



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Guía práctica para el cuidado y afrontamiento de la enfermedad de Alzheimer

Alumna: Elena Ruiz Garrido

Tutor: Rafael Villar Dávila

Sala de juntas edificio D-2, 9 de Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

GUÍA PRÁCTICA PARA EL CUIDADO Y AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Alumno: Elena Ruiz Garrido

Tutor: Rafael Villar Dávila

Sala de juntas edificio D-2, 9 de Junio de 2015

Fdo.: Elena Ruiz Garrido

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
1.1. Resumen español.....	2
1.2. Resumen inglés.....	2
2. Introducción.....	3
2.1. Marco conceptual.....	3
2.2. Justificación.....	11
2.3. Objetivos.....	11
3. Metodología.....	12
3.1. Diseño.....	12
3.2. Estrategia de búsqueda.....	12
3.2.1. COCHRANE.....	12
3.2.2. CUIDEN PLUS.....	13
3.2.3. ENFERMERÍA AL DÍA.....	13
3.2.4. GOOGLE SCHOLAR.....	13
3.2.5. MEDLINE.....	13
3.2.6. SCIENCE DIRECT.....	14
3.3. Criterios de inclusión.....	14
3.4. Descripción general de los resultados de la búsqueda.....	14
4. Resultados.....	17
4.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	17
4.2. Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en cada fase de la enfermedad de Alzheimer.....	27
4.2.1. Etapa inicial.....	27
4.2.2. Etapa intermedia.....	28
4.2.3. Etapa terminal.....	29
5. Discusión.....	30
6. Conclusiones.....	31
7. Bibliografía.....	33

1. RESUMEN

1.1 RESUMEN EN ESPAÑOL

Introducción: Es un hecho que la población en los países desarrollados está envejeciendo, esto se traduce en un aumento de las enfermedades crónicas propias de la edad, como la demencia. Una de las causas de demencia más frecuentes es la enfermedad de Alzheimer, la cual ha sido motivo frecuente de investigación en los últimos años. A medida que avanza la enfermedad, el nivel de dependencia de la persona aumenta progresivamente, por lo que la forma de cuidar a los pacientes también va cambiando con el tiempo. **Objetivo:** El objetivo principal es resumir tanta información como sea posible sobre los cuidados que se pueden prestar a un paciente con Alzheimer y su entorno, de forma que consigamos mejorar su calidad de vida y aportarles el mayor beneficio disponible, ampliando nuestros conocimientos de Enfermería y sobre esta enfermedad. **Metodología:** Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en 6 bases de datos distintas con relevancia para Enfermería, adaptando la cadena de búsqueda para cada una de ellas. **Resultados:** Se destacan las terapias cognitivas en los primeros momentos de la enfermedad, una dieta equilibrada y rica en fibra y líquidos, ejercicio físico moderado y, en los últimos momentos de la enfermedad, medidas destinadas a prevenir lesiones y dolor debidos a la inmovilidad que aparece. **Conclusiones:** La aplicación de las intervenciones sugeridas durante las distintas fases de la enfermedad de Alzheimer obtienen, en su mayoría, resultados positivos, aunque siempre se debe recordar que un paciente nunca será igual que otro y los resultados pueden cambiar.

Palabras clave: Alzheimer, demencia, deterioro cognitivo, actividades, cuidados, intervenciones.

1.2. RESUMEN EN INGLÉS

Introduction: It's a fact that population in developed countries is becoming old, this is translated as a rising of the typical chronic illness, like dementia. One of the most common causes of dementia is Alzheimer's disease, which has been a frequent motive of investigation in lasts years. To the extent that the illness progresses, people dependence level increases progressively, that's why the way to take care of people changes also with the time. **Objective:** The main objective is to summarize so much information as possible about Alzheimer's disease cares which can be given to ill people and their relatives, in

order to get to improve their life quality and provide them the best possible benefit, increasing our knowledge about Nursing and this disease. **Methodology:** We have carried out a bibliographical search in 6 different databases with Nursing relevance, arranging the search chain for everyone of them. **Results:** Stand out cognitive therapies at first moments of the illness, a balanced diet and rich in fiber and fluids, moderate physical exercise and, at the lasts moments of the illness, injury and pain preventive measures because of immobility that appears. **Conclusion:** Applying suggested interventions for the different phases of Alzheimer's disease, mainly, positive results are obtained, although we always must remember that a patient will never be like other one and results can change.

Keyword: Alzheimer, dementia, cognitive damage, activities, cares, interventions.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. MARCO CONCEPTUAL

Es un hecho que la población en los países desarrollados está envejeciendo, lo que significa que también aumentan las enfermedades crónicas propias de esa edad, como la demencia. El término demencia se define como la alteración de una o varias funciones cerebrales superiores (memoria, orientación en el tiempo, espacio y persona, percepción, comprensión, pensamiento, juicio, cálculo, comunicación y resolución de problemas) a consecuencia de un trastorno orgánico o funcional (1). Entre los distintos tipos de demencia, cabe destacar como la causa más frecuente de demencia la enfermedad de Alzheimer, un tipo de enfermedad neurológica degenerativa que es crónica, incurable y progresiva. En términos generales, la demencia tipo Alzheimer se manifiesta a partir de los 65 años, de manera que si el diagnóstico se produce antes de esta edad estamos hablando de la denominada manifestación temprana. Aproximadamente en 1 de cada 3 familias hay una persona mayor de 65 años que sufre la enfermedad de Alzheimer, mientras que en personas mayores de 85 años el porcentaje de personas que padece esta enfermedad es del 40% (2).

ETIOLOGÍA: Actualmente se desconoce cuál es la causa de la enfermedad de Alzheimer, aunque diversos estudios la relacionan estrechamente con la muerte de células neurológicas (nauronas). Se estima que esta muerte neuronal está asociada a la aglutinación de proteínas anormales en estas células. En los cerebros de personas con enfermedad de Alzheimer se encuentran nudos neurofibrilares (fragmentos de proteínas

enrolladas en las neuronas), placas neuríticas (acumulaciones de células nerviosas muertas y que están muriendo, además de otras células cerebrales y proteínas) y placas seniles (zonas en las que se acumulan productos de neuronas muertas situadas alrededor de proteínas), también se localizan depósitos de β -amiloide. Es cierto que estos cambios aparecen en cierta medida en los cerebros a causa del envejecimiento, pero la proporción aumenta cuando se trata de personas con Alzheimer (3).

FACTORES DE RIESGO: entre los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer se encuentran principalmente:

- Edad: a mayor edad mayor es el riesgo de la persona de desarrollar la enfermedad.
- Factores genéticos y antecedentes familiares: la probabilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer es mayor cuando, en la familia, hay antecedentes de familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) que sufren o han sufrido Alzheimer. Hay teorías que afirman que determinados genes en el ADN aumentan el riesgo de sufrir la enfermedad.
- Síndrome de Down: las personas con esta enfermedad tienen un riesgo mayor de padecer Alzheimer; se ha detectado que este riesgo viene dado por el cromosoma 21, que es donde se produce la trisomía causante del Síndrome de Down, ya que se cree que es en el brazo largo de este cromosoma donde se localiza el gen de la enfermedad de Alzheimer.
- Factores ambientales y estilo de vida: según el estilo de vida que la persona decide llevar puede haber un mayor riesgo de sufrir traumatismo craneoencefálico, diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y obesidad, entre otros problemas de salud. Todas estas complicaciones a consecuencia del estilo de vida suponen un aumento en el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer.
- Sexo femenino: por lo general, las mujeres viven más tiempo que los hombres, con lo cual el riesgo de desarrollar Alzheimer es mayor (4).

SINTOMATOLOGÍA: la enfermedad de Alzheimer produce una pérdida gradual y continua de la memoria, afectando también al resto de funciones cerebrales superiores, lo que compromete la capacidad de desarrollar una actividad laboral y social normal. Las manifestaciones iniciales se pueden confundir con consecuencias del propio envejecimiento fisiológico, lo que puede hacer que la enfermedad en su etapa temprana pase desapercibida tanto para el paciente como para su entorno. En cada persona la

enfermedad de Alzheimer es diferente y sigue su propio curso pero, por lo general, se puede decir que tras su diagnóstico las personas con esta enfermedad suelen vivir entre 6 y 10 años, aunque es cierto que se encuentran casos en los que la persona ha llegado a vivir con Alzheimer hasta 20 años tras su diagnóstico (1)(5).

