

**INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA DE
ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

**NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTION IN
PRIMARY CARE NURSING IN PATIENTS WITH
ALZHEIMER'S DISEASE**



AUTORA: MÓNICA SANTANDER DIEGO

DIRECTORA: MARIA ÁNGELES FERNÁNDEZ TERÁN

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO DE ENFERMERÍA. SEPTIEMBRE 2015

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ESCUELA DE ENFERMERÍA "CASA DE SALUD VALDECILLA"

AGRADECIMIENTOS

A la profesora María Ángeles Fernández Terán, quien me ha conducido durante estos meses, mostrando disposición en todo momento ante cualquier duda que me surgía, por su ayuda, su apoyo y sus consejos.

A la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias) y AFAC (Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria) por su disposición en todo momento y por acceder a reunirse conmigo para proporcionarme información y resolver mis dudas.

A mi familia por haberme brindado la oportunidad de realizar la carrera de mis sueños y por su incondicional confianza en mí.

A María, Patricia, Marta y Andrea, mis grandes amigas y compañeras de la carrera por haberme acompañado incondicionalmente en este camino y ayudarme a levantarme cuando pensaba que ya no podía seguir adelante.

A mis amigos, especialmente a Sarai, por su apoyo, sus ánimos, su confianza y por aguantar mis “exilios y aislamientos” durante estos cuatro años.

Y finalmente, a mi abuelo, quien fue mi gran apoyo y padeció esta enfermedad durante años he hizo que mi sueño por ser enfermera fuese más fuerte.

“No nos podemos olvidar de los que olvidan”

ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT	3.
2. INTRODUCCIÓN	4.
2.1. Objetivos.....	4.
2.2. Metodología	5.
2.3. Estructura	6.
3. CAPÍTULO 1. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	7.
4. CAPÍTULO 2. PATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	8.
4.1. Patología macroscópica.....	8.
4.2. Patología microscópica.....	8.
5. CAPÍTULO 3. EVOLUCIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL ALZHEIMER	10.
6. CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	13.
7. CAPÍTULO 5. INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA	16.
7.1. Intervención en el diagnóstico precoz	17.
7.2. Intervenciones en la fase inicial o leve.....	18.
7.3. Intervenciones en la fase moderada o intermedia	19.
7.4. Intervenciones en la fase aguda o terminal	21.
7.5. Intervenciones sobre el cuidador	22.
7.6. Principales diagnósticos enfermeros utilizados en la EA	22.
8. CONCLUSIONES	25.
9. BIBLIOGRAFÍA	26.
10. ANEXOS	30.

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva e irreversible que causa dependencia en los pacientes que la padecen. Generalmente, afecta a personas mayores de 65 años y actualmente en España se estima que afecta a 850.000 personas.

La enfermedad produce una pérdida sináptica y neuronal, aunque su etiología es aún desconocida. La hipótesis más aceptada para explicar la enfermedad es la teoría de la “cascada amiloide”.

La enfermedad de Alzheimer tiene una evolución de 10 a 15 años y las manifestaciones clínicas van apareciendo a medida que la enfermedad avanza. Comienza con una pérdida de memoria leve-moderada, que afecta principalmente a la memoria reciente, y progresa hacia una pérdida de memoria severa, que hace al paciente totalmente dependiente.

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la atención y cuidado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y con sus familiares, pues estos suelen pasar a ser los cuidadores principales y la enfermedad también repercute sobre ellos. La enfermera aplicará cuidados integrales de larga duración para mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente, en cada fase de la enfermedad, siendo siempre cuidados individualizados a cada paciente y a cada situación.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, amnesia, Atención Primaria, intervención enfermera.

ABSTRACT

Alzheimer’s disease is a neurodegenerative, progressive and irreversible disease that causes dependency on those patients who suffer from it. In general, it affects people over 65 and currently in Spain 850.000 people are affected by it.

This disease produces a synaptic and neuronal loss, although its etiology is yet unknown. The most accepted hypothesis to explain the disease is the theory of “the amyloide cascade”.

Alzheimer’s disease has an evolution of 10 to 15 years and the clinical manifestations appear as the disease progresses. It began with a mild-moderate memory loss, which mainly affects short-term memory, and progresses towards a severe memory loss. This makes the patients totally dependent.

The Primary Health Care nurse has an essential role in the attention and care of patients with Alzheimer’s disease and their relatives, who are usually the main carers and who are also affected by the disease. The nurse will provide patients with long term total care in order to improve their welfare and quality of life, in every stage of the disease. Patient care will always take into account each person and each situation.

Key words: Alzheimer’s disease, amnesia, Primary Health Care, nurse intervention

2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva e irreversible, que produce un deterioro cognitivo invalidante. Es el tipo más común de demencia y se clasifica dentro de ésta como una demencia primaria cortical (1) (2).

Actualmente, debido al elevado envejecimiento de la población por la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, las demencias, y especialmente la EA son enfermedades que afectan a un elevado número de población. Las demencias son uno de los problemas más importantes de salud pública que afronta nuestra sociedad (3). Además, la ausencia de cura o de tratamiento efectivo unido a la dependencia que padecen los pacientes hace que las repercusiones sean mayores (3).

La EA es la causa de dependencia, invalidez y mortalidad más frecuente en los ancianos (4). Tiene un proceso de evolución lento que puede durar entre 10 y 15 años y sin cura. Esto va a producir un amplio espectro de problemas de salud físicos, psíquicos y sociales tanto del paciente como de los familiares, dando lugar a necesitar el trabajo interdisciplinar de los profesionales de la salud.

La Atención Primaria (AP) es la primera puerta de entrada al Sistema Sanitario (SS) por lo que los profesionales que trabajan en este ámbito tienen un papel fundamental en la atención a los pacientes con EA. Tras el diagnóstico, en el que también se puede contribuir, el objetivo será mejorar la calidad de vida del paciente y la familia así como, maximizar el estado del paciente minimizando la presencia de trastornos secundarios a la enfermedad (5), donde la enfermera de AP tiene un papel fundamental.

Con el diagnóstico precoz los pacientes podrían tener mejores oportunidades para enfrentarse a la enfermedad. Desde la AP, los profesionales tienen el campo idóneo con numerosas oportunidades para detectar la presencia de la EA por la elevada asiduidad con la que acuden a los centros de salud (6).

El propósito de este trabajo es identificar la labor no farmacológica de la enfermera de AP en los pacientes con la EA, desde la colaboración en el diagnóstico precoz de la enfermedad hasta el estado final de estos pacientes.

2.1. Objetivos

- Objetivo general:

- Identificar el papel de la enfermera de Atención Primaria en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

- Objetivos específicos:

- Definir la Enfermedad de Alzheimer, así como su prevalencia, patología, manifestaciones clínicas y diagnóstico.

- Analizar la situación de la enfermedad de Alzheimer en la Atención Primaria.

- Identificar la intervención de enfermería en Atención Primaria en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

2.2. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica desde Noviembre de 2015 hasta marzo de 2015; ésta se ha realizado en libros y en artículos, tanto en papel como en formato virtual.

Para la búsqueda se han utilizado las bases de datos Cuiden Plus, Pubmed, Dialnet, Cochrane Library y Google académico.

También se han utilizado páginas web de las asociaciones relacionadas con la enfermedad de Alzheimer y otros organismos como: la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria (AFAC), Organización Mundial de la Salud (OMS), Alzheimer's Disease International (Enfermedad de Alzheimer Internacional) y Ministerio de Sanidad.

Además de la consulta de las páginas web, tanto con CEAFA como con AFAC se ha mantenido contacto vía correo electrónico para obtener información y resolver dudas, al igual que con la Unidad de Deterioro Cognitivo con quien se ha mantenido además de la comunicación on-line, una reunión con el equipo que trabaja en la unidad.

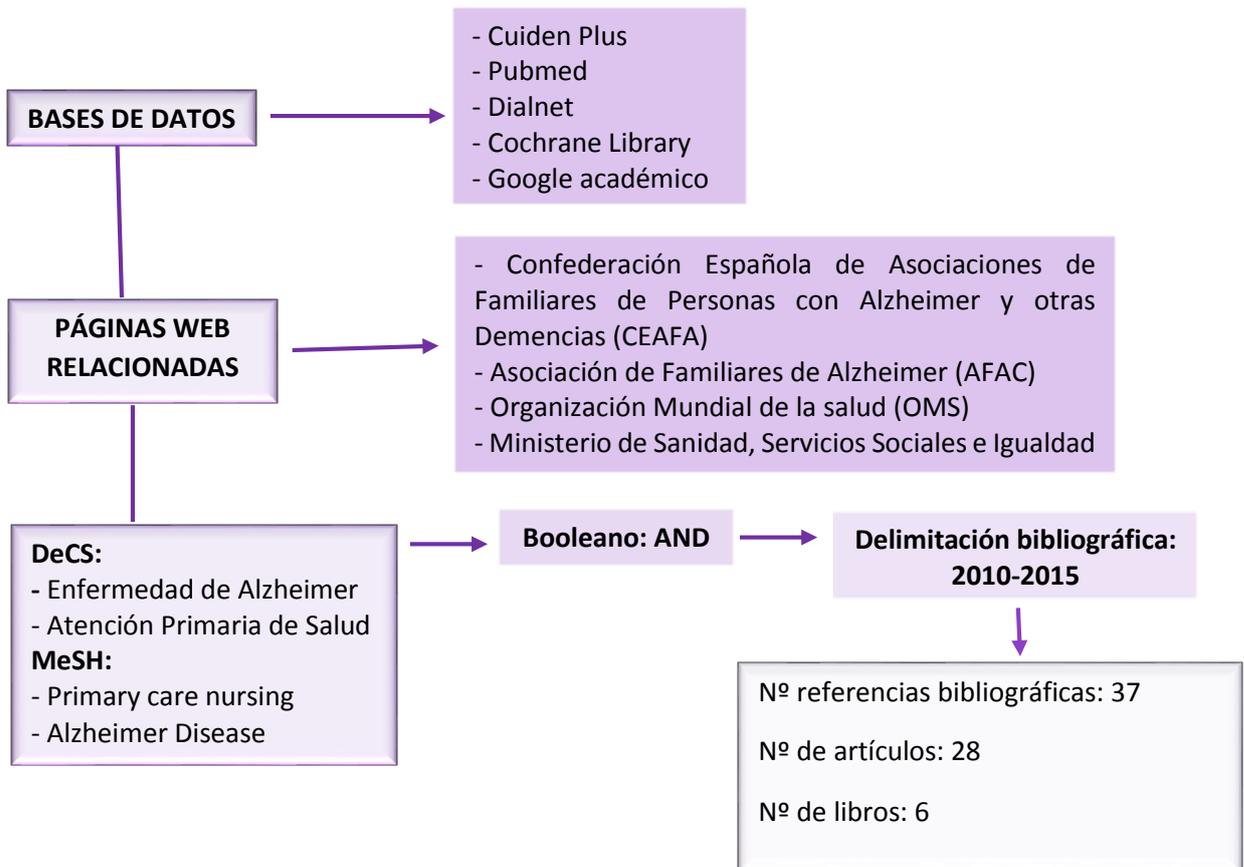
Finalmente se ha obtenido información del curso de verano de la Universidad de Cantabria "Abordaje integral y últimos avances en demencias y enfermedad de Parkinson" bajo la dirección de Don Pascual Sánchez Juan y Doña Carmen María Sarabia Cobo impartido en el municipio de Laredo, Cantabria.

