



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ALZHEIMER: EL ENFERMO Y SU
ENTORNO. CONTENCIÓNES
MECÁNICAS EN GERIATRÍA:
RECOMENDACIONES DE USO Y
PROPUESTAS TÉCNICAS**

Autor/a: QUIRINO CATALINA DE CAMPO

Tutor/a: VIRTUDES NIÑO MARTÍN

INDICE

- RESUMEN, OBJETIVOS E INTRODUCCION.....pg3
- ¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?.....pg4
- ¿COMO FUNCIONA EL CEREBRO?.....pg8
- EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD.....pg9
- VALORACION GENERAL DEL ENFERMO DE ALZHEIMER.....pg10
- HIGIENE Y ASEO.....pg12
- MEDIDAS A TOMAR EN EL DOMICILIO DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER.....pg15
- PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.....pg17
- EL CUIDADOR PRINCIPAL.....pg21
- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL ALZHEIMER.....pg23
- CONTENCIONES MECANICAS EN GERIATRIA: PROPUESTAS TECNICAS Y RECOMENDACIONES DE USO EN EL AMBITO SOCIAL.....pg29
- CONCLUSIONES.....pg33
- BIBLIOGRAFIA.....pg34

RESUMEN

La finalidad y fundamentación de este trabajo radica en la concienciación acerca de la enfermedad de Alzheimer y la importancia y responsabilidad que conlleva asumir el papel de cuidador principal de un enfermo de Alzheimer, ya que esto implica muchos cambios a nivel laboral, social y como no este hecho también afecta a la vida familiar.

A lo largo de este trabajo se va a intentar dar a conocer los principales cambios que se producen el enfermo de alzhéimer y cómo afrontarlos para poder conseguir la mayor calidad de vida tanto del afectado como de su cuidador principal. También se abordara un plan de cuidados de enfermería tipo, y el uso de contenciones mecánicas en caso de ser necesario.

Palabras claves:

- Enfermedad de Alzheimer
- Cuidador principal
- Contenciones mecánicas

INTRODUCCION

He abordado el tema de la enfermedad de Alzheimer porque su prevalencia aumenta a medida que aumenta la esperanza de vida en la sociedad española y mundial. Por lo tanto es un problema cuya importancia va en aumento, y es muy importante conocer los cambios que se producen no solo en el enfermo sino también en su entorno más cercano (familia) para poder llevar a cabo una vida lo más similar posible a antes de la aparición de la enfermedad en nuestro familiar.

OBJETIVOS

1. Llegar a familiarizarse con los aspectos más importantes de la enfermedad de Alzhéimer.
2. Conocer la valoración de un enfermo de alzhéimer
3. Aprender a cuidar a nuestro familiar/paciente
4. Saber adaptar la casa para hacerla lo más cómoda posible tanto para el enfermo como para el cuidador
5. Intentar que el cuidador/familiar lleve a cabo una vida lo más cómoda posible
6. Llegar a una conclusión acerca de la conveniencia o no del uso de contenciones mecánicas en este tipo de pacientes

¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

El Alzheimer es una enfermedad que, a pesar de los avances científicos vividos en la última década, sigue rodeada de una gran cantidad de incógnitas. Incógnitas que no sólo surgen al analizar sus causas, sino que también se derivan de las estrategias trazadas para su curación.

Dudas que han provocado la aparición de convenciones erróneas e incluso tabúes, como asociar su origen a toxinas medioambientales, a los malos hábitos o a causas psiquiátricas o contagiosas.

Hoy en día, nuestro conocimiento sobre ella apenas sobrepasa el hecho de calificarla como una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que deteriora el cerebro. En cambio, y por desgracia, sí conocemos y sufrimos las consecuencias que lleva aparejadas. Unas secuelas que se extienden a lo largo de un periodo de vida que oscila entre los 2 y los 20 años y que acaba derivando irremediabilmente en el fallecimiento del afectado.

Sus secuelas no sólo afectan al organismo y condicionan la calidad de vida del enfermo que padece un deterioro de sus funciones intelectuales, sino que trasciende al entorno familiar, provocando por un lado un gran desgaste emocional entre aquellos que lo cuidan y por otro generando un enorme coste económico y social a la comunidad que asume su prevención y tratamiento.

La OMS estima que actualmente en todo el mundo existen entre 17 y 25 millones de personas con la enfermedad de Alzheimer, lo que representa el 70 por ciento del conjunto de las enfermedades que se producen en la población geriátrica. Este porcentaje sitúa a esta enfermedad como una de las patologías más prevalentes del grupo conocido como enfermedades degenerativas del cerebro.

Actualmente la enfermedad de Alzheimer es definida como la degeneración del cerebro (sobre todo su corteza), el cual va perdiendo neuronas y conexiones (sinapsis), acumula una proteína anormal (amiloide) y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares).

La enfermedad de Alzheimer es progresiva, degenerativa del cerebro y provoca deterioro de la memoria, de pensamiento y de conducta. La persona que la padece puede experimentar o sentir confusión, desorientación en el tiempo y en el espacio, cambios en la personalidad y de conducta, alteraciones en el juicio, dificultad para encontrar la palabra adecuada, finalizar ideas o pensamientos y para seguir instrucciones. Finalmente incapacita a quien la padece a cuidar de sí mismo, perdiendo poco a poco su autonomía.

En el mundo hay 20 millones de personas con la EA, en Europa se calcula entre 5 y 6 millones el número de afectados, En España la cifra estimativa es algo más de 400.000 personas mayores de 60 años padecen esta enfermedad.

Cuando el patólogo alemán Aloïs Alzheimer describió la enfermedad en 1906, la mayoría de la gente no llegaba a padecerla; moría antes de cumplir los años necesarios como para que se desarrollara. Pero desde entonces la esperanza de vida ha aumentado considerablemente.

En un estudio, realizado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología se descubre que más de seis millones de españoles superan actualmente los 65 años. La esperanza de vida del hombre se sitúa en los 74 años y en la mujer en los 81. Si se estima que actualmente la demencia en nuestro país supera el 10 por 100 para las personas de 65 años multiplicándose por dos para los mayores de 85, el problema en un futuro puede ser alarmante.

1. Tipos

Forma familiar: poco frecuente, de carácter hereditario. De inicio más temprano. (50)

Esporádica: más del 80 por ciento de los casos. No hereditario, en personas de edad avanzada

2. Señales de alarma

- I. Pérdida de memoria para hechos recientes
- II. No recordar fechas y no saber el camino de vuelta a casa
- III. Incapacidad para tomar decisiones simples
- IV. Disminución del interés por las aficiones, el aseo, la familia...

3. Fases de la enfermedad y aspectos a tener en cuenta

3.1-Leve/fase I

Puede presentar desorientación en espacio y tiempo (desconoce dónde está, qué día de la semana es, el mes o el año). Mantiene la capacidad de reconocerse y saber quién es. Presenta confusión (el exceso de estímulos ambientales, conversaciones, tráfico, etc., pueden abrumarle y no es capaz de adaptarse). Se mantiene la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, en mayor o menor grado. Es capaz de adaptarse a las limitaciones que surgen. En ocasiones, el enfermo oculta a la familia estas necesidades no cubiertas por vergüenza o miedo al rechazo.