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por presentar las llamadas “cinco A”: Afasia, Apraxia, Agnosia, Acalculia y Amnesia. Estas manifestaciones van apareciendo progresivamente a medida que la enfermedad avanza (10). Existen unos síntomas que debemos considerar de alarma ante la posibilidad de sufrir Alzheimer, estos son:

1. Aparece pérdida de memoria que afecta la capacidad de desarrollar su vida diaria normalmente.
2. Alteraciones a la hora de seguir un plan o resolver problemas.
3. Dificultad para realizar tareas habituales.
4. Confusión temporoespacial.
5. Alteraciones en la visión y al procesar la información que perciben a través de la visión.
6. Dificultad para utilizar y encontrar las palabras adecuadas.
7. Pérdida frecuente de objetos.
8. Disminuye el juicio a la hora de desarrollar actividades normales.
9. Dejan de hacer algunas actividades.
10. Aparecen cambios en su estado de ánimo y su personalidad (4) (3).

En la enfermedad de Alzheimer se pueden identificar varias fases y, en cada una de ellas, los síntomas van cambiando a medida que la enfermedad avanza. A continuación explicamos brevemente estas fases:

1. Etapa inicial: aparecen unos síntomas leves a pesar de los cuales el paciente puede desarrollar su vida normalmente, necesitando únicamente la supervisión de otra persona a la hora de desarrollar actividades más complejas (3). En esta fase los síntomas principales son:
 - Se afecta la memoria reciente y se dificulta la retención de nueva información y conocimientos.
 - Dificultad para orientarse en tiempo y espacio, incluso si se encuentra en lugares conocidos.
 - Les cuesta trabajo encontrar las palabras adecuadas para expresarse.

- Se alteran levemente el sueño y el comportamiento habitual de la persona (1)(5).
2. Etapa intermedia: los síntomas previos se agravan moderadamente, de forma que el paciente se vuelve más dependiente de un responsable o cuidador para realizar actividades que antes hacía de forma autónoma (3). La fase intermedia se caracteriza por:
- Mayor deterioro de la memoria reciente y remota.
 - Su conducta se vuelve problemática y experimenta reacciones inapropiadas ante cualquier situación que se plantea.
 - Dificultad para reconocer a personas cercanas o familiares.
 - Pérdida de vocabulario y repetición continua de las mismas frases o preguntas.
 - Progresivamente va perdiendo su capacidad de leer, escribir y realizar cálculos.
 - Se deteriora su capacidad para expresarse y comprender la información que percibe.
 - Aumenta su desorientación temporoespacial.
 - Pérdida de coordinación.
 - Experimenta alucinaciones y confusión.
 - Aparecen deambulaciones y vagabundeo.
 - Necesita ayuda para realizar todas las actividades de la vida diaria.
 - Incontinencia.
 - Alteraciones de la conducta alimentaria y del peso del paciente.
 - Dificultad en la deglución de líquidos.
 - Los síntomas empeoran al atardecer (1) (3).
3. Etapa terminal: la dependencia del paciente hacia su cuidador es total (3). En ella podemos encontrar:
- La memoria está gravemente deteriorada.
 - No reconoce personas, lugares o cosas.
 - La capacidad para comunicarse se ve prácticamente anulada y aparece una importante afectación del lenguaje y la comprensión.
 - Depende completamente de otra persona para que realice sus cuidados.
 - La capacidad para deambular desaparece progresivamente.
 - El paciente realiza vida cama-sillón o permanece continuamente encamado.
 - Frecuentemente aparece espasticidad muscular y rigidez articular.

- Problemas graves de deglución dificultando la alimentación.
- Se produce una pérdida de peso muy importante.
- Aparecen problemas en el tránsito intestinal (estreñimiento) y dermatológicos.
- Incontinencia total.
- El paciente pasa durmiendo la mayor parte del día.
- Puede aparecer la necesidad de chupar cosas (1)(5).

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico real de la enfermedad de Alzheimer se realiza post-mortem mediante un estudio microscópico del tejido cerebral, de forma que el único diagnóstico que se puede realizar en vida es de exclusión (6), es decir, se descarta que la causa de los cambios observados en la persona se deban a los olvidos propios del envejecimiento o a otra enfermedad con sintomatología inicial similar como: depresión, enfermedad con cuerpos de Lewy, toma de medicamentos, demencia vascular, enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal o demencia con cuerpos arginófilos (3). Para realizar un diagnóstico lo más acertado posible, el médico debe combinar una serie de exploraciones, empezando por una evaluación clínica integral donde la pieza central es la historia clínica del paciente, obteniendo el máximo de información posible. En esta primera fase es importante que el paciente esté acompañado de un familiar o alguien muy cercano, de manera que este acompañante pueda desmentir o confirmar la información aportada por el paciente, además de aportar nueva información sobre el mismo, quien puede no conocer su problema aún. En esta evaluación encontramos los siguientes apartados:

1. Historia médica general: el médico valora si alguna enfermedad del paciente puede causar los síntomas que han provocado la alarma, entre las que suponen un posible riesgo de demencia vascular, la hipertensión arterial, hiperlipidemias, diabetes o aterosclerosis periférica.
2. Historia neurológica general: el médico valorará antecedentes como lesiones vasculares cerebrales, traumatismos craneales o infecciones del sistema nervioso central ante la posibilidad de que puedan causar o empeorar alguna demencia.
3. Historia neuroconductual: es fundamental que tanto el paciente como su familiar aporten toda la información de que dispongan, sin banalizar ningún aspecto, sobre los cambios en las funciones cerebrales superiores que han observado recientemente. Esta etapa es fundamental para determinar si existe una demencia.

4. Historia psiquiátrica: tiene mucha importancia a la hora de identificar una demencia, ya que los síntomas pueden ser causados por depresión, ansiedad o alguna situación estresante (familiar, laboral, social...), alterando su capacidad para desarrollar su rutina diaria de forma normal.
5. Historia de fármacos, alimentos y tóxicos: es de gran relevancia, muchas veces los pacientes no son conscientes del efecto que puede causar algún medicamento que toman, por lo que se le insiste en que informe de todos y cada uno de los fármacos que toma; el consumo de tóxicos, como el alcohol, drogas..., puede causar o empeorar una demencia, ahí radica la importancia de averiguar si toma algún tóxico, aunque su actitud en este tema sea muy cerrada y evasiva.
6. Historia familiar: es necesaria para identificar algún familiar con demencia, lo cual es un factor de riesgo para desarrollarla.
7. Exploración: en esta etapa se deben realizar:
 - a) Exploración física, inspeccionando, auscultando y palpando por aparatos.
 - b) Exploración neurológica, que en la enfermedad de Alzheimer no suele mostrar alteraciones en la fuerza, la sensibilidad o el tono muscular.
 - c) Exploración neuropsicológica mínima, para la que se utiliza normalmente el Minimental Test (con ítems acerca de su atención, orientación, memoria, cálculo, lenguaje, escritura y dibujo), cuya adaptación española es el Mini Examen Cognoscitivo (MEC de Lobo).

Es normal que se realicen algunas pruebas complementarias a la exploración anterior, aunque el médico valorará cuáles son necesarias según los resultados anteriores del paciente. Las pruebas complementarias más frecuentes son:

- a) Pruebas de laboratorio con valores específicos para descartar otras enfermedades que puedan afectar al cerebro (infecciones, anemias, diabetes, enfermedades renales o hepáticas, hiper o hipotiroidismo, deficiencias de vitamina B₁₂ o ácido fólico, ETS) además de otras pruebas analíticas específicas que se consideren necesarias;
- b) Electrocardiograma para identificar problemas que causen problemas en el cerebro o alteraciones valvulares que generan émbolos, con la posibilidad de provocar infartos cerebrales;
- c) Rayos X de tórax para excluir tumores, insuficiencia cardíaca o alteraciones bronquiales, entre otros;

- d) Pruebas de neuroimagen, fundamentales para descartar o confirmar el diagnóstico de Alzheimer: la Tomografía Axial Computerizada sirve para identificar las posibles causas de demencia además de la atrofia cerebral propia del Alzheimer; la Resonancia Magnética permite identificar nítidamente las estructuras cerebrales (sustancia blanca, sustancia gris y LCR) ante posibles alteraciones vasculares y observando la disminución (de hasta un 25%) del volumen cerebral; La SPECT se utiliza para diferenciar el envejecimiento normal de diferentes tipos de demencia, sobre todo cuando hay afectaciones corticales o lóbulos progresivos; la PET no se usa frecuentemente aunque podría ser útil para el diagnóstico;
- e) Punción lumbar que se utiliza únicamente para descartar que exista alguna infección que cause los síntomas;
- f) Electroencefalograma, el que no se realiza normalmente para el diagnóstico de Alzheimer, sino para identificar otras enfermedades (como alteraciones metabólicas o la enfermedad de las “vacas locas”).