Para realizar la búsqueda, se delimitó a los artículos escritos entre 2010 y 2015, aunque en la bibliografía se han incluido algunas referencias anteriores debido al enriquecimiento aportado al trabajo o a su importancia.

Se ha utilizado el vocabulario dispuesto con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), combinados con el booleano "AND", tanto en español como en inglés:

- DeCS: Enfermedad de Alzheimer y Atención Primaria de Salud.
- MeSH: Primary care nursing and Alzheimer disease.

Una vez realizada la búsqueda, se excluyeron todos aquellos artículos y/o documentos que no aportaban la información necesaria para la elaboración del trabajo o que no estaban relacionados con el objetivo de estudio, así como aquellos que no tenían acceso libre.



2.3. Estructura

Este trabajo está compuesto por 5 capítulos.

CAPÍTULO 1: se realiza un análisis de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en la actualidad y cual se prevé que sea su evolución. Además se hace referencia a la afectación de la población española y de la comunidad de Cantabria por esta enfermedad.

CAPÍTULO 2: se analiza la patología de la enfermedad de Alzheimer tanto a nivel macroscópico como a nivel microscópico.

CAPÍTULO 3: describe las etapas por las que evoluciona la enfermedad y qué manifestaciones clínicas son características de cada una de ellas.

CAPÍTULO 4: se describe cómo se debe llevar a cabo el diagnóstico del Alzheimer y se identifican los criterios que se deben utilizar para ello.

CAPÍTULO 5: identifica la intervención no farmacológica de la enfermera de Atención Primaria ante los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se lleva a cabo un análisis de cómo debe atender y cuidar al paciente en cada fase, a medida que la enfermedad evoluciona, sabiendo adaptarse a los cambios y siempre de manera individualizada con cada paciente.

CAPÍTULO 1. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Debido al aumento progresivo del envejecimiento de la población mundial, recientemente se han desarrollado numerosos estudios sobre la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA), los cuales hace 30 años eran muy escasos y limitados (1).

La EA es la más común de las demencias, representando un 50-60% del total. El Informe Mundial del Alzheimer 2013 estima que para el año 2050 haya 227 millones de enfermos de Alzheimer en el mundo, cifra que casi triplica los 101 millones de enfermos en 2010 (2) (3) (4) (5). Afecta principalmente a personas mayores de 65 años, aunque puede aparecer antes de esta edad, denominándose Alzheimer precoz (6). Hay controversia en cuanto al género al que afectan; estudios reflejan que afecta más a las mujeres pero estudios recientes revelan que esto no es por el género sino porque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la del hombre.

Los estudios de la prevalencia de esta enfermedad se encuentran con diversas limitaciones como, el carácter insidioso y progresivo de las manifestaciones clínicas o la ausencia de un marcador biológico específico (1). Además se estima que hay un elevado número de personas sin diagnosticar, que se encuentran principalmente en las etapas presintomáticas y/o iniciales. Esto hace que las cifras de las que se habla siempre sean estimaciones.

De acuerdo con el informe “Demencia. Una prioridad de salud pública” publicado en 2012 por la OMS (Organización Mundial de Salud) y los datos que maneja la CEAFA (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer) se estima que el Alzheimer afecta a 842.676 personas en España. En Cantabria, la población afectada por la EA ascendería a 12.454 personas (7). Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes que padecen la enfermedad están diagnosticados, en España se estima que la cifra de los pacientes sin diagnosticar se encuentra entre 100.000 y 200.000 personas (7).

4. CAPÍTULO 2. PATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La etiología de la EA es desconocida. Existen diversas hipótesis sobre el origen de la enfermedad que se debaten tanto en la literatura como en las reuniones de expertos (1).

4.1. Patología macroscópica

La pérdida de neuronas y la pérdida sináptica entre las mismas es la principal característica de la EA (8). A nivel macroscópico se aprecia una disminución del volumen y del peso cerebral, además de una atrofia difusa y simétrica. La atrofia afecta a los lóbulos fronto-temporal o frontal y temporal aislados (6). El grado de atrofia tiene una estrecha relación con el progreso de la EA (9).

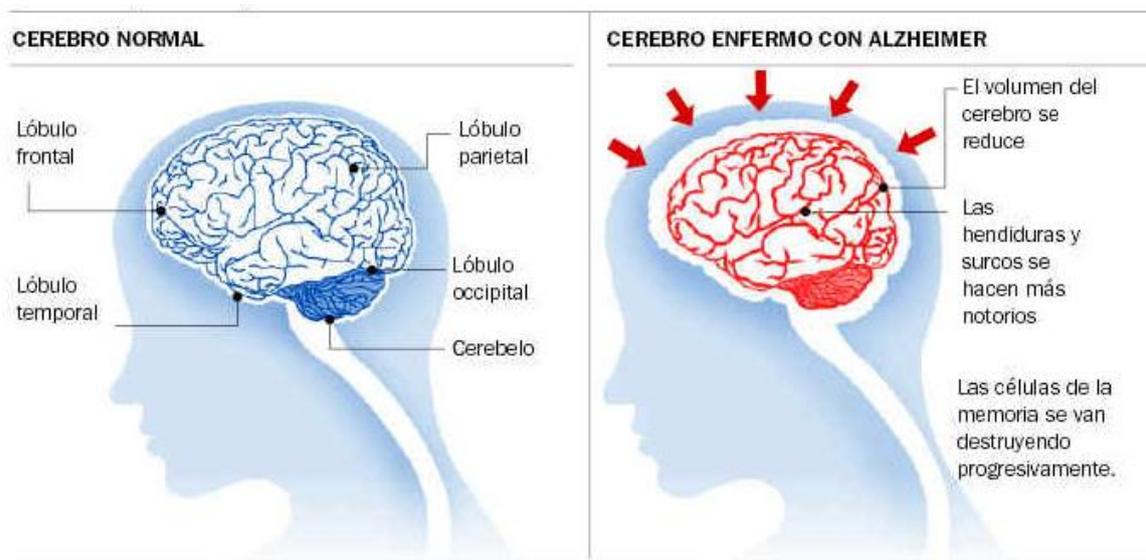


Imagen 1. Representación que muestra la diferencia entre un cerebro sano y un cerebro que padece la EA. En la EA se observa una reducción en el volumen del cerebro a la vez que los surcos y hendiduras son más notorias. (**Imagen:** blog de psicología y daño cerebral. 2010).

La EA afecta principalmente las regiones de la corteza cerebral. El hipocampo, la amígdala, el *subiculum* y las áreas de asociación neurocorticales son las zonas donde se muestran las alteraciones más graves (6).

4.2. Patología microscópica

La hipótesis más aceptada para explicar la EA es la hipótesis de la cascada amiloide.

Las principales características a nivel microscópico de la EA son la presencia de placas seniles y de ovillos neurofibrilares (**imagen 2**), que a su vez forman depósitos de proteína β -amiloide (β A) y de proteína microtubular tau en forma hiperfosforilada (10) (11) (12).

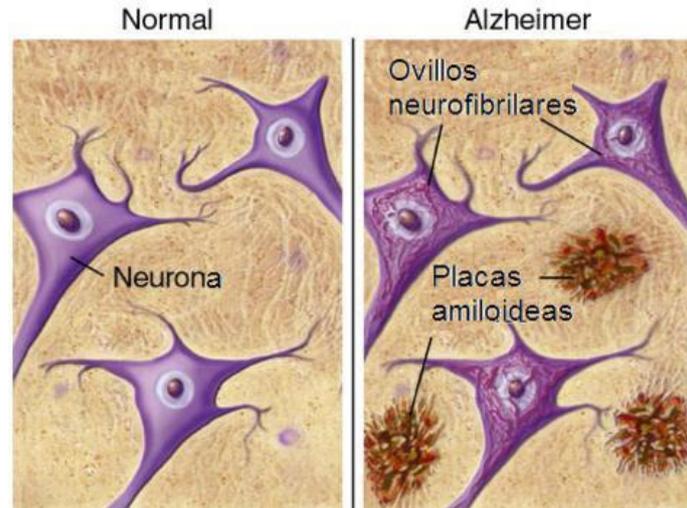


Imagen 2. Representación de las diferencias entre un cerebro normal y uno con EA. En la EA se pueden observar las placas seniles extracelulares de βA y los ovillos neurofibrilares de proteína TAU (**Imagen:** blog Medicina mnemotécnicas).

Las placas seniles son almacenes extracelulares de βA mientras que los ovillos neurofibrilares son intracelulares y están formados por la proteína TAU hiperfosforilada.