En esta fase es importante:

- Mantener una comunicación eficaz.
- Orientar en tiempo y espacio (haciendo carteles, repitiéndoles el día y la fecha, el lugar donde se encuentran, etc.).
- Controlar la seguridad del entorno. En esta fase la capacidad de andar no está afectada en la mayoría.
- Mantener la capacidad funcional y la independencia (andar todos los días, ayudar en las tareas de la casa, implicarle en el cuidado de nietos, en la compra, etc.).
- Evitar la soledad y el aislamiento.

3.2-Moderada/fase II

En esta fase se engloba a un gran número de enfermos. Es una fase muy amplia que se puede, a su vez, subdividir en varias. Presenta multitud de manifestaciones y de problemas que el enfermo no es capaz de resolver e, incluso, no es consciente de que los tiene.

- Desorientación: igual que la anterior. Comienza a afectar a la personalidad. Por ejemplo, a veces no es capaz de reconocerse al verse en un espejo.
- Agitación y agresividad, alteraciones en la percepción (puede escuchar o entender cosas que no son, confundir un objeto por otro...), dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (comienza a tener problemas para vestirse, ir al baño, andar, comprar, salir a la calle), alteraciones en la marcha (desequilibrios, inestabilidad), mayor o menor grado de inmovilidad (debido a lo anterior, y sobre todo si ha sufrido caídas, el enfermo comienza a moverse menos, andar poco, a estar más tiempo en el sillón, y alteraciones en el lenguaje y en la capacidad de comprensión, incontinencia de orina y heces.

Habrán que tener en cuenta:

- Potenciar las actividades de la vida diaria, incluirle en programas de ejercicios, actividades, etc.
- Control ambiental
- Favorecer que duerma y controlar si aparece insomnio.
- Dar de comer y beber. Controlar si traga con dificultad o no.
- Valorar la pérdida o retención de orina. Por ejemplo, a veces nuestro familiar puede comenzar de manera brusca con desorientación, irritabilidad, confusión, y todo esto puede ser provocado por una retención de orina.
- En esta fase es muy importante controlar la capacidad de tragar los alimentos y la presencia de complicaciones derivadas de la falta de movilidad, sobre todo la presencia de úlceras por presión

3.3-Avanzada/fase III

Existe incapacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la inmovilidad es evidente, presenta dificultades en la alimentación, puede existir ausencia de comunicación verbal (no significa que no comprendan y agradezcan una sonrisa, una caricia, un tono cariñoso y amable, un beso...). Incontinencia de orina y heces. En esta fase, al estar disminuidas la movilidad y la capacidad funcional, se deberá:

- Controlar la higiene y el estado de la piel.
- La piel debe estar hidratada con aceites (para mantener la elasticidad) y seca (la humedad favorece la maceración y la hace más vulnerable).
- Evitar la aparición de úlceras por presión.
- Movilizar las articulaciones de manera cuidadosa para evitar la rigidez articular y el anquilosamiento.

4. Diagnostico

- Reconocimiento clínico detallado
- Evaluación neuropsicológica
- Tac o RMN
- La única forma segura es con biopsia cerebral.

5. Tratamiento

5.1 Farmacológico

- ✚ Sintomáticos: antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, antiparinsonianos, tranquilizantes, barbitúricos...
- ✚ De nueva generación: inhibidores de la colinesterasa

5.2 No farmacológico

- ✚ Terapias de memoria ocupacional
- ✚ Terapias de orientación a la realidad
- ✚ Musicoterapia
- ✚ Psicomotricidad

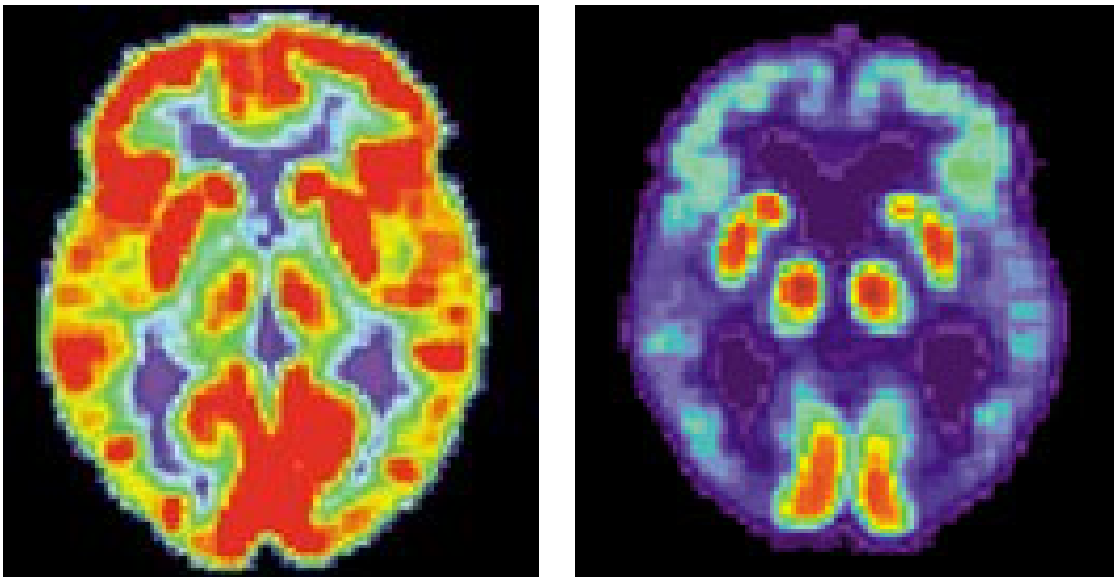
COMO FUNCIONA EL CEREBRO

El cerebro controla todas las funciones del cuerpo y de la mente. Diferentes áreas del cerebro controlan diferentes funciones. Ciertas áreas controlan las funciones físicas, como caminar; otras áreas controlan el habla y otras más controlan las tareas mentales como el recuerdo, la concentración y la toma de decisiones.

Cambios en el cerebro

En las personas con la enfermedad de Alzheimer, las células de ciertas áreas del cerebro empiezan a morir y comienzan a formarse estructuras microscópicas llamadas placas y nudos. Al suceder esto, el cerebro ya no puede funcionar como debe. Las áreas del cerebro afectadas por estos cambios son las que controlan las funciones mentales, tales como la memoria. Otras funciones, como el movimiento generalmente no se ven afectadas hasta que la enfermedad está muy avanzada.

Algunas de las áreas del cerebro afectadas por la enfermedad de Alzheimer están sombreadas. Las áreas que pueden afectarse controlan la memoria, el raciocinio, el lenguaje, el juicio, la atención y otras funciones mentales.



“PET de un cerebro normal y un cerebro con Alzheimer” fuente internet

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

La mayoría de pacientes que sufren esta enfermedad tienen más de 65 años, en estos sujetos parece como si se hubiera producido un envejecimiento precoz del cerebro. En los pacientes más jóvenes su aparición tendría una mayor influencia genética.

