la vida.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC sugiere como principales intervenciones: identificación de riesgos, manejo ambiental: seguridad y prevención de caídas.⁽⁵⁶⁾

La evidencia bibliográfica avala cuidados como: limitar el tamaño y la cantidad de espejos en el hogar así como su correcta ubicación; mantener el ambiente libre de obstáculos; asegurarse que existe suficiente luz para prevenir las caídas; usar letreros con colores brillantes o dibujos simples para marcar; orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea; asegurar que el piso tenga buena tracción para caminar; realizar recorridos a lugares habituales como: tiendas, iglesias, peluquerías, casas de conocidos, familiares.^(46,50,57,58)

El entorno debe ser sencillo, estable y seguro para proteger a los enfermos de Alzheimer, tanto en el hogar y al administrar instituciones de cuidado; por lo tanto, el personal de Enfermería debe incluir en la valoración: el diseño arquitectónico del hogar, el ambiente y la condición personal.

2. Comunicarse:

Diferentes autores concuerdan ^(30,51,52,58) que se debe englobar la comunicación verbal, identificando peligros como agnosia, dificultad para encontrar las palabras correcta al hablar y guardar información, pérdida de control sobre los impulsos y reacciones emotivas. La comunicación escrita, no verbal, el nivel de conocimientos y la expresión emocional son aspectos a ser valorados; el paciente con EA experimentará: deterioro cognitivo, apraxia, frustración cuando la comunicación no está funcionando, a estas manifestaciones se agregan los cambios emocionales propios del envejecimiento: tristeza, enojo y depresión. Finalmente, se hace necesaria la valoración sensorial para la identificación de: hipoacusia, miopía, patologías oculares (glaucoma, cataratas, degeneración macular).

La taxonomía categoriza como diagnóstico 00051 Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con deterioro del sistema nervioso central, manifestado por desorientación con

las personas, espacio y tiempo, dificultad para expresar los pensamientos verbalmente, dificultad para formar oraciones, dificultad para mantener la comunicación, déficit visual parcial o total, verbalización inapropiada; sin embargo, en pacientes con EA éste diagnóstico se deriva del 00131 Deterioro de la memoria, relacionado con deterioro neurológico, manifestado por incapacidad para recordar información para expresar pensamientos y mantener la comunicación.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC respalda intervenciones como: entrenamiento de la memoria, orientación de la realidad, manejo de la demencia, escucha activa, terapia de reminiscencia.⁽⁵⁶⁾

Lo antes mencionado se respalda en la coincidencia de los autores, quienes además sugieren cuidados específicos como: valorar el tono, volumen de voz, lenguaje corporal; utilización de estrategias de comunicación verbal, escrita y no verbal con énfasis en la estrategia que tenga mejor resultados; mantener contacto visual para obtener su atención y llamar a la persona por su nombre; vocalizar y gesticular las palabras; promover una conversación interactiva por el mayor tiempo posible; ayudar a la persona a encontrar las palabras para expresar pensamientos y sentimientos.^(46, 57, 59)

Tomar la mano de la persona cuando está en una conversación de confianza, si presenta dificultad para expresar una idea es muy importante prestar gran atención a los gestos, muecas de dolor o de alegría; realizar ejercicio de comunicación: fecha, la hora, el lugar, los nombres de las personas, incluyendo el suyo, entre otros; ayudar a citar nombres antagónicos como identificación de objetos o fotografías; valorar la fluidez como nombrar el mayor número de elementos posibles en una categoría semántica por ejemplo animales, objetos entre otros en un minuto.⁽⁶⁰⁻⁶³⁾

La EA disminuye gradualmente la capacidad de comunicación y manifiesta dificultad para expresar pensamientos y emociones, por lo que es importante valorar las alteraciones en la comunicación porque su alteración genera dependencia en el paciente y se convierte en un aspecto que contribuye a las alteraciones de las relaciones interpersonales.

3. Respirar:

Según Paula Otal Agut, Mercado López, Torre A, Ximenes Mam y colaboradores,^(51,53,58,59) consideran importante la valoración del patrón respiratorio para la identificación de

alteraciones como: taquipnea, bradipnea, disfagia que ocasiona micro-aspiraciones, disnea, cianosis, enfermedades respiratorias, tos, entre otros. Se consideran aspectos ambientales para la identificación de fumadores activos-pasivos, exposición a ambientes altamente contaminados, clima y altitud; los datos laborales sugieren patologías que se originan por determinadas ocupaciones como: minería, construcción, industria textil. La salud psicológica se altera haciendo que el paciente experimente: ansiedad, estrés. Por último, se integra en la valoración el funcionamiento respiratorio, puesto que el paciente no reconoce que debe toser o expulsar las secreciones.

Lo descrito permite asociar el diagnóstico: 00039 Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la capacidad para deglutir y 00032 Patrón respiratorio ineficaz, manifestado por bradipnea, disnea, taquipnea, relacionado con deterioro neurológico.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC presenta intervenciones como: terapia de deglución, ayuda con el autocuidado: alimentación, monitorización respiratoria, manejo de vías aéreas, terapia de relajación.⁽⁵⁶⁾

Las principales actividades de enfermería según coincidencia de autores son: colocar al paciente de flexión posterior o rotar la cabeza hacia el lado faríngeo paralizado; colocar en posición semifowler para favorecer la masticación y deglución; animar al paciente a realizar inspiraciones profundas en presencia de tos que no moviliza secreciones; realizar palmo terapia por delante y por detrás en la espalda, así como, debajo de los brazos; convertir el ejercicio en una rutina; evitar la ingesta de bebidas estimulantes; ayudar en la alimentación; mantenimiento de una buena higiene y salud bucal; fomentar técnicas de relajación antes de las comidas; evitar estímulos que provoquen que el momento de la alimentación no sea satisfactorio.^(61, 62,64-66)

El sistema respiratorio en la persona con EA presenta alteraciones generados por el proceso de envejecimiento, que son potenciadas por la disminución lenta y progresiva del funcionamiento cerebral y esto repercute en el proceso de deglución y como consecuencia existen alteraciones respiratorias.

4. Comer/beber

Diversos autores^(30,51-53) mencionan como principales aspectos a valorar los siguientes: medidas antropométricas y problemas de alimentación, identificando: pérdida de peso (los

fármacos para el tratamiento de la EA alteran el apetito, como es típico en los antidepresivos inhibidores de la de serotonina), disfagia, cansancio al comer, rechazo a los alimentos, falta de apetito, náuseas, presencia de restos de comida, se olvida la deglución, problemas de masticación: piezas dentales en mal estado, lesiones bucales, somnolencia.