Con las exploraciones y pruebas anteriores se desarrolla un diagnóstico aproximado de la enfermedad de Alzheimer. El proceso suele ser largo y, a veces, complicado al no existir una prueba única para el diagnóstico(7)(8).

En la exploración neuropsicológica es importante valorar la evolución de los síntomas cognitivos observados. Para ello se utilizan tests que se cumplimentan en diferentes sesiones ya que pueden ser largos. También se utilizan tests para realizar la evaluación psicoemocional, identificando problemas como depresión o ansiedad con las herramientas adecuadas (como el Test de Yesavage). Durante la evaluación funcional del paciente se identifica si el paciente es capaz de desarrollar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Índice de Barthel, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody) de forma normal acorde con su edad, nivel social y cultural, etc. Estos cuestionarios son administrados normalmente por el personal de Enfermería(9).

Para realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz de la enfermedad de Alzheimer se proponen las siguientes actividades:

1. Taller de análisis psicológico individual. Se realizan test para detectar el deterioro cognitivo.

2. Taller de psicomotricidad y equilibrio mediante de los bailes de salón. Su objetivo es preservar la actividad motora y psicomotriz, además de evitar el anquilosamiento y la pérdida de movimiento.
3. Taller de rehabilitación y recuperación de la actividad muscular. Se realizan ejercicios de fisioterapia y rehabilitación para mantener la actividad, algo indispensable para realizar independientemente las actividades básicas de la vida diaria.
4. Taller de refuerzo cognitivo y activación de la memoria. En grupos se refuerza la lectura, la escritura y la memorización.
5. Visitas culturales a lugares de interés de la comarca. Se realizaron visitas guiadas con indicaciones de los sitios más emblemáticos y variedad de lugares(16).

TRATAMIENTO: en último lugar, hablaremos brevemente sobre el tratamiento habitual de la enfermedad de Alzheimer. Actualmente no existe cura para esta enfermedad, ni tampoco ningún tipo de medicamento o terapia que detenga completamente la evolución de la enfermedad. Los principales objetivos del tratamiento son:

- Ralentizar la evolución de la enfermedad.
- Controlar las alteraciones de comportamiento, confusión y agitación.
- Modificar el entorno del paciente (hogar) en la medida de lo posible.
- Prestar apoyo a los familiares y personas allegadas que colaboran en el cuidado (3).

En lo que respecta al tratamiento farmacológico se pueden seguir diferentes alternativas que son:

- Tratamiento paliativo: se administran agentes neuroprotectores y vasoactivos con el fin de proteger al cerebro de eventos patogénicos terciarios y cuaternarios.
- Tratamiento sintomático: su objetivo es tratar los síntomas no cognitivos, como agitación, depresión o ansiedad, por ejemplo.
- Tratamiento sustitutivo: su fin es compensar el déficit de neurotransmisores.
- Tratamiento multifactorial: se administran varios medicamentos conjuntamente con el objetivo de usar las propiedades complementarias de éstos.

- Tratamiento etiopatogénico: tiene la finalidad de desarrollar fármacos que neutralicen los efectos patogénicos primarios y secundarios de la enfermedad (11).

Por lo general, los medicamentos más utilizados de forma específica para el tratamiento de la demencia son donepezilo, galantamina, rivastigmina y memantina, a parte de los utilizados en las alteraciones asociadas a la enfermedad de Alzheimer (2) (8). Si hablamos del tratamiento no farmacológico existe una gran variedad de opciones que podemos abordar a la hora de tratar a un paciente con esta enfermedad, y posteriormente las desarrollaremos con más detalle.

ORIENTACIÓN A LA ACTUALIDAD: la enfermedad de Alzheimer en la actualidad es motivo de muchos estudios e investigaciones. La mayoría de ellas están orientadas al diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad. Una vez que se ha realizado el diagnóstico, se proponen una serie de actividades que enlentecen el avance de la enfermedad y ayudan a sobrellevar los cambios que aparecen. En última instancia se proponen los cuidados dirigidos a suplir al paciente en todos los ámbitos de la vida diaria.

2.2. JUSTIFICACIÓN

Al realizar una amplia búsqueda bibliográfica, aparece una gran variedad de artículos y revisiones a cerca de los diferentes tipos de demencia, dentro de los cuales la causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer y, debido al creciente número de personas que sufre esta enfermedad, consideramos importante realizar una revisión que nos permita comprender mejor esta enfermedad, a la vez que identificamos cuáles son los tratamientos y actividades más adecuados en relación a los síntomas y necesidades principales del paciente.

Consideramos fundamental mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares y/o cuidadores tanto como esté en nuestras manos, por eso recogemos toda la información que está en nuestras manos para realizar las actividades necesarias de la forma correcta.

2.3. OBJETIVO

El objetivo de esta revisión narrativa es resumir tanta información como sea posible sobre los cuidados que se pueden prestar a un paciente con Alzheimer y su entorno, de forma que consigamos mejorar su calidad de vida y aportarles el mayor beneficio disponible, ampliando nuestros conocimientos de Enfermería y sobre esta enfermedad.

Como objetivos específicos hemos señalado:

1. Identificar líneas de abordaje para diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer.
2. Principales acciones que se plantean en el tratamiento de estos pacientes.
3. Proponer los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes para favorecer el abordaje más adecuado de este tipo de cuidados.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO

Hemos realizado una revisión bibliográfica narrativa para localizar y sintetizar toda la información acerca de los cuidados de la enfermedad de Alzheimer a medida que evoluciona la enfermedad. Para realizar esta revisión bibliográfica hemos seguido los pasos propuestos en los seminarios impartidos durante el curso en la Universidad de Jaén:

1. Formulación del tema.
2. Búsqueda de literatura.
3. Organizar datos.
4. Resumen y presentación(12).

3.2. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Realizamos esta búsqueda en bases nacionales e internacionales, revistas y libros de la biblioteca de la Universidad de Jaén, utilizando en ocasiones su suscripción a algunas de estas bases de datos y revistas. Hemos hecho nuestra estrategia de búsqueda tan amplia como estaba en nuestras manos, utilizando una gran variedad de sinónimos y truncamientos. Al no encontrar artículos que describan de forma completa los cuidados que se prestan durante toda la evolución de la enfermedad de Alzheimer, hemos realizado una búsqueda sobre los posibles cuidados o actividades que podemos realizar en función de los síntomas que aparecen. Para ello, hemos utilizado los descriptores específicos para cada base de datos:

3.2.1. COCHRANE

La cadena de búsqueda utilizada en Cochrane fue:

(enfermer* O cuida* O intervén* O actividad* O actuación* O diagnosti*) Y (Alzheimer O demencia* O deterioro* cognitiv* O conducta*)

Con esta cadena de búsqueda se encontraron 138 artículos el día 22 de enero de 2015. No utilizamos ninguno de los filtros de la base de datos, únicamente la cadena de búsqueda.

3.2.2. CUIDEN PLUS

La cadena de búsqueda utilizada en Cuiden plus fue:

(enfermer OR cuida OR intervien OR actividad OR actuación OR diagnosti) **AND** (Alzheimer OR demencia OR deterioro cognitiv OR conducta)

Con esta cadena de búsqueda se encontraron 585 documentos el día 25 de enero de 2015. No utilizamos ninguno de los filtros de la base de datos, únicamente la cadena de búsqueda.

