



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA ESFUNO

**CONOCER LA EXISTENCIA DE FACTORES GENÉTICOS
PARA
DESARROLLAR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN
FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES QUE
LA PRESENTAN,
Y SE ASISTEN EN ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ
COOPERATIVA EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE LOS MESES SETIEMBRE Y OCTUBRE DEL AÑO
2007**

AUTORES:

Br. Bravo, Marianela
Br. Bruccoleri, Rossana
Br. Goldoni, Fabiana
Br. Portal, Patricia
Br. Rebollo, Leticia

TUTORES:

Prof. Subrogante Mg. Costabel, Miriam
Prof. Adj. Raggio, Victor

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Queremos hacer mención especial a aquellas personas que nos brindaron su tiempo y conocimiento para la realización de nuestro trabajo:

- Prof. Subrogante Mg. Miriam Costabel
- Prof. Adj. Víctor Raggio.
- Dra. Claudia Camejo
- Personal del Departamento Adulto y Anciano.
- Personal de la Institución AMSJ Coop.
- Personal del Departamento de Documentos y Biblioteca de la Facultad de Enfermería
- A nuestras familias por el tiempo y el apoyo brindado.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUZO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TRIBUNAL PRESENTE

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUZO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TUTORES

Profesora Mg. en Educación Miriam Costabel

Profesor Adj. Victor Raggio

SIGLAS

AMSJ Coop.- Asociación Médica de San José Cooperativa.

APOE- Apolipoproteína E

AF: Antecedente familiar

EA- Enfermedad de Alzheimer.

FEMI- Federación Médica del Interior.

IITA- Hipertensión Arterial.

MSP- Ministerio de Salud Pública.

ROU- República Oriental del Uruguay.

UCEP- Unidad de Cuidados Especializados Pediátricos.

RESUMEN

La presente investigación elaborada por cinco estudiantes bachilleres de la Facultad de Enfermería correspondiendo a la carrera de Licenciatura de Enfermería, trata sobre: Conocer la predisposición de factores genéticos para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan, y se asisten en Asociación Médica de San José Cooperativa en el período comprendido entre los meses: setiembre y octubre del año 2007.

La línea de investigación fue seleccionada según la oferta del Departamento de ES. FU. NO., quedando a total libertad del grupo investigador la dirección del proyecto, luego de otorgado el tema a investigar.

Como modelo de Enfermería se tomo como referencia a la Teorizante Virginia Henderson, la cual plantea la satisfacción de necesidades básicas del individuo.

Este estudio es de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal.

Para la recolección de los datos utilizamos, las historias clínicas, la visita domiciliaria, registros en planillas elaboradas previamente por el grupo investigador.

La muestra comprende a veintisiete usuarios.

Se seleccionaron variables con el fin de estudiar al paciente y su familia.

Se concluye que la enfermera tienen una función esencial en la prevención de enfermedad de Alzheimer, es fundamental en la educación a la población en riesgo, promoviendo la importancia de la evaluación y el diagnóstico temprano.

INDICE

Introducción.....	Pág.1
Problema de investigación.....	Pág. 2
Objetivos.....	Pág. 4
Fundamento teórico.....	Pág. 5
Diseño metodológico.....	Pág. 34
Resultados	Pág. 42
Indicadores.....	Pág. 55
Análisis.....	Pág. 57
Conclusión.....	Pág. 61
Bibliografía.....	Pág. 64
Cronograma de Gantt.....	Pág. 66
Anexos.....	Pág. 67

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a la Investigación Científica realizada por un grupo de cinco estudiantes Bachilleres de la carrera, "Licenciatura de Enfermería", de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, el cual contribuye para la acreditación final de dicha carrera.

Desde el punto de vista metodológico la investigación a realizar consiste en un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. (se observan, describen, analizan la composición, estructura y relaciones de veintisiete familias y el ciclo evolutivo por el cual están cursando).

Nos planteamos como objetivo general Conocer la predisposición de factores de riesgo para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan, y se asisten en Asociación Médica de San José Cooperativa en el período comprendido entre los meses: setiembre y octubre del año 2007.

La enfermedad se considera hereditaria en menos del 1% de los casos, en el resto la herencia influye junto con otros factores por lo que se considera de etiología multifactorial.

En más del 95% de los casos, la enfermedad se ajusta a este modelo, causado por la interacción de los productos de varios genes y factores ambientales.

Esto implica que tener un antecedente familiar de Alzheimer aumenta las posibilidades de ser diagnosticado de la enfermedad en el futuro, pero no significa que vaya a sufrirla con seguridad.

Para conocer la influencia de la carga genética para dicha patología se estudió al paciente y a su familia a través del Familiograma.

Esta investigación es respaldada por el modelo de la Teorizante Virginia Henderson, considerando a esta el punto de partida para las demás teorías.

Se basa en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo, refleja el proceso degenerativo de la Patología Alzheimer, en la cual el individuo va perdiendo su capacidad de satisfacer las catorce necesidades básicas fundamentales.

Se seleccionaron variables con respecto a los factores de riesgo más importantes para poder describir el grado de probabilidad que presenta cada descendiente de padecer (o no) esta patología.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Conocer la existencia de factores genéticos para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan, y se asisten en Asociación Médica de San José Cooperativa en el período comprendido entre los meses: setiembre y octubre del año 2007.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA INVESTIGADO

Consideramos que la genética es una rama importante de la ciencia para la medicina, y es oportuno decir que el desarrollo de ésta en la actualidad nos ha permitido tener un conocimiento más amplio del ser humano aplicable de diferentes maneras en la salud.

Cuando existe una alteración en los genes del individuo, este desarrolla mayor predisposición para adquirir determinadas enfermedades que se relacionan con los mismos.

Una de las patologías con mayor carga genética es la enfermedad de Alzheimer.

Consideramos necesario la realización de esta investigación para obtener información sobre como afectan los factores genéticos en esta población.

Nuestra finalidad es estudiar a través del familiograma la probabilidad del desarrollo y la existencia de factores de riesgo de la Enfermedad en los descendientes.

Como futuras Licenciadas en Enfermería creemos importante incorporar conocimientos para mejorar la base de la educación, ya que es un componente fundamental para obtener resultados positivos en una detección precoz y cuidados que contribuyan en la calidad de vida del paciente y sus descendientes.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Conocer la predisposición de factores genéticos para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan, y se asisten en Asociación Médica de San José Cooperativa en el periodo comprendido entre los meses: setiembre y octubre del año 2007.

Objetivos específicos:

- Estudiar la etiología de la Enfermedad de Alzheimer.
- Seleccionar las Teorías de Enfermería que se adapten a la investigación planteada.
- Elaborar instrumentos de registro para la recolección de los datos.
- Captar a los individuos que serán objeto del estudio.
- Describir y analizar los datos recabados.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUERZO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MARCO

TEÓRICO

Antecedentes Históricos del Mal de Alzheimer

En una reunión de psiquiatras alemanes celebrada en 1906, Alois Alzheimer describió el caso de una mujer de 51 años con pérdida severa de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje e ideas paranoicas, que murió cuatro años después en un estado de severa demencia. En su autopsia se encontraron lesiones cerebrales consistentes, con atrofia cerebral y presencia de cuerpos denominados seniles.

Comenzaba en este momento una apasionante historia, la descripción y preocupación por una enfermedad que ha dado lugar a la mayor investigación sobre el funcionamiento del sistema nervioso humano, y que fue denominada con el nombre de su descubridor, la enfermedad de Alzheimer. Actualmente el diagnóstico de casos de demencia es diez veces superior al detectado a principios de siglo. Diversos estudios en todo el mundo han detectado que el crecimiento de la enfermedad corre en paralelo al envejecimiento de las poblaciones, la mayor longevidad y el consecuente aumento de población mayor de 65 años en un futuro inmediato provocará un importante problema socio-sanitario. Se estima que en muy poco tiempo cada familia tendrá que convivir al menos con un paciente afectado de demencia. El ingreso de pacientes en instituciones adecuadas encarece su atención y los convierte en una carga difícil para la sociedad. Por lo que se deberá adoptar nuevas fórmulas para una nueva aproximación racional a una situación que ya ha sido denominada como auténtica epidemia del Siglo XX.

Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados.

Se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando.

La enfermedad se considera hereditaria en menos del 1% de los casos, en el resto la genética influye junto con otros factores por lo que se considera multifactorial.

La Genética es la rama de la ciencia que estudia todo lo referente a la herencia de los caracteres anatómicos, fisiológicos y funcionales de la descendencia.

Es el estudio de como los rasgos y las enfermedades se heredan de una generación a la siguiente.

El Alzheimer se encuentra dentro de las patologías de carácter genético

En más del 95% de los casos, la enfermedad se ajusta a este modelo, causado por la interacción de los productos de varios genes y factores ambientales. Esto implica que tener un antecedente familiar de Alzheimer aumenta las posibilidades de ser diagnosticado de la enfermedad en el futuro, pero no significa que la vaya a tener.

Partiendo del usuario portador de la patología enfermería indaga sobre sus antecesores y como influye sobre los sucesores.

Enfermería (Según el Plan de Estudios 1993), se define como disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso Integral, Humano, Continuo, Interpersonal, Educativo y Terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Para conocer el riesgo de los integrantes de una familia con antecedentes de Alzheimer enfermería valora la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual esta cursando la familia en un momento determinado.

Esto se realiza a través del *familiograma* que es un instrumento que permite a enfermería y al grupo de salud identificar problemas de salud, genéticos y hereditarios, utilizado en la valoración de las familias, cuando se requiere obtener mayor información en estudios detallados.

La enfermera basándose en una teoría de enfermería aplica como herramienta la *Visita Domiciliaria* que es el encuentro de la enfermera con el usuario y/o familia en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud; y *Consulta de Enfermería* que es un proceso de interacción destinado al abordaje de las necesidades, intereses y problemas de los individuos, promoviendo rehabilitando y recuperando la salud.

Utilizando conjuntamente el instrumentos y herramientas se logra hacer enfermería independiente para la prevención y promoción de la salud.

El artículo publicado en la web en setiembre 2003, de E. Cabrera, C. Yagüe, A. Gallart, A. Zabalegui- "Salud Pública y Genética" –" Nuevos retos para el profesional de enfermería" afirma que:

En Estados Unidos, la Universidad ha incluido en el currículo de Enfermería la genética como parte integral de la formación de sus profesionales, permitiendo que el rol de la enfermera haya adquirido una identidad propia como enfermeras genetistas como expertas en el cuidado integral de la salud, a los individuos y sus familias hacia la prevención.