Se produce un aumento de los niveles de βA , provocado por un exceso de producción, por un déficit de eliminación, o por ambas situaciones simultáneamente, producido por la proteólisis de la proteína precursora de amiloide; esto incrementa la proporción de βA_{42} y βA_{40} (1). La acumulación principalmente de βA_{42} , que posee una solubilidad limitada, generará autoagregados que forman las fibrillas de las placas seniles (13).

La formación de las placas seniles genera una respuesta inflamatoria que interfiere en la neurotransmisión y desemboca en la muerte neuronal.

La proteína tau tiene como función principal la estabilización de los microtúbulos. En condiciones normales, la proteína tau se encuentra fosforilada y en permanente equilibrio dinámico, estabilizando los microtúbulos. Sin embargo, en la EA la proteína tau se encuentra hiperfosforilada en ubicaciones donde no está habitualmente, provocando alteraciones estructurales que afectan a su unión a tubulina. La proteína tau pierde la afinidad por los microtúbulos, separándose de ellos y formándose de este modo los ovillos neurofibrilares (10).

En el envejecimiento normal, tanto la β -amiloide como la proteína tau, se acumulan de manera circunscrita en ciertas zonas del cerebro. Sin embargo, en la EA aumenta el número de ambas e interaccionan entre sí, pasando a ocupar otras zonas del cerebro.

Existe una relación entre la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares, y la intensidad de las manifestaciones de la EA. Cuanta mayor cantidad de placas seniles y ovillos hay en el cerebro, se produce una mayor pérdida sináptica y muerte neuronal, provocando una intensidad mayor en las manifestaciones clínicas de la EA.

5. CAPÍTULO 3. EVOLUCIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL ALZHEIMER

La EA tiene un periodo de evolución entre 10 y 15 años aproximadamente en la que se pueden distinguir 3 etapas.

- **Inicial o leve:** los pacientes tienen una sintomatología leve (6). En el test Minimental tienen una puntuación superior a 20 y la duración del periodo se encuentra entre 1 y 3 años.

Dentro de la Escala Clínica de la Demencia (Clinical Dementia Rating (CDR)) se encuentran en el nivel 1 (CDR 1) (16).

El paciente conserva su autonomía pero presenta una pérdida de memoria moderada, lo que conlleva la necesidad de supervisión en las tareas complejas (6) (16).

La memoria reciente es la que se encuentra más afectada, interfiriendo en las actividades diarias del paciente (6) (16).

El paciente está orientado en lugar y persona, pero tienen dificultades en relación con el tiempo (6) (16).

El juicio social se encuentra mantenido pero encuentra una dificultad moderada en el manejo de problemas complejos (6) (16).

En la vida social, puede aparentar normalidad ante un contacto casual, sin embargo, no puede funcionar independientemente en estas actividades, a pesar de que sí puede realizar algunas (6) (16).

Abandona las tareas domésticas más difíciles, los intereses y las aficiones más complejas (6) (16).

Puede necesitar estimulación en el cuidado personal (6) (16).



Imagen 3. Afectación del cerebro en la fase inicial de la EA (Imagen adaptada de la presentación: Actualización en demencias: puesta al día. Eloy Rodríguez Rodríguez. 2015).

- **Moderada o intermedia:** los pacientes tienen una sintomatología de gravedad moderada (6). En el test Minimental tienen una puntuación entre 10 y 20 y la duración del periodo es de 3 a 7 años.

Se encuentran en el nivel CDR 2.

El paciente depende de un cuidador para poder llevar a cabo las actividades cotidianas ya que la pérdida de memoria es severa (6) (16).

Los conocimientos nuevos se pierden rápidamente y sólo se mantiene en la memoria el material altamente aprendido (6) (16).

El paciente está orientado en persona, pero habitualmente se encuentra desorientado en tiempo y con frecuencia en lugar. (6) (16).

El juicio social se encuentra dañado y el daño es severo tanto en el manejo de problemas complejos como en las similitudes y diferencias (6) (16).

En la vida social, ya no es capaz de funcionar independientemente (6) (16).

Sólo se conservan las tareas simples, los intereses son muy limitados y se mantienen muy pobremente (6) (16).

En el cuidado personal necesita mucha ayuda (6) (16).

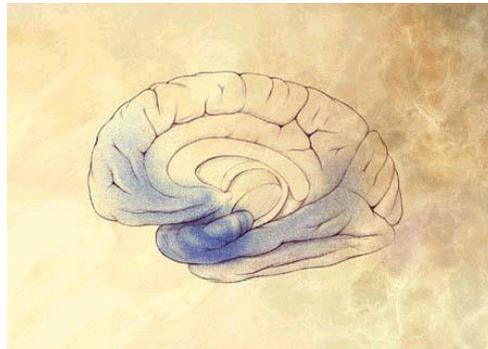


Imagen 4. *Afectación del cerebro en la fase moderada de la EA (Imagen adaptada de la presentación: Actualización en demencias: puesta al día. Eloy Rodríguez Rodríguez. 2015).*

- **Grave o terminal:** se encuentran en un estado muy avanzado de la enfermedad (6). En el test Minimental tienen una puntuación inferior a 10 y la duración del periodo es de 7 a 10-15 años.

Se encuentran en el nivel CDR 3.

El paciente es dependiente total, ya no es capaz de realizar ninguna actividad cotidiana, ni de caminar e incluso pierden la capacidad de hablar (6) (16).

La pérdida de memoria es severa, perdiendo además de la memoria reciente la memoria remota y permaneciendo sólo fragmentos (6) (16).

El paciente sólo está orientado en persona (6) (16).

Ya no puede resolver problemas ni realizar juicios (6) (16).

En la vida social, continúa siendo incapaz de funcionar independientemente (6) (16).

Pierde la capacidad para realizar las tareas simples, no tiene función significativa en el hogar (6) (16).

En el cuidado personal continúa necesitando mucha ayuda (6) (16).



Imagen 5. Afectación del cerebro en la fase grave de la EA (Imagen adaptada de la presentación: Actualización en demencias: puesta al día. Eloy Rodríguez Rodríguez. 2015).

La EA produce un gran número de manifestaciones clínicas debido a la afectación de diferentes áreas del cerebro (2). Éstas se pueden clasificar en:

- **Manifestaciones cognitivas:** la pérdida de memoria (amnesia) representa el eje fundamental y puede llegar al olvido de las habilidades habituales para el enfermo o de los propios familiares. Esta manifestación se da desde las fases prodrómicas (antes de que la enfermedad sea diagnosticada), apareciendo entre 1 y 15 años antes de que el paciente sea diagnosticado de EA (1) (6).

También presentan la triple A (afasia, agnosia, apraxia), desorientación... (2) (6).

- **Manifestaciones neurológicas:** incontinencia (primero padecen incontinencia urinaria y posteriormente, también incontinencia fecal) y problemas de la deglución, debido al deterioro de la musculatura, temblores... (2) (6).

- **Manifestaciones funcionales:** dificultad para hacer las actividades básicas de la vida diaria como asearse, vestirse, comer..., dificultad para caminar... (2) (6).

- **Manifestaciones conductuales:** alucinaciones, apatía, depresión, delirios, agresividad, trastornos del sueño (con una conducta nocturna anormal), euforia, ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria y sexual... (1) (2) (6).

5. CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El diagnóstico certero de la EA sólo se puede realizar *post-mortem*, analizando los tejidos cerebrales al microscopio y confirmando los cambios característicos de la EA (17) (28).

Actualmente, para diagnosticar la EA se debe llevar a cabo una evaluación física, psiquiátrica y neurológica (6).

El diagnóstico de la EA se hace por exclusión, por lo que hay que descartar otras patologías que puedan producir demencia.

Se debe realizar una analítica, no para el diagnóstico de la EA, ya que para ésta no existe una analítica específica, si no para descartar otras causas de pérdida de memoria o de trastornos mentales. En la analítica se debe pedir: hemograma completo, bioquímica, vitamina B₁₂ y ácido fólico, hormona tiroidea, función renal y hepática, azúcar en sangre, calcio, electrolitos, Sida y sífilis (1) (17).

Además debe realizarse una prueba de neuroimagen, un TAC o una Resonancia Magnética cerebral. También se pueden realizar otras pruebas como PET, SPECT, encefalograma (1) (17) o utilizar biomarcadores, campo en el que se están produciendo grandes avances.

En la valoración neuropsicológica se utilizan test neuropsicológicos estructurados que estudian las principales funciones cognitivas como por ejemplo el test Minimental.

El Instituto Nacional de Trastornos neurológicos y de la Comunicación y las Enfermedades Cerebrovasculares (NINCS-ADRDA) y la asociación de enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados han creado unos criterios para el diagnóstico de la EA (6) (19). También son muy utilizados los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV (19).

Finalmente para establecer el diagnóstico de la EA utilizan los criterios NINCS-ADRDA y los del DSM-IV (tabla 1 y 2 respectivamente).

CRITERIOS NINCS-ADRDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EA

I. Los criterios para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” incluyen:

1. Demencia establecida por un examen clínico, documentada por el Mini-Mental State Examination, la escala de demencia de Blessed o algunas pruebas similares y confirmada a través de baterías neuropsicológicas.
2. Déficit en 2 o más áreas cognitivas.
3. Deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
4. Ausencia de trastornos de la conciencia.
5. Inicio entre los 40 y los 90 años, más a menudo después de los 65 años.
6. Ausencia de trastornos sistémicos u otras enfermedades del cerebro que pudieran explicar los déficit progresivos de la memoria y la cognición.

II. El diagnóstico de EA probable se sustenta por:

1. Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas, tales como lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y percepción (agnosia).
2. Dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria y patrones del comportamiento alterados.
3. Antecedentes familiares de trastornos similares, en particular si están confirmados neuropatológicamente.
4. Resultados de laboratorio:

- Punción lumbar normal a través de técnicas estándar.
- EEG normal o con cambios inespecíficos, como un incremento de las ondas lentas.
- Evidencia de atrofia cerebral en la TC y su progresión documentada por estudios seriados.