Por otro lado, los cambios sensoriales, el envejecimiento y la pérdida de las unidades gustativas funcionales, son la causa de alteración del patrón alimentario, así como, el estado emocional y sus manifestaciones como: ansiedad, estrés, tristeza, depresión y enojo incrementan los problemas alimentarios. El deterioro de la habilidad motora y cognitiva dificulta el manejo de los utensilios y facilita la distracción del paciente, por lo que se evitará la presencia de material innecesario en la mesa. El entorno para la alimentación será adecuado para su iluminación, ventilación y temperatura climática comfortable.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

La taxonomía presenta como diagnóstico prioritario: 00102 Déficit de autocuidado: alimentación, relacionado con deterioro del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro para llevar la comida a la boca, coger los utensilios.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC muestra intervenciones: ayuda con el autocuidado: alimentación, manejo de la nutrición, manejo ambiental.⁽⁵⁶⁾

Se consideran cuidados concretos como: colocar al paciente en una posición cómoda para la alimentación; establecer rutinas y fijar los horarios para las comidas; procurar comidas compartidas y que el momento, sea agradable y relajado; asignar a la persona siempre el mismo lugar de la mesa, así facilitaremos que asocie el acto en un solo lugar, cuidar la boca y valorar la deglución; aumentar la frecuencia de las tomas con raciones más pequeñas y alimentos blandos; flexibilizar el horario haciendo que el paciente participe; seleccionar alimentos de fácil digestión; siempre servir a temperatura apta para la ingesta; ubicar en comedores pequeños; disponer de supervisión y/o asistencia para comer; evitar distractores en el comedor como televisión y ruido; guardar las cosas en el mismo lugar.^(50,70-72,74)

Es importante valorar y aplicar cuidados orientados a la alimentación, puesto que, por los problemas en el momento de la deglución pone al paciente en riesgo de atragantamiento y de aspiración; esta situación que puede añadir complicaciones en la salud del paciente con EA.

5. Eliminar

Monica Arandaa, Chuquipul, Noelia^(31,54,71) mencionan que para valorar la eliminación urinaria en busca de problemas y factores de riesgo se debe tomar en cuenta: incontinencia, retención, hematuria, nicturia, poliuria; existe alteración en la función urinaria asociada al deterioro cognitivo. Los problemas de la eliminación intestinal se evidencian por: estreñimiento, diarrea, melena, hematoquexia, incontinencia; su alteración se asocia al consumo escaso de fibra, inmovilidad y a la medicación. Existen condiciones desfavorables del entorno como: exceso de muebles, poca iluminación, necesidad de ayuda para ir al baño, accesorios en el baño (espejos, cortinas, muñecos); la vestimenta debe favorecer la eliminación urinaria e intestinal evitando cierres, pasadores, cremalleras, botones rígidos, etc.

Los diagnósticos son: 00020 Incontinencia urinaria funcional relacionada con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por sensación de necesidad de miccionar, 00011 Estreñimiento relacionado con depresión, deterioro neurológico, agente farmacéutica manifestado por presentaciones atípicas en el anciano y 00110 Déficit de autocuidado: uso inodoro relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro de la capacidad para llegar al baño y manipular la ropa para evacuar.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC califica intervenciones como: micción estimulada, cuidados de la incontinencia urinaria, entrenamiento del hábito urinario, manejo del estreñimiento e impactación fecal, manejo de la nutrición, fomento del ejercicio, manejo ambiental: seguridad.⁽⁵⁶⁾

Los cuidados de enfermería ante esta actividad son: monitorizar la eliminación urinaria incluyendo; frecuencia, volumen, olor, color, limitar los líquidos después de las 6 de la tarde; recordarle a la persona de ir al baño cada 2 a 3 horas; consumo de alimentos que contengan fibra y frutas que favorezcan a la eliminación: pitajaya, papaya; recomendar el acondicionamiento del baño para que este sea lo más sencillo, bien iluminado sin pisos resbalosos, muñecos, espejos u otros artefactos que podrían asustar al paciente; identificar la puerta con dibujos de un inodoro para ayudar a encontrarlo.^(46,49,57-59)

En el paciente con EA se ven afectadas tanto la eliminación urinaria como la intestinal, estas afecciones incrementan con la edad y con el avance del deterioro del sistema nervioso

central, por lo que, se presentan intervenciones y actividades que la bibliografía respalda como útiles para el cuidado de la persona.

6. Limpieza y vestimenta personal

La coincidencia de autores determinan^(31,54,71,62) en relación a la vestimenta que se valore la capacidad de encontrar la ropa adecuada, de vestirse; dificultad con los cierres o abrocharse las prendas, incapacidad de vestirse solo. Con respecto a la higiene se presta atención a la rutina del aseo bucal, alteración de la piel, aseo corporal. El deterioro cognitivo dificulta la independencia en la higiene y vestimenta (apraxias, agnosia, pérdidas de equilibrio o caídas). La valoración del entorno y acondicionamiento se orienta a: descubrimiento de pisos resbaladizos, excesos de muebles, lugares desconocidos, poca ventilación e iluminación; la alteración musculo-esquelética en fases avanzadas y progresivas conllevan a la reducción de la movilidad. Lo anterior se acompaña con alteraciones psicológicas que se traduce en una respuesta agresiva al ser vestido o bañado por otra persona, se siente invadido al no reconocer al cuidador, se desviste constantemente.

Al articular las dificultades descritas con la taxonomía, se plantea el diagnóstico 00108 Déficit de autocuidado: Baño/vestido relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo y elegir la ropa.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC menciona intervenciones aplicables al cuidado del paciente con EA como: ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal, ayuda con el autocuidado: baño/higiene, manejo ambiental: seguridad, vigilancia de la piel.⁽⁵⁶⁾

Según la revisión bibliográfica^(71,61-63,65,67) se identificaron cuidados como: marcar en el armario la ubicación de las prendas con etiquetas que contengan el nombre o un dibujo; permitir que la persona participe en la elección de la ropa; recomendar ropa y zapatos de fácil colocación; ayudar al paciente a vestirse colocando la ropa en el orden en que debe de ponerse. Realizar demostraciones como la higiene bucal; asistir en el baño al paciente en función del grado de dependencia; utilizar estrategias de prevención de caídas; asegurarse que el cuarto de baño esté caliente y bien iluminado.

El objetivo de la atención de esta actividad es crear y mantener las condiciones óptimas de salud en las personas, para el soporte de su integridad física, intelectual y psíquica.

7. Control de la temperatura corporal

Los autores destacan^(54,71) valorar la temperatura que experimenta cambios como hipotermia (piel delgada), hipertermia (problemas dermatológicos, infecciones, etc.). El deterioro cognitivo puede exponer al paciente a los riesgos asociados a temperaturas extremas. La temperatura ambiental modifica a la temperatura corporal y se relaciona con el uso de vestimenta inadecuada, el acondicionamiento del hogar y los cambios climáticos. La termorregulación se modifica con la edad y con algunas patologías.

La taxonomía aborda como diagnóstico 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ropa inadecuada para la temperatura ambiental, enfermedad que afecta la regulación de la temperatura.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC menciona intervenciones como: regulación de la temperatura, manejo ambiental, fomento de ejercicio.⁽⁵⁶⁾

Los autores^(49,58,59,61) coinciden, con cuidados delimitados como: control frecuente de la temperatura corporal; valoración y cuidados en hipertermia/hipotermia; proporcionar ropa de abrigo/mantas o retirada de las mismas, en base a su temperatura corporal; administración de antipiréticos según prescripción; aportar vestimenta apropiada de acuerdo al clima o temperatura del hogar; aprovechar un clima favorable para exponer al paciente al calor; mantener en condiciones adecuadas la vestimenta y la ropa de cama; promover actividad física y recreativa.