En los casos en los que las personas son mayores de 65 años la evolución de la enfermedad es más larga, que en los sujetos que padecen la enfermedad a los 40 o 45 años en cuyo caso la enfermedad evoluciona mucho más rápidamente.

Como aparece claramente reflejado en las cifras siguientes, el porcentaje de aparición de la enfermedad aumenta con la edad, así aproximadamente:

Del total de personas de 40-60 años el porcentaje es menor al 1%

- Mayores de 60 años el porcentaje es del 1%
- Mayores de 65 años el porcentaje es del 5%
- Mayores de 85 años el porcentaje es del 30%
- Mayores de 90 años el porcentaje es del 40%

En algunos estudios se habla de que existen más mujeres que hombres que padecen la enfermedad, pero no podemos hablar de datos concluyentes ya que las mujeres viven más que los hombres.

Al ser la enfermedad de Alzheimer una enfermedad ligada a la edad, es lógico encontrar un mayor número de casos entre las mujeres ya que ellas, en este momento, tienen mayor expectativa de vida que los hombres.

Es una enfermedad de la que todavía hoy se desconoce la causa principal. Se sabe que es una enfermedad edad-dependiente, es decir, que es más frecuente cuanto mayor es la persona, y que existen muchos factores que influyen en su origen. Por tanto nos encontramos ante una enfermedad provocada por diferentes causas.

VALORACION GENERAL DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

¿Qué se valora?

Entre otras cosas:

-La dimensión o esfera clínica, funcional, mental y social.

A) El aspecto clínico hace referencia a la presencia o no de enfermedades, alergias, aspectos nutricionales, consumo de medicación, etc.

En el aspecto funcional del individuo, se determinará la capacidad de autonomía para realizar actividades de la vida diaria, adaptación y desenvolvimiento en el entorno. Por ejemplo: la capacidad para comer, vestirse, coger el teléfono, usar medios de transporte, etc.

B) En el estudio de la capacidad funcional, o funcionalidad, se valorará si se puede realizar una serie de actividades. Si las realiza, se dice que es independiente; si no las cubre, se dice que es dependiente para esa actividad.

¿Cuáles son estas actividades?

Actividades de la vida diaria (AVD):

- *Actividades Básicas*: Requieren más contacto con la propia persona. Son actividades inherentes a ella. Por ejemplo: comer, vestirse, asearse, controlar esfínteres, andar, etc.
- *Actividades Instrumentales*: Requieren más contacto con el entorno. Por ejemplo: usar medios de transporte, ir de compras, cocinar, manejar el dinero, fármacos pautados, coger el teléfono, etc.
- *Actividades Avanzadas*: Requieren más contacto con el entorno y las personas. Son actividades muy complejas que necesitan de una gran capacidad de autonomía e interacción con el exterior. Por ejemplo: mantener relaciones sociales.

Las actividades **BÁSICAS** de la vida diaria son las más sencillas, intrínsecas a la persona, las más íntimas.

Las actividades **INSTRUMENTALES** necesitan mayor grado de autonomía, pues la complejidad y dificultad aumentan. Se requiere un contacto con el entorno, ya sea el domicilio, la calle, el trabajo, etc.

Las últimas y más complejas, las que requieren mayor independencia, son las actividades **AVANZADAS**, las relaciones entre personas.

C) En cuanto al aspecto mental, se estudian los comportamientos del enfermo, la orientación, su capacidad de leer y escribir, el nivel de alerta, etc.

D) En el **aspecto social**, se valorarán la presencia del cuidador principal y de la familia, los recursos económicos, el rol del enfermo y su familia, su entorno, sus relaciones, etc

Principios fundamentales para el día a día

En función de las *actividades de la vida diaria*

- A. **LAVARSE:** lo más relajado y placentero posible. Dejarlas la mayor autonomía.
- B. **IR AL SERVICIO:** sin alfombras, esconder detergentes, poner asideros, no anunciar que le va a bañar. Eliminar cerrojos. Hacer que el cuarto de baño sea fácil de reconocer
- C. **DESPLAZARSE:** ir siempre con el evitar zonas concurridas, siempre documentado,
- D. **METERSE EN LA CAMA Y LEVANTARSE:** cama no muy alta, cerca de ella un sillón cómodo
- E. **COMER:** enfrente de él para que pueda imitarte, permitir comer con la mano, comida en trocitos. Si es imposible por V.O. administrar por sonda nasogástrica
- F. **VESTIRSE:** al desvestirse colocar la ropa en el orden que tendrá que ponérsela, zapatos con suela antideslizante, ropa cómoda
- G. **INCONTINENCIA:** tanto urinaria como fecal. Ropa fácil de desabrochar, cuarto de baño reconocible, reducir líquidos por la noche, orinar antes de ir a la cama, en último caso pañales

HIGIENE Y ASEO

¿Cómo se realiza el aseo general?

A la hora de realizar el aseo, es importante diferenciar tres tipos de personas:

- a. La persona que puede asearse sola.
- b. La persona que necesita ayuda para asearse.
- c. La persona que depende totalmente de otra para realizar su aseo.

a) Persona totalmente independiente

Cuando vamos a realizar el aseo es importante tener en cuenta varias cuestiones previas al mismo, como son:

- ✓ Evitar situarnos en zonas con corrientes de aire.
- ✓ Adecuar la temperatura del agua.
- ✓ Mantener una buena temperatura ambiental.
- ✓ Preparar todo el material necesario para el aseo (esponja, toalla, jabón neutro, etc.).

En este caso, como la persona es independiente, podrá realizar la tarea ella sola y podrá ducharse o bañarse.

b) Persona semidependiente

Como en el caso anterior, tendremos que tener las mismas consideraciones previas y habrá que hacer hincapié en fomentar, en la medida de lo posible, la autonomía de la persona, es decir, le ayudaremos en aquellas situaciones en las que no es capaz de realizarlo por sí sola, por ejemplo, si no llega a lavarse la zona de los pies, los genitales, etc., pero no le ayudaremos en aquellas actividades que pueda realizar por sí misma; con ello favorecemos su autoestima, ya que comprueba que puede realizar muchas actividades para su autocuidado.

Se elegirá el aseo en ducha o en bañera en función de las preferencias e independencia de la persona.

Primero prepararemos el material necesario para el aseo (jabón neutro, esponja, toallas, cepillo, etc.). Una vez tengamos preparado el material, garantizaremos un ambiente adecuado para realizar un buen aseo, procurando no estar en zonas de corriente y que la temperatura ambiental sea la adecuada.

Si es necesario, ayudaremos a desvestirse a la persona que se va a asear y le asistiremos durante todo el tiempo que dure el aseo, preservando en todo momento su intimidad. Una vez terminado el aseo, se le ayudará a vestirse si es necesario.

c) Persona dependiente

En algunas circunstancias nos encontramos con que algunas personas son incapaces de asearse por sí solas y necesitan la ayuda de otro que le asee completamente. En estos casos, la mayoría de las veces se realiza el aseo en la propia cama de la persona afectada.

Proporcionaremos un ambiente adecuado para realizar el aseo, mantendremos una buena temperatura ambiental, le preservaremos de las zonas de corriente y prepararemos todo el material necesario para realizar un buen aseo. Seguidamente, le iremos descubriendo por partes para protegerle del frío y, sobre todo, para preservar su intimidad.