La enfermera de atención primaria tiene como protagonista de sus cuidados a los individuos y sus familias. Esta situación privilegiada le permite conocer a fondo a las personas y realizar un correcto seguimiento en los procesos de enfermedad y en las diferentes etapas de su ciclo vital.

El programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la semFYC (PAPPS) contempla actividades preventivas y de Educación Sanitaria que forman parte de las funciones que desempeña la enfermera en Atención Primaria, sin embargo en muchas ocasiones el tiempo que se le dedica es insuficiente.

El consejo genético es un proceso dinámico de comunicación en el cual se identifican a

los individuos en situación de riesgo, se les informa de la probabilidad de desarrollar la enfermedad, de transmitirla y de las medidas disponibles para su diagnóstico precoz. La enfermera con conocimientos en genética y con su formación humanista puede desempeñar un papel decisivo en el seguimiento de estas personas.

En el año 1993 se descubrió principal factor genético de susceptibilidad, para la enfermedad de Alzheimer "*El alelo 4 del gen de la apolipoproteína E (APOE)*" que, descrito hasta el momento; además de la predisposición genética, los factores de riesgo mejor establecidos son la edad y el traumatismo cráneo; sin embargo, ninguno de estos factores es necesario ni suficiente para causar la enfermedad, lo que implica la existencia de genes y factores ambientales aun desconocidos.

Según datos extraídos del diario La república en el año 2004, existen aproximadamente 40.000 pacientes con Alzheimer en nuestro país. Existe una media de 3000 nuevos pacientes cada año.

Uruguay se encuentra entre los países con más alta incidencia de la Enfermedad en el Continente.

La cantidad de enfermos está aumentando, además, en tanto afecta estratos mas jóvenes de la población.

La edad es el factor de riesgo más importante. Esto es, a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer Alzheimer.

Sin embargo, la detección de síntomas comienza a partir de 46 a 48 años, está dejando atrás su calificación popular de "enfermedad de viejos", convirtiéndose en una pandemia generalizada.

Una entrevista publicada por la Revista Digital Universitario "El quehacer universitario", realizada por José Duarte Estrada al doctorado en la carrera de Ciencias realizado en el departamento de Biología Celular del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (CINVESTAV) del Instituto Politécnico Nacional (IPN) Raúl Mena acerca PARA NO OLVIDAR: ALZHEIMER afirma que: "La demencia no es consecuencia natural del envejecimiento" la cual define como el proceso neurodegenerativo que clínicamente se caracteriza por demencia e histopatológicamente por la acumulación de lesiones características en el cerebro. "El hallazgo de un cuadro de demencia y de esas lesiones, abunda el diagnóstico y definen la enfermedad del Alzheimer".

"En el ámbito internacional, considero que el hito más importante apareció a fines de los años 90 sobre las investigaciones del Alzheimer, en la cual, un factor de riesgo que se asocia en esa enfermedad se podría asociar con problemas cardiovasculares, esto nos lleva establecer nuevas formas de estudio tratando de prevenir factores de riesgo. El evitar un factor de riesgo de tipo vascular tiene el objetivo de prevenir una forma de Alzheimer."

Raúl Mena señaló en el año 2004 que en la actualidad se han encontrado factores de riesgo asociados al desarrollar la enfermedad y considero que el envejecimiento es el

mayor factor de riesgo. Cada quinquenio se duplica nuestro riesgo de tener Alzheimer. Adentrándose más en este aspecto, resaltó que hay un riesgo considerado como susceptibilidad genética, esto en las neurociencias es la única enfermedad que se asocia con una susceptibilidad genética.

Se estima que una de cada 10 personas de más de 65 años de edad y casi la mitad de las mayores de 85 padecen el mal de Alzheimer, y un pequeño porcentaje de adultos entre 30 años y 40 años también la desarrolla (Asociación Alzheimer de Monterrey, A.C.). Sin embargo, es importante notar que aunque las personas mayores suelen perder la memoria con el paso del tiempo, la inmensa mayoría de las personas de más de 80 años están mentalmente sanas.

La mayoría de los estudios indican que las mujeres tienen más predisposición a padecer la enfermedad de Alzheimer que los hombres. Sin embargo, esta afirmación puede llevar a confusiones ya que por lo general, en su conjunto, las mujeres viven más tiempo que los hombres. Por lo tanto, si las mujeres viven más tiempo que los hombres, es obvio que habrá un mayor número de gente de sexo femenino que pudiera desarrollar la enfermedad. Esto significa que si los hombres vivieran el mismo tiempo que las mujeres y no fallecieran por otras enfermedades o causas, el número de enfermos de Alzheimer sería el mismo para ambos sexos.

El *diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer* se basa primeramente en la historia y la observación clínica y a través de prueba de memoria y de funcionamiento intelectual.

También se realizan análisis de sangre y escáner para descartar diagnósticos alternativos.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se hace averiguando una historia detallada por medio de un familiar o allegado cercano, junto con un examen del estado físico y mental de la persona.

Actualmente existen en desarrollo nuevas técnicas de diagnóstico basadas en el procesamiento de señales electroencefalográficas.

No existe un test premortem para diagnosticar concluyentemente el Alzheimer.

Se están desarrollando nuevos procedimientos para detectar los primeros indicios del Mal de Alzheimer.

Los científicos del Instituto de Neurociencias Blanchette Rockefeller, señalaron que la prueba consiste en la detección de una enzima que reacciona de manera normal en la piel de pacientes de la enfermedad.

Este nuevo método no solo sería fácil y rápido sino que también sería el más preciso en el diagnóstico de la enfermedad que lleva sus víctimas a la demencia, y en última instancia a la muerte.

Según éstos, el Alzheimer estimula un cambio en una enzima llamada "MAP Kinasas Erk ½".

En el examen extraído a personas muertas, debido a diferentes enfermedades, los científicos descubrieron que la enzima tenía un comportamiento diferente cuando el deceso había sido causado por el Alzheimer.

Esta enfermedad afecta a cada persona de diferente manera.

Por ser una enfermedad gradual, es difícil de precisar un momento exacto de comienzo.

Su impacto depende, en gran parte, de cómo era la persona antes de la enfermedad, su personalidad, condición física, estilo de vida.

Clínicamente se caracteriza por la progresiva e irreversible deterioro de la memoria, de las habilidades para realizar hábitos rutinarios, de la orientación en tiempo y espacio, del lenguaje, del pensamiento abstracto y de la habilidad para aprender y efectuar cálculos matemáticos. Cada uno de las etapas del deterioro de la memoria y la pérdida de las funciones mentales superiores de la enfermedad se encuentran bien definidos clínicamente.

Hay dos tipos de enfermedad de Alzheimer, la de aparición temprana y la de aparición tardía. En la primera, los síntomas aparecen antes de los 60 años y, en algunos casos, la enfermedad de inicio temprano se presenta en familias e involucra mutaciones hereditarias autosómicas dominantes que pueden ser la causa de la enfermedad. Hasta ahora, se han identificado tres genes de aparición temprana, que es el tipo menos común, ya que comprende sólo entre el 5 y el 10% de los casos.

La enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío, que es el tipo más común, se desarrolla en personas de 60 años o más y se cree que es menos probable que se presente en familias. La enfermedad de Alzheimer de inicio tardío puede presentarse en algunas familias, pero el papel de los genes es menos directo y definitivo. Es posible que estos genes no provoquen el problema en sí, sino que aumenten la probabilidad de formación de placas y nudos u otras patologías relacionadas con la enfermedad de Alzheimer en el cerebro.

A medida que evoluciona la enfermedad la persona pierde sus capacidades, transitando por diversas *Etapas* que sirven como guía para el progreso de la enfermedad.

La *etapa temprana* se distingue por dificultad en el lenguaje, pérdida de memoria significativa (especialmente reciente), desorientación en el tiempo, dificultad para tomar decisiones, falta de iniciativa y motivación. La persona puede perderse en lugares conocidos, manifestar señales de depresión y agresión y hasta perder el interés en entrenamientos y actividades.

En la *etapa intermedia* la persona puede tornarse muy olvidadiza, especialmente de episodios recientes y nombres de personas. Es incapaz de vivir sola, no puede realizar las tareas del hogar tales como cocinar, limpiar o salir de compras. Necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse. Se pierde en la casa o en el barrio, tiene una acentuada dificultad con el habla, comienza a deambular, muestra otros comportamientos anormales y hasta puede llegar a tener alucinaciones.

En la *etapa tardía* la persona se vuelve totalmente dependiente e inactiva, tiene dificultades para comer, no reconoce familiares, amigos y objetos conocidos. Tiene dificultad para caminar, perderse dentro de su propia casa; puede estar en silla de ruedas o postrada en la cama. Suele comportarse de forma inapropiada en público, tener incontinencia urinaria y fecal.

Como las etapas lo indican, los síntomas empeorarán y serán tendentes a la invalidez funcional del paciente, por lo que cada vez es mayor la dependencia de sus cuidadores y exige una dedicación más y más exclusiva.

El tratamiento de ésta enfermedad se basa en disminuir los síntomas, esto depende de cada usuario.

Los síntomas más comunes de la enfermedad son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas.

La pérdida de memoria llega hasta el no reconocimiento de familiares o el olvido de habilidades normales para el individuo. Otros síntomas son cambios en el comportamiento como arrebatos de violencia en gente que no tiene un historial de estas características. En las fases finales se deteriora la musculatura y la movilidad, pudiendo presentarse incontinencia de esfínteres (incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal).

Desde el enfoque de la Neuropsicología, las alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad de Alzheimer son:

- Memoria: deterioro en la memoria reciente, remota, inmediata, verbal, visual, episódica y semántica.
- Afasia: deterioro en funciones de comprensión, denominación, fluencia y lecto-escritura.
- Apraxia: tipo constructiva, apraxia del vestirse, apraxia ideomotora o ideacional.
- Agnosia: agnosia perceptiva y espacial.

Este perfil neuropsicológico recibe el nombre de Triple A o Triada afasia-apraxia-agnosia. No todos los síntomas se dan desde el principio sino que van apareciendo conforme avanza la enfermedad.

RESEÑA DE SAN JOSÉ DE MAYO

El departamento de San José se encuentra ubicado al sur de la República Oriental del Uruguay distante 90 Km. de la capital del país (Montevideo). Se puede acceder a este desde cualquier punto del país, a través de la Ruta 1 y de las Rutas Nacionales 3 y 11.

Su superficie (4.992 Km²) ocupa el 2,8 % del territorio nacional. Tiene una población total de 103.104 habitantes de los cuales 51.543 son hombres y 51.561 mujeres.