En la EA se producen cambios progresivos que desencadenan la pérdida de control de la temperatura corporal, esta respuesta varía según la persona, la edad y la actividad por tal razón, se valora y plantean cuidados para el apoyo de dicha actividad vital.

8. Movilizarse:

Mónica Arandaa, Chuquipul, Portero^(31,54,61) mencionan que en un paciente con EA es primordial valorar la movilidad y la marcha, por asociarse a la edad, la medicación y los riesgos de inmovilidad. Se incluyen las alteraciones psicológicas, principalmente: depresión, miedo y ansiedad, porque son causales de negación de actividades que favorecen la

movilidad. La movilidad también se ve afectada cuando existe pérdida de la conciencia, confusión, somnolencia, alucinaciones, auditivas, visuales, apraxia.

Se trata de identificar problemas relacionados con el entorno que afectan la movilidad como: escaleras, muebles, espejos, alfombras, pisos resbaladizos; los problemas que ocasionan la afección de esta actividad vital relacionados con la persona son: la falta de cambios posturales (no solo en la cama sino también en la silla), el régimen terapéutico y el uso de dispositivos de movilidad: bastón, muletas, sillas de ruedas o prótesis, capacidad del uso de transporte. Finalmente, se valorará el apoyo familiar, su ausencia o desconocimiento constituye un riesgo de alteraciones de la movilidad u otras complicaciones en el paciente con EA, principalmente si es adulto mayor.⁽⁵⁸⁾

En la taxonomía se encuentra el diagnóstico 00085 Deterioro de la movilidad física, relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo, manifestado por alteración en la marcha.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC contiene intervenciones relacionadas como: manejo ambiental: seguridad, terapia de ejercicios: control muscular, ambulación/equilibrio y control muscular, prevención de caídas, vigilancia de la piel, manejo de la medicación.⁽⁵⁶⁾

Las actividades más relevantes son: mantener la movilidad física mediante acciones como dar paseos diarios, motivar para que camine acudiendo a lugares de interés; realizar marchas en trayectos cortos; controlar la medicación pautada; recomendar zapatos con el talón abierto que no se deslicen; vigilancia de la piel; usar una buena iluminación; colocar barras de apoyo en el domicilio; evitar la presencia de muebles que aumenta el riesgo de caída; explicar el uso de ayudas mecánicas como: bastones, muletas, andadores el que ayudará a adaptarse al entorno.^(46,57,61,63)

El paciente con EA evidencia un deterioro progresivo de la marcha de manera, alterándose el centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza muscular, la flexibilidad, lo que ocasiona un alto riesgo de caídas, de sufrir accidentes y abandono.

9. Trabajar y jugar

Chuquipul, Noelia García^(54,71) exponen que la EA progresa al declive en la capacidad funcional alterando el patrón jerárquico, por lo cual es eficaz una valoración que contemple

las relaciones sociales, los factores de riesgo como el rechazado social por el grado de deterioro neurológico, las alteraciones cognitivas, fisiológicas. La formación académica se valora la escolaridad, deterioro de la capacidad de memoria. La acción ocupacional/recreativas presentándose las causas del deterioro funcional y envejecimiento que se acompaña con la exclusión del mercado laboral formal. Finalmente, en el entorno se valoran los peligros que afectan la integridad física de la persona.

La taxonomía plantea el diagnóstico 00053 Aislamiento social, relacionado con alteración del estado mental, incapacidad para establecer relaciones familiares satisfactorias, manifestado por enfermedad (Alzheimer).⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC presenta intervenciones relacionadas como: potenciación de la socialización, estimulación de la integridad familiar, modificación de la conducta: habilidades sociales.⁽⁵⁶⁾

Los diferentes autores^(49,50,63,67,68) avalan cuidados como: estimulación social fomentando la visita de los familiares y amigos, promover la estimulación física como que paseé a menudo; evitar que el paciente se estrese, mediante actividades recreativas; animar a participar en grupos de apoyo de manera activa y voluntaria; potenciar su deseo de ser útil, intentando buscar aquella tarea para la que esté más capacitado; adaptar la actividad a sus posibilidades; dialogar para ayudarlo a conocer cualidades o aptitudes que hasta ahora no conocía; participar en juegos practicados a lo largo de su vida, ejemplos: cartas, ajedrez, lectura, novelas, televisión, fútbol, música, entre otros.

10. Expresar la sexualidad

Maura G, Gomes y Beserra^(46,59,69) explican que es esencial una valoración detallando la pareja actual, identidad sexual, disfunción sexual evidenciándose los problemas como: recordar la secuencia del acto sexual, incomodidad al momento de mantener relaciones íntimas, no se acuerda de su nombre o que no les reconoce, dilemas en la conveniencia relaciones sexuales, efectos secundarios de los medicamentos, deterioro cognitivo y finalmente la depresión por los cambios del envejecimiento.

Constatando como diagnóstico de la taxonomía 00059 Disfunción sexual relacionado con alteración del funcionamiento del cuerpo enfermedad Alzheimer manifestado por disminución del deseo sexual, alteración en la actividad sexual.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC

designa intervenciones: mejorar el afrontamiento, apoyo emocional, manejo de la conducta: sexual.⁽⁵⁶⁾

Los autores^(43,49,70) contemplan cuidados como: explorar nuevas maneras de pasar más tiempo juntos con la persona conviviente; ayudar a buscar otras maneras de mostrar cariño como acurrucarse o agarrarse de las manos reduce la necesidad de una relación sexual; pruebe otras maneras de tocar a la persona, que no sean sexuales; realizar técnicas de un masaje, un abrazo o bailar juntos; acérquese con un abrazo caluroso, un beso, una caricia.

La intimidad y la sexualidad es la conexión especial que comparten las personas que se aman y respetan. El Alzheimer suele cambiar la intimidad causando alteración en la memoria que tienden a rechazar, ignorar la existencia de la actividad sexual

11. Dormir:

Navarro, Otal, Gomes, Noelia García Cuervo y sus colaboradores^(30,51,59,71) La enfermedad altera de manera progresiva en el descanso y sueño, de modo que en esta actividad se deduce una valoración detallada como: sueño/descanso detectando dificultades inscritas al; síndrome de apnea obstructiva del sueño, medicación para dormir, ya que los anticolinesterásicos alteran esta función. La EA provoca trastornos del sueño presentando alucinaciones, delirios, insomnio, hipersomnias, hiperactividad motora nocturna. También se altera la situación fisiológica por el envejecimiento y la memoria manifestándose el dolor general e cambios urinarios. La alteración psicológica se presenta por: depresión, sentimientos de inferioridad, deudas, vivir solo, rechazo, exceso de trabajo, temor. Por último, el entorno se orienta a riesgos: ruidos, luces brillantes, habitaciones compartidas.