El aseo se realizará en un orden determinado, partiendo siempre de las zonas menos sucias hasta llegar a las más sucias. Se realizará en el siguiente orden:

1. Cara.
2. Cuello.
3. Hombros.
4. Brazos.
5. Manos.
6. Axilas.
7. Tórax.
8. Abdomen.
9. Piernas.
10. Pies.
11. Espalda.
12. Nalgas.
13. Genitales.

Se irá enjabonando (jabón neutro) cada parte del cuerpo en el orden establecido y, posteriormente, enjuagaremos y secaremos.

Es muy importante que se seque correctamente para evitar la presencia de erosiones en la piel y la aparición de infecciones debido a la humedad (hongos, etc.), teniendo especial cuidado con las zonas de pliegues.

Aprovecharemos el lavado para estimular la circulación sanguínea mediante un masaje en la zona a lavar

Existen zonas que son más propicias a sufrir la aparición de heridas producidas por la presión que ejerce el propio peso del cuerpo sobre la piel (a las que llamamos úlceras). En estas zonas es muy importante estimular la circulación sanguínea mediante el masaje que realizamos al asear. Principalmente, estas zonas son:

- ❖ Talones.
- ❖ Omoplatos.
- ❖ Cara externa de rodillas.
- ❖ Parte inferior de la columna (sacro)...

Por todo ello es importante utilizar también el aseo para valorar el estado de la piel y buscar las zonas de riesgo para la aparición de úlceras.

Aunque el paciente sea dependiente, es importante estimularle para que nos ayude, en la medida de lo posible, en las tareas del aseo. Favoreceremos así su autoestima y, aunque sea poca la ayuda que nos pueda brindar, le proporcionaremos un gran beneficio psicológico.

MEDIDAS A TOMAR EN EL DOMICILIO DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

1. Medidas generales en función de la orientación

- Iluminación general. Evitar lámparas, focos, luz centrada en puntos concretos que dejen zonas con sombras o poco iluminadas
- No sobrecargar la casa con objetos decorativos.
- Evitar cuadros con gran número de intérpretes, con numerosos colores llamativos.
- Eliminar los espejos. Pueden no reconocerse y comportarse agresivamente.
- Usar carteles y pictogramas, con pocos colores, pero vivos. Utilizar iconos y dibujos. Evitar letras. P.e.: un cartel blanco sobre otro rojo con el dibujo de un plato y un tenedor, etc.
- Poner calendarios y relojes sencillos de grandes dimensiones.
- Dejar una luz permanente durante la noche.
- Evitar entornos muy ruidosos o conversaciones con muchas personas simultáneamente.
- Tener todo ordenado.
- Organizar todas las actividades del día. Crear una rutina de tareas ayuda al enfermo a recordar qué debe hacer diariamente, facilita su adaptación al entorno y le anima a participar en las tareas de la casa.

2. Medidas generales en función de la seguridad

- La iluminación general (desde el techo) amplía las zonas iluminadas y evita las sombras y zonas oscuras. Los focos y las lámparas de pared pueden no iluminar suficientemente a nivel del suelo y ocultar objetos en medio del pasillo. • Evitar los cordones de luz en el suelo.
- Evitar mesillas y objetos decorativos pequeños.
- Usar sillones de grandes respaldos y brazos altos.
- Control de lugares de riesgo: balcones, terrazas, cocina, etc.
- Vigilar el acceso a enchufes, cuchillos de cocina, etc.
- Valorar la posibilidad, si vive solo, de cambiar la cocina de gas por una eléctrica
- No sobrecargar de muebles los lugares habituales por dónde anda nuestro familiar.
- Evitar objetos móviles y fácilmente desplazables.
- Retirar alfombras y moquetas que puedan provocar tropiezos.
- Nunca dejar sólo al enfermo en el baño. Intentar encontrar un equilibrio entre la seguridad y la intimidad. Muchas veces es difícil, pero no imposible. Es necesario pactar con él e implicarle en la toma de decisiones. Y, sobre todo, hay que respetar lo pactado, si no reafirmaremos que no importan las decisiones tomadas por el enfermo.

3. ¿Cuándo elegir entre la orientación y la seguridad?

Pero ¿qué predomina más, los criterios para evitar las caídas y mantener la seguridad o facilitar la orientación y ayudar a la adaptación del entorno? No hay una respuesta absoluta. Unas veces predomina la seguridad; otras, la orientación; en algunas ocasiones tendremos que tomar medidas basándonos en ambos criterios. La respuesta, en definitiva, la dará el estado del enfermo.

4. Medidas específicas en la casa

Cocina: cambiar cocina de gas por eléctrica, no cerillas, bajo llave objetos punzantes.

Cuarto de baño: sin cerrojos, alfombras, guardar productos de limpieza, no decir cuando le toque baño.

Sistema eléctrico: iluminación adecuada, oscuridad donde no queremos que vaya, protectores en los enchufes...

Escaleras: material antideslizante, poner pasamanos, puertas en parte inferior y superior de escalera...

Ventanas: colocar cerrojos o verjas...

Puerta de entrada: para evitar fugas: cerrojo, colocar felpudo negro que lo vera como un agujero, campanilla a la entrada...

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

1. CAIDAS

Factores de riesgo intrínsecos

a) Fisiológicos: edad avanzada, cambios en la capacidad visual, en la auditiva, en las articulaciones, en el tono muscular, en la marcha y en el equilibrio.

b) Patológicos: producidos por la presencia de enfermedades que afectan a su adaptación al entorno y al medio que le rodea o que puede provocar desvanecimientos, desequilibrios, alteraciones en la marcha, etc. Por ejemplo: artrosis, patologías de la vista, enfermedades neurológicas y cardíacas, etc.

c) Iatrogénicos: son factores que afectan al individuo y que tienen su origen en el profesional sanitario, a consecuencia directa o indirecta de aquél y de su actividad. Por ejemplo al administrar fármacos, en las movilizaciones, asistencia y manejo incorrecto, etc.

d) Fármacos asociados a caídas: antiparkinsonianos, analgésicos narcóticos, psicotropos y tranquilizantes, diuréticos, antihipertensivos y cardiotónicos.

Factores de riesgo extrínsecos

1) Ambientales:

a) Vivienda:

- Mobiliario: muebles demasiado altos o bajos, inodoro bajo, camas altas o muy bajas, no hay barras ni asideros en el baño, bañera de acceso difícil.
- Iluminación: escasa o demasiado brillante o deslumbrante.
- Suelos: irregulares, resbaladizos, mojados, con desniveles, encerados.
- Escaleras: peldaños muy separados, muy altos, ausencia de barandillas, sin bandas antideslizantes, poca iluminación, desperfectos, etc.
- Otros: alfombras no fijadas al suelo, muebles o mesillas con picos salientes, etc.

b) *Exterior/ entorno:* son caídas asociadas a personas independientes y con poca limitación funcional, precisamente por abusar de sus capacidades e infravalorar el riesgo, o son las características del entorno las que superan las capacidades del individuo.