La población predominante son adultos (30 a 64 años) y adultos mayores (> de 65 años).

La ciudad San José de Mayo (capital del departamento) se divide en una zona central (zona céntrica) y 26 barrios (periféricos).

ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ COOP.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

La Asociación Médica de San José Coop. se encuentra ubicada en la ciudad de San José de Mayo, entre las calles: Artigas, Treinta y Tres y Bengoa.

Su misión es prestar asistencia médica integral en todo el departamento de San José, propendiendo a elevar el nivel de salud de la comunidad en el sentido amplio que le da al término la organización mundial de la Salud, con el máximo de calidad y eficiencia, en el marco de un Sistema Federado de proyección nacional y regional.

La AMSJ cuenta con 32.000 afiliados aproximadamente, los cuales pueden acceder a los diferentes servicios que brinda dicha institución, como son:

- Centro de Tratamiento Intensivo
- Centro de Hemodiálisis
- UCEP
- 2 Blocks quirúrgicos
- Departamento de Imagenología
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Laboratorio de Anatomía Patológica
- Internación Sanatorial
- 2 Policlínicas.
- Policlínicas de Curaciones
- Policlínicas de Signos Vitales

ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ COOP.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

La Asociación Médica de San José Coop. se encuentra ubicada en la ciudad de San José de Mayo, entre las calles: Artigas, Treinta y Tres y Bengoa.

Su misión es prestar asistencia médica integral en todo el departamento de San José, propendiendo a elevar el nivel de salud de la comunidad en el sentido amplio que le da al término la organización mundial de la Salud, con el máximo de calidad y eficiencia, en el marco de un Sistema Federado de proyección nacional y regional.

La AMSJ cuenta con 32.000 afiliados aproximadamente, los cuales pueden acceder a los diferentes servicios que brinda dicha institución, como son:

- Centro de Tratamiento Intensivo
- Centro de Hemodiálisis
- UCEF
- 2 Blocks quirúrgicos
- Departamento de Imagenología
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Laboratorio de Anatomía Patológica
- Internación Sanatorial
- 2 Policlínicas.
- Policlínicas de Curaciones
- Policlínicas de Signos Vitales

- Cirugía altamente especializada y Laparoscópica
- Tomografías, Mamografías, Ecografías
- Endoscopia digestiva, ORL y respiratoria
- Colposcopia
- Crioterapia
- Artroscopia
- Asistencia de Urgencia y emergencia centralizada y externa
- etc.

Brinda asistencia a usuarios de ambos sexos, sin límite de edad, que estén afiliados a la institución y que requieran asistencia en cualquiera de los tres niveles de atención, ya sea en la ciudad de San José o en cualquiera de sus seis filiales

Tiene un promedio, al mes, de:

- 283 ingresos.
- 268 egresos.
- 172 cirugías
- 8 fallecidos
- 52 partos (espontáneos, fórceps, cesáreas)

(Según datos obtenidos de Registros Médicos)

FILIALES:

La Asociación Médica de San José Coop. (AMSJ), además del edificio principal cuenta con seis filiales:

- ⇒ Villa Rodríguez
- ⇒ Rincón del pino
- ⇒ Ecilda Paulhier
- ⇒ Puntas de Valdez
- ⇒ Libertad
- ⇒ Ciudad del Plata

La Asociación Médica de San José Coop. Cuenta con tres grandes áreas como son:

- ❖ Sector de internación
- ❖ Emergencia
- ❖ Atención ambulatoria

ATENCIÓN AMBULATORIA

La misma abarca:

- Policlínicas Dr. Acosta Duomarco
- Policlínicas De Especialidades
- Asistencia Domiciliaria

POLICLÍNICA DR. CARLOS ACOSTA DUOMARCO:

La policlínica está ubicada en calle Bengoa 462 entre Treinta y Tres y Artigas.

Esta funciona de lunes a viernes en el horario comprendido entre las 7 y 19 horas y los sábados de 7 a 13 horas.

POLICLÍNICA DE ESPECIALIDADES

La Policlínica de Especialidades de la Asociación Médica de San José se encuentra ubicada en calle Treinta y tres s/n, esquina Zorrilla de San Martín.

Esta funciona de lunes a viernes en el horario comprendido entre las 7 y 19 horas y los sábados de 7 a 13 horas.

Cuenta con médicos de diversas especialidades, realizando policlínicas ya estipuladas en días y horas.

RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTA LA POLICLÍNICA

- 2 Auxiliares de Enfermería (1 por turno).
- 2 Auxiliares de servicio (1 por turno).
- 1 Médico de Medicina General.
- 3 Médicos Otorrinolaringólogos.
- 4 “ Oftalmólogos.
- 3 “ Psiquiatras Infantiles.
- 6 “ Pediatras.
- 3 “ Gastroenterólogos.
- 2 “ Neurólogos.
- 1 “ Alergista.
- 1 “ Anestecista.
- 4 “ Ginecólogos.
- 1 “ Oncólogo.
- 3 “ Psiquiatras.
- 2 “ Nefrólogos.
- 1 “ Endocrinólogo.
- 2 “ Nutricionistas
- 1 “ Cardiólogo.
- 1 “ Psicólogo.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUÑO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Según datos brindados por el servicio de anotaciones de la Institución, concurren a las

Policlínicas de Neurología 160 usuarios al mes.

No se tienen datos sobre el promedio de pacientes con Alzheimer diagnosticado.

TEORÍA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Enfermería: Henderson define la enfermería en termino funcionales: La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud: Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en si misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

Entorno: Tampoco hace una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define al entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"

Persona (paciente): Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son indispensables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades: Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Dichas necesidades son:

1. respirar normalmente
2. comer y beber de forma adecuada
3. eliminar los residuos corporales
4. moverse y mantener la posición deseada
5. dormir y descansar
6. elegir las prendas de vestir-vestirse y desvestirse-
7. mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
8. mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
9. evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
12. trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado

13. jugar o participar en alguna actividad recreativa
14. aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles

SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería:

La enfermera tiene la función única de ayudara los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro del equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del medico, pero apoya su plan si hay algún medico de servicio.

La enfermera esta formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona (paciente):

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Salud:

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Entorno:

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-paciente

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- 1- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- 2- La enfermera como ayuda para el paciente.
- 3- La enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarlo “completo”, “íntegro” o “independiente”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.”

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia.

Como compañeros la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente, sino también las circunstancias y estados patológicos que la alteran.

Henderson dice que la enfermera “debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila.

La relación enfermera-médico:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos.

El plan de cuidados elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

Indica que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

La enfermera como miembro del equipo sanitario:

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto el programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo.

Henderson considera que “la enfermería no debe existir en el vacío. La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando”

JUSTIFICACIÓN DEL USO DE LA TEORÍA

Como futuras profesionales de la salud debemos de tener ciertos conocimientos, criterios, fundamentos, y tendencias que guíen nuestra profesión, cuidados y necesidades.

Para ello elegir una teoría o modelo de Enfermería resulta fundamental a la hora de decidirse, lo cual no es de rigor tener que aplicar una sola teoría ya que podemos complementarlas, intercambiando diferentes conceptos para aplicarlos a nuestra propia experiencia.

Si bien no hay una teoría única que explicita todos los aspectos necesarios para que sirva como única guía, hay una que tomamos como eje central, como teoría madre, de donde se extraen los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de brindar cuidados y asistir a las personas en su proceso salud – enfermedad.

La integración de un modelo de cuidados es imprescindible para definir la contribución específica de la enfermera en la prevención de la enfermedad y la mejora del estado de salud y el bienestar de la persona.

Un modelo de cuidados es una manera de conceptualizar la profesión, vehicular los valores y las creencias respecto al ejercicio profesional y determina su posicionamiento en la práctica. La integración de un modelo, orienta y guía la acción para la práctica la docencia y la investigación.

La teoría que se eligió es la de Virginia Henderson, considerando a esta el punto de partida para las demás teorías.

Esta se basa en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo.

Esta sería la que refleja el proceso degenerativo de la Patología Alzheimer, en la cual el individuo va perdiendo su capacidad de satisfacer las 14 necesidades básicas fundamentales.

Si bien en este proceso degenerativo, el individuo es incapaz de recuperar las capacidades perdidas, la enfermera para proporcionar la mejor asistencia profesional debe de ser capaz de contribuir en la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes.

Esta teoría trata temas fundamentales para poder trabajar con este tipo de personas, como en la definición de enfermería que ofrece, ya antes mencionada, donde se destaca la importancia del individuo, de su familia, y por lo tanto de la sociedad, y la necesidad de ayudar a la gente enferma o sana

Otro punto de relevancia en esta teoría es que es sencilla y describe los problemas de enfermería más frecuentes entre los usuarios, donde la satisfacción de los mismos es crucial.

La enfermera con las herramientas e instrumentos necesarios puede realizar actividades independientes para disminuir el impacto de la carga genética a través de promoción y prevención evitando la insatisfacción de las necesidades básicas fundamentales.

El uso de esta Teoría es eficaz, utilizando el método, y los principios de la administración, organizando y sistematizando el ejercicio profesional y el plan de asistencia, ayudando a planificar los cuidados de enfermería.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUNO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO

METODOLOGICO

Tipo de Estudio:

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es un estudio **Prospectivo**, partimos de la causa "individuo con Enfermedad de Alzheimer" para estudiar la probabilidad de que se produzca o no el efecto en los sucesores.

Según el análisis y alcance de los resultados consiste en un diseño de carácter **Descriptivo** ya que se observan, describen y analizan las situaciones sin interponerse al fenómeno en cuestión.

Población:

Es el conjunto de todos los casos que concuerden con la siguiente especificación: Comprende a usuarios que presentan Enfermedad de Alzheimer que son asistidos en la Asociación Médica de San José y sus respectivas familias.

Muestra:

Comprende a un número de veintisiete usuarios que presentan Enfermedad de Alzheimer que son asistidos en la Asociación Médica de San José y sus respectivas familias.

Tipo de muestra:

La elección de la muestra es **No Probabilística, Por Conveniencia, de tipo Accidental** ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino que se toman en los casos disponibles en el período que abarca la investigación.

Criterios de inclusión:

Individuos que presenten Enfermedad de Alzheimer que son asistidos en la Asociación Médica de San José y sus respectivas familias.

Criterios de exclusión:

- Individuos que presenten la Enfermedad de Alzheimer y no se pueda tener acceso o no presente familiares directos que son asistidos en la Asociación Médica de San José.
- Individuos que presenten la Enfermedad de Alzheimer y familiares directos que no son asistidos en la Asociación Médica de San José.
- Individuos que no presentan la Enfermedad y son asistidos en Asociación Médica de San José.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Sexo: *cualitativa nominal*

Def. Conceptual: condición orgánica que distingue a la mujer del hombre.