III. Tras la exclusión de otras causas de demencia, algunas características clínicas consistentes con el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” incluyen:

1. Curso progresivo de la enfermedad.
2. Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, delirios, ilusiones, alusiones, catastrofismo verbal, descontrol emocional, agitación psicomotriz, trastornos sexuales y pérdida de peso.
3. Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente los de mayor gravedad; incluye signos motores tales como hipertonía, mioclonías y trastornos en la marcha.
4. Convulsiones en estadios avanzados de la enfermedad.
5. TC normal para la edad.

IV. Características para que el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” sea incierto o improbable:

1. Inicio brusco apoplético.
2. Hallazgos neurológicos focales tales como hemiparesia, alteraciones en la sensibilidad, déficit en el campo visual e incoordinación.
3. Convulsiones o trastornos de la marcha al inicio o en los primeros estadios de la enfermedad.

V. Diagnóstico clínico de “enfermedad de Alzheimer posible”:

1. Demencia en ausencia de otros trastornos neurológicos, psiquiátricos o sistémicos que puedan ser causa de demencia, con variaciones en el inicio, presentación o curso clínico.
2. Presencia de una enfermedad sistémica o cerebral que puede provocar demencia, aunque no se considere la causa de la misma.
3. En estudios de investigación cuando se identifique un déficit cognitivo progresivo y grave en ausencia de otra causa identificable.

VI. Los criterios para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer definitiva” son:

1. Cumplir los criterios de EA probable.
2. Evidencias histopatológicas obtenidas por necropsia o biopsia.

VII. Se puede realizar una clasificación de la EA para propósitos de investigación por características específicas que determinan subtipos tales como:

1. Antecedentes familiares.
2. Inicio antes de los 65 años.
3. Presencia de trisomía 21.
4. Coexistencia de otras alteraciones relevantes como la enfermedad de Parkinson.

Tabla 1. Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la EA (Imagen: El Alzheimer: teoría y práctica(19))

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

- A. El desarrollo de múltiples déficit cognitivos manifestados a la vez por:
1. Alteración de la memoria (capacidad alterada en aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia.
 - Apraxia.
 - Agnosia.

- Alteración en la función ejecutiva (planificar, organizar, secuenciar...)
- B. Los defectos cognitivos de los criterios A1 y A2 causan una alteración significativa en el funcionamiento social o laboral, y representan una disminución significativa respecto al nivel previo de funcionamiento.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y una disminución cognitiva continuada.
- D. Los defectos cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguna de las siguientes condiciones:
 1. Otras condiciones del sistema nervioso central que causan déficit progresivos en la memoria y la cognición (enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia a presión normal, tumor cerebral).
 2. Condiciones sistémicas que se conocen como causa de demencia (hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, deficiencia de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).
 3. Condiciones inducidas por sustancias.
- E. Los déficit no acontecen exclusivamente durante el curso de un *delirium*.
- F. La alteración no es mejor explicada por otra alteración del eje (alteración depresiva mayor, esquizofrenia).

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-IV para la demencia tipo Alzheimer (Imagen: *El alzheimer: teoría y práctica (19)*)

7. CAPÍTULO 5. INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está formado por los servicios establecidos en la Ley General de Sanidad. Se compone de dos niveles asistenciales básicos, la atención primaria (AP) y la atención especializada (AE) (20).

La AP es el primer nivel asistencial al que tiene acceso el ciudadano ya que está puesto al alcance de todas las personas y familias de la comunidad. El equipo profesional se encarga de la educación y promoción de la salud, la prevención, la detección y el diagnóstico de la enfermedad. Su seguimiento y tratamiento así como la gestión de los recursos y el acompañamiento del paciente y de la familia hasta el final de la vida (20).

Desde la AP se debe garantizar la continuidad de los cuidados a lo largo de toda la vida del paciente y/o usuario (20).

Ante la EA, se debe realizar un abordaje integral tanto entre los miembros del equipo de AP, médicos, enfermeras y asistentes sociales, como con los miembros del equipo de AE. El abordaje integral debe ir desde el diagnóstico y el tratamiento, hasta el seguimiento de la evolución y la atención de patologías concomitantes u otras que aparezcan de manera esporádica (5). El acuerdo y la coordinación entre los dos niveles asistenciales, conducirá hacia una excelencia en la calidad de los cuidados, evitando problemas de carácter competencial (20).

La AP se convierte en el punto de referencia para los pacientes con EA ya que además de ser el nivel más cercano y accesible, es el que mejor conoce al paciente y el que puede observar la evolución y problemática de la enfermedad sobre el paciente y la familia, así como el que puede encargarse de la atención a domicilio (enfermería) cuando el paciente lo requiera (21).

La enfermera de AP tiene un papel clave en la atención y cuidado de la persona con EA. Los pacientes tienen un conjunto de necesidades alteradas que necesitan ser tratados a través de cuidados dirigidos por enfermería, con el fin de aportar bienestar y calidad de vida al paciente y a la familia (22). Los cuidados serán de larga duración, debido al largo periodo de evolución de la enfermedad y por ser progresiva e irreversible.

Debido a la dependencia que origina la EA, la asistencia irá dirigida al paciente y a sus familiares, en especial al cuidador principal, considerando la práctica asistencial hacia un tándem enfermo-familiar.

La enfermera de AP tendrá como objetivo cuidar de forma individualizada al paciente con EA y a su familia, siempre coordinándose con el resto de los profesionales, proporcionando un abordaje multidisciplinar (22) (23).

La Enfermería cuenta con las habilidades terapéuticas para modular, controlar o paliar gran parte de los problemas concomitantes o recurrentes que sufren los pacientes con EA. Los cuidados prestados por la enfermera de AP se adecuarán a la fase evolutiva en la que se encuentre la enfermedad y se llevarán a cabo tanto en el Centro de Salud como en el domicilio del paciente, según las necesidades (24).

La enfermera tendrá por excelencia la función de fomentar el autocuidado del paciente y la educación para la salud (23).

Desde el punto de vista de la enfermería de AP, se intenta vivir con los pacientes con EA de una forma más positiva y humana junto a ellos, siendo en todo momento conscientes de que el cuidado de estos pacientes, no sólo requiere dedicación y voluntad, sino además, un conocimiento específico de cómo llevar a cabo los cuidados (23)

7.1. Intervención en el diagnóstico precoz

La EA afecta a la población anciana, habitualmente a partir de los 65 años. Este grupo poblacional visita con asiduidad las consultas del Centro de Salud y especialmente la consulta de enfermería. Esto hace que uno de los grupos asistenciales que dedica más horas al cuidado y a la atención de la población anciana sea la Enfermería (24). Por tanto, la enfermera conoce tanto a los pacientes como a su entorno familiar, laboral y social, poseyendo de este modo una herramienta muy valiosa para detectar los síntomas precoces de la EA y conducir hasta un diagnóstico precoz de la misma (23).

La enfermera debe sospechar de que existe un deterioro cognitivo que puede ser EA, cuando se encuentre con un paciente de riesgo (edad avanzada, aislamiento social, bajo nivel intelectual...) que presenta dificultad repetitiva para conservar nueva información, resolver problemas, utilización de un lenguaje pobre o repetitivo... (20) (24). Otras situaciones, que deben llevar a la enfermera a sospechar son: cuando se observen cambios cognitivos o de comportamiento; cuando existan quejas de memoria, es aconsejable que éstas sean confirmadas por un informador fiable; cuando el paciente tenga cambios repetidos de conducta o humor; ante la aparición de dificultades para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)... (20).

Una vez instaurada la duda, la enfermera debe iniciar el proceso para determinar si lo que existe es una demencia, o si los signos indican que hay otra patología. Para ello la enfermera citará al paciente para una consulta programada donde poder iniciar el proceso de diagnóstico precoz.

La enfermera de AP, iniciará la consulta programada elaborando una anamnesis completa. Se preguntará acerca de enfermedades concomitantes, medicamentos que tengan la capacidad de influir o alterar la situación mental del paciente, teniendo una especial atención a la depresión, por su influencia en las funciones cognitivas, principalmente sobre la memoria, y por su elevada prevalencia (3). Se recogerá también información sobre antecedentes familiares, donde la importancia recaerá sobre antecedentes de epilepsia, demencia o enfermedades psiquiátricas (25).

Se debe obtener información sobre la repercusión que está produciendo en el paciente y su entorno las deficiencias que está sufriendo y la fecha aproximada en la que se inició el deterioro, cómo se instauró y que evolución ha percibido (25).

Durante la entrevista podremos observar al paciente, cuál es su comportamiento, su interés y grado de colaboración, su lenguaje... (25).

El siguiente paso será explorar el déficit cognitivo del paciente. Para ello en Atención Primaria se cuenta con diversos instrumentos de diagnóstico o cribado como el test Minimental o la Escala de Barthel (**ver anexos 1 y 2**) (3) (26). Actualmente en Cantabria, en la consulta de deterioro cognitivo, también utilizan en test T@m (**ver anexo 3**), que recomiendan se utilice en AP junto con los test anteriormente mencionados.

También se puede evaluar las capacidades funcionales del paciente, considerando tanto las ABVD, (con el índice de Katz (**ver anexo 4**)) como las AIVD (con la escala Lawton (**ver anexo 5**)) (25).

Una vez obtenida toda la información, que se puede obtener en varias consultas para evitar que el paciente se agobie, se proporcionarán los resultados al médico de AP, quien solicitará la analítica y decidirá si los resultados son concluyentes para derivar al paciente a una consulta especializada de neurología, psicología o aquella que considere necesario. El equipo de AP debe tener una relación bidireccional apropiada con los equipos de AE (20).

La enfermera de AP, junto con el resto de profesionales, colabora de este modo en el diagnóstico precoz de la EA. Este diagnóstico minimiza la ansiedad tanto en pacientes como en familiares, permitiéndoles afrontar las situaciones y los problemas, que en las etapas más avanzadas serían más complicadas de solucionar (20).