3.2.3. ENFERMERIA AL DIA

Para acceder a esta base de datos, hemos utilizado la suscripción que nos brinda la universidad de Jaén. LA cadena de búsqueda en Enfermería al día fue:

(enfermer OR cuida OR intervien OR actividad OR actuación) **AND** (Alzheimer OR demencia OR deterioro cognitiv OR conducta) **OR** (ulcer por presion OR decubito) **OR** (apraxia OR deambulacion OR nutri)

Con esta cadena de búsqueda se encontraron 183 documentos el día 29 de enero de 2015. No utilizamos ninguno de los filtros de la base de datos, únicamente la cadena de búsqueda.

3.2.4. GOOGLE SCHOLAR

La cadena de búsqueda utilizada en Google Scholar fue:

(Alzheimer O demencia O deterioro cognitivo) **Y** enfermer* **O** (diagnostico O tratamiento O cuida* O intervien*)

Con esta cadena de búsqueda se encontraron 898 resultados el día 2 de febrero de 2015.

3.2.5. MEDLINE

Hemos accedido a esta base de datos a través de la Universidad de Jaén y del buscador GOOGLE. La cadena de búsqueda que utilizamos fue:

(enfermera OR cuida OR intervén OR actividad OR actuación) **AND** (Alzheimer OR demencia OR deterioro) **AND** (cognitive OR conducta) **OR** ulcer **AND** por **AND** (presión OR decubito) **OR** estreñi **OR** incontinen **OR** alteración **AND** (deglución OR disfagia)

Con esta cadena de búsqueda encontramos 145 documentos el día 4 de febrero de 2015.

3.2.6. SCIENCE DIRECT

La cadena de búsqueda que utilizamos en Science Direct fue:

(enfermera OR cuida OR intervén OR actividad OR actuación) **AND** (Alzheimer OR demencia OR deterioro cognitive OR conducta) **OR** (ulcer por presión OR decubito) **OR** (estreñi OR incontinen OR nutrición) **OR** (alteración deglución OR disfagia)

Con esta cadena de búsqueda encontramos 164 documentos el día 6 de febrero de 2015. Hemos seleccionado los filtros de “Alzheimer” y “enfermera”.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios utilizados para incluir en nuestro Trabajo Fin de Grado los diferentes documentos han sido:

1. Deben contener información acerca de la enfermedad de Alzheimer, cuidados de Enfermería, actividades preventivas o de diagnóstico de esta enfermedad o de sus síntomas asociados.
2. Deben estar publicados en bases de datos de relevancia para Enfermería.
3. Deben tener como máximo 16 años de antigüedad.
4. Deben estar publicados en inglés o español.
5. Debe estar disponible el texto completo.

3.4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Con las anteriores cadenas de búsqueda encontramos en total 2113 documentos entre todas las bases de datos. De todos ellos hemos revisado el resumen de 486 documentos, de los cuales 72 fueron revisados a texto completo y finalmente seleccionamos 41. 473 documentos fueron descartados por no cumplir los criterios de inclusión y 4 por resultar repetitivos y de poca relevancia:

- Se excluyeron 397 documentos por no cumplir el 1º criterio de inclusión.
- Se excluyeron 5 documentos por no cumplir el 2º criterio de inclusión.
- Se excluyeron 12 documentos por no cumplir el 3º criterio de inclusión.
- Se excluyeron 28 documentos por no cumplir el 4º criterio de inclusión.
- Se excluyeron 31 documentos por no cumplir el 5º criterio de inclusión.

Estos resultados se expresan gráficamente a continuación:

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Número de estudios por base de datos:

COCHRANE: 138

CUIDEN PLUS: 585

ENFERMERÍA AL DÍA: 183

GOOGLE SCHOLAR: 898

MEDLINE: 145

SCIENCE DIRECT: 164

Número total de estudios identificados:

2113

Número total de estudios revisados:

486 documentos revisados por el resumen

72 documentos revisados a texto completo

473 documentos
rechazados por no
cumplir los criterios de
inclusión

Número total de documentos tras la aplicación de criterios de inclusión:

41

No se utilizan 4
documentos por resultar
repetitivos y de poca
relevancia

Número total de documentos utilizados:

37

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Los resultados que hemos encontrado durante la búsqueda bibliográfica han sido muy variados, por eso hemos decidido organizarlos según el tema del que tratan. También hemos pensado que sería oportuno indicarlos en el orden que aparecen, generalmente, en la enfermedad de Alzheimer.

La enfermera se encuentra en una posición privilegiada para detectar los primeros signos de la enfermedad de Alzheimer debido a su relación con el paciente en la consulta de Enfermería. Indica que la enfermera puede usar para el diagnóstico del deterioro cognitivo el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Test de dibujo del reloj (Clock Drawing Test), el Mini-Cog y el Trial Making Test (TMT) (13).

En los primeros momentos tras el diagnóstico de la enfermedad, se afirma que las intervenciones para el entrenamiento cognitivo tienen un nivel de calidad bajo a moderado, mientras que con la rehabilitación cognitiva los pacientes se mostraron más satisfechos a la hora de realizar actividades significativas de la vida diaria y con su memoria seis meses después de la intervención; tras este tiempo también afirmaron sentir una mejor calidad de vida; se observó un aumento en la actividad cerebral de los pacientes que participaron en la rehabilitación cognitiva, la cual no se redujo en comparación con el grupo de control. Se observa una mejora en las relaciones sociales de los cuidadores. La evidencia respecto a la rehabilitación cognitiva se considera de calidad moderada (14).

Se defiende que la mejor forma de empezar a tratar a una persona con Alzheimer y su familia se divide en tres partes:

1. Informar, aconsejar y apoyar a la familia.
2. Realizar cambios en el entorno vital del paciente de forma que se minimicen al máximo las causas de los problemas psicológicos y del comportamiento.
3. Se debe considerar la alternativa del tratamiento farmacológico cuando fallan las intervenciones no farmacológicas.

Confirman que en este periodo se pueden evitar complicaciones en los problemas cognitivos, psicológicos y del comportamiento si informamos a la familia de los siguientes objetivos:

- Garantizar la dignidad y el respeto a la persona con la enfermedad.

- Evitar los enfrentamientos con el paciente en la medida de lo posible, ya que su conducta y sus actuaciones son consecuencia de la enfermedad.
- Facilitar la independencia ayudándolo cuando tenga dificultad pero sin suplirlo completamente.
- Minimizar el estrés en la relación con el paciente siempre que sea posible.
- Adaptarse aceptando la nueva situación y aprendiendo a vivir con ella.

Además de esto, menciona otros dos aspectos importantes que debemos comunicar a la familia o cuidador responsable:

- Adaptación del ambiente para crear un entorno físico, emocional y social en el que el paciente pueda actuar de la mejor forma posible. Debe ser sencillo, estable y seguro.
- Actitudes: el cuidador debe desarrollar una actitud positiva hacia el paciente, sin dejar de pensar en sí mismos. Para ello suele ayudar comprender la enfermedad y al propio paciente(15).

Tras la realización de algunos talleres para el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad de Alzheimer se consiguieron detectar 52 nuevos casos de deterioro cognitivo. Además se consiguió evitar el aislamiento que frecuentemente sufren los pacientes y se redujo el estrés del cuidador, con lo que se promocionó el autocuidado del paciente y se previnieron la sobrecarga del cuidador y el agotamiento de la familia, traduciéndose todo esto en un aumento de la calidad de vida del paciente y del cuidador (16).

Una estimulación general del pensamiento, la concentración y la memoria, realizada normalmente en grupos pequeños, se asocia con un importante beneficio en la función cognitiva, el cual se prolongó entre uno y tres meses. Este cambio se observó en pacientes en un estadio leve a moderado de la demencia. Se encontraron evidencias de mejoría en la calidad de vida y el bienestar del paciente. Por otro lado, no se observaron cambios en el estado de ánimo, las actividades cotidianas, la función conductual general ni los problemas de comportamiento. Cabe resaltar que no aparecieron informes sobre el aumento de la carga del cuidador (17).

La elaboración de un manual con actividades programadas para personas con enfermedad de Alzheimer, las cuales los familiares se comprometen a desarrollar junto

con el paciente, producen un enlentecimiento en la evolución de la enfermedad. Las actividades incluidas en este manual fueron:

- Ejercicio.
- Terapia artística.
- Cuidado personal.
- Musicoterapia.
- Estar en forma en el medioambiente.
- Alimentación y nutrición.
- Manejo del comportamiento.
- Recreación terapéutica.
- Manejo de la medicación (18).