Def. Operativa: características sexuales secundarias.

Categorías:

- Femenino
- Masculino

Edad: *cuantitativa continua.*

Def. Conceptual: tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento actual.

Def. Operativa: años cumplidos.

Categorías:

- < a 60
- 60 a 69 años
- 70 a 79 años
- \geq a 80 años

Núcleo familiar: *cualitativa nominal.*

Def. Conceptual: presencia de personas que vive bajo un mismo techo.

Def. Operativa: lo que refiere el usuario.

Categorías:

- Si
- No

Antecedentes familiares: *cualitativa nominal.*

Def. Conceptual: Patología que presentan los familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) del individuo y es conocida por el mismo.

Def. Operativa: antecesoros directos de los individuos en estudio que presenten o no la patología

Categorías:

- Si
- No

Edad de inicio de los síntomas: *cuantitativa continua.*

Def. Conceptual: tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento en que comenzaron los síntomas de la enfermedad.

Def. Operativa: años cumplidos al comenzar con los síntomas de la enfermedad.

Categorías:

- < 60
- 60 - 69
- 70 - 79
- > o = 80

Edad de diagnóstico: *cuantitativa continua.*

Def. Conceptual: tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Def. Operativa: años cumplidos a la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

Categorías:

- < 60
- 60 –69
- 70 – 79
- > 80

Patologías agregadas: *cualitativa nominal.*

Def. Conceptual: Enfermedad o Patología anterior que el usuario ya conoce, siendo esta tratada y/ o controlada o no.

Def. Operativa: Enfermedades que presenta el usuario agregadas a la patología de base.

Categorías:

- *Depresión. Fecha de diagnóstico:*
- *Enfermedades cerebro vasculares (stroke o accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio). Fecha de diagnóstico*
- *Factores de riesgo y Enfermedades Cardiovasculares. Fecha de diagnóstico*
- *Estrés.*
- *Adicciones*
- *Enfermedades endócrinas.*

- Otras enfermedades neurodegenerativas
- Parkinson (*Fecha de diagnóstico*)

Satisfacción de las necesidades básicas: *cualitativa nominal.*

Def. Conceptual: que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

Def. Operativa: Necesidades cubrir para su supervivencia.

Necesidades básicas:

- 1) respirar normalmente
- 2) comer y beber de forma adecuada
- 3) eliminar los residuos corporales
- 4) moverse y mantener la posición deseada
- 5) dormir y descansar
- 6) elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
- 7) mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
- 8) mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
- 9) evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10) comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
- 12) trabajar de tal forma sintiéndose satisfecho con lo realizado
- 13) jugar o participar en alguna actividad recreativa.

- 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Fase de la enfermedad en que se encuentra: *cualitativa ordinal.*

Def. Conceptual: cualquiera de los cambios de una enfermedad.

Categorías:

- inicial
- intermedia
- terminal

Evolución de la enfermedad: *cualitativa ordinal.*

Def. Operativa: grado de evolución que presenta la enfermedad.

Categorías:

- Rápida.
- Moderada
- Lenta

RESULTADOS:

A continuación se mostrarán una serie de cuadros representativos y sus respectivas gráficas sobre la muestra de pacientes que presentan Alzheimer y se asisten en la Asociación Médica de San José Coop.

Cuadro N° 1

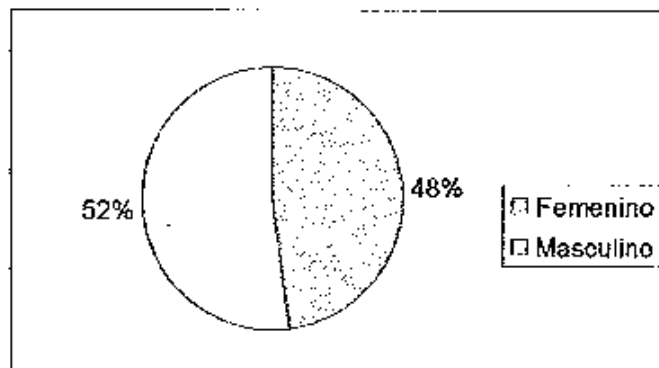
VARIABLE: SEXO

SEXO	FA	FR %
Femenino	14	48,1
Masculino	13	51,9
Total	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Grafico N°1

SEXO DEL USUARIO



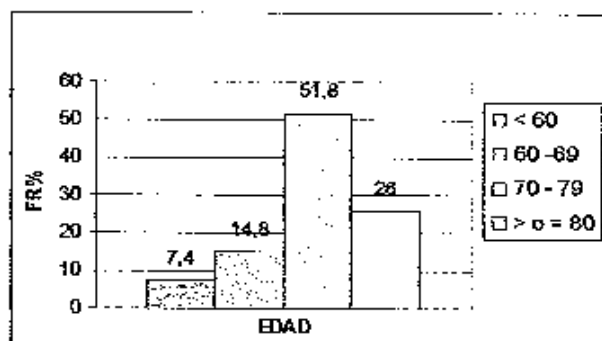
La gráfica representa la distribución de los usuarios de la muestra según sexo, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino.

Cuadro N° 2
VARIABLE: EDAD

EDAD	FA	FR %
< 60	2	7,4
60 -69	4	14,8
70 - 79	14	51,8
> o = 80	7	26
TOTAL	27	100%

Fuente: Planilla de Registros

Gráfico N° 2
EDAD DE LOS USUARIOS



La gráfica representa la distribución de los usuarios de la muestra según edad, el mayor porcentaje corresponde al rango entre 70- 79 años.

Cuadro Nº 3

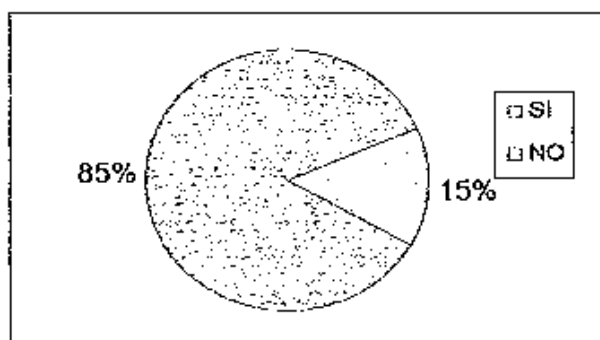
VARIABLE: PRESENCIA DE NÚCLEO FAMILIAR

PRESENCIA DE NÚCLEO FAMILIAR	FA	FR %
SI	23	85,2
NO	4	14,8
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Grafico Nº 3

PRESENCIA DE NÚCLEO FAMILIAR



La gráfica representa que el mayor porcentaje de usuarios de la muestra poseen núcleo familiar, siendo la minoría los que no lo poseen.

Cuadro N° 4

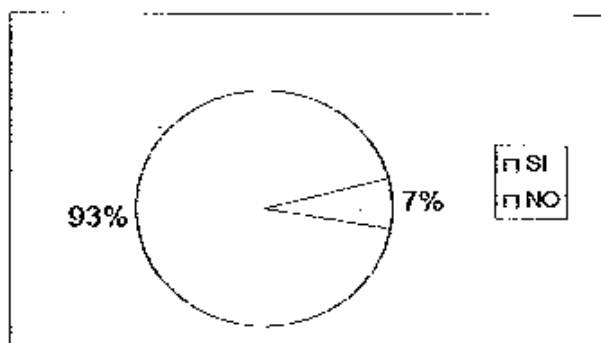
VARIABLE: PRESENCIA DE ANTECEDENTE FAMILIAR

PRESENCIA DE ANTEC. FAMILIAR	FA	FR %
SI	25	93
NO	2	7
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Gráfico N° 4

PRESENCIA DE ANTECEDENTE FAMILIAR



La gráfica representa que el mayor porcentaje de usuarios de la muestra poseen antecedente familiar con enfermedad de Alzheimer.

Cuadro N° 5

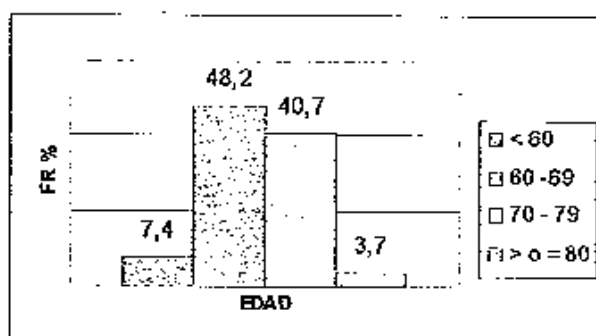
EDAD DE INICIO DE LOS SINTOMAS

EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS	FA	FR %
< 60 - 59	2	7,4
60 - 69	13	48,2
70 - 79	11	40,7
> 80 - 80	1	3,7
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Grafico N° 5

EDAD DE INICIO DE LOS SINTOMAS



La gráfica representa la distribución de los usuarios de la muestra según edad de inicio de los síntomas, los mayores porcentajes corresponden al los rangos entre 60- 69 años y 70- 79 años.

Cuadro N° 6

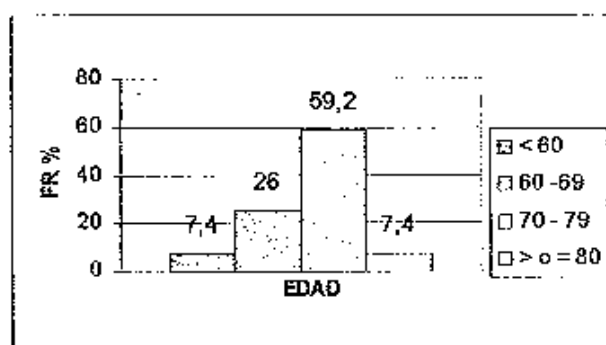
VARIABLE: EDAD DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

EDAD DE DIAGNÓSTICO	FA	FR %
< 60 = 59	2	7,4
60 -69	7	26
70 - 79	16	59,2
> 80 = 80	2	7,4
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Gráfico N° 6

EDAD DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD



La gráfica representa la distribución de los usuarios de la muestra según edad de diagnóstico de la enfermedad, el mayor porcentaje corresponde al rango entre 70- 79 años.

Sin embargo hay que destacar que un porcentaje no despreciable comienzan su enfermedad de forma precoz (antes de los 60 años).