7.2. Intervenciones en la fase inicial o leve

Una vez confirmado el diagnóstico de EA, desde AP se debe garantizar la atención y el seguimiento de los pacientes que sufran la enfermedad, además de gestionar los recursos que requieran, acondicionándose continuamente a los cambios de la enfermedad y a las patologías concomitantes que surjan durante la evolución de la enfermedad (20). Cuando se realiza el diagnóstico precoz y el paciente aún tiene conciencia de enfermedad se le debe proponer la opción de elaborar el documento de voluntades previas.

Se recomienda que el paciente acuda a la consulta de enfermería acompañado de algún familiar o del cuidador principal, no sólo para que éste sepa cómo actuar, sino también para que pueda recordarle al paciente las recomendaciones de la enfermera cuando tenga lapsus de memoria.

Se iniciarán visitas periódicas a la enfermera de AP, desde la obtención del diagnóstico, para comenzar con la educación en salud de las terapias no farmacológicas (TNF) y para fomentar el autocuidado y la autonomía del paciente, siempre en la medida de lo posible (22).

Las TNF son las intervenciones con las que se alcanzan un resultado clínico relevante en el paciente o en las personas que le rodean, sin la administración de productos químicos (4). Cada vez existe más evidencia de que estas terapias pueden mejorar la autonomía del paciente, la capacidad intelectual y el estado de ánimo (3) (4). La enfermera será la encargada tanto de explicar a los pacientes que TNF debe llevar a cabo, así como que el motivo por el que las debe cumplir es alcanzar tales objetivos. Nunca se puede engañar al paciente diciéndole que va a mejorar su enfermedad, ya que la EA no tiene cura y es progresiva, pero sí que estas actividades pueden ralentizar la progresión de la enfermedad.

Recomendaciones de la enfermera:

- Tomar una dieta sana y equilibrada. Se aconsejará una dieta mediterránea, rica en pescado azul, con alimentos pobres en grasas saturadas, ricos en contenido de vitamina E y C, con un consumo moderado de alcohol y evitando la obesidad (28).

- El ejercicio físico es muy importante ya que beneficia el estado anímico y físico del paciente. No todos los pacientes tienen la misma capacidad por lo que tendrán que adecuar la actividad a sus posibilidades. Se recomienda que el paciente salga a caminar por sitios familiares y tranquilos para evitar que sean incomodados (29).

Los pacientes con EA, en esta fase donde aún pueden tener conciencia de enfermedad, principalmente si se ha diagnosticado de forma precoz, no quieren tener que explicar la situación que están viviendo ya que es una situación difícil y esto les agobia, por lo que suelen conducirlos al aislamiento. Este es el motivo por lo que se les aconseja que caminen por lugares tranquilos.

- Se recomienda que el paciente se mantenga mentalmente activo. Para ello deberá realizar ejercicios de estimulación cognitiva. La enfermera de AP, informará al paciente y su familiar o cuidador principal de las posibilidades que posee. La enfermera puede proporcionarle ejercicios de estimulación cognitiva para esta etapa (**ver anexo 6**), aunque en esta fase animará al paciente a que acuda a centros donde se realicen talleres de estimulación cognitiva, para favorecer a la vez las relaciones sociales con el resto de la población (3) (23) (26) (28) (29).

- Animará al paciente a mantener las relaciones sociales y cultivarlas así como apuntarse a clases de baile, pintura, jugar a las cartas... en función de sus gustos. Se debe evitar que el paciente se aisle en el domicilio (23) (26) (28).

- Se deben organizar las ABVD, promoviendo su autonomía y participación activa (24). La enfermera propondrá al paciente establecer una rutina diaria, para que éste se pueda sentir más seguro. También se deberá controlar la higiene del paciente ya que pronto comenzará a desinhibirse y a dejar la labor de lado. Hay que permitir que ellos lo lleven a cabo por sí mismos pero controlándoles.

Es muy importante oír y escuchar sin prejuicios lo que los pacientes nos quieren decir, aunque a veces tengan dificultad para expresarse (28). Debemos resolver todas las dudas que tengan o que le vayan surgiendo en las sucesivas consultas, tanto al paciente como a sus familiares o cuidador principal.

7.3. Intervenciones en la fase moderada o intermedia

Una vez que el paciente entra en esta etapa la enfermera de AP se encargará de evaluar las pérdidas reales con el fin de establecer cuidados que suplan dichas pérdidas (24).

Las recomendaciones de la enfermera en esta etapa serán:

- Se proporcionará ayuda o suplencia en la realización de las ABVD. En el caso de que necesite suplencia se enseñará al cuidador principal cómo debe llevarlas a cabo.

En esta fase pueden comenzar problemas en la alimentación como falta de apetito, dificultades para comer por el deterioro de la sincronización para masticar, tragar... La enfermera aconsejará fijar una hora para las comidas, que se realicen en un ambiente tranquilo, con pequeñas raciones y de plato en plato... Además enseñará al familiar técnicas y herramientas que pueden facilitar la autonomía del paciente en las comidas como el uso de cubiertos ergonómicos, de superficies antideslizantes, cuencos en sustitución de los platos llanos... (4) (29).

En la higiene del paciente, en el caso de que necesite suplencia, la enfermera enseñará al cuidador principal la mejor forma de hacerlo, recordándole la importancia de secar adecuadamente todas las partes del cuerpo para evitar efectos secundarios como maceraciones o úlceras de la piel (29).

- Se continuará aconsejando la estimulación cognitiva con ejercicios adecuados a la fase de la enfermedad (**ver anexo 7**). Pueden continuar acudiendo a centros especializados donde se lleven a cabo este tipo de talleres o, en el caso de que la enfermera observe sobrecarga del cuidador principal, se puede proponer llevar al paciente a centros de día, recurso más utilizado en esta fase de la enfermedad ya que beneficia la estimulación y socialización del paciente y permite descansar durante unas horas al cuidador (3) (4) (24).

- Se deben comenzar a instruir técnicas de control de esfínteres (24). Iniciar rutinas, utilizar ropa cómoda para facilitar la tarea al paciente, usar adaptadores para el retrete si así lo necesita... (29).

- Se evaluará la capacidad de hacer ejercicio por parte del paciente. Si posee la capacidad de hacer ejercicio se recomendará que siga manteniéndose activo. En esta fase, algunos pacientes comienzan a deambular, por lo que la enfermera aconsejará retirar posibles obstáculos para evitar accidentes. Además, se le pueden proporcionar ayudas para los desplazamientos o la deambulación, si precisa. En el caso de que el paciente pierda la capacidad para caminar o deambular por deterioro de la movilidad, miedos, alucinaciones... se enseñará al cuidador principal a realizar ejercicios pasivos al paciente (24) (29).

- Educación al cuidador principal. La enfermera se encargará de enseñar al cuidador principal como debe llevar a cabo la ayuda o suplencia de las tareas que no sea capaz de ejecutar por sí mismo el paciente con EA.

La educación y orientación que reciben por parte de la enfermera puede minimizar la falta de preparación y la inseguridad de los cuidadores ya que en un elevado porcentaje de los casos, estos suelen ser cuidadores informales, familiares en su mayoría. Esto a su vez disminuye el sufrimiento y el desgaste provocados por la inseguridad. El modo en el que los cuidadores interpreten las conductas problemáticas del paciente con EA, va a influir en la habilidad o respuesta para llevar a cabo ajustes y así responder a las necesidades del paciente. Una correcta educación del cuidador conducirá también a evitar la institucionalización del paciente o a retrasar lo máximo posible este acto (4) (25).

- Rehabilitación funcional, siempre acordes a las necesidades del paciente (4).
- Medidas de higiene del sueño que mejorarán el descanso del paciente y reducirán la ansiedad (4).

7.4. Intervenciones en la fase grave o terminal

Durante la fase grave, la enfermera de AP llevará a cabo las intervenciones destinadas a actuar por y para el paciente. El paciente es totalmente dependiente por lo que ya no es capaz de llevar a cabo ni las ABVD ni las AIVD (4) (24).

Las actividades de enfermería irán también dirigidas a evitar la aparición de complicaciones secundarias como broncoaspiraciones, úlceras por presión, fracturas... (3).

El paciente tiene un importante deterioro de la comunicación escrita y oral (29), provocando que no pueda comunicar de manera efectiva sus necesidades o deseos.

La enfermera recomendará:

- Llevar a cabo movilizaciones pasivas sobre el paciente, si no se habían iniciado ya anteriormente, para evitar el inmovilismo (35) (40).
- Realizar movilizaciones con periodicidad para evitar los trastornos derivados como el estreñimiento, las úlceras por presión... (4) (24).
- Recomendará utilizar medidas adecuadas para cuidar al paciente como los colchones de presión alterna, sillas de ruedas... (4) (24).
- Formación y atención al cuidador. El paciente es totalmente dependiente por lo que es la fase en la que mayor sobrecarga y estrés puede padecer el cuidador. La enfermera atenderá al cuidador para reducir las secuelas negativas del proceso del estrés, optimizando los recursos con los que este cuenta. Además, las actuaciones parecen poseer un efecto beneficioso y positivo sobre la calidad de vida y la salud de los cuidadores (4).

En la fase terminal de la EA las intervenciones de la enfermera de AP, irán dirigidas a dispensar los denominados cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida y el confort del paciente con EA en sus últimos días de vida.

La enfermera proporcionará cuidados con el objetivo de evitar síntomas como el dolor, la dificultad respiratoria, el estreñimiento, los cuidados de la piel, el apoyo al cuidador principal y a la familia del paciente... (4).

Cuando el paciente con EA fallece, no finalizan los cuidados de la enfermera, sino que se inicia un nuevo periodo en el que la enfermera apoyará a la familia para que lleven a cabo un duelo efectivo en las mejores condiciones posibles (24).

En el cuidado de un paciente con EA, la enfermera de AP debe ser consciente de que en cualquier fase del progreso de la enfermedad pueden aparecer patologías concomitantes o conductas disruptivas que deberá abordar y tratar para que éstas no provoquen efectos negativos sobre el paciente como aislamiento, pérdida de autonomía...