La taxonomía categoriza un diagnóstico 00096 Deprivación del sueño relacionado con demencia (Alzheimer), disconfort prolongado alteraciones psicológicas manifestado por alteración en la concentración, alucinaciones, ansiedad, apatía.⁽⁵⁵⁾ La taxonomía NIC nombra intervenciones: mejorar el sueño, manejo ambiental, cambios de posición.⁽⁵⁶⁾

Resaltando los cuidados como: ayudar a la persona a mantenerse activa durante el día; limitar las siestas y asegúrese que duerma lo suficiente durante la noche; planear actividades que usen más energía en la mañana (organice un baño por la mañana o la comida en familia más

al mediodía); tratar de acostar a la persona a la misma hora cada noche; limite la cafeína; establecer un ambiente tranquilo en la noche para ayudar a la persona a relajarse; controlar la intensidad de las luces; tratar de reducir el nivel de ruido, poner música tranquila y relajante si eso le gusta a la persona.^(43, 49, 50,59)

12. Morir

Muñoz, Are Arriaga^(48,63) manifiesta una valoración exhaustiva los principales aspectos son: valores, creencias, autonomía, enfermedad actual, alteración funcional manifestándose problemas como; sufrimiento, fragilidad, afectación de la autonomía en la calidad de vida, enfermedad incurable avanzada de curso progresivo. En el ambiente familiar se implica en la convivencia pérdida en su entorno que lo rodea, finalmente la transformación psicológica se evidencia negación, rabia, regateo, depresión, resignación y aceptación.

A través de la taxonomía menciona el diagnóstico 00066 Sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad (Alzheimer), envejecimiento, manifestado por sentirse no querido, ansiedad, rechazo a interactuar con personas.⁽⁵⁵⁾

Los escritores avalan^(49,59,72) cuidados relevantes ante dicha actividad como: proteger y respetar el derecho a practicar sus valores y creencia; fomentar estado de ánimo mediante actividades espirituales; animar a las personas a que manifieste verbalmente los recuerdos y sentimientos de la pérdida; apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo: negación, ira, negociación, depresión; aceptación mediante un profesional de salud.

Los cambios de la EA en esta actividad implican algún tipo de pérdida de objeto o estado de salud actual que afecta al vínculo emocional. La propuesta de formato de valoración articulada al modelo de Roper-Logan-Tierney se resume en el anexo 2 y el plan de cuidados utilizando las taxonomías NANDA-NOC y NIC se presenta en el anexo 3.

CONCLUSIONES

El modelo de Roper-Logan-Tierney constituye una base bibliográfica que facilita la valoración de las actividades vitales del adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, principalmente el entorno, la comunicación, el autocuidado en higiene y vestido y el trabajo

y entretenimiento, constituyéndose en una valoración holística que sirve como base para el establecimiento del plan de cuidados.

La valoración de enfermería al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, utilizando el Modelo de Roper-Logan-Tierney, permite identificar los principales problemas en función de las funciones afectadas como: la comunicación, orientación, el juicio, la conducta, la memoria, el razonamiento, que como consecuencia afecta al desempeño de la persona.

Entre los principales cuidados de enfermería identificados en el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer se encuentran: manejo ambiental-seguridad, manejo de la demencia, apoyo en la toma de decisiones, entrenamiento de la memoria, mejorar la comunicación: déficit del habla, autocuidado actividades de la vida diaria, apoyo a la familia.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería para la valoración y planificación del cuidado al paciente con EA, se sugiere la utilización del modelo Roper-Logan-Tierney; ya que permite identificar los problemas que afectan las esferas: funcional, mental y social.

La utilización del modelo Roper-Logan-Tierney es una base teórica que se puede utilizar en pacientes en los que se afectan las funciones vitales, por lo que se requiere la aplicación del mismo en la valoración, además, se invita a los profesionales y estudiantes de la carrera de Enfermería a que se haga uso del instrumento propuesto por ser de fácil aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Castillo A, Rodríguez Alfaro JM, Salas Boza A. Influencia de la enfermedad de Alzheimer en los sistemas de neurotransmisión sináptica. *Rev Medica Sinerg*. 2020 Apr 1;5(4):e442.
2. Bleda Andrés Javier, Corbalán Sánchez María Elena, Cerezo Pérez César Antonio, Pérez Juan Orcajada, Valero Marina Serrano. Costes del tratamiento y la atención en personas con Alzheimer y otras demencias. 2020;III(24):14.
3. Aguilar AAM, Cedeño DAV. Hospitalization rate according to comorbidities in Alzheimer's patients at Hospital Teodoro Maldonado Carbo. *Rev Ecuatoriana Neurol*. 2018;27(3):31–5.
4. Ministerio de Sanidad C y BSG de E. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). *Sanid 2019* [Internet]. 2019;13–91. Available from: www.mscbs.gob.es
5. Custodio Capuñay N, Becerra Becerra Y, Alva Díaz C, Montesinos R, Lira D, Herrera Pérez E, et al. Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *Rev CES Med*. 2017;31(1):14–26.
6. Espinosa del Pozo PH, Espinosa PS, Donadi EA, Martínez EZ, SALAZAR-URIBE JC, Guerrero MA, et al. Cognitive Decline in Adults Aged 65 and Older in Cumbayá, Quito, Ecuador: Prevalence and Risk Factors. *Cureus*. 2018;10(9).
7. Espín Falcón JC. Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3];36(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000100008
8. Araya-Quintanilla F, Gutiérrez-Espinoza H, Sánchez-Montoya U, Muñoz-Yañez MJ, Baeza-Vergara A, Petersen-Yanjarí M, et al. Effectiveness of omega-3 fatty acid supplementation in patients with Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. Vol. 35, *Neurología*. Spanish Society of Neurology; 2020. p. 105–14.
9. Rodríguez RM, Martínez-Santos AE, Rodríguez-González R. Depression as a risk factor for Alzheimer's disease: Evidence and role of Nursing. *Enferm Glob* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 3];18(3):612–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.346711>
10. Ramos Cordero P, Serrano Garijo P, Ribera Casado J, F B, Vega Quiroga S, Gil Gregorio P. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. [Internet]. 2007. Available from: www.publicaciones-isp.org/productos/t062.pdf
11. Frías R, Arias N, García A, Boizán M. Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Rev Neurol* [Internet]. 2015;38(10):901–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15175968>
12. Alzheimer's Association. Información Básica Sobre La Enfermedad De Alzheimer ¿Qué Es La Enfermedad De Alzheimer? [Internet]. 2016 p. 32. Available from: https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf
13. Tellechea P, Pujol N, Esteve-Belloch P, Echeveste B, García-Eulate MR, Arbizu J, et al. Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? *Neurología*. 2018;33(4):244–53.
14. Ortí JE de la R, Álvarez CS, Sabater PS, Cayo AMB, Castillo SS, Rochina MJ, et al. Influencia del aceite de coco en enfermos de alzhéimer a nivel cognitivo. *Nutr Hosp*. 2017;34(2):352–6.
15. Hidalgo Soria Ma del C, Hernández Torres MC. Campaña de Mercadeo Social: Enfermedad de Alzeimer. 2016;1–79.
16. Coria Balanzat F. Patología molecular de la enfermedad de Alzheimer. *Med Clin*