Cuadro N° 7

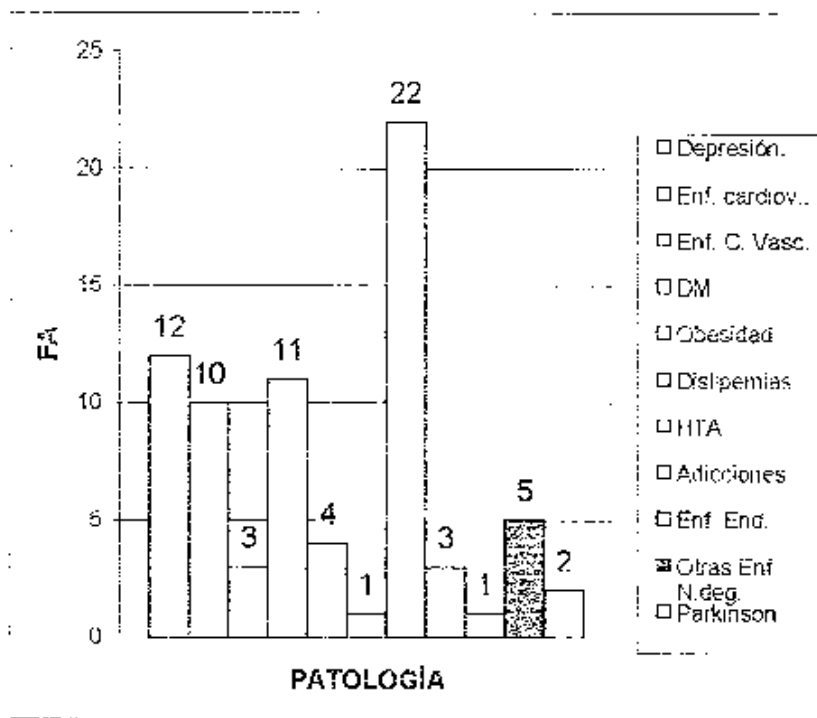
VARIABLE: PATOLOGÍAS AGREGADAS

PATOLOGÍA AGREGADA	FA
Depresión.	12
Enf. Cardiovasculares.	10
Enf. Cerebro vasculares	3
Diabetes	11
Obesidad	4
Dislipemias	1
HTA	22
Adicciones	3
Enf. endocrinas	1
Otras Enf. Neurodeg.	5
Parkinson	2

Fuente: Planilla de Registro

Grafico N° 7

PATOLOGÍAS AGREGADAS



La gráfica representa los usuarios de la muestra con patologías agregadas, donde la mayoría presenta hipertensión arterial, depresión y diabetes mellitus.

Facultad de Enfermería
 Edificio 1003
 Universidad de la República
 Av. Italia s/n Montevideo
 Montevideo - Uruguay

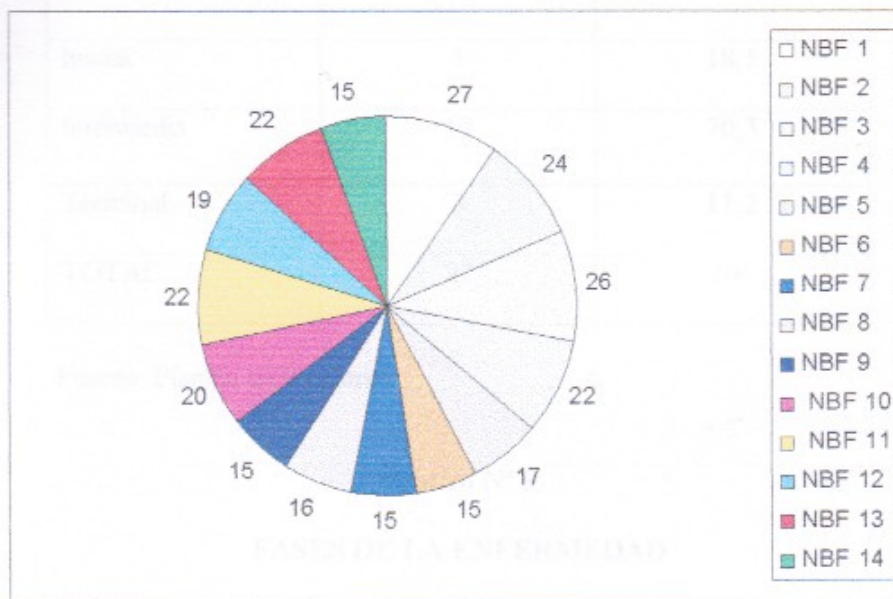
Cuadro N° 8

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS FUNDAMENTALES

NECESIDADES BÁSICAS FUNDAMENTALES	FA
1	27
2	24
3	26
4	22
5	17
6	15
7	15
8	16
9	15
10	20
11	22
12	19
13	22
14	15

Gráfico N° 8

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS FUNDAMENTALES



La gráfica representa la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales de los usuarios de la muestra, donde la mayoría logra respirar normalmente, comer y beber de forma adecuada y eliminar los residuos corporales.

La gráfica representa los índices de la enfermedad en que se encuentran los usuarios de la muestra, donde el mayor porcentaje se ubica en la etapa subaguda.

Cuadro N° 9

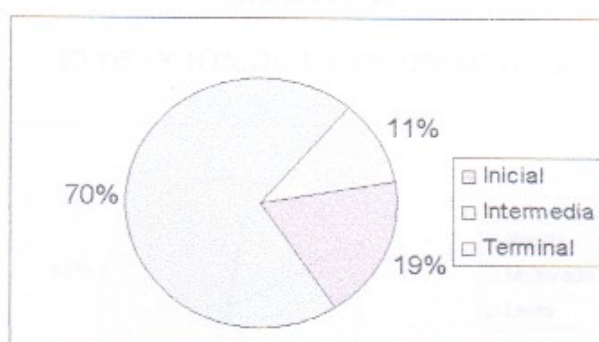
VARIABLE: FASES DE LA ENFERMEDAD

FASE DE LA ENFERMEDAD	FA	FR %
Inicial	5	18,5
Intermedia	19	70,3
Terminal	3	11,2
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Grafico N° 9

FASES DE LA ENFERMEDAD



La gráfica representa las fases de la enfermedad en que se encuentran los usuarios de la muestra, donde el mayor porcentaje se ubica en la etapa intermedia.

Cuadro N° 10

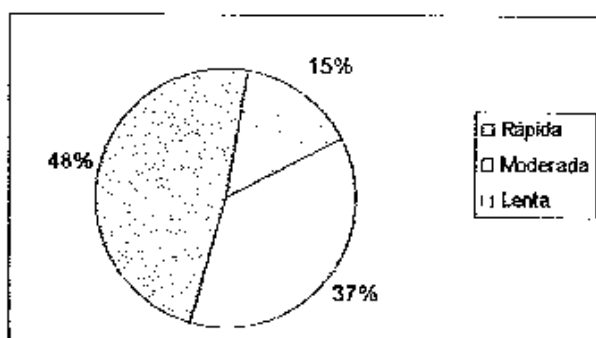
VARIABLE: EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	FA	FR %
Rápida	4	14,8
Moderada	10	37
Lenta	13	48,2
TOTAL	27	100

Fuente: Planilla de Registros

Grafico N° 10

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD



La gráfica representa la evolución de la enfermedad que cursan los usuarios de la muestra, donde el mayor porcentaje tiene una evolución lenta de la misma.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Un indicador es una característica o variable que se puede medir.

Los indicadores de salud son necesarios para poder:

- Analizar la situación actual.
- Hacer comparaciones.
- Medir cambios en el tiempo. *

Para cuantificar los resultados obtenidos durante la investigación utilizamos los siguientes indicadores

De estructura:

1) Accesibilidad geográfica:

Es la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud. Posibilidad de tener los servicios en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable.

Con este indicador se pretende medir cual accesible es el traslado del usuario desde su domicilio a la Asociación Médica de San José Cooperativa (AMSJ).

Indicador relacionado a los usuarios:

Distancia a la AMSJ:

- menos de 3 Km. – 19 usuarios
- de 3 a 20 Km. – 1 usuario
- mas de 20 Km. – 7 usuarios

* Vaughan, Morrow (1989: 17)

El **30%** de los usuarios incluidos en la investigación no cuentan con accesibilidad geográfica directa desde su domicilio hasta la Asociación Médica de San José Cooperativa.

De proceso:

2) Rendimiento:

Es el número de actividades producidas por una unidad de recursos utilizados.

Con éste indicador se procura medir las visitas domiciliarias realizadas relacionando las mismas con los recursos utilizados (siendo éstos: tiempo empleado y recursos humanos).

De resultado directo:

3) Cobertura:

N° de usuarios que presentan Antecedentes familiares de Alzheimer $\times 100 = 93\%$

Total de la muestra

4) Eficacia:

Logro del objetivo $\times 100 = 90\%$

N° de usuarios atendidos

ANÁLISIS

De 30 usuarios que presentan patología de Alzheimer que fueron asignados por los Médicos Neurólogos de la Policlínicas de Neurología de la Asociación Médica de San José, se estudiaron 27 casos (90 %) a través de la revisión de la Historia Clínica y realización de Visita Domiciliaria.

El 10 % restante de la población no se incluyó en la investigación por las siguientes causas: inaccesibilidad geográfica, negación a participar de la investigación, fallecimiento.

Para el estudio de los usuarios y su familia se seleccionaron una serie de variables que nos permitieron describir su condición actual y los antecedentes personales y familiares.

En lo que respecta al usuario:

Se considera a la edad uno de los factores de riesgo más importante, de la muestra el 77,8 % son adultos mayores y ancianos, lo que concuerda con la teoría ya que a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer Alzheimer.

La mayoría de los estudios indican que las mujeres tienen más predisposición a padecer la enfermedad de Alzheimer que los hombres lo que coincide con esta población ya que el 51,9 % es femenino y el 48,1% masculino. El 85,2 % presenta núcleo familiar esta variable nos muestra el grado de contención que presenta la persona, enfatizando el rol que ocupa la familia en este tipo de usuarios.

A medida que avanza la enfermedad el deterioro intelectual y el grado de dependencia se acrecienta.

Disminuye la capacidad para satisfacer de las 14 necesidades básicas fundamentales establecidas por la Teorizante Virginia Henderson que equipara la salud con la independencia.

Dentro de las mismas, las menos cumplidas son: elegir prendas de vestir, vestirse y desvestirse; mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno; evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros; mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos, entre otros.

Lo que respecta a manifestación de los síntomas en el 48,2% tuvo su inicio entre los 60 y 69 años de edad, siguiendo con el 40,7% entre los 70 y 79 años. El diagnóstico de la enfermedad se realizó en la mayoría de los casos entre los 70 y 79 años (59,2%). Esto puede explicarse por el comienzo insidioso de la enfermedad, en donde los síntomas no suelen ser muy evidentes y en muchos de los casos pueden ser confundidos con el proceso normal de envejecimiento.