A medida que la enfermedad progresa, los pacientes con enfermedad de Alzheimer pierden la capacidad de explicarse, de comunicar sus sentimientos, si tienen dolor... Cuando aparecen conductas disruptivas, suelen ser secundarias a alguna de estas situaciones por lo que

la enfermera deberá explorar cuál es la causa para tomar las medidas necesarias y ponerle solución.

Los cuidados que proporciona la enfermera de AP al paciente con EA siempre irán dirigidos hacia la defensa de los derechos y el respeto a la dignidad del paciente. La enfermera garantizará la continuidad de los cuidados tanto al paciente como a la familia y/o cuidador principal de modo dinámico y continuado y desde una perspectiva multidisciplinar (20).

7.5. Intervenciones sobre el cuidador

Los cuidados de la enfermera de AP hacia el cuidador tendrán como objetivos:

- Lograr la satisfacción de los cuidados con el cuidado del paciente con EA (23).
- Disminuir el estrés psicológico y físico provocados por el cuidado del paciente (23).
- Prevenir que el cuidador se aíse socialmente (23).
- Favorecer tanto la aceptación como la gravedad de la enfermedad que sufre el paciente (23).
- Aliviar la pena del cuidador (23).

Para alcanzar estos objetivos, la enfermera de AP ayudará al cuidador a:

- Reconocer que necesita ayuda con el cuidado del paciente. Para ello el cuidador debe admitir que las reacciones y el agotamiento son habituales, pudiendo llegar a ser previsibles (23).
- Enseñarle que no debe tener miedo de acudir a profesionales o grupos que le puedan proporcionar ayuda (23).
- Recordarle que no siempre debe ponerse a sí mismo en segundo lugar, no tiene que olvidarse de sí mismo por el cuidado de un paciente con EA (23).
- Aprender terapias de relajación como por ejemplo el yoga (23).
- Marcarse metas a corto plazo, que sean reales y posibles a la hora de cuidar al paciente con EA. No se deben mantener esperanzas que no sean reales (23).
- Tener la capacidad de confiar tareas del cuidado del paciente en otros familiares o personas ajenas y evitar el sentimiento de culpabilidad por hacerlo (23).
- Evitar centrarse únicamente en los fallos y en las deficiencias que tenga (23).

7.6. Principales diagnósticos enfermeros utilizados en la EA (30)

(00051) Deterioro de la comunicación verbal

NOC: (0902) Comunicación

NIC: (4920) Escucha activa

Actividades:

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Evitar barreras a la escucha activa.

(00053) Aislamiento social

NOC: (1503) Implicación social

NIC: (5100) Potenciación de la socialización

Actividades:

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.

(00096) Deprivación de sueño

NOC: (0004) Sueño

NIC: (1850) Mejorar el sueño

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

(00102) Déficit de autocuidado: alimentación / (00108) Déficit de autocuidado: baño / (00109) Déficit de autocuidado: vestido / (00110) Déficit de autocuidado: uso del inodoro

NOC: (0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria

NIC: (1800) Ayuda con el autocuidado

Actividades:

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado.

- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de la capacidad.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

(00131) Deterioro de la memoria

NOC: (0901) Orientación cognitiva

NIC: (4820) Orientación a la realidad

Actividades:

- Realizar un acercamiento calmado y sin prisa al interactuar con el paciente.
- Hacer las preguntas de una en una.
- Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente.
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.
- Involucrar al paciente en actividades concretas (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
- Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes.
- Implicar al paciente en ambiente/clase grupal de orientación de la realidad, cuando sea adecuado.
- Ofrecer psicoeducación a la familia y a los allegados respecto a fomentar la orientación de la realidad.

Una correcta intervención enfermera de educación y prevención, evitará que aparezcan complicaciones y diagnósticos enfermeros relacionados con el estreñimiento, las úlceras por presión, maceraciones de la piel... Además de incumplimientos con el tratamiento o el mantenimiento inefectivo de la salud.

8. CONCLUSIONES

- La enfermera de AP posee un papel fundamental en el cuidado y atención del paciente con EA, pudiendo proporcionar cuidados que mejoran la calidad de vida y el bienestar del paciente y de su familia y/o cuidador principal.
- La enfermera de AP tiene que proporcionar cuidados dinámicos e individualizados al paciente con EA y a su familia, desde el diagnóstico precoz hasta la fase terminal, adaptando los cuidados a la fase evolutiva en la que se encuentre la enfermedad y siempre desde una visión multidisciplinar.
- Es importante que los profesionales de enfermería, así como el resto de profesionales sanitarios, se formen y conozcan la EA en todos sus aspectos (etiología, epidemiología, tratamiento...) para tener las actitudes y aptitudes necesarias para poder manejar la enfermedad.
- Actualmente hay escasa evidencia científica y referencias bibliográficas sobre el papel de la enfermería en AP sobre los pacientes con EA, por lo que considero importante que se realicen estudios y guías de práctica clínica sobre los cuidados e intervenciones que debe desarrollar la enfermería en estos pacientes y sus cuidadores.

9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Abizanda Soler P, Jordán Bueso J. Conocer para aceptar: enfermedad de Alzheimer. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2011.
- (2) UGT Andalucía. Atención especializada para enfermos de Alzheimer. Módulo 1: introducción a la enfermedad de Alzheimer [Internet] 2011; [60-64]. Disponible en: <http://portal.gfee.es/uploads/M%C3%B3dulo%201.Intrroduccion%20a%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer.pdf>
- (3) Castellano Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Zurdo Martín. Abordaje integral de la demencia. IT del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2011; 35 (2): [39-45]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf
- (4) García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguea CR, Álvarez Martínez MC, Martínez Rabadán M, Pina Díaz L, Guillén Pérez F, Bernal Barquero M. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enfermería Docente [Revista en línea] 2013; 101: [36-40]. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/edocente/101pdf/DanaInfo=www.index-f.com+101-036.pdf>
- (5) Coll de Tuero G, Garre-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. Elsevier Doyma. Atención Primaria [Revista en línea] 2011; 43: [585-594]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90035800&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=25&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n11a90035800pdf001.pdf
- (6) Rocha Mercado R, Aguilar Benavides J. Enfermedad de Alzheimer. Revista Pacea de medicina familiar. [Revista en línea] 2009; 6 (9): [2-7]. Disponible en: <file:///F:/TFG/2%20Alzheimer.pdf>
- (7) Zunzunegui Pastor MV, del Ser T, Rodríguez Laso A, García Yébenes MJ, Domingo J, Otero Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. Atención Primaria 2003; 31(9): [581-586]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656703792208/1-s2.0-S0212656703792208-main.pdf? tid=054339fe-4cab-11e5-9bf5-0000aacb361&acdnat=1440673491_a7aafd244fe5706a6627b9eb599840bb
- (8) Insausti R, Insauste AM, Moreno M. Bases morfológicas de la atrofia cortical cerebral en la senescencia y en la enfermedad de Alzheimer. Anales Sis San Navarra. 20 (3): [33-38]. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7577/9320>
- (9) Ferrer Abizanda Isidro. Neuropatología de la enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 165-178

- (10) Merino Serrais P. Alteraciones microanatómicas de las dendritas de las neuronas de proyección en la enfermedad de Alzheimer [tesis doctoral] Madrid; 2011 [en línea]. Disponible en: file:///F:/TFG/41647_Merino_Serrais_Paula.pdf
- (11) Serrano Pozo A, Gómez Isla T. Patogenia y fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 151-163
- (12) Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. Guía esencial de psicogeriatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- (13) Álvarez Fondevila L. Enfermedad de Alzheimer. Marcas Neuropatológicas, procesamiento y eliminación APP. Universidad autónoma de Barcelona. [En línea]. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/tfg/2013/113704/TFG_luisaalvarezfondevila.pdf
- (14) Imagen 1. Blog de Psicología y Daño Cerebral. Disponible en: <http://neuropsicologica.blogspot.com.es/2010/01/el-alzheimer-la-demencia-mas-frecuente.html>
- (15) Imagen 2: Blog de Medicina Mnemotecnicas. Disponible en: <http://medicinamnemotecnicas.blogspot.com.es/2015/03/cientificos-consiguen-eliminar-las.html>
- (16) Repositorio de artículos Alzheimer [sede Web]. 7 de Noviembre de 2012. Escala de estadificación clínica en la demencia (CDR). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/alzheimer/2012/11/07/escala-de-estadificacion-clinica-en-la-demencia-cdr/>
- (17) Molloy W. La enfermedad de Alzheimer. Una guía práctica para cuidadores y familiares. Barcelona: Paidós; 2011.
- (18) Alberca Serrano R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- (19) Martínez Lage JM, Láinez Andrés JM. El Alzheimer: teoría y práctica. Madrid: Grupo aula médica; 2000.
- (20) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- (21) Arroyo Mena C, Díaz Domínguez M, Domínguez Martínez A, Estévez Jimeno Ad, García Rico C, Gil Gregorio P, Gómez Pavón J, Lorea González I, Marmaneu Molliner E, Martínez Lozano MD, Molinuevo Guix JL, Pastor Muñoz P, Vilora Jimenez A. Atender a una persona con Alzheimer. CEFAA. 2008. Disponible en: <http://www.ceafa.es/themed/ceafa/files/docs/4f424e802f.pdf>