Las técnicas para mejorar la memoria son útiles en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en su etapa temprana. También afirma que se les puede ayudar a comunicarse más fluidamente con actuaciones como mantener el contacto visual y prestar atención. A este mantenimiento del lenguaje también ayuda la lectura, además de ayudar a calmarse al paciente. Otra que también ha sido de ayuda ha sido la terapia de reminiscencia, que favorece la comunicación y fomenta la relación de confianza. Confirma que la música sirve de ayuda para favorecer la comunicación con personas en la tercera etapa de la enfermedad, ya que la capacidad de cantar canciones familiares permanece intacta.

Este documento también afirma que la actuación de Enfermería es muy importante para facilitar la función de la visión espacial, especialmente manteniendo el entorno sin cambios. Resalta la importancia de dar una orden o hacer una pregunta cada vez, lo que facilita la comprensión del paciente. Confirma que la actuación de Enfermería es de mucha ayuda para controlar algunos problemas de comportamiento asociados a la enfermedad de Alzheimer (19).

Para realizar los cuidados diarios de una persona con demencia se debe instruir al cuidador sobre cómo tratar los problemas de memoria del paciente, desarrollar habilidades de comunicación, crear un entorno adecuado que favorezca una alimentación completa y sana, adecuar el entorno para los autocuidados de la persona y asesorarles sobre el tipo de ropa más adecuado para facilitar su uso(20)

Tras desarrollar las siguientes actividades en pacientes con la enfermedad de Alzheimer se obtuvieron los resultados explicados a continuación:

- Orientación a la realidad: con esta actividad se encontraron beneficios significativos en la habilidad cognitiva de los pacientes a corto plazo, medida con el Kingston Dementia Rating Scale (KDRS).
- Ejercicio: se han encontrado beneficios significativos en la escala de Tinetti respecto del grupo de control, aunque no así en la escala CADS.
- Terapia de reminiscencia: se encontraron mejores resultados en el MMSE test en el grupo experimental que en los grupos de control, pero estos resultados no se consideran relevantes.
- Combinación paseo y conversación: no se encontraron evidencias significativas sobre la mejora de la comunicación de los pacientes participantes en esta actividad, aunque si un enlentecimiento en el declive de la movilidad del paciente.
- Estimulación multisensorial: se trató de estimular el comportamiento, la cognición y el humor; aparecieron pocas diferencias entre los grupos experimentales y de control, las cuales desaparecieron cuando la estimulación terminó. Por esta razón clasifica esta actividad como sin evidencia significativa (21).

El ejercicio en las personas con demencia produce beneficios considerables a la hora de realizar las actividades cotidianas, al mismo tiempo que disminuye la carga percibida por el cuidador de las personas que participan en estas actividades. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en el comportamiento o la depresión (23).

Se aconsejan los siguientes cuidados para los enfermos de Alzheimer:

- En la alimentación: se establecerá una hora concreta para cada comida que se debe respetar diariamente, fomentando un ambiente relajado, sin poner todos los platos a la vez, usando cubiertos y platos que faciliten la autonomía del paciente, la comida se servirá a la temperatura adecuada, triturada si hay problemas para tragar o masticar. Deben sentarse lo más erguidos posible. Si se alimentan con jeringa, presionarán con ella hacia abajo suavemente.
- En la higiene: el baño es más recomendable que la ducha. Es fundamental secar bien la piel, evitando que se macere o aparezcan úlceras.

- En la incontinencia: acompañar al paciente al baño frecuentemente. Debe adaptarse el inodoro, colocando asideros para que haya menos dificultad para levantarse y sentarse. Si el paciente tiene dificultad para llegar al baño, facilitar inodoros portátiles. La ropa debe ser fácil de abrochar y quitar (el velcro será una buena elección). Es muy importante evitar que la humedad llegue al paciente y, sobre todo, no regañar al paciente por sus pérdidas, ya que no son intencionadas.
- En la deambulación: se recomienda el ejercicio diario moderado, evitando o eliminando cualquier obstáculo que pueda causar una caída en el domicilio o fuera de él.
- En la desorientación: los relojes, calendarios o pizarras donde se indique la fecha y la estación del año ayudan. Hablarle sobre acontecimientos relacionados con la fecha. Mantener una rutina que pueda identificar. Rotular habitaciones u objetos (escrito y con dibujos). Asegurarse de que el paciente lleve en todo momento una tarjeta identificativa con sus datos personales y dirección, indicando su enfermedad.
- En el ejercicio y la movilización: realizar ejercicio moderado en lugares conocidos y siguiendo una rutina. Realizar adaptaciones del domicilio. Cuando el paciente está encamado ejercicios de fisioterapia (24).

Ante el paciente con demencia y su riesgo de deambular se proponen algunas actuaciones:

- Realizar la Escala de Deambulación de Algase (EDA) para comprobar si el paciente tiene riesgo o no de deambular.
- Intervenciones psicosociales: la música, el ejercicio moderado y la eliminación de obstáculos ayudan a disminuir la deambulación y crear un ambiente más seguro para el desplazamiento del paciente. Es conveniente aplicar un programa para prevenir la deambulación.
- Medidas de seguridad: asegurar una vigilancia adecuada, eliminando cualquier objeto que pueda hacer que el paciente se lesione. Guardar una identificación gráfica y una pulsera identificativa que el paciente debe llevar en todo momento. Explicar a los demás compañeros la situación. Registrar el momento y las circunstancias en que ocurre la deambulación. Garantizar que sus necesidades están cubiertas antes de que se ponga nervioso ante alguna necesidad. Organizar

una rutina diaria en la que haya ejercicio físico moderado con actividades estructuradas. Asegurar el cierre de puertas y ventanas, sin dejar nunca encerrado y solo al paciente (25).

Ante la aparición de la apraxia de la marcha se propone:

- Evitar que el paciente pueda caer y lesionarse: recomienda que el fisioterapeuta realice ejercicios de rehabilitación.
- Apoyar al paciente y familia: explicarles cuáles son los objetivos y los verdaderos resultados esperados. Instarles a que resuelvan sus dudas y se expresen sin reticencias, a la vez que se observa cualquier signo de depresión. Estudiar las necesidades que pueden aparecer con el tiempo.
- Informar a la familia de la importancia de eliminar posibles obstáculos, proporcionar apoyo para caminar si lo necesita, respetar el seguimiento médico y de Enfermería, planificar actividades a largo plazo con su colaboración, garantizar la seguridad del entorno. Es importante explicarle la realidad de la situación, ya que es probable que no se recuperen las capacidades perdidas (26).

Cuando aparece apraxia de la marcha se trata fundamentalmente de mantener la independencia del paciente. Para ello se indican:

- Establecer un programa para vestirse en el que el paciente participe tanto como sea posible.
- Eliminar cualquier distracción.
- Colocar la ropa de forma que se intuya dónde va cada prenda: camisa arriba, pantalón abajo y calcetines y zapatos en el suelo, por ejemplo.
- Hacer gestos que expliquen cómo colocarse la ropa y dónde.
- Esperar al menos 5 segundos después de dar una indicación para que el paciente pueda procesarla antes de darle otra orden, intentando que lo haga solo antes de interferir.
- Animar al paciente cuando haga las cosas bien.
- Hablar con el cuidador o familiar sobre las necesidades que presenta el paciente.
- Informarles de la escasa probabilidad de recuperar completamente su independencia (27).

Para los problemas de incontinencia o estreñimiento se recomienda una dieta completa y sana, con un aporte abundante de líquidos. También se debe realizar ejercicio físico en la medida que las circunstancias del paciente lo permitan. Recomienda establecer un

hábito intestinal regular usando laxantes si fuera necesario, también funciona el masaje abdominal o la estimulación manual del recto y la extracción de heces, también han encontrado buenos resultados e la irrigación transanal, aunque cada medida dependerá de cómo reaccione el paciente a la que aplicamos previamente. La función educativa de la enfermera también aparece como una intervención con buenos resultados (7) (28).