- Barreras arquitectónicas: no hay pasos adecuados, escaleras y accesos muy estrechos, no hay señalización clara, ausencia de rampas, escaleras con mucha pendiente, pavimento deteriorado, etc.

- Otros: semáforos de corta duración, aglomeraciones de personas, tráfico, etc.

2) Sociales:

- a) Soledad/ aislamiento: la falta de relaciones provoca el enclaustramiento en el domicilio y la dependencia. Con el aislamiento pasa lo mismo, ya que en caso de anteriores caídas o problemas no tienen ayuda. Además, tras una caída puede existir miedo y tendencia a disminuir la actividad y desencadenar, por esto, inmovilidad y dependencia.
- b) Ausencia de estimulación ambiental: un ambiente y una estimulación adecuados facilitan que la persona se mantenga activa. La sobreprotección favorece la inseguridad y la dependencia funcional

¿Cómo detectar el riesgo de caída?

Las **manifestaciones** que nos avisan del riesgo de caída son:

- Marcha irregular, con dificultad e inestabilidad.
- Posturas forzadas al andar, sentarse o realizar alguna actividad.
- Cara de dolor al realizar una actividad de la vida diaria o deambular. – Inestabilidad y desequilibrio.
- Andar con miedo: se agarra constantemente a la barandilla, se apoya en la pared, etc. Inmovilidad progresiva: quiere estar sentado constantemente, no quiere andar ni desplazarse.
- Desorientación y confusión: disminuye el nivel de atención y aumenta el riesgo de tropiezos, etc.

¿Qué aspectos tengo que tener en cuenta para evitarla?

Cuidados generales

1. Intentar eliminar los factores de riesgo.
2. Controlar las manifestaciones de riesgo de caída.
3. Controlar la medicación pautada. A veces presentan, tras administrar hipnóticos o tranquilizantes, somnolencia e inestabilidad al deambular y al mantenerse de pie. Consultar con el médico o enfermero los efectos de la medicación que esté tomando.
4. Favorecer la capacidad funcional: entrenamiento en gimnasio o centros de terapia, ayuda en la casa, dar paseos, programar actividades diarias, etc.
5. Importante: NO hacer aquellas actividades que el enfermo podría realizar. La sobreprotección o las prisas son un enemigo que potencia la dependencia
6. Levantar lenta y progresivamente de la cama. Primero incorporar el tronco, luego sentar en la cama y después levantar.
7. Comprobar que las gafas están graduadas, los audífonos tienen pilas, etc.
8. Explicar que el uso de ayudas mecánicas como bastones, muletas, andadores, etc., no es algo limitante ni vergonzoso. Le ayudará a adaptarse al entorno, a estar más seguro y a cubrir sus necesidades.
9. Evitar la sobrecarga del domicilio. La presencia de muchos muebles aumenta el riesgo de caída, no lo disminuye

¿Qué es lo que debo hacer en caso de caída?

- Si es en una habitación oscura, no encender la luz central ni dar gritos o levantar la voz, ya que puede desorientar más.
- A veces las personas que se caen pueden permanecer largo tiempo en el suelo, desorientadas y confusas.
- No levantar nunca sin realizar antes una valoración básica.
- Cubrir con una manta para evitar la hipotermia (disminución de la temperatura).
- Hablar de forma clara, con un tono bajo, identificarse y orientar en tiempo y espacio y explicarle lo sucedido (p. e.: Mamá, soy yo, Conchita. Son las 3 de la madrugada del lunes, estamos en tu habitación y te he encontrado en el suelo).
- Sobre todo, tranquilizar y no perder los nervios.
- Si no existen lesiones, antes de levantar, sentar primero en el suelo y mantenerse 2-3 minutos (evita la bajada de tensión por un cambio de postura brusco) y posteriormente incorporar.
- Dejar en el suelo y avisar a los servicios de emergencia en caso de que:
 - Tras una caída no despierte.
 - Se aprecie deformación, inflamación, acortamiento de las extremidades, brazos o piernas.
 - En alguna articulación, al manipularla, se oiga una crepitación o rascado.
 - No sea capaz de levantar las piernas estando tumbado en el suelo.

Puede ocurrir que al incorporar a la persona tras una caída, con el propio peso y la gravedad, el hueso debilitado o lesionado por la caída termine por fracturarse

2. ALTERACIONES DE LA DEGLUCION Y DE LA BOCA

¿Qué es el deterioro de la deglución?

Es la disminución de la capacidad para pasar de forma voluntaria los sólidos y líquidos desde la boca al esófago, y así realizar la alimentación vía oral. ¿Qué lo provoca?

Las causas pueden ser:

- Funcionales: Se reduce la capacidad de tragar voluntariamente por alteración muscular o neurológica (p. e.: en la evolución de la demencia).
- Mecánicas: Un obstáculo físico que impide o dificulta el paso del alimento (p. e.: en caso de existir un tumor).
- Otras causas:
 - Cambios fisiológicos en la dentadura o en la boca. P.e.: dolor al masticar (disminuye la ingesta), xerostomía (disminución de la salivación).
 - Debilidad y atrofas de los músculos encargados de la masticación, lo que provoca una trituración y masticación inadecuada de los alimentos.

- Fármacos que produzcan sequedad de la boca o predispongan a las infecciones.
- Dieta inadecuada en cantidad, en consistencia, en calidad, en frecuencia, etc.
- Malos hábitos como comer deprisa, hablar mientras se come, dormir tras las comidas, etc.

En pacientes con demencia:

- a. Mejor alimentos sólidos o semisólidos que líquidos (p. e.: uso de gelatinas en vez de agua).
- b. Disminuir los estímulos externos en la comida.
- c. Al dar el alimento, lo mejor es que nuestro familiar coloque la cabeza con una ligera flexión poniendo la barbilla hacia el pecho.
- d. Se disminuye el riesgo de aspiración.
- e. Controlar que no acumule restos de comida en los carrillos.
- f. No llenar excesivamente la boca. Esperar a que trague el alimento antes de dar más.
- g. Dar por separado sólidos y líquidos. No mezclar a la vez, ya que aumenta el riesgo de atragantamiento.
- h. Observar si existen manifestaciones reiteradas de tos, atragantamientos, cianosis (coloración azul o violeta). En ese caso suspender la alimentación por riesgo de aspiración e intentarlo más tarde. Si se mantuviese, consultar al médico. No se debe esperar, ya que esta situación, prolongada en el tiempo, podría hacer disminuir la nutrición e hidratación del enfermo.
- i. ¿Qué alimentos se recomiendan? Aquellos semisólidos (dieta túrmix), purés semisólidos. También se recomienda usar espesantes en los alimentos, como copos de patatas, migas de pan, harinas, gelatinas, galletas trituradas o espesantes comerciales. A veces la preparación de alimentos de esta forma (manipulación y cocción) favorece la pérdida de nutrientes. Existen preparados comerciales que palian estos déficits. Consultar con el enfermero.
- j. Durante la alimentación, en caso de estar sentado, dar con el tronco incorporado (45°-90°). Si estuviese en cama, elevar el cabecero hasta 30°- 45°. Nunca dar de comer tumbado.