- (22) Noelia Labuena Vela. Pertinencia del uso de planes de cuidados estandarizados en la Enfermedad de Alzheimer. Universidad de Zaragoza. 2011/2012. Disponible en: <http://invenio2.unizar.es/record/7248/files/TAZ-TFG-2012-086.pdf>
- (23) Falomir Martí L, Montañés Prades S, Redón Clofent G, Sagarra Albalar L, Segura Vidal N. Atención Primaria. Alzheimer. [En línea]
- (24) Balbás Lianño VM. El profesional de Enfermería y el Alzheimer. Nure Investigation [Revista en línea] 2005; (13). Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/223/205>
- (25) Thomas Carazo E, Nadal Blanco MJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Semergen [Revista en línea] 2001; 27: [575-586]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13023105&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=87&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v27n11a13023105pdf001.pdf
- (26) Parra Anguita L, Pancorbo Hidalgo PL. Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura. Gerokomos [Revista en línea] 2013; 24 (4): [152-157]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf>
- (27) Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? Elsevier [Revista en línea] 2011; 43 (7): [377-384]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656711000047/1-s2.0-S0212656711000047-main.pdf? tid=d14e2d9c-4cab-11e5-aeb4-00000aacb35e&acdnat=1440673834_6784002be6bca2441e5d5e0c6dbdbc38
- (28) González Rodríguez VM, Martín Ibáñez A, Mateos González A, Sánchez Vázquez R. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras Demencias. 2ª ed. Madrid. International Marketing & Communication; 2010 [En línea]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_alzheimer_2_edicion.pdf
- (29) Osuna Expósito RM, López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros. Hygia [Revista en línea] 2013; (84): [57-60]. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/Publicaciones/Hygia/,DanaInfo=www.colegioenfermeriasevilla.es+Hygia84.pdf>
- (30) NNN Consult. Nanda. NOC. NIC. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>.
- (31) López Alonso SR, Lacida Bar M, Rodríguez Gómez S. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. 2ª ed; 2004. (tablas de elaboración personal).
- (32) Material proporcionado por la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- (33) Ruiz Sánchez de León J.Mª, Reinoso García A.I, Llanero Luque M, Fernández Blázquez M.A, de Andrés Montes Mª E, Gómez Sánchez-Garnica J.Mª, Brizuela Ledesma A.C, García María A, García Mulero E, Lozano Ibáñez M, Aragón Cancela M.C, Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P. Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Instituto de Salud Pública. Madrid. 2011. Disponible en: <http://www.demenciayalzheimer.com/ejercicios-cognitivos-para-descargar/>

(34) Reinoso García A.I, de Andrés Montes M.E, Gómez Sánchez-Garnica J.M, Brizuela Ledesma A.C, Ruiz Sánchez de León J.M, Llanero Luque M, García Marín A, Fernández Blázquez M.A, García Mulero E, Lozano Ibáñez M, Aragón Cancela M.C, Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P. Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva. Instituto de Salud Pública. Madrid. 2011. Disponible en: <http://www.demenciayalzheimer.com/ejercicios-cognitivos-para-descargar/>

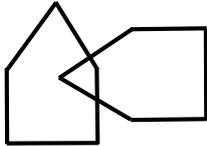
(35) Martin Prince, Matthew Prina, Maëlen Guerchet. World Alzheimer Report 2013. Journey of caring. An analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2013.

(36) World Health Organization. Dementia: a public health priority. United Kingdom: Alzheimer's Disease International; 2012.

(37) CEFA Alzheimer. Construyendo el argumentario corporativo de CEFA. Necesidad de consenso. Pamplona: CEFA; 2014.

ANEXO 1. TEST MINIMENTAL (31)

Nombre:	
ORIENTACIÓN	Dígame el: (un punto por cada respuesta correcta).
	Día
	Fecha
	Mes
	Estación
	Año
	Puntos (máximo 5)
¿DÓNDE ESTAMOS?	Dígame: (un punto por cada respuesta correcta).
	Centro/edificio
	Planta
	Ciudad
	Provincia
	Nación
	Puntos (máximo 5)
FIJACIÓN	<p>Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana.</p> <p>(Decírselas lenta y claramente a ritmo de una por segundo. Hacer incapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos hasta que las repita correctamente).</p> <p>Se dará un punto por cada palabra sólo en el caso de que las repita en el primer intento.</p>
	Puntos (máximo 3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO (Sustracción)	<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas van quedando?</p> <p>(Se puede ayudar indicando cada vez ¿menos 3? Pero no se puede recordar la cifra anterior en que había quedado la secuencia).</p> <p>Se dará un punto por cada sustracción correcta en 5 restas.</p>
	Puntos (máximo 5)
ATENCIÓN Y CÁLCULO (Repetir dígitos)	<p>Repita los números: 5-9-2</p> <p>(Decírselos lentamente, uno por segundo, hasta que los aprenda).</p> <p>Ahora dígalos al revés.</p> <p>Se dará un punto por cada número correcto en la posición correcta.</p>
	Puntos (máximo 3)
MEMORIA RECIENTE	<p>Repita las 3 palabras que he dicho antes.</p> <p>(Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayuda)</p> <p>Se dará un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.</p>
	Puntos (máximo 3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?
	Mostrar un reloj y preguntar ¿qué es esto?

(mostrar objetos)	Se dará un punto por cada respuesta correcta en el primer intento.	
	Puntos (máximo 2)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Frase)	<p>Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".</p> <p>Se ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada).</p> <p>Se dará un punto por repetir la frase exacta en un intento. Un error en alguna letra es 0 puntos en el ítem</p>	
	Total puntos (máximo 1)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (semejanzas)	<p>Una manzana y una pera son una fruta.</p> <p>¿Qué son un perro y un gato?</p> <p>¿Qué son el rojo y el verde?</p> <p>Se dará un punto por cada respuesta correcta de asociación.</p>	
	Total puntos (máximo 2)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Orden verbal)	<p>Realice las siguientes acciones: "Coja este papel en la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo".</p> <p>Se dará un punto por cada parte de la orden que realice correctamente. Si coge el papel con la mano izquierda se valora como error. Si dobla el papel más de una vez es otro error.</p>	
	Total puntos (máximo 3)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Orden escrita)	<p>Lee esto y haga lo que dice "CIERRE LOS OJOS".</p> <p>(Dar un papel donde esté escrita la frase con letra grande, clara y en mayúsculas).</p> <p>Se dará un punto por cerrar los ojos.</p>	
	Total puntos (máximo 1)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Escritura)	<p>Escriba una frase.</p> <p>(Dar una hoja. Debe ser una frase completa, sujeto, verbo y complementos, no palabras sueltas, ni frases dictadas, aunque se pueden poner ejemplos para que entienda qué es una frase, siempre y cuando después escriba otra. Es indiferente la corrección ortográfica o gramatical)</p> <p>Se dará un punto si la frase es correcta.</p>	
	Total puntos (máximo 1)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Dibujo)	<p>Copie este dibujo:</p>  <p>Se dará un punto por dibujar dos figuras de semejantes ángulos, lados e intersecciones. Es indiferente el temblor o líneas no rectas.</p>	
	Total puntos (máximo 1)	
TOTAL PUNTOS		

Usuario menor de 65 años y con menos de 24 puntos, sería indicativo de deterioro grave y entre 24 y 28 de deterioro leve. Si el usuario es mayor de 65 años y obtiene una puntuación de 20 a 24 puntos, orientan hacia la existencia de un deterioro leve y si obtiene menos de 20 puntos de deterioro grave.

(En usuarios que no se pueda realizar algún ítem por analfabetismo, ceguera... se ajustará el resultado final mediante una regla de tres. Se restan los ítems que no se han podido realizar (ej. $3 > 35-3=2$) y se calcula la puntuación obtenida (ej. 20) respecto a la resta anterior (ej. $20 \times 35 / 32 = 21.8$), redondeando el resultado (ej. 22)).

ANEXO 2. ESCALA DE BARTHEL (31)

COMIDA	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable.	10	
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan..., pero es capaz de comer solo.	5	
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0	
LAVADO (BAÑO)	Independiente. Capaz de lavarse entero y salir del baño sin ayuda y sin necesidad de supervisión.	5	
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0	
VESTIDO	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	10	
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5	
	Dependiente.	0	
ARREGLO	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna.	5	
	Dependiente. Necesita alguna ayuda.	0	
DEPOSICIÓN	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10	
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5	
	Incontinente. Más de un episodio semanal.	0	
MICCIÓN	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda...).	10	
	Accidente ocasional. Un episodio cada 24 horas o precisa ayuda para la sonda.	5	
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.	0	
IR AL WC	Independiente. Entra solo sin necesitar ayuda de otra persona.	10	
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, puede limpiarse solo.	5	
	Dependiente. Incapaz de acceder al WC o de utilizarlo sin ayuda mayor.	0	
TRANSFERENCIAS	Independiente. No requiere ayuda para ir del sillón a la cama, ni para entrar o salir de la cama.	15	
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10	
	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona entrenada, pero se mantiene sentado sin ayuda.	5	
	Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0	
	Independiente. Camina solo 50 metros. Sin supervisión. Si utiliza prótesis puede quitarla y ponerla solo.	15	
	Necesita ayuda, supervisión o una pequeña ayuda física o utilizar andador.	10	
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda.	5	
	Dependiente.	0	
SUBIR - BAJAR ESCALERAS	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10	
	Necesita ayuda física o supervisión.	5	
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.	0	
TOTAL DE PUNTOS:			

Máxima puntuación 100 puntos. (90 en caso de ir en silla de ruedas). Igual o más de 60 puntos: dependencia leve. De 40 a 55 puntos: dependencia moderada. De 20 a 35 puntos: dependencia grave. Menos de 20 puntos: dependencia total.