Se establecen una serie de actuaciones destinadas a controlar o mejorar la incontinencia fecal:

- Alimentación: comer entre 20 y 35 gramos de fibra cada día, ingerir líquidos en abundancia (evitado leche, alcohol, bebidas carbonatadas o con cafeína).
- Educación intestinal: establecer un patrón regular para ir al baño, de forma que las deposiciones ocurran todos los días en un momento determinado, hasta que el cuerpo se acostumbra. Es fundamental ser constante a la hora de realizar esta actuación, aunque se prolongue en el tiempo.
- Ejercicios del suelo pélvico y biorregulación: mediante la contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico se mejora su tono, también la enseñanza de biorregulación es útil. Su uso depende del nivel y la causa de la incontinencia.
- Medicación: según la causa de la incontinencia se indicará un tipo de medicamento u otro.
- Cirugía: está indicada cuando no mejora con otro tratamiento y en caso de lesiones del suelo pélvico y el esfínter anal.
- Estimulación eléctrica: se estimula el nervio de la zona sacra para controlar el esfínter (7) (29).

Para controlar la incontinencia urinaria se proponen las siguientes actividades:

- Organizar un plan de orina regular, yendo al servicio como mucho cada 2 horas.
- Facilitar el acceso y el uso del baño.
- Garantizar la intimidad en el baño y que pueda hacer sus necesidades de forma digna.
- Evitar ingerir alimentos o líquidos ríos en cafeína al igual que el alcohol.
- Enseñar ejercicios que ayuden al control de la orina y recomendar la consulta con el médico para recetar medicación que mejore la función de la vejiga.

Además, para evitar el olor o que la piel se irrite:

- Mantener la piel limpia y seca invirtiendo tanto tiempo como sea necesario en el lavado y secado de la zona, usando productos que ayuden en esta tarea y cremas que protegen la piel de la orina.
- Utilizar productos protectores de la humedad y ropa adecuada (que se cambiará siempre que sea necesario) que la enfermera ayudará a seleccionar.
- En la prevención de infecciones es fundamental lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- La enfermera proporciona productos para controlar el olor (7) (30).

El cuestionario de Waterlow y la escala de Norton son cuestionarios de mucha utilidad para identificar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión. Indican que la evaluación del paciente debe incluir el conocimiento enfermero, juicio clínico y escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (33).

Se proponen los siguientes cuidados en las úlceras por presión:

- Aliviar la presión de la zona (con cojines, colchones antiescaras, almohadillado), adaptándolas en función de si es encamado o sentado. Cambiar de posición cada 2 horas en caso de encamados y más frecuentemente en sillas de ruedas.
- Mantener la úlcera limpia para evitar infecciones. Según el estadio en que se encuentre el tratamiento cambiará.
- Reducir la fricción tanto como sea posible utilizando polvos de talco en las sábanas, que el paciente no se deslice o escurra, mantener la piel sana de alrededor limpia e hidratada, prestando especial atención a la aparición de nuevas úlceras y consultar con los profesionales ante los cambios.
- Cuidar la salud es fundamental comiendo bien, eliminando el exceso de peso, descanso y sueño adecuado y consultar sobre algunos ejercicios.
- Está totalmente contraindicado realizar masajes sobre la úlcera o en las zonas cercanas, al igual que el uso de cojines en forma de rosco (31).

Para el cuidado de la piel en el paciente con incontinencia y que, habitualmente, usa pañales:

- Se debe mantener la piel limpia y seca, limpiando al paciente justo después de orinar o defecar, y lo haremos con jabones suaves y agua, secando la piel con toques suaves, evitando productos que resequen o irriten la piel o contengan

alcohol. Se recomendarán productos hidratantes que protejan la piel de la humedad.

- A causa de la humedad puede aparecer candidiasis que se tratará con talco con medicamento antimicótico (si la piel está húmeda), selladores cuáneos o consultar con el médico si la situación no mejora.
- Prestar atención a la piel en busca de posibles nuevas úlceras.
- Es importante mantener una dieta completa y rica en calorías y proteínas.
- Cuando el paciente está encamado hay que cambiar de posición con frecuencia, cambiar la ropa de cama cada vez que se ensucien y utilizar materiales y objetos de almohadillado.
- Si el paciente está sentado en una silla de ruedas esta debe estar adaptada correctamente, cambiar el peso frecuentemente y utilizar artículos que reducen la presión (32).

Se proponen los siguientes cuidados para los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión:

- En la higiene diaria hay que revisar el cuerpo de arriba abajo ante la posibilidad de identificar nuevas úlceras. Hay que observar especialmente: talones, rodillas, caderas, columna vertebral, coxis, codos, hombros, omoplatos, parte posterior de la cabeza y orejas.
- En la higiene personal utilizar esponjas o materiales suaves y frotar suavemente.
- Utilizar cremas hidratantes y protectores de la piel.
- Después del lavado secar exhaustivamente la zona bajo las mamas y las ingles.
- No utilizar el polvo de talco o jabones fuertes.
- No darse duchas o baños completos todos los días.
- Ingerir agua abundante todos los días.
- Utilizar ropa que no tenga costuras, botones o cremalleras gruesos y que presionen la piel. Tampoco debe quedar demasiado apretada ni debe arrojar en zonas donde hay presión.
- Cuando el paciente orina o defeca se le debe limpiar y secar tan pronto como sea posible y administrar cremas protectoras adecuadas a esa zona.
- En los pacientes en silla de ruedas debe asegurarse el ajuste adecuado de la silla, que el paciente esté sentado correctamente e informar sobre cualquier sensación

de presión. Se pueden utilizar cojines adaptados para la silla de ruedas. Sobre todo debe cambiarse la zona de presión muy frecuentemente.

- En los pacientes encamados deben utilizarse colchones antiescaras y se pueden colocar cojines o almohadas entre zonas del cuerpo con riesgo de úlceras, aunque no debajo de las rodillas. Debe evitarse arrastrar al paciente para moverlo y cambiar su posición cada 2 horas. Hay que quitar objetos como lápices, monedas u objetos de tamaño pequeño que se puedan clavar en la piel del paciente. El cabecero de la cama debe mantenerse por debajo de 30° (7) (34) (35).

Se indican los siguientes cuidados para las úlceras por presión:

- Medir las constantes vitales, comprobar el funcionamiento de los sistemas fisiológicos (sobre todo circulatorio y cutáneo) y revisar los resultados de las pruebas de laboratorio.
- Comprobar si el paciente tiene dolor u otros signos que indiquen malestar.
- Garantizar una higiene y un tratamiento de la herida adecuados, manteniendo la herida húmeda y la zona de alrededor bien seca e hidratada.
- Realizar cambios de posición cada hora y prestar atención especializada en caso de infección de la úlcera.
- Comprobar si el paciente o cuidador sufre ansiedad y enseñarles a identificar los riesgos de úlceras por presión, cómo cuidarles y evitarlas.
- Resaltar la importancia de seguir el tratamiento estrictamente y que soliciten ayuda de profesionales si aparecen cambios o nuevas úlceras.
- Explicarles que no suponen una situación de la que avergonzarse y asegurarse de que los cuidados se proporcionan de forma adecuada (7) (36).

Se establecen los siguientes cuidados de las úlceras por presión asociados con la dieta del paciente:

- Medir las constantes vitales, comprobar el funcionamiento de los sistemas fisiológicos (sobre todo circulatorio y cutáneo) y revisar los resultados de las pruebas de laboratorio (especialmente el nivel de azúcar en sangre).
- Evaluar la ingesta del paciente en un día cualquiera y su peso para conocer su estado nutricional.

- Elaborar una dieta teniendo en cuenta las preferencias del paciente y proporcionando mayor cantidad de calorías, abundantes proteínas (ricas en arginina) y nutrientes.
- Si es necesario aportar suplementos vitamínicos (como vitamina C) y minerales (como Zinc).
- Garantizar un consumo apropiado de líquidos.
- Comprobar si el paciente o el cuidador sufren ansiedad o estrés y si son capaces de tratar la enfermedad. Instruirles acerca de la importancia de consumir una dieta equilibrada y rica en nutrientes, además de realizar comidas frecuentes.
- Informarles sobre los recursos sociales de que disponen (7) (37).

4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN CADA FASE DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hemos comprobado que, a medida que evoluciona la enfermedad de Alzheimer, las necesidades alteradas en el paciente van cambiando y, de esta forma, van apareciendo diferentes Diagnósticos de Enfermería. A continuación vamos a redactar los más frecuentes en cada fase con la intención de facilitar una posible actuación de Enfermería.