EL CUIDADOR PRINCIPAL

SENTIMIENTOS DEL CUIDADOR

1. *Tristeza*: por añorar tiempos pasados
2. *Cambio de papeles*: de cuidado a cuidador
3. *Irritación*: comparta sus sentimientos con los demás
4. *Vergüenza*: por el comportamiento del familiar. ¡no lo haga!
5. *Culpabilidad*: por cómo le tratamos en el pasado

¿Cómo puede el cuidador afrontar los sentimientos negativos?

- ✓ Darse cuenta de los sentimientos y aceptarlos.
- ✓ Intentar comprender la nueva situación a la que nos estamos enfrentando ahora.
- ✓ Buscar el lado positivo de las cosas.
- ✓ Buscar relaciones sociales e intentar compartir nuestros sentimientos con los demás.
- ✓ Analizar las causas de los sentimientos: ¿Por qué nos sentimos así?
- ✓ Reconocer los propios sentimientos como cuidadores y marcarse metas realistas.
- ✓ Renunciar al ¿Por qué me ha tenido que suceder esto a mí?
- ✓ Aprender que aunque algunas de las situaciones que nos hacen sentirnos mal no se puedan cambiar, la forma en que reaccionamos ante ellas sí.

Sería bueno que a este cuidador principal la aconsejáramos un servicio de respiro familiar o un centro de estancias diurnas para que ella no sufra todo lo que hemos explicado anteriormente y para que aprenda a cuidarse para poder cuidar.

CONSEJOS PARA EVITAR EL BURN OUT

1-INFORMARSE: Es importante que el cuidador/es estén informados sobre cómo evoluciona esta enfermedad, cual es el camino que sigue. Aunque no existen reglas generales de solución de situaciones concretas que sean óptimas para todos los enfermos, sino que es importante tener claro que hay que trabajar desde la flexibilidad y desde la historia personal de cada enfermo, si existen hechos característicos en cada una de las fases que son interesantes conocer pues nos pueden servir de gran ayuda a la hora de elaborar un plan de acción.

El estar informados nos permite ir adelantándonos a la enfermedad, ir ganándole terreno, pues podemos combatir mejor un problema si lo divisamos desde la distancia que no cuando nos está ahogando en ese momento y no hemos establecido unas pautas o estrategias de actuación. Es decir, con la información podemos anticipar cambios y adaptaciones que será necesario realizar en la forma de proporcionar los cuidados o en el entorno de la persona cuidada.

2-PLANIFICAR: La planificación y organización de las actividades a lo largo del día es una manera de realizar un cuidado de mayor calidad. Además de establecer que actividades y cuando llevarlas a cabo, debemos planificar quien nos puede ayudar en una tarea concreta, así podremos sacarle mayor rendimiento al día estableciendo incluso el tiempo de descanso del cuidador.

3-CUIDAR DE UNO MISMO: Los cuidadores deben recordar que forman parte esencial del cuidado: ellos son el motor del cuidado y, por tanto, deben atender también sus propias necesidades y cuidar de sí mismos.

Muchos cuidadores se sienten culpables al atender sus propias necesidades. No se dan cuenta de que cuidándose a sí mismos están cuidando mejor a su familiar; los cuidadores con sus necesidades de descanso, ocio, apoyo emocional etc...., satisfechas podrán disponer de más energía.

Si los cuidadores no cuidan de sí mismos tendrán más posibilidades de enfermar o al menos, de ver reducidas sus fuerzas físicas y mentales. Y si esto ocurre ¿Quién cuidará del enfermo si nosotros no estamos? ¿Cómo repercutirá esa debilidad, ese agotamiento en el cuidado de su familiar?

La experiencia de cuidar a una persona mayor suele llevar asociados múltiples y variados sentimientos (culpa, tristeza, preocupación, soledad, enfado, vergüenza...) que pueden convertir la tarea del cuidado en una labor difícil y en ocasiones frustrante para las personas que la desempeñan.

Lo deseable no es no tener estos sentimientos negativos puesto que es lógico y natural que aparezcan en determinados momentos y circunstancias, sino ser conscientes de que existen, reconocerlos, aceptarlos y finalmente, saber cómo controlarlos.

Plan de Cuidados de Enfermería del Alzheimer

1. Alteración de los Procesos Mentales relacionados con pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia.

A) *Objetivos de Enfermería:* Ayudar al cuidador/a a controlar el comportamiento del paciente provocado por un deterioro mental, y a adoptar medidas que compensen la demencia.

B) Intervenciones de Enfermería:

1. Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario, para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.
2. Evitar reorientar al paciente más de una vez en cada encuentro con él, para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.
3. Permitir al paciente comportamientos habituales, como la acaparación de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.
4. Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
5. Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir para el paciente: podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística.
6. Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función.
7. Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.
8. Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una "X" los días pasados, para ayudarle a recordar la fecha correcta.
9. Realizar una lista con las actividades diarias.

2. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognoscitivo:

A) *Objetivos de Enfermería:* Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales.

B) Intervenciones:

1. Dirigirse al paciente de forma abierta, amistosa y relajada.
2. Hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo.
3. Identificarse siempre y mirar directamente al paciente.
4. Proporcionar un ambiente relajado y alentador, evitar ruidos y distracciones.
5. Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc. ...
6. Explíquele las actividades empleando para ello frases cortas. Cuando dé instrucciones asegurarse en fraccionar las tareas en unidades reducidas y comprensibles. Use gestos simples, señale los objetos o use la demostración si es posible.
7. Asegurarse de contar con su atención.
8. Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación.
9. Identificar las conductas agendas, es decir la realización de una determinada conducta para pedir algo, anotarlas con su significado para comprender mejor al paciente.
10. Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas.

3. Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conciencia de los peligros ambientales secundario al déficit cognitivo:

A) Objetivo de Enfermería: Garantizar la seguridad del paciente a medida que pierde su capacidad de controlar los factores potenciales peligrosos del ambiente.

B) Intervenciones de Enfermería:

1. Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea.
2. Colocar barandillas en la cama.
3. Mantener le ambiente libre de obstáculos, asegurarse que existe suficiente luz para prevenir las caídas en la oscuridad.
4. Evitar el empleo de calentadores, estufas, etc...
5. Utilización de zapatos con suela antideslizante.
6. Vigilar los signos de dolor que emita el paciente.
7. Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes.

4. Incontinencia fecal relacionada con la pérdida de memoria:

A) *Objetivo de Enfermería:* Reducir el número de episodios de incontinencia fecal y aumentar la continencia de los esfínteres.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Mostrarle la localización del retrete, si es necesario identificar la puerta con un dibujo de un inodoro para ayudarlo a encontrarlo.
2. Valorar los hábitos intestinales, llevarlo al cuarto de baño a la misma hora todos los días suele defecar.
3. Evaluar los indicadores no verbales del paciente ante la necesidad de defecar.
4. Después de la eliminación ayudarlo a limpiarse la zona perianal.