Dentro de las patologías agregadas a la enfermedad, las más frecuentes fueron hipertensión arterial, depresión, diabetes, y enfermedades cardiovasculares respectivamente.

Las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo que se asocian a la enfermedad de Alzheimer.

El 70,3 % de la población se encuentra en la fase intermedia de la enfermedad, y el 48,2% tiene una evolución lenta.

A través del familiograma revelamos que; en lo que respecta a los antecesores de los 27 pacientes en estudio: 14 presentaron familiares de primer grado con Enfermedad de Alzheimer, 6 usuarios presentaron como antecedente, además de EA, otras Patologías Neurodegenerativas en su mayoría Parkinson, y las restantes 5 personas contaban como AF de Patologías Neurodegenerativas que no era Alzheimer.

De esto se revela además que 4 pacientes contaban con AF de primer y segundo grado, 10 pacientes con AF de primer grado y once con AF de segundo grado.

Los sucesores de los integrantes de la muestra (hijos, nietos, bisnietos) además del factor genético cuentan con factores de riesgo no genético para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer; 55 hijos de los usuarios en estudio presentaban hipertensión, estrés, depresión, consumo de alcohol, tabaquismo, factores que consideramos importantes en el desarrollo e incidencia de la patología.

Un porcentaje mínimo de los nietos y bisnietos de estos pacientes presenta factor de riesgo para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer. Esta realidad se puede asociar a que la totalidad son niños, jóvenes y adultos jóvenes, los cuales si bien cuentan con la

carga genética, no han desarrollado los de más factores que aumentan las probabilidades de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer y otras Patologías Neurodegenerativas.

Para cuantificar los resultados obtenidos durante la investigación utilizamos los indicadores de estructura y resultado directo.

Según el indicador de estructura, 8 de los usuarios incluidos en la investigación no cuentan con accesibilidad geográfica a las Policlínicas de Neurología de AMSJ Coop.

Conforme con los resultados directos, 25 integrantes de la muestra presentan antecedentes familiares de Alzheimer u otra patología Neurodegenerativa, ya sea de primer o segundo grado, se destaca que según nuestra población en estudio el factor genético influye directamente en el desarrollo de ésta demencia.

CONCLUSIÓN

En cuanto al objetivo general planteado al principio de nuestra investigación “Conocer la predisposición de factores genéticos para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan, y se asisten en Asociación Médica de San José Cooperativa en el período comprendido entre los meses: setiembre y octubre del año 2007” consideramos haberlo cumplido.

Logramos establecer que en un elevado porcentaje de los casos aparecen antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer; si bien el factor genético influye en la aparición de la enfermedad, deben sucederse otros factores para que la misma se desarrolle.

La enfermera tienen una función esencial en la prevención de la Enfermedad de Alzheimer es fundamental en la educación a la población en riesgo, promoviendo la importancia de la evaluación y el diagnóstico temprano para retrasar el desarrollo de la enfermedad, (ya que esta que es una enfermedad crónica e irreversible tendiente al deterioro general de quien la padece) y preservar al individuo con calidad de vida.

Enfatizamos el rol de la Enfermera Comunitaria, que trabajando en conjunto con el usuario y su familia, conoce sus necesidades, intereses y problemas; en base a esto realiza educaciones para la salud basados en la detección y prevención de los factores de

riesgo modificables y conocidos en la actualidad que pueden desencadenar esta patología.

Esta necesidad surge de los datos obtenidos de la población estudiada, previo diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer: 22 usuarios presentaron IITA, y 12 depresión.

En lo que refiere a los descendientes de los pacientes: más de un 50% de los casos presenta factores de riesgo cardiovasculares, y más de un 60% sufren de estrés.

Esto sumado a la carga genética representa un porcentaje mayor a 60% de descendientes con probabilidades altas de padecer la enfermedad.

Consideramos fundamental la participación de un equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida no solo del paciente sino de la familia. En el paciente con el fin no de aumentar el número de años que pueda vivir, sino que estos sean satisfactorios física y mentalmente. En su familia, para prevenir el desarrollo de la patología en usuarios con carga genética.

Estados Unidos y algunos países europeos ya han puesto en marcha programas específicos para la formación de expertos genetistas y la incorporación de las enfermeras en los equipos de consejo genético.

Esperamos que en nuestro país, en unos años, los profesionales de enfermería bien formados se incorporen en equipos multidisciplinarios en los que se realice investigación, desarrollo de nuevas terapias génicas o seguimiento y prevención de familias e individuos. Asimismo, las enfermeras bien formadas podrán educar a la población, dándoles a conocer sus factores de riesgo y ofreciéndoles la oportunidad de modificar comportamientos perjudiciales para su salud.

Sería de gran valor para la investigación haber contado con datos epidemiológicos sobre la población que padece esta enfermedad y están afiliados a la AMSJ así como los de todo el Departamento de San José para poder saber si nuestra muestra es representativa.

Por este motivo, ajeno a nosotras, es que no podemos referirnos a porcentajes, ya que desconocemos el universo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alois Alzheimer ,1906.
- Asociación de Alzheimer de Monterrey.
- Benjamin C. Genetic Education in European Countries. Ed. Rodney Harris,
<http://www.medicine.man.ac.uk/GenEd/default.htm>. (Septiembre 2003)
- BRUNNER, SUDDARTII. "Enfermería Medicoquirúrgica". Editorial Interamericana. Octava edición. México, 1996
- Cabrera, Yagüe, Gallart, Zabalegui - "Salud Pública y Genética" setiembre 2003.
- Dularte Estrada José, Publicación revista Digital Universitario, Edic. 2004.
- Manual Merck de Medicina. Décima Edición.
- Mena Raúl, 2004.
- Pineda, Alvarado, Canales "Metodología de la Investigación" OMS-OPS segunda edición Washington DC 1994
- Polit. Denise. Investigación Científica en ciencias de la salud. MC .
- Selmes Jacques y Selmes Micheline Antoine "Vivir con.....la enfermedad de Alzheimer ". Edición en Español. Francia 2.000
- <http://www.who.int.es/Alzheimer>
- <http://www.terra.es/personal3/mcalbab/>
- [http:// www.stoplaz.org/envejecimiento normal o demencia](http://www.stoplaz.org/envejecimiento_normal_o_demencia)

- <http://www.uruguay solidario.org.uy>
- <http://www.uruguayescribe.net>[http:// dominio uruguay.com](http://dominio uruguay.com)
- <http://www.audass.com.uy>
- <http://www.biopsicologia.net>
- <http://www.larepublica.com>

CRONOGRAMA DE GANTT:

Meses: Año 2006 / Año 2007

ACTIV.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Conformación del Grupo														
Tutorías														
Búsqueda Bibliográfica														
Elaboración del Protocolo														
Coordinación con la Institución														
Recolección de Datos														
Análisis de Datos														
Redacción del Informe														
Presentación														

ANEXOS:

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESPUNO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 1

HISTORIA DE LA ENFERMERA EN GENÉTICA

Nuevos retos para el Profesional de Enfermería

E. Cabrera, C. Yague, A. Gallart, A. Zarallegui

(España – setiembre 2004)

Historia de la formación de la enfermera en genética

La formación académica de la enfermera ha tenido trayectorias diferentes en los países europeos y Estados Unidos. Hace 30 años ya se sugirió en Estados Unidos la necesidad de incluir contenidos sobre genética humana en los curriculum de enfermería. Desde entonces la incorporación ha sido gradual y hoy en día existen programas específicos para la formación de profesionales especialistas en consejo genético (*genetic counsellor*). Además, cuentan con organizaciones de ámbito nacional que apoyan la incorporación de principios de genética humana en la formación de la enfermería y en la práctica clínica. Gracias a estos impulsos hoy la enfermera americana ha integrado la genética en su atención y cuidado asistencial. La enfermera oncológica realiza evaluaciones de riesgo de presentar cáncer y da apoyo y consejo a familias y personas de riesgo. En estas funciones se han incorporado las enfermeras cardiológicas que actúan detectando a sobre individuos y familias con riesgos de hipertensión e hipercolesterolemia hereditaria.

En Reino Unido se cuenta con cerca de 200 profesionales de enfermería expertos en consejo genético y el Sistema de Salud tiene como una de sus máximas prioridades aumentar su preparación y formación, formando cincuenta nuevos especialistas en consejo genético en los próximos cinco años. Se reconoce como una profesión emergente a la cual se le pretende dar una identidad propia.

El quinto Programa Marco de la Unión Europea aprobó un programa multicéntrico que analizaba la estructura en educación en genética en cinco países europeos. El objetivo del proyecto era analizar la formación de los profesionales de atención primaria, médicos, enfermeras, matronas y clarificar las necesidades formativas de los profesionales que imparten consejo genético en los cinco países. Los participantes fueron: Francia, Alemania, Holanda, Suecia y Reino Unido. Los resultados fueron interesantes pero dispares, en general se evidenció una necesidad de implementar la formación en genética en Europa.

En España los actuales planes de estudios que conducen al título de Diplomado en Enfermería se rigen por las directrices generales publicadas en el BOE el año 1990 (Real Decreto del 26 de octubre de 1990) los cuales señalan los contenidos "fundamentos de genética" como parte de la asignatura Estructura y Función del Cuerpo Humano. En la actualidad la formación en genética que reciben las enfermeras españolas viene dado principalmente en la formación de la especialidad de matrona (muy limitada) y en cursos de postgrado específicos de Enfermería.

Todos los profesionales que ofrecen consejo genético y estudios genéticos deberían tener la formación adecuada y estar preparados para responder las preguntas e inquietudes que los individuos y sus familias pueden tener. La Sociedad Americana de

Enfermería oncológica se posiciona de manera rotunda afirmando que en todos los curriculum de enfermería deberían incluirse contenidos en genética

La formación de enfermeras especialistas debe ser mucho más específica y permitir que las enfermeras que deseen obtener una mejor formación o trabajar en centros genéticos puedan acceder a cursos de postgrado o master que les acredite como enfermeras genetistas.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUÑO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 2

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN EN AMSJ Coop.**

San José, junio del 2007.

Jefe de Dirección Técnica de Asociación Médica de San José Coop,

Dr. Fernando Gutiérrez,

Presente:

Quienes suscriben, los abajo firmantes, estudiantes de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo, solicitamos a usted la autorización para realizar nuestra investigación científica en la Asociación Médica de San José Coop, la misma tiene como objetivo general: "Conocer la predisposición de factores de riesgo para desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en familiares de primer grado de pacientes que la presentan", y objetivos específicos: Estudiar la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer; Seleccionar las Teorías de Enfermería que se adapten a la investigación planteada; Elaborar instrumentos de registro para la recolección de los datos; Captar a los individuos que serán objeto del estudio; Describir y analizar los datos recabados.