4.2.1. ETAPA INICIAL

Las necesidades alteradas en esta fase son:

- Necesidad de dormir y descansar: levemente alterada.
- Necesidad de seguridad: alterada.
- Necesidad de comunicación: alterada.
- Necesidad de aprender: alterada.

Asociados a estas necesidades alteradas aparecen los siguientes Diagnósticos de Enfermería:

- (00198) Trastorno del patrón de sueño R/C alteraciones neurológicas M/P insatisfacción con el sueño.
- (00131) Deterioro de la memoria R/C trastornos neurológicos M/P aparecen olvidos frecuentes e incapacidad para aprender o recordar las cosas que ha hecho recientemente, al igual que nueva información o habilidades.

- (00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C alteraciones del sistema nervioso central M/P dificultad para expresarse verbalmente y formar palabras o frases.
- (00035) Riesgo de lesión R/C factores cognitivos.

4.2.2. ETAPA INTERMEDIA

Las necesidades alteradas en esta fase son:

- Necesidad de comer y beber adecuadamente: alterada.
- Necesidad de eliminación: alterada.
- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: levemente alterada.
- Necesidad de dormir y descansar: alterada.
- Necesidad de vestirse y desvestirse: alterada.
- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: alterada.
- Necesidad de seguridad: alterada.
- Necesidad de comunicación: alterada.
- Necesidad de aprender: alterada.

Con las nuevas necesidades alteradas, a los Diagnósticos de Enfermería anteriores se añaden los siguientes:

- (00193) Descuido personal R/C deterioro cognitivo M/P higiene personal y del entorno deficiente.
- (00103) Deterioro de la deglución R/C avance de la enfermedad de Alzheimer M/P atragantamiento.
- (00003) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C patrones alimentarios disfuncionales.
- (00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo-motor M/P incontinencia.
- (00014) Incontinencia fecal R/C deterioro cognitivo M/P incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.
- (00088) Deterioro de la ambulación R/C deterioro cognitivo M/P dificultad para subir o bajar escaleras y rampas, esquivar obstáculos, caminar determinadas distancias o caminar sobre superficies irregulares.
- (00154) Vagabundeo R/C deterioro cognitivo M/P deambulación continua sin destino ni objetivo aparente, perdiéndose frecuentemente.

- (00129) Confusión crónica R/C enfermedad de Alzheimer M/P deterioro cognitivo progresivo y alteración de la personalidad, de la interpretación y de la respuesta a los estímulos.
- (00131) Deterioro de la memoria R/C trastornos neurológicos M/P incapacidad para aprender nuevas cosas o recordar las que ya sabía y olvidos frecuentes.
- (00155) Riesgo de caídas R/C disminución del estado mental, dificultad en la marcha y deterioro del equilibrio.

4.2.3. ETAPA TERMINAL

En esta etapa las necesidades alteradas son las siguientes:

- Necesidad de comer y beber adecuadamente: alterada.
- Necesidad de eliminación: alterada.
- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: alterada.
- Necesidad de dormir y descansar: alterada.
- Necesidad de vestirse y desvestirse: alterada.
- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: alterada.
- Necesidad de seguridad: alterada.
- Necesidad de comunicación: alterada.
- Necesidad de recreación: alterada.
- Necesidad de aprender: alterada.

En esta etapa, las necesidades alteradas son muy similares a la etapa anterior, pero debido al nivel de deterioro del paciente muchos de los Diagnósticos de Enfermería cambian. Los más frecuentes son:

- (00011) Estreñimiento R/C actividad física insuficiente y disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal M/P disminución de la frecuencia de defecación y poco volumen de heces duras, secas y formadas.
- (00089) Deterioro de la movilidad en silla de ruedas R/C deterioro cognitivo y del estado físico M/P deterioro de la capacidad para manejar una silla de ruedas y cambiar la posición en ella.
- (00091) Deterioro de la movilidad en la cama R/C deterioro cognitivo y del estado físico M/P dificultad para cambiar de posición en la cama.
- (00040) Riesgo de síndrome de desuso R/C deterioro cognitivo.
- (00039) Riesgo de aspiración R/C deterioro de la deglución.

- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C prominencias óseas (38).

5. DISCUSIÓN

Al principio de la enfermedad he comprobado que hay diferentes formas de enlentecer el avance de la enfermedad y sus consecuencias como son la rehabilitación cognitiva, el ejercicio físico o la modificación del entorno, pero la aplicación de cada una de estas actividades depende de la situación en la que se encuentre el paciente y los resultados de su aplicación también cambiarán. Esto significa que los resultados obtenidos pueden coincidir con los que aparecen en los documentos de nuestra revisión o no, ya que cada paciente es distinto de cualquier otro y su reacción puede cambiar.

Es cierto que los autores consultados proponían diferentes tipos de actividades, aunque muchos coincidían en que los grupos a los que se aplicaban estaban formados con personas en la etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer o que corrían riesgo de padecerla.

En lo que respecta al cuidado o tratamiento de las fases más avanzadas, se puede decir que prácticamente todos coinciden en la importancia de mantener la seguridad del paciente, su higiene y, al final de la enfermedad, evitar la aparición de úlceras por presión. También resaltan el papel de una nutrición adecuada tanto para mantener el mejor estado posible de la piel y mucosas, como para evitar el estreñimiento o sobrellevar la incontinencia que aparece en esta última etapa.

Se podría decir que, en términos generales, el fin último de los cuidados de un paciente con enfermedad de Alzheimer es mantener su dignidad y una calidad de vida óptima hasta el último momento.

6. CONCLUSIÓN

La mayoría de los autores coinciden a la hora de enumerar y recomendar los cuidados que se deben proporcionar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Estos cuidados o actuaciones se extienden desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la etapa final de la enfermedad. En cada momento de esta enfermedad la actuación de Enfermería, tanto prestando cuidados como educando al paciente y su familia.

La enfermera tiene un papel fundamental para detectar un deterioro cognitivo temprano puesto que es el profesional sanitario más cercano al paciente y, además, dispone de herramientas en forma de cuestionarios que pueden certificar esta sospecha. Una vez confirmado el diagnóstico, también es fundamental su ayuda para que el paciente y su familia acepten y entiendan la nueva situación, proporcionándoles la información que necesitan y recomendando asociaciones o grupos de apoyo en los que hay gente en su misma situación que les puede ayudar a afrontar el problema (13)(22). Todas estas actuaciones de Enfermería resultan en una mejora del estado psicológico, emocional y de la conducta del paciente, además de disminuir la carga sufrida por los cuidadores. Destacan la importancia del apoyo psicológico y la instrucción por parte de la enfermera (22).

En los primeros momentos de la enfermedad de Alzheimer, como hemos visto, el deterioro cognitivo y de la habilidad para desarrollar una vida diaria normal e independiente son los síntomas principales. Ante estos cambios, los resultados anteriores muestran que hay terapias de rehabilitación cognitiva que funcionan a la hora de impedir el avance de la enfermedad, ralentizándolo (14)(19). Para ello, la implicación de la familia o cuidadores es fundamental, siendo la enfermera quien recomiende el tipo de intervención adecuada, ya que conoce al paciente, a la familia y el grado de implicación que son capaces de desarrollar.

El ejercicio físico ha aparecido como un factor fundamental a la hora de mantener el nivel de actividad y habilidad física. La enfermera puede informar en sus consultas programadas sobre estos beneficios a los pacientes, proponiendo realizar entre 30 minutos y 1 hora de paseo por lugares conocidos y acompañado de algún familiar o cuidador. Además, manteniendo íntegras las habilidades físicas el mayor tiempo posible, mantenemos a raya el aumento en el riesgo de caídas que se produce en estos pacientes. Es la enfermera también quien dispone de los conocimientos y las herramientas adecuadas para valorar este riesgo de caídas y, de nuevo por su relación cercana con los pacientes en su consulta, es capaz de ver los cambios en la movilidad que aparecen (21)(23). Además, el ejercicio ayuda a evitar el estreñimiento y la demabulación que experimentan estos pacientes (23)(24)(25).