ANEXO 3. TEST DE T@M (32)

Consulta de Deterioro Cognitivo. Servicio de Neurología

T@M

MEMORIA INMEDIATA:

“Intente memorizar estas palabras. Es importante que esté atento”

Repita: **cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)**

- 11. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? **0-1** (Si 0, repetirla)
- 12. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? **0-1** “
- 13. Le he dicho un animal, ¿cuál? **0-1** “
- 14. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? **0-1** “
- 15. Le he dicho un color, ¿cuál? **0-1** “

“Esté atento/a a estas frases e intente memorizarlas” (máximo 2 intentos de repetición):

Repita: **TREINTA GATOS GRISES SE COMIERON TODOS LOS QUESOS (R)**

- 6. ¿Cuántos gatos había? **0-1**; 7. ¿De que color eran? **0-1**; 8. ¿Qué se comieron? **0-1**
(Si 0 decirle la respuesta correcta)

Repita: **UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R)** (máximo 2 intentos):

- 9. ¿Cómo se llamaba el niño? **0-1**; 10. ¿Con qué jugaba? **0-1**
(Si 0 decirle la respuesta correcta)

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL

- 11. Día de la semana **0-1**; 12. Mes **0-1**; 13. Día de mes **0-1**; 14. Año **0-1**; 15. Estación **0-1**

MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA (2 intentos; si error: repetir de nuevo la pregunta)

- 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? **0-1**
- 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla coches? **0-1**
- 18. ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno? **0-1**
- 19. ¿Cuál es el último día del año? **0-1**
- 20. ¿Cuántos días tiene un año que no sea bisiesto? **0-1**
- 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo? **0-1**
- 22. ¿Cuál es el octavo mes del año? **0-1**
- 23. ¿Qué día se celebra la Navidad? **0-1**
- 24. Si el reloj marca las 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga? **0-1**
- 25. ¿Qué estación del año empieza en Septiembre después del verano? **0-1**
- 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana? **0-1**
- 27. ¿De qué fruta se obtiene el mosto? **0-1**
- 28. ¿A partir de que fruto se obtiene el chocolate? **0-1**
- 29. ¿Cuánto es el triple de 1? **0-1**
- 30. ¿Cuántas horas hay en dos días? **0-1**

MEMORIA DE EVOCACION LIBRE

- 31. De las palabras que le dije al principio, ¿cuáles podría recordar? **0-1-2-3-4-5**
(esperar la respuesta mínimo 20 segundos)
- 32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? **0-1-2-3** (un punto por idea: 30-grises-quesos)
- 33. ¿Se acuerda de la frase del niño? **0-1-2** (un punto por idea:Luis-bicicleta)

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

- 34. Le dije una fruta, ¿cuál era? **0-1** ¿Se acuerda de la frase de los gatos?
- 35. Le dije una herramienta, ¿cuál? **0-1** 39. ¿Cuántos gatos había? **0-1**
- 36. Le dije un animal, ¿cuál era? **0-1** 40. ¿De qué color eran? **0-1**
- 37. Un instrumento musical, ¿cuál? **0-1** 41. ¿Qué comían? **0-1**
- 38. Le dije un color, ¿cuál? **0-1** ¿Se acuerda de la frase del niño?
- (puntuar 1 en las ideas evocadas de forma libre) 42. ¿Cómo se llamaba? **0-1**
- 43. ¿Con qué estaba jugando? **0-1**

FECHA					
T@M					

ANEXO 4. ÍNDICE DE KATZ (31)

1. BAÑO	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. VESTIDO	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. USO DEL WC	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. MOVILIDAD	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. CONTINENCIA	Independencia. Control completo de micción y defecación.	
	Dependencia. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. ALIMENTACIÓN	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Se darán 0 puntos cuando realice la actividad de forma independiente y 1 punto si realiza la actividad con ayuda o no la realiza.

Interpretación:

- 0-1 puntos: ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- 2-3 puntos: incapacidad moderada.
- 4-6 puntos: incapacidad severa.

ANEXO 5. ESCALA LAWTON (31)

	PUNTOS
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números...	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta al teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. no participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado.	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

3- Tache todos los números 6 que aparecen abajo.

4- Utilice los recuadros de la derecha para anotar los números 6 tachados por fila.

5- Sume el número total de 6 tachados y anote el resultado en el recuadro TOTAL.

1	<u>6</u>	0	<u>6</u>	0	8	<u>6</u>	<u>6</u>	8	<u>6</u>	7	5	<u>6</u>	0	4	8	6
2	5	0	3	6	6	5	4	6	8	6	3	6	3	6	3	
4	6	8	6	0	6	8	6	7	0	6	8	2	3	8	7	
7	6	2	0	7	0	6	8	2	7	6	0	6	7	0	6	
6	8	0	6	6	8	6	7	0	6	2	2	0	6	6	2	
6	0	6	6	0	6	7	0	6	7	4	0	2	2	3	8	
6	8	6	7	4	6	0	6	6	2	2	8	0	6	6	2	
TOTAL																

1- Organice las siguientes palabras en 4 grupos según pertenezcan a partes del cuerpo, herramientas, medios de transporte o frutas.

Avión	Alicates	Autobús	Punzón
Mano	Piña	Cabeza	Automóvil
Melocotón	Tren	Destornillador	Brazo
Martillo	Muslo	Naranja	Taladradora
Nariz	Pera	Barco	Mandarina

Partes del cuerpo	Herramientas	Medios de transporte	Frutas

ANEXO 7. EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA FASE MODERADA (34)

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



1- Copie una noticia del periódico o de una revista.

.....

.....

.....

.....

2- Señale todas las letras **A** que aparezcan en el recuadro.

3- Cuente el número de letras **A** señaladas por línea y escríbalo.

En nuestra vida diaria empleamos la palabra “memoria” en muchas expresiones: “lo conservaré en la memoria”, “se me ha borrado de la memoria”, “a veces me falla la memoria” etc. Sin embargo, muchos de nosotros no sabríamos decir qué es la memoria y por qué es necesaria. La memoria es la capacidad de registrar, retener y recordar la información que queremos aprender. La memoria nos ayuda a ser nosotros mismos y a manejarnos en la vida diaria. No hay una sola memoria, sino muchos tipos de memoria. Algunas personas recuerdan mejor las cosas que ven; tienen memoria visual, otras recuerdan mejor lo que oyen; tienen memoria auditiva, otras tienen facilidad para recordar los números, etc.	10

TOTAL

4- Escriba **12** nombres de **personas**:

.....

.....

.....

.....

5- Escriba desde el **95** hacia abajo de **2** en **2** hasta el **35**.

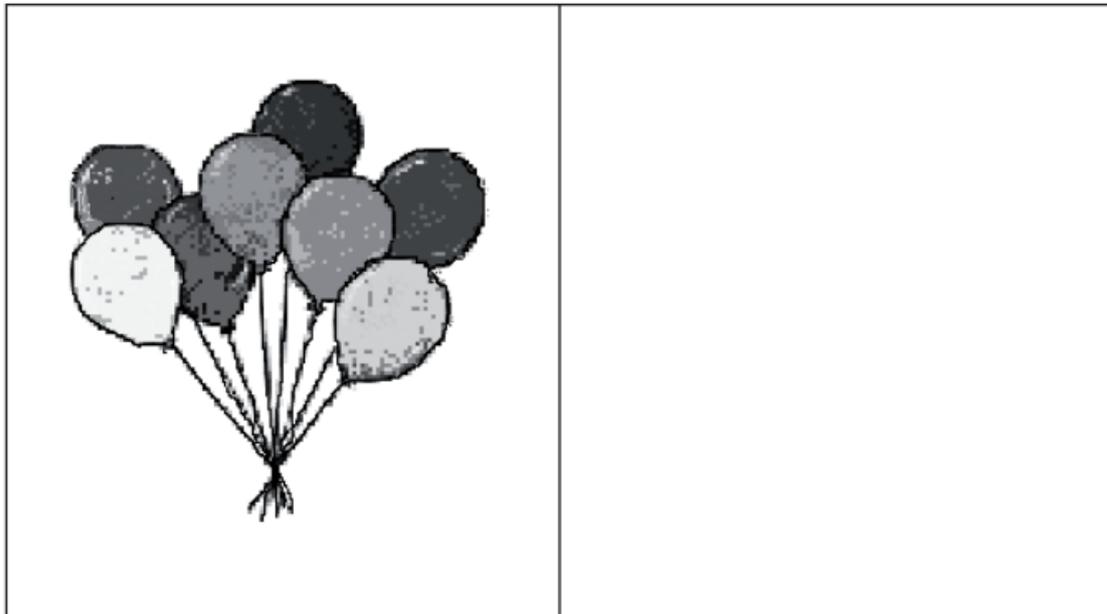
95 - 93 - 91 -

.....

.....

.....

6- Observe el dibujo que aparece abajo a la izquierda.
Copie el dibujo en el recuadro de la derecha.



6- Fijese en el primer grupo de números de cada línea y tache el que esté repetido en la misma línea.

82325	82545	82735	82325	83325
91348	91358	92348	74625	91348
12712	12212	12712	12812	74512
32684	32644	31684	47512	32684
29435	29445	29434	29435	29935

5- Realice la **suma y resta** siguientes:

$$\begin{array}{r}
 3 \ 9 \ 2 \ 1 \ 3 \ 2 \\
 + 2 \ 1 \ 7 \ 3 \ 0 \ 6 \\
 \hline
 \end{array}$$

$$\begin{array}{r}
 3 \ 5 \ 4 \ 9 \ 8 \\
 - 1 \ 4 \ 2 \ 8 \ 7 \\
 \hline
 \end{array}$$

6- Debajo del ponga un **1** y debajo de ponga un **2**

	2	1							

7- Cuente el número de figuras:

Total :

Total :

ANEXO 8. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- AFAC: Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria.
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- AP: Atención Primaria.
- βA: β-amieloide.
- CDR: Clasificación de la Demencia clínica (Clinical Dementia Rating).
- CEAFA: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias.
- EA: Enfermedad de Alzheimer.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PET: Tomografía por Emisión de Positrones (Positron Emission Tomography).
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SPECT: Tomografía Computarizada de Emisión Monofotónica (Single Photon Emission Computed Tomography).
- SS: Sistema Sanitario.
- TAC: Tomografía Axial Computarizada.
- TNF: Terapias No Farmacológicas.

ANEXO 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Afasia: pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una lesión en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral.
- Agnosia: alteración de la percepción que incapacita a alguien para reconocer personas, objetos o sensaciones que antes le eran familiares.
- Amnesia: pérdida o debilidad notable de la memoria.
- Apatía: dejadez, indolencia, falta de vigor o energía.
- Apraxia: incapacidad total o parcial de realizar movimientos voluntarios sin causa orgánica que lo impida.
- Hidrocefalia: dilatación anormal de los ventrículos del encéfalo por acumulación de líquido cefalorraquídeo.

- Hipertonía: tono muscular exagerado.
- Mioclonía: contracción muscular breve e involuntaria que afecta a un músculo o un grupo de músculos que ocasiona a veces un desplazamiento visible.
- Pródromo: malestar que precede a una enfermedad.