5. Alteración de los modelos de la eliminación urinaria relacionada con la pérdida de memoria:

A) *Objetivos de Enfermería:* Valorar la existencia de los síntomas agudos de incontinencia y establecer, si fuese necesario, un esquema de reentrenamiento vesical.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.
2. Asegurarse que el paciente conoce la situación del retrete, si fuese necesario colocar en la puerta un dibujo con retrete para ayudar al paciente a localizarlo.
3. Valorar la presencia de claves no verbales que señalen la necesidad de orinar.
4. Valorar el modelo de evacuación del paciente y usar la información para planificar un esquema de evacuación.
5. Limitar la ingesta de líquidos por la noche.
6. Después de orinar comprobar que esté seca la zona perianal, para ayudar a conservar la integridad cutánea.
7. Valorar el tipo de incontinencia y descartar infección y ver si es tratable.
8. Iniciar la reeducación vesical.

6. Alteración del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo:

A) *Objetivos de Enfermería:* Disminuir el trastorno del sueño.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Espaciar las actividades a lo largo del día intercalando periodos de reposo.
2. Evitar que los pacientes se queden dormidos durante el día, empleando paseos cortos, actividades planeadas.
3. Los pacientes que duermen durante el día deben de procurar hacerlo sentados en la sillas en lugar de la cama, para recordarles que ahí no se deben de dormir.
4. Evitar el empleo de sujeciones fijas porque suelen aumentar la agitación.
5. Proporcionar un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin luces durante la noche.
6. Administrar sedantes y ansiolíticos cuando esté prescrito.
7. Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
8. Enseñar al paciente cómo puede realizar técnicas de relajación.

7. Déficit de autocuidados en la eliminación, aseo, higiene, vestido y evacuación relacionado con la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria.

A) *Objetivo de Enfermería:* Ayudar al paciente a realizar las tareas de autocuidado.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Valorar la incapacidad de vestirse , alimentarse , bañarse , etc ...
2. Valorar el estado físico y cognoscitivo del paciente.
3. Enseñar a la familia y al cuidador a proporcionar cuidados.
4. Proporcionar cuidados al paciente totalmente dependiente y ayuda al que no sea totalmente dependiente.
5. Proporcionar instrucciones paso a paso, para que el paciente pueda realizar el máximo número de tareas por sí solo.
6. En el baño utilizar un taburete en la ducha, para favorecer el autocuidado.
7. Para vestir y desnudar al paciente se recomienda zapatos sin cordones, prendas de vestir sueltas o con cierres a presión, cierres con velcros o cinturillas elásticas, evitar los botones y cinturones.
8. Ayudar al paciente a vestirse colocando la ropa en el orden en que debe de ponerse.
9. Ayudar al paciente a la hora de comer, permitiéndole que coma solo, proporcionándole pajitas, copas especiales, cubiertos grandes con mangos adecuados.
10. Planificar un esquema de evacuación para evitar la incontinencia urinaria.

8, Alteración de los procesos familiares debida a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia:

A) *Objetivo de Enfermería:* Reducir el conflicto familiar y aumentar la capacidad del cuidador

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.
2. Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.
3. Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir.
4. Remitir a los familiares a los servicios sociales que le ayude con el cuidado domiciliario.
5. Estimular al cuidador para que utilice los servicios de ayuda a domicilio.
6. Aconsejar a los parientes o amigos que interpreten su comportamiento como un reflejo del proceso de la enfermedad.
7. Aconsejar a los cuidadores que sigan manteniendo sus amistades y que acudan a los actos sociales.
8. Aconsejar a la familia la participación en un grupo de autoayuda local o nacional.

8. Aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria y por la imposibilidad de dejarle solo:

A) *Objetivo de Enfermería:* Evitar el aislamiento social del paciente y de la familia.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Valorar la capacidad del paciente de comunicarse y el nivel de aislamiento social de la familia.
2. Comentar con la familia del paciente la posibilidad de contar con amigos que ofrezcan apoyo y ayuda.
3. Identificar sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social.

9. Ansiedad relacionada con los cambios o las amenazas reales o percibidas:

A) *Objetivo de Enfermería:* El paciente disminuirá su ansiedad.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Dar tiempo al paciente para que exprese sus temores, escúchale con respeto.
2. Ayudar a reducir la ansiedad estableciendo una comunicación fluida, evitar cambiarle de habitación y proporcionar un ambiente con pocos cambios.
3. Durante la hospitalización pedirle a los allegados que traigan objetos familiares.
4. Ayudarle a encontrar objetos perdidos.
5. Evitar forzarle a realizar demasiadas tareas.
6. Evitar horarios de visita limitados para los familiares.

10. Alto riesgo de violencia relacionado con la irritabilidad, frustración y desorientación, secundarias a la degeneración del pensamiento cognitivo:

A) *Objetivo de Enfermería:* El paciente demostrará control de su comportamiento con ausencia de la violencia.

B) *Intervenciones de Enfermería:*

1. Pídale al cuidador que le explique cómo suele comportarse y que hace para calmarle.
2. Vigilar al paciente para detectar signos de aumento de ansiedad.
3. Reducir los estímulos ambientales, como el ruido y la luz.
4. Documentar los signos , los síntomas , el factor precipitante , la
5. hora, etc .

CONTENCIONES MECANICAS EN GERIATRIA: PROPUESTAS TECNICAS Y RECOMENDACIONES DE USO EN EL AMBITO SOCIAL

El diccionario de la RAE define contener como el hecho de sujetar el movimiento de un cuerpo y al verbo sujetar le da una connotación física con matices de dominación y poder. Hay muchos tipos de contención no solo mecánica, pero en el ámbito en el que nos movemos la definición más aceptada es la que se refiere a la utilización de un dispositivo físico y/ o mecánico para restringir movimientos de una parte del cuerpo o de su totalidad con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que supongan un riesgo para el enfermo o su entorno.

Un elemento de conflicto en que se basan algunas campañas contrarias al uso de sujeciones es que en España la prevalencia es de las más elevadas del mundo (según un estudio de la Generalitat de Catalunya de 8772 ancianos en residencias la prevalencia general es del 21'5% y del 41'2% en demenciados). Otro argumento es que atenta contra las bases del cuidado incluso incluyéndolo como forma de maltrato.

Por último el uso de dispositivos es una de las principales indicaciones para la prevención de caídas pero pueden estar contraindicados por sus efectos adversos tanto físicos como psíquicos por su uso indebido.

PROPUESTAS TECNICAS

1-Anteponer el diálogo ético a los argumentos basados en la prevalencia

En el ámbito social todas las intervenciones técnicas y profesionales deberían estar al servicio de las personas mayores, los principios éticos y el cuidado. La dignidad entendida como aquello propiamente humano y merecedor de respeto, se puede poner en entredicho ante algunas situaciones de riesgo para nuestros usuarios durante la aplicación de algunas medidas para contrarrestarlas puede mezclarse con cuestiones más relativas a la cultura o la estética que al principio fundamental. Por ejemplo con el fin de impedir la bipedestación en anciano con riesgo de caída en vez de un cinturón de seguridad se puede aplicar un confortable sillón bajo. ¿Ante estos casos que prevalece más la libertad de caer o la de prevenir y contener el riesgo? Así que hay que plantearse si como mínimo su aplicación es menos maleficente que su no aplicación.