Las modificaciones en el entorno del paciente son muy importantes para facilitar su orientación y garantizar su seguridad. La enfermera realiza visitas a la casa del paciente y en ellas puede recomendar los cambios más oportunos como: colocar barandillas y asideros en pasillos, baño, retrete o ducha, pegatinas que identifiquen la estancia de la

casa en la que se encuentre el paciente o los objetos que se disponen a usar. Conociendo el domicilio puede indicar qué objetos pueden suponer un obstáculo para el paciente, indicando que se retiren siempre que sea posible, reduciendo de nuevo el riesgo de caídas (22).

En las sucesivas consultas con el paciente, la enfermera puede valorar la evolución del paciente, interesándose por cómo sobrellevan él y su familia la enfermedad. Además, esta relación mantenida en el tiempo le aporta al paciente confianza hacia la enfermera y un respeto, lo que le da la oportunidad al profesional de mejorar su actuación con el paciente y su familia. Es importante que la enfermera se asegure de que el paciente cumpla con el tratamiento médico y las recomendaciones de Enfermería.

Durante toda la enfermedad es fundamental la función educativa de la enfermera, informando al paciente sobre los cambios que se esperan y cómo afrontarlos, además de enseñarle cómo se debe cuidar del paciente en las nuevas circunstancias.

A medida que avanza la enfermedad, los cuidados que precisa el paciente son más difíciles de desarrollar para el cuidador y también más frecuentes. Esto implica la necesidad de proporcionar nuevos conocimientos a los cuidadores e informarles de nuevas alternativas de cuidado. Es importante indicarles que unos riesgos se mantienen, otros nuevos aparecen y algunos simplemente cambian.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Valle M. Enfermería Geriátrica. En: Grupo CTO. Manual CTO de Enfermería. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2014. 211-64.
2. Enfermería al Día. Enfermedad de Alzheimer [base de datos en Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; 2004 Oct 11, [actualizada en Julio de 2012; acceso 29 de enero de 2015]. Disponible en: [http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=ac24031808894fbeat58397f3f904e215%40sessionmgr4003&vid=36&hid=4107](http://0web.a.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=ac24031808894fbeat58397f3f904e215%40sessionmgr4003&vid=36&hid=4107)
3. Romano MF, Nissen MD, del Huerto NM, Parquet CA. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007; (175): 9-12.
4. Medline Plus. Enfermedad de Alzheimer [base de datos en Internet]:

- familydoctor.org, 2012, [actualizado en Agosto de 2012; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseasesconditions/alzheimersdisease.priinterview.all.html>
5. Medline Plus. Enfermedad de Alzheimer [base de datos en Internet] California: Family Caregiver Alliance en colaboración con los Centros de Recursos para Cuidadores de California, [actualizado Enero de 2012; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <https://caregiver.org/enfermedaddealzheimersalzheimersdisease>
 6. Gómez B, Carmona JV. ¿Sabes quién soy abuelo? Enfermería Integral. Junio 2006: 3- 6.
 7. Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Gràfiques Ibèria SA; 1999.
 8. Villanueva G, López de Argumedo M. Diagnóstico y consumo de fármacos para la enfermedad de Alzheimer en el País Vasco. País Vasco: Gobierno Vasco, Departamento de Salud; 2013. ECU 12-03.
 9. Cavalcanti GS. Systematization of nursing care to the elderly with Alzheimer's Disease and depressive disorders. J Nurs UFPE on line. 2013; (7): 4103-111.
 10. Moldes RM. Demencias. En: Grupo CTO. 6ª ed. Manual CTO de Enfermería. Madrid: CTO Editorial; 2014. p. 947-955.
 11. Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Presente terapéutico y retos futuros. Revista colombiana de psiquiatría. 2001; XXX(4): 325- 50.
 12. Pancorbo PL. Trabajo fin de Grado tipo: Revisión. 2014..
 13. Ganzer CA, MA, MSN, NPP. Assessing Alzheimer's Disease and Dementia: Best Practices in Nursing Care. Geriatric Nursing. 2007; 28(6): 358- 65.
 14. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane

Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.pub2.

15. Peña-Casanova J. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de Intervención y consejos. Barcelona: Gràfiques Ibèria SA; 1999.
16. Santaella F, Liñán M, Muñoz I, Martínez S, Gálvez E, Gómez E. Programa de estimulación y prevención del deterioro cognitivo y físico: “Ponle cara al Alzheimer” [base de datos en Internet]. Granada: Cuiden Plus, Noviembre de 2014 [acceso 25 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/409.ph>.
17. Estimulación cognitiva para mejorar el funcionamiento cognitivo en pacientes con demencia (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562
18. Jablonski RA, Reed D, Maas M. Care Intervention for Older Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias. Journal of Gerontological Nursing. Junio de 2005; VI(31): 38- 48.
19. Maier-Lorentz MM. Effective nursing intervention for the management of Alzheimer's disease. Journal of Neuroscience Nursing. Junio de 2000; III(32): 153-7.
20. Campellone JV. Cuidados diarios para la demencia [base de datos en Internet]: Medline Plus, [actualizado Mayo de 2014; 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000030.htm>
21. Boote J, Lewin V, Beverly C, Bates J. Psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia: A systematic review. Clinical Effectiveness in Nursing. 2006: 1- 15.
22. García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, Martínez M, Pina LM, Guillén F, Bernal M. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus

- cuidadores: una revisión bibliográfica. *Enfermería Docente*. 2013; (101): 36- 40.
23. Programas de ejercicios para pacientes con demencia (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 12. Art. No.: CD006489. DOI: 10.1002/14651858.CD006489
 24. Expósito RM, López P, Caballero MJ. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados Enfermeros. *Revista Científica HYGIA de Enfermería*. 2013; (84): 57-60.
 25. Enfermería al Día. Intervenciones para pacientes con tendencia a deambular [base de datos en Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; 2010, [acceso 29 de Enero de 2015]. Disponible en: [http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=18&hid=4214](http://0web.a.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=18&hid=4214)
 26. Enfermería al Día. Apraxia de la marcha [base de datos en Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; 2008, [acceso 29 de Enero de 2015]. Disponible en: [http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=5&hid=4214](http://0web.a.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=5&hid=4214)
 27. Enfermería al Día. Apraxia para vestirse [base de datos en Internet]. Glendale: Cinahl Information System; 2008, [acceso 29 de Enero de 2015]. Disponible en: [http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=8&hid=4214](http://0web.a.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=8&hid=4214)
 28. Tratamiento de la incontinencia fecal y la constipación en adultos con enfermedades neurológicas centrales (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 1. Art. No.: CD002115. DOI: 10.1002/14651858.CD002115
 29. Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, et al. Incontinencia fecal. *NDDIC*. 2013; (13): 1- 16.
 30. Medline Plus. Managing Bladder Incontinence [base de datos en Internet]: HPNA Education Committee; 2007, [Julio de 2013; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish->

[bundle&query=Managing+Bladder+Incontinence](#)

31. Medline Plus. Cómo cuidar las úlceras de decúbito [base de datos en Internet]: Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.; [actualizado Junio de 2014; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000740.htm>
32. Medline Plus. Cuidado de la piel e incontinencia [base de datos en Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.; [actualizado Marzo de 2014; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003976.htm>
33. Davies JJ. Nurses' knowledge of pressure ulcer risk assessment. Nursing standard. 2013; 27 (33): 54- 60.
34. Zeller JL. Úlceras por presión. JAMA La Revista de la Asociación Médica Americana. 2006; 296 (8): 1020.
35. Medline Plus. Prevenir las úlceras de decúbito [base de datos en Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.; 2012, [actualizado Julio de 2014; acceso 4 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000147.htm>
36. Enfermería al Día. Úlceras de presión: tratamiento, descripción general [base de datos en Internet]. Glendale; Cinahl Information Systems; 2007, [actualizada Julio de 2012; acceso 29 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=31&hid=4214>
37. Enfermería al Día. Úlceras de decúbito: factores nutricionales [base de datos en Internet]. Glendale: Cinahl Information Systems; 2007, [actualizado Septiembre de 2012; acceso 29 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://0web.a.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/nrc/delivery?sid=a397c749d0f34bff9706e9909ecd5c79%40sessionmgr4004&vid=35&hid=4214>
38. Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-

2011. Barcelona: Elsevier; 2010.