La tutora a cargo de la Investigación es Prof. Sub. Rogante MG. Miriam Costabel.

Para la realización del mismo, es necesario acceder a las Historias Clínicas y a los usuarios a través de visitas domiciliarias.

Teniendo en cuenta la confidencialidad que el manejo de la Historia Clínica exige, queremos transmitir a usted y por su intermedio a las autoridades institucionales, así como también a los pacientes involucrados si así lo amerita, la seguridad de que habremos de llevar a cabo un manejo ético y responsable de dicho documento.

Saludamos a Ud. Atentamente,

Br. Marianela Bravo,

Br. Rossana Bruccoleri,

Br. Fabiana Goldoni,

Br. Patricia Portal,

Br. Leticia Rebollo,

ANEXO N° 3

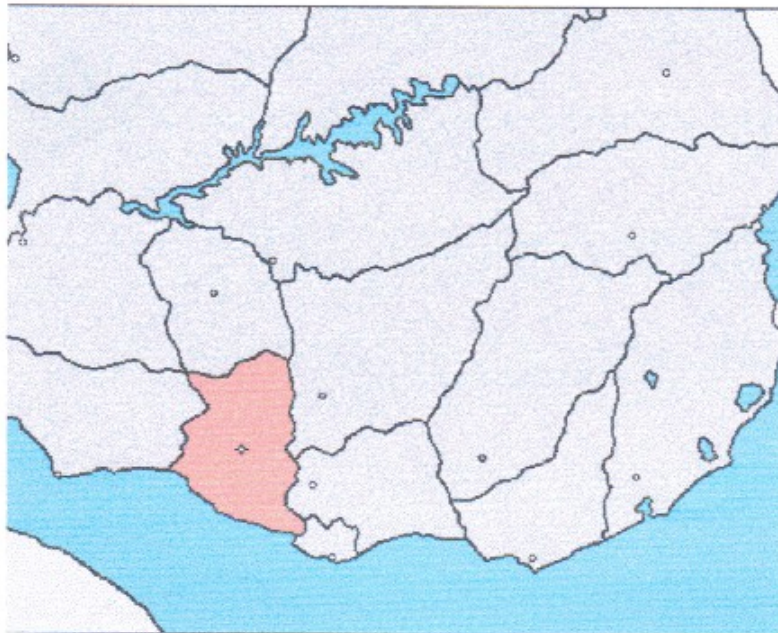
CIUDAD DE SAN JOSÉ DE MAYO

En el siguiente mapa se representa la zona centro sur de la ROU:

San José se encuentra al sur del País. Limita al Norte con el Departamento de Flores y, al Este con los de Florida y Canelones.

A éste lo separa de Montevideo el río Santa Lucía.

Al Sur cuenta con un amplio litoral costero sobre el Río de la Plata y, al Oeste limita con el Departamento de Colonia.



Vista aérea de la ciudad de San José de Mayo



La Ciudad San José de Mayo (Capital del Departamento de San José) se divide en una zona central (zona céntrica) y 26 barrios (periféricos).

La AMSJ se encuentra ubicada en la zona céntrica de la ciudad, a pocos metros de la Plaza Principal (Plaza de los Treinta y Tres Orientales), entre las calles:

Becerro de Bengoa, Treinta y Tres y Gral Artigas.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUZO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 4

ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ COOPERATIVA.

DESCRIPCIÓN DEL BARRIO DONDE SE ENCUENTRA UBICADA

LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ COOP.

La Asociación Médica de San José Coop. (AMSJ) se localiza en la zona céntrica la cual esta delimitada por las calles: Luis A. de Herrera, Di Martino, Ciganda, Lavalleja, B. Bengoa, Rincón, Av. Manuel de Rodríguez, Figueroa, Batlle Berres, Montagne, Zorrilla de San Martín, Rivera, J. Blanco, 18 de Julio, Soriano, Ciganda y Montagne.

La zona se caracteriza por tener suelo firme, calles betuminizadas y veredas, en su mayoría, en buenas condiciones. Presenta buena iluminación y señalización (cebras, semáforos, carteles de señalización, etc).

En cuanto a las viviendas son construcciones antiguas, de material, acondicionadas, predominando las casas familiares y comercios. El tipo de material predominante en estas construcciones es el ladrillo y los bloques, mientras que los techos son, en su mayoría, de planchada o chapa.

Existe suministro de agua potable, energía eléctrica y saneamiento en toda la zona.

La recolección de residuos es diaria.

Los vehículos preponderantes son los autos, las motos y las bicicletas; la zona cuenta con un ómnibus urbano el cual recorre la ciudad de San José de Mayo.

Recursos de la Zona

Al ser una zona amplia, esta cuenta la mayoría de los servicios que necesita una persona para satisfacer sus necesidades básicas.

• **SALUD:**

- UCOR (Ituzaingó y Bengoa).
- AMSJ (Bengoa y Treinta y Tres).
- UDEMM (Luis A. de Herrera 433).
- Medica Uruguaya (Batlle y Colón).
- Círculo Católica (Artigas 338).

• **EDUCACIÓN:**

Pública:

- Escuela N° 45 (Asamblea y Artigas).
- Escuela N° 46 y N° 105 (Artigas 623).
- Escuela N° 50 (Di Martino y Ciganda).
- Escuela N° 95 de Recuperación Psíquica (Ansina 577).
- Jardín N° 97 (Espinola y Solis).
- Liceo Departamental N° 1 (Sarandi 624).
- UTU (Sarandi 694).
- Instituto de Formación Docente (Batlle y Di Martino).

Privado:

- Colegio y Liceo Sagrada Familia (Asamblea 702).
- Colegio y Liceo del Huerto (18 de Julio 663).

♦ **EDUCACIÓN NO FORMAL:**

- UNAMA.
- ORT.
- Centro de Músicos Maragatos.
- Centro de Lenguas Extranjeras.
- Institutos privados de idiomas.
- Hogar Católico.

♦ **ALIMENTACIÓN:**

- Comedor Municipal (Ituzaingo y Larrañaga).

♦ **ASESORAMIENTO JURÍDICO:**

- Juzgado de Paz de 1º sección.
- Juzgado Letrado de 1º y 2º turno.

♦ **SECCIONALES POLICIALES:**

- Jefatura de Policía (Artigas y Bengoa).

- Seccional 1º (Bengoa y Artigas).
- Comisaría de la Mujer (Oribe y Asamblea).

♦ **CENTROS CULTURALES:**

- Museo Departamental.
- Casa de la Cultura.
- Biblioteca Municipal.
- Teatro Maccio.
- Iglesia Catedral.
- Capilla Nuestra Sra. del Huerto.

♦ **OTROS SERVICIOS:**

- Intendencia Municipal de San José.
- Bomberos.
- UTE.
- OSE.
- ANTEL.
- Correo.
- Comercios varios.
- Salas bailables.
- Terminal de ómnibus.
- AFE.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESPUNO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- BROU.
- ACAC.
- Banco Comercial.
- Banco Hipotecario.
- BPS.
- Estaciones de servicio.

HISTORIA DE ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN JOSÉ:

1963: El 30 de agosto, un grupo de médicos de distintos lugares del departamento, San José, reunidos en el Hospital de San José fundan la Asociación Médica.

1966: Con la participación y promoción de la Asociación nace la Federación Médica del Interior.

Hoy en día, es el único Sistema Nacional de Salud Privada que cubre todo el territorio Nacional.

1985: Se adquiere por parte de la Asociación Médica el Sanatorio de San José SA.

1986: Se incorporaron todas las técnicas de endoscopias y a se automatizó el laboratorio de Análisis Clínicos.

1987: Se inaugura el primer centro de tratamientos Intensivo de adultos y se adquiere un equipo para realizar ecografías de última generación.

1990: Se inaugura La UCFP (unidad de cuidados especiales pediátricos).

1992: Comienza a funcionar el centro de hemodiálisis que en coordinación con cooperativas de la Regional centro sur del Sistema FEMI, y el MSP, presta asistencia a pacientes de la zona sur del país.

1995: Se inaugura el Sanatorio de Libertad, el que permita ofrecer un servicio de internación sin mayores traslados.

1996: Se inaugura el nuevo edificio de Policlínicas en la capital departamental, el que recuerda a un gran pionero de la medicina en San José, al Dr. Carlos Acosta Duomarco, y se inicia un proceso de obras en el interior del departamento con el objetivo de acercar la mayor tecnología médica de cada rincón de San José.

Entre este año y el siguiente se inauguran las nuevas filiales en Ecilda Paullier y Rincón del Pino.

1998: Paralelamente a las mejoras realizadas en las ciudades y centros poblados del interior, en la capital departamental se adquiere el primer tomógrafo y el primer mamógrafo del departamento.

Ese año también se desarrollaron las Policlínicas barriales en la ciudad de San José de Mayo, apostando desde entonces a la Atención Primaria de la Salud y a la Medicina Preventiva.

1999: Se inaugura la nueva estructura asistencial en Playa Pascual , cubriendo así todo el corredor vial del MEROSUR, con bases asistenciales distribuidas a lo largo del mismo y unidades equipadas con CTI móvil.

Este mismo año se crea el Centro de Tratamiento Oncológico de Radioterapia, el que se encuentra ubicado en la ciudad de Florida.

2003 - 2007: Se está construyendo el nuevo Sanatorio el cual se inaugurará en enero del año 2008.