Otro tema es la libertad y la autonomía. Ante las personas que se caen repetidamente y deciden aceptar las consecuencias, no suele haber conflictos y por tanto no deberían usarse los dispositivos de contención mecánica si preservan su libertad y autonomía. No es así cuando las personas no gozan de estos principios. Pongo como ejemplo ancianos muy dependientes y con demencias muy avanzadas ante los cuales creemos que un cinturón abdominal o pélvico son más una medida para facilitar la sedestación y vida social que una medida de restricción sin usarlo con abuso y dominación pues sería maltrato.

Se debe correlacionar la prevalencia con el perfil de los usuarios los datos de riesgo sobre todo caídas y los programas de prevención y la introducción del dialogo ético en los equipos asistenciales.

2-Definir las contenciones mecánicas en función de su intencionalidad

El termino contención hace referencia a una acción como el hecho de poner un límite a la persona no desde la dominación y el poder sino como algo bien intencionado con la intención que traspase un límite físico y emocional. En función de esto definir las contenciones mecánicas en función de los dispositivos crea ambigüedad tanto técnica como ética. El ejemplo de la barandilla de la cama que puede considerarse una contención si existe intencionalidad o no de levantarse de la cama, es claro. ¿Por qué no hacer hincapié en la intencionalidad más que en los dispositivos?, centrarnos en que las contenciones mecánicas son el chaleco el cinto u otros y que estos son la cosa non grata a erradicar puede hacer surgir otros procedimientos como el sillón confortable o mesa incorporada a la silla de ruedas, que ejercen el mismo efecto restrictivo que los dispositivos tradicionales. Proponemos ampliar el concepto de contención mecánica a cualquier procedimiento o dispositivo técnico en contacto o muy cercano a la persona cuya intención sea la de restringir, limitar o dificultar la movilidad de una o varias partes de su cuerpo.

3-Consensuar una clasificación de contenciones en el ámbito social

Las contenciones son un procedimiento habitual entre los colectivos que reciben intervención social. Los más conocidos son el time out o separación de una persona de un entorno que puede alterar la conducta, la contención espacial o ubicación en salas, la contención verbal, la física y la farmacológica y la mecánica.

Si nos centramos en las contenciones mecánicas basándonos en la definición podemos considerar como tales a los conocidos y ya citados dispositivos (cinturones chalecos tobilleras...). Pero también se puede incluir barandillas de cama mesa incorporada a la silla de ruedas y diferentes dispositivos textiles como vestidos adaptados o sábanas ajustables, sillas de ruedas frenadas delante una mesa e incluso la disposición del mobiliario.

4-Identificar los riesgos e intervenir en función de los mismos

Las indicaciones son prevenir riesgo de caídas, controlar conductas de riesgo, proteger la manipulación de equipos médicos, mantener posición anatómica, prevenir el estado de confusión eliminar conductas de vagabundeo, vencer resistencias a tratamientos, controlar alteraciones del sueño y por deseo familiar.

En la intervención social en las personas mayores podemos identificar 3 tipos generales de riesgo: caídas, trastornos de conducta y salidas no controladas. Una vez identificados los riesgos, la intervención debe ser coherente y correlativa tanto en su aplicación como en su intensidad. La única indicación que nos sugiere contención mecánica es la prevención de las caídas.

5-Identificar el nivel de riesgo de las caída e intervenir específicamente

Las caídas son la primera causa de lesiones, incapacidad y pérdida de autonomía y con alto coste por sus consecuencias. Personas con demencia avanzada y caídas reiterativas responden bien a la contención mecánica

RECOMENDACIONES DE USO

1-Respecto al riesgo:

- identificar tipo y nivel de riesgo
- identificar los riesgos que pueden evidenciar el uso de contenciones mecánicas
- revisar y tratar los factores de riesgo de caídas
- promocionar actividades preventivas

2-En el proceso de decisión:

- respetar la autonomía y libertad de las personas que asumen sus propios riesgos
- en las personas sin autonomía ni competencia para tomar decisiones, consensuar con la familia o el tutor
- las decisiones con gran componente ético deben ser consensuadas en equipo

3-Antes de la prescripción:

- disponer del consentimiento informado
- preguntarse si el riesgo es inminente, si no hay alternativas si estamos vulnerando algún principio ético, si hemos previsto las consecuencias, si la medida de contención es adecuada al tipo y al nivel de riesgo

4-Durante la prescripción:

- mantener el consenso de todas las partes
- controlar exhaustivamente las consecuencias
- establecer programas de intervención
- seguir manteniendo todas las actividades estimuladoras

5-En el proceso de retirada:

- preguntarse si sigue siendo menos maleficiente la contención que la retirada y si todas las partes están de acuerdo.

6-En la gestión del proceso:

- prescripción consensuada por el equipo
- disponer de información y formación suficiente
- asegurarse que el trabajo es en equipo y sigue los estándares de calidad
- control continuado y revisión mensual de los indicadores del proceso de contención relacionado con otros procesos como el de riesgos, caídas y movilidad.
- fomentar la participación y las actividades educativas para familiares y profesionales.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

1. Aún queda mucho por investigar sobre la enfermedad del Alzheimer.
2. Esta enfermedad no solo afecta al propio paciente sino que arrastra al resto de la familia fundamentalmente al que asume el papel de su cuidador principal
3. El cuidador principal debe asesorarse para afrontar la enfermedad de la mejor manera posible, puesto que así no solo él llevara una vida mejor, sino que cuidara mejor de su familiar.
4. El uso de contenciones mecánicas desde mi punto de vista tiene más ventajas que inconvenientes, siempre cuando se utilicen en casos estrictamente necesarios y con el evitar riesgos para el paciente.
5. La utilización de este tipo de contenciones siempre debe ser consensuado entre el equipo sanitario, el paciente, si fuese posible, o sino la familia; y llevando a cabo una evaluación constante de su uso.

BIBLIOGRAFIA

- Salome Adroher Biosca, “Mayores y familia”, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- Rocío Fernández Ballesteros, “Envejecer con los demás”, Madrid 2002, editorial Pirámide.
- José Buendía, “Familia y Psicología de la salud” Madrid 1999, editorial pirámide.
- David Casado Marín, “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración”, Barcelona 2001, Fundación “La Caixa”
- Paz Guilló Martínez, “Comprender el Alzheimer”, Valencia 2002, Generalitat Valenciana
- Dr. Raye Lynne- Dr. J. Thomas, “Asistencia y cuidados del paciente de alzhéimer”, Madrid 2002, Ediciones Témpera S.A.
- Matías –Guiu, “Convivir con alzhéimer”, Madrid 2004, Editorial Medica Panamericana
- Varios autores “Alzheimer: familiares y cuidadores”, Valladolid, Caja España
- José Carlos Bermejo, “Mi ser querido tiene alzhéimer”, Cantabria 2010, Editorial Sal Terrae
- Varios autores, “Un cuidador. Dos vidas”, Obra social “la Caixa”
- Joan Rodríguez Delgado, “Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uaso en el ámbito social”, Revista española de geriatría y gerontología (julio- agosto 2013)
- www.portalgeriatrico.com.ar