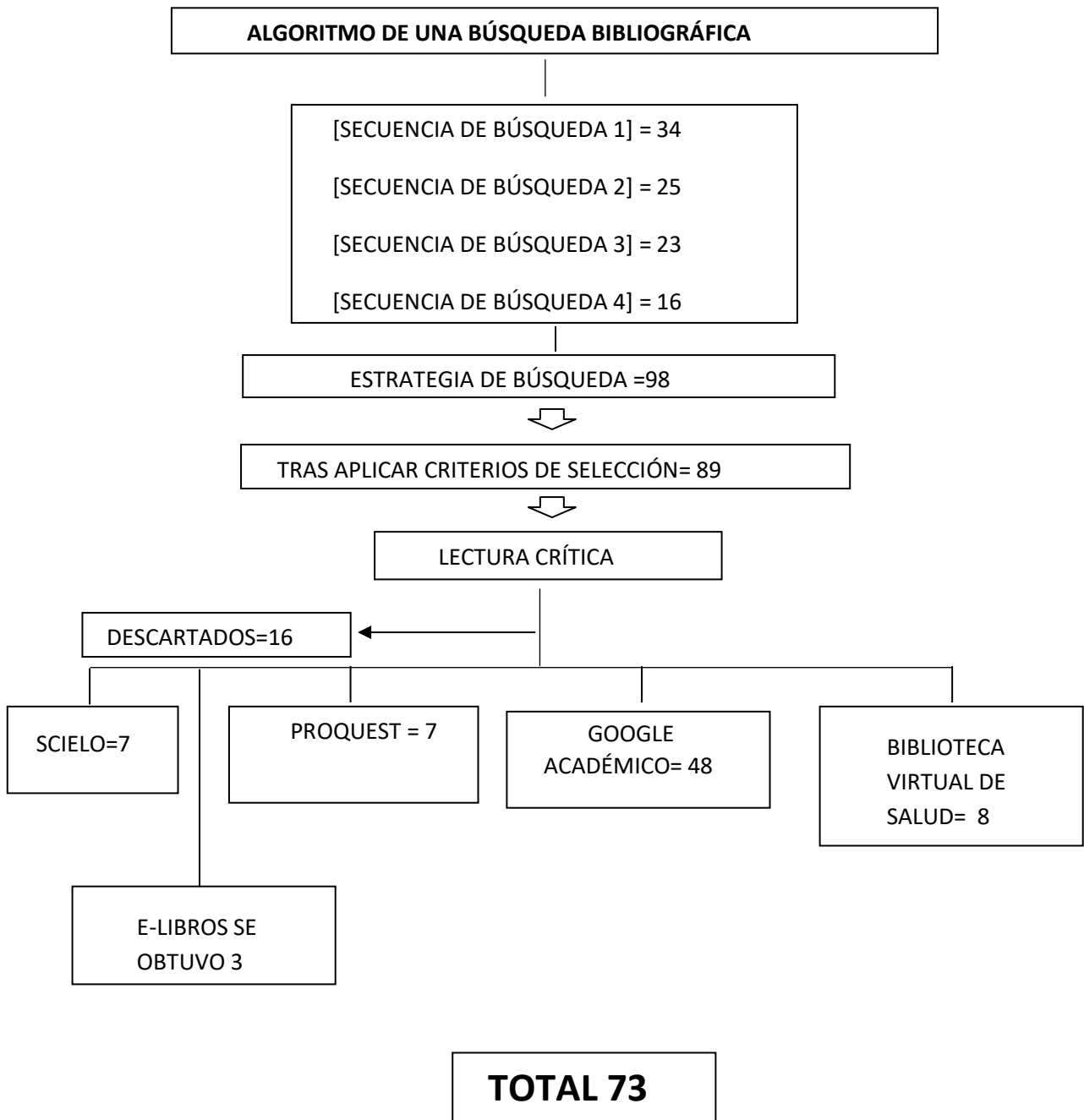
- (Barc). 1988;90(18):739–42.
17. Andrew. E, Budson PR. No Title Perdida de Memoria Alzheimer y Demencia. 2 Edición. Barcelona, España: Elieavier; 2017. 726 p.
 18. Santonja Llabata JM. Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. 2017. 172 p. Available from: https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Guia_valenciana_Alzheimer_online.pdf[0Ahttps://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Guia_valenciana_Alzheimer_online.pdf#page=39](https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Guia_valenciana_Alzheimer_online.pdf#page=39)
 19. Rios-Florez Jorge Alexander, Medina-Vera Temis Mauricio y Gómez López D. Memoria declarativa y reconocimiento de emociones en la enfermedad de alzheimer. 2017;
 20. Bellas-Lamas P, Rodríguez-Regal A, Cebrián-Pérez E. Demencia por cuerpos de lewy. Rev Neurol. 2012;54(3):S67–74.
 21. Hómez B. Posibles Relaciones Entre Enfermedad De Alzheimer, Insulinorresistencia Y Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Venez Endocrinol y Metab. 2017;15(1):11–9.
 22. Rueda-O. A del P, Enríquez-S. LF. Una Revisión De Técnicas Básicas De Neuroimagen Para El Diagnóstico De Enfermedades Neurodegenerativas. Biosalud. 2018;17(2):59–90.
 23. López-Zamora M, Cánovas-Cano M, Aranda L. Evaluation of a speech therapy in patients with Alzheimer’s disease under cholinergic treatment: A pilot study. Rev Psicopatol y Psicol Clin. 2019;24(1):39–48.
 24. Ocaña Montoya CM, Montoya Pedrón A, Bolaño Díaz GA. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. Medisan. 2019;23(5):875–91.
 25. Los medicamentos para la enfermedad de Alzheimer a debate. El papel del médico de familia [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300113
 26. López Locanto Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Arch Med Interna. 2015;37(2):61–7.
 27. Ana Rebeca Tafur Rosero. El impacto de una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso en el deterioro cognitivo de la Enfermedad de Alzheimer durante la etapa temprana [Internet]. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ; 2019. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8130/1/142129.pdf>
 28. Cabezas Mendez S. Biomarcadores pronósticos en la enfermedad de Alzheimer. Rev Cienc y Salud Integr Conoc. 2019;3(6):6–9.
 29. Varela Pinedo LF. Health and quality of life in the elderly. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):199–201.
 30. Navarro Martínez M, Jiménez Navascués L, García Manzanares MC, De Calleja Perosanz M, Blanco Tobar E. Alzheimer’s patients and their caregivers: Nursing interventions. Gerokomos [Internet]. 2018;29(2):79–82. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200079
 31. Mónica Arandaa AC. Impacto económico-socila de la enfermedad de Alzheimer. 2018 Nov;1(1):19–26. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002818300831?via%3Dihub>
 32. Jesús T De, Pérez M, María C, Aragón G, Castellón G, Belkis L. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Artículos especiales [Internet]. 2018

- Feb;8:59–65. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007
33. Miyamura K, Fhon JRS, Bueno A de A, Fuentes-Neira WL, Silveira RC de CP, Rodrigues RAP. Frailty syndrome and cognitive impairment in older adults: Systematic review of the literature. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27.
 34. Unidos E, Europa E, Preven- ED, Geriatric F, Study I, Impairment PC, et al. CARTA AL EDITOR Manejo de pacientes con enfermedad de Alzheimer : ¿ cambio en el paradigma actual ? Management of patients with Alzheimer ' s disease : Change in the current paradigm ? 2017 Oct;45(C):2. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-manejo-pacientes-con-enfermedad-alzheimer-S2013524616300204>
 35. Miguel S. Calidad de vida y calidad de los cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores informales [Internet]. UNIVERSITAT JAUMEI; 2017. Available from: [http://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_L EYES/LEYES 2017 \(1822-\)/Ley 1850 de 2017 \(Establece medidas de protección al adulto mayor\).pdf](http://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/7_L EYES/LEYES 2017 (1822-)/Ley 1850 de 2017 (Establece medidas de protección al adulto mayor).pdf)
 36. Williams BC. Modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney: un marco para complementar el proceso enfermero. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2020 Aug 3];32(6):56–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-modelo-enfermeria-roper-logan-tierney-un-marco-S0212538215002022>
 37. Fonseca C, Coroado R, Pissarro M. A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem. *J Aging Inov* [Internet]. 2017;6(3):96–102. Available from: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
 38. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación Y Medición. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):278–87. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>
 39. Acuña MR, Doren FM. Adaptando mi vida : vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer Adapting my life : experiences Alzheimer ' s disease. 2018;
 40. Pérez Romero A, González Garrido S. The importance of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer disease. *Neurol (English Ed)* [Internet]. 2018;33(6):378–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2016.02.026>
 41. Martínez Martínez B, Durán Carrillo M, Escudero Bonet R, Arrarás Urdániz J. Valoración de las actividades de la vida diaria en personas con deterioro cognitivo, estudio psicométrico de la escala VAVDI. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG*. 2018;15(27):5.
 42. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm*. 2015;38(9):55–60.
 43. José V. Carmona SMP. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad de Alzheimer. *WwwElfarmaceuticoEs* [Internet]. 2015;1–15. Available from: http://www.elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/5594-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-enfermedad-de-alzheimer#.Vy8nS_mLTIU
 44. Zabala-Gualtero JM, Cadena-Sanabria MO. Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Carga del Cuidador: la importancia de cuidar al cuidador TT - Alzheimer ' s Disease and Caregiver Burden: The importance of caring for the caregiver. *Medicas UIS*

- [Internet]. 2018;31(1):9–14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100009&lang=en%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/muis/v31n1/0121-0319-muis-31-01-00009.pdf
45. Logan DER, Uma TÀ, Relato P, Encontro IX, Estudantis DE. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADO NO MODELO DE EXPERIÊNCIA Encontros Universitários da UFC 2016. 2016;4203.
 46. Moura GN de, Nascimento JC do, Lima MA de, Frota NM, Cristino VM, Caetano JA. Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan- Tierney model of nursing. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2015;16(3).
 47. Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Map of Alzheimer's disease and other dementias in Spain. MapEA Project. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;53(1):26–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
 48. Muñoz MM. Enfermedades neurológicas en la vejez: cuidados enfermeros. 2015; Available from: http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1270/TFG_Marchal_Muñoz,_Marta.pdf?sequence=1
 49. Instituto Nacional Sobre el envejecimiento N. Cómo cuidar a una persona con la enfermedad de Alzheimer: Una guía fácil de usar del Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. 2017;
 50. García Alonso T. Alzheimer, cuidados de enfermería hacia el cuidador: posible paciente oculto. 2016; Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17940>
 51. Paula Otal Agut. Plan de Atención individual de Enfermería en el Alzheimer: intervenciones cognitivas y funcionales. Vol. 372, *New England Journal of Medicine*. Universidad de Zaragoza; 2018.
 52. Mahillo EP. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER [Internet]. Universidad de Salamanca; 2019. Available from: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/139551/TFG_PaniaguaMahillo_ValoracionCuidadosAlzhheimer.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 53. Mercado-López M-L, María-Lourdes. Medidas para promoción de la autonomía personal y funcional en personas con demencia- Alzheimer en fase inicial. *Promoción La Auton Del Pte Con Alzheimer*. 2015;7–11.
 54. CHUQUIPUL MENDOZA P, IZAGUIRRE MARTINEZ C. DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR [Internet]. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER; 2018. Available from: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS_Chquipul_Pamela_-_Izaguirre_Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 55. Hearther T y SK. NANDA Internaccional Diagnóstico Enfermero. 11 edición. Barcelona, España: 2018-2020; 577 p.
 56. Bulechek, G. M., Butcher HK i M-DJ. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (6ª ed.). Madrid: Elsevier; 1200 p.
 57. González-Cosío M. Manual para el Cuidador de Pacientes con Demencia. *Imsero*. 2013;48.
 58. Torre A, García J. Enfermedad de Alzheimer: su detección y manejo por el profesional de enfermería. 2017; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14187/TorreRodriguezA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 59. Gomes J da S, Ximenes MAM, Albuquerque MGS, Brito ÓD, Barros LM.

- Application of the Roper, Logan and Tierney model to homeless people. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2020;239–46.
60. Bohórquez A. Guía Alzheimer Comunicación y Conducta Consejos para familiares ” La enfermedad del cerebro que se trata con el corazón”. 2019;1–26.
 61. Portero PM. Cuidados a los pacientes con Alzheimer: A propósito de un caso - Cursos FNN [Internet]. 5 de Diciembre del 2019. [cited 2020 Sep 4]. Available from: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-6/cuidados-a-los-pacientes-con-alzheimer-a-proposito-de-un-caso/>
 62. Isidro V, Mendoza C. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Fund Reina Sofía [Internet]. 2012;53–4. Available from: http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia_profesionales_Alzheimer_final.pdf
 63. Ares Arriaga M. Papel De La Enfermería En El Paciente Con Alzheimer. 2018;1–51.
 64. Kathya L, Mena P. Reporte de investigación :
 65. González MB, Recio GM. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutr Hosp*. 2016;33(3):739–48.
 66. Pérez-Cruz E, González-Muñoz A, Barrientos-Jiménez M, Camacho-Guerra CD, Tapia-Gómez Y, Torres-González KO, et al. Assessment of dysphagia in neurological disease patients and its relation to risk factor for malnutrition. *Med Interna Mex*. 2018;34(3):359–65.
 67. Rodríguez SB. Cuidados de Enfermería en el Alzheimer: Revisión bibliográfica. 2015;14–28.
 68. Milla-Sánchez V, Virginia. La enfermedad de Alzheimer. Un caso clínico. 2015;
 69. Beserra EP, Sousa LB, Cardoso VP, Alves MDS. Percepção de adolescentes acerca da atividade de vida “expressar sexualidade” Perception of adolescents about the life activity “express sexuality.” *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2017;9(2):340.
 70. Alvarado García AM, Alvarado Hueso PV, Rojas Méndez LT, Oviedo Tao PA. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Rev Cuid*. 2019;10(3).
 71. Noelia García Cuervo, Leticia Sánchez Valdeón, Juan José Pérez Álvarez. Caso clínico Atención integral al paciente con Alzheimer : caso clínico.
 72. Moura GN de, Nascimento JC do, Lima MA de, Frota NM, Cristino VM, Caetano JA. Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan- Tierney model of nursing. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2015;16(3):317–26.
 73. Bulechek, G. M., Butcher HKM-DJ. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (5ª ed.). Madrid: Elsevier; 2013. 1023 p.

ANEXO 1: Algoritmo



ANEXO 2: Valoración al adulto mayor con Enfermedad de Alzheimer, según el modelo de Roper-Logan-Tierney

En la presente tabla contiene la propuesta de valoración en el adulto mayor con EA que consta de: datos generales relevantes e imprescindibles a ser investigados en el paciente, como el estado civil o las personas con las que comparte su diario vivir, edad, ocupación, datos de contacto para establecer un seguimiento óptimo, el diagnóstico clínico que expone patologías concomitantes, la persona quien brinda la información real, antecedentes patológicos personales relacionados con la enfermedad y de las doce actividades vitales basado en el modelo.

DATOS GENERALES				
Fecha	Responsable	Nombre del/la paciente		
Estado civil	Religión	Edad (años)	Ocupación	Instrucción
S () C (X) V () D () UL () Otro:				
Lugar de residencia	Teléfono		Dirección domiciliaria	
	Domicilio: Móvil:			
Informante		Diagnóstico clínico		
Paciente: () Familia: () Amigos: () Otros:				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:				
Enfermedad	Escriba (Señale con una X)	Condición actual (Curado; en tratamiento; con complicaciones)	Hace qué tiempo	Observaciones
Traumatismo				
Convulsiones				
Infecciones neurológicas: meningitis encefalitis				
Hipertensión				
Diabetes				
Accidente cerebro vascular				
Otra (s):				
VALORACIÓN POR ACTIVIDADES VITALES:				
Actividad 1 Mantener el entorno sano				
Hogar: Comodidad (Si/No): Ruido excesivo (Si/No): Espacio/Seguridad Escaleras sin soportes o inseguras (Si/No): Pisos inseguros (Si/No):		Entorno Ambiente desconocido (Si/No): Paseos (Si/No): Sólo () Acompañado () Uso del transporte Conduce (Si/No): Transporte público (Si/No): Sólo () Acompañado ()		Percepción motora: Alteración visual incapacitante (Si/No): Apraxia (Si/No): Agnosia (Si/No): Persona Presencia de conductas violentas autoinfligidas o a los demás (Si/No):
Hábitos tóxicos:				
HÁBITO	ESCRIBA SI O NO	DESDE CUÁNDO		
Alcohol				
Drogas				
Tabaco				
Otro:				
Actividad 2. Comunicarse				
Nivel de conciencia orientación: Consciente () Somnoliento () Inconsciente ()				

Comunicación verbal: Espontánea (Si/No): Clara (Si/No): Fluida (Si/No): Comunicación escrita: Capacidad para escribir (Si/No): Utilización de dibujos e ilustraciones (Si/No): Comunicación no verbal: Facial () expresiones () gestos () señales () por imitación () acaricias () sonrisa ()		Orientación: Tiempo (Si/No): Espacio (Si/No): Persona (Si/No): Demás personas (Si/No):	
Percepción: Alteración visual (Si/No):		Alteración auditiva (Si/No):	
Dificultades para: Aprender (Si/No): Retener (Si/No): Recordar (Si/No):		Falta de concentración: Si () No ()	
Actividad 3. Respirar			
Estado respiratorio: Frecuencia respiratoria: _____ rpm Disnea (Si/No): Cianosis (Si/No): Riesgo de aspiración (Si/No): Tos (Si/No): Enfermedades respiratorias Si () No () Describe:.....		Aspectos ambientales: Fumador activo (Si/No): Fumador pasivo (Si/No): Hábitos tóxicos cuales:	Aspectos psicológicos y conductuales: Estrés (Si/No): Ansiedad (Si/No): Depresión (Si/No):
Valoración del estado Cardiovascular: Frecuencia cardíaca: _____ rpm Presión arterial: _____ mmHg			
Actividad 4. Comer/beber			
Peso Kg: _____ Talla cm: _____ IMC: _____	N° de comidas/día: _____ Horario: Fijo () No fijo () Apetito: Normal () Aumentado () Disminuido ()	Intolerancia alimentaria SI/NO: Dependencia alimentaria SI/NO: Disfagia SI/NO: Náusea SI/NO: Vómito SI/NO: Problemas en la boca SI/NO:	
Actividad 5. Eliminación			
Eliminación urinaria: Hábito urinario: Micciones/día: _____ Color: _____ Olor: _____ Incontinencia SI/NO: Disuria SI/NO: Retención SI/NO: Obstrucción SI/NO: Infección de vías urinarias SI/NO: Oliguria SI/NO: Nicturia SI/NO: Poliuria SI/NO: Otro:		Eliminación intestinal: Hábito intestinal: Frecuencia: ___ veces día, o ___ veces semana. Color: _____ Consistencia: _____ Características: _____ Dolor al defecar SI/NO: Sangre en heces SI/NO: Distensión abdominal SI/NO: Flatulencia SI/NO: Incontinencia SI/NO: Halitosis SI/NO: Hemorroides SI/NO: Estreñimiento SI/NO: Diarrea SI/NO: Otro:	
Entorno Acondicionamiento: Excesos de muebles SI/NO: Poca iluminación SI/NO: Distancia del inodoro SI/NO: Accesorios en el baño: Espejos () cortinas () muñecos () otros: _____		Vestimenta Limpieza Si () No () Ropa ligeras Si () No () Cremalleras Si () No ()	
Actividad 6. Limpieza y vestimenta personal			
Higiene: Vestido/arreglo SI/NO: Adecuado SI/NO: Descuidado SI/NO:	Higiene Personal: Buena () Regular () Mala ()	Higiene de la boca: Buena () Regular () Mala () Caries Si/No: Piezas dentales: Completas () Incompletas ()	Higiene de la piel: Buena () Regular () Mala ()
ACTIVIDADES DE HIGIENE Aseo corporal: Autónomo () Ayuda parcial () Ayuda total () Aseo de la piel: Autónomo () Ayuda parcial () Ayuda total () Aseo bucal: Autónomo () Ayuda parcial () Ayuda total () Vestimenta: Autónomo () Ayuda parcial () Ayuda total ()			

Actividad 7. Control de la temperatura corporal		
Temperatura corporal: Tº: _____ Llenado capilar: _____ Temblor/frío SI/NO: Malestar general SI/NO: Características de la piel: Color _____ Volumen de la piel _____ Aspecto general _____ Humedad cutánea _____ Pliegues _____ Capacidad de producir calor _____ Sudoración _____ Sensibilidad _____ Conducta de protección de cambios de temperatura: Adecuada SI/NO: Inadecuada SI/NO: Integridad de la piel SI/NO:		Lesiones: Tipo: _____ Forma: _____ Tamaño: _____ Superficie: _____ Contorno: _____ Consistencia: _____ Tamaño: _____
Temperatura ambiental: Vestimenta de acuerdo al clima SI/NO: Temperatura hogar: confortable () frío () calor () Exposición a temperatura ambiental extrema SI/NO:		Termorregulación: Enfermedad SI/NO: Edad SI/NO: Temperatura fluctuante SI/NO: Traumatismos SI/NO:
Actividad 8. Movilizarse		
Nivel movilidad: Limitada SI/NO: Normal SI/NO: Realiza actividades recreativas SI/NO:	Alteración física: Coordinación para caminar y mantener el balance SI/NO:	Función músculo esquelética: Débil () Disminuida () Conservada ()
Apoyo en la movilidad: Bastón SI/NO Dispositivos antiescaras SI/NO Muletas SI/NO Andadores SI/NO Sillas de ruedas SI/NO Uso de transporte SI/NO Cambios posturales cama/silla SI/NO Apoyo familiar SI/NO	Autoconcepto: Alteración constante del estado de ánimo SI/NO Memoria/sensorial: Alteración visual SI/NO Alteración auditiva SI/NO Nivel de conciencia: Consciente de sí mismo SI/NO Somnolencia SI/NO Inconsciente SI/NO Identidad SI/NO Alteración de la autoestima SI/NO	Hogar: Escaleras peligrosas SI/NO Exceso de muebles SI/NO Espejos que afectan al paciente SI/NO Alfombras SI/NO Pisos resbaladizos SI () NO ()
Actividad 9. Trabajar y jugar		
Relaciones sociales Buena () Regular () Mala ()	Actividad ocupacional: Laboral Si () No () Cual _____ Domésticas Si () No () Desempeño ocupacional: Bueno () Regular () Mala ()	Actividades recreativas/Tiempo libre Jugar SI/NO Nadar SI/NO Bailar SI/NO Cantar SI/NO Pasear SI/NO Ver televisión SI/NO Escuchar radio SI/NO Entre, otros cual _____
Actividad 10. Expresión de la sexualidad		
Identidad Sexual SI/NO Pareja actual SI/NO Disfunción sexual SI/NO	Relaciones sexuales SI/NO Satisfactoria SI/NO	
Actividad 11. Dormir		
Cuántas horas descansa ----- Cuántas veces descansa en el día ----- Período de sueño corto menos de 4 horas SI/NO Medicación SI/NO cual _____	Trastornos del sueño Insomnio SI/NO Alucinaciones SI/NO Delirios SI/NO Hipersomnia SI/NO Hiperactividad motora nocturna SI/NO	Alteraciones fisiológicas Dolor SI/NO Cambios fisiológicos de los órganos: retención urinaria o infección SI/NO
Alteraciones psicológicas Depresión SI/NO Ansiedad SI/NO Temor SI/NO	Entorno Ruidos SI/NO Luces brillantes SI/NO Habitaciones compartidas SI/NO	

Miedo SI/NO		
Actividad 12. Morir		
Persona Valores y creencias SI/NO cuales _____ Autonomía SI/NO Presencia de enfermedades SI/NO cuales _____ Alteración funcional SI/NO cuales _____ Respuesta variable al tratamiento específico SI/NO	Familiar Sufrimiento y fragilidad SI/NO Cual _____ Convivencia familiar SI/NO Quien _____ Pérdida familiar SI/NO Cual _____ Valores y creencias SI/NO Cual _____ -	Lugar que ocupa en la familia -----

ANEXO 3: Plan de cuidados según el Modelo de Roper-Logan-Tierney en el adulto mayor con EA.

Con los datos obtenidos en la revisión bibliográfica, se plantea un plan de cuidados mismo que se presenta en la siguiente tabla, el cual se organiza en función de las doce actividades vitales de la persona, la coincidencia de autores, el diagnóstico NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC.

MODELO DE ROPER-LOGAN-TIERNEY	COINCIDENCIA DE AUTORES	DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Mantener un entorno sano	(50,51,60,69,72)	00035 Riesgo de lesión, relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo y psicomotor, barreras físicas, exposición a químicos tóxicos, sistema de transporte inseguro, extremos.	Severidad de la lesión física. 1913	Manejo ambiental: Seguridad Prevención de caídas Potenciación de la seguridad
Comunicarse	(50,51,60,68,69,72)	00131 Deterioro de la memoria relacionado con deterioro neurológico manifestado por incapacidad para recordar información para expresar pensamientos y mantener la comunicación.	Memoria 0908	Entrenamiento de la memoria Manejo de la demencia Escucha activa Estimulación cognitiva Mejorar la comunicación: Déficit del habla.
Respirar	(54,60,69,72)	00039 Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la capacidad para deglutir.	Estado de deglución 1010	Terapia de deglución Técnicas de relajación Ayuda con el autocuidado: Alimentación Monitorización respiratoria. Fisioterapia torácica

		00032 Patrón respiratorio Ineficaz relacionado con deterioro neurológico manifestado por patrón respiratorio anormal, cianosis.	Estado respiratorio 0415	Manejo de vías aéreas
Comer/beber	(11,60,68,69,72)	00102 Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con deterioro del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro para llevar la comida a la boca, coger los utensilios.	Autocuidados: comer 0303	Ayuda con el autocuidado: Alimentación Alimentación Manejo ambiental Manejo de la nutrición
Eliminar	(11,59,67,72)	00020 Incontinencia urinaria funcional relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por sensación de necesidad de miccionar. 00011 Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico, agente farmacéutico, trastornos emocionales. 00110 Déficit De autocuidado: uso inodoro relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro de la capacidad para llegar al inodoro.	Eliminación urinaria 00020 Eliminación intestinal 0501 Autocuidados: Uso del inodoro 0301	Micción estimulada Cuidados de la incontinencia urinaria Entrenamiento del hábito urinario. Manejo del estreñimiento y impactación fecal Manejo de la nutrición Fomento del ejercicio Manejo ambiental: seguridad
Limpieza y vestimenta personal.	(11,60,68,69,72)	00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro de la	Autocuidados: vestir 0302	Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal Vestirse

		capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias. 00108 Déficit de autocuidado: Baño relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo.	Autocuidados: higiene 0305 Autocuidados: baño 0301	Ayuda con el autocuidado: Baño/Higiene Manejo ambiental: Seguridad Vigilancia de la piel
Control de la temperatura del cuerpo	(59,60,69,79)	00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con ropa inadecuada para la temperatura ambiental, enfermedad que afecta para la regulación de la temperatura.	Termorregulación 0800	Regulación de la temperatura Manejo ambiental Fomento de ejercicio
Movilizarse	(11,60,69,72)	00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del funcionamiento cognitivo manifestado por alteración en la marcha.	Movilidad 0208	Manejo ambiental: Seguridad Terapia de ejercicios: ambulación Terapia de ejercicio: equilibrio Prevención de caídas Vigilancia de la piel
Trabajo y entretenimiento (Trabajar y jugar)	(51,60,69,72)	00053 Aislamiento social relacionado con alteración del estado mental, incapacidad para establecer relaciones familiares satisfactorias manifestado por enfermedad (Alzheimer)	Habilidades de interacción social 1502	Potenciación de la socialización Estimulación de la integridad familiar Modificación de la conducta: Habilidades sociales Manejo de la demencia
Expresar la sexualidad	(59,60,69,72)	00059 Disfunción sexual relacionado con alteración del funcionamiento del cuerpo enfermedad Alzheimer manifestado por disminución del deseo sexual, alteración en la actividad sexual.	Funcionamiento sexual 0119	Mejorar el afrontamiento Apoyo emocional Manejo de la conducta: Sexual
Dormir	(60,69,72,73)	00096 Deprivación del sueño relacionado con demencia	Sueño 0004	Mejorar el sueño Manejo ambiental

		(Alzheimer), disconfort prolongado alteraciones psicológicas manifestado por alteración en la concentración, alucinaciones, ansiedad, apatía.		Cambios de posición
Morir	(46,60,69,72)	00066 Sufrimiento espiritual relacionado con enfermedad (Alzheimer), envejecimiento, manifestado por sentirse no querido, ansiedad, rechazo a interactuar con personas.	Estado de comodidad: Psicoespiritual 2011(73)	Apoyo emocional Facilitar el duelo Disminución de la ansiedad(56)