CANTIDAD DE AFILIADOS POR CONVENIO:

Nombre del Convenio:	Cantidad:
D.I.S.S.E	14.537
LIGA DE FUTBOL DE SAN JOSE	1
TECNICOS Y EMPLEADOS(pasivos)	45
MEDICOS Y FAMILIARES(pasivos)	18
EMERGENCIA MEDICA MOVIL	886
A.P.L	290
CASSIQ	35
SEMA	1.329
CONAPROLE	898
CONV. MEDICOS SUPLENTE	63
ANTEL	191
MUNICIPALES(pasivos)	251
B.R.O.U	40
O.S.E	170
POLICIALES	1.155
U.T.E	193
FEMI CAUTE-ANTEL	13
D.I.S.S.E –JUBILADO	2.305
SOCIOS VITALICIOS	37
A.J.P. DE SAN JOSE	1.132
A-N-P.L	325
A.J.P MAGISTERIO	52
ADEMU	643

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 DEPARTAMENTO DE ESFUÑO
 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

C.O.F.E	422
MEDICOS Y FAMILIARES (activos)	167
A.F.E	77
GRUPO FAMILIAR DE	293
POLICIALES	19
CASET- FEMI (empresa transportista)	34
COFE- JUBILADOS	133
S.E.M.I. MEDICOS	458
TECNICOS Y EMPLEADOS (activos)	171
A.F.B.U (bancarios)	59
MOLINOS SAN JOSE S.A.	14
BIENESTAR UNIVERSITARIO	32
ANTEL FAMILIARES	42
JUNTA DEPARTAMENTAL	94
A.U.T.E.- SAN JOSE	279
CENTRO CIAL. E IND. DE SAN	136
JOSE	17
FUNCIONARIOS DE LA A.M.S.J.	97
CENTRO CIAL. E IND DE	179
LIBERTAD	362
EX DISSE JUBILADOS	1.241
DOCENTES SECUNDARIA- BPS	7
EDUCACION PRIMARIA- BPS	312
MUNICIPALES (activos y familia)	1
PODER JUDICIAL- BPS	4.299
BROU (retenidos)	
C.A.SE.MED.	
INDIVIDUALES	

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ESFUERZO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO Nº 5

PLANILLA PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Paciente N°

FORMULARIO:

Sexo:

Edad:

Raza

- Blanca.
- Mestizos.
- Negra.

Núcleo familiar

- Si
- No

Antecedentes familiares:

- Si
- No

Edad de inicio de los síntomas

Edad del diagnóstico.

Patologías agregadas (edad de inicio):

- Depresión

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades cerebro vasculares
- Diabetes
- Obesidad
- Dislipemias
- Hipertensión arterial
- Adicciones
- Enfermedades endocrinas
- Otras enfermedades neurodegenerativas
- Parkinson y edad de inicio de la misma

Satisfacción de las necesidades básicas:

- 1) respirar normalmente
- 2) comer y beber de forma adecuada
- 3) eliminar los residuos corporales
- 4) moverse y mantener la posición deseada
- 5) dormir y descansar
- 6) elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
- 7) mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
- 8) mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
- 9) evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.

- 10) comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) realizar practicas religiosas según la fe de cada uno
- 12) trabajar de tal forma sintiéndose satisfecho con lo realizado
- 13) jugar o participar en alguna actividad recreativa
- 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles

Fase de la enfermedad en que se encuentra:

- inicial
- intermedia
- terminal

Evolución de la enfermedad:

- Rápida,
- Moderada
- Lenta

NÚCLEO FAMILIAR DEL PACIENTE:













FLIA	Edad	Enf. N.dcg.	Alz.	Depre- sión	Enf CV	IITA	Enf. C.vasc	Enf. Endoc.	Adic- ción	Estrés
Abuelo materno										
Abuela materna										
Abuelo paterno										
Abuela paterna										
Madre										
Padre										
Tíos maternos										
Tíos paternos										
Hermanos										
Medio hermano										
Esposa/o conyuge/ madre de hijos										
Hijos										
Nietos										
Bisnietos										

ANEXO N° 6

Instrumento para recolección de la información

FAMILIOGRAMA

REFERENCIAS:

	Parkinson
	Alzheimer
	Enf. Neurodegenerativa
	Depresión
	Estrés
	Enf. Cerebro vascular
	Diabetes
	HTA
	Enf. Cardiovascular
	Obesidad
	Enf. Endocrina
	Adicciones

HISTORIA FAMILIAR

Datos patronímicos de Caso índice

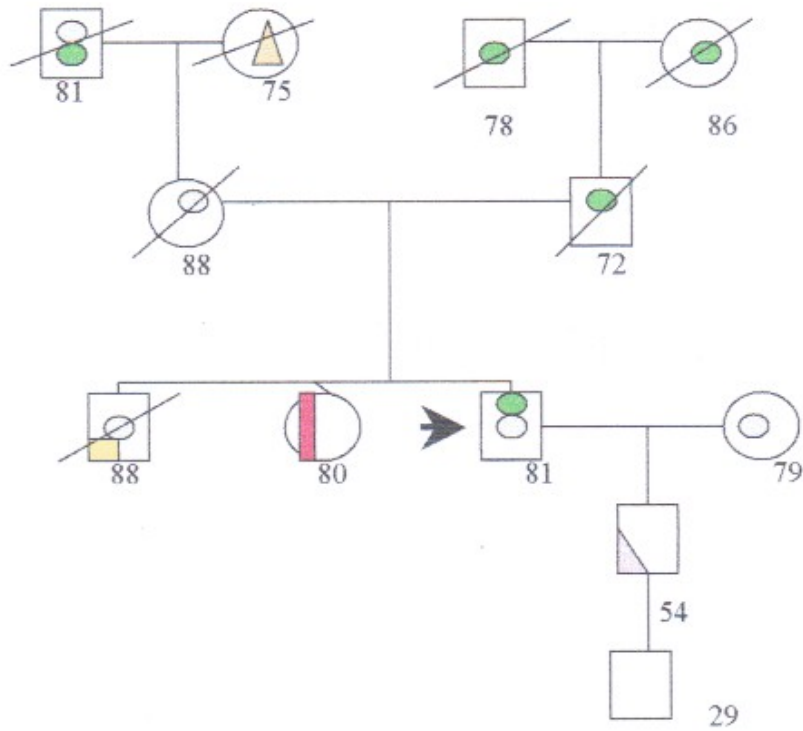
Paciente N° :

Edad: 81 años

Diagnóstico: Alzheimer

Fecha de Diagnóstico de la Enfermedad: Setiembre 1999

Genealogía gráfica



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE PSFONO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO N° 7

CUIDADOS DEL ENFERMO DE ALZHEIMER – AUDDAS

CONVIVIENDO CON UNA PERSONA CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER - SUS CUIDADOS

En estos casos el dar cuidados puede ser difícil, pero hay maneras de manejar la situación:

Establecer rutinas pero mantener las cosas normales:

Una rutina puede disminuir las decisiones que se deben tomar y traer orden y estructura en la que, de otra manera sería una vida confusa. Una rutina puede representar seguridad para una persona con la enfermedad de Alzheimer. A pesar de que una rutina puede ser útil es importante mantener las cosas lo más normales posibles. En la medida que lo permita, se debe tratar a la persona de la misma manera que se hacía antes de su enfermedad.

Mantener la independencia de la persona:

Es necesario que la persona conserve su independencia el mayor tiempo posible; esto ayuda a mantener la autoestima.

Ayudar a mantener la dignidad de la persona:

Recuerdan que la persona es un individuo con sentimientos, y lo que ud. y otros digan y hagan puede molestar. Evite discutir la condición de la persona delante de ella.

Simplificar las tareas:

No se debe ofrecer muchas posibilidades para elegir.

La seguridad es importante:

La pérdida de coordinación física y de la memoria aumenta la posibilidad de lesionarse.

Estimular la salud física:

Esto ayuda a mantener las habilidades físicas y mentales de la persona.

Ayudar a aprovechar las habilidades de la persona:

Algunas actividades pueden aumentar la dignidad y autoestima de la persona dándole un propósito y un significado a la vida.

Como la enfermedad de Alzheimer es progresiva, las habilidades, y lo que le gusta y no le gusta puede cambiar con el tiempo..

Mantener la comunicación:

A medida que la enfermedad progresa la comunicación puede ser difícil:

- asegúrese de que la persona vea y escuche bien.
- hable claro, pausado y cerca de los ojos.
- preste atención al lenguaje corporal del enfermo.
- asegúrese de tener la atención de la persona antes de hablarle.

Usar ayuda-memoria:

En la primera etapa de la enfermedad pueden ayudar y evitar confusiones.

Baño e higiene personal:

El enfermo puede olvidarse del baño o considerarlo no necesario, en esta situación es importante respetar la dignidad de la persona al ofrecerle ayuda.

Vestimenta:

A menudo se olvidan de como vestirse y puede no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa, veces aparece en publico con ropa inadecuada.

Cocina:

La persona con esta enfermedad puede olvidarse de cómo cocinar, si la persona vive sola esto acarrea grandes problemas y es un riesgo; ya que la falta de coordinación física puede ocasionar cortes y quemaduras.

Alimentación:

A menudo se olvidan si ya comieron o no o de cómo usar los cubiertos: en las ultimas etapas de la enfermedad la persona deberá ser alimentada; también aparecerán algunos problemas físicos como el no poder masticar bien o tragar.

Alcohol y cigarrillo:

Si la persona con la enfermedad bebe alcohol moderadamente no hay problema, siempre que el mismo no interfiera con la medicación. Los cigarrillos son algo más peligrosos porque también existe la posibilidad de incendio.

Sueño:

La persona con la enfermedad puede estar inquieta durante la noche y molestar a la familia, pudiendo ser este uno de los problemas más cansadores que tenga el cuidador.

El comportamiento repetitivo:

La persona con la enfermedad de Alzheimer se puede olvidar de lo que dijo de un momento a otro, y repetir la pregunta y las acciones una y otra vez.

El apego:

La persona con demencia puede ser muy dependiente y seguir al cuidador a todos lados. Esto puede ser difícil de manejar y quitarle su privacidad. El actúa de esta forma porque se siente inseguro, y teme que cuando el cuidador se vaya, no regrese.

La pérdida de objetos:

La persona con esta enfermedad puede olvidar donde se pusieron los objetos, y en algunos casos puede acusar al cuidador de sustraerlos. Estos comportamientos son causados por inseguridad, combinada con pérdida de control y de memoria.

Ilusiones falsas y alucinaciones:

Es común que la persona con Alzheimer experimente falsas ilusiones y alucinaciones, por ejemplo puede pensar que está bajo amenaza por parte del cuidador. Para el enfermo esto puede resultar en comportamientos angustiantes, ya que esta idea falsa le parece muy real y causa temor.

Relaciones sexuales:

La actitud de la persona frente a las relaciones sexuales puede alterarse. La persona puede presentar falta de interés, pero también puede pasar lo contrario donde la persona puede demandar sexo excesivamente.

El comportamiento sexual inapropiado:

El enfermo de Alzheimer puede presentar un comportamiento sexual inadecuado, pero no es común; puede desnudarse en público.

El deambular:

La persona enferma puede deambular por la casa o salir y deambular por el barrio, puede perderse

Violencia y agresión:

La persona cada tanto puede estar enojada, agresiva y violenta. Esto puede ser por la pérdida de control social, pérdida de habilidad para expresar sus sentimientos negativos sin violencia, y pérdida de habilidad para entender las acciones